

BIULETYN INFORMACYJNY nr 7-8 (210-211) • POZNAŃ, LIPIEC-SIERPIEŃ 2012



WIELKOPOLSKA IZBA LEKARSKA

Trwały jak jedność lekarzy



CUKRZYCA

I CHOROBY WSPÓLNISTNIEJĄCE

INTERDYSCIPLINARNE SPOJRZENIE
NA CODZIENNE PROBLEMY
W DIABETOLOGII

WARSZAWA, 13 października 2012 r.

WWW.ERMEDIA.PL



KIEROWNIK NAUKOWY KONFERENCJI:
prof. dr hab. Leszek CZUPRYNIAK
prezes Polskiego Towarzystwa Diabetologicznego

CUKRZYCA – kontrola glikemii
CUKRZYCA – profilaktyka i terapia powikłań
CUKRZYCA – choroby towarzyszące



post
eular

WWW.ERMEDIA.PL



TYTUŁ

Przewodniczący sesji:

PREZYDENT SESJI SYMPOZYUM

prof. dr hab.
Włodzisław Piawski

GOŚCI:

prof. dr hab. Krzysztof Kozłowski
prof. dr hab. Andrzej
Kozłowski
prof. dr hab. Andrzej
Kozłowski
prof. dr hab. Andrzej
Kozłowski

GOŚCI

prof. dr hab. Andrzej
Kozłowski
prof. dr hab. Andrzej
Kozłowski
prof. dr hab. Andrzej
Kozłowski
prof. dr hab. Andrzej
Kozłowski

prof. dr hab. Andrzej
Kozłowski
prof. dr hab. Andrzej
Kozłowski
prof. dr hab. Andrzej
Kozłowski
prof. dr hab. Andrzej
Kozłowski

IV KONGRES

TOP PULMONOLOGICAL TRENDS

POZNAŃ 29 listopada – 1 grudnia 2012 r.

THE NEW DIAGNOSTIC TREATMENT CHOICES 2012

CO IS ZNOWY W PULMONOLOGII 2012?

PULMONOLOGIA INTERDYSCIPLINARNA

WWW.ERMEDIA.PL

MIĘCISZ:

Poznań, hotel Novotel Centrum,
pl. Andersa 1

ORGANIZATORZ:

Katedra i Klinika Pulmonologii, Alergologii
i Onkologii Pulmonologicznej
Uniwersytetu Medycznego
im. K. Marcinkowskiego w Poznaniu,
Stowarzyszenie Wspierania Pulmonologii
Poznańskiej,

wydawnictwo Termedia

PRZEWODNICZĄCA KOMITETU NAUKOWEGO
prof. dr hab. Halina BATURA-GABRYEL

Diagnoza wstępna

Spis treści

SENIORZY



Starsza, już niepracująca lekarka, zgłosiła się do lekarza rodzinnego z prośbą o powtórzenie leków. Sama recept nie wypisuje. Jej lekarzem była młodsza o kilkadziesiąt lat koleżanka. Gdy dowiedziała się, z czym pacjentka przyszła, niezadowolona powiedziała: no i po co pani przychodzi, nie stać panią na te kilka leków. Seniorka nie wiedziała, co odpowiedzieć. Poczuli się zakłopotani i zlekceważeni. Potem mówiła, że to było tak, jakby wytknięto jej życiową nieporadność, która nie pozwoliła na zdobycie wyższej emerytury. A ona całe życie pracowała w jednej przychodni na warunkach, które przecież określił ktoś inny. I co ona mogła zrobić. Dodała jeszcze, że zrobiło jej się bardzo przykro i że teraz są inne czasy, i ci młodzi, przebojowi, mają wiele możliwości „ustawienia się”.

Młodej koleżance chciałbym powiedzieć, że jej odezwanie się było bardzo nieaktowne. I co może ją zaskoczy, ale faktycznie jej pacjentce trudno wydać kilkadziesiąt czy nawet kilkanaście złotych w aptece. Nie tylko jej. W podobnej sytuacji jest więcej koleżanek i kolegów. Renty czy emerytury są tak niskie, że muszą się liczyć z każdym groszem. Zwłaszcza gdy są osobami samotnymi, a przecież w życiu nie są to sytuacje wyjątkowe. Szefowa Komisji Socjalnej WIL, kol. Emilia Schneider, mogłaby przytoczyć więcej takich przykładów. Komisja pomaga koleżankom i kolegom i na brak pracy nie narzeka.

Dla wielu ludzi mówienie o swoim ubóstwie czy trudnej sytuacji materialnej jest ujmą, a nawet wstydem. Ale obowiązkiem samorządu lekarskiego jest mimo wszystko im pomóc. Zasługują na to, chociaż sami o pomoc nie wystąpią. Ktoś w podobnej sytuacji powiedział mi, że wszystko mogą mu zabrać, ale nie honor. To nie są słowa na pokaz. To uczucia, które należy szanować i życzyć wszystkim, aby w podobnej sytuacji się nie znaleźli. Komisja WIL (pod kierunkiem kol. Stanisława Dzieciuchowicza) opiekująca się naszymi seniorami stara się nie stracić ich z oczu i pomagać w każdy możliwy sposób, czasem mimo ich oporów. Praca obu komisji to szczególnie ważne działanie izby lekarskiej.

Młoda koleżanka zapewne nie wie, że kiedyś lekarz, zwłaszcza starszy, szukający pomocy u kolegi miał swoje prawa. Przyjmowany był poza kolejnością, a leki dla służby zdrowia były za darmo. Wtedy nikt nie musiał przypominać, że „szczególny szacunek i względy należą się lekarzom seniorom...”. Było to oczywiste. Dziś te słowa zapisane są w rozdziale o stosunkach wzajemnych między lekarzami w Kodeksie Etyki Lekarskiej. Wygląda na to, że nie wszyscy je przeczytali...

Andrzej Baszkowski

Moim zdaniem	4
Administracja, szkolenia i remonty	5
Harmonogram kursów komputerowych	5
Silva rerum	10
Gnieźnińska stomatologia dawniej	10
Lekarz przedsiębiorcą	11
Praca orzecznika ZUS – fakty i mity	12
Zasady wystawiania zaświadczeń lekarskich	13
Bezdroża receptowe	14
Wyjazdowe spotkanie	16
Moje trzy grosze w sprawie recept...	17
Pilska majówka laryngologów	18
Lekarze – patroni wielkopolskich ulic	20
Refleksje poplenerowe lekarza malującego w Niechorzu	22
Wielkopolanki na 10. Ogólnopolskiej Wystawie Malarstwa Lekarzy	23
Dawka informacji	24
Uwaga! Uwaga! Ważne! Ważne!	25
SHORT CUTS	26
Rozwijaj pasję muzykowania	29
Wiersze	30
Nasza galeria	32

Moim zdaniem...



Krzysztof Kordel
prezes Wielkopolskiej Izby Lekarskiej

...wykonywanie zawodu lekarza w dzisiejszych realiach staje się szczególnie trudne, bowiem nasza praca związana jest z wyjątkową sferą życia człowieka.

Nic dziwnego, że po koszmarnych doświadczeniach II wojny światowej w 1948 r. Zgromadzenie Ogólne Organizacji Narodów Zjednoczonych przyjęło Powszechną Deklarację Praw Człowieka, w którym to dokumencie dużo uwagi poświęcono kwestiom ochrony zdrowia, nakładając na państwa członkowskie obowiązek zapewnienia dostępu do usług medycznych wszystkim ludziom. Szczególnej trosce rządzących powierzono dzieci i kobiety w ciąży. Inny bardzo ważny zapis to zakaz dyskryminacji człowieka, w tym ekonomicznej.

Moim zdaniem, jednym z ważniejszych dla świata medycznego aktów prawnych Unii Europejskiej jest Konwencja Bioetyczna, w której można znaleźć zalecenia zapewnienia przez państwa członkowskie dostępu obywatelom do usług medycznych na odpowiednio wysokim poziomie. Dokument ten (podpisany przez RP) jest gwarancją podstawowych praw człowieka – w tym wypadku występującego w roli pacjenta, również prawa do bycia niedyskryminowanym pod żadnym względem.

Podstawowe prawa obywatela zawarte są w Konstytucji RP, która gwarantuje nam równy dostęp do świadczeń medycznych i zakazuje jakiegokolwiek dyskryminacji. Szczegółowy katalog praw pacjenta zawiera ustawa o prawach pacjenta i rzeczniku praw pacjenta.

W świetle wymienionych wcześniej przepisów każdy z nas wie, czego może oczekiwać od świata medycznego.

Równocześnie od wieków istnieją kanony wykonywania naszego zawodu, który – moim zdaniem – nie przy-

padkiem należy do grupy zawodów zaufania społecznego, a wykonujący go ludzie oprócz wiedzy fachowej musieli cechować się również wrażliwością na cierpienie innych i chęcią niesienia pomocy. Zarówno w znanej wszystkim przysiędze Hipokratesa, jak i we współczesnym przyrzeczeniu lekarskim szczególny nacisk położony został na obowiązki wobec pacjenta. We wszystkich znanych mi kodeksach etyki lekarskiej zawarty jest zapis o niedyskryminacji pacjentów, w tym także ekonomicznej. Polski Kodeks Etyki Lekarskiej wyraźnie podkreśla, że jedynymi miernikami prawidłowego wykonywania zawodu są z jednej strony sumienie lekarza, a z drugiej jego aktualna wiedza medyczna.

Znane są więc prawa każdej ze stron procesu leczniczego. A realia?

Jak postąpić zgodnie z własnym sumieniem, mając świadomość, że dla wielu pacjentów wykupienie leku ze 100-procentową odpłatnością jest niewykonalne z uwagi na biedę? A może dla wyższych wartości zaryzykować, złamać przepisy, wypisać lek ze zniżką i narazić się na kary? Z rozmów z lekarzami różnych specjalności wiem, że mają oni (zwłaszcza psychiatrzy) pewność, że pacjent nie wykupi drogiego leku i cały ich wysiłek pójdzie na marne. I wcale się nie dziwię, że po doświadczeniach z kontrolerami NFZ nikt nie będzie ich etycznej postawy traktował jako okoliczności łagodzącej. Bo przecież wyłudzili publiczne pieniądze.

Odebrałem wiele telefonów z pytaniem, co z aneksami do umów i co będzie dalej. Nie wiem, co będzie. Ja aneksu nie podpisałem.

Jak już kiedyś stwierdziłem, zaliczam się do grupy niepoprawnych optymistów (a może idealistów) i mam nadzieję, że ktoś się wreszcie obudzi i weźmie sobie do serca zasadę, że w tym całym interesie najważniejszy jest pacjent i to on ma prawo do bycia niedyskryminowanym.

Co słyszeć w izbie...

Administracja, szkolenia i remonty

W czerwcu działalność izby zdominowały sprawy administracyjne.

30

czerwca upływał ustawowy termin dokonywania zmian w rejestrze praktyk polegających na zmianie wpisu przez lekarzy, którzy posiadają praktykę w miejscu wezwania, a wykonują świadczenia w przedsiębiorstwach podmiotu leczniczego. Cały czas napływają również od lekarzy polisy potwierdzające zawarcie umowy ubezpieczeniowej. Dodatkowo rejestr lekarzy wydawał dokumenty ograniczonego prawa wykonywania zawodu. Ze względu na kumulację terminów pojawiły się kolejki, ale niestety, nie można było ich uniknąć. Oby w przyszłości odgórne przepisy nie spowodowały podobnych kłopotów.

Okręgowy Sąd Lekarski zorganizował 2 czerwca spotkanie szkoleniowe dla swoich członków. Tradycyjnie już frekwencja dopisała, a zebrani oprócz wykładów mogli uczestniczyć w żywiołowej dyskusji. 5 i 16 czerwca odbyły się posiedzenia prezydium, a 16 czerwca posiedzenie Okręgowej Rady Lekarskiej WIL, tym razem w Kaliszu.

Pewne przedsięwzięcia dobiegły również końca – 3 grupy z II sezonu szkoleniowego zakończyły kurs języka angielskiego. Nie oznacza to jednak, że zakończyła się nauka języków obcych w WIL. W III sezonie szkoleniowym, od początku czerwca, kształcą się bowiem 4 grupy z języka angielskiego i 2 grupy z języka niemieckiego.

Z uwagi na zbyt małą liczbę osób byliśmy zmuszeni zawiesić zajęcia w dwóch grupach z języka niemieckiego na poziomie początkującym oraz średnio zaawansowanym. Zachęcamy do dołączenia do tych grup, aby nie musiały one oczekiwać na rozpoczęcie zajęć do września. Podobny problem pojawił się u części osób z grup języka angielskiego. Prosimy o zapoznanie się z ofertą na stronie internetowej lub e-mailowo: ksztalcenie@wil.org.pl.

22 czerwca odbyło się kolejne szkolenie z cyklu „Stany nagłe w praktyce lekarza dentysty”. Podczas wakacji kursy zostaną zawieszane, a w II połowie sierpnia pojawią się nowe terminy oraz nowa oferta, uwzględniająca akredytację Europejskiej Unii Resuscytacyjnej! 25 czerwca miała posiedzenie Komisja ds. Kształcenia Medycznego, a 27 czerwca Komisja Bioetyczna.

W czerwcu rozpoczęły się również prace związane z remontem dachu w budynku w Poznaniu przy ul. Nowowiejskiego 51 – przepraszamy za utrudnienia, które mogą się nasilić w następnych miesiącach z uwagi na planowane prace remontowe na parkingu.

MAREK SAJ
ADMIN@WIL.ORG.PL

Harmonogram kursów komputerowych

Zgodnie z zapowiedziami przedstawiamy harmonogram kursów komputerowych dla członków Wielkopolskiej Izby Lekarskiej.

Nowością jest, że kursy organizowane będą w siedzibie WIL w Poznaniu oraz po raz pierwszy w delegaturach – na początek w Pile i Kaliszu. W celu poprawy jakości nauki grupy zostały zmniejszone – będą liczyć 11 osób. Będziemy również organizować kursy w II edycji – dla osób, które uczestniczyły już w poprzednich kursach lub których poziom znajomości obsługi komputera jest więcej niż podstawowy.

Planujemy też zaproponować po wakacjach krótkie kursy nauki języka angielskiego dla lekarzy seniorów. O szczegó-

Bez zmian pozostaje:

- cena – 200 zł lub 50 zł dla lekarzy seniorów,
- bufet kawowy,
- dwudniowy charakter kursu – godz. 9.00–13.00.

Harmonogram:

- 17 i 18 lipca, Poznań – kurs podstawowy,
- 4 i 11 sierpnia, Poznań – kurs średnio zaawansowany,
- 27 i 28 sierpnia, Poznań – kurs podstawowy,
- 6 i 7 września, Kalisz – kurs podstawowy,
- 15 i 22 września, Piła – kurs podstawowy,
- 18 i 19 września, Poznań – kurs średnio zaawansowany,
- 6 i 13 października, Kalisz – kurs podstawowy,
- 18 i 19 października, Piła – kurs podstawowy.

Zapisy

- tel.: 601 799 706 lub 783 993 939.

łach poinformujemy we wrześniowym numerze „Biuletynu Informacyjnego WIL”. Podczas wakacji prosimy o wstępne zgłoszenia zainteresowanych pod podane powyżej numery telefonów.

MAREK SAJ

Permanentny kryzys podstawowej opieki zdrowotnej

Najślabsze ogniwo

Lekarze rodzinni mieli być podstawą, *gatekeeperami* systemu zdrowotnego. Taką funkcję wyznaczono im 20 lat temu. I niemal od razu wyrwano tej reformie zęby. Lekarzy rodzinnych jest wciąż za mało i mają oni ograniczone możliwości diagnozowania, a na dodatek brakuje pomysłu, co z tym fantem zrobić.

Kolejne zarządzenia i „warunki udzielania świadczeń” określone przez NFZ jeszcze te możliwości ograniczają. Przykład? Po wprowadzeniu w życie ustawy refundacyjnej lekarze rodzinni mogą przepisać leki przewlekle chorym (chorym na cukrzycę, nadciśnienie itp.), ale pod warunkiem, że pacjenci dostarczą zaświadczenie od specjalisty. Inaczej kontrolerzy funduszu mogą uznać, że lekarz przepisał leki bez koniecznego „udokumentowania rozpoznania schorzenia”. Efekt był łatwy do przewidzenia – gabinety w przychodniach POZ opustoszały, ale kolejki do specjalistów momentalnie się wydłużyły.

W Warszawie na wizytę do kardiologa trzeba czekać od 4 do 5 miesięcy. A przecież rok temu dokonano kolejnej „rewolucji” w podstawowej opiece – lekarze mogli liczyć na 3-krotność stawki kapitałowej za stałą opiekę nad chorymi na cukrzycę czy pacjentami kardiologicznymi. – *To doskonały przykład osłabiania pozycji lekarzy rodzinnych* – mówi Wojciech Maksymowicz, były minister zdrowia.

Lekarz nieznan

Tylko co drugi Polak ma lekarza rodzinnego, pozostali są pod opieką internistów i pediatrów. – *Należy kłaść większy nacisk na uświadomienie pacjentom, że lekarze rodzinni są lepiej przygotowani do pracy w POZ od specjalistów innych dziedzin* – podkreślał Adam Windak, konsultant krajowy ds. medycyny rodzinnej, podczas XII Kongresu Medycyny Rodzinnej.

W dodatku lekarzy rodzinnych jest ciągle za mało. Według danych z Centralnego Rejestru Lekarzy, w Polsce jest ich ok. 10 tys. Nie wiadomo, ilu praktykuje. Tymczasem, aby system funkcjonował właściwie, powinno w nim pracować ok. 20 tys. aktywnych zawodowo lekarzy rodzinnych. Wtedy na każdego przypadającego będzie 1800–1900 pacjentów, co pozwoli na sprawowanie rzetelnej, kompetentnej opieki w zakresie POZ. Tymczasem w ostatnim wiosennym naborze w każdym województwie było po jednym miejscu dla lekarzy rezydentów na tę specjalizację.

Innym problemem są zróżnicowane rozwiązania organizacyjne – ciągle brakuje spójnego modelu. Na przykład w Warszawie funkcjonują mało elastyczne, ogromne publiczne zakłady opieki zdrowotnej, podczas gdy w wielu innych regionach i miastach, np. w Krakowie, te struktury zostały już sprywatyzowane. Są znacznie sprawniejsze, szybciej reagują na zmieniające się potrzeby pacjentów i możliwości działania

w systemie ochrony zdrowia. Efekt? W okresach wzmożonej zachorowalności na przeziębienia i grypę na wizytę do lekarza rodzinnego trzeba czekać w stolicy nawet dwa tygodnie. – *To zaprzeczenie idei lekarza rodzinnego. Ciekawe, że w mniejszych ośrodkach w ogóle nie ma tego problemu* – mówi Bożena Janicka, prezes Porozumienia Pracodawców Ochrony Zdrowia.

Profilaktyka niepotrzebna

Specjaliści narzekają, że lekarze rodzinni nie przeprowadzają badań, nawet tych podstawowych. – *Przewlekłą białaczkę szpikową można wykryć zwykłym badaniem morfologii krwi, wykonywanym w ramach rutynowych badań profilaktycznych. Niestety, w Polsce ta możliwość prawie nie jest wykorzystywana* – alarmuje prof. Wiesław Jędrzejczak, konsultant krajowy w dziedzinie hematologii. Przypomina, że sytuacja się pogorszyła, bo np. w PRL to badanie wykonywano rutynowo w ramach medycyny pracy. – *Wtedy udawało się wykryć 20 proc. białaczek. Teraz rzadko bada się poziom białych ciałek krwi. Szkoda, bo w krajach skandynawskich dzięki temu prostemu badaniu wykrywa się 40 proc. białaczek* – dodaje profesor.

Dodatkową trudnością w wykrywaniu białaczki jest to, że lekarze podstawowej opieki zdrowotnej nie zawsze potrafią prawidłowo odczytać wyniki badania krwi. – *Test przeprowadzony w grupie 100 lekarzy wykazał, że aż 50 proc. z nich nie podejrzewa ostrej białaczki na podstawie wyniku, który ją sugeruje. W wypadku białaczki limfocytowej 30 proc. lekarzy nie było w stanie tego zrobić* – powiedział prof. Jędrzejczak.

Polska Unia Onkologii próbowała zmotywować lekarzy rodzinnych, by uruchomili tzw. alarm onkologiczny – podczas szkoleń onkologów zwracali uwagę, jakie objawy powinny zaniepokoić lekarza POZ na tyle, by skierował pacjenta na badania oraz do specjalistów. – *Zainteresowanie było ogromne, jednak po nagonce na Polską Unię Onkologii, kiedy oskarżano nas o zarabianie na szkoleniach i przekonywano, że takie zajęcia są zbyt kosztowne, ta idea upadła* – mówi Janusz Mader, prezes PUO.

Teraz Ministerstwo Zdrowia chce wrócić do tego pomysłu i zamierza zmotywować lekarzy POZ do większego zaangażowania na rzecz upowszechnienia badań profilaktycznych. Jak podkreślała niedawno w sejmie wiceminister Agnieszka Pachciarz, byłoby wskazane, żeby lekarz rodzinny dbał także o to, by na czas były wykonywane badania profilaktyczne.

Ministerstwo chce uruchomić mechanizmy, dzięki którym lekarze POZ byłiby zmuszeni do przekazania resortowi informacji zwrotnej, czy przeprowadzili rozmowę z pacjentem na temat badań profilaktycznych. Nie wiadomo jednak, w jaki sposób resort chce ten pomysł wdrożyć.

Winna stawka

Tymczasem lekarze rodzinni twierdzą, że są doskonale przygotowani do przeprowadzania badań, ale ograniczają ich przepisy. Jak mówi Adam Windak, system ogranicza możliwości



Fot. iStockphoto

diagnozowania przez lekarzy rodzinnych i dlatego muszą oni kierować pacjentów do innych specjalistów, aby ci zlecali badania. – *Przeważająca część lekarzy rodzinnych jest przygotowana, aby rozwiązywać większość problemów zdrowotnych swoich pacjentów bez kierowania do innych specjalistów. Zresztą, zgodnie z założeniami polskiego modelu medycyny rodzinnej oraz doświadczeniami zachodnimi lekarz rodzinny powinien rozwiązywać ok. 80 proc. problemów zdrowotnych pacjenta – mówi Windak.*

Przyczyny tej sytuacji upatruje się w stawce kapitacyjnej, która jest demotyującym systemem wynagradzania. I chociaż zdania w tej sprawie są zgodne, od 12 lat nic się nie zmieniło. Sytuacja wręcz się pogorszyła – kiedy zniesiono obowiązek, by 10 proc. stawki lekarz przeznaczał na badania. W rezultacie ich liczba zaczęła spadać, mimo że nakłady na POZ systematycznie rosną. Jak więc należałoby wynagradzać lekarzy rodzinnych? – *Chociażby za osiągnięcie wybranych wskaźników zdrowotnych, np. za określony poziom wyszczerpienia populacji i świadczenie pewnych usług, do których chcielibyśmy pacjentów zachęcać. Nie wykorzystujemy wielu szans. Zmiana wyceny punktu od czasu do czasu nie przekłada się na motywację lekarzy – proponuje Windak.*

Środek stawki

Najlepszą opiekę podstawową zapewniają swoim pacjentom lekarze rodzinni w Holandii, Wielkiej Brytanii, Danii

i Szwecji. Polska znalazła się w środku europejskiej stawki – wynika z badań ekspertów z Netherlands Institute for Health Services Research (NIVEL), którzy zrealizowali międzynarodowy projekt badawczy porównujący organizację, finansowanie i funkcjonowanie podstawowej opieki zdrowotnej w 31 krajach europejskich. Badanie trwało przez trzy lata. We wszystkich badanych krajach analizowano 99 wskaźników świadczących o poziomie opieki zdrowotnej (pod uwagę wzięto również opinie pacjentów). W Polsce pozytywnie oceniono m.in. odrębne finansowanie podstawowej opieki zdrowotnej z budżetu NFZ, dbałość o przestrzeganie praw pacjenta, ustawiczne kształcenie lekarzy rodzinnych, wypracowanie standardów i wytycznych postępowania w różnych jednostkach chorobowych, a także organizację i wyposażenie indywidualnych oraz grupowych praktyk lekarzy rodzinnych. Za słabe strony uznano przede wszystkim brak współpracy między POZ a ambulatoryjną opieką specjalistyczną i lecnictwem szpitalnym, sposób wynagradzania, który nie zachęca do efektywniejszej pracy, oraz tradycyjny kontakt z pacjentem. Podstawowa opieka zdrowotna ma największy wpływ na zdrowie całej populacji. Jeśli jest właściwie zorganizowana, otwiera pacjentom bramy do systemu opieki – podkreślali autorzy badania. W Polsce na razie lekarze to wciąż „wypisywacze skierowań”. Czy ten stan rzeczy uda się wreszcie zmienić?

AGNIESZKA BORUSZKOWSKA

Zakazać, nie pozwolić, nie dopuścić

Broń na konkurencję

Firmy sektora medycznego coraz chętniej sięgają po umowy zobowiązujące pracowników do lojalności. Zakaz konkurencji obejmuje już nie tylko lekarzy specjalistów, lecz także ratowników i techników medycznych. Nowe ograniczenia nie wiążą się jednak z wyższymi pensjami.

Nie od dziś wiadomo, że pracownicy służby zdrowia w szpitalach publicznych się szkolą, a w prywatnych wykorzystują swoje umiejętności i zarabiają. Ten funkcjonujący od lat układ ostatnio traci równowagę. Szefowie państwowych placówek zorientowali się, że pozwalając pracownikom na dobieranie u innych świadczeniodawców, tracą wiele w walce o kontrakty z Narodowym Funduszem Zdrowia. Zaczęli więc wprowadzać przewidziane kodeksem pracy narzędzie w celu ochrony swoich interesów na rynku świadczeń zdrowotnych.

Ostra walka o byt

O konieczności przerwania „brutalnej konkurencji pomiędzy placówkami o fundusze NFZ” mówi Marta Laska, rzeczniczka Szpitala Uniwersyteckiego nr 1 im. dr. A. Jurasza w Bydgoszczy, który jako jeden z pierwszych podsunął swoim pracownikom aneksy umów zobowiązujące do lojalności. – *Podjęte przez nas działania zakończyły próby nieuczciwego*

przejmowania kontraktów z NFZ. Dzisiaj duży wpływ na przydział pieniędzy z funduszu ma to, jakimi specjalistami dana placówka dysponuje. To ich doświadczenie gwarantuje najwyższą jakość usług. Nasi lekarze mają tego pełną świadomość – twierdzi Marta Laska. Klauzule lojalnościowe podpisali lekarze pracujący na podstawie umów cywilnoprawnych, czyli około jednej trzeciej medyków zatrudnionych w placówce.

W Uniwersyteckim Centrum Klinicznym w Gdańsku aneksy otrzymali wszyscy funkcyjni i prowadzący działalność gospodarczą oraz niektórzy technicy. W sumie 300 osób.

– *Impulsem do działania była nieprzyjemna sytuacja podczas konkursu na świadczenia medyczne z NFZ. Ja starałam się o kontrakt dla poszczególnych klinik, a zatrudniony w moim szpitalu lekarz lub właściciel ZOZ walczył o pieniądze dla swojej firmy. A fundusze są ograniczone i więcej NFZ nie proponuje, dlatego często nam ich brakuje, gdyż rozdrobiono kontrakty na wiele podmiotów, niekoniecznie w sposób racjonalny i uzasadniony – tłumaczy Ewa Książek-Bator, dyrektor Uniwersyteckiego Centrum Klinicznego w Gdańsku.*



FOT. PAP / Grzegorz Micha

Bogusław Tyka: Nie mamy nic przeciwko temu, żeby ratownicy dorabiali i zarabiali. Mogą jeździć tam, gdzie nie startowaliśmy w konkursach na ratownictwo medyczne. Ale nie u Falcka – naszego konkurenta

W pierwszych miesiącach 2011 r. umowy o zakazie konkurencji zawierano również z lekarzami Samodzielnego Publicznego Szpitala Klinicznego nr 1 w Lublinie. Kierownictwo placówki zapewnia, że ze względu na negatywny odbiór społeczny umów lojalnościowych wnikliwie badano, czy dochodzi do konkurencji pomiędzy dodatkowym zatrudnieniem a działalnością statutową szpitala. Umowy zawarto z wybranymi grupami specjalistów.

O lojalność pracowników w ostatnich miesiącach upomniąły się również Podhalański Szpital Specjalistyczny im. Jana Pawła II w Nowym Targu oraz Specjalistyczny Psychiatryczny ZOZ im. Babińskiego w Łodzi.

Ratownicy zwolnieni za dorabianie

Zakaz konkurencji wprowadziła także Wojewódzka Stacja Ratownictwa Medycznego w Łodzi. Doszło nawet do tego, że dyrekcja zwolniła 11 pracowników, którzy dorabiali w prywatnym pogotowiu, choć zgodnie z kodeksem pracy pracownicy stacji pogotowia nie mają obowiązku uzyskiwania od pracodawcy zgody na dodatkową pracę lub prowadzenie działalności gospodarczej. W wywiadzie dla „Rynku Zdrowia” Bogusław Tyka, dyrektor WSRM w Łodzi, przyznał, że dwóch pracowników odwołało się od wypowiedzeń do sądu pracy. – *Nie mamy nic przeciwko temu, żeby ratownicy mogli dorabiać i zarabiać. Mogą jeździć w Gostyninie, Płocku... wszędzie tam, gdzie nie startowaliśmy w konkursach na ratownictwo medyczne. Ale nie u Falcka, naszego konkurenta, bo to jest nieuczciwe* – podkreślał Bogusław Tyka.

Podobne umowy o zakazie konkurencji już od 2004 r. funkcjonują w Krakowskim Pogotowiu Ratunkowym. Wprowadzono je – o dziwo – na wniosek organizacji związkowych.

Bez rekompensaty

– *Nie słyszałem o rekompensatach z tytułu utraconych korzyści, czyli podpisania umowy o zakazie konkurencji* – mówi Krzysztof Bukiel, przewodniczący Ogólnopolskiego Związku Zawodowego Lekarzy. – *Nie sądzę, aby dyrektorzy równocześnie z zakazem konkurencji podsuwali pracownikowi informacje o podwyżce. Zapewne zawalczyli o nie indywidualnie tylko pracownicy świadomi swojej wysokiej wartości na rynku pracy* – dodaje.

Sprawdziliśmy to.

Odpowiedź szpitala w Lublinie: *Podpisaniu umów nie towarzyszył wzrost wynagrodzeń. Sytuacja ekonomiczna placówki nie pozwalała na podjęcie takich działań.* Gdańsk: – *Mamy dobre systemy motywacyjne i zastosowane zasady mają zwiększyć możliwości całego zespołu, a nie tylko pojedynczych osób* – tłumaczy wymijająco dyrektor Ewa Książek-Bator. Podwyżek rekompensujących zakaz konkurencji nie było również w Bydgoszczy.

Idee a rzeczywistość

Polska ma jeden z najniższych w Unii Europejskiej wskaźnik liczby lekarzy. Według danych OECD z 2010 r., jesteśmy na przedostatnim miejscu w Europie, przed Turcją, jeśli chodzi o liczbę lekarzy przypadających na tysiąc mieszkańców. Braku-

je zwłaszcza geriatrów, alergologów, onkologów i radiologów. Wkrótce dotkliwie odczujemy deficyt pediatrów. W tym kontekście ograniczanie możliwości wykonywania zawodu przez lekarzy w różnych placówkach rodzi kolejne kontrowersje.

– *Oczywiście, że idea jeden lekarz – jedno miejsce pracy jest słuszna. Myślę, że każdy lekarz wolałby pracować w jednej placówce, która zapewniałaby mu jednocześnie godziwe warunki finansowe i możliwości rozwoju. Ale rzadko jest to możliwe* – ocenia Andrzej Mądrała.

Polskiego społeczeństwa nie stać na pełnopłatne leczenie, więc szpitale prywatne również opierają swoje funkcjonowanie na kontraktach z Narodowym Funduszem Zdrowia. – *Często NFZ wymaga zatrudnienia kilku specjalistów, a kontrakt, który oferuje, daje pełnoetatową pracę zaledwie jednemu. Trudno wymagać, aby szpitale prywatne dopłacały do interesu, zatrudniając pozostałych wymaganych przez NFZ lekarzy na pełny etat* – twierdzi Andrzej Mądrała.

Dyrekcje państwowych placówek bronią się, że jeśli nie godzi to bezpośrednio w interes szpitala, nie zabraniają lekarzom pracy po godzinach. Szpital w Bydgoszczy pozwala np. na prowadzenie prywatnych gabinetów. W Gdańsku medycy muszą się starać o indywidualną zgodę dyrekcji. – *Mamy określone sytuacje, kiedy nie jest to dla nas konkurencja i wystarczy mnie powiadomić o takiej działalności, np. dyżurach w innej jednostce, prywatnej poradni, aby w tym zakresie nasze porozumienie nie wiązało rąk lekarzowi* – mówi Ewa Książek-Bator, dyrektor UCK w Gdańsku.

Ustawowy zakaz

Zakazy konkurencji nie tylko ograniczają pracowników publicznych szpitali. Artykuł 132 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych z pieniędzy publicznych zakazuje zawierania umowy z lekarzem, jeżeli udziela on świadczeń u świadczeniodawcy mającego kontrakt z funduszem. Problem mają zwłaszcza specjaliści z wąskich dziedzin. Jeśli jako właściciele gabinetu prywatnego podpisali umowę z NFZ, legalnie nie mogą zostać zatrudnieni u innego świadczeniodawcy mającego kontrakt z funduszem.

O tym absurdzie napisała do Naczelnej Izby Lekarskiej alergolog Małgorzata Kaniuka. Kontrakt, który wywalczyła z NFZ, wystarcza zaledwie na trzy dni pracy po cztery godziny. – *Nie mogę podjąć legalnie dodatkowej pracy u innych świadczeniodawców, którzy zawarli umowę z NFZ, gdyż zabrania mi tego zapis ustawy. Czy nasze państwo stać na marnotrawienie zasobów ludzkich i nabytych w wielkim trudzie kwalifikacji lekarskich?* – pisze rozgoryczona lekarka.

Przepis można ominąć, przekształcając NZOZ w spółkę. I wtedy NFZ nie będzie obchodziło, że świadczenia udziela ten sam lekarz w dwóch różnych podmiotach... Ale tu wracamy do punktu wyjścia – deficytu specjalistów. – *Nawet gdybym chciała założyć spółkę partnerską, to i tak nie mam kandydata, bo specjalistów brakuje* – konkluduje dr Małgorzata Kaniuka.

Naczelna Izba Lekarska interweniowała w Ministerstwie Zdrowia w sprawie nowelizacji tego przepisu półtora roku temu. Bezskutecznie.

NATALIA ADAMSKA-GOLIŃSKA

Silva rerum

Silva rerum (łac. las rzeczy) to zbiór wiadomości albo utworów różnego rodzaju. W Polsce XV i XVI w. była to księga domowa albo rodzinna, w której zapisywano rozmaite wydarzenia, także polityczne, wiadomości, dokumenty różnej treści, mowy sejmowe, weselne, pogrzebowe, wiersze, satyry, daty ważniejszych wypadków, rachunki, anegdota, sentencje, przepisy, porady domowe i ciekawostki. Zachowane w rękopisach albo wydane drukiem stanowią bezcenne źródło informacji o życiu i obyczajach dawnej Polski.

Dzięki uprzejmości prof. Andrzeja Kierzka mamy do dyspozycji książeczkę jego autorstwa *Silva rerum medicarum veterum*. We wstępie autor pisze, że publikacja ta „stanowi zbiór wiadomości z różnych dziedzin lekarskiej wiedzy, a także z pogranicza medycyny, dotyczący tak ludzi o sławnych w świecie nazwiskach, jak i ludzi, o których pamięć utrwala tylko owe krótkie wzmianki. Często bowiem popełnia się błąd perspektywy, pamiętając jedynie o wielkich osiągnięciach i wielkich nazwiskach, obecnych na łamach wielkich dzieł. *Silva rerum medicarum veterum* to także wiele licznych i barwnych drobiazgów i ciekawostek z drugiej połowy tak niezmiernie



ciekawego XIX stulecia oraz z pierwszych dekad XX wieku. (...) Głównym celem wydania tego zbioru jest wzniecenie zainteresowania lekarzy i studentów medycyny historią własnej profesji. Może lektura *Silva rerum medicarum veterum* przyniesie im jakąś korzyść? (...) Może według zasady nie nudząc – uczyć, uda się połączyć *utile cum dulci*?”.

Jeszcze raz dziękuję profesorowi Kierkowi za miły prezent. Nadal będziemy drukować fragmenty książeczki. Dzisiaj kolejna część. AB

Silva rerum medicarum veterum

Stosunki w szpitalach warszawskich maluje drobny, ale znamienny fakt, że w szpitalu św. Rocha szczur nadgryzł ucho śpiącemu posługaczowi szpitalnemu.

**„Przegląd Lekarski”
1906, XLV, 439**

Doktor Edward Evans z Nicholaville został zamordowany w październiku rb. przez adwokata, od którego zażądał należności za leczenie.

**„Przegląd Lekarski”
1882, XXI, 662**

Władza udzieliła zezwolenia mieszkańce m. Warszawy, pannie Annie Tomaszewiczównie, która odbyła egzamin na kursach żeńskich medycznych przy Szpitalu wojskowym mikołajowskim, zajmowania się praktyką lekarską w Warszawie, w granicach wskazanych reskryptem z dnia 6 kwietnia 1879 roku. Wspomiane rozporządzenie dozwala kobietom praktyki lekarskiej, jak również ordynowania w szpitalach kobiecych położniczych i dziecięcych, wzbraniając im wsza-

Gnieźnieńska stomatologia dawniej

Przed II wojną światową Gniezno miało znikomą liczbę lekarzy dentyistów. Na wsi w ogóle ich nie było. W mieście zajmowali się tak zwanymi usługami dentyistycznymi w ramach umowy o pracę z Ubezpieczalnią Społeczną. Przyjmowali pacjentów u siebie w domu. Opieka taka nie dawała pełnego zabezpieczenia z punktu widzenia lekarso-dentyistycznego.

Po wojnie nastąpił dynamiczny rozwój stomatologii na terenie miasta i w okolicznych wsiach. Zapewnioną opiekę stomatologiczną miały dzieci w szkołach podstawowych i średnich, w których w myśl zarządzenia Ministerstwa Zdrowia – Departamentu Profilaktyki i Lecznictwa, 2/3 godzin pracy lekarza przeznaczone było na leczenie planowe, pozostały czas na leczenie doraźne.

Aktywny udział w opiece stomatologicznej nad dziećmi i młodzieżą mieli również stomatolodzy zatrudnieni w poradniach lecznictwa otwartego, tak w mieście, jak

i na wsi, mając wydzielone w ramach etatu 3 godziny pracy dla dzieci. Nie było na naszym terenie poradni stomatologicznej, która nie sprawowałałaby opieki nad dziećmi i młodzieżą. Udział w tym brała również Obwodowa Specjalistyczna Poradnia Stomatologiczna znajdująca się przy ul. Roosewelta 4, w skład której wchodziły Poradnia Profilaktyki Ortodontycznej, Poradnia Chirurgii Stomatologicznej, Parodontopatii, Radiologii i Protetyki.

Stomatolodzy w ramach akcji profilaktycznej przeprowadzali w szkołach fluoryzację polegającą na szczotkowaniu uzębienia fluorkiem sodu i tym samym zmniejszali występowanie próchnicy u dzieci. W październiku przez lata organizowano tzw. Tydzień Higieny Jamy Usnej, w którym lekarze dentyści brali aktywny udział. Dzieci szkolne uczestniczyły w tej akcji poprzez wykonywanie rysunków, wycinanek, gazetek ściennych o tematyce stomatologicznej, a w starszych klasach dzieci tworzyły albumy, krzyżówki itp. W zależności od własnej inicjaty-

wy lekarze organizowali wystawy w holu szkoły o tematyce dotyczącej Tygodnia Higieny. Najlepsze prace były nagradzane. W akcjach tych pomagali nauczyciele, pracownicy stacji Sanitarno-Epidemiologicznej i PCK.

Niezależnie od poradni stomatologicznych między-szkolnych i ogólnych czynne były również poradnie przyzakładowe i przyszpitalne. W tych miejscowościach, gdzie nie było gabinetów stomatologicznych, działał ambulans stomatologiczny. Działalność stomatologiczna podstawowa charakteryzowała się profilaktyką, leczeniem błony śluzowej jamy ustnej, leczeniem próchnicy i usuwaniem zębów nadzębnych.

Obwodowa Specjalistyczna Poradnia Stomatologiczna w Gnieźnie miała wysoko wykwalifikowaną kadrę, zapewniającą pełne zabezpieczenie stomatologiczno-specjalistyczne. Wszystkie poradnie były wyposażone w sprzęt wysokiej jakości, niektóre w wiertarki denty-styczne wysokoobrotowe do bezbolesnego opracowania

kże zajęć sądowo-lekarskich i lekarsko-policyjnych w wyjątkiem wydawania świadectw szczypania ospy i świadectw o śmierci.

**„Przegląd Lekarski”
1880, XIX, 554**

Pewien lekarz w Rumunii, zawezwany do chorej kobiety celem wykonania zabiegu operacyjnego, zażądał przedtem honorayum. Mąż chorej oświadczył, że pieniędzy w domu nie ma, ale zaraz od sąsiada pożyczę. Za chwilę też wrócił z pieniędzmi.

Przy wyjściu zauważył lekarz, że futra jego nie ma! Okazało się w końcu, że stroskany małżonek wpadł na pomysł zastawienia futra lekarza celem uzyskania pieniędzy. Dodać należy, że lekarz przy wykupnie futra musiał jeszcze ze swej kieszeni dolożyć.

**„Przegląd Lekarski”
1908, XLII, 683**

Komendat twierdzy Kuszka, jak donosi turkiestański korespondent Syna Otczistwa, wślawił się już w roku zeszłym rozporządzeniem, w którym nakazał podwładnym mu lekarzom leczyć zimnicę noszeniem czosnku na pierśiach oraz herbatą z liści bzu i pod groźbą kary dyscyplinarnej uchylił wszelkie naukowe metody terapeutyczne.

**„Medycyna”
1905, XXXIII, 1002**

Ministerstwo oświaty w Petersburgu rozesało wedle doniesień dzienników okólnik do wszystkich Uniwersytetów, w którym poleca, aby ze względu na to, że na uniwersytetach nie ma być wolnych słuchaczek, przestrzegano, aby do sal wykładowych, i na korytarze nie wpuszczano kobiet.

**„Lwowski Tygodnik Lekarski”
1908, III, 426**

Ze sprawozdania lekarskiego o używaniu alkoholu przez szkolne dzieci w Wirtembergii dowiadujemy się, że wśród uczniów 68 klas obejmujących 4240 dzieci tylko 2 proc. dzieci nigdy nie używało alkoholu; codziennie używało go 3100, a powyżej 1/2 litra dziennie używało 547 dzieci. Przed pójściem do szkoły rano piło alkohol 44 dzieci.

**„Lwowski Tygodnik Lekarski”
1910, V, 124**

W Berlinie jeden z profesorów za operację zażądał wysokiego honoraryum, skoro chory odmówił zapłaty, oddał sprawę do sądu. Sąd oddalił pretensję profesora, zaznaczając, że o ile lekarz nie chce kontentować się zwykłym honoraryum, winien sprawę załatwić z chorym przed operacją.

**„Medycyna i Kronika Lekarska”
1909, XLIV, 325**

EXCERPTA SELEGIT
ANDRZEJ KIERZEK

Lekarz przedsiębiorcą

Prowadzenie praktyki lekarskiej jest działalnością gospodarczą w rozumieniu ustawy o swobodzie działalności gospodarczej. W związku z tym prawo nakłada na lekarza szereg obowiązków.

1. Do 31 stycznia trzeba było przekazać marszałkowi województwa informacje dotyczące ilości i rodzajów produkowanych gazów lub pyłów, a także uiścić opłatę „za korzystanie ze środowiska” za II półrocze 2011 r. Termin przekazania wykazu i uiszczenia opłaty za I półrocze 2012 r. – 31 lipca 2012 r.
2. Do 29 lutego należało sporządzić raport o emisji gazów za rok 2011.
3. Do 15 marca należało złożyć marszałkowi województwa zbiorcze zestawienie danych o rodzajach i ilości odpadów medycznych.
4. Do 30 czerwca trzeba dostosować swoją działalność do przepisów ustawy o działalności leczniczej (art. 208 ust. 2). Chodzi m.in. o wprowadzenie regulaminu organizacyjnego i zgłoszenie odpowiednich zmian do rejestru praktyk.
5. Prowadzenie działalności gospodarczej łączy się m.in. z obowiązkiem poddania się kontroli właściwych organów. Jak taka kontrola powinna wyglądać, warto przeczytać w „Gazecie Lekarskiej” nr 4/2012 w artykule „Bądź gotowy do kontroli”.

MS

ubytków zębowych. Współpraca z innymi specjalnościami medycznymi, takimi jak laryngologia, neurologia, ginekologia, interna, układała się dobrze. Na naszym terenie, w Zespole Opieki Zdrowotnej wprowadziliśmy integrację protetyczną – pacjent chcący otrzymać protezę zębową uzyskiwał ją bez żadnych ograniczeń wiekowych, bezpośrednio od tego lekarza, do którego się zgłosił.

Według ustalonego harmonogramu stomatologów pracowali również w niedziele, aby społeczeństwo w tym dniu nie było pozbawione opieki stomatologa.

W składzie kadry stomatologicznej na naszym terenie w ZOZ pracowało 25 lekarzy dentystów.

Istniały również poradnie stomatologiczne niepodlegające administracji ZOZ, lecz udzielające świadczeń stomatologicznych: poradnia PKP, MO, Garnizonu Wojskowego, Spółdzielni Inwalidów „Piast” i inne. W sumie było ich 10 i zatrudniały 12 stomatologów. Tak więc na terenie miasta i powiatu gnieźnieńskiego było 30 gabinetów,

w których pracowało 37 lekarzy dentystów. Część poradni działała na dwie zmiany.

W tym okresie w gnieźnieńskiej stomatologii 4 lekarzy posiadało stopień naukowy doktora nauk medycznych, 5 miało II stopień specjalizacji i 12 I stopień. Dużą pomocą fachową, teoretyczną i praktyczną, były szkolenia w Akademii Medycznej w Poznaniu, jak również w Instytucie Doskonalenia Kadr Lekarskich w Warszawie.

Dzięki tym lekarzom dentystom i personelowi średniemu gnieźnieńska stomatologia poprzez prawidłową opiekę zdrowotną i dbałość o zdrowie społeczeństwa mogła pośrednio w odbudowie zniszczonej po II wojnie światowej naszej Ojczyzny...

Uczestnicząc w wielkanocnym spotkaniu lekarzy emerytów z Gniezna i Wrześni w 2012 r., miałem możliwość przekonać się, że niewielu już z nas „wiekowych” pozostało. Jakaś siła wewnętrzna kazała mi oddać cześć tym, co odeszli, poprzez napisanie tych wspomnień.

W artykule wspominam koleżanki i kolegów, którzy zaczęli pracę stomatologa od wiertarek nożnych, poprzez elektryczne, aż do turbinowych. Protezy zębowe wykonywano również z masy kauczukowej, a materiał akrylowy dopiero wchodził na rynek. Obszar tzw. krajów demoludów był terenem zamkniętym, a kontakt z zagranicą był bardzo słaby. Mimo to polscy stomatolodzy sprościli swojemu zadaniu i pracowali prawidłowo.

Tych kilka wspomnień pragnę przekazać tym wszystkim, którzy już nie pamiętają, z jaką ofiarnością służba zdrowia dbała o stan zdrowia naszego społeczeństwa. Z szacunkiem należy pochylić głowę i powspominać koleżanki i kolegów, których już nie ma...

Cześć ich pamięci.

DOKTOR STOMATOLOGII
TADEUSZ SZYMAŃSKI

Praca orzecznika ZUS – fakty i mity

Zakład Ubezpieczeń Społecznych to instytucja, o której nie myśli się w sposób obojętny. Przez jednych żarliwie krytykowana, dla innych jedyne materialne wsparcie w czasie choroby lub starości. Tym razem jednak, nie wdając się w tego rodzaju spory, przyjrzyjmy się jej działaniu od środka, oczyma naszych kolegów lekarzy, dla których stanowi ona miejsce pracy. Dla niektórych jest to miejsce pracy podstawowe, dla innych jedno z wielu. Ci drudzy pracują tu tylko w niektóre dni tygodnia, czasem jedynie popołudniami. Są osobami w różnym wieku, czasem ze świeżo uzyskaną specjalizacją (jej posiadanie jest wymagane do zatrudnienia). Są też osoby z większym stażem pracy, a nawet takie, które oprócz pensji pobierają już z ZUS emeryturę. Trafiają tu w różny sposób, często zachęceni czyjąś osobistą relacją, czasem z ogłoszenia, czasem zatrudniając się „tylko na przeczekanie”, zostają na wiele lat.

Wiele osób przyciąga stabilizacja finansowa w państwowej firmie niepodlegającej kaprysom koniunktury na rynku medycznym. Na pewno jednak nie jest to praca dla każdego. Pierwszą niespodzianką, która spotyka rozpoczynającego pracę orzecznika, jest ogrom dokumentacji, z jaką ma się tu do czynienia. Wbrew pozorom nie jest to dokumentacja wewnętrzna ZUS. Dzisiejszy ZUS jest skomputeryzowany, przyjazny dla klienta, a procedury znacznie uproszczone i przejrzyste. Nieraz jednak sami ubezpieczeni, przychodząc po orzeczenie, wydają się przekonani o tym, że „ilość przechodzi w jakość”. Przynoszą wszystkie dokumenty, które mają w domu. Czasem są one pedantycznie uporządkowane, czasem w wielkim nieładzie. Choćby ktoś „przywiózł dokumenty taczka”, orzecznik musi sobie z nimi poradzić. Z czasem nabiera się sprawności w operowaniu dużą ilością dokumentacji, aż posiadzie się umiejętność błyskawicznego wyszukiwania użytecznych informacji. Wtedy zaczyna się doceniać argumenty uzasadniające wydawane orzeczenie, jakie się tam znajdują. Inne ważne cechy lekarza orzecznika to spostrzegawczość, krytycyzm w ocenie wywiadu i wyników badania przedmiotowego oraz umiejętność wyciągania właściwych wniosków. Trzeba umieć szybko uzasadnić i podjąć niezależną decyzję. Czasem bardzo różną od tego, co na temat swojej sprawności myśli osoba badana. Możliwości wykonywania pracy, a nie choroba sama w sobie, decydują o treści orzeczenia. Tego rodzaju sprzeczności często stawiają lekarza orzecznika w sytuacji konfliktowej. Jej opanowanie wymaga wielkiego taktu, kultury osobistej i profesjonalizmu. Podobne sytuacje spotyka się czasem w poradni, gdy pacjent np. próbuje wymusić wydanie jakichś skierowań zaniepokojony o stan swojego zdrowia (lub wartość orzeczniczą swojej kartoteki!). Od dawna pokutującym mitem orzecznictwa jest rzekomy konflikt w zakresie oceny stanu zdrowia pacjenta przez lekarza leczącego i przez orzecznika. Są ubezpieczeni, którzy chętnie wykorzystaliby nawet drobne rozbieżności tych ocen i zarzu-

cili, zwykle temu ostatniemu, niekompetencję. Zapominają jednak, że nawet lekarz rodzinny lub leczący specjalista, który skrupulatnie opisuje choroby w zaświadczeniu o stanie zdrowia, nie jest zobowiązany do podejmowania oceny orzeczniczej. Ocena ta odbywa się na podstawie stanu sprawności organizmu i to w odniesieniu do wywiadu zawodowego, który lekarz leczący zna najczęściej tylko pobieżnie. Lekarz orzecznik z kolei odnosi się z reguły z szacunkiem do pracy leczącego kolegi, nie dyskutując z ubezpieczonym na temat prowadzonego leczenia lub wykonanych badań. Nawet kontrolując zwolnienia chorobowe, orzecznik nigdy nie kwestionuje potrzeby ich wystawienia, a ustala jedynie czasem wcześniejszą datę odzyskania zdolności do pracy przez ubezpieczonego (tj. od dnia następującego po badaniu orzecznika ZUS). I kolejny mit: wpływ ZUS (jako płatnika świadczeń) na decyzje orzecznicze. Ten wpływ nie istnieje. Lekarz orzecznik jest niezależną instancją orzekającą, która nie byłaby wiarygodna, gdyby jakkolwiek szczebel administracji ZUS mógł zmienić jej orzeczenie. Osoba niezadowolona z treści orzeczenia zawsze ma jednak prawo odwołać się do komisji lekarskiej.

Na koniec chyba najważniejsze pytanie: czy ta praca daje satysfakcję? I odpowiedź: może. I nie jest to wyłącznie typowa satysfakcja urzędnika, któremu udało się uporządkować kawałek polskiej rzeczywistości, ani zadowolenie prawnika z wygranej sprawy. Wiemy dobrze, że mimo całego postępu medycyny lekarz nie zawsze może dać pacjentowi zdrowie. Często jednak nie sama utrata zdrowia jest największym zmartwieniem chorego, ale mogąca z niej wynikać degradacja społeczna lub niemożność zapewnienia bytu materialnego sobie i swojej rodzinie. Uczestnicząc w istotny sposób w procesie przekazywania konkretnej osobie środków niezbędnych do życia, lekarz stoi nadal w samym centrum swojego powołania do służenia społeczeństwu swoją pracą i wiedzą medyczną.

Z medycznej wokandy

Zasady wystawiania zaświadczeń lekarskich



DR HAB. JĘDRZEJ
SKRZYPCZAK



Tym razem chciałbym przypomnieć reguły wystawiania zaświadczeń lekarskich. Zgodnie z art. 40 Kodeksu Etyki Lekarskiej „Wydawanie zaświadczeń lekarskich jest dozwolone jedynie na podstawie aktualnego badania lub odpowiedniej dokumentacji”. Wątpliwości może wzbudzać każda z tych przesłanek. Poniżej prezentujemy stanowisko Naczelnego Sądu Lekarskiego, jak należy rozumieć określenie „aktualne badanie”. W szczególności – jakkolwiek dziwnie to może zabrzmieć – czy można przeprowadzić badanie przez okno. Otóż w pewnej sprawie takim właśnie przypadkiem zajmowały się sądy lekarskie. Jeden z okręgowych rzeczników odpowiedzialności zawodowej złożył wniosek o ukaranie dr. n. med. X, obwiniając go o to, że 23 lipca 2006 r. (niedziela) popełnił błąd diagnostyczno-decyzyjny, bowiem będąc w W. z zamiarem przeprowadzenia badania psychiatrycznego A.B. u niego w domu, gdzie nie został wpuszczony, rozpoznał u „badanego” zaburzenia urojeniowe oraz niezdolność do zaspokajania podstawowych potrzeb życiowych, opierając się jedynie na wywiadzie od A.S., żony „badanego” i krótkiej obserwacji „przez okno”, bez bezpośredniego badania lekarskiego i nawiązania kontaktu słownego. Na tej podstawie uznał, że A.B. wymaga leczenia psychiatrycznego w trybie wnioskowanym z art. 29 ustawy o zdrowiu psychicznym, a „Zaświadczenie o stanie zdrowia” wydał na druku „Skierowanie do szpitala psychiatrycznego”, tj. o naruszenie: art. 30 ustawy z 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego oraz art. 40 KEL. Okręgowy

sąd lekarski, który rozpatrywał wniosek o ukaranie, uniewinnił dr. X od stawianego mu zarzutu. Od tego orzeczenia odwołał się do NSL zarówno OROZ, jak i pokrzywdzony. Naczelny Sąd Lekarski uchylił zaskarżone orzeczenie i przekazał sprawę do ponownego rozpoznania przez sąd I instancji. Sąd okręgowy po przeprowadzeniu postępowania i zasięgnięciu drugiej opinii biegłego psychiatry, prof. V, uznał dr. X winnym i wymierzył mu karę nagany. Od tego orzeczenia odwołał się pokrzywdzony i obrońca obwinionego. W opinii NSL odwołania nie były zasadne. Sąd przyjął do wiadomości, że oprócz żaluzji w oknach były także rolety, co mogło mieć wpływ na czas obserwacji przez dr. X, natomiast w istocie w odwołaniu nie chodziło o stwierdzenie winy, ale o wysokość kary i uwzględnienie ewentualnych strat finansowych pokrzywdzonego. Wymierzając karę, sąd uwzględnił dotychczasową dobrą opinię dr. X, jego niekaralność, a także fakt, że wydane z naruszeniem zasad art. 40 KEL i dobrej praktyki lekarskiej zaświadczenie nie skutkowało szczególnie dolegliwymi następstwami w postaci np. umieszczenia pokrzywdzonego w szpitalu psychiatrycznym. Podkreślono ponadto, iż sądy lekarskie nie mają kompetencji do rozstrzygnięcia roszczeń majątkowych dochodzonych od lekarzy przez ich pacjentów. W świetle zebranego materiału dowodowego wina obwinionego nie budziła wątpliwości. Naczelny Sąd Lekarski podkreślił, iż zawód lekarza jest zawodem szczególnego zaufania. Badanie psychiatryczne jest badaniem specjalistycznym, ale pozostaje badaniem lekarskim. Część pacjentów może zachowywać się niechętnie i podejrzliwie, część może utrudniać jego przeprowadzenie, niektórzy mogą protestować i zachowywać się wręcz agresywnie. Nie zwalnia to jednak psychiatry od cierpliwości, prób nawiązania kontaktu i dołożenia wszelkich starań, aby wydane w następstwie zaświadczenie lekarskie czy skierowanie do szpitala było oparte na rzetelnych podstawach. Badanie lekarskie – w szczególności badanie psychiatryczne – powinno być prowadzone w taki sposób, aby osoba poddana temu ba-

daniu miała świadomość, iż jest mu podawana lub co najmniej w sposób stwarzający możliwość uświadomienia, że stanowi ono badanie lekarskie. Każdy człowiek, widząc na zamkniętym terenie swojej posesji nieznaną osobę zaglądającą do domu przez zamknięte okna, może czuć się nieswojo, może mieć obawy, czy jest ona tym, za kogo się podaje, czy nie jest to np. złodziej. W ocenie NSL przeciętny obywatel nie spodziewałby się, że taka sytuacja może być interpretowana jako badanie psychiatryczne, i to badanie skutkujące wystawieniem zaświadczenia o stanie zdrowia psychicznego. Według NSL „badanie” przeprowadzone przez dr. X było niewystarczające do wydania rzetelnego zaświadczenia lekarskiego, a więc wystawienie zaświadczenia o stanie zdrowia pokrzywdzonego nastąpiło z naruszeniem art. 40 KEL i art. 42 ustawy o zawodzie lekarza. Obwiniony rozpoznał zaburzenia urojeniowe u A.B., ponadto stwierdził, że nieprzyjęcie osoby badanej do szpitala psychiatrycznego spowoduje pogorszenie jej stanu zdrowia oraz że badana osoba jest niezdolna do zaspokojenia podstawowych potrzeb życiowych. Obwiniony sporządzający ten dokument nieprawidłowo go określił, nie skreślając słów „skierowanie do szpitala psychiatrycznego”, tylko nad tymi słowami napisał „zaświadczenie o stanie zdrowia”. Naczelny Sąd Lekarski zwrócił też uwagę na szczególną odpowiedzialność lekarza psychiatry przed podjęciem decyzji o potrzebie umieszczenia badanego w zamkniętym zakładzie psychiatrycznym. Negatywny stosunek do badania jest prawem chorego, a psychiatrzy nie wolno tracić z pola widzenia faktu, że obowiązkowa obserwacja w zamkniętym zakładzie psychiatrycznym może się okazać dla stanu zdrowia psychicznego złą w skutkach i jest *de facto* pozbawieniem wolności. W literaturze przedmiotu opisano występowanie stresu pourazowego u osób zmuszonych do przebywania na oddziale psychiatrycznym. Trybunał Konstytucyjny orzekł, powołując się na doświadczenie *Collegium Medicum* Uniwersytetu Jagiellońskiego, że nawet w najtrudniejszych, najbardziej skomplikowanych sprawach wystarczające jest badanie ambulatoryjne, odpowiednio długo trwające. Z powyższych względów NSL utrzymał w całości w mocy zaskarżone orzeczenie OSK, potwierdzając w ten sposób winę lekarza.

PERYSKOP

onet.pl

Janusz Skowronek

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

Czy Amerykanie wkrótce opracują skuteczną metodę walki z chorobą Alzheimera?

Za niespełna 15 lat Amerykanie chcą mieć skuteczną metodę walki z chorobą Alzheimera. Będą na to pieniądze i specjalny plan działań. Amerykańscy eksperci stwierdzili, że choroba Alzheimera jest wyjątkowo poważnym problemem. Chorują na nią osoby starsze, a jest ich coraz więcej. To z kolei podnosi koszty opieki zdrowotnej. Dlatego – zgodnie z projektem – skuteczna metoda leczenia ma być gotowa do roku 2025. Rząd chce przeznaczyć na ten cel 50 mln USD tylko w tym roku. Pomocne mogą być dwa nowe leki; jeden z nich ma atakować tzw. amyloidy, czyli białka, które prawdopodobnie wywołują chorobę Alzheimera. Eksperci szacują, że w USA ponad 5 mln ludzi cierpi na różne otępienia. Opieka nad nimi kosztuje 200 mld USD rocznie. Do połowy wieku liczby te mogą wzrosnąć odpowiednio trzy- i pięciokrotnie.

Marihuana może łagodzić objawy stwardnienia rozsianego

Osoby cierpiące na stwardnienie rozsiane od dawna twierdzą, że marihuana pomaga łagodzić dokuczliwe bóle podczas skurczów mięśni. Wnioski płynące z ostatnich badań zdają się to potwierdzać – informuje „Canadian Medical Association Journal”. Naukowcy z Uniwersytetu Kalifornijskiego w San Diego zaobserwowali, że kilka dni palenia marihuany przyniosło znaczną ulgę pacjentom ze stwardnieniem rozsianym, którym dokuczła spastyczność, czyli stan nadmiernego napięcia mięśni. Uczestnicy nie osiągnęli podobnych rezultatów po zastosowaniu tradycyjnych leków. Każdy z 30 pacjentów palił marihuanę raz dziennie przez trzy dni, a po pewnym czasie przez kolejne trzy dni placebo, które nie różniło się niczym od marihuany

Bezdroża receptowe

W ostatnich dniach maja otrzymałem aneks dotyczący zmian umowy na przepisywanie recept objętych refundacją, który wzbudził moje zaniepokojenie oraz smutek.

Jako osoba starająca się prezentować postawy obywatelskie bezwzględnie akceptuję rolę NFZ jako instytucji powołanej do dysponowania publicznymi pieniędzmi na opłacanie opieki zdrowotnej naszego społeczeństwa. Jednocześnie zgadzam się, że jako lekarze ponosimy odpowiedzialność za ekonomiczny wymiar podejmowanych przez nas decyzji, dysponując nieraz znacznymi funduszami, czasami – przyznaję – w sposób nie w pełni uświadomiony.

Wątpliwość wzbudziła forma zmiany umowy – przedstawiona w sposób kategoryczny, z pozostawieniem zaledwie kilkudniowego terminu, bez jakiegokolwiek możliwości podjęcia dialogu

Wątpliwość wzbudziła forma zmiany umowy – przedstawiona w sposób kategoryczny, z pozostawieniem zaledwie kilkudniowego terminu, bez jakiegokolwiek możliwości podjęcia dialogu dwóch równoprawnych jej stron.

dwóch równoprawnych jej stron. W obliczu wprowadzenia dość radykalnych zmian z mojej strony zaistniała potrzeba konsultacji prawnych oraz ze środowiskiem samorządu lekarskiego. Przy pełnej świadomości odpowiedzialności za wypisywane recepty zdziwienie wzbudziło przedstawienie niezwykle restrykcyjnego „cennika przewinień”, którego odniesienie do innych – społecznie akceptowanych – kar budzi zdumienie. Odniosłem wrażenie, jakby czynniki administracyjne w sposób niezbyt inteligentny emocjonalnie chciały sprowo-

wać konflikt ze środowiskiem lekarskim. Jestem głęboko przekonany, że zaproponowanie i wysłanie w całym kraju umowy w takim kształcie mogło być spowodowane albo złą wolą i próbą rozdrażnienia lekarzy, albo brakiem wyobraźni.

Pozostaje mi nadzieja, że profesja lekarska, mimo naszych ułomności, zachowuje choćby namiastkę zawodu zaufania publicznego. Sposób działania publicznego płatnika w omawianej sprawie budzi zadumę i powoduje sprzeciw. Jeśliby we współczesnej medycynie ktokolwiek próbował przyjmować bezduszną dominację czynników administracyjnej arogancji, jakiej doświadczyliśmy poprzez otrzymanie omawianej umowy, to powinien być świadomy konieczności zachowania podstawowej – niewymiernej administracyjnie i ekonomicznie – relacji, jaką jest relacja lekarza z człowiekiem chorym, któremu udzielamy pomocy.

Warto ponadto zwrócić uwagę na podstawowy fakt, że prawo do refundacji

jest uprawnieniem nie lekarza, lecz ubezpieczonego pacjenta. Stąd nakładanie na lekarzy nadmiernych zobowiązań administracyjnych nie tylko prowadzi do niefrasobliwej eskalacji naszych obowiązków dokumentacyjnych, utrudniając wykonywanie obowiązków wynikających z powinności zawodowych, ale jednocześnie uderza w pacjentów, znacząco ograniczając ich uprawnienia i dostęp do właściwej opieki medycznej. Jednocześnie pragnę zasugerować, że ciężar weryfikacji administracyjnej powinien być przesunięty na instytucje do

tego powołane (patrz inne kraje, np. Francja) dysponujące kwotami ubezpieczonych pacjentów. Każde – najłatwiejsze z punktu widzenia zarządzania i mogące być wyrazem tendencji antylekarskich – przrzucanie takich obo-

dzona refleksja odnośnie do skutków niebytności racjonalnego postępowania, przywracająca zachowanie ciągłości leczenia koniecznej do zapewnienia opieki nad pacjentami. Mam nadzieję, że – przez utrzymywanie stanowiska NFZ –

Niepodpisanie przez nas aneksu może postawić w trudnej sytuacji od lipca nie tylko mnie, lecz także pacjentów, którzy powierzając mojej trosce swoje zdrowie, okazują mi zaufanie.

wiązków powinno się spotykać ze zdecydowanym odporem, także w interesie pacjentów.

Niepodpisanie przez nas aneksu może postawić w trudnej sytuacji od lipca nie tylko mnie, lecz także pacjentów, którzy powierzając mojej trosce swoje zdrowie, okazują mi zaufanie. Mam nadzieję, że w kręgach decyzyjnych zostanie wzbu-

nie zaczniemy działać w sytuacji marowania potencjału lekarskiego.

Nie wiem, na jakie działania prowadzące do przewyciężenia zaistniałej sytuacji można liczyć. Staje się ona sprawdzianem nie tylko dla zarządzających polską opieką zdrowotną, lecz także dla naszego samorządu.

SZCZEPAN COFTA



PERYSKOP **onet.pl**

poza brakiem psychoaktywnego związku THC z grupy kannabinoidów. Po porównaniu rezultatów naukowcy ustalili, że spastyczność mięśni spadła o ok. 30 proc. po trzech dniach palenia marihuany, podczas gdy nie uległa zmianie w wyniku palenia placebo. Odróżnić obie substancje było w stanie 17 z 30 badanych osób.

Jak zauważa prowadząca badania dr Jody Corey-Bloom, organizm człowieka wytwarza pewne kannabinoidy także w sposób naturalny, a wcześniejsze analizy wykazały, że receptory kannabinoidowe w naszych komórkach pomagają regulować spastyczność. Naukowcy podkreślają jednak, że nie są dokładnie znane długoterminowe efekty uboczne stosowania marihuany. Osoby cierpiące na stwardnienie rozsiane są bardziej narażone na wystąpienie zmian w zakresie funkcji kognitywnych, dlatego stosowanie substancji psychoaktywnych wiąże się u nich z większym ryzykiem – komentuje Nicholas LaRocca z Narodowego Towarzystwa Stwardnienia Rozsianego w USA.

Przełomowe odkrycie dla osób niewidomych?

Wynalezione w USA bioniczne oko ma przywracać wzrok osobom niewidomym. Nowoczesne urządzenie jest prostsze i skuteczniejsze od poprzednich prototypów. Niedawno niemieccy i brytyjscy naukowcy testowali podobny implant wszczepiany na dno oka. Niewidomi pacjenci rozróżniali dzięki niemu kształty. – *Jeden z naszych ochotników rozróżniał nie tylko kształty, ale nawet litery* – tłumaczy prof. Robert McLaren z Oksfordu. Dotychczasowe urządzenia wymagały jednak zewnętrznego zasilania z baterijki umieszczonej za uchem. Amerykańskie bioniczne oko nie potrzebuje baterii – energii dostarczają okulary wysyłające skupione wcześniej promienie podczerwone do wszczepionego implantu. Ten działa jak ogniwo słoneczne – przetwarza światło na impuls elektryczny, który przez nerw wzrokowy przesyłany jest do mózgu. Urządzenia nie testowano jeszcze na ludziach, ale eksperymenty na szczurach wypadły

PERYSKOP onet.pl

bardzo dobrze. Wyniki badań naukowcy z Uniwersytetu Stanforda opisują w tygodniku „Nature”.

Jakość życia – ważny aspekt leczenia chorych na raka prostaty

Dobra relacja z lekarzem, wiedza o chorobie, wsparcie psychiczne oraz dostęp do nowoczesnych metod terapii to czynniki, od których w dużym stopniu zależy jakość życia chorych na nowotwory, w tym na raka prostaty – oceniają lekarze i pacjenci. Mówili o tym na konferencji prasowej w stolicy. Jak przypomniała psychonkolog Mariola Kosowicz z Centrum Onkologii w Warszawie, Światowa Organizacja Zdrowia (WHO) zalicza choroby nowotworowe do schorzeń szczególnie wymagających monitorowania jakości życia pacjentów (oprócz cukrzycy, AIDS oraz niepełnosprawności). Wymieniając czynniki, które mają na nią wpływ, specjalistka zwróciła m.in. uwagę na rzetelną wiedzę o chorobie, wsparcie społeczne i psychologiczne, ale też pracę nad utrzymaniem pozytywnego nastawienia. – *Dla mnie przeciwnikiem nie jest rak, ale moja rozpacz z powodu choroby* – mówił obecny na spotkaniu reżyser i scenarzysta Krzysztof Krauze, który od 2006 r. cierpi na raka prostaty. Podkreślił, że bez odpowiedniego nastawienia do choroby, akceptacji pewnych ograniczeń związanych z leczeniem choremu nie zdoła pomóc żaden lekarz. – *Można być szczęśliwym, będąc chorym na raka. Wierzcie mi!* – zapewniał.

Zdaniem Kosowicz, problem w tym, że polskie społeczeństwo nie potrafi korzystać z pomocy psychologicznej i grup wsparcia. – *Na 70 pacjentów z nowotworem, dla których ostatnio chcieliśmy zorganizować grupę wsparcia, zgłosiło się dwóch* – mówiła. Psychoterapeutka zwróciła też uwagę, że jakość życia w chorobie w znacznym stopniu zależy od dobrej relacji pacjenta z lekarzem. Potwierdził to Krzysztof Krauze: – *Raz w miesiącu idę na kontrolę do lekarza i może on wtedy zapalić światło, które starcza mi do kolejnej wizyty.*

Omówienie posiedzenia ORL z 16 czerwca

Wyjazdowe spotkanie

Ostatnie przed wakacjami posiedzenie Okręgowej Rady Lekarskiej odbyło się w Delegaturze WIL w Kaliszu. Obradom – ze względu na nieobecność prezesa Krzysztofa Kordela – przewodniczył wiceprezes Jacek Zabielski, szef Delegatury Kaliskiej.

Tematów do dyskusji, jak od kilku już miesięcy, dostarczają wydarzenia bieżące. Dyskutowaliśmy nad pismem otrzymanym z Ministerstwa Zdrowia, podpisanym przez podsekretarza stanu Cezarego Rzemka. Jest to odpowiedź na stanowisko naszego ostatniego zjazdu w sprawie sposobu przeprowadzania konkursów na niektóre stanowiska kierownicze w podmiotach leczniczych, m.in. na ordynatorów oddziałów. Przypomnę, że rozporządzenie MZ z 6 lutego 2012 r. zezwala na niepowoływanie w skład komisji konkursowej ani konsultanta wojewódzkiego w danej dziedzinie, ani przedstawiciela towarzystwa naukowego. Podsekretarz stanu pisze: „nie ma przeszkód prawnych, by osoby pełniące te funkcje wchodziły w skład przedmiotowych komisji konkursowych jako przedstawiciele kierownika podmiotu leczniczego”. Pozostaje więc apelować do dyrektorów szpitali o to, by skład komisji – w ich własnym interesie – stał na najwyższym poziomie. Apel taki w imieniu ORL sformułuje na najbliższym posiedzeniu Prezydium i roześle do dyrektorów szpitali wielkopolskich.

Drugim, chyba bardziej bulwersującym problemem, bo dotyczącym nas wszystkich, jest trwająca od początku roku walka z NFZ w związku z wypisywaniem recept. Przypomnę, że nawet wiceminister zdrowia Jakub Szulc ostatnio powiedział: „Ja uważam, że część przepisów w tym zarządzeniu, w tym część odnosząca się do kar umownych dla lekarzy, powinna zostać w możliwie najkrótszym czasie zmieniona”. Ale po kolei. Najpierw był protest „pieczątkowy”, potem apel NRL o wypowiedzanie umów na wypisywanie recept, ostatnio apel NRL o niepodpisywanie nowych umów z NFZ. Odzew środowiska można delikatnie określić jako „wysoce niezadowolający”. Nie odpowiedzieliśmy, nie stanęliśmy solidarnie do walki z przepisami nakładającymi drakońskie kary za błędne wypisanie recepty. Niewiele umów zostało wypowiedzianych, niewielu zdecydowało się na niepodpisanie nowej umowy. Przyczyny na pewno są złożone: kto wierzy, że to na niego zostanie nałożona kara podczas kontroli? A jeżeli tak, to może nie za wysoka? Jak wypowiedzieć umowę w AOS, gdy zdobyło się ją na 3 lata, a kredyt na sprzęt trzeba spłacić? Jak nie podpisać nowej umowy i wypisywać leki na 100 proc., którego pacjenta będzie na to stać? Pójdzie do „konkurencji”. Nie umieliśmy się zjednoczyć we wspólnym interesie – razem POZ i AOS, kontraktowi i na umowę o pracę, świadczeniodawcy i zatrudnieni. Za mało przyparto nas do muru, aby interes walki z monopolistą stał się nadrzędny. W tym kontekście pismo prezesa NRL Macieja Hamankiewicza, aby od 1 lipca wypisywać recepty tylko na 100 proc., spotka się – śmiem twierdzić – z miernym odzewem. Także dlatego, że jeśli nie wypowiedziało się umowy, to takie postępowanie jest łamaniem prawa (nierealizowanie umowy z NFZ, łamanie praw pacjenta), a za to grożą kary stanowczo wyższe niż w przypadku błędu wykrytego podczas kontroli. 22 czerwca zbiera się NRL, która na pewno zajmie stanowisko w tej sprawie. Jakie? Zobaczmy. Jedno jest pewne: decyzję jak zawsze każdy z nas będzie musiał podjąć sam. Życzę sobie i Wam trafnego wyboru.

SEKRETARZ ORL WIL
IWONA JAKÓB

Moje trzy grosze w sprawie recept...

Doceniam wysiłek kolegów pracujących w zespole NRL nad ucywilizowaniem umów na recepty. Chodzi, jak wiadomo, o dokumenty umożliwiające wypisywanie leków refundowanych *pro auctora*, *pro familie* i z gabinetów prywatnych. Umowy są niekorzystne dla lekarzy i zespół NRL z mozotem próbował zmienić ten stan rzeczy.

Osobiście uważam, że umowy narzucane przez NFZ są bezprawne w całości. Z jakiej racji fundusz nakłada na nas ograniczenia w wypisywaniu recept!? Mamy dyplom i prawo wykonywania zawodu, dwa dokumenty umożliwiające wykonywanie zawodu lekarza w Polsce. Czyli leczenie. Leczenie polega na wskazaniu pacjentowi leków, które zapisujemy na receptę, a realizuje ją apteka. I koniec! Ale nie dla funduszu. Ten każe nam podpisywać jakieś umowy, a jeżeli nie, to pozwala na zapisywanie leków tylko na 100 proc. Z jakiej racji?! Przecież to pacjent ma uprawnienia do leków refundowanych (m.in. dlatego, że płaci obowiązkowe składki do ZUS), bez względu na to, czy lekarz ma podpisaną jakąś umowę, czy nie. Powtarzam: umowy są bezprawne, bo ograniczają swobodę lekarza w wykonywaniu zawodu.

Fundusz twierdzi, że umowy są potrzebne do kontrolowania lekarzy. Do kontrolowania lekarzy uprawniona jest tylko jedna instytucja w tym kraju – samorząd lekarski! Fundusz to wie. Dlatego każe podpisywać umowy, w których jest nasza zgoda na kontrole, a w konsekwencji na wymierzanie drakońskich kar.

Fundusz twierdzi, że umowy są potrzebne do kontrolowania lekarzy. Do kontrolowania lekarzy uprawniona jest tylko jedna instytucja w tym kraju – samorząd lekarski! Fundusz to wie. Dlatego każe podpisywać umowy, w których jest nasza zgoda na kontrole, a w konsekwencji na wymierzanie drakońskich kar.

Ani w dyplomie lekarza, ani w prawie wykonywania zawodu nie ma żadnego ograniczenia prawa wykonywaniu zawodu. Mimo wszystko NFZ takie ograniczenia wprowadza. Nie tylko dotyczące recept, ale także zakresu udzielanych świadczeń i tego, kto może świadczenia realizować, a kto nie. Nie ma żadnych podstaw prawnych do wprowadzania tych ograniczeń, co dla NFZ nie ma oczywiście żadnego znaczenia!

Jak długo jeszcze będziemy musieli znosić dyktat funduszu? A co do umów na recepty, to powtarzam jeszcze raz: zamiast dyskutować o poszczególnych paragrafach, należy odrzucić je w całości.

ANDRZEJ BASZKOWSKI

PERYSKOP

onet.pl

Profesor Andrzej Borówka, kierownik Oddziału Urologii Europejskiego Centrum Zdrowia w Otwocku, przypomniał, że rak gruczołu krokowego jest bardzo zróżnicowanym i niejednorodnym schorzeniem. Sposób jego leczenia należy za każdym razem dobrać indywidualnie, uwzględniając nie tylko stadium zaawansowania choroby, schorzenia współistniejące, przewidywany wiek biologiczny pacjenta, lecz także to, którą metodę terapeutyczną pacjent jest w stanie zaakceptować. – *Wszystkie metody terapii, które możemy zaproponować choremu, muszą być z nim omówione. Pacjent musi być świadomy wszystkich ich konsekwencji* – powiedział prof. Tomasz Drewna z Collegium Medicum im. Ludwika Rydygiera w Bydgoszczy.

Jak ocenił Szymon Chrostowski z Fundacji „Wygramy Zdrowie”, która zorganizowała konferencję, doświadczenia z terapii umożliwiających pacjentowi normalne funkcjonowanie ma ogromny wpływ na poprawę jakości życia w chorobie. Tymczasem fundacja otrzymuje od pacjentów prośby o interwencję z powodu braku refundacji niektórych leków. Chodzi o lek z grupy tzw. antagonistów GnRH – degarelik. Jest on stosowany w ramach tzw. terapii hormonalnej raka prostaty. Oferuje się ją pacjentom, u których nie można wyciąć gruczołu krokowego, ponieważ doszło do przerzutów lub rak jest miejscowo bardzo zaawansowany. Wzrost raka prostaty jest bowiem pobudzany przez męski hormon płciowy – testosteron. Gdy odetniemy działanie tego hormonu, dochodzi do zahamowania wzrostu raka lub nawet częściowego jego cofnięcia. – *Najprościej jest usunąć jądra, które produkują testosteron, ale nie jest to postępowanie akceptowane przez mężczyzn z powodów psychologicznych* – wyjaśniał prof. Borówka. Dlatego stosuje się leki, głównie tzw. analogi GnRH. Ich przewlekłe stosowanie prowadzi do obniżenia produkcji testosteronu, ale na początku produkcja tego hormonu nagle wzrasta, co może spowodować nagły rozwój raka. Z tego powodu, jak mówił prof. Maciej Krzakowski, krajowy konsultant

PERYSKOP onet.pl

w dziedzinie onkologii klinicznej, u pacjentów, u których konieczne jest nagłe obniżenie poziomu testosteronu, uzasadnione jest stosowanie antagonisty GnRH. Są to pacjenci, u których z powodu zaawansowania choroby może dojść do zatrzymania moczu lub u których przerzuty do kości grożą kompresyjnym złamaniem kręgosłupa, tłumaczyła dr Iwona Skoneczna z Centrum Onkologii w Warszawie oraz Europejskiego Centrum Zdrowia w Otwocku.

W Polsce degarelik jest dostępny od 2009 r., ale na razie nie jest refundowany. 23 stycznia 2012 r. otrzymał pozytywną rekomendację Agencji Oceny Technologii Medycznych (AOTM). Decyzja o refundacji należy teraz do Ministerstwa Zdrowia. Według Szymona Chrostowskiego w lutym podczas obchodów Światowego Dnia Chorego przedstawiciel resortu zapewnił, że niedługo lek znajdzie się na liście refundacyjnej.

Bieganie wydłuża życie

Regularne bieganie zwiększa oczekiwaną dalszą długość trwania życia – o 6,2 roku u mężczyzn i o 5,6 roku u kobiet. Najnowsze analizy wyników badania populacji duńskiej omówiono na spotkaniu EuroPrevent2012 w Dublinie. Jeśli chodzi o spodziewany czas życia, najwięcej korzyści daje bieganie od jednej do 2,5 godziny w tygodniu w tempie „wolnym lub średnim” – zauważył po analizach wieloletnich danych z tej populacji Peter Schnohr, główny kardiolog Copenhagen City Heart Study. – *Debata na temat wpływu joggingu na zdrowie rozpoczęła się w latach 70., po tym, jak kilku mężczyzn zmarło w trakcie biegania i różne gazety sugerowały, jakoby jogging mógł być zbyt wyczerpujący dla zwykłych ludzi w średnim wieku* – wspomina Schnohr.

Niewiele później, bo w 1976 r., ruszyło badanie Copenhagen City Heart. Jest to rozłożone w czasie badanie ok. 20 tys. mężczyzn i kobiet w wieku 20–93 lat. Dane z badań trafiają do Copenhagen Population Register i zwiększają wiedzę na temat profilaktyki chorób układu krążenia i udarów. W efekcie opublikowano

Pilska majówka laryngologów

26 maja odbyło się zebranie Oddziału Poznańskiego Polskiego Towarzystwa Otolaryngologów Chirurgów Głowy i Szyi. Po raz pierwszy spotkanie zorganizowano przy współudziale samorządu lekarskiego w gościnnej siedzibie Delegatury Pilskiej WIL przy ul. Krynicznej.

Zebranie otworzył prof. dr hab. med. Witold Szyfter, przewodniczący Oddziału Poznańskiego PTOL. Obowiązki gospodyni pełniła dr n. med. Aldona Pietrysiak, ordynator Oddziału Otolaryngologicznego Szpitala Specjalistycznego w Pile. Powitawszy wszystkich przybyłych, pospieszyła z gorącą informacją, że 24 kwietnia 2012 r. prezydent nadał tytuł naukowy profesora nauk medycznych dr hab. Małgorzacie Wierzbickiej z Kliniki Otolaryngologii i Onkologii Laryngologicznej Katedry Otolaryngologii, Chirurgii Głowy i Szyi oraz Onkologii Laryngologicznej Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu. Pani profesor otrzymała gromkie brawa i szczerze gratulacje (fot. 1.).

Spotkanie w pierwszej części miało charakter naukowo-szkoleniowy. Uczestnicy z zainteresowaniem wysłuchali referatów. Szczególnie życzliwie przyjęto prace przedstawione przez najmłodszych lekarzy, od niedawna specjalizujących się w otolaryngologii, dla których była to pierwsza publiczna prezentacja (fot. 2. i 3.). Mimo kameralnej atmosfery nie brakowało pytań i żywej dyskusji.

W przerwie obrad w kularach można było nabyć najnowsze publikacje naukowe. Niezwykle miłym akcentem była promocja autobiografii prof. Zygmunta Szmei „Medycyno, moja miłości”. Do końca spotkania autora otaczało grono czytelników pragnących uzyskać dedykację (fot. 4.).

Na zakończenie przenieśliśmy się na łono natury. Jak na majówkę przystało, lekarzom towarzyszyli członkowie rodzin, w tym dzieci, dla których organizatorzy przygotowali liczne atrakcje (fot. 5.). Wyśmienity catering i wiosenna aura skapanego w słońcu ogrodu delegatury sprzyjały rozmowom, żartom i wspominkom. Piknikowy nastrój towarzyszył uczestnikom do późnych godzin popołudniowych (fot. 6.).

JOANNA HARBUZIŃSKA-TUREK



ponad 750 specjalistycznych artykułów, z czasem dotyczących coraz większej liczby chorób, m.in. serca, płuc, alergii, padaczki, demencji, zespołu bezdechu śródsmennego i chorób genetycznych. Przebadano też wpływ na długowieczność różnego rodzaju ćwiczeń oraz innych czynników.

W celu sprawdzenia wpływu joggingu na oczekiwaną długość życia naukowcy badali grupę mężczyzn i kobiet uprawiających jogging oraz grupy ludzi niebiegających, ale reprezentujących przekrój populacji. Wszyscy uczestnicy odpowiadali na pytania, np. ile czasu w tygodniu poświęcają na bieganie i jak oceniają własne tempo (definiowane jako wolne, średnie lub szybkie). Jednocześnie naukowcy obserwowali te grupy pod kątem śmiertelności. Pierwsze takie dane zebrano w latach 1976–1978, a kolejne na początku lat 80., 90. i na początku XXI w. Uczestników obserwowano też w okresie późniejszym. Okazało się, że z biegiem czasu (maksymalnie w ciągu 35 lat od pierwszego badania) w grupie nieuprawiającej joggingu zmarło 10 158 osób, a wśród biegnących – 122. Analizy dowiodły też, że wśród biegnących mężczyzn i kobiet ryzyko zgonu zmniejszało się o 44 proc., i że jogging zwiększał średnią długość życia o kilka lat. Badani biegnący mężczyźni żyli o 6,2 roku dłużej, a kobiety o 5,6 roku. Zdaniem autorów analiz, najbardziej korzystne dla zdrowia jest takie tempo biegania, w którym „nieco brakuje nam tchu”. Nie chodzi jednak o to, by pozostać „zupełnie bez tchu”.

– Wyniki naszego badania pozwalają definitywnie odpowiedzieć na pytanie, czy jogging jest zdrowy – mówił Schnohr. – Możemy z pewnością powiedzieć, że regularny jogging zwiększa długość życia. Dobre wieści są takie, że tak naprawdę nie trzeba wiele, by zebrać plon.

Schnohr przypomina, że jogging sprzyja zdrowiu również na inne sposoby: dotlenia organizm, zwiększa gęstość kości i wrażliwość na insulinę, poprawia pracę serca i działanie układu odpornościowego, poza tym dobrze wpływa na odpowiednią proporcję tłuszczów, obniża ciśnienie,



PERYSKOP onet.pl

zmniejsza agregację płytek krwi, przeciwdziała otyłości i jest dobry dla psychiki.

Opublikowano kontrowersyjny artykuł o wirusie ptasiej grypy

Mimo obaw, że mogły zostać wykorzystane przez bioterrorystów, artykuł naukowy o stworzeniu w laboratorium zjadliwego wirusa ptasiej grypy, który jest łatwiej przenoszony między ssakami, został ostatecznie opublikowany – podała agencja AFP. Kontrowersję wywołała pod koniec ubiegłego roku informacja, że dwa zespoły – amerykański i holenderski – wyhodowały w laboratorium mutację wirusa H5N1, który jest zdolny do łatwego przenoszenia się wśród ssaków, a zatem potencjalnie między ludźmi. Wirus ptasiej grypy, występujący wśród drobiu i dzikiego ptactwa, jest bardzo niebezpieczny dla człowieka (po zachorowaniu śmiertelność sięga 60 proc.), ale od jego pojawienia się w 2003 r. było jedynie 350 ofiar śmiertelnych, ponieważ odnotowano bardzo ograniczone przenoszenie się wirusa między ludźmi. Celem badań finansowanych przez amerykańską agencję NIH (National Institutes of Health – agencja resortu zdrowia zajmująca się badaniami biomedycznymi i związanymi ze zdrowiem) było sprawdzenie, czy jest możliwa taka mutacja wirusa, by łatwiej przenosił się on między ludźmi. W obawie, że badania mogłyby posłużyć terrorystom, amerykańskie biuro doradcze na rzecz bezpieczeństwa biologicznego (NSABB) zażądało od amerykańskiego pisma „Science” i brytyjskiego „Nature” wstrzymania publikacji. W marcu po kolejnym przeglądzie NSABB ostatecznie wydało zgodę na publikację, oceniając, że „dane nie dostarczają informacji umożliwiających wykorzystanie ich w złych intencjach (...), co mogłoby narazić na niebezpieczeństwo zdrowie publiczne i bezpieczeństwo narodowe”.

„Nature” opublikował rezultaty amerykańskiego zespołu z uniwersytetu w Wisconsin. Magazyn zapewnił, że „najistotniejsze elementy naukowe” oryginalnego opracowania

Lekarze – patroni wielkopolskich ulic

Zeylanda

Janusz Zeyland (1897–1944)

Urodził się w Poznaniu w rodzinie architekta Stanisława i Marii z Rosińskich. Już podczas nauki w gimnazjum św. Marii Magdaleny działał w tajnych organizacjach niepodległościowych. Studia medyczne rozpoczął w Berlinie w 1917 r., a następnie kontynuował je po zakończeniu I wojny światowej na Uniwersytecie Warszawskim. Brał udział w Powstaniu Wielkopolskim, gdzie wraz z Wiktorem Degą należał do ochrony Ignacego Paderewskiego. W latach 1918–1921 służył w wojsku polskim. W 1922 r. przeniósł się na Uniwersytet Poznański, gdzie w 1924 r. zakończył studia i uzyskał doktorat. Janusz Zeyland i Wiktor Dega byli bliskimi przyjaciółmi, m.in. mieszkali razem podczas studiów w Warszawie. Zeyland podczas wojny polsko-rosyjskiej doznał złamania szyjki kości udowej i musiał nosić aparat ortopedyczny. Tak opisał to Wiktor Dega w swoich wspomnieniach: „Zeyland miał mniej szczęścia w swej służbie frontowej, wrócił bowiem z frontu jako inwalida z powodu złamania szyjki kości udowej. Koń, na którym jechał, przewrócił się i przgniatając Janusza swoim ciężarem, spowodował owe złamanie. Janusz otrzymał aparat ortopedyczny odciażający złamane biodro, co umożliwiło mu chodzenie, a tym samym podjęcie przerwanych studiów medycznych. Toteż w połowie stycznia 1921 r. pojechaliśmy do Warszawy, gdzie przyjęła nas nasza gospodyni przy ul. Ordynackiej, odnajmując nam tym razem jeden ze swoich pokojów. Dla Janusza studia były wielce uciążliwe z powodu konieczności noszenia aparatu ortopedycznego. Mimo to byliśmy szczęśliwi, że mogliśmy zaliczyć zimowy trymestr, który nam zaliczono jako drugi semestr. W przerwie międzysemestralnej, latem 1921 r., Janusz poddał się operacji. Złamana szyjka udowa nie zrosła się. Profesor dr Ireneusz Wierzejewski, kierownik Kliniki Ortopedycznej w Poznaniu, wzmocnił złamaną szyjkę przeszczepem kostnym pobranym z kości piszczelowej Janusza. Zabieg taki był w owym czasie wielką nowością techniczną. Profesor pozwolił mi przyglądać się operacji. Wykonał ją z imponującą techniką, a wynik operacji zdecydował, że postanowiłem obrać chirurgię ortopedyczną i ortopedię jako swoją specjalizację po ukończeniu studiów”.

Od 1924 r. Zeyland pracował na Uniwersytecie Poznańskim, początkowo w Zakładzie Anatomii Patologicznej, a następnie w latach 1927–1940 w Klinice Pediatrii. W czasie pracy na UP wyjeżdżał do Paryża, gdzie badał skuteczność i bezpieczeństwo szczepionki BCG. W 1928 r. uzyskał habilitację z pediatrii, a w 1939 r. został profesorem. W 1928 r. utworzył i prowadził jeden z najlepszych w Polsce przykliniczny Ośrodek Szczepień Przeciwgruźliczych. Zainicjował akcję masowych szczepień niemowląt przeciw gruźlicy. Produkcją szczepionki zajmowała się żona, dr Eugenia Zeyland, w Zakładzie Bakteriologii Uniwersytetu Poznańskiego. Zeylandowie blisko współpracowali z Laboratorium Badań Gruźlicy Instytutu Pasteura w Paryżu.

Uważany był za wybitnego znawcę gruźlicy dziecięcej. Opublikował ponad 70 prac naukowych oraz podręcznik „Gruźlica płuc u dzieci” (1937 r.). Opracował



Ulica Janusza Zeylanda w Poznaniu

i podał pierwsze w Polsce dane liczbowe na temat gruźlicy u dzieci oraz udowodnił skuteczność i bezpieczeństwo hodowli BCG jako szczepionki.

W 1940 r. został przesiedlony do Warszawy, gdzie w kwietniu 1941 r. zorganizował Centralne Laboratorium Gruźlicy, a w grudniu otworzył pierwszy w Polsce oddział dziecięcej gruźlicy płuc. W tym samym czasie prowadził kurs bakteriologii na Tajnym Uniwersytecie Ziem Zachodnich. W 1944 r. został rozstrzelany przez Niemców w Szpitalu Wolskim.

Grób Janusza i Eugenii Zeylandów znajduje się na Cmentarzu Jeżyckim przy ul. Nowina w Poznaniu (lewa strona, rząd 13., miejsce 48.).

W Poznaniu ul. Janusza Zeylanda znajduje się między ul. Bukowską a ul. Zwierzyniecką na Jeżycach. Ponadto Wielkopolskie Centrum Pulmonologii i Torakochirurgii nosi imię Eugenii i Janusza Zeylandów.

PROF. NADZW. DR HAB. MED. ANDRZEJ GRZYBOWSKI
AE.GRZYBOWSKI@GMAIL.COM

Szanowne Koleżanki i Koledzy Lekarze,

proszę o nadsyłanie nazwisk lekarzy uhonorowanych w Wielkopolsce nazwaniem ulicy. Ponadto chciałbym zaproponować, byśmy jako samorząd lekarski aktywniej niż dotychczas dbali o pamięć o naszych wybitnych koleżankach i kolegach, m.in. zgłaszając ich kandydatury do odpowiednich komisji gminnych zajmujących się nazewnictwem ulic. Chętnie przygotuję w naszym imieniu stosowny wniosek wraz z uzasadnieniem. Bardzo jednak proszę o przesyłanie mi odpowiednich kandydatur.

prof. nadzw. Andrzej Grzybowski

e-mail: ae.grzybowski@gmail.com

PERYSKOP **onet.pl**

„nie zostały zmodyfikowane”, a publikacja jest opatrzona informacjami z dziedziny biobezpieczeństwa. Wyniki badań zespołu z Uniwersytetu Erazma z Rotterdamu są w trakcie ostatecznej korekty przed publikacją w „Science”.

Lęk sprzyja nowotworom

Słonność do popadania w stany lękowe, ciągłe obawy i nerwowość mogą zwiększać ryzyko rozwoju nowotworów – informują naukowcy z Uniwersytetu Stanford w USA. Ich wnioski ukazały się w piśmie „PLOS ONE”. Badania przeprowadzone na myszach wykazały, że u lękliwych gryzoni nadmierna ekspozycja na promieniowanie UV częściej powodowała rozwój nowotworów w porównaniu z osobnikami spokojnymi. Lęk zwiększał również podatność na przewlekły stres i negatywnie wpływał na pracę układu odpornościowego. By zidentyfikować lękliwe myszy, naukowcy przeprowadzili testy, podczas których część gryzoni wyraźnie unikała potencjalnego niebezpieczeństwa. Następnie łyse myszy zostały poddane serii dziesięciominutowych naświetleń promieniami UV (trzy razy w tygodniu przez dziesięć tygodni). Po kilku miesiącach u wszystkich myszy rozwinął się rak skóry, jednak u tych lękliwych wystąpiło więcej guzów i tylko u nich nowotwór przybrał formę złośliwą. Gdy naukowcy porównali pracę układu odpornościowego obu grup, okazało się, że w przypadku lękliwych myszy był on mniej skuteczny w walce z nowotworem. Ponadto gryzonie, u których rozwinął się nowotwór złośliwy, miały podwyższony poziom kortykosteronu, hormonu wydzielanego pod wpływem stresu lub choroby, co sugeruje, że były one bardziej wrażliwe na działanie czynników stresogennych.

– *Myszy są cennym źródłem informacji na temat raka skóry, gdyż choroba przebiega u nich bardzo podobnie jak u ludzi* – mówi prowadzący badania immunolog dr Firdaus Dhabhar, który wcześniej analizował reakcję organizmu na stres pozytywny i negatywny.

MORZE, NASZE MORZE, WIERNIE CIEBIE BĘDZIEM... MALOWAĆ!

Refleksje poplenerowe lekarza malującego w Niechorzu

Na zaproszenie Zachodniopomorskiej Izby Lekarskiej zjeżdżamy się w niedzielę 13 maja 2012 r. do przeuroczo położonego Dworku Prawdzic przy samej plaży w Niechorzu, aby uczestniczyć w XII Ogólnopolskim Plenerze Malujących Lekarzy.

Pierwsze kroki kierujemy nad morze. Tuż przy wejściu na plażę radośnie witają nas, rzucając się nam na szyję, kolejne osoby, które znamy już z poprzedniego pleneru. Następnie przekraczamy odrzwia Dworku Prawdzic i mamy wrażenie, że wchodzimy do wnętrza pałacowych – przestronny hol i olbrzymie schody. Wszędzie stylowe meble, a na nich drobiazgi przypominające nasze prababcie i babcie, lustra w gigantycznych złożonych ramach, godne podziwu obrazy, również w niepowtarzających się, urokliwych ramach, zasłaniają prawie każdy metr kwadratowy ścian. W budynku do naszej dyspozycji jest część rehabilitacyjna z gabinetami zabiegowymi, a także z basenem i jacuzzi. Okna i tarasy od północy pozwalają pomiędzy sosnami spojrzeć na morze.

Następnego dnia rano dr Włodzimierz Cerański, lekarz chirurg malujący od ponad 30 lat, warszawiak, animator dotychczasowych plenerów z tytułem „lidera”, rozdaje blejtramy zakupione i przygotowane przez organizatorów. To gest patronujących wyjazdowi i duchowej potrzebie ciężko zapracowanych na co dzień lekarzy, umoczonych nie w falach Bałtyku, tylko w kryzysowych szarpaninach polityków, tarmoszonych nie wiatrem, ale biurokracją NFZ, lekarzy zanurzających się w twórczym hobby, szukających renesansowych wzlotów i upadków w swoim widzeniu świata.

To my, lekarze z całej Polski, przyjechaliliśmy na XII Plener Malujących Lekarzy właśnie w maju. Czy ktoś jest nie-



czuły na maj, pełny budzącego się do życia kwiecica i zapachów? Plaże są puste...

Od pierwszego dnia wnętrzami Dworku Prawdzic zawładnęli twórcy. Na wszystkich tarasach, tarasikach, balkonach porozstawiane są sztalugi, farby i pędzle – malujący farbami olejnymi mają szczęśliwą alternatywę, nie wdychają ich drażniącego zapachu. Pozostali sztalugi, farby i pędzle rozstawiają w swoich pokojach. Niektórzy poubierani w fartuchy i (z przyzwyczajenia?) w rękawiczki lekarskie wyglądają jak robotnicy przy budowie. Zaciekawieni współmieszkańcy dworku, którzy w tym czasie wybrali go na swoje miejsce pobytu nad morzem, nieśmiało zaglądnęli zza ramion, otwierając z podziwu usta.

To my, lekarze „malujący”! Spod pędzli, pac... pac... pac... wyłaniają się morskie fale, bajecznie kolorowe kutry, rzędy pali i głazów, kamieni pilnujących nabrzeża, drobnych białych muszelek i otoczków wyrzucanych przez fale, wydmy usłane zielenią kontrastów, przebijające się krzewy kwitnących o tej porze białych i fioletowo-różowych bzów, zachody słońca o różnych barwach – raz ciężkie i ciemne jak ołów, raz rozedrgane, odbijające się promiennie na spokojnych morskich falach.

Tylko czasami głośno rozmawiające ze sobą mewy dopiero w południe zakłócają ciszę i spokój „malujących”, skupionych nad swoimi blejtramami.

Te zachody słońca są nieprawdopodobnie różnorodne. Nie spotkamy chyba nigdzie tak niebywałej kolorystyki i kontrastów nieba, morza, plaży, wydmy i nadmorskiej zieleni. Wszystkie odcienie, jakie spostrzeżenie oko zauroczonego „malującego”, wszystkie „gamy barw” przelewane są na płótna. Pracowite to dni, ale znajdujemy też czas czy to na relaks, by pobiec nad morze, czy na podpatrzenie, jak wygląda latarnia morska, mewy zrywające się do lotu czy cień kutra. Na terenie mamy też „tawernę” z paleniskiem na środku na uroczyste spo-

tkanie integracyjne z dr. Maciejem Mroźewskim, organizatorem ze Szczecińskiej Izby Lekarskiej. Jak zwykle jednak nasza wspaniała dr Katarzyna Bartz-Dylewicz, animatorka grupy poznańskiej, jest naszym aniołem stróżem i „matką”.

Finałem plenerowej przygody jest sobotni wernisaż. Całkowite zaskoczenie. Rozkładamy się w koszach plażowych, ustawiamy swoje ambitne „dzieła malarskie”, tworzone w pocie czoła (bo malowanie to bardzo ciężka praca intelektu) przy drzewach, zawieszamy na kołkach, na ławkach, na ciekawie i rozmyślnie rekreacyjnie urządzonym terenie tuż obok dworku między drzewami, na trawce i piasku pod gołym niebem. Pogodę mamy piękną, sprzyjającą nam i naszym około stu obrazom. Około godziny 11 wkracza elegancko ubrany, z muszką, dr med. Mieczysław Chruściel – współorganizator pleneru ze Szczecińskiej Izby Lekarskiej.

Wagę pobytu w tym miejscu malujących lekarzy podkreśliła obecność na wernisażu właścicielki Dworku Prawdzic Jadwigi Karłowskiej i dyrektora Grzegorza Góreckiego. Oni też wybrali sobie płótna na pamiątkę wydarzenia. Następnie trzy piękne pamiątkowe patery od organizatorów otrzymali: właścicielka dworku, środowisko warszawskie na ręce dr. Włodzimierza Cerańskiego (ucharakteryzowanego stosownie do morskich krajobrazów – czapka kapitańska, długie farbowane włosy, koszulka z napisem i spontanicznie malowane tatuaże) oraz grupa poznańska na ręce dr Katarzyny Bartz-Dylewicz, przy czym podkreślono ambitne „dojrzewanie grupy poznańskiej”. Ważnym punktem programu była sesja fotograficzna przy pracach z dr. Mieczysławem Chruściel i dr. Maciejem Mroźewskim oraz darowanie obrazów OIL w Szczecinie. Później nastąpiła wzajemna wymiana pamiątek – obrazów.

Do zobaczenia na XIII Plenerze Malujących Lekarzy.

Dziękuję jeszcze raz organizatorom w imieniu swoim oraz koleżanek i kolegów za „malutkie chwile szczęścia”, którymi można się cieszyć (jak mówi dr Danusia Mikusińska) i... koniecznie trzeba się dzielić z innymi.

ELŻBIETA DĄBROWSKA
PEDIATRA
POZNAŃ



Wielkopolanki na 10. Ogólnopolskiej Wystawie Malarstwa Lekarzy

27 maja w imponującej monumentalnością siedzibie Łódzkiej Izby Lekarskiej – dawnym pałacu Geierów – odbył się wernisaż jubileuszowej wystawy prac naszego środowiska.

Na wystawie zgromadzono 204 prace 67 artystów. W tym gronie po raz pierwszy w tak dużej liczbie – 13 autorek – zaprezentowała się WIL. Wysunęliśmy się na drugie miejsce w Polsce, po środowisku warszawskim. Naszą izbę reprezentowały w kolejności alfabetycznej koleżanki: Katarzyna Bartz-Dylewicz, Elżbieta Dąbrowska, Karina Kachlicka, Danuta Korytowska-Mikusińska, Katarzyna Kowalska, Roberta Marcinkowska,

Anna Olewicz-Gawlik, Grażyna Omylak, Więcesława Poprawska, Jolanta Silska-Hałupka, Irena Stańczak, Grażyna Szukalska, Agnieszka Tomczak-Wardęga. Pokazałyśmy wszechstronne techniki malarskie – od akwareli poprzez akryl do prac olejnych, od miniatur do pejzaży, portretów, abstrakcji, a nawet aktów.

Jak mówi pomysłodawca i komisarz wystaw od 10 lat dr Alicja Naruszewicz-Petrenko: – *To wspaniale, że coraz liczniejsze grono twórców chce uczestniczyć w naszych prezentacjach.* Wystawione prace pokazują przeogromną skalę wrażliwości twórców, wywołują refleksje nad urokiem otaczającego świata. Autorzy są lekarzami różnych specjalizacji, będąc artystami z potrzeby serca.

Galerię prac przedstawiamy na ostatniej stronie Biuletynu



Dawka informacji

Dziesiątki, setki, tysiące informacji. Docierają do nas różnymi drogami. Coraz szybciej, przez całą dobę. Informacje zwyczajne, ważne, z ostatniej chwili. Fascynujące, nieprawdopodobne, sensacyjne. Głównym składnikiem dawki informacji są fragmenty wiadomości rzeczowych.

NFZ bez prezesa

Premier odniósł się do wniosku ministra zdrowia o odwołanie prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia. – *Procedury trwają. Przede mną kilka rozmów ze wszystkimi zainteresowanymi, głównie z ministrem zdrowia i szefem NFZ* – powiedział szef rządu. Donald Tusk zaznaczył, że chce, by współpraca między ministrem zdrowia a prezesem NFZ układała się dobrze.

Rada Narodowego Funduszu Zdrowia na posiedzeniu 28 maja br. rozpatrzyła wniosek prezesa Rady Ministrów z 25 maja br. i wyraziła pozytywną opinię w sprawie odwołania Jacka Paszkiewicza ze stanowiska prezesa NFZ.

(6 czerwca 2012 r. minister zdrowia ogłosił nabór na stanowisko prezesa NFZ – dop. A.P.)

WWW.NFZ.GOV.PL, WWW.PREMIER.GOV.PL

Wybierali internauci

„Pobudka, badanie” – to hasło zwycięskiego plakatu w konkursie „Przez sztukę do profilaktyki raka piersi” zorganizowanym przez Wojewódzki Ośrodek Koordynujący Populacyjny Program Wczesnego Wykrywania Raka Piersi oraz Uniwersytet Artystyczny w Poznaniu. Uczestnicy przygotowali obrazy, grafiki, plakaty i zdjęcia o tematyce związanej z promocją profilaktyki raka piersi wśród kobiet.

Do konkursu zgłoszono ponad 100 prac, z których komisja konkursowa wybrała 20. O ich dalszym losie zdecydowali internauci, którzy na portalu www.epoznan.pl mogli oddawać głosy na swoich faworytów. Najbardziej spodobała się praca (na zdjęciu) Bartosza Mamaka (zagłosowało na nią aż 5871 internautów – I miejsce), niewiele mniej – 5787 głosów uzyskała praca Marii Trybuś (II miejsce), 2182 głosy zdobyła praca Konrada Moszyńskiego (III miejsce). Pozostałych 17 prac otrzymało wyróżnienie prof. M. Berdyszaka, rektora Uniwersytetu Artystycznego w Poznaniu.

Do 11 czerwca prace laureatów są prezentowane w Ogrodzie Zimowym Wielkopolskiego Centrum Onkologii. Później wystawa zostanie zorganizowana na UAP oraz kolejno odwiedzi ośrodki, w których wykonywane są profilaktyczne badania mammograficzne.

Kampanię oraz nagrody sfinansowano ze środków



Ministerstwa Zdrowia w ramach Narodowego Programu Zwalczenia Chorób Nowotworowych, zadanie pn. „Populacyjny program wczesnego wykrywania raka piersi”. Partnerem akcji jest Wielkopolski Oddział Wojewódzki NFZ.

WWW.NFZ-POZNAN.PL

Konsultacja z konsultantami

W Muzeum Narodowym Rolnictwa i Przemysłu Rolno-Spożywczego w Szreniawie odbyło się spotkanie konsultantów wojewódzkich. Lekarze specjalizujący się w różnych dziedzinach medycyny omawiali z wicewojewodą wielkopolskim Przemysławem Pacią bieżące sprawy związane z pełnioną



przez nich funkcją. Przedstawiono między innymi nową dokumentację medyczną, którą – opierając się na nowoczesnych programach informatycznych – wykorzystują w swojej pracy konsultanci wojewódzcy. Tematykę związaną z obecną polityką lekową przybliżył uczestnikom dr Kazimierz Jakubiec, kierownik Wojewódzkiego Inspektoratu Farmaceutycznego w Poznaniu.

Konsultanci rozmawiali także o programach związanych z wolontariatem. Młodzi ludzie zaangażowani są w wielu inicjatywach w firmach, szkołach czy szpitalach. O wolontariacie w hospicjum mówiła Barbara Grochał, koordynator wolontariatu w poznańskim Hospicjum Palium. Killkuset wolontariuszy będzie pomagało kibicom w Poznaniu w czasie Euro 2012.

WWW.POZNAN.UW.GOV.PL

Aktualnie trzy powiaty

9 lutego br. przy ul. Wiśniowej w Poznaniu rozpoczęło funkcjonowanie pierwsze w Polsce Wojewódzkie Centrum Powiadomienia Ratunkowego. Początkowo odbierało połączenia kierowane na numery alarmowe 112 i 999 od mieszkańców Poznania i powiatu poznańskiego. Obecnie obejmuje swoim zasięgiem trzy powiaty. Od 24 maja oprócz zgłoszeń mieszkańców powiatu poznańskiego operatorzy przyjmują także połączenia z numerem 112 z powiatu grodziskiego i nowotomyskiego. Decyzją wojewody wielkopolskiego włączenie do systemu obsługi dwóch kolejnych powiatów ma zabezpieczyć między innymi gminę Opalenica, gdzie w związku z pobytem drużyny Portugalii spodziewany jest przyjazd dużej rzeszy kibiców z całej Europy. Docelowo WCPR pokryje swoim zasięgiem obszar całego województwa.

Na jednej zmianie telefony stale odbiera 4 operatorów, podczas Euro 2012 dołączy do nich 3 następnych. Wszyscy znają

Andrzej Piechocki

języki obce i są przygotowani do przyjmowania również zgłoszeń obcokrajowców. Poznański WCPR jest jednym z dwóch ośrodków szkolących operatorów numerów alarmowych w kraju, do końca kwietnia w 9 cyklach szkoleniowych uczestniczyło blisko 200 osób.

WWW.POZNAN.UW.GOV.PL

Każdy oddech

Narodowy Fundusz Zdrowia we współpracy z organizacjami pacjentów i świadczeniodawcami prowadzi działania w zakresie realizacji wieloletniego projektu edukacyjnego „...liczy się każdy oddech”. Celem projektu, którego realizację przewidziano do 2015 r., jest upowszechnienie informacji o astmie i przewlekłej obturacyjnej chorobie płuc (POCHP), edukacja zdrowotna pacjentów oraz poprawa jakości usług świadczeniodawców. Tytuł projektu został użyczony przez Polską Federację Stowarzyszeń Chorych na Astmę, Alergię i POChP – www.astma-alergia-pochp.pl.

WWW.NFZ.GOV.PL

Certyfikat i „Złote serca”

W Szpitalu Specjalistycznym im. Stanisława Staszica w Pile odbyła się uroczystość wręczenia certyfikatu ISO 9001:2008 oraz przyznanie przyjaciom placówki wyróżnień szpitalnych – „Złotych serc”. Otrzymany już po raz trzeci certyfikat ISO jest potwierdzeniem efektywności działania systemu zarządzania jakością, jego rozwoju i ciągłego doskonalenia. Uroczystego wręczenia dokonał przedstawiciel zarządu TUV Rheinland Polska sp. z o.o., dyrektor ds. certyfikacji Grzegorz Grabka.

W drugiej części uroczystości wyróżnione zostały osoby i firmy, którym szpital przyznał doroczne wyróżnienia – „Złote serca”. Laureatami V edycji zostali Tomasz Bugajski, Adam Szejnfeld, Jolanta i Dariusz Ekiertowie, Teresa i Jerzy Sturmwie, Maria i Bronisław Rydwańscy, Centrum Charytatywno-Opiekuńcze Caritas, Poszukiwania Nafty i Gazu Nafta oraz firma GALTON Roberta Goździewskiego.

W dalszej części spotkania gratulowano dr Małgorzacie Wiszniewskiej uzyskania tytułu doktora habilitowanego oraz pielęgniarce Alicji Graczyk obrony pracy doktorskiej. Miłym akcentem było również wręczenie gratulacji jubileuszowych pracownikom szpitala za 40, 35 i 30 lat pracy.

WWW.SZPITALPILA.PL



UWAGA! UWAGA! WAŻNE! WAŻNE!

Wielokrotnie mówiliśmy o nowościach w rejestracji praktyki lekarskiej. Na życzenie kolegów powtarzamy kilka najważniejszych z nich.

1. Lekarze i lekarze dentyści, którzy mają zarejestrowane praktyki w rejestrze indywidualnych, indywidualnych specjalistycznych i grupowych praktyk lekarskich, NIE MUSZĄ NA NOWO REJESTROWAĆ SWOJEJ PRAKTYKI W REJESTRZE PODMIOTÓW PROWADZĄCYCH DZIAŁALNOŚĆ LECZNICZĄ.
2. Ewentualne zmiany, np. zmianę miejsca świadczeń zdrowotnych lub ich rodzaju, należy zgłosić do 30 czerwca 2012 r. Okręgowej Radzie Lekarskiej.
3. Jedyne konieczne uzupełnienie własnych danych to dostarczenie kopii polisy ubezpieczenia OC.
4. Miejscem wezwania dla praktyki realizowanej wyłącznie w miejscu wezwania nie może być przedsiębiorstwo podmiotu leczniczego (np. szpital). Lekarz prowadzący taką praktykę powinien do końca czerwca zarejestrować praktykę lekarską wyłącznie w przedsiębiorstwie podmiotu leczniczego na podstawie umowy z tym podmiotem.
5. NZOZ stały się przedsiębiorstwami podmiotów leczniczych.
6. Podmiot założycielski (np. osoba fizyczna prowadząca działalność gospodarczą) stał się podmiotem leczniczym.
7. Do 30 czerwca 2012 r. podmioty lecznicze muszą dokonać zmian wpisów w rejestrze podmiotów wykonujących działalność leczniczą w zakresie wynikającym z ww. ustawy.
8. Organowi rejestrowemu (wojewoda) należy przedstawić dokument ubezpieczenia wystawiony przez ubezpieczyciela.
9. Podmiot leczniczy powinien uzyskać w Urzędzie Statystycznym numer REGON przedsiębiorstwa podmiotu leczniczego (14-znakowy).
10. Zgodnie z art. 23 ustawy o działalności leczniczej należy nadać praktyce regulamin organizacyjny.
11. Raz na kwartał kierownik podmiotu leczniczego przekazuje Państwowej Inspekcji Pracy oraz właściwym organom samorządu zawodowego informacje o liczbie osób, które wykonują zawód medyczny na podstawie umów cywilnoprawnych albo jako praktykę zawodową, z którymi podmiot leczniczy zawarł umowę cywilnoprawną.

To jest ścinek, którego miało nie być. Ile razy bowiem można pisać o tym samym, czyli o receptach?

Dlaczego o nich? To proste. Czas sobie płynie, a w kwestii problemu, który rząd wspólnie z Sejmem nawarzył w ubiegłym roku, jakoś rozwiązania nie widać. Swoje trzy grosze wtrącił także prezes NFZ i w efekcie mamy taki paszтет, jaki mamy. Nie bardzo rozumiem entuzjazm, z jakim przyjęto odwołanie prezesa Paszkiewicza (na marginesie, mam nadzieję, że w obecnej sytuacji jego macierzysta izba nie zrezygnuje z przedstawienia mu zarzutów i postawienia przed sądem lekarskim). Co prawda prezesa nie ma, ale efekty jego działania pozostały, a samo odwołanie odbyło się zdecydowanie za późno, a i zwleknięcie z decyzją premiera jest symptomatyczne i w zasadzie nie wymaga komentarza. Na okładce mogą Państwo zobaczyć zdjęcie dmuchawca. Pierwotnie podpis-komentarz miał brzmieć: „Nowy prezes NFZ, czy jego czar równie szybko minie?” Ponieważ jednak nadal go (prezesa) nie ma, trudno snuć rozważania na jego temat. Dlatego podpis został zmieniony. Dlaczego? Odpowiedzcie sobie Państwo sami (a odpowiedzi możecie znaleźć w innych miejscach tego numeru „Biuletynu WIL”). Dlaczego zatem ścinek ten powstał? Zainspirował go dzisiejszy (18 czerwca) wywiad w „GW” z prof. Ewą Łętowską, a ściślej mówiąc, stawiana przez nią teza, że państwo pozbywa się władzy i zobowiązań, cedu-

SHORT CUTS

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



jąc je na różne „umowy”, że kiedyś umowa służyła wymianie dóbr i usług, a dziś jej cel jest inny: przekazuje władzę państwa w ręce prywatne. W ten sposób państwo pozbywa się swoich zobowiązań wobec obywateli, przestaje ich chronić. Powoduje, że konstytucja przestaje obowiązywać, ponieważ ona wiąże tylko władze publiczne. Podmioty prywatne nie podlegają jej wprost i w związku z tym nie można stosować narzędzi gwarantowanych przez ustawę zasadniczą, czyli odwołania do organu nadrzędnego, skarg do sądu administracyjnego i Trybunału Konstytucyjnego. Pozornie sytuacja Narodowego Funduszu Zdrowia jest inna, gdyż jest to „państwowa jednostka organizacyjna”, czyli przynajmniej teoretycznie, jest jeszcze jednym elementem państwa i jako taki powinien podlegać rygorom zapisanym w konstytucji. Niestety, tylko pozornie. Być może moje rozumowanie jest nieco karkołomne, ale dopiero opierając się na tezie prof. Łętowskiej, można zrozumieć, dlaczego władza tak się upiera przy tym, by lekarze musieli zawierać z NFZ umowy na wystawianie recept refundowanych. W ten sposób państwo pozbywa się wpływu na tę część świadczeń, które powinno zagwarantować pa-

centom, a przy okazji pozwala funduszowi zawrzeć w tzw. umowie, chyba dla okrutnego żartu zwanej „cywilnoprawną”, zapisy, dla których nie ma podstawy prawnej lub które wręcz są prawnie niedozwolone. A wszelkie ewentualne odwołania są ignorowane przez prawników, sądy, z Sądem Najwyższym włącznie, gdyż działa magiczne zdanie: „swoboda umów”, mające tłumaczyć to bezprawie. Dodatkowo perfidia państwa polega na tym, że za nas zdecydowało, kto ma ustalić kształt tej umowy, którą musimy podpisać, by pacjent mógł zrealizować swoje prawo do refundowanych leków.



Akapit wcześniej stwierdziłem, że „umowę musimy podpisać”. Czyżby? Co prawda indagowani prawnicy twierdzą, że tak, gdyż „tak stanowią ustawy” – do 30 czerwca o świadczeniach finansowanych z funduszy publicznych, a od 1 lipca ustawa refundacyjna (zresztą niektórzy prawnicy najwyraźniej zapominają o tej „drobnej” zmianie). Skoro tak, to powinniśmy postulować zmianę ustawy, co jak wiadomo, może być bardzo proste i szybkie, pod jednym jednak warunkiem: że władza tego chce. A jeśli chce, może to zrobić podczas jednego posiedzenia Sejmu, czego przykłady już w przeszłości mieliśmy. Inną kwestią jest to, czy lekarz jest zobowiązany leczyć tylko lekami refundowanymi. Otóż nie. Ustawy do tego nie obligują, bo nie mogą. Mało tego, gwarantują one pacjentowi leczenie zgodne z aktualną wiedzą medyczną (ustawa o prawach pacjenta). A przecież leki refundowane nie są „zgodne z wiedzą”, tylko z „charakterystyką produktu leczniczego”. A to nie to samo. I to kolejny powód, by ustawa refundacyjna została zmieniona, bowiem dobro pacjenta jest dobrem najwyższym. Tak, wiem, to ostatnie zdanie, to grube przeięcie, gdyż dla naszej władzy „dobro budżetu dobrem najwyższym”, nawet wtedy, gdy chodzi tylko o budżet NFZ.

Łętowska: Państwo oddaje władzę biznesowi. Przykład? Euro 2012

Lubię to! Wyślij +1 0

red 18.06.2012, aktualizacja: 18.06.2012 10:34

AAA

W wywiadzie dla „Gazety Wyborczej” prof. Ewa Łętowska zwraca uwagę na umowy między państwami a podmiotami prywatnymi, które zagrażają obywatelom, ograniczając im dostęp do różnych dóbr w imię interesu prywatnych stron umowy. - Państwo zawiera je ponad naszymi głowami, rezygnując w niej z części swojego władztwa - mówi Łętowska i podaje przykłady: ACTA, neting, umowa między UE a firmami farmaceutycznymi ws. świąskiej grypy czy między Polską a UEFA ws. Euro.



Fot. Sławomir Kamiński / Agencja Gazeta

- A weźmy taką UEFA. Euro 2012 jest w Polsce, ale rządzą nim i czerpie zyski UEFA - oczywiście na podstawie umowy. Ta umowa ma wpływ na prawo i na wolność gospodarowania. Np. na stadionach i w strefach kibica można handlować tylko produktami, które wskaże UEFA. Państwo zawiera z nią de facto umowę o przekazaniu kontroli nad częścią tego, co dotychczas należało do władzy publicznej - mówi prof. Łętowska, była sędzia TK i była RPO. Dowodzi, że umowa między państwem a prywatnymi firmami narusza wymagalne prawa: choć kibic

ultrasonografy.pl



Zjazd absolwentów AM w Poznaniu
Wydział lekarski

Rok ukończenia 1992

20-lecie dyplomu

odbędzie się dnia 27 października 2012 r.
w Restauracji Piano Bar

w Starym Browarze w Poznaniu

Informacje:

Strona internetowa WIL, strona na Facebooku
kontakt:

Maciej Cymerys m.cymerys@plusnet.pl

Szczegółowe informacje zostaną przesłane drogą mailową

Podziękowania

Personelowi II Kliniki Kardiologii Uniwersytetu
Medycznego im. K. Marcinkowskiego
w NZOZ Centrum Medycznym HCP
pod kierownictwem Pana Profesora Andrzeja Szyszki
dziękuję za troskliwą opiekę.

Szczególne podziękowania kieruję
do Pana dr. Rafała Linka i jego zespołu za niezwykle
sprawne uratowanie mi życia

Urszula Balidoe

Dyrekcja SPZOZ
w Międzychodzie
podejmie współpracę w ramach
kontraktu z NFZ

**z lekarzem specjalistą
neurologiem lub lekarzem
w trakcie specjalizacji
z neurologii lub lekarzem
specjalistą I stopnia
w zakresie neurologii**
do pracy

w Poradni Specjalistycznej.
Bliższe informacje na temat
warunków pracy i płacy
można uzyskać
pod numerem 95 748 27 11

Przychodnia Medycyny Rodzinnej w pobliżu Wągrowca zatrudni stomatologa

od sierpnia 2012
tel. 604 473-051

Ogólnopolska Wystawa Fotografii

Fotografia z odrobiną humoru...

W Klubie Lekarza w Łodzi przy ul. Czerwonej 3 odbędzie się w październiku, tradycyjnie jak co roku, powakacyjna Ogólnopolska Wystawa Fotografii Lekarzy tym razem pod hasłem „Fotografia z odrobiną humoru...” – realizację tego tematu pozostawiamy inwencji i wyobraźni lekarzy i lekarzy dentyistów, chcących wziąć udział w tegorocznej Wystawie.

Wernisaż wystawy planujemy na 21 października 2012 r. (niedziela) o godz. 17. Wystawa potrwa do 26 października br.

Zapraszamy do udziału w prezentacji zdjęć Koleżanki i Kolegów nie tylko z łódzkiej OIL, ale ze wszystkich okręgowych izb w Polsce. Prace prosimy nadsyłać na nasz adres nie później niż do 8 października br.

Fotogramy winny być nie mniejsze niż w formacie A5, wykonane w technikach dowolnych, opatrzone następującymi informacjami: imię i nazwisko, specjalizacja i miejscowość zamieszkania Autora, a także ewentualnie tytułem.

Kontakt: Iwona Szelewa

Sekretariat Okręgowej Izby Lekarskiej,
93-005 Łódź, ul. Czerwona 3, tel. (0 42) 683 17 01

ZESPÓŁ GABINETÓW LEKARSKICH
Poznań, ul. Promienista
**nawiąże współpracę
z lekarzami specjalistami**
tel. 502 400 820
tel. 61 8610 433
e-mail: wojciechciesielski@wp.pl

**IZBA LEKARSKA
KAROLEWSKA** Przychodnia
Stomatologiczna
na obrzeżach Kalisza zatrudni
lekarza stomatologa
do pracy prywatnie
oraz w ramach NFZ.
Duża baza pacjentów, dobre warunki
Kontakt telefoniczny 693 821 723

AUTORYZOWANY DYSTRYBUTOR: PHILIPS SONY

ProfiMedical
Profesjonalna Aparatura Medyczna

ProfiMedical - najnowsza ultrasonografia w zasięgu ręki

- Sprzedaż najwyższej klasy aparatów ultrasonograficznych (nowych, demonstracyjnych i rekonfigurowanych)
- Wynajem ultrasonografów (krótka- i długoterminowy z możliwością późniejszego wykupu)
- Atrakcyjne finansowanie urządzeń medycznych (leasing, pożyczka) wraz z ubezpieczeniem AIRisk
- Finansowanie jednostek publicznych w systemie ratowym
- Profesjonalny serwis aparatury medycznej dostępny 24h
- Szkolenia dla personelu medycznego
- Wysokiej jakości, oryginalne materiały eksploatacyjne oraz medyczne urządzenia peryferyjne firmy Sony

Zapraszamy do zapoznania się ze szczegółową ofertą na stronie internetowej.

biuro@profi-medical.pl

+48 32 730 32 73

www.profi-medical.pl



Klinika Stomatologii
Estetycznej i Chirurgii
Alfa-Med w Bydgoszczy
poszukuje do współpracy

lekarza stomatologa

Oferujemy dobre warunki
współpracy i pracę w silnym
zespole specjalistów.

Osoby zainteresowane
proszę o kontakt elektroniczny
e-mail: kariera@alfa-med.pl
lub telefoniczny – 600 262 738

**Zatrudnię
lekarza rodzinnego
lub lekarza z możliwością
wykonywania praktyki**

Miejsce:

Poznań i Międzychód

**Bardzo atrakcyjne
warunki zatrudnienia**

Szczegółowe Informacje:
Tel: 795 993 005, 600 222 443
Aplikacje proszę przysyłać na:
lekarzrodzinny2012@gmail.com

Prywatny gabinet
nawiąże współpracę
z lekarzami:

■ **kardiologiem**
■ **okulistą**
■ **endokrynologiem**
■ **radiologiem**

więcej informacji:
Gorzowskie Centrum
Medyczne Medi-Raj,
Sylwia Zabłocka
tel. 501 936 962

PRACA W POZ
blisko Kłodawy od zaraz.

Ze specjalizacją lub bez chętnie
emeryt lub emerytka
Mieszkanie + atrakcyjne zarobki.
Tel. 509-779-124

Szukam pracy
na terenie
miasta Poznania

Pediatra

tel. kom. 603 205 573



III Polski Koncert Lekarzy

22.09.2012 godz. 17:00

Sala Koncertowa Ostrowskiego Centrum Kultury
Ostrów Wlkp. ul. Wolności 2

Chór Kameralny Lekarzy
Wielkopolskiej Izby Lekarskiej
pod dyr. Justyny Chelmińskiej

Chór Lekarzy MediCoro
w Białymstoku
pod dyr. prof. Bożenry Sawickiej

Chór Okręgowej Izby Lekarskiej
w Olsztynie 'Medici Pro Musica'
pod dyr. Małgorzaty Wasruk

Chór Okręgowej Izby Lekarskiej
w Szczecinie 'Remedium'
pod dyr. prof. Ryszarda Handke

Chór Okręgowej Izby Lekarskiej
w Warszawie 'Medicantus'
pod dyr. Beaty Herman

Chór Śląskiej Izby Lekarskiej
w Katowicach 'Cames'
pod dyr. Doroty Działek-Szczepan

Zespół Kameralny Wielkopolskiej Izby Lekarskiej 'Operacja Muzyka'
pod dyrekcją Dobrochny Martenki

20-21.09.2012 Koncerty Festiwalowe w Synagodze Ostrowskiej

WSTĘP WOLNY



III KONCERT POLSKIEJ ORKIESTRY LEKARZY

21 października 2012 godz. 17.00

Aula Nova przy Akademii Muzycznej w Poznaniu

W programie: L. van Beethoven – Uwertura Egmont op. 84
E. Grieg – Koncert fortepianowy a-moll op. 16
F. Schubert – Symfonia nr 8 h-moll Niedokończona

Wykonawcy: Jolanta Reszelska – fortepian
Dobrochna Martenka – dyrygent
Polska Orkiestra Lekarzy

Wszystkich chętnych do wzięcia czynnego udziału w koncercie prosimy o kontakt:
[Elzbieta Czechowska elaczech@interia.pl](mailto:Elzbieta.Czechowska.elaczech@interia.pl)



Rozwijaj pasję muzykowania

Umiejętność gry na instrumencie muzycznym to wyjątkowy dar. Dzięki niemu można wyrażać swoje emocje nie tylko słowem, lecz także dźwiękiem, muzyką. Można zapomnieć o problemach codzienności i zaszyć się w świecie dźwięków, gdzie wszystko jest inne, bardziej kolorowe...

Operacja Muzyka to zespół muzyczny działający przy Wielkopolskiej Izbie Lekarskiej od roku 2006. Grają w nim lekarze różnych specjalności, stomatolodzy, farmaceuci oraz studenci Uniwersytetu Medycznego w Poznaniu. Wszyscy oni kiedyś uczyli się gry na instrumencie – jedni kilka lat, inni ukończyli średnie szkoły muzyczne, jeszcze inni są absolwentami Akademii Muzycznej z tytułem magistra sztuki. Złączyła ich miłość do muzyki i do wspólnego grania, które niejednokrotnie jest realizowaniem pasji. Po dniu spędzonym w szpitalu czy gabinecie raz w tygodniu przyjeżdżają do siedziby WIL na próbę i wspólnie ćwiczą, aby kolejny koncert był jeszcze bardziej udany.

W kończącym się sezonie Operacja Muzyka zagrała wiele koncertów. W grudniu 2011 r. braliśmy udział w promocji książki Joanny Molewskiej i Marty Pawelec „Wanda Błęńska. Spełnione życie”. Uświetniliśmy otwarcie wystawy portretów lekarzy w Muzeum Archidiecezji Poznańskiej w maju tego roku. 15 stycznia daliśmy koncert w Warszawie, w Centrum Dydaktycznym Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego na zaproszenie orkiestry tegoż uniwersytetu. W Poznaniu wystąpiliśmy w Wielkopolskim Centrum Onkologii wraz z chórem Wielkopolskiej Izby Lekarskiej z koncertem „Lekarze w hołdzie Marii Skłodowskiej-Curie”. Graliśmy też na kilku festywnach parafialnych i rodzinnych, a zimą, po świętach Bożego Narodzenia, daliśmy kilka koncertów z kolędami.

Członkowie zespołu Operacja Muzyka są pomysłodawcami i organizatorami koncertów Polskiej Orkiestry Lekarzy. Pierwszy odbył się w Poznańskiej Farze w październiku 2011 r., drugi w maju tego roku w Warszawie, a na kolejny zaprosimy Państwa już niebawem.

Atmosfera w zespole Operacja Muzyka jest niepowtarzalna. Oprócz ćwiczenia na cotygodniowych próbach raz w roku wy-



jeżdżamy na dwudniowe warsztaty i oddajemy się tam całkowicie pasji muzykowania. Każdy sezon koncertowy kończymy spotkaniem na łonie natury, grillując, biesiadując...

Aby zostać członkiem zespołu Operacja Muzyka, trzeba spełnić dwa warunki: grać na instrumencie w stopniu podstawowym oraz... przyjść na próbę. Próby odbywają się od września w każdą środę o godz. 18.

DOBROCHNA MARTENKA
KIEROWNIK ARTYSTYCZNY OPERACJI MUZYKA
KONTAKT: WWW.ZESPOL.WIL.ORG.PL



Wiersze



Letnie całowanie

LEK. MED. RYSZARD
KRAWIEC

Miła!

Mamy prosty wybór: na plaży lub na łące
Korzystając z dobrodziejstw łaskawego

lata

Schłodzeni księżycem albo rozpaleni

słońcem

Będziemy się znów całować – aż do końca
świata!

Zimny księżyc, stronniczy przyjaciel

kochanków

Milczący strażnik gwiazdowego,

lipcowego nieba

Zachęci nas do grzechu. Gdy zajdzie

o poranku

Będziemy się i tak całować:

trzeba czy nie trzeba

A potem na plaży, w pełnym blasku słońca
Albo w zaciszu jednego z wiklinowych

koszy,

Całować się i pieścić będziemy bez końca

Piasek na skórze myśląc z dreszczykiem

rozkoszy...

Kiedy zaś szorstkie wrzosa posrebrzą

nam łąki

Musimy się rozstać – bo to koniec

upojnego lata...

Powiesz: pragnę Cię całować, boję się

rozłąki!

Odpowiem: Ja też nie chcę jeszcze

końca świata!

Przecież będę Cię całował, zapewniam,

jesienią,

W zapachu chryzantem, w deszczu liści

złoty,

Słoty i chłody listopada mych uczuć

nie zmienią...

Tymczasem: chodź Miła! Bo pocałunków

Twoich pragnę

i... pieśczoły.

WIELKOPOLSKA
IZBA LEKARSKABIULETYN INFORMACYJNY WYDAWANY
PRZEZ RADĘ OKRĘGOWĄ WIL W POZNANIU

ISSN 1233-2216 Nakład 13 000 egz.

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

centrala tel. 61 852 58 60; prezes tel. 61 851 87 66;
praktyki indywidualne tel. 61 851 87 62, rejestr lekarzy tel. 61 851 87 58;
księgowość tel. 61 851 87 59, faks/tel. 61 851 87 66e-mail: izba@wil.org.pl www.wil.org.plKonto WIL: PKO BP SA
4. Oddział w Poznaniu
45 1020 4027 0000 1102 0404 3501ADRESY DELEGATUR
WIELKOPOLSKIEJ IZBY LEKARSKIEJ:

DELEGATURA W KALISZU

62-800 Kalisz, ul. Poznańska 64

przewodniczący – lek. dent. Jacek Zabielski
tel./faks 62 766 41 43, tel. kom. 783 993 908sekretarki – Maria Linkowska, Ilona Błaszczak
wikalisz@neostrada.pl

DELEGATURA W KONINIE

62-502 Konin, ul. Makowa 2

przewodniczący – lek. dent. Katarzyna Piotrowska
tel./faks 63 245 66 10, tel. kom. 783 993 909

sekretarka – Izabela Tomaszewska

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

DELEGATURA W LESZNIE

64-100 Leszno, ul. Sygietyńskiego 47

przewodniczący – Przemysław Kozanecki
tel. 65 526 67 44, tel./faks 65 526 65 59, tel. kom. 783 993 911

sekretarka – Hanna Krukowiecka

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

DELEGATURA W PILE

64-920 Piła, ul. Kryniczna 2

przewodnicząca – Teresa Kwiecińska-Koźmińska

sekretarki – Bogumiła Janitz, Małgorzata Szyliniec

tel./faks 67 212 04 87, tel. kom. 783 993 910

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

DELEGATURA OSTROWSKO-KROTOSZYŃSKA

63-400 Ostrów Wlkp., ul. Kolejowa 24A

przewodniczący – Wiesław Wawrzyniak

tel. 62 735 44 80, tel. kom. 783 993 907

kolegium redakcyjne Biuletynu Informacyjnego WIL

redaktor naczelny: Andrzej Baszkowski

członkowie redakcji: Alfred Adamczewski, Andrzej Grzybowski,

Krzysztof Ożegowski, Andrzej Piechocki,

zdjęcie na okładce: Krzysztof Ożegowski

Na zlecenie WIL wydany przez

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

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

BIURO RACHUNKOWE**mgr Zofia Szczerkowska**60-651 Poznań, ul. gen. St. Maczka 14
tel./faks 61 840 13 71, tel. kom. 501 381 255
e-mail: biuro@filobiuro.pl, www.filobiuro.pl**Lekarz pediatra**z 27-letnim stażem pracy,
aktualnie mieszka i pracuje
w Gdańsku,
poszukuje pracy w POZ
na terenie Poznania
tel. 664 483 559**CHIRURGIA og.**Podejmę pracę
lub na zastępstwa
w ramach gabinetu (emeryt)
tel. 609 521 362Zespół
Przychodni Lekarza
Rodzinnego
GOS-MED w Gostyniu
zatrudni lekarza
(lekarza medycyny
rodzinnej lub pediatrę)
do pracy w POZ.
Oferujemy
dobre warunki
finansowe.
Kontakt 501 624 888,
501 627 900**Oddam w najem**
gabinet lekarskina 1 lub 2 dni
w tygodniu lekarzowi
chorób dziecięcych
(ortopeda, okulista,
dermatolog, alergolog,
urolog)
lub lekarzowi ogólnej
specjalizacji
w dzielnicy Grunwald.
Tel. kontakt: 600 47 21 39**N.Z.O.Z. PRZYCHODNIA STOMATOLOGICZNA**

we Wschowie

ZATRUDNI
lekarza stomatologaumowa z NFZ oraz prywatnie
(oferujemy dobre warunki pracy)

kontakt z kierownikiem - 509 502 611

www.kadent.com.plZespół Zakładów Opieki Zdrowotnej w Ostrowie Wielkopolskim
oferuje atrakcyjne warunki zatrudnienia dla lekarzy specjalistów
oraz w trakcie specjalizacji w dziedzinach:

- choroby wewnętrzne
- medycyna ratunkowa
- kardiologia
- chirurgia dziecięca

Osoby zainteresowane prosimy o kontakt
z dyrekcją Zespołu Zakładów Opieki Zdrowotnej w Ostrowie Wielkopolskim.
Kontakt: ZZOZ ul. Limanowskiego 20/22, 63-400 Ostrów Wielkopolski,
tel. 62 595 11 11, e-mail: szpital@szpital.osw.plPrzychodnia lekarska
MEDICUSw Szamotułach
zatrudni
lekarza
medycyny
rodzinnej
lub internistę
do pracy w POZkontakt tel. 602 137 296,
604 421 363Przyjmę do pracy
lekarza
stomatologaw prywatnym
gabinecie
(ok. 40 kilometrów
od Poznania)
na bardzo dobrych
warunkach
tel. 505 160 212

TEB Edukacja szkoły medyczne

Mobilny dostęp do wiedzy

TABLET za OZ!

z mobilnym internetem i pakietem edukacyjnym

100 dni bezinwestycyjnie!

- Asystentka stomatologiczna
- Higienistka stomatologiczna
- Technik farmaceutyczny
- Technik masażysta
- Opiekun medyczny - **bezpłatny**
- Technik usług kosmetycznych - **bezpłatny**
- Rejestratorka medyczna

* w szczególności trybul w orszekach

WYSTALICZMY 30% ASYSTENTEK STOMATOLOGICZNYCH ORAZ OPIEKUNÓW MEDYCZNYCH W POLSCE

POZNAŃ, ul. Taczaka 10, tel. 61 853 64 05 www.teb.pl

Nasza galeria



Grażyna Omylak



Danuta Korytowska-Mikusińska



Elżbieta Dąbrowska

10. Ogólnopolska Wystawa Malarstwa Lekarzy



Katarzyna Bartz-Dylewicz



Alicja Orzechowska