



OPOLSKA
IZBA
LEKARSKA

Kak Zdobiedla 1998

Listopad 2010

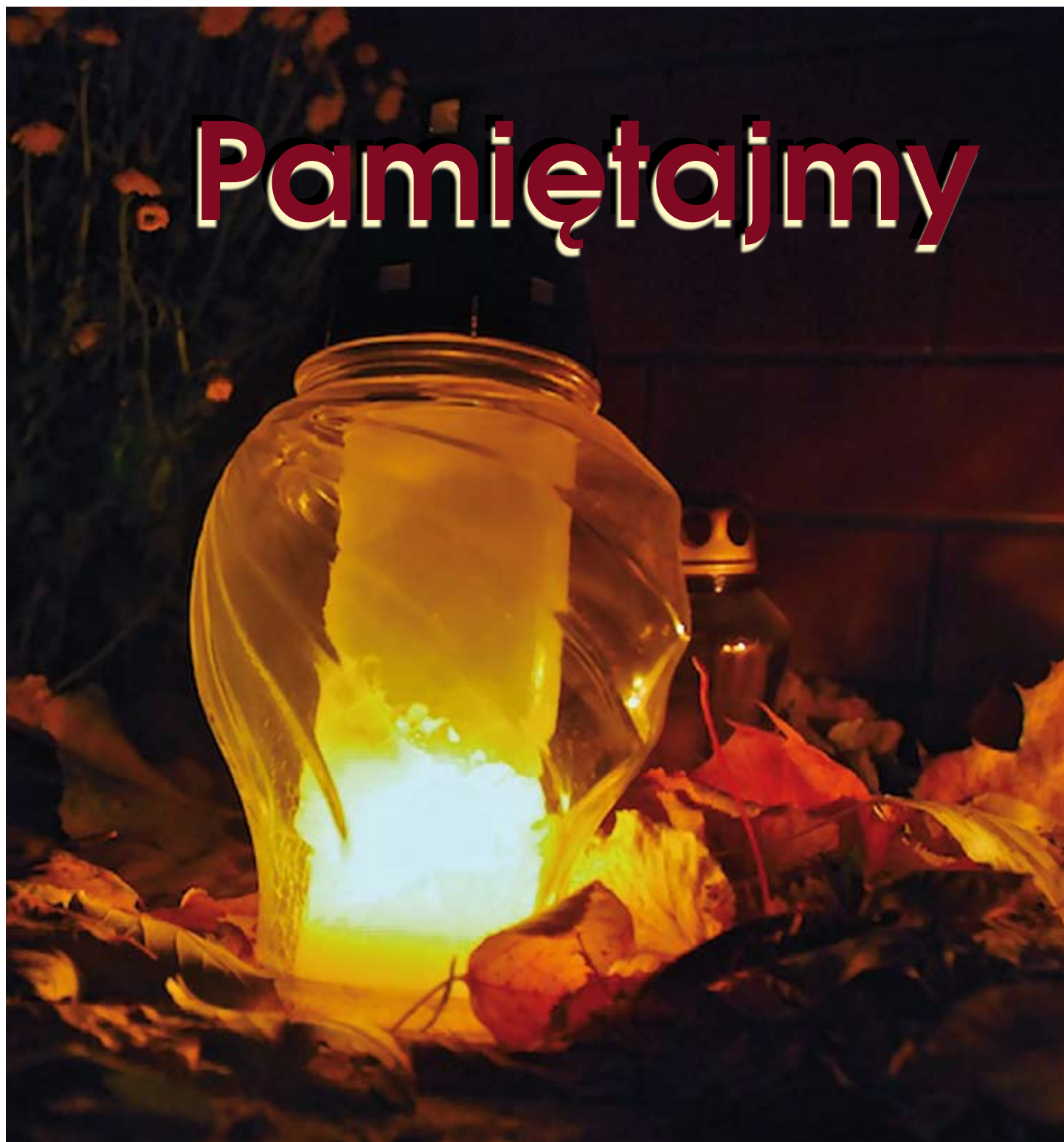
ISSN 1426-661X

BIULETYN INFORMACYJNY

Nr 171

OPOLSKIEJ IZBY LEKARSKIEJ

Pamiętajmy



List intencyjny

dotyczący

Partnerstwa dla Transplantacji w Województwie Opolskim

Opole, 29 września 2010 roku

Preambula

UCHWAŁA
Sejmu Rzeczypospolitej Polskiej
z dnia 13 czerwca 2008 r.
w sprawie akceptacji transplantacji jako metody leczenia

„Biorąc pod uwagę, że przeszczepianie narządów wykonywane jest w Polsce od ponad 40 lat, a polscy transplantolodzy należą do światowej czołówki w tej dziedzinie, i że jest to potrzebna, skuteczna i bezpieczna metoda leczenia stanowiąca dla wielu pacjentów jedyną szansę przedłużenia życia. Sejm zwraca się do społeczeństwa o powszechną akceptację tej metody leczenia.

Jednocześnie apelujemy do władz rządowych i samorządowych wszystkich szczebli o wsparcie moralne i pomoc materialną we wszelkich akcjach o charakterze edukacyjnym w zakresie przeszczepiania narządów, komórek, tkanek i szpiku.”

Marszałek Sejmu
Bronisław Komorowski

Strony postanawiają co następuje:

1. Strony postanawiają połączyć swoje wysiłki w celu realizacji szerokiego programu działań pod nazwą Partnerstwo dla Transplantacji w Województwie Opolskim
2. Celem Partnerstwa dla Transplantacji w Województwie Opolskim jest:
 - a. rozwinięcie programu przeszczepiania nerek od dawców rodzinnych w Województwie Opolskim
 - b. zwiększenie liczby dokonywanych przeszczepów narządów pobieranych od osób zmarłych w Województwie Opolskim
3. Strony zobowiązują się dołożyć należytej staranności i wykorzystać swoje doświadczenie, umiejętności, potencjał techniczny i osobowy dla osiągnięcia zakładanych celów oraz należytej i terminowej realizacji przedmiotu współpracy.
4. Strony w ramach swoich struktur organizacyjnych, powołują zespoły wraz z koordynatorem w celu realizacji przedmiotu współpracy.
5. Niniejszy List Intencyjny nie tworzy stosunku zależności czy wyłączności pomiędzy Stronami, nie kreuje stosunku zobowiązaniowego, nie jest również umową konsorcjum, umową spółki cywilnej czy umową spółki handlowej.
6. Niniejszy List Intencyjny sporządzano w 13 jednobrzmiących egzemplarzach.

Strona 2 z 4

List Intencyjny dotyczący Partnerstwa dla Transplantacji w Województwie Opolskim zawarty w dniu 29 września 2010 roku pomiędzy:

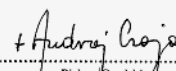
Województwem Opolskim
reprezentowanym przez:

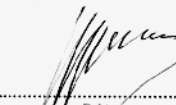

Marszałek
Województwa Opolskiego
JÓZEF SEBESTA

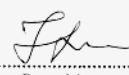

Wicemarszałek
Województwa Opolskiego
TERESA KAROL

a


Wojewoda Opolski
RYSZARD WILCZYŃSKI


Biskup Opolski
ks. dr hab. ANDRZEJ CZAJA



Rektor
Państwowej Medycznej Wyższej
Szkoły Zawodowej w Opolu
prof. dr hab. med.
ANDRZEJ STECIWNÓ

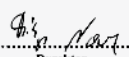

Przewodniczący
Konwentu Starostów
Starosta Opolski
HENRYK LAKWA


Opolski Kurator Oświaty
HALINA BILIK


Rektor
Państwowej Wyższej Szkoły
Zawodowej w Nysie
dr hab. inż.
ZOFIA WILIMOWSKA

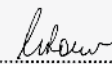
Strona 3 z 4



Prezes
Okręgowej Rady Lekarskiej
dr n. med. JERZY JAKUBISZYN


Dyrektor
Opolskiego Oddziału Wojewódzkiego
NFZ
FILIP NOWAK


Prezydent
Miasta Opola
RYSZARD ZEMBACZYŃSKI


Konsultant Wojewódzki
w dziedzinie Transplantologii
klinicznej
prof. dr hab. n. med.
DARIUSZ PATRZALEK


Stowarzyszenie
Polska Unia Medycyny Transplantacyjnej
prof. dr hab. n. med.
WOJCIECH A. ROWIŃSKI


Centrum Organizacyjno-Koordynacyjne
Do Spraw Transplantacji „Poltransplant”
dr n. med. JAROSŁAW CZERWIŃSKI

Strona 4 z 4

Nie ma co udawać, za oknem już prawdziwa późna jesień. Szaro, smutno i mokro. No ale pogoda może się zmienić i znów zaświeci słończko, ogrzewając nas troszkę. Wokół nas wszystko jakby dostosowało się do pogody. Niestety w bieżącym numerze Biuletynu znajdziecie sporo informacji nie napawających optymizmem – zupełnie jak ta pogoda za oknem.

