



OPOLSKA
IZBA
LEKARSKA

Rok Założenia 1990

Październik 2010

ISSN 1426-661X

BIULETYN INFORMACYJNY

Nr 170

OPOLSKIEJ IZBY LEKARSKIEJ



**I nadchodzi
Złota Pani...**



fot. Jacek Polewiak

Piszę ten tekst w pierwszym, pięknym dniu jesieni. Za oknem jeszcze słonecznie i ciepło, ale noce zaczynają już być dużo chłodniejsze. Ciekaw jestem – Szanowni Czytelnicy – czy gdy będziecie czytać te słowa pogoda będzie równie łaskawa? Starzy górale twierdzą podobno, że zima tego roku przyjdzie szybko i będzie równie kapryśna, jak minione lato – zobaczymy. No, ale ja tu popadłem w melancholię wczesnojesienną i o dyrdymałach wypisuję, a tu trzeba Wam przedstawić bieżący numer Biuletynu.

Mam nadzieję, że w najbliższym czasie nie będzie już perturbacji z ukazywaniem się Biuletynu. Miały one związek z decyzją NRL o wstrzymaniu druku 2 numerów GL. Na pewno czytaliście we wrześniowym numerze „Gazety Lekarskiej”, że dokonana została zmiana podmiotu drukującego i kolportującego GL (a z nią także i nasz Biuletyn). Jest nim teraz Axel Springer Polska. Ma to przynieść oszczędności samej Gazecie, ale i naszej Izbie, bo troszeczkę zaoszczędzimy na opłatach za kolportaż. To tyle wiadomości ogólnych.

A teraz bliżej o tym, co znajdziecie w tym numerze Biuletynu. Po pierwsze dalszy ciąg serialu o ubezpieczeniach OC. Jak w prawdziwym thrillerze dawałem Wam napięcie i teraz przyszła pora na rozstrzygnięcie, kto zabił?

Poza tym, z rodzimych materiałów – sprawozdanie ze spotkania Komisji Stomatologicznej, informacja o szkoleniach organizowanych przez Komisję Kształcenia OIL, zaproszenie dla lekarzy seniorów, następny tekst o sposobie wykorzystania funduszy europejskich w sektorze ochrony zdrowia, przygotowany przez Urząd Wojewódzki, kolejna odsłona historii Polski autorstwa prof. Kubickiego i ciekawy materiał nadesłany do redakcji z Kędzierzyna-Koźla z propozycją przygody.

W części przedrukowej znajdziecie Państwo dywagacje nad modelami ochrony zdrowia i obecnej kondycji NFZ, wywiad z dyrektorem Danielewiczem z Ministerstwa Zdrowia na temat umiejętności medycznych oraz bardzo ciekawy materiał z „Menedżera Zdrowia” o agresji wobec pracowników ochrony zdrowia. Natomiast na stronach poświęconych prawu – druga część zestawienia obowiązków lekarza jako pracodawcy. Materiał ten „zapodział” mi się pośród innych i dopiero teraz go drukuję.

Na koniec, zwyczajowo – ogłoszenia i zapowiedzi wydawnicze. Życząc przyjemnej lektury, żegnam się z Wami do listopada. Pozdrawiam

Jerzy B. LACH

SZPALTA PREZESA

Koleżanki i Koledzy, zgodnie z obietnicą z poprzedniego numeru drukujemy listę lekarzy i lekarzy dentystów, w imieniu których dokonaliśmy dopłaty składki, związanej ze zmianami w ubezpieczeniach odpowiedzialności cywilnej. Przy każdym nazwisku podana jest kwota tej dopłaty. Bardzo proszę, aby zwrot tych pieniędzy nastąpił do końca bieżącego roku. Ze względu na nadzwyczajność tej sytuacji, dla ułatwienia księgowej rozliczania tych pieniędzy, apeluję, aby wpłat nie dokonywać poprzez konto izbowe, a jedynie przez bezpośrednie wpłaty – czy to osobiście czy za pośrednictwem szefów delegatur.

Jeżeli ktoś z Was będzie miał (mimo mojego „zeszłonumerowego” wyjaśnienia) wątpliwości co do podanej kwoty dopłaty – proszę o kontakt z biurem Izby.

W ostatnich tygodniach pojawiło się kilka komunikatów, sygnowanych przez Opolski Oddział NFZ, a związanych z wypisywaniem recept na kuponach RUM. Bierze się to stąd, że Prezes NFZ dąży do całkowitego ujednolicenia sposobu wystawiania recept w całym kraju, a kupony RUM obowiązują tylko w kilku województwach. Sprawy tej poświęcone też było spotkanie z udziałem nowego Dyrektora OOW NFZ, temat ten „wywołałem” również na ostatnim posiedzeniu Rady Oddziału Funduszu. W obu przypadkach stwierdziłem jednoznacznie, że dopóki zapisy rozporządzenia Ministra Zdrowia pozwalają na wy-

pisywanie recept na białych kuponach RUM (a pozwalają i taka jest też niedawna interpretacja Wiceministra Twardowskiego) nie będę namawiał lekarzy (a byłem o to proszony przez nowego Dyrektora Oddziału) do zaniechania wypisywania takich recept i posługiwania się jedynie receptami zakupywanymi przez lekarzy, wykazując że recepty RUM-owskie pozwalają na znaczne skrócenie czasu wypisywania recepty. Mam nadzieję – sam przecież też wypisuję recepty – że ten stan uda się utrzymać jak najdłużej. Ale jak długo? Biorąc pod uwagę różne „ciekawe” pomysły Prezesa NFZ, wszystko może się zdarzyć. A mówiąc o ciekawych pomysłach mam na myśli między innymi ten, aby w postępowaniu konkursowym na rok 2011, w sytuacji w której pierwszy konkurs nie pozwoli na zakontraktowanie wszystkich świadczeń w jakiejś kategorii, w tak zwanych dogrywkach najwięcej zyskiwał ten oferent, który obniży cenę o połowę!!!!???? Na szczęście z tego rozwiązania Prezes Paszkiewicz się wycofał.

W przyszłym numerze postaram się coś więcej napisać o kasach fiskalnych, którymi nas uszczęśliwiono wbrew protestom władz samorządu wszelkich szczebli oraz wbrew opiniom, że kasa fiskalna, której zadaniem jest kontrola rozliczenia podatku VAT nie jest do niczego potrzebna w sytuacji, w której usługi medyczne są z tego podatku zwolnione.

Jerzy JAKUBISZYN

UBEZPIECZENIA OC DLA LEKARZY – CIĄG DALSZY

A oto lista Koleżanek i Kolegów, o której wcześniej pisał Prezes.

Jerzy B. LACH

Dopłata w wysokości 32 zł

Adamczyk Andrzej	Czelakowski Marcin	Hadzik Krzysztof
Adamczyk Aneta	Czernecka-Mikołajczyk Dagmara	Harc-Dyl Ewa
Akielaszek Iwona	Dąbrowski Piotr	Hładki Marek
Aleksandrowicz Tomasz	Derkowski Wojciech	Holler Małgorzata
Al-Qadi Małgorzata	Długosz Mirosław	Horodecki Maciej
Andruszkiewicz Zinaida	Dłuszyńska-Janik Wanda	Hrabańska-Zachwieja Jolanta
Antoszek Emil	Dmeńska Bożena	Idasiak Jolanta
Apoloni Bernadeta	Dobosz Edward	Inglot-Różańska Irena
Artiuchow-Merchut Joanna	Drabot Anna	Jabłonka Elżbieta
Baran Bogusława	Droś Lidia	Jabłońska Sylwia
Bąk Adam	Duda Piotr	Jakubiszyn Irena
Bek Tomasz	Dwojak Artur	Jankowska-Dyba Janina
Berger Beata	Dylla Karina	Januszkiewicz Aleksander
Bernardt Gerard	Dymek Lucyna	Jasińska Aleksandra
Bernaś-Ude Jadwiga	Dymek Tomasz	Jasiński Ryszard
Białowas Andrzej	Dziubacki Sławomir	Jasonek-Zaryczańska Renata
Bieniasiewicz Anna	Fijałkowska Iwona	Jaworska-Górna Grażyna
Bihun Małgorzata	Filarska-Michalik Katarzyna	Jeznach Andrzej
Błudzin Wiesława	Filipczyk-Ziobrowska Ewa	Jeżewska Halina
Bobinska Ewa	Flak Jolanta	Jędrusik Izabela
Bobinski Antoni	Florczak Andrzej	Jędrus Jan
Bodzioch Piotr	Florek-Mielniczuk Irena	Juda Cezary
Bogdanowicz Grażyna	Fornalik-Cymbalista Renata	Jung Andrzej
Borowik-Bzdion Grażyna	Franke Renata	Junosza-Szaniawska Ewa
Breś Maria	Fujak Teresa	Junosza-Szaniawski Antoni
Bryk-Żakowicz Katarzyna	Gadecki Wiesław	Jurewicz-Troniewska Leokadia
Brzeska Agnieszka	Gajda Agnieszka	Juszczyk Zdzisław
Bugajski Jarosław	Gajda Iwona	Kaczmar Wioletta
Bujak Wojciech	Garczyńska Agnieszka	Kaczmarek Anna
Buks Monika	Gawda Iwona	Kaczmarek Małgorzata
Bunio Andrzej	Gawlik Włodzimierz	Kaczor Wojciech
Cena Grzegorz	Gawryś-Ptak Marzena	Kalinowska Danuta
Cetnarowski Jerzy	Gelej Marek	Kaławelis-Zaleska Zofia
Chamerska-Gądek Ewa	Giet Barbara	Kania Marek
Chciuk-Rasiuk Lucyna	Gliniak Grażyna	Kania Stanisław
Cholewa Wojciech	Gliwińska-Nawrat Justyna	Kanik-Wręczycka Małgorzata
Cholewiński Janusz	Głonek Michał	Kapeluszna Katarzyna
Chyła Renata	Gołda Wojciech	Karcz-Butmankiewicz Joanna
Cichoń Krystyna	Górniak Bohdan	Karkosz Małgorzata
Cichoń Krzysztof	Górska Karolina	Karniewska Bożena
Cieślak Zbigniew	Grabowski Andrzej	Kaszkowiak Andrzej
Cywińska Aleksandra	Graczyk-Duda Anna	Kawa Anna
Cywiński Mariusz	Grandek Maria	Kazek-Pastwa Danuta
Czaplok-Kielec Małgorzata	Grek Henryk	Kazik Maria
	Gumińska Anna	Kazik Roman
	Guzowska Bożena	Kleist Jacek

Kluczyński Janusz	Lubczańska Krystyna	Orłowska-Kałuża Renata
Kluszczyńska Elżbieta	Lucińska Elżbieta	Orman-Belch Janina
Knicz Krystian	Luciński Bolesław	Osadca-Zych Monika
Knosala Bernard	Łaba Joanna	Osiński Wojciech
Koegler-Zielińska Krystyna	Łopuszańska Joanna	Ossowska-Szymkiewicz Iwona
Kolenda Janina	Łuczak Irmína	Ostafin-Wydro Beata
Kollek Ewa	Łuszczynska-Kicińska Maria	Ostrowska Małgorzata
Kołaczyńska-Palka Halina	Łuszczynska-Ostrowska Małgorzata	Owczarek Izabela
Konarski Antoni	Machowska Ewa	Owczarek Maciej
Konieczny Zygmunt	Maciejewska Anna	Pajor Ireneusz
Konik Wiesław	Mackiewicz-Zabochnicka Grażyna	Pałuchowska Katarzyna
Konopka-Błaszczak Małgorzata	Madej Jerzy	Pałuchowski Piotr
Konrad Janina	Madej Witold	Parol Ewa
Kopczacki Adam	Maj-Twardy Zofia	Pasieka Marian
Kordowska-Wileńska Marta	Makiela Sławomir	Pasternak-Zimoch Grażyna
Koroncok Paweł	Malinowska Jolanta	Pawełczak Jacek
Korykora Elżbieta	Małaczyńska Agnieszka	Pawlak Piotr
Kosowska Krystyna	Małycha-Bartczak Ewa	Pawłowska Krystyna
Kosowski Aleksander	Mandyna Bernadeta	Pawłowska-Cetnarowska Grażyna
Kośna-Knopp Sylwia	Marguła Elena	Piaścińska Elżbieta
Kotlińska-Stolarz Maria	Marko Andrzej	Piątek Rafał
Kowalczyk Julia	Markowska-Kuźniak Maria	Piech Joanna
Kowalska Beata	Maryniak Bernard	Piskorowska-Plis Anna
Kowalska-Cholewa Jolanta	Maszkowska Marta	Piskorowski Jan
Kowarzyk Stanisław	Mateja Bogusław	Ploch Michał
Koziej Jacek	Matusiak -Brzęczek Lila	Pluta Joanna
Kraszewska Jolanta	Medwid Alina	Płonka Jacek
Kraszewski Wiesław	Miarka Jacek	Podolska-Bartodziej Urszula
Krocak Andrea	Mielczarek Marcin	Pogrzeba Joanna
Królicka Karolina	Mijał-Piątek Renata	Pojda Joanna
Kryczka Gabriel	Mijas Jarosław	Polewiak Lilianna
Krzymowska Elżbieta	Miler Jolanta	Polikowski Mariusz
Krzyżowska-Będzińska Anna	Miozga Kornelia	Polko Krzysztof
Księżarek Waldemar	Miszczak Zenon	Popowska Bożena
Kubś-Domańska Mariola	Mokrzycka-Idzik Krystyna	Porczyński Jacek
Kucharczyk Adrian	Mołotkiewicz-Kłyś Barbara	Poredo Elżbieta
Kucharski Roman	Morisson Ryszard	Potyrała-Wierzchowiec Jolanta
Kupis-Koziej Kinga	Mynte Henryk	Przybyłowicz-Womperska Dorota
Kurdej-Binieć Magdalena	Nadbrzeżny Piotr	Ptak Dariusz
Kusber Beata	Nawrocka Agnieszka	Puz-Smaruń Lucyna
Kusińska Aleksandra	Negacz Joachim	Puziewicz Jerzy
Kuśnierkiewicz Marzena	Niesłony-Szczówka Anna	Pytel Robert
Kutkiewicz-Moroz Katarzyna	Niwińska Beata	Pyziak Andrzej
Kuzyszyn Zbigniew	Nogieć Marzena	Raczkowska Władysława
Kwiatek-Gniazdowska Ewa	Nosińska Małgorzata	Raczyńska Ewa
Labusga Lidia	Nowakowska Irena	Radzio-Sadowska Małgorzata
Langner Janina	Nowakowski Jerzy	Rak Sławomir
Latusek-Michalska Anna	Nowosielska Emilia	Rams Arkadiusz
Lejkowska Krystyna	Nykiel-Raj Iwona	Reguła Dariusz
Leszczyna-Mensah Halina	Ochoński Jerzy	Rekucka Beata
Lewicka-Szymków Krystyna	Okragły Janina	Rembak-Popioł Ewelina
Lewicki Rafał	Okrzesza Beata	Rękawek Marcin
Lisiakiewicz Jan	Olichwer-Mościchowska Alicja	Romaniuk Janusz
Lotko Krzysztof	Orczewski Eugeniusz	Rosa Krystyna
Lotko Marcjanna	Orłowska Krystyna	Roszak-Krużel Alicja

Rudnik-Sanocka Maria
Rutkowska-Rychlicka Bożenna
Rzeszotarska-Sordoń Agnieszka
Sacha Cezary
Sachanbińska Teresa
Sadowska Elżbieta
Sadowski Ryszard
Saganiewicz-Szkałuba Barbara
Schindzielorz Dariusz
Scholz-Mazurkiewicz Eryka
Sekyra Beata
Sikora Anna
Sikorska-Żurawel Iwona
Ślădeczek Małgorzata
Śłowikowski Andrzej
Sobótka Witold
Soczyńska Halina
Sosnowska Aleksandra
Sowa Agnieszka
Spychała Sebastian
Sroka Regina
Stachera Janusz
Stachera Magdalena
Stanlik Urszula
Stanek Grzegorz
Starczewska-Dymek Liwia
Stochmiałek Teresa
Stolarczyk Małgorzata
Strzelec Teresa
Szandała Marcin
Szczepanik Barbara
Szczepańska-Łubiarz Zdzisława
Szczypiór-Palutkiewicz Jolanta
Szejna Anna
Sznajder Katarzyna
Szyller Małgorzata
Szyller Robert
Szymańska Antonina
Szymański Dariusz
Szymoniak Anna
Śliwiński Mariusz
Śniatowska Małgorzata
Świstun Marian
Tabora Arkadiusz
Tabora-Ciszewska Joanna
Tomanek Lidia
Topa-Dobrowolska Irena
Truch Anna
Trumpus-Tas Magdalena
Trybuła Jerzy
Tutka Tomasz
Tybel-Brodowska Longina
Wagner Małgorzata
Wartenberg Paweł
Wasiljew Maria

Weiner-Szokalska Katarzyna
Wężykowska-Więcek Barbara
Wieczorek-Ladra Ewa
Wielgosz Piotr
Wiercimok Urszula
Wierzbicki Mariusz
Wilczek Małgorzata
Wilisowska-Machelska Alicja
Wiosna-Polewka Barbara
Wirzeska Małgorzata
Wisła Agata
Wittek Andrzej
Władysław Stefan
Wojciechowska-Wróblewska Anna
Wojdyła-Kiełb Barbara
Wojtala-Machura Małgorzata
Wolińska Jadwiga
Womperski Krzysztof
Wójcik Grzegorz
Wójtowicz Marcin
Wróbel Mirosław
Wyřąbek Jacek
Wyrwa Leszek
Wywioł Adam
Zagórska-Mąka Maria
Zagwojska-Szczepańska Ewa
Zahuta Jan
Zalasińska Iwona
Zaryczańska Małgorzata
Zaryczański Janusz
Zasańska Marzena
Zasański Grzegorz
Zaszkodna-Gross Krystyna
Zawadzka-Tabora Irma
Zawiła-Pluta Danuta
Zdziechowska Katarzyna
Ziemska-Łuć Małgorzata
Zinkowska Barbara
Złotoś Aleksandra
Zwolińska Justyna
Zwoliński Dariusz
Zygmunt Anna
Żelazny Tadeusz
Żelazny Tomasz
Żelowski Andrzej
Żorniak Tomasz

Dopłata w wysokości 39 zł

Banaś-Cebula Anna
Beker Wojciech
Biniek Michał
Binkowski Marcin
Bobiński Andrzej
Cebula Tomasz
Dawidziak Adrian

Dorocki Marcin
Dyl Piotr
Falba Andrzej
Felbel-Tyszkowska Monika
Florczak Agnieszka
Gac Grzegorz
Gacek Katarzyna
Gacek Tomasz
Gacki Paweł
Gadek Wojciech
Gamrot Jarosław
Gaweł Dominika
Górecka-Hałoń Józefa
Grot Dariusz
Grzybek Tomasz
Horowska-Półtorak Ewa
Jakimów Joanna
Jaworska-Wieczorek Jarosława
Jednak Henryk
Jeżewska Joanna
Jęda Agnieszka
Jurkiewicz Fryderyk
Karoń Przemysław
Klimkiewicz Ryszard
Kmita-Żukrowska Krystyna
Knopińska-Rostkowska Ewa
Kozicki Michał
Krach Renata
Krawczyk Jakub
Krok Sławomir
Kustra Janusz
Kwiecień Jarosław
Leyko Paweł
Łabiak Tomasz
Maciołek Józef
Makiela Jarosław
Małowski Mirosław
Maurer Grzegorz
Mehlich Helena
Mielczarek Danuta
Misiak Edyta
Misztal Małgorzata
Miziniak Teresa
Olczak Piotr
Olejniak Alina
Osmólski Janusz
Ośko Andrzej
Pasternok Marcin
Pawlik Tomasz
Piątek Aldona
Piskoń Katarzyna
Podgórski Dariusz
Pojda-Fuławka Aleksandra
Pychyńska-Jasińska Krystyna
Respekta Edward

Roszczypała Dariusz
Sapała Edyta
Seweryn-Serkis Katarzyna
Sienkiewicz Wiesław
Sikora Tomasz
Sikorska Elżbieta
Skrzypulec Michał
Skubis Stanisław
Smolska-Ciszewska Beata
Sobkowicz Krzysztof
Strąk Anna
Suchińska Krystyna
Szczeniowska-Krok Aleksandra
Szewczyk Jolanta
Tarara Katarzyna
Tarara Mariusz
Urbańska-Kmiecik Elżbieta
Wajda Robert
Waloch Dorota
Wartenberg Krystian
Widz-Tomala Bożena
Wierzbicka Krystyna
Wierzchowicz Jan
Więcek Jacek
Wilgorska-Dorau Iwona
Wojciechowska Edyta
Wojciechowska-Pawlik Urszula
Wojtala-Łabędzka Ewa
Wyszkowski Jerzy
Ziemba Anna

Dopłata w wysokości 57 zł

Adamska Anna
Babiak Justyna
Babiak Marek
Bac Grażyna
Bajer Anna
Bazgier Adam
Bąk Beata
Bednarczyk Barbara
Bendzera Aneta
Bernacki Leszek
Bezrąk Małgorzata
Biedka Małgorzata
Bilińska Danuta
Boguniewicz Ryszard
Borkowska Monika
Budzińska Beata
Bugajska Anna
Cebulski Mirosław
Chabałowska Wiesława
Chłopik Katarzyna
Chorościński Tadeusz
Cichocki Michał
Cichoń-Fedyk Magdalena

Daszkiewicz Edyta
Dembicka Małgorzata
Duma-Komorowska Magdalena
Dyrka Elżbieta
Ekert Monika
Fedyk Artur
Felbel Barbara
Fijałkowska-Kowalińska Aleksandra
Fijałkowski Włodzimierz
Filipek Marta
Frycowska Joanna
Gala Klaudia
Galas Katarzyna
Galwas-Pichurska Halina
Gliwa-Zajac Jadwiga
Gowarzewski Marcin
Góra-Skuła Anna
Górna Edyta
Grabowski Andrzej
Grala-Klockowska Beata
Gronek-Ludynia Joanna
Jagodzińska Beata
Jakimowicz-Skowronek Ewa
Jakubowska-Juraszczyk Zofia
Jakutaję Mirosława
Janicka Alicja
Jankowska Krystyna
Jarka Jolanta
Jednaki Jolanta
Jędrzejak Alicja
Jędrzejak Grażyna
Juda Beata
Jurasz Teresa
Kaczyński Wojciech
Kalemba Aleksandra
Kałetkiewicz Marta
Kampa Teresa
Kampa-Gryboś Kornelia
Kandora Ewelina
Karoń Agnieszka
Keller Piotr
Keller-Szymczyk Liliana
Kelm Halina
Kinasz Katarzyna
Kiryłowicz Aleksandra
Klimczewska-Iwanusa Joanna
Knuth Maciej
Kobylińska Ewa
Kokowski Cyprian
Kosela-Gatkowska Dorota
Kosturek Beata
Kośniewska Danuta
Kowalczyk Maria
Kowalski Andrzej
Kowaluk-Knuth Katarzyna

Koziółek-Zgolik Łucja
Kozłowska Marta
Kozok-Suchodolski Rosita
Kras Teresa
Kuczera-Michalska Beata
Kuzyszyn Beata
Kwiecień-Drab Katarzyna
Kwolik-Ziemniarska Anna
Laufernicka-Romańczyk Aleksandra
Lechniak Małgorzata
Lechniak Tomasz
Lewicka Zdzisława
Łabiak Adam
Łobodziński Marek
Łuszczyńska Jolanta
Machowska Kamila
Majtyka-Jama Maria
Malanowicz-Nowosielska Ewa
Malinowska Aleksandra
Malinowski Antoni
Marcjasz Danuta
Marczak-Kaczmarek Hanna
Matloch-Bereza Agata
Matuszak Ewa
Mazurek Anna
Michalik Krystyna
Michniewicz Agnieszka
Migala Natalia
Miszczyk Magdalena
Mokijewski Artur
Molinkiewicz Ewa
Mrowiec-Aleksandrowicz Bożena
Mrozek Joanna
Muszyńska Ewa
Mynte-Kowalczyk Krystyna
Myśliwiec Ewa
Nocek-Dugiełło Lucyna
Noparlik Anida
Nowacka-Piechota Emilia
Nowak Jolanta
Nowak Radosław
Ogórek Maria
Orska Elżbieta
Ośko Karolina
Pałac Urszula
Pałac- Kądziołka Katarzyna
Paprocka Bożena
Parkitny Dariusz
Pawelec Krzysztof
Pawelec Monika
Pędich Witold
Piechura Maria
Placzek Renata
Podgórska Katarzyna
Pokuszyńska-Baran Małgorzata

Powolny Grażyna
Prochera Edyta
Proszewski Janusz
Przyślak-Kustra Beata
Pytlik Justyna
Racławska-Sypko Bożena
Raducka Magdalena
Radzioch Joanna
Rajtar Ewa
Rapa Przemysław
Rataj Justyna
Rejman-Poręba Katarzyna
Rodziewicz-Kabarowska Marta
Romańczyk Jarosław
Rowba Helena
Rowba Konstanty
Rysińska-Pragłowska Stanisława
Schindzieltorz Bożena
Sierakowski Janusz
Skowron Jacek
Soja Ewa
Sordoń-Gowarzewska Teresa
Sosnowska-Wieczorek Marianna
Stelmachowicz Krystyna
Strąk Dorota
Struzik Paweł
Sulka Barbara
Swaton Anna
Szarota Zofia
Szczombrowska Anna
Szenajch-Przywieczerska Jadwiga
Szindler Bernarda
Szmidt Jakub
Szner Agnieszka
Śpikowska Danuta
Świdarska Małgorzata
Tańczak Ewa
Tomys Jerzy
Tomys Liliana
Trinczek Camilla
Trojan-Kochet Katarzyna
Trzcianańska Małgorzata
Tulik-Niedziewicz Alicja
Tustanowska Alicja
Tustanowska Maria
Tyłska-Latuszek Irena
Walaszek Irena
Warenicka Grażyna
Warenicki Juliusz
Wąsiel Jarosław
Wątorska Aleksandra
Wicher Aldona
Wicher Natalia
Więcek Ryszard
Wilk Halina

Wilk Urszula
Winnicka Małgorzata
Wiśniewska Beata
Wiśniewska Katarzyna
Wiśniewski Wojciech
Wocko Monika
Wojdyła-Latacz Teresa
Wolańska Zdzisława
Wrona Ewa
Wrzecionek-Zdrzałik Beata
Wywiórska Lucyna
Ziobrowska Barbara

Dopłata w wysokości 92 zł

Bandurowska Halina
Brunagiel Andrzej
Bukowski Jarosław
Dymek Andrzej
Erbert Kazimierz
Goździuk Jan
Grodzki Jerzy
Hrehorów Alina
Hrehorów Janusz
Kalisz Celestyn
Kordel Danuta
Kostek Grażyna
Krupnik Edyta
Lewicki Jan
Lubczyński Janusz
Łuszpaj Ryszard
Mielczarek Bogdan
Nawara Bogdan
Pawelczak Ireneusz
Rychlicki Grzegorz
Siewińska Jolanta
Stachowiak-Adamowicz Urszula
Strzelec Adam
Sygulla Jerzy
Walorski Andrzej
Zawiejski Czesław

Dopłata w wysokości 99 zł

Abolfadel Nidal
Adamów Krystyna
Adolf Tomasz
Augustyn Krystyna
Banach Andrzej
Bandurowska Halina
Barabach Roman
Bartczyszyn Wiesław
Bartnik Zygmunt
Bednarek Jarosław
Bek Marek
Ben Rhaïem Tahar
Bereza Waldemar

Bereźnicki Rafał
Bernacka Kornelia
Bęgowska Aleksandra
Bielaczyc Grzegorz
Bielec-Michałowska Anna
Bijałd-Mikołajewicz Katarzyna
Bilski Rafał
Błaszczuk Andrzej
Błaszczyszyn Czesław
Błoński Kazimierz
Błudzin Władysław
Bober-Paluch Maria
Bogdani-Hause Ewa
Bogdanowicz Eligiusz
Borcuch Rafał
Brachaczek Zbigniew
Browarski Andrzej
Brunagiel Andrzej
Bruzi-Bużowicz Róża
Brzeziński Zbigniew
Brzęczek Włodzimierz
Budyłowska Beata
Bukowski Jarosław
Burczak Stefan
Bury Bogdan
Chorażka Edward
Chowaniec Marek
Chromicz Danuta
Chrzczonowicz Adam
Chwiłowicz Andrzej
Chwiłowicz Krystyna
Cichocka Helena
Cichoń Jerzy
Cielniaszek Tadeusz
Cierpicka Bogna
Ciszewski Mariusz
Ciszewski Sebastian
Cymbalista Marcin
Czaja Zbigniew
Czerski Adam
Czerski Marek
Dalach Monika
Darmetko Mariusz
Dawiskiba-Kwiatkowska Małgorzata
Derkowska Jagoda
Domagała Dariusz
Domaradzki Bolesław
Drozdowicz Andrzej
Dubier Barbara
Dubiel Eligiusz
Duszel Grzegorz
Dutkowiak Ryszard
Dymek Andrzej
Dzik Izabela
Dziurkowski Stanisław

Erbert Kazimierz
Falkowski Krzysztof
Felbel Waldemar
Feliks-Kubilas Krystyna
Felsz Marcin
Flejsierowicz-Moniakowska Jolanta
Florczak Zbigniew
Gajewski Sławomir
Galańska-Grzeszek Joanna
Gawroński Radosław
Gębka Paweł
Gierek Michał
Gleńsk Walenty
Glinka Marek
Głab Jan
Głab Marek
Głowacki Jarosław
Goj-Birecka Julia
Golla-Marasek Maria
Gordała Hanna
Goździuk Jan
Góralewicz Jolanta
Górecka Jadwiga
Górecki Jerzy
Górecki Zbigniew
Górka Marek
Grodzki Jerzy
Gulewicz Ireneusz
Gutowski Krzysztof
Guzek Jan
Guzikowski Wojciech
Hamuda Maria
Hercun Bronisław
Hernik Andrzej
Hobot Jacek
Hrehorów Alina
Hrehorów Janusz
Iwan-Sławek Barbara
Iżykowski Jan
Jabłońska Maryla
Jacek Marek
Jakimów Dariusz
Jakobi-Róż Halina
Jakubicki Artur
Jakubiszyn Jerzy
Janków-Roszczypała Marzena
Jastrzębska Marzanna
Jastrzębski Piotr
Jędryka Marcin
Jędrzejczyk Tadeusz
Kabarovski Roman
Kaczmarek Anna
Kaczmarek Jacek
Kala Dorota
Kalemba Jarosław

Kalisz Celestyn
Kalisz Iwona
Kalisz Marek
Kalus Marcin
Kamiński Krzysztof
Kapeluszny Marcin
Kardynał-Klimkiewicz Hanna
Karniewski Jacek
Karolakowska-Lach Bożena
Karoń Jarosław
Kasalik Grzegorz
Kaźmierczak Anna
Kaźmierczak Krzysztof
Kaźmierzewski Jacek
Kelm Ryszard
Kędzierski Andrzej
Kisała Aleksander
Kleczewski Wojciech
Klimczak Piotr
Kłosowski Witold
Kłóś Jacek
Kobyłka Jolanta
Koc Jan
Kocielski Leszek
Kolecki Artur
Kołodziej Gabriela
Korczak Witold
Kordel Danuta
Kordel Roman
Kornacka-Saczek Dominika
Korzekwa Ireneusz
Korzekwa Zdzisław
Korzonek-Laufernicka Barbara
Kostecki Janusz
Kostek Grażyna
Kowalczyk Dariusz
Kowalczykiewicz-Kuta Alina
Kowalik Zbigniew
Kowalski Stanisław
Kowalski Wojciech
Krach Paweł
Krasoń Andrzej
Krasowski Grzegorz
Kraszewska-Godoś Iwona
Krawiec Bernard
Królak-Paluch Beata
Królik Małgorzata
Krupnik Edyta
Krzycki Marek
Kubicki Janusz
Kucharski Andrzej
Kucharz Ernest
Kudrisz-Radoń Beata
Kudyba-Jaszczak Ewa
Kurzawa Andrzej

Kurzeja Artur
Kuśnierkiewicz Maciej
Lach Jerzy
Lejkowski Wojciech
Lenart Marek
Leszczyńska Maria
Leszczyński Zbigniew
Letachowicz Andrzej
Lewicki Jan
Lewkowicz Łukasz
Lipka Paweł
Lorenc Bogusław
Lubczyński Janusz
Ludewicz Zbigniew
Lundberg Izabela
Lupa Edmund
Łabiak Bronisław
Łotecki Ireneusz
Łucka Jolanta
Łucki Andrzej
Łuczyńska-Sopel Anna
Łuszpaj Ryszard
Machura Marek
Majcher Anatol
Małecki Marcin
Małecki Zygmunt
Małycha Dariusz
Mamicki Janusz
Margol Ryszard
Marguła Krzysztof
Massouh Emile
Massouh Wiesława
Maślak Iwona
Maślak Marek
Mazik Andrzej
Mazur Jacek
Mazurczak-Fedorowicz Aniela
Mazurek-Gmerek Beata
Mączka Marek
Michali Korneliusz
Michoń Stanisław
Mielczarek Bogdan
Mielczarek Paweł
Mijas Gabriela
Milczarek Anna
Milejski Czesław
Misiak Andrzej
Misiak Mirosław
Mocek Zbigniew
Molinkiewicz Janusz
Moniakowski Wojciech
Moroz Bogdan
Mróz Andrzej
Mróz Bogusław
Mruk Janusz

Muszańska-Gawrońska Katarzyna
Muszyńska-Chowaniec Jolanta
Myszka-Kulesza Joanna
Myśliwy Dariusz
Namyślak Rafał
Nanowski Zbigniew
Naumik Wiktor
Nawara Bogdan
Nawara Dariusz
Nawrat Paweł
Nawrocki Piotr
Nawrot Zbigniew
Neudek Lucjan
Niedbała Teresa
Niemiec Jarosław
Niesłony Piotr
Niewiadomski Bogdan
Niwiński Janusz
Nocek-Mazur Anna
Noparlik Ryszard
Noparlik Violetta
Nowakowska Danuta
Nowakowski Marek
Nowicki Rafał
Ogórek Paweł
Olszewski Tadeusz
Operacz Radosław
Otocka-Wołyniec Jolanta
Owerkowicz Robert
Ozimek Grzegorz
Pakuło Ryszard
Paluch-Paks Bożena
Paluch Kazimierz
Paluch Michał
Pałęga-Petryszyn Alina
Panek Sławomir
Parulska Joanna
Parulski Mieczysław
Pawełczak Ireneusz
Pełka Robert
Petrolewicz Adam
Piątkowska-Pawlica Alicja
Pietrzyk Wiesław
Piwowarczyk Elżbieta
Placzek Radosław
Pliś Jerzy
Pławszewski Rafał
Podoska Mirosława
Polakowski Jerzy
Polewka Stanisław
Pollok Gizela
Popiołek Renata
Pościech Piotr
Powolny Krystian
Przeniczna Halina

Pułka Katarzyna
Puziewicz-Krzemienowska Małgo-
rzata
Pycia Jerzy
Rachwański Maciej
Radziukiewicz Maria
Rajca Marek
Reiter Andrzej
Rekucki Tomasz
Repecka Maria
Rębisz Wojciech
Rogala Barbara
Rogala Elżbieta
Rostkowski Joachim
Rowiński Sławomir
Różański Janusz
Rupniewski Dariusz
Rusek-Skóra Maja
Rutkiewicz Elżbieta
Rybczak Jerzy
Rychlicki Grzegorz
Rzymkiewicz Jan
Sachanbiński Tomasz
Sadowski Roman
Samborska Bożena
Sawicka-Kampa Grażyna
Semianów Julianna
Sergiel Wojciech
Siewińska Jolanta
Siewiński Marek
Skawiński Maciej
Skowron Łucja
Skowronek Anna
Skrzeszowski Jacek
Skula Marcin
Skuza Zygmunt
Spalek Jerzy
Stachowiak-Adamowicz Urszula
Stanek Aleksandra
Stępień Elżbieta
Stępień Katarzyna
Stępień Robert
Stępień Tadeusz
Stochmiałek Jacek
Strzelec Adam
Strzelecki Bogumił
Suskiwicz-Świerc Ligia
Suzanowicz Barbara
Suzanowicz Janusz
Swaton Rafał
Sygulla Jerzy
Szajda Grażyna
Szeja Marek
Szejner-Maj Marzena
Szelka Waldemar

Szeptycka Ewa
Szewciów Andrzej
Szlachta Aleksander
Szłęczak Bogusława
Szubelak Dorota
Szwedowski Maciej
Szwedowski Roman
Szymczyk Małgorzata
Szymkiewicz Marek
Szymków Ryszard
Szyszka Jarosław
Tarnowski Piotr
Tomanek Jerzy
Tomczak Bożena
Trondowski Andrzej
Truś Łucja
Urbaniak-Żelazna Anna
Walorski Andrzej
Warot Joanna
Wawrzkiwicz Paweł
Wawrzyniak Alicja
Werner-Osyra Gabriela
Weronowska-Pachota Ewa
Wieczorek Lucjan
Wieczorek Marek
Wierzyńska Elżbieta
Wiśniewska Jolanta
Wiśniewska-Krupa Janina
Wiśniewski Krzysztof
Witkowska-Kosiorek Iwona
Wołyniec Alina
Wołyniec Andrzej
Wołyniec Witold
Woroniecka Danuta
Wręczycki Krzysztof
Wrona-Bąk Beata
Wyrałek Bożena
Wyszkowska Marzena
Zajdel Mirosława
Zalasiński Jakub
Zapiór Janusz
Zawadzka-Duliniec Magdalena
Zawiejski Czesław
Zięba Tadeusz
Zygmunt Jerzy
Żabczyńska-Pejas Marianna
Żak Marek
Żelechowski Dariusz
Żorniak Ewa
Żółtaszek Andrzej
Żurek Jacek
Żwirska-Lembrych Hanna
Żyłka-Hill Łucja

PRZYJAZNE I NOWOCZESNE OŚRODKI ZDROWIA DZIĘKI UNII EUROPEJSKIEJ

Zapewnienie mieszkańcom Opolszczyzny właściwej ochrony zdrowia jest bardzo ważnym aspektem dla rozwoju regionu. Ułatwienie dostępu do świadczeń zdrowotnych oraz polepszenie jakości badań wykonywanych za pomocą specjalistycznego sprzętu medycznego, stanowią ważne czynniki zachęcające ludzi do zamieszkania w województwie opolskim.

Ze względu na dekapitalizację obecnej infrastruktury i ograniczony dostęp do kosztownych i nowoczesnych technologii medycznych zaistniał spory deficyt środków na ochronę zdrowia, zarówno w całym kraju, jak i na terenie województwa opolskiego. Zjawisko to powodowało ograniczony dostęp do świadczeń zdrowotnych, zwłaszcza na terenach wiejskich, między innymi ze względu na niezadowalający stan infrastruktury technicznej lokalnych ośrodków zdrowia oraz brak sprzętu medycznego na odpowiednim poziomie.

Jednym z istotnych instrumentów przeciwdziałania tym zjawiskom jest zagospodarowanie funduszy strukturalnych Unii Europejskiej. W województwie opolskim jednym ze źródeł dofinansowania służby zdrowia jest Regionalny Program Operacyjny Województwa Opolskiego na lata 2007–2013 (RPO WO 2007–2013). Głównym zadaniem RPO WO 2007–2013 jest rozwój województwa opolskiego, jako miejsca atrakcyjnego do inwestowania, pracy i zamieszkania. Jednym z istotnych warunków zapewniających wysoki poziom życia jest łatwość dostępu do usług medycznych, ich dobra jakość oraz nowoczesny sprzęt, za pomocą którego wykonywane są badania. W związku z powyższym w ramach RPO WO 2007–2013 wskazane zostały cele oraz służące ich realizacji działania, które mają za zadanie poprawę poziomu usług świadczonych w zakresie ochrony zdrowia na Opolszczyźnie.

Jednym z nich jest poddziałanie 5.2.2 – Ambulatoryjna opieka medyczna RPO WO 2007–2013, którego celem jest zapewnienie wysokiej jakości i efektywności usług medycznych, świadczonych przez podmioty z branży ambulatoryjnej opieki medycznej, w szczególności poprzez ułatwienie mieszkańcom dostępu do świadczeń medycznych, poprawę jakości sprzętu w lokalnych ośrodkach zdrowia oraz ograniczenie konieczności hospitalizacji, stanowiącej najdroższy rodzaj usługi medycznej.

Pierwszy nabór projektów w ramach w/w poddziałania miał miejsce w terminie 27.04. – 11.05.2009 r. Kwota przeznaczona na realizację konkursu wynosiła ponad **12 mln PLN**.

Konkurs dotyczył projektów w zakresie rozbudowy, nadbudowy, przebudowy lub remontu placówek świadczących usługi medyczne, wyposażenia istniejącej infrastruktury ambulatoryjnej bazy medycznej w celu dosto-

sowania jej do obowiązujących standardów i przepisów prawa oraz dostosowanie jej do potrzeb osób niepełnosprawnych. O dofinansowanie mogły się również ubiegać projekty w zakresie zakupu nowej aparatury medycznej na potrzeby ambulatoryjnej opieki medycznej.

Do udziału w konkursie zaproszone zostały: jednostki organizacyjne jednostek samorządu terytorialnego posiadające osobowość prawną, organizacje pozarządowe, stowarzyszenia, fundacje, kościoły, związki wyznaniowe, osoby prawne kościołów i związków wyznaniowych, związki i porozumienia w/w beneficjentów, ośrodki zdrowia (w tym przychodnie i poradnie sprawujące wyłącznie opiekę ambulatoryjną), Niepubliczne Zakłady Opieki Zdrowotnej (świadczące usługi medyczne na rzecz społeczności lokalnej w publicznym systemie ochrony zdrowia) oraz grupowe i indywidualne praktyki lekarskie i pielęgniarstwa (świadczące usługi medyczne) w publicznym systemie ochrony zdrowia.

W odpowiedzi na ogłoszenie o konkursie do Punktu Przyjmowania Wniosków w Departamencie Koordynacji Programów Operacyjnych Urzędu Marszałkowskiego Województwa Opolskiego wpłynęło **18 wniosków** na łączną kwotę **13,1 mln PLN**.

11 sierpnia 2009 r. Zarząd Województwa Opolskiego podjął decyzję o dofinansowaniu **16 projektów**. Łączna wartość przyznanego wsparcia unijnego rozdysponowanego wśród beneficjentów wyniosła **8,8 mln PLN**, co stanowi 73% środków przeznaczonych na to działanie.

Dofinansowane projekty obejmowały w przeważającej części zakup sprzętu medycznego oraz rozbudowę istniejących placówek medycznych, prowadzonych zarówno przez instytucje publiczne, jak i podmioty prywatne.

Jednym z beneficjentów, który otrzymał dofinansowanie z Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionu jest Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej „SPECJALISTYKA” s. c. Spolmed Andrzej Olszanowski i Katarzyna Spólnicka. Środki zostały przeznaczone na realizację projektu pt. *Przywróćmy uśmiech dziecku. Nowoczesne USG w pediatrycznym NZOZ „SPECJALISTYKA” w Opolu*. Cel projektu zakładał poprawę jakości i dostępności usług medycznych, udzielanych w trybie ambulatoryjnym w powyższej placówce. Inwestycja zapewni pacjentom bezpieczne warunki diagnostyki, leczenia i szybki powrót do zdrowia. Zakup nowoczesnego aparatu USG z możliwością wykonywania badań metodą Dopplera, ma także na celu poprawę warunków pracy personelu przychodni. Realizacja projektu ma w dłuższej perspektywie zapewnić wzrost dynamiki poprawy warunków życia w regionie poprzez zapewnienie dostępu do wysokospecjalistycznych usług medycznych, skutkujących poprawą zdrowia mieszkańców już od najmłodszych lat życia. Zarząd Województwa Opolskiego podjął decyzję o dofinansowaniu projektu kwotą w wysokości 220 280,90 PLN.

Tab. 1. Lista beneficjentów działania 5.2.2 Ambulatoryjna opieka medyczna RPO WO 2007–2013

Lp.	Nazwa beneficjenta	Tytuł projektu	Wartość dofinansowania (PLN)	Całkowita wartość projektu (PLN)
1.	Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej „SPECJALISTYKA” s. c. Spolmed Andrzej Olszanowski, Katarzyna Spólnicka	Przywróćmy uśmiech dziecka. Nowoczesne USG w pediatrycznym NZOZ „Specjalistyczna” w Opolu	220 280,90	259 154,00
2.	Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej „MEDIKA” Grażyna Mrugała – Marcyniuk	Zakup nowej aparatury medycznej na potrzeby ambulatoryjnej opieki medycznej Niepublicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej „MEDIKA” Grażyna Mrugała – Marcyniuk	210 800,00	248 000,00
3.	Wojewódzki Ośrodek Medycyny Pracy w Opolu z siedzibą w Kędzierzynie – Koźlu	Unia na zdrowie – Modernizacja ambulatoryjnej bazy medycznej Wojewódzkiego Ośrodka Medycyny Pracy w Kędzierzynie – Koźlu	799 697,36.	1 012 870,23
4.	Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej „SANITAS” s. c.	Zakup specjalistycznej aparatury medycznej dla NZOZ „SANITAS” s. c. w Brzegu	267 410,00	317 700,00
5.	Gminny Ośrodek Zdrowia w Gogolinie.	Zakup sprzętu medycznego dla Gminnego Ośrodka Zdrowia w Gogolinie	260 202,00	310 000,00
6.	Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej „MEDZAK” s. c. Gabriela Adamowska, Mariusz Oglódek	Poprawa bezpieczeństwa zdrowotnego mieszkańców powiatu kędzierzyńsko-kozielskiego poprzez adaptację i przebudowę części budynku usługowego na potrzeby NZOZ „MEDZAK” s. c.	230 742,13	384 561,31
7.	Izabela Bednarek – Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej „DOMED”.	Rozbudowa NZOZ „DOMED” w Zimnicach Wielkich	799 863,23	2 411 526,76
8.	Brzeskie Stowarzyszenie Promocji Zdrowia	Zakup urządzeń oraz specjalistycznej aparatury medycznej w celu poprawy świadczonych usług medycznych ambulatoryjnej opieki medycznej w Województwie Opolskim	799 989,90	1 043 552,12
9.	Optima Medycyna S. A	Rozbudowa Przychodni w Prudniku w celu poprawy jakości świadczonych usług zdrowotnych, ambulatoryjnej opieki medycznej	689 741,21	1 515 316,86
10.	Samodzielny Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej „B – MED”.	Poprawa jakości i dostępności ambulatoryjnej opieki medycznej na terenie powiatu kędzierzyńsko – kozielskiego poprzez modernizację i wyposażenie SNZOZ „B – MED”	370 489,06	460 757,49
11.	Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Caritas Diecezji Opolskiej.	Wyposażenie 28 gabinetów rehabilitacyjnych NZOZ Caritas Diecezji Opolskiej w sprzęt medyczny	780 461,50	939 200,00
12.	Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej „VITA” w Nysie „VITA” Sp. z o. o.	Zakup specjalistycznych urządzeń medycznych i przebudowa pomieszczeń w NZOZ „VITA” w Nysie	472 158,85	607 849,10
13.	Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej „OLMED”.	Zakup sprzętu i aparatury medycznej w celu podniesienia jakości usług medycznych NZOZ „OLMED” w Kędzierzynie–Koźlu	226 956,05	291 670,96
14.	Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Przychodnia Rodzinna Mariacka Sp. z o. o	Zakup nowoczesnych aparatów diagnostycznych i przebudowa pomieszczeń w NZOZ Przychodnia Rodzinna Mariacka w Nysie	797 640,48	942 060,57
15.	Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej „ADMET” Centrum Utrzymania Zdrowia	Podniesienie jakości i dostępności do świadczeń medycznych w NZOZ „ADMET” w Opolu poprzez zakup sprzętu medycznego	488 750,00	575 000,01
16.	Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Gminny Zespół Lecznictwa Otwartego w Kietrze	Bezpieczna Przychodnia – modernizacja pomieszczeń i termomodernizacja budynku Przychodni Rejonowej Gminnego Zespołu Lecznictwa Otwartego w Kietrze	799 790,22	1 240 583,03

Źródło: Urząd Marszałkowski Województwa Opolskiego (www.rpo.opolskie.pl)



Zdjęcia projektu NZOZ „Specjalistyka” w Opolu

Kolejnym projektem, który otrzymał dofinansowanie w ramach poddziałania 5.2.2 – Ambulatoryjna opieka medyczna RPO WO 2007–2013 jest projekt pn. *Zakup nowej aparatury medycznej na potrzeby ambulatoryjnej opieki medycznej Niepublicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej „MEDIKA” Grażyna Mrugała – Marcyniuk*. W/w podmiot świadczy usługi medyczne dla lokalnej społeczności z gminy Zdzeszowice i przylegających do niej miejscowości. Celem projektu „MEDIKI” jest poprawa jakości życia społeczności lokalnej poprzez podwyższenie jakości i poszerzenie zakresu świadczeń ambulatoryjnej opieki medycznej, w szczególności badań diagnostycznych. Zwiększenie dostępności do tego typu badań ma również na celu przełamanie u ludzi oporu do profilaktyki leczniczej. Beneficjent zakupił w ramach projektu aparat USG, aparat EKG, spirometr oraz analizator moczu. Projekt otrzymał dofinansowanie w wysokości 210 800,00 PLN z Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego.

Unijne wsparcie w ramach RPO WO 2007–2013 otrzymał również projekt pn. *Zakup urządzeń oraz specjalistycznej aparatury medycznej w celu poprawy świadczonych usług medycznych ambulatoryjnej opieki medycznej w Województwie Opolskim*, którego wnioskodawcą było Brzeskie Stowarzyszenie Promocji Zdrowia. Głównym elementem projektu był zakup specjalistycznej aparatury medycznej wraz z mammobusem, w którym świadczone będą usługi medyczne w postaci badań mammograficznych. Działanie to przyczyni się do zwiększenia dostępności i poprawy jakości świadczonych usług me-



Zdjęcia projektu NZOZ „Medika” w Kępnej

dycznych w powiecie brzeskim oraz regionie opolskim. Projekt pozwoli również na stworzenie 5 nowych miejsc pracy, a jego efektem będzie możliwość wykonywania nawet 11 tysięcy badań przesiewowych rocznie, w ramach profilaktyki wczesnego wykrywania raka piersi. Dzięki dofinansowaniu beneficjent zakupił 5 nowych urządzeń, tj. mammograf z zestawem montażowym, zestaw do kontroli, wywoływarkę, negatoskop żaluzjowy oraz samochód z zabudową. Na wykonanie projektu beneficjent otrzymał wsparcie finansowe z EFRR w wysokości 799 989,90 PLN.

Zgodnie z harmonogramem naborów wniosków w ramach RPO WO 2007–2013, zaplanowano jeszcze jeden konkurs w zakresie projektów dotyczących ambulatoryjnej opieki medycznej. Nabór zostanie przeprowadzony 16.08 – 30.08.2010r.

Więcej informacji dotyczących projektów unijnych oraz konkursu mogą Państwo otrzymać w:

- **Głównym Punkcie Informacyjnym o Funduszach Europejskich**
- **Urząd Marszałkowski Województwa Opolskiego**
- **Departament Koordynacji Programów Operacyjnych**
- **Referat Informacji i Promocji Funduszy Strukturalnych**, ul. Piastowska 14 – Ostrówek, 45-082 Opole, tel.: 77 54 16 200, 201, 243, info@opolskie.pl, w godzinach: poniedziałek – piątek 8⁰⁰–18⁰⁰, sobota 8⁰⁰–16⁰⁰ lub na stronach internetowych: www.opolskie.pl; www.rpo.opolskie.pl

Opracował: Piotr POSPISZEL

Referat Informacji i Promocji Funduszy Strukturalnych DPO UMWO

KOLEJNE SPOTKANIE KOMISJI STOMATOLOGICZNEJ OIL

W dniu 9 września 2010 r., w siedzibie OIL, odbyło się pierwsze powakacyjne posiedzenie Komisji Stomatologicznej.

Posiedzenie zostało zdominowane przez dyskusję na temat zbliżającego się „Konkursu ofert” na świadczenia finansowane przez NFZ. Aktualnie oferty mają być oceniane również na podstawie sprzętu używanego przez Świadczeniodawcę. Po proteście złożonym przez KS Naczelnej Rady Lekarskiej, NFZ wycofał się z pomysłu punktowania ofert za obniżenie ceny świadczeń do 0,5 wartości proponowanej. Kwota finansowania opieki stomatologicznej na rok 2011 stanowi 3,13 % wszystkich wydatków NFZ na leczenie, co stanowi wzrost o 0,2% w stosunku do roku 2010. NFZ nadal nieścisła milczy na temat rzeczywistej wyceny świadczeń stomatologicznych. Nie uwzględniono, proponowanych przez Komisję Stomatologiczną NRL, współczynników korygujących na świadczenia dla dzieci. Fundusz nie zakłada również realizacji zapisów ustawy podwyżkowej. KS NRL na swoim ostatnim posiedzeniu sformułowała wnioski, iż postulaty zgłaszane przez środowisko lekarskie – w szczególności dotyczące wyceny świadczeń i organizacji ich udzielania – w większości nie zostały uwzględnione.

W dalszej części zebrania kol. Barbara Hamryszak poinformowała o zbliżających się szkoleniach i konferencjach:

„Błąd medyczny” – Warszawa, 27.IX.10 r., organizator – Instytut Problemów Ochrony Zdrowia (www.ipoz.pl)

Warsztaty interdyscyplinarne „Między nami lekarzami” – Wrocław, 9.X.10 r., organizator Dolnośląska Izba Lekarska (www.miedzymilekarzami.pl)

„Lekarz w obliczu prawa – pozycja lekarza w procesie karnym” – Warszawa, 21–22.X.10 r., organizator – Instytut Problemów Ochrony Zdrowia (www.ipoz.pl)

XVI Ogólnopolska Konferencja Stomatologiczna, połączona z targami Expodent 2010 – Toruń, 22–23.X.10 r. (informacje dodatkowe – www.expo-andre.pl).

Sekretarz
Jerzy DRZYŻGA

Przewodnicząca
Barbara HAMRYSZAK

IZBOWA KOMISJA KSZTAŁCENIA INFORMUJE

Program szkoleń prowadzonych w ramach Komisji Kształcenia Podyplomowego OIL w Opolu

TERMIN	KIEROWNIK NAUKOWY	TEMAT
23.X.2010 r. godz.10.00 (sobota)	Dr n. med. Aleksander Sachanbiński	Rak odbytnicy i jelita grubego
27.XI.2010 r. (sobota)	Dr Katarzyna Suchoń	Reumatoidalne zapalenie stawów – diagnostyka, leczenie i rehabilitacja
4.XII.2010 r. (sobota)	Prof. dr hab. n. med. Wojciech Apoznański	Problemy urologii dziecięcej

Wszystkie szkolenia odbywają się w siedzibie Opolskiej Izby Lekarskiej w Opolu, ul. Grunwaldzka 23. Prosimy o zgłaszanie chęci uczestnictwa w w/w szkoleniach telefonicznie – 77 454 59 39 do siedziby OIL w Opolu. Za uczestnictwo w szkoleniu przysługują 3 pkt. edukacyjne.

* * *

Komisja Kształcenia Podyplomowego informuje, że w dniu **15 stycznia 2011 r.** o godzinie 10⁰⁰ w siedzibie Izby Lekarskiej w Opolu odbędzie się szkolenie na temat: **„Obsługa kas fiskalnych. Uregulowania prawne w zakresie stosowania kas rejestrujących”.**

Osoby zainteresowane proszę o telefoniczne zapisy w sekretariacie Izby Lekarskiej w Opolu (tel. 77 454 59 39). Liczba miejsc ograniczona.

Małgorzata ŁUSZCZYŃSKA-OSTROWSKA

ZAPROSZENIE NA SPOTKANIE OPŁATKOWE LEKARZY SENIORÓW

Komisja ds. Lekarzy Emerytów i Rencistów Opolskiej Izby Lekarskiej informuje, że tegoroczne Spotkanie Opłatkowe odbędzie się w dniu 18 grudnia 2010 r. (sobota) o godz. 15⁰⁰ w Klubie Lekarza w siedzibie Izby przy ul. Grunwaldzkiej 23 w Opolu.

Prosimy o zgłaszanie uczestnictwa do dnia 13 grudnia br. w Biurze Izby.

*Przewodniczący Komisji
Dr n. med. Tadeusz CHOWANIEC*

CHOROBY I PRZYCZYNY ZGONÓW WŁADCÓW I KRÓLÓW POLSKI

Przedstawienie chorób i przyczyn zgonów polskich Władców i Królów napotyka na duże problemy historyologiczne zwłaszcza jeżeli chodzi o pierwszych Piastów.

Otóż dwóch z nich zostało zamordowanych:

- **Leszek Biały** (1186–1227) przez Pomorzan w Gąsawie,
- król **Przemysław II** (1257–1296) przez Brandenburczyków w Rogowie.

Wg Kronikarzy istnieją podejrzenia, że zmarli z powodu otrucia:

- **Bolesław Śmiały** (1041–1081) w Osiaku w Karyntii,
- **Kazimierz Sprawiedliwy** (1138–1194) wg Wincentego Kadłubka,

Władysław Łokietek (1260–1333) zmarł z przyczyn naturalnych w sędziwym, jak na ówczesne czasy, wieku 73 lat.

Kazimierz Wielki (1310–1370), podczas polowania na jelenie w miejscowości Przedbórz spadł z konia doznając złamania „*golenia lewego*”. W drodze do Krakowa leczony był przez swoich medyków picciem miodu pitnego oraz lewatywami. Rana podudzia lewego uległa zakażeniu i król o wschodzie słońca 5 listopada 1370 roku zmarł w Krakowie w obecności licznych przedstawicieli dworu i duchowieństwa (prawdopodobnie z powodu sepsy, jak wynika z opisu jego sekretarza Jana z Czarnkowa). Na nim wygasła dynastia Piastów. Rzeczywiście kiedy w XIX wieku otwarto jego trumnę stwierdzono złamania obu kości królewskiego podudzia.

Jadwiga Andegaweńska (1372–1399) – vide poprzednie moje publikacje – zmarła w dniu 17 lipca 1399 r., w 3 tygodnie po porodzie córki Elżbiety Bonifacji – prawdopodobnie z powodu zakażenia połogowego (wg kronikarzy z powodu wąskiej miednicy, co nie może tłumaczyć przyczyny jej zgonu).

Władysław Jagiello (1351–1434) w wieku 83 lat miał niezwykle zwyczaj (bez względu na pogodę) słuchania w nocy śpiewu słowików (jego ulubionym ubiorem na stare lata była skóra barania). Niestety w dniu św. Wojciecha (patrona Polski) przeżył się w miejscowości Gród

dek (nazwanego później Jagiellońskim, w okolicy Lwowa) i zmarł w nocy 1 czerwca 1434 r. – prawdopodobnie z powodu zapalenia płuc – właśnie w owym Gródku.

Władysław Warneńczyk (1424–1444) zginął w bitwie z Turkami pod Warną. Jego ciała nie znaleziono na polu bitwy. W Europie przez kilka lat pokazywali się jego samozwańcy, szybko karani, ponieważ Władysław Warneńczyk posiadał po 6 palców u stóp. Niestety jego piękny sarkofag w Katedrze Wawelskiej stoi pusty.

Kazimierz Jagiellończyk (1427–1492) zmarł po 46 latach panowania, w wieku 65 lat wśród uogólnionych obrzeków (niewydolność nerek lub serca).

Jan Olbracht (1459–1581) zmarł w wieku 41 lat (za jego czasów wyginęła szlachta po nieudanej wyprawie na Mołdawian). Wg badań profesora medycyny z Uniwersytetu Jagiellońskiego Leona Wachholza zmarł z powodu syfilisu noszącego wówczas piękną nazwę „Choroby dworskiej”.

Aleksander Jagiellończyk (1461–1506) zmarł prawdopodobnie również z powodu zakażenia syfilisem.

Zygmunt I Stary (1467–1548) zmarł z przyczyn naturalnych w sędziwym wieku 81 lat.

Zygmunt II August (1520–1572) – ostatni z Jagiellonów – zmarł w dniu 7 lipca 1572 r. w swoim ulubionym Knyszynie na Litwie w wieku zaledwie 52 lat, wśród burzliwych objawów wydalania dużych kamieni moczowych (prawdopodobnie przyczyną jego śmierci była niewydolność nerek i mocznica). Pod koniec życia cierpiał również na podagrę i noszony był przez dworzan po komnatach królewskich. Niewykluczona jest również hipoteza zakażenia syfilisem, na który zmarli jego starsi bracia Jan Olbracht i Aleksander. Świadczyć o tym mogą jego stosunki z drugą żoną Barbarą Radziwiłłówną, która zmarła z powodu zaawansowanej infekcji kiłowej (bądź raka szyjki macicy – vide moje poprzednie publikacje).

Henryk Walezy (1551–1589) – pierwszy król elekcyjny, wkrótce po ucieczce z Polski do Francji (gdzie w roku 1574 został koronowany jako król Francji) został zamordowany przez fanatycznego mnicha Jakuba Clementa w roku 1589.

Stefan Batory (1533–1586) zmarł w dniu 12 grudnia 1586 r. prawdopodobnie w przebiegu padaczki, która była bardzo rozpowszechniona w jego rodzinie w Siedmiogrodzie. Druga hipoteza jego śmierci to zawaśniona postać mocznicy (uremia), ponieważ wykonana przez jego lekarza Buccella sekcja wykazała olbrzymią patologię nerek. Nerki królewskie były bowiem wielkie „*jak u wołu*”. Przyczynę tego zgonu w stosunkowo młodym wieku należy wiązać z trudami wojennymi, nieustannymi wojnami z carem Iwanem IV Groźnym o Inflanty, spaniem w namiotach i okopach.

Jan III Sobieski (1641–1696) cierpiał już w chwili elekcji na króla Polski na infekcję kiłową, o czym świadczą kilkakrotnie przebyte przez niego kuracje rtęciowe.

Źródłem zakażenia była jego ukochana „Marysieńka” de domo Maria Kazimiera (1641–1716), z pochodzenia francuska, która przybyła do Polski jako pięcioletnia dziewczynka z dworem Ludwika Marii Gonzagi – żony króla Jana Kazimierza. Marysieńka zaraziła się kiłą od swojego pierwszego męża, rozpustnego wojewody Jana „Sobiepana” Zamoyskiego. Pod koniec życia znaczną otyłość Sobieskiego powikłały objawy mocznicy, olbrzymie obrzęki kończyn dolnych i podbrzusza (dlatego też był noszony na specjalnie wykonanym krześle). Wśród objawów uremii (mocznicy) zmarł w dniu 17 czerwca 1696 roku w swoim ulubionym Wilanowie, którego budowę rozpoczął w roku 1679 (w tym samym czasie Ludwik XIV – Król Słońce rozpoczął budowę Wersalu). Badania sekcyjne wykazały, że przyczyną mocznicy króla była kamica nerek, zaś w pęcherzu moczowym znaleziono kamień wielkości jaja gołębiego.

Zygmunt III Waza (1566–1632) zmarł w dniu 30 kwietnia 1632 r. w Warszawie wśród objawów wylewu mózgowego. Podczas 7-dniowej agonii, wystąpiło porażenie lewej połowy ciała i pozbawienie mowy.

Stanisław Leszczyński (1677–1766), po wyjeździe z Polski w roku 1736, otrzymał od francuskiego króla Ludwika XV Lotaryngię ze stolicą w Nancy (jego córka została matką ostatniego króla Ludwika XVI). Mający 89 lat niepełnosprawny, zmarł na skutek rozległych oparzeń od kominka, przy którym się lubił ogrzewać.

August II Mocny (1670–1705) słynął z niezwyklego temperamentu seksualnego. Przez jego łóżę przewijały się nie tylko księżne, hrabianki, mieszczańki, ale nawet plebejki. Niektórzy złośliwi pisali, że dzięki niemu nastąpił wzrost ludności w Warszawie i Dreźnie. August II cierpiał na zawansowaną cukrzycę. Według niepotwierdzonych relacji współczesnych, po uderzonej przez niego podkowy (które potrafił łamać, ale zawartość żelaza w nich odbiegała od współczesności) doznał poważnego urazu stopy, w związku z czym dokonano u niego amputacji tzw. „stopy cukrzycowej”. Postępujący progres cukrzycy doprowadził do jego zgonu.

August III Sas (otyły) (1696–1763) – ojciec 14 dzieci, zmarł w przebiegu patologicznej otyłości. Już w roku 1763 ambasador francuski pisał o nim jako „*bryle mięsa*” – prawdopodobnie z powodu niepohamowanego obżarstwa (słynne powiedzenia: „*Za króla Sasę jedz, pij i popuszczaj pasa*”), do którego dołączyła się niedoczynność tarczycy w ekstremalnej postaci tzw. „*obrzęku śluzakowatego*”. Bezpośrednią natomiast przyczyną śmierci Augusta III Sasa, wg kronikarzy, była apopleksja, tj. wylew krwi do mózgu.

Stanisław August Poniatowski (1732–1798) – ostatni król Polski, po abdykacji w roku 1794 zmarł w Petersburgu w dniu 12 lutego 1798 r. Pochowany został w kościele św. Katarzyny w Petersburgu. Orszak żałobny otwierał car Paweł I (nie żyła już kochanka Stanisława Poniatowskiego, caryca Katarzyna, animatorka ostat-

niego rozbioru Polski). Zmarł prawdopodobnie z przyczyn naturalnych, ale podejrzewano otrucie, ponieważ zmarł natychmiast po wypiciu filiżanki bulionu. Nie dane mu było spocząć w przygotowanym dla niego sarkofagu w katedrze Św. Jana w Warszawie. O peregrinacjach szczątków ostatniego króla Polskiego w kolejnej publikacji.

Dr hab. n. med. Janusz KUBICKI

Państwowa Medyczna Wyższa Szkoła Zawodowa w Opolu

GLOBTROTER POSZUKIWANY

Życie jest smutne i ciężkie. Powodzie, *hepatitis C*, mobbing, kariera, wtryskiwacze, ubezpieczenia obowiązkowe, pożegnanie ostatniego włosa... Szkoda gadać! Szkoda czasu na marazm. Ile potrzeba, by sięgnąć gwiazd? Znam odpowiedź. To ekwadorski szczyt Chimborazo, wznosi się najwyżej.

„*Gdzie ten Jerzy? Zawsze w ostatniej chwili zabiera rzeczy ze szpitalnej pralni, jeszcze korki, ochraniacze. A, nareszcie jest!*”. Z łezką w oku wspominam wczesne lata 90., kiedy w stroju reprezentacyjnym kozielskich lekarzy, w towarzystwie chłopaków: Darka, Jarka, Jerzego i Marka Raka, gromiliśmy lokalnych i międzynarodowych rywali. Nasze batalie z reprezentacjami policji, księży, zaprzyjaźnionego holenderskiego miasta Söest, gromadziły na trybunach tłumy widzów i wielbicieli.

Świat się zmienił, zabrakło siły i fantazji. Przyszło rozpalic domowe ognisko, dać początek nowemu życiu. Czas pożerała nauka, godzona z kilkunastoma dyżurami. Co chwila z mass mediów kłuły w uszy wściekłe ataki na dorobkiewiczów i łapówkarzy, postępująca pauperyzacja zatruła zbiorową świadomość.

Refleksja przyszła w porę. Szybko odnowiliśmy wychłodzone uczelniane i licealne przyjaźnie, a licznie pojawiające się dzieci pociągnęliśmy za sobą, w nosidełkach, na barana, na górskie szlaki. Myślę, że poniosą w nieznaną przyszłość odę do radości, wędrówki, wspólnoty.

A sport? Kiedy trudno się spotkać w gromadzie, staje się indywidualny. Mam szczęście mieć oparcie w przyjaciółach, pasjonatach. Oni są rozsądni, ja lekkomyślny. I ta lekkomyślność, zakotwiczona w ich pragmatyzmie, pozwala na bezpieczną eksplorację *terrae incognitae*.

W każdym z nas tkwi czteroletni chłopiec, z chlebakiem wyruszający na wyprawę za rogiem świata. Zmieniają się cele, lecz ciekawość świata pozostała. Żyjesz, póki marzysz. Spełnienie jest szczęściem ostatecznym.

Co mnie zagnało z Piotrem w pewien grudniowy wieczór na trawers południowego zbocza Świnicy z jednym czekanem, w wojskowych butach, jedną parą raków na dwóch? Flanela, wymarzona kangurka, džinsy i getry, bez GPS, GPRS, EBM, CPR, ABS, PC! Tylko marzenie i ciekawość. Hola, hola, mówi rozum, jednak nie na



Szczyt Groß Venediger – 3676 m n.p.m., niepozorny

Schron Vallot – 4362 m n.p.m. Palce uratowane dzięki pachwinom Adama (po lewej autor)



Absurdalna noc pod Dome de Gouter, godz. 2.30 – odwrót (Tomasz i autor)

darmo koło wymyślono. Trzeba zaczerpnąć z przebo-
gatej skarbnicy ludzkich doświadczeń! I tak powoli po-
stępowało usprzętowanie. Zawsze jednak postawienie
namiotu powyżej trzech tysięcy metrów budzi dresz-
czyk emocji.

Licencjonowany przewodnik górski, głuchy na wszel-
kie zakłęcia, w drodze na Gerlach spętał czwórkę le-
galistów krótkim postronkiem. Nic zabawnego na nie-
miłosiernie zatłoczonej grani Zadniego. Był jedynym
zawodowcem w moim górskim życiu! Wiedza przez do-
świadczenie? Teoria z książek? Z każdym zdobywanym
tysiącem metrów, po przejściu każdej ze ścian Dolomi-
tów rośnie we mnie pokora wobec potęgi gór, jednocze-
śnie z ciekawością, co jest dalej.

Góry to nie azyl dla outsiderów, rezerwat dla dziwa-
ków – tu szuka się refleksji, w chwili samotności wyglą-
da szerszej perspektywy, wewnętrznej siły i spójności,
by zejść i oddać innym wszystko, co się otrzymało. Jed-
nocześnie bez własnej siły, nieustępliwości i uporu ni-
gdy nie zobaczysz drugiej strony lustra.

Powaga naszej korporacji zawodowej nie ucierpi, a jej
autorytet wzrośnie po przejściu patronatu nad Prawdzi-
wą Wyprawą. Znalazłem cel. Cóż, zawsze musi być naj!
Nie proszę kolegów, na Szczyt Szczytów – On na razie
jest poza zasięgiem. Niepozorny Chimborazo wznosi
swoją wulkaniczną, posiwiałą od śniegu i lodu, czupry-
nę na zaledwie 6230 m n.p.m., ale robi to tak dostojnie,
że najbliżej stąd do gwiazd.

Teraz fakty, Chimborazo, leżąc na 1,6° szerokości pół-
nocnej eliptycznej Matki Ziemi, oddalony jest o 6384,39
km od jej centrum, a Szczyt Szczytów tylko o 6382,24
km. The winner is Equador!

1. Wyprawa: 26 listopada – 6 grudnia.
2. Przelot z Madrytu, Monachium lub Amsterdamu
do Quito. Stamtąd już niedaleko; bilet rezerwowa-
ny wkrótce do 4000 zł.
3. Samochodem na 4000 m n.p.m., schronisko Whym-
per na 5000 m n.p.m.
4. Aklimatyzacja będzie.
5. Nosić trzeba, ale nie za dużo, info pogodowe
w sieci.
6. Zdobywcy muszą mieć doświadczenie, fanatycz-
nym nowicjuszą proponuję próbę lodowcową
na Gross Venedigerze – ok. 3600 m n.p.m.

Zachęcam i zapraszam. Wyjazd organizuję z dwój-
ką przyjaciół, licząc dwa zespoły trzyosobowe, to jesz-
cze nie tłum. Organizator – Marek Jacek, lekarz, 45 lat
(marekjacekpc@poczta.onet.pl, tel. 602 773 283). Do-
świadczenie górskie:

- większość dolomitowych ferrat – 2002–2009
- Triglav – maj 2001
- Dachstein – południowa ściana – ferrata, Skywalk
– 2007
- Dachstein klasycznie – maj 2008
- Civetta – październik 2008
- Groß Glockner, Groß Venediger – 21 lipca 2008
- Monte Rossa (–100 m) – 2008
- Marmolada – 2009
- Mont Blanc – 2009 i 2010
- Grań Paradiso – 2010
- Piramida Vincent – 2010

Marek JACEK

MODELE OCHRONY ZDROWIA

Znaczenie określenia zabezpieczenie społeczne jest trudne samo w sobie do zinterpretowania. W idei zabezpieczenia społecznego ukryte jest zobowiązanie społeczeństwa poprzez państwo zaspokajania podstawowych potrzeb tych obywateli, którzy swoją pracą, bez swej winy nie są w stanie zapewnić sobie środków utrzymania. Modele zabezpieczenia społecznego miały wpływ na kształtowanie się systemu i modeli ochrony zdrowia, które przewidują ochronę przed skutkami choroby i kalectwa, w postaci zapewnienia świadczeń medycznych i są w ramach idei zabezpieczenia społecznego realizowane przede wszystkim w modelu zaopatrzenia i ubezpieczenia społecznego. Model ubezpieczeniowy ochrony i opieki zdrowotnej Bismarcka zapoczątkowany został przez instytucję ubezpieczeń wzajemnych pracowników (najemnych) i rozwijał się w krajach Europy kontynentalnej (Niemcy, Austria). Model zaopatrzeniowy Beveridge'a obejmował ogół obywateli państwa, z gwarancją podstawowych świadczeń, występował przede wszystkim w Wielkiej Brytanii i Kanadzie. Ponadto w krajach socjalistycznych rozwinął się w latach trzydziestych XX w. zaopatrzeniowy model Siemaszki, który zakładał upaństwowienie opieki i ochrony zdrowia, bezpłatny dostęp do niej ogółu obywateli, bo źródłem finansowania stał się budżet państwa. Model rezydualny wyodrębnia zdrowie publiczne i indywidualne. Oba modele różnią się odpowiedzialnością państwa, która występuje tylko w sferze modelu zdrowia publicznego i charakteryzuje się dostępnością do świadczeń zapobiegawczych. Finansowanie ze środków publicznych ograniczone jest tylko do najbiedniejszej grupy społecznej, w tym starszych, matek i dzieci. W takim systemie dominuje prywatny sektor ubezpieczeń zdrowotnych wraz z szeroko rozwiniętą prywatną służbą zdrowia.

Najwcześniej rozwój instytucji społecznych, mających na celu niesienie pomocy społecznej, działających na zasadach przymusowych, nastąpił w Anglii – Parlament w 1601 r. ustanowił i określił zasady działania Prawa Ubogich (*Poor Law*), na podstawie którego organizowano przymusowe prace socjalne i wydawano zapomogi w celu zniwelowania ubóstwa. Przymusowe podatki były źródłem finansowania systemu pomocy. Zwolnieni z podatku na ubogich byli członkowie towarzystw wzajemnej pomocy. Państwo zezwoliło na żebractwo chorym lub z innych przyczyn niezdolnym do pracy. Pod koniec XVII w. główny projektodawca założeń modelu zabezpieczenia społecznego, Daniel Defoe, połączył idee solidarności grupowej i opieki społecznej, jako przejawu

solidarności ogólnospołecznej. Projekt zakładał przymusowy udział obywateli w kasach, dla zapewnienia prawidłowego funkcjonowania tej formy pomocy. Każdy, bez względu na zamożność, miał wpłacać rocznie określoną kwotę do kasy (początkowo było to 4 szylingi), z której miano wypłacać świadczenia potrzebującym, a część tej kwoty kasy przeznaczalyby na działalność szpitali i przytułków. Oparto się na założeniu, że nie każdy będzie zmuszony do korzystania z tego rodzaju pomocy. Początkowo model angielski ukierunkowany był na politykę socjalną i interwencjonizm, a przy tym poszukiwał bardziej ekonomicznych rozwiązań, korzystniejszych dla państwa. Odzwierciedleniem tych założeń była ustawa z 1911 r. wprowadzająca ubezpieczenie na wypadek utraty zdrowia, wypadków, bezrobocia oraz zapobieganie chorobom i leczenie. Ubezpieczenie dotyczyło pracowników najemnych płacących składki, bez uwzględnienia ich rodzin. W skład systemu wchodziła opieka lekarska obejmująca porady lekarskie i opiekę ambulatoryjną oraz leczenie szpitalne, z wykluczeniem osób poważnie chorych i chorób zakaźnych. Świadczenia tego modelu opierały się na gwarancjach państwowych.

Dopiero po II wojnie światowej nastąpił zwrot w podejściu do tego modelu i ukierunkowanie na zapobieganie bezrobociu. W Raporcie Beveridge'a z 1942 r., przygotowanym na zlecenie angielskiego parlamentu, zwrócono się do idei zaopatrzenia społecznego i wprowadzono rozszerzony katalog przedmiotowy i podmiotowy ubezpieczenia społecznego. Model ochrony zdrowia obejmował ubezpieczeniem ogół społeczeństwa. Świadczenia miały zapewnić minimum egzystencji ludzkiej, a składka miała być uiszczana przez wszystkich w jednakowej wysokości, ale część składki pokrywanej przez pracodawcę uzależniono od dochodu ubezpieczonego. W celu zapewnienia należytego funkcjonowania systemu, projekt Beveridge'a zakładał wprowadzenie uproszczonej struktury organizacyjnej, opartej na lokalnych i regionalnych placówkach, ale zarządzanych przez państwową jednostkę organizacyjną. Obok ubezpieczeń przymusowych nastąpił rozwój dobrowolnych ubezpieczeń wzajemnych, których uczestnicy uzyskiwali wyższe świadczenia. Działające w Anglii organizacje ubezpieczeń społecznych miały wsparcie w rozbudowanych związkach zawodowych i interwencji państwa w sferze ochrony pracy, co skłaniało je do poszukiwania nowych dróg w celu lepszego zabezpieczenia na przyszłość. Pracownicy, współuczestnicząc w ubezpieczeniu, stawali się równorzędnym partnerem i dzięki temu mogli uczestniczyć w organach samorządowych. Opisywany model zaopatrzeniowy, odnoszący się do ochrony zdrowia, charakteryzował się finansowaniem z budżetu centralne-

go lub lokalnego, środkami pochodzącymi z podatków. Powszechna i wolna dostępność do świadczeń zdrowotnych wszystkich obywateli obwarowana była gwarancjami państwa, udział pacjenta w kosztach leczenia był niski, a płace lekarskie były stałe lub oparte na metodzie kapitałowej. Zmiany nastąpiły w czasie rządu Margaret Thatcher powodując rozwój ubezpieczeń prywatnych i instytucji prywatnych świadczących usługi medyczne. Kraje kontynentalne początkowo pozostały w tyle za Anglią w przedmiocie postępowych rozwiązań pomocy ubogim i starszym dostosowując się do panujących warunków społeczno-gospodarczych. W zainteresowaniu przedstawicieli idei zabezpieczenia znaleźli się pracownicy i potrzeby ich zabezpieczenia przed niezdolnością do pracy lub utratą żywiciela poprzez ubezpieczenie, które dopiero później ewaluowało do formy ochrony na wypadek zajścia ryzyka ubezpieczeniowego. Krajem, w którym najwcześniej ustawowo wprowadzono obowiązek przynależności do kas wzajemnej pomocy były Niemcy. Tam już w XVII w. górnicy musieli wpłacać składki do obowiązkowych kas wzajemnej pomocy. Rodzaje grup zawodowych objętych obowiązkowym ubezpieczeniem rozszerzały się. Ustawa z 1864 r. wprowadziła dodatkowo możliwość wyboru kasy, choć obowiązek ich rejestracji wprowadzono ustawą w 1876 r. Doktryna federalistyczna C. Marloa propagowała przymusowy charakter pracowniczych ubezpieczeń społecznych, choć pojawiły się propozycje udostępnienia dodatkowego ubezpieczenia.

Modele ubezpieczenia miały łagodzić skutki zajścia ryzyka poprzez kompensację szkody, w przeciwieństwie do Prawa Ubogich, gdzie upokarzający test ubóstwa rozpatrywał indywidualne potrzeby. Z prawnego punktu widzenia konstytucyjność i uznaniowość cechuje Prawa Ubogich, a deklaratoryjność i roszczeniowy charakter świadczeń ma miejsce w tradycji prawa ubezpieczeniowego. W nawiązaniu do idei angielskich projekt Otto Arendta przewidywał objęcie zabezpieczeniem społecznym wszystkich obywateli, a środki na jego finansowanie miały pochodzić z nałożonego na dochód podatku. Wszelkie zdarzenia losowe, powodujące utratę zarobku poprzez niezdolność do pracy, czy śmierć żywiciela podlegały ochronie. Postulował on dopuszczenie współistnienia dobrowolnych ubezpieczeń, gdyż świadczenia wypłacane z przymusowego ubezpieczenia zapewniały jedynie podstawową egzystencję i podobnie jak opiekuńcza idea Prawa Ubogich nie likwidowały ubóstwa, a jedynie łagodziły jego natężenie. Pierwotnym celem ustawy Bismarcka z 1883 r. dotyczącej robotników było pokrycie kosztów ryzyka utraty dochodów z powodu choroby, gwarancja pomocy lekarskiej oraz przyznanie pieniędzy na pochówek. Akt ten wprowadził przymus ubezpieczenia i płaconia składki i stał się początkiem systemu ustawowych ubezpieczeń chorobowych w Niemczech. Początkowo realizatorem ubezpieczeń były gminy, które te zadania przed I wojną światową przekazały miej-

scowym kasom chorych. Bismarckowski model ochrony zdrowia wyróżniał się finansowaniem systemu ubezpieczeń ze składki, obecnością kas chorych dysponujących funduszem składkowym, wolnym wyborem lekarza, mającego kontrakt z kasą chorych, przez ubezpieczonego w ramach ubezpieczeń chorobowych, porozumienie między kasami a związkami lekarskimi w zakresie wynagrodzenia, rodzaju świadczeń i odpowiedzialności lekarskiej. System cechuje solidaryzm, polegający na rozdzielaniu środków w zależności od potrzeb chorujących i zdrowych. Charakterystycznym modelem ubezpieczeń społecznych, opartym na oddzieleniu ubezpieczeń od ingerencji państwa, jest system niemiecki powstały po I wojnie światowej, w którym autonomiczne i samorządowe organizacje ubezpieczeń społecznych zrzeszały na zasadach przymusowych robotników i pracodawców, korzystających z wytworów pracy pracowników, by realizować określone cele socjalne. Miały one być osiągnięte przez współpracę finansową i organizacyjną obu grup społecznych. Rola państwa w ubezpieczeniach społecznych została zredukowana do funkcji kontrolnej zgodności działań z ustawami. Cały system ubezpieczeń i jego funkcjonowanie wspomagało istnienie samodzielnych kas ubezpieczeniowych, działających niemalże jak banki ubezpieczeniowe, co gwarantowało niezależność w stosunku do sytuacji finansowej państwa. Wysokość składki uwzględniała wypłaty bieżących świadczeń, jak i kapitał przeznaczony na okoliczność nieprzewidzianych sytuacji i uzależniona była od wysokości zarobków, a także wpływała na wysokość poszczególnych świadczeń. Wysokość niektórych z nich dodatkowo była uzależniona od długości podlegania ubezpieczeniu.

Dla porównania, we Francji stowarzyszenia zawodowe wzajemnej pomocy rozwinęły się dopiero w XIX w. i w krótkim czasie nakazano rejestrację tych instytucji (w 1834), a od 1852 r., zaczęły powstawać państwowe instytucje ubezpieczeniowe, jak „państwowa kasa emerytalna” i (od 1868) „państwowa kasa ubezpieczeń spadkowych” oraz wprowadzono przymusową przynależność do tych instytucji. Dopiero koniec XIX wieku przyniósł nakaz udzielania bezpłatnej pomocy leczniczej (medycznej) i położniczej osobom, których nie było na nią stać. Nawet obecne rozwiązania nie posuwają się tak daleko, jak jedne z pierwszych. W Rosji projekt rządowy ustalony na II Zjeździe Rosyjskiej Socjaldemokratycznej Partii Robotniczej w 1903 r., zakładał ochronę pracy oraz zdrowia robotników, w tym bezpłatną pomoc lekarską robotnikom na koszt pracodawców oraz zagwarantowanie utrzymania ich podczas niezdolności do pracy z powodu choroby. Natomiast projekt Lenina z 1912 r. przewidywał objęcie ubezpieczeniem wszystkich pracowników, a ryzyko ubezpieczeniowe rozszerzał na wszystkie przypadki utraty zdolności do pracy przez chorobę, kalectwo, inwalidztwo, starość i bezrobocie. W założeniu koszty ubezpieczenia miały być w pełni pokrywane przez pań-

stwo i pracodawców. Wysokość otrzymywanych świadczeń z ubezpieczenia miała być równa pełnej wysokości utraconego zarobku. Model ubezpieczeń społecznych wprowadzony w ZSRR w 1919 r. (model Siemaszki) zakładał zwolnienie pracowników od obowiązku płacenia składki, przerzucając jego ciężar na państwo. Zlikwidowano również organizacje ubezpieczeń społecznych, a fundusze przejął budżet państwa, wydzielając środki na świadczenia. W zakresie opieki zdrowotnej projekt przewidywał bezpłatny dostęp do wykwalifikowanej pomocy lekarskiej i farmaceutycznej. Do ochrony zdrowia powołano scentralizowaną, państwową służbę zdrowia, gwarantującą świadczenia rzeczowe. Finansowanie służby zdrowia odbywało się w myśl centralnego planowania z budżetu państwa. Organizacyjnie system ubezpieczeń radzieckich przypominał rozwiązania modelu angielskiego. Różnice polegają na tym, że w ZSRR uczestniczyli w nim jedynie przedstawiciele organów państwa, stąd nazwa: ubezpieczenia państwowe, a związki zawodowe występowały w ubezpieczeniach dzięki zleceniu im przez państwo administrowania ubezpieczeniami. W Anglii udział przedstawicieli państwa był większy niż w innych systemach kontynentalnych, ale miały w nim udział także związki zawodowe, a obie strony stosunku ubezpieczenia tworzyły korporację. Podobieństwa radzieckiego systemu ubezpieczeń z systemem kontynentalnym wiązały się ze składką, gdyż obliczając wysokość jej wymiaru brano pod uwagę stosunek do wysokości zarobków. Z kolei wysokość świadczenia miała rekompensować utracony zarobek.

Polska także może się poszczycić długą historią zabezpieczenia społecznego, gdyż już w XVII w. były przymusowe kasy pomocy w górnictwie. Potem tradycje te odrodziły się w XIX w. i przede wszystkim objęły górnictwo, ale pojawiły się kasy zrzeszające rzemieślników i pracowników fabryk. Ubezpieczenia chorobowe i inwalidzkie były regułą, jednakże w fabrycznych kasach pojawiało się tzw. ubezpieczenie przezorności. W Polsce, a właściwie w Księstwie Warszawskim, odnotowano w 1808 r. pierwszy projekt Ronsfelda z Torunia, mający na celu obciążenie kosztami zabezpieczenia społecznego pracodawców. Katalog zdarzeń losowych objętych ubezpieczeniem zaczynał się od choroby, poprzez inwalidztwo i śmierć pracownika, a także nowatorską ideę ubezpieczenia przedsiębiorstwa przed stratami losowymi. Projekt Baumana z 1843 r. rozszerzał znacznie katalog ryzyk objętych przymusowym zabezpieczeniem oraz podmiotów, przewidywał bowiem zabezpieczenie wdów, sierot i pracowników znajdujących się w trudnym położeniu, poprzez wypłaty zasiłków. Ponadto wprowadzał tak zwane ubezpieczenie emerytalne pracowników, narzucał opodatkowanie wszystkich, w celu przeznaczenia tej kwoty na zakładanie i utrzymywanie szpitali i przytułków. Model ubezpieczeń społecznych w państwach socjalistycznych wprowadzany po II wojnie światowej

wzorowany był na modelu Siemaszki. Początkowo w Polsce ubezpieczenia społeczne przyjęły model przedwojennej organizacji ujednolicony dla całego kraju. Rozwój organizacyjny zaowocował sądownictwem ubezpieczeniowym, ubezpieczenia rozszerzono na wszystkich pracowników i zlikwidowano uzależnienie świadczeń od przynależności do grupy społecznej (pracowników umysłowych, urzędników, robotników). Ustrój socjalistyczny, jako przedstawiciel idei sprawiedliwego rozdziału dóbr, wprowadził różnego rodzaju zasiłki, a także rozbudował medyczne zabezpieczenie. Zapoczątkował kolejne zmiany, w tym obejmowanie coraz większej grupy ludności ubezpieczeniami; między innymi rolników. Stąd z ubezpieczeń pracowniczych stały się one ubezpieczeniami powszechnymi.

Przedstawione modele zabezpieczeń społecznych miały wpływ na kształtowanie się późniejszych systemów ochrony zdrowia. Niektóre z rozwiązań organizacyjnych wzorowane na systemie angielskim, bądź niemieckim przetrwały do dnia dzisiejszego we współczesnych modelach ubezpieczeń zdrowotnych, między innymi w polskim systemie.

Katarzyna KITAJ
doktorant na UW WPiA

Piśmiennictwo (10 pozycji) u autorki
(przedruk z „Eskulapa Świętokrzyskiego” nr 9/09)

SKROMNIE W FUNDUSZU

W atmosferze liczenia różnych wariantów podziału środków finansowych, wynikających z konieczności podziału dodatkowych pieniędzy, jakie w tym roku wpłynęły do NFZ, trwają w województwach negocjacje zapłaty nadwykonań. Emocje budzi konstrukcja planu finansowego na 2011 r, który nie został zaakceptowany przez Sejmową Komisję Zdrowia. Plan ten był tworzony w oparciu o finanse z I półrocza br., czyli nie uwzględniał zwyczajów na świadczenia zdrowotne w II półroczu. Skutek: mniej ok. 300 mln zł w budżecie NFZ na przyszły rok, czyli średnio o połowę środków, jakie od wielu lat Fundusz co roku przeznacza dodatkowo na świadczenia ponadlimitowe.

Na wątpliwą przyszłość finansową szpitali w 2011 r. nakłada się fatalna atmosfera spowodowana populistycznym straszeniem narodu prywatyzacją w kampanii prezydenckiej. Jeszcze do niedawna dyrektorzy poszczególnych oddziałów NFZ szczycili się liczbą przekształceń, nowymi NZOZ-ami na terenie danego województwa. Dzisiaj liczą współczynnik niepublicznych jednostek szpitalnych w stosunku do publicznych, a ci, którzy są w skali kraju w czołówce tego wskaźnika, jak ognia unikają tematów dotyczących nowych otwarć niepublicznych szpitali. Jakby nagle wszyscy zapomnieli, że tak

naprawę, jaki będzie poziom medycyny w Polsce, decydują środki finansowe, jakie uda się zgromadzić z różnych źródeł na ich wykonanie.

W miarę bogacenia się naszego społeczeństwa coraz więcej osób chce szybkiej, sprawnej opieki medycznej i wyraża wolę zapłaty za te usługi z własnych środków.

Mitem jest nadprodukcja liczby świadczeń medycznych w zakresie leczenia zabiegowego. Ich wzrost jest wynikiem pojawienia się nowych technologii medycznych oraz epidemiologii. W fachowej literaturze od wielu lat pojawiają się artykuły mówiące, jak sztucznie tworzy się nadwykonania. Jeżeli w zakresie niektórych procedur zabiegowych, w przeliczeniu na 10 tys. ubezpieczonych, w porównaniu z Hiszpanią czy Francją, wykonujemy dwukrotnie mniej zabiegów, to jak można zrzucać wzrost liczby wykonywanych usług na karb sposobu kontraktowania usług medycznych. Rośnie świadomość medyczna w społeczeństwie, co np. najlepiej widać w zakresie onkologii. W związku z wieloletnimi zaszłościami, brakiem tworzenia rzeczywistych – epidemiologicznych planów kontraktowania usług medycznych, istnieje jeszcze ogromna liczba pacjentów wymagających zapewnienia świadczeń w biednych powiatach. Od wielu lat kontraktowanie usług medycznych ma charakter historyczny w odniesieniu do publicznych, pobudowanych często w przypadkowych miejscach, szpitali. Pacjent stary, np. z zaćmą, nie pojedzie 100 km do większego ośrodka, aby tam wykonać zabieg. Dlatego takie powiaty powinny być zabezpieczane przez NZOZ-y. W naszej rzeczywistości dzieje się dokładnie odwrotnie. Wprowadzone w 2005 r. kontraktowanie usług medycznych w odniesieniu do poziomu powiatów, a nie całych województw jest ze wszech miar właściwym sposobem zakupu usług medycznych.

W 1999 r. startowaliśmy z budżetem 21 mld zł, w 2011 r. przeznaczymy na świadczenia medyczne 56,6 mld. Proces kontraktowania od 1999 r. można podzielić na kilka okresów. Pierwszy – to lata 1999–2003. Wówczas każde województwo stosowało różne sposoby kontraktowania usług medycznych. Był to okres pionierski, w którym wszyscy tego się uczyli. Powszechnie postulowana była wtedy potrzeba ujednolicenia nazewnictwa i wyceny tożsamyh świadczeń. W odpowiedzi na te oczekiwania w latach 2003–2004, po prawie dwuletnich przygotowaniach, z wielkimi oporami wdrożono we wszystkich województwach jednolity system kontraktowania. Jego zaletą był fakt unifikacji rozwiązań w skali całego kraju. Po raz pierwszy można było analizować dane o realizacji usług medycznych. Trzeci okres przypada na lata 2004–2006, w którym wdrażano jednolity system kontraktowania, korygowano go oraz, co najistotniejsze, budowano bazy danych. W tak złożonym procesie jest konieczność przejścia do kolejnego etapu, jakim powinna być walidacja danych, ich weryfikacja oraz systematyzowanie baz

danych, a co się z tym wiąże, planowanie zakupu usług medycznych. Kolejny, czwarty okres, to wprowadzenie systemu kontraktowania opartego na Jednorodnych Grupach Pacjentów. JGP w Polsce nie jest kontraktowaniem opartym na jednorodnych, pod względem kosztów, grup usług medycznych, bo w przeciwieństwie do innych krajów, które go wdrażały, nie jest oparty na rzeczywistych kosztach. Problemy, które miały być rozwiązane przez wdrożenie tego systemu, jedynie narastają w czasie np. brak walidacji danych.

Obecny system informacyjny w ochronie zdrowia w Polsce nie gwarantuje kompletności danych i możliwości ich porównywania z potrzebami zdrowotnymi. Dlatego na pochwałę zasługują działania podejmowane przez Centrum Systemów Informacyjnych w Ochronie Zdrowia.

Obszarem kontraktowo zaniedbanym, a usytuowanym pomiędzy walczącym o środki finansowe lecnictwem szpitalnym a politycznie wypromowaną podstawową opieką zdrowotną, jest ambulatoryjne lecnictwo specjalistyczne. Dzisiaj, gdy każdy już widzi, iż reforma oparta na POZ nie dała efektu, warto pomyśleć, np. w aspekcie koordynowanej opieki medycznej, o rozwoju poradnictwa specjalistycznego. Może tym sposobem uda się odciążyć szpitale i SOR-y.

Dyskusja dotycząca zmian na obszarze ochrony zdrowia w zakresie PIT, CIT, VAT (zerowego podatku VAT), ulg podatkowych – przeradza się w konkretne rozwiązania. Poszukiwania rozwiązań podatkowych (niekoniecznie w stylu wprowadzenia kas fiskalnych), połączone ze zmianą sposobu prowadzenia gospodarki finansowej NFZ (możliwość obrotu środkami finansowymi, jak to miało miejsce w niektórych kasach chorych) mogą być źródłem pozyskania dodatkowych funduszy.

W polskim szpitalu 80–90% ceny świadczenia medycznego to wydatki związane z kosztami osobowymi, które z odliczeniem podatku zawartego w zakupach towarów i usług nie mają wiele wspólnego (z uwagi na wyłączenie z opodatkowania kosztów pracy). Gdyby więc efekt finalny opodatkować, miałoby to niewątpliwie wpływ na cenę świadczenia medycznego, gdyż podatek naliczony nie byłby takiej samej wartości, jak podatek należny. Jedynym korzystnym rozwiązaniem byłoby nałożenie zerowej stawki podatkowej, co nie jest możliwe, bo byłoby naruszeniem zobowiązań międzynarodowych wynikających z członkostwa w Unii Europejskiej.

Michał KAMIŃSKI

Autor jest dr n. med., ekspertem ochrony zdrowia, wiceprezesem Europejskiego Stowarzyszenia Dyrektorów Medycznych.

(przedruk z biuletynu „Puls” nr 8-9/10)

UMIĘTNOŚCI MEDYCZNE

Z dr hab. n. med. Romanem Danielewiczem, dyrektorem Departamentu Nauki i Szkolnictwa Wyższego MZ rozmawia Małgorzata Skarbek

Jednym z elementów doskonalenia podyplomowego lekarzy jest zdobywanie „umiejętności z zakresu węższych dziedzin medycyny lub udzielania określonych świadczeń zdrowotnych”. Są one przewidziane w ustawie o zawodach lekarza i lekarza dentysty z 1996 r. Kształcenie tego typu od dawna prowadzi np. naukowe towarzystwa medyczne, wydając kończącym je certyfikaty. Jednak system szkoleń jest nieuporządkowany, m.in. dlatego, że nie ma obowiązujących przepisów wykonawczych określających warunki szkoleń prowadzących do uzyskania certyfikatu.

– Pytanie zasadnicze: po co lekarzowi nabywanie umiejętności, jeśli już jest specjalistą?

– Aby poszerzyć wachlarz świadczeń zdrowotnych, których może udzielać mając certyfikat umiejętności, honorowany przez NFZ. Lekarz specjalista, jeśli poszerzy swoją wiedzę o umiejętności pokrewne, będzie mógł leczyć innych pacjentów. Tym samym zwiększy się dostępność do niektórych świadczeń.

– Dlaczego konieczne jest przygotowanie nowego rozporządzenia o umiejętnościach?

– Rozporządzenie w tej sprawie ukazało się w 2007 r., po kilku latach prac i dyskusji ze środowiskiem. Szybko okazało się jednak, że konieczna jest poprawka poszerzająca rodzaj szkoleń: obok odbytych zagranicą, należało wprowadzić do dokumentu szkolenia odbywane w kraju, które mogłyby być uznane za równoznaczne ze szkoleniami ukończonymi w systemie. W końcu 2009 r. było przygotowane rozporządzenie, ale nowe zasady legislacji, wprowadzone przez Radę Ministrów, wymagają znaczącego rozszerzenia delegacji ustawowej oraz przeniesienia dużej części uregulowań dotyczących umiejętności z rozporządzenia do ustawy (w zakresie regulowania praw i obowiązków osób odbywających szkolenia – takie regulacje mogą być określane jedynie w ustawie). Zatem najpierw konieczna jest nowelizacja ustawy o zawodzie lekarza i lekarza dentysty, a potem wydanie rozporządzenia.

Zgodnie z decyzją min. Ewy Kopacz, przygotowano założenia do nowelizacji ustawy w tym zakresie. Po nowelizacji ustawy zostanie wydane nowe rozporządzenie regulujące zasady zdobywania umiejętności.

– Jak przebiegają prace nad tym dokumentem?

– 27 lipca br. Rada Ministrów zaakceptowała założenia do nowelizacji ustawy w części dotyczącej uzyski-

wania umiejętności z zakresu węższych dziedzin medycyny lub udzielania określonych świadczeń zdrowotnych oraz doskonalenia zawodowego.

Następne etapy to: przygotowanie przez Rządowe Centrum Legislacji projektu ustawy, uchwalenie jej przez parlament i wydanie rozporządzenia przez ministra zdrowia. Jest to procedura dość skomplikowana i długotrwała.

Opracowane założenia wskazują, jakie zapisy powinny znaleźć się w ustawie, określają ramy organizacyjne, prawne i finansowe trybu uzyskiwania umiejętności, regulują także uprawnienia podmiotów do prowadzenia szkoleń, kwestię akredytowania tych jednostek, sposób przygotowania programów kształcenia i czasu trwania szkoleń, zasady uznawania poprzednio odbytych szkoleń w kraju i za granicą, sposób weryfikacji, czyli egzaminów. Będą to egzaminy państwowe, zewnętrzne, przeprowadzane przez Centrum Egzaminów Medycznych (Państwowy Egzamin Umiejętności). Przygotowane zasady zdobywania umiejętności nie różnią się w sposób istotny od zawartych w rozporządzeniu z 2007 r.

– Czy przygotowany jest już wykaz umiejętności?

– Jeszcze nie zdecydowano, czy lista umiejętności z rozporządzenia z 2007 r. zostanie rozszerzona. Prace nad przygotowaniem systemu zdobywania umiejętności trwają od kilku lat. W miarę upływu czasu zainteresowane środowiska, w tym przede wszystkim towarzystwa naukowe, zgłaszają coraz więcej propozycji. Niekiedy nawet dość egzotycznych. Część umiejętności już wprowadzonych na listę jest kwestionowana przez niektóre środowiska jako składowe specjalizacji, inne nie budzą wątpliwości. Doliczyliśmy się propozycji 56 umiejętności.

Uważam, że taka lista jest zbyt szeroka. Do tej opinii przychylił się samorząd lekarski. Wydaje się, że zasadne byłoby ustalenie krótszej listy umiejętności (we wspomnianym rozporządzeniu z 2007 r. było ich 48), wprowadzenie systemu w życie, a następnie monitorowanie i ocena jego funkcjonowania i wprowadzenie ewentualnych korekt. Należy sprawdzić, jakie będzie zainteresowanie zarówno ośrodków, które chcą kształcić lekarzy, jak i ich samych zdobywaniem umiejętności.

Na liście znajdują się z pewnością umiejętności, które w dotychczasowym systemie kształcenia specjalizacyjnego nie były uwzględniane albo były, ale w niedostatecznym stopniu, np. innowacyjne metody diagnostyczne czy terapeutyczne.

– Tego typu kształcenie już się odbywało. Co nowego wniesie rozporządzenie?

– Kursy doskonalące, organizowane przez różne podmioty, przede wszystkim towarzystwa naukowe, są prowadzone w różnym zakresie i różnych dziedzinach, np.

ultrasonografii, endoskopii. Część z certyfikatów przyznawanych przez towarzystwa jest wykorzystywana przy kontraktowaniu świadczeń przez NFZ. Trwa dyskusja, które powinny być uznawane i czy są konieczne. Wprowadzenie regulacji będzie stanowiło punkt odniesienia. Jeśli uznamy, że posiadanie certyfikatu w jakiejś umiejętności uprawnia do kontraktowania świadczeń, to jednocześnie uznamy, że jest ona zdobyta według określonego programu, w akredytowanej jednostce mającej warunki do kształcenia, kadre, dostęp do zaplecza klinicznego, a osoba kończąca szkolenie poddała się zewnętrznej weryfikacji w postaci Państwowego Egzaminu Umiejętności. Wówczas certyfikat będzie dokumentem wiarygodnym.

Osoby, które już dziś legitymują się certyfikatami wydanymi wcześniej (np. przez towarzystwa naukowe), także będą mogły poddać się weryfikacji, tzn. podejść do egzaminu bez konieczności powtarzania szkolenia. Podobnie z certyfikatami otrzymanymi za granicą.

– Jaka jest relacja między specjalizacją a umiejętnościami?

– W obecnych założeniach pojawił się nowy element – odniesienie poszczególnych umiejętności do specjalizacji. Niektóre umiejętności, np. endoskopia przewodu pokarmowego, są przecież nabywane przez lekarzy odbywających specjalizację w zakresie gastroenterologii. Po wprowadzeniu tych przepisów specjalista gastroenterolog nie będzie musiał zatem starać się o certyfikat. System szkolenia specjalizacyjnego jest wszak dużo bardziej wymagający i dojrzały.

– Kto może szkolić w zakresie umiejętności?

– Moim zdaniem, jednostka mająca uprawnienia do kształcenia specjalizacyjnego w jakiejś dziedzinie bez trudu uzyska podobne do szkolenia w zakresie pokrewnej umiejętności. Jeśli chodzi o nowe jednostki – nie określamy w przepisach, jaki ma być status placówki prowadzącej tego typu kształcenie. Może to być zakład opieki zdrowotnej, uczelnia, instytut czy towarzystwo naukowe. Każdy podmiot będzie musiał udowodnić, że ma odpowiednią kadre, możliwość realizacji programu (zatwierdzonego przez MZ) i zaplecze kliniczne w takich dziedzinach, w których będzie to konieczne. Jeśli placówka nie będzie miała własnego zaplecza, będzie zobligowana do wykazania, że zawarła umowę z innym podmiotem zapewniającym praktyczną część szkolenia lub udostępniającą taką bazę szkoleniową. Dotyczy to m.in. towarzystw naukowych, które są dziś najaktywniejsze w prowadzeniu kształcenia z zakresu umiejętności.

Przewidujemy ramy czasowe szkolenia od 6 do 24 miesięcy, zależnie od programów i rodzaju umiejętności – czy są związane tylko z wiedzą teoretyczną, czy też wymagają części praktycznej. O merytorycznym kształceniu programów zdecydują komisje złożone z lekarzy spe-

cjalistów, podobnie jak ma to obecnie miejsce w kwestiach specjalizacji.

– Kto będzie finansował szkolenia?

– Założenia systemu nie przewidują finansowania szkoleń ze środków publicznych. Lekarze podejmujący szkolenie będą pokrywali jego koszty, jak również koszty egzaminu PEU. Organizatorzy szkoleń będą mogli zwalniać z części lub całości opłat za szkolenia w przypadku swoich pracowników czy członków (towarzystwa naukowe), jeśli taka działalność będzie wpisana w statut danego podmiotu. Tylko Centrum Egzaminów Medycznych otrzyma środki z budżetu państwa, które pokryją organizację egzaminów (CEM jest jednostką budżetową i tylko w ten sposób może finansować swoje działania). Udział środków publicznych będzie tu dużo mniejszy niż w przypadku kształcenia specjalizacyjnego.

* * *

W SKRÓCIE

Dotychczas istniały różne inicjatywy, realizowane mniej lub bardziej udanie przez różne naukowe towarzystwa medyczne i grupy lekarzy wydające „zaświadczenia” potwierdzające odbyte szkolenia i uzyskanie przez lekarza jakiś umiejętności. Akty prawne w tym zakresie mają na celu delegację ustawy o zawodzie lekarza, ujednolicenie systemu i nadanie mu wysokiej rangi (certyfikat państwowy).

Obecne rozporządzenie w sprawie umiejętności jest już drugim rozporządzeniem w tej sprawie. Żywot poprzedniego o podobnej konstrukcji był krótki i wygasło ono w ub. roku z przyczyn formalnoprawnych. Obecne rozporządzenie jest podobne do poprzedniego i z niewielkimi zmianami powtarza przyjęte uprzednio rozwiązania. Przy okazji konieczności wydania tego rozporządzenia samorząd lekarski po raz kolejny postulował chęć przejęcia od administracji organizacji tego systemu (logistyki), do czego nie doszło. W rozporządzeniu poprawiono definicję umiejętności, podkreślając, czym różnią się one od specjalizacji. Ogólnie biorąc, zasady uzyskiwania umiejętności są analogiczne jak specjalizacji (kwalifikacja, program, szkolenie, egzamin, zaświadczenie-certyfikat), jednak czas szkolenia – zdecydowanie krótszy.

Nie znalazł akceptacji postulat samorządu o opisanie w rozporządzeniu zasad tworzenia nowych umiejętności (kto wnioskuje, kto opiniuje zasadność wniosku i w jaki sposób nowa umiejętność jest wpisywana na listę), a należy się spodziewać wielu inicjatyw w tym zakresie. Można sądzić, że niektóre obecnie istniejące specjalizacje, w przyszłości mogą stać się umiejętnościami. Nie znalazł też akceptacji inny postulat wynikający z obserwacji działań NFZ w zakresie wymogów kontraktowania, aby nowy system nie mógł być wykorzystywany

w ograniczaniu chorym dostępu do świadczeń. Jest to prawdopodobne, jeśli płatnik zechce zastosować ten system w wymogach, zwłaszcza we wstępnym okresie, kiedy lekarzy z certyfikatem umiejętności będzie mało.

Jerzy KRUSZEWSKI
Przewodniczący Komisji Kształcenia NRL
(przedruk z biuletynu „Puls” nr 8-9/10)

Agresja wobec lekarzy i pielęgniarek

PRZEPRASZAM, CZY TU BIJĄ?

Ponad połowa polskich lekarzy doświadczyła agresji słownej albo fizycznej ze strony pacjentów lub ich rodzin. Jeszcze gorsza jest sytuacja pielęgniarek i rejestratorek

Wyzwiska, przekleństwa, naruszenie nietykalności osobistej, podważanie kompetencji i groźby – to najczęstsze formy przemocy spotykane w szpitalach i przychodniach. Powodem ataków jest najczęściej niezadowolenie z funkcjonowania systemu – zbyt długie kolejki czy brak dostępności do jakiegoś świadczenia. To nie jest wyłącznie polska specyfika. Badania przeprowadzone tylko w jednym szpitalu w Kanadzie pokazały, że w ciągu roku doszło tam do ponad 990 napaści na personel – czyli dziennie średnio miały miejsce trzy takie zdarzenia. Podobnie jest w Niemczech – tylko w ciągu ostatniego roku aż 89 proc. personelu medycznego doświadczyło słownej agresji, fizyczne ataki musiało odeprzeć 71 proc., z czego w 11 proc. przypadków konieczne było leczenie. Najczęściej do ataków na lekarzy i pielęgniarki dochodziło na szpitalnym oddziale ratunkowym (SOR) i w psychiatrycznej izbie przyjęć. Tę tendencję potwierdzają najnowsze polskie badania prof. Jacka Kławe, kierownika Zakładu Higieny i Epidemiologii Collegium Medicum w Bydgoszczy UMK w Toruniu. Wynika z nich, że prawie 97 proc. pracowników SOR-ów bezpośrednio doświadczyło agresji werbalnej, 87 proc. badanych przyznało, że było świadkami przemocy, a 64 proc. doświadczyło jej osobiście (ankiety przeprowadzono wśród 222 pracowników SOR-ów województwa kujawsko-pomorskiego). – *Co ciekawe, napastliwi są nie tylko pacjenci pod wpływem narkotyków czy pijani, bo 40 proc. agresorów stanowią ludzie trzeźwi. Zaczyna się od napaści słownej, wyzwisk i obelg, a kończy na rękoczynach* – mówi prof. Kławe.

Jak na ulicy

Z kolei z sondażu CBOS z 2007 r. przeprowadzonego wśród 350 lekarzy różnych specjalności wynika, że

ponad połowa (51 proc.) była ofiarą przemocy ze strony pacjenta lub jego rodziny. W 10 proc. przypadków agresja wiązała się z atakiem fizycznym, ale tylko o 18 proc. zdarzeń została zawiadomiona policja, co oznacza, że tylko średnio co piąte zdarzenie jest zgłaszane. – *Chcilibyśmy, żeby tej przemocy nie było, ale nie łudźmy się, ona będzie, choć może przybierać bardziej wyrafinowane formy. Wiedza pracowników, jak sobie z tym radzić, jest tylko intuicyjna. Tego się nie uczy* – podkreślał Romuald Krajewski, wiceprezes Naczelnej Rady Lekarskiej.

– *Na SOR-ach pracuje się tak, jakby się było na środku ulicy* – mówi wprost Ładysław Nekanda-Trepka, niedawno powołany rzecznik praw lekarzy przy Naczelnej Izbie Lekarskiej, „w cywilu” chirurg ze Szpitala Praskiego w Warszawie. – *Zostałem parę razy pobity, bo wobec pijanych czy naćpanych pacjentów jestem sam. Szpital niby ma ochronę, ale składa się ona z emerytów, którzy w razie zagrożenia nie są w stanie pomóc.*

Podobnie jest i w innych krajach. W USA w latach 1996–2000 aż 69 pracowników straciło życie w starciach z pacjentami, nic więc dziwnego, że szpitale znalazły się w pierwszej trójce najbardziej niebezpiecznych miejsc pracy.

Medycyna ratunkowa zagrożona

Agresja pacjentów nasila się i trzeba szybko znaleźć jakieś rozwiązanie, bo – jak pokazują badania prof. Kławe – 40 proc. ankietowanych przyznało, że rozważa zmianę pracy. – *Już teraz połowa specjalistów w naszym województwie, mających specjalizację z ratownictwa medycznego, nie pracuje w swoim zawodzie* – potwierdza Przemysław Paciorek, szef Kliniki Medycyny Ratunkowej w Szpitalu Uniwersyteckim nr I im. dr Jurasza w Bydgoszczy.

– *Młodzi lekarze nie chcą robić specjalizacji z medycyny ratunkowej, bo wolą bezpieczniejsze specjalizacje* – alarmuje Igor Chęciński, anestezjolog i specjalista medycyny ratunkowej ze Szpitala Klinicznego nr I we Wrocławiu. – *Większość z nas czuje się wobec agresji po prostu bezradna.*

W programie nauczania medycyny nie ma zajęć przygotowujących do radzenia sobie z trudnymi pacjentami. Dopiero od niedawna organizowane są, m.in. przez samorząd lekarski, odpowiednie kursy. To wciąż kropla w morzu potrzeb. Zdaniem Krajewskiego potrzebne są: standaryzacja postępowania w przypadkach agresji, szkolenia dla personelu i lepsza współpraca z policją, trzeba też wymagać od pracodawców wprowadzenia zabezpieczeń przed agresją w miejscu pracy, szczególnie na SOR-ach. Jak się bowiem okazuje, nawet atrapa monitoringu znacząco wpływa na utemperowanie agresji pacjentów. Innym pomysłem jest zatrudnienie większej liczby personelu, chociaż to w naszych warunkach – braków kadry – wydaje się mało prawdopodobne.

Brak wiedzy i reakcji

O bezradności lekarzy wobec agresywnych pacjentów najlepiej świadczy fakt, że do Instytutu Ekspertyz Sądowych w Krakowie w ostatnich latach trafił tylko jeden młody lekarz z prośbą o obdukcję. Został kopnięty w łudkę przez chorego. – *Lekarze po prostu przyzwyczaili się do agresji, a na wyzwiska już nie reagujemy* – przyznaje Zyta Kazimierczak, otolaryngolog pracujący w Szpitalu Wojewódzkim w Bielsku-Białej.

– *Gdybyśmy mieli procesować się o każde złe słowo skierowane w naszą stronę, to nie wychodzilibyśmy z sądów* – dodaje Janina Lankosz-Lauterbach, ordynator SOR-u Uniwersyteckiego Szpitala Dziecięcego w Krakowie-Prokocimiu.

Nic dziwnego, że tylko do 10 proc. przypadków wyzywana jest policja. Ta zresztą bardzo niechętnie reaguje na takie zgłoszenia i często przyjeżdża do szpitala wiele godzin po zdarzeniu. Z powodu niskiej szkodliwości społecznej sprawy się rozmywają. Ba, bywa też tak jak w przypadku Piotra Dzierżgowskiego, lekarza POZ praktykującego w Surazhu (woj. podlaskie), który odmówił leczenia agresywnemu pacjentowi, że to lekarz musi się tłumaczyć policji. – *Miałem dosyć, bo każda wizyta w przychodni kończyła się wywołaniem przez niego awantury. Poinformowałem więc pacjenta pisemnie o tym, że nie możemy dalej sprawować opieki medycznej i wskazałem mu lokalizację najbliższych położonych ośrodków, gdzie mógłby kontynuować leczenie. Wtedy dopiero rozpetła się prawdziwa burza wokół mnie* – opowiada Dzierżgowski. – *Pacjent złożył doniesienie na policję, skargę do izby lekarskiej i NFZ. Musiałem złożyć wyjaśnienia na policji i rzecznikowi odpowiedzialności zawodowej. Wszystko trwało kilka miesięcy, ale się nie poddałem. Dziś ten człowiek leczy się w innej przychodni.*

Jednak większość lekarzy nie ma aż takiej determinacji. Dlatego kilku dyrektorów postanowiło bronić swojego personelu. – *Zorganizowaliśmy kursy dla personelu, przymierzamy się także to wprowadzenia „zera tolerancji”, czyli – wzorem Wielkiej Brytanii – będziemy odmawiać leczenia agresywnych pacjentów* – mówi Wojciech Sienkiewicz, dyrektor Centralnego Szpitala Klinicznego w Łodzi. Jednak jego pomysł budzi wiele kontrowersji w środowisku. – *A co w przypadku gdy pa-*

cientowi nie zostanie udzielona pomoc, a pacjent umrze? – pytają lekarze. Nie mówiąc o tym, że – jak nieoficjalnie przyznają – pijany to najlepszy „klient” oddziału, bo za odtrucie NFZ daje aż 60 punktów, czyli 3 tys. zł. – *To czysty zysk dla oddziału* – mówi ordynator oddziału wewnętrznego jednego ze śląskich szpitali.

Prawo czy bezprawie

Z kolei prawnicy przekonują, że lekarze mają podstawy, by bronić się przed agresją. – *Jeżeli to są inwektywy, to doszło do zniewagi. Jeśli są to insynuacje, że lekarz żąda korzyści majątkowej, mamy do czynienia ze zniesławieniem. Jeśli atak idzie dalej, to z naruszeniem nietykalności cielesnej. Zdarza się wszystko: poszturchiwanie, popychanie, opluwanie lekarzy* – tłumaczy dr Jan Kulesza z Katedry Prawa Karnego Uniwersytetu Łódzkiego.

Jednym ze sposobów obrony może być wpisanie zawodu lekarza do ustawy o funkcjonariuszach publicznych, co zresztą postuluje samorząd lekarski. – *Tylko w sytuacji znieważenia funkcjonariusza publicznego jest to przestępstwo ścigane z urzędu. Taką ochroną zostali niedawno objęci pracownicy SOR-ów. W pozostałych przypadkach lekarz może wnieść sprawę, występując z prywatnym aktem oskarżenia do sądu karnego* – wyjaśnia Kulesza.

Jednak dla wielu lekarzy to wciąż za mało. – *Wprowadzie jako funkcjonariusz publiczny mam zapewnioną nietykalność cielesną, jednak w praktyce co mogę zrobić? Postawić policjanta na oddziale, żeby pilnował naszego bezpieczeństwa?* – pyta Paciorek.

Z inicjatywy NIL powstaje system zgłaszania agresji, który ma działać on-line. – *Ten system pozwoli nam m.in. stworzyć mapę miejsc najbardziej dla personelu niebezpiecznych* – tłumaczy Romuald Krajeński, jeden z pomysłodawców powstania rejestru. Samorząd pielęgniarek został zaproszony do współpracy przy jego tworzeniu. Mają się również odbyć wspólne szkolenia lekarsko-pielęgniarskie, jak zapobiegać przemoc i jak reagować w starciu z trudnym pacjentem. Tylko czy to wystarczy?

Agnieszka KATRYNICZ

(przedruk za zgodą z „Menedżera Zdrowia” nr 5/2010)

OBOWIĄZKI LEKARZA I LEKARZA DENTYSTY JAKO PRACODAWCY CZ. II

Dokumentacja pracownicza

1) Kwestionariusz osobowy i dokumenty potwierdzające kwalifikacje pracownika

Pracodawca może żądać od osoby ubiegającej się o zatrudnienie złożenia następujących dokumentów:

1. wypełnionego kwestionariusza osobowego dla osoby ubiegającej się o zatrudnienie,
2. świadectw pracy z poprzednich miejsc pracy lub innych dokumentów potwierdzających okresy zatrudnienia, obejmujących okresy pracy przypadające w roku kalendarzowym, w którym pracownik ubiega się o zatrudnienie,
3. dokumentów potwierdzających kwalifikacje zawodowe, wymagane do wykonywania oferowanej pracy,
4. świadectwa ukończenia gimnazjum – w przypadku osoby ubiegającej się o zatrudnienie w celu przygotowania zawodowego,
5. orzeczenia lekarskiego stwierdzającego brak przeciwwskazań do pracy na określonym stanowisku,
6. innych dokumentów, jeżeli obowiązek ich przedłożenia wynika z odrębnych przepisów.

2) Osoba ubiegająca się o zatrudnienie może dodatkowo przedłożyć dokumenty potwierdzające jej umiejętności i osiągnięcia zawodowe, świadectwa pracy z poprzednich miejsc pracy lub inne dokumenty potwierdzające okresy zatrudnienia, obejmujące okresy pracy przypadające w innym roku kalendarzowym niż rok, w którym pracownik ubiega się o zatrudnienie oraz dokumenty stanowiące podstawę do korzystania ze szczególnych uprawnień w zakresie stosunku pracy.

Pracodawca przechowuje w aktach osobowych pracownika odpisy lub kopie składanych dokumentów. Pracodawca może żądać od pracownika przedłożenia oryginałów tych dokumentów tylko do wglądu lub sporządzenia ich odpisów albo kopii.

Umowa o pracę

Pracodawca sporządza umowę o pracę co najmniej w dwóch jednobrzmiących egzemplarzach, z których jeden doręcza się pracownikowi, a drugi włącza do jego akt osobowych.

Umowa o pracę określa strony umowy, rodzaj umowy, datę jej zawarcia oraz warunki pracy i płacy, w szczególności:

1. rodzaj pracy,
2. miejsce wykonywania pracy,
3. wynagrodzenie za pracę odpowiadające rodzajowi pracy, ze wskazaniem składników wynagrodzenia,
4. wymiar czasu pracy,
5. termin rozpoczęcia pracy.

Umowę o pracę zawiera się na piśmie. Jeżeli umowa o pracę nie została zawarta z zachowaniem formy pisemnej, pracodawca powinien, najpóźniej w dniu rozpoczęcia pracy przez pracownika, potwierdzić pracownikowi na piśmie ustalenia co do stron umowy, rodzaju umowy oraz jej warunków.

Oprócz zawarcia umowy o pracę, pracodawca obowiązany jest poinformować pracownika na piśmie, nie później niż w ciągu 7 dni od dnia zawarcia umowy o pracę, o:

1. obowiązującej pracownika dobowej i tygodniowej normie czasu pracy,
2. częstotliwości wypłat wynagrodzenia za pracę,
3. wymiarze przysługującego pracownikowi urlopu wypoczynkowego,
4. obowiązującej pracownika długości okresu wypowiedzenia umowy o pracę, a jeżeli pracodawca nie ma obowiązku ustalenia regulaminu pracy – dodatkowo o porze nocnej, miejscu, terminie i czasie wypłaty wynagrodzenia oraz przyjętym sposobie potwierdzania przez pracowników przybycia i obecności w pracy oraz usprawiedliwiania nieobecności w pracy.

Poinformowanie pracownika o jego warunkach zatrudnienia, o których mowa w § 3 pkt 1-4, może nastąpić przez pisemne wskazanie odpowiednich przepisów prawa pracy. Pracodawca przed dopuszczeniem pracownika do pracy uzyskuje jego pisemne potwierdzenie zapoznania się z informacją, o której mowa powyżej oraz z przepisami i zasadami dotyczącymi bezpieczeństwa i higieny pracy, z zakresem informacji objętych tajemnicą określoną w obowiązujących ustawach dla umówionego z pracownikiem rodzaju pracy, a także z obwieszczeniem dotyczącym systemów i rozkładów czasu pracy oraz przyjętych okresów rozliczeniowych czasu pracy.

Jeżeli świadectwo pracy przedłożone przez pracownika zawiera wzmiankę o zajęciu wynagrodzenia za pracę, pracodawca zawiadamia o zatrudnieniu takiego pracownika komornika prowadzącego postępowanie egzekucyj-

ne oraz pracodawcę, który wydał świadectwo (art. 884 § 3 Kodeksu postępowania cywilnego).

Prowadzenie akt osobowych i dokumentacji w sprawach związanych ze stosunkiem pracy

Pracodawca zakłada i prowadzi oddzielne dla każdego pracownika akta osobowe. Akta te składają się z 3 części i obejmują:

1. w części A – dokumenty zgromadzone w związku z ubieganiem się o zatrudnienie,
2. w części B – dokumenty dotyczące nawiązania stosunku pracy oraz przebiegu zatrudnienia pracownika, w tym:
 - a. umowę o pracę, a jeżeli umowa nie została zawarta na piśmie, potwierdzenie ustaleń co do rodzaju umowy oraz jej warunków, a także zakres czynności (zakres obowiązków), jeżeli pracodawca dodatkowo w tej formie określił zadania pracownika wynikające z umowy o pracę,
 - b. pisemne potwierdzenie zapoznania się przez pracownika z przepisami i informacjami określonymi w § 3 oraz zaświadczenia o ukończeniu wymaganego szkolenia w zakresie bezpieczeństwa i higieny pracy,
 - c. oświadczenie pracownika będącego rodzicem lub opiekunem dziecka, o którym mowa w art. 148 pkt 3, art. 178 § 2 i art. 188 Kodeksu pracy, o zamiarze lub o braku zamiaru korzystania z uprawnień określonych w tych przepisach,
 - d. dokumenty dotyczące powierzenia pracownikowi mienia z obowiązkiem zwrotu albo do rozliczenia się,
 - e. dokumenty związane z podnoszeniem przez pracownika kwalifikacji zawodowych,
 - f. oświadczenia dotyczące wypowiedzenia pracownikowi warunków umowy o pracę lub zmiany tych warunków w innym trybie,
 - g. dokumenty związane z przyznaniem pracownikowi nagrody lub wyróżnienia oraz wymierzeniem kary porządkowej,
 - h. pisma dotyczące udzielenia pracownikowi urlopu wychowawczego oraz urlopu bezpłatnego,
 - i. dokumenty związane z obniżeniem wymiaru czasu pracy, w przypadku określonym w art. 1867 Kodeksu pracy,
 - j. orzeczenia lekarskie wydane w związku z przeprowadzonymi badaniami okresowymi i kontrolnymi,
 - k. umowę o zakazie konkurencji, jeżeli strony zawarły taką umowę w okresie pozostawania w stosunku pracy,
 - l. wnioski pracownika dotyczące ustalenia indywidualnego rozkładu jego czasu pracy (art. 142 Kodeksu pracy), stosowania do niego systemu skróconego tygodnia pracy (art. 143 Kodeksu pracy),

a także stosowania do niego systemu czasu pracy, w którym praca jest świadczona wyłącznie w piątki, soboty, niedziele i święta (art. 144 Kodeksu pracy),

- m. wniosek pracownika o poinformowanie właściwego inspektora pracy o zatrudnianiu pracowników pracujących w nocy oraz kopię informacji w tej sprawie skierowanej do właściwego inspektora pracy,
- n. korespondencję z reprezentującą pracownika zakładową organizacją związkową we wszystkich sprawach ze stosunku pracy wymagających współdziałania pracodawcy z tą organizacją lub innymi podmiotami konsultującymi sprawy ze stosunku pracy,
- o. kopię zawiadomienia powiatowego urzędu pracy o zatrudnieniu pracownika, uprzednio zarejestrowanego jako osoba bezrobotna,
- p. informacje dotyczące wykonywania przez pracownika powszechnego obowiązku obrony;
3. w części C – dokumenty związane z ustaniem zatrudnienia, w tym:
 - a. oświadczenie o wypowiedzeniu lub rozwiązaniu umowy o pracę, dotyczące żądania wydania świadectwa pracy (art. 97 § 11 Kodeksu pracy) oraz związane z niewypłaceniem pracownikowi ekwiwalentu pieniężnego za urlop wypoczynkowy (art. 171 § 3 Kodeksu pracy),
 - b. kopię wydanego pracownikowi świadectwa pracy,
 - c. potwierdzenie dokonania czynności związanych z zajęciem wynagrodzenia za pracę w związku z prowadzonym postępowaniem egzekucyjnym (art. 884 § 2 Kodeksu postępowania cywilnego),
 - d. umowę o zakazie konkurencji po rozwiązaniu stosunku pracy, jeżeli strony zawarły taką umowę,
 - e. orzeczenia lekarskie wydane w związku z przeprowadzonymi badaniami okresowymi po rozwiązaniu stosunku pracy.

Dokumenty znajdujące się w poszczególnych częściach akt osobowych powinny być ułożone w porządku chronologicznym oraz ponumerowane. Każda z tych części powinna zawierać pełny wykaz znajdujących się w nich dokumentów.

Pracodawca prowadzi dokumentację dotyczącą podejrzeń o choroby zawodowe, chorób zawodowych, wypadków przy pracy oraz wypadków w drodze do pracy i z pracy, a także świadczeń związanych z tymi chorobami i wypadkami.

Pracodawca zakłada i prowadzi odrębnie dla każdego pracownika:

1. kartę ewidencji czasu pracy w zakresie obejmującym: pracę w poszczególnych dobach, w tym pracę

w niedziele i święta, w porze nocnej, w godzinach nadliczbowych oraz w dni wolne od pracy wynikające z rozkładu czasu pracy w przeciętnie pięciodniowym tygodniu pracy, a także dyżury, urlopy, zwolnienia od pracy oraz inne usprawiedliwione i nieusprawiedliwione nieobecności w pracy; w stosunku do pracowników młodocianych pracodawca uwzględnia w ewidencji także czas ich pracy przy pracach wzbronionych młodocianym, których wykonywanie jest dozwolone w celu odbycia przez nich przygotowania zawodowego,

2. imienną kartę (listę) wypłacanego wynagrodzenia za pracę i innych świadczeń związanych z pracą,
3. kartę ewidencyjną przydziału odzieży i obuwia roboczego oraz środków ochrony indywidualnej, a także wypłaty ekwiwalentu pieniężnego za używanie własnej odzieży i obuwia oraz ich pranie i konserwację.

Do karty ewidencji czasu pracy pracownika dołącza się jego wnioski o udzielenie czasu wolnego od pracy w zamian za czas przepracowany w godzinach nadliczbowych.

tyki socjalnej z dnia 4 grudnia 1998 r. zawarte są m.in. wzory następujących raportów:

- ZUS RCA – „Raport imienny dla płatników uprawnionych do wypłaty świadczeń z ubezpieczenia chorobowego” – załącznik nr 7,
- ZUS RNA – „Raport imienny dla płatników nieuprawnionych do wypłaty świadczeń z ubezpieczenia chorobowego” – załącznik nr 8,
- ZUS RZA – „Raport imienny o należnych składkach na ubezpieczenie zdrowotne” – załącznik nr 9,
- ZUS RSA – „Raport imienny o wypłaconych świadczeniach i przerwach w opłacaniu składek” – załącznik nr 10.

Zgodnie z art. 61 ustawy z dnia 25 czerwca 1999 r. o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa, do wypłaty tych świadczeń uprawnieni są pracodawcy zgłaszający do ubezpieczenia chorobowego powyżej 20 osób.

Liczba ubezpieczonych osób jest ustalana według stanu na 30 listopada poprzedniego roku kalendarzowego, a w przypadku płatników, którzy na ten dzień nie zgła-

Jak długo przechowywać?

Rodzaj dokumentu

Czas przechowywania

dokumenty zgłoszeniowe ZUS ZDA i ZUS ZZA
(na nośnikach elektronicznych i w formie papierowej)

5 lat

dokumenty rozliczeniowe-deklaracja rozliczeniowa,
imiennie raporty miesięczne i raporty korygujące

10 lat

przelewy potwierdzające opłacenie składek zatrudnionych

5 lat

listy płac, karty wynagrodzeń i inne dokumenty,
na podstawie których ZUS ustala podstawę wymiaru
emerytury lub renty

50 lat

przelewy potwierdzające opłacenie składek za siebie

50 lat

Obowiązki pracodawcy wobec ZUS

Obowiązującym w tej kwestii aktem prawnym jest ustawa o systemie ubezpieczeń społecznych.

Ustawa ta z dnia 13 października 1998 r. reguluje obowiązki płatników składek w zakresie:

- zgłaszania pracowników do ubezpieczeń,
- wyrejestrowania pracowników z ubezpieczenia po ustaniu stosunku pracy,
- przekazywania raportów miesięcznych.

W myśl art. 47 tejże ustawy pracodawca zobowiązany jest przesyłać do ZUS w terminie opłacania składek deklarację rozliczeniową (ZUS DRA) oraz imienne raporty miesięczne. W rozporządzeniu ministra pracy i poli-

szali nikogo do wspomnianego ubezpieczenia – według stanu na pierwszy miesiąc, w którym dokonali takiego zgłoszenia.

W przypadku rozliczeń małych firm z Zakładem Ubezpieczeń Społecznych są one zobowiązane do wypełniania raportu ZUS RNA.

Jak i w przypadku rozliczeń z urzędem skarbowym, tak i w przypadku dokumentów składanych w Zakładzie Ubezpieczeń Społecznych, należy kopie tychże złożonych w ZUS druków przechowywać przez okres 5 lat od dnia ich przesłania do organu rentowego (tu: ZUS).

W formie dokumentu pisemnego lub elektronicznego należy przechowywać:

- zgłoszenia płatnika,
- deklaracje rozliczeniowe,
- imienne raporty miesięczne,
- dokumenty korygujące imienne raporty miesięczne.

Natomiast zgłoszenia do ubezpieczeń muszą być przechowywane jedynie w formie dokumentu pisemnego.

Każdy pracownik ma prawo do poinformowania go o wysokości odcinanych składek na ubezpieczenie społeczne, jak także ma prawo do informacji o niezaleganiu z płatnościami.

W myśl art. 41 ust. 8 ustawy o systemie ubezpieczeń społecznych informacje zawarte w:

- imiennym raporcie miesięcznym,
- w raporcie korygującym pracodawca jest zobowiązany przekazać ubezpieczonemu w celu ich weryfikacji.

Można tego dokonać za pomocą formularza ZUS RMUA. Formularz ten stanowi załącznik nr 12 do wymienionego już rozporządzenia ministra pracy i polityki socjalnej z dnia 4 grudnia 1998 r.

Dane te mogą być również przekazywane w innej formie, jednak z zastrzeżeniem faktu, iż muszą być na piśmie.

*Material w opracowaniu radcy prawnego
Katarzyny GODLEWSKIEJ i wiceprezes NRL
Anny LELLI otrzymaliśmy od KS NRL*

BIULETYN INFORMACYJNY OPOLSKIEJ IZBY LEKARSKIEJ

WYDAWCA: Opolska Izba Lekarska, 45–054 Opole, ul. Grunwaldzka 23, tel. 0 77 454 59 39, www.izbalekarska.opole.pl
 REDAKCJA: Jerzy Lach; ZDJĘCIA: I–II str. okładki – Jacek Polewiak. OPRACOWANIE: Wydawnictwo i Drukarnia Świętego Krzyża
 ŁAMANIE I DRUK: Wydawnictwo i Drukarnia Świętego Krzyża w Opolu, ul. Katedralna 6 NAKŁAD: 2.500 egz. ISSN 1426–661X

Lekarskie otwarcie sezonu narciarskiego

Termin: 11-18 grudnia 2010 r.

- 7 noclegów w hotelu (przyjazd w sobotę po południu)
- 6 dni jeżdżenia na nartach (wyjazd w sobotę po śniadaniu)

Miejsce: Włochy, rejon Trentino, miejscowość Andalo

Zakwaterowanie: trzygwiazdkowe, sprawdzone hotele „Nornic” i „Franco”, w pokojach 2-osobowych (oba hotele zlokalizowane są w centrum Andalo, w odległości 300-400 m od dolnych stacji wyciągów)

Wyżywienie: HB, czyli śniadania (szwedzki stół) + obiadowe kolacje

Dojazd z Polski: dojazd własny

Koszt wyjazdu: 490 euro (płatne w złotych według kursu zakupu DZ Banku z dnia dokonywania przelewu) w cenie:

- zakwaterowanie i wyżywienie,
- 6-dniowy skipass narciarski obejmujący ubezpieczenie narciarskie,
- bogaty program socjalny, który będzie obejmował spotkania integracyjne oraz apres-ski na stoku,
- popołudniowo-wieczorną imprezę w schronisku górskim, która będzie połączona ze zjazdem z pochodniami,
- profesjonalne zawody narciarskie.

Dla zainteresowanych istnieje możliwość doskonalenia jazdy na nartach (z polskimi instruktorami). W miejscowości Andalo funkcjonuje nowoczesny kompleks basenów i spa, dający możliwość kompleksowej odnowy biologicznej (koszt 3 godzin pobytu wynosi około 12 euro).

Od strony organizacyjnej wyjazd jest zabezpieczony przez firmę Businessman Fun Club (www.bfc.com.pl), która od ponad 10 lat zajmuje się profesjonalnym organizowaniem imprez i wyjazdów.

Kontakt: www.aktywnywypoczynek.pl

* * *

NZOZ „ZAWADA” w Elblągu poszukuje lekarza rodzinnego lub internisty do stałej współpracy. Oferujemy korzystne warunki finansowe. Forma zatrudnienia do negocjacji. Wiadomość - tel. 601-767-689 lub 601-667-607

* * *

Dr n. med. w trakcie specjalizacji z chorób wewnętrznych, duży dorobek naukowy (aktywny udział w konferencjach naukowych i artykuły w czasopiśmie), doświadczenie w pracy naukowej, mgr filologii germańskiej i słowiańskiej (biegły angielski, niemiecki, rosyjski, norweski) poszukuje pracy w dziedzinie badań naukowych lub jako redaktor/tłumacz tekstów.

Wiadomości: warka10@poczta.onet.pl

* * *

Mam do wynajęcia lokal mieszkalny na gabinet lekarski w Kędzierzynie-Koźlu o powierzchni 48 m² znajdujący się przy ul. Damrota na parterze (od strony Starostwa Powiatowego), w bardzo dobrym komunikacyjnym miejscu. Lokal posiada 2 pomieszczenia, kuchnię oraz łazienkę.

Tel. 501-360-007.

Wydawnictwo Lekarskie PZWL sp. z o. o. ul. Domaniewska 41 (bud. Saturn),
02-672 Warszawa pzwl@pzwl.pl

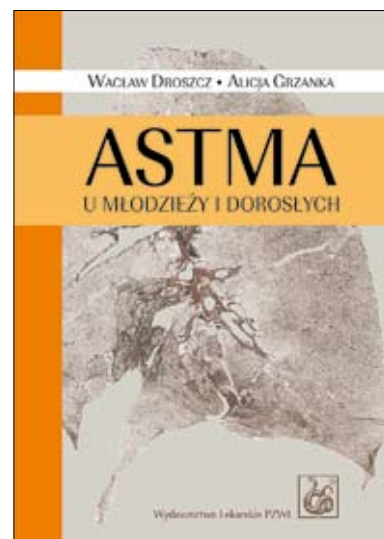
ASTMA U MŁODZIEŻY I DOROSŁYCH

Wacław Droszcz, Alicja Grzanka

ISBN 978-83-200-4284-9, wydanie I, format: 14,5 x 20,5 cm, 392 strony, 73 ilustracje, 15 tabel, oprawa twarda, cena katalogowa 79 zł

W książce opisano czynniki wywołujące astmę u młodzieży i dorosłych, jej obraz kliniczny, różnicowanie i badania dodatkowe. Szczegółowo przedstawiono najnowsze osiągnięcia i najskuteczniejsze metody leczenia astmy. Uwzględniono również najczęściej popełniane błędy lekarskie. Dużo miejsca poświęcono genetycznym uwarunkowaniom tej choroby, a także zagadnieniom występowania jej u sportowców. Omówiono też działania podejmowane w celu szkolenia chorych na astmę.

Publikacja jest przeznaczona dla internistów zajmujących się diagnostyką i leczeniem astmy, a także dla pneumologów, alergologów i lekarzy sportowych.

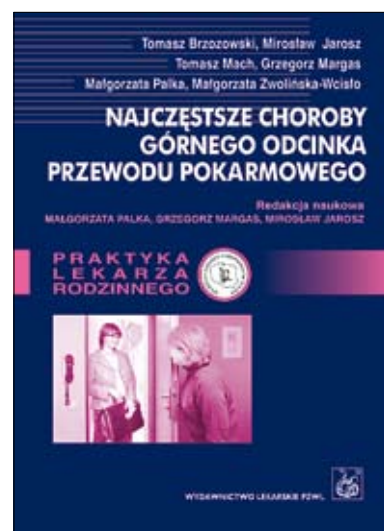


NAJCZĘSTSZE CHOROBY GÓRNEGO ODCINKA PRZEWODU POKARMOWEGO

Małgorzata Palka, Grzegorz Margas, Mirosław Jarosz (red.)

ISBN 978-83-200-3761-6, wydanie I, format 20,5 x 29,5 cm, 180 stron, 70 ilustracji, 66 tabel, oprawa miękka, cena katalogowa 83 zł

W książce omówiono zagadnienia chorób górnego odcinka przewodu pokarmowego w zakresie niezbędnym w codziennej praktyce lekarza rodzinnego. Omówiono epidemiologię występowania dyspepsji, choroby refluksowej, choroby wrzodowej oraz nowotworów górnego odcinka pokarmowego oraz patofizjologię, diagnostykę i leczenie. Dużo miejsca poświęcono na omówienie roli lekarza rodzinnego w wykrywaniu i leczeniu chorób górnego odcinka przewodu pokarmowego oraz współpracy ze specjalistami.



TECHNIKI OPERACYJNE STOSOWANE W LECZENIU NEUROPATII UCISKOWYCH KOŃCZYNY GÓRNEJ

Przemysław Nawrot

ISBN 978-83-200-4204-7, wydanie I, format: 16,5 x 23,5 cm, 104 strony, 158 ilustracji, płyta DVD, oprawa miękka, cena katalogowa kompletu (książka + DVD) 57 zł

To kolejna publikacja Autora poświęcona neuropatiom kończyny górnej. Tym razem skupił się On na leczeniu operacyjnym. Przedstawił i szczegółowo omówił metody leczenia operacyjnego neuropatii uciskowych łokcia, nadgarstka i przedramienia. W książce obok wiadomości teoretycznych jest wiele uwag praktycznych niezwykle przydatnych w czasie wykonywania operacji. Liczne, precyzyjnie wykonane ryciny ułatwiają zrozumienie omawianych zagadnień. Cennym uzupełnieniem publikacji, podnoszącym jej wartość merytoryczną i dydaktyczną, jest płyta DVD zawierająca fotografie i filmy przedstawiające techniki operacyjne stosowane w chirurgii nerwów.

Książka będzie szczególnie przydatna dla ortopedów i chirurgów, mogą z niej także korzystać studenci wydziałów lekarskich uczelni medycznych.