Ministerstwo szykuje nam niezły bal – pisze o tym Prezes Jakubiszyn poniżej. Nie jestem tylko w stanie zrozumieć, czemu to wszystko ma służyć. Bo, że Pani Minister i jej doradcy z ministerstwa zdrowia chcą nam (tzn. Samorządowi Lekarskiemu) utrzyć nosa – to rozumiem. Ale dlaczego chcą jednocześnie doprowadzić do pogorszenia opieki zdrowotnej nad pacjentami – tego już nie rozumiem?! I to jeszcze w przeddzień wyborów samorządowych i zbliżających się wyborów do Sejmu i Senatu?? Co będą obiecywać swoim wyborcom? Że lepiej ich będą uczyć niedouczeni pseudolekarze? Że medycyny można się nauczyć na kursach wieczorowych, jakimi mają stać się Akademie (przepraszam – Uniwersytety Medyczne)?! O co tu chodzi??

Od lat nikt z elit politycznych nie chce słuchać tego, co ma do powiedzenia w sprawie ochrony zdrowia – jej organizacji, finansowania i poziomu oraz jakości świadczeń zdrowotnych, jedno z najważniejszych środowisk medycznych, jakim jest Samorząd Lekarski!! Pielęgniarskiego zresztą też nie słuchają! Wszyscy oni mają usta pełne frazesów o demokracji, samorządności, decentralizacji decyzji, „małych ojczyznach”, itd. A tak naprawdę stale udowadniają, że wiedzą lepiej, więcej i potrafią znacznie trafniej podejmować decyzje za i w imieniu narodu – tych głupawych maluczkich mieszkających po wsiach, miasteczkach i miastach pomiędzy Odrą i Bugiem. Czy tak ma wyglądać nowoczesne europejskie państwo na progu XXI wieku?? Dokąd to wszystko prowadzi???

A może ja jestem za głupi? Przeglądałam się w lustrze i nijak na mej twarzy nie widać futerka, a przecież patrzac na to wszystko, czuję się, jak „Miś o Bardzo Małym Rozumku”. Kurcze! Tylko żeby jeszcze przynajmniej nie zabrali mi ostatniego dzbanka miodu!!!

Jerzy B. LACH

SZPALTA PREZESA

KOLEŻANKI I KOLEDZY!

Rozpoczęła się ofensywa legislacyjna Rządu i to rozpoczęła się od pakietu ustaw zdrowotnych. I niestety... kolejna już ekipa rządząca uznała, iż wprowadzanie zmian należy rozpocząć od konfrontacji ze środowiskiem lekarskim. Co bowiem Minister Kopacz zaproponowała:

- zmianę ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty, polegającą na likwidacji stażu podyplomowego i przeniesieniu praktycznej nauki zawodu na VI rok studiów oraz likwidacji LEP-u i LDEP-u,
- zmianę ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, polegającą na powołaniu przy urzędach wojewódzkich komisji orzekających o błędach lekarskich (!!!),
- uchwalenie nowej ustawy o działalności leczniczej, która ma odebrać izbom lekarskim prowadzenie rejestru praktyk lekarskich, a tym samym nadzór nad nimi i przekazać to w gestię wojewodów.

Oczywiście wymieniałem tylko niektóre z proponowanych rozwiązań, ale są to te, które najlepiej pokazu-

ją, że Ministerstwo Zdrowia ignoruje głos środowiska lekarskiego.

Piszę te słowa w trakcie odbywania się w Krakowie XIX Ogólnopolskiej Konferencji Młodych Lekarzy czyli tych, w imieniu których (jak twierdzi Pani Minister) zmiany w ustawie o zawodach lekarza i lekarza dentysty są wprowadzane. I co się okazuje. Konferencja ta podejmuje stanowisko jednoznacznie krytykujące pomysł likwidacji stażu (młodzi lekarze nie wyobrażają sobie wejścia w samodzielne wykonywanie zawodu bez tego okresu „zamieniania” wiedzy wyniesionej ze studiów na umiejętności praktyczne) oraz LEP-u i LDEP-u (nawet ci z młodych, którzy kilka lat temu byli przeciwni takiemu egzaminowi stwierdzają, iż został obecnie na tyle poprawiony, że jest najlepszą i najbardziej obiektywną kwalifikacją do uzyskania miejsc specjalizacyjnych).

Takie samo stanowisko prezentuje Komisja Szkolnictwa Medycznego Parlamentu Studentów RP, też przedstawione w Krakowie. Takie samo stanowisko prezentuje Konferencja Rektorów Akademickich Uczelni Medycznych (uczelnie te nie będą w stanie zapewnić

odpowiedniej liczby miejsc dla przeprowadzenia rzeczywistej praktyki zawodowej na VI roku studiów). Takie samo jest oczywiście stanowisko Naczelnej Rady Lekarskiej. I co? I nic. Pani Minister twierdzi, że wie lepiej, a samorząd lekarski dlatego protestuje, bo broni dostępu młodym lekarzom do wykonywania zawodu (???!!!!).

Od wielu lat toczyła się w środowisku samorządu lekarskiego dyskusja nad możliwością wprowadzenia systemu, który funkcjonuje m.in. w krajach skandynawskich, polegającego na pozasądowej kompensacji szkód wywołanych przez niepożądane zdarzenia medyczne. Jest stanowisko jednego z Krajowych Zjazdów Lekarzy w tej sprawie. Pani Minister podchwyciła tę inicjatywę, ale efekt końcowy prac Ministerstwa nad tym pomysłem jest karykaturą tej idei. Mówi bowiem o odszkodowaniach za błędy lekarskie. A różnica między działaniem niepożądanym a błędem lekarskim jest na tyle istotna, że nie można tu mówić o przypadkowej pomyłce urzędnika piszącego tekst projektu. Co gorsza – decyzję, czy został popełniony błąd ma podejmować komisja, w której może nie być lekarza (???!!!!). Oczywiście w uzasadnieniu do projektu zmiany ustawy napisano, że jest to realizacja stanowiska Zjazdu Lekarzy.

Wreszcie ustawa o działalności leczniczej. W założeniu ma zastąpić ustawę o zakładach opieki zdrowotnej, wielokrotnie zmienianą i rzeczywiście nie pasującą już do aktualnych realiów funkcjonowania podmiotów udzielających świadczeń medycznych. I to jest jak najbardziej słuszne posunięcie. Ale po co przy okazji wkraczać na pole praktyk lekarskich, od lat skutecznie rejestrowanych w izbach lekarskich i przez te izby nad-

zorowanych. Chyba na przekór samorządowi, bo innego uzasadnienia nie znajduję.

O postawie Ministerstwa – postawie dla mnie zupełnie niezrozumiałej – świadczy też fakt, przyspieszenia o tydzień tzw. konferencji uzgodnieniowej i zwołanie jej przed datą posiedzenia Naczelnej Rady Lekarskiej mimo, że wcześniejsze ustalenia z Panią Minister były zupełnie inne (na konferencji uzgodnieniowej prezentowane są stanowiska do projektów aktów prawnych, podjęte przez wszystkie środowiska, uprawnione do opiniowania danego aktu; przyspieszenie tej konferencji uniemożliwiło zaprezentowanie oficjalnego stanowiska Naczelnej Rady Lekarskiej).

Wystarczy? Pani Minister objęła swoim patronatem wspomnianą powyżej Konferencję Młodych Lekarzy. To, że nie pojawiła się na niej sama można by wyjaśnić nadmiarem obowiązków. Ale nie przysłanie żadnego przedstawiciela, nawet urzędnika Departamentu Kształcenia, to już chyba objaw ignorowania głosu środowiska.

Czy wobec powyższych faktów nasze stanowisko ma jeszcze szanse na to by się przebić i zmienić kształt zapisów ustawowych? Wierzę, że dopóki proces legislacyjny jest w toku, szanse takie istnieją i nie można z nich rezygnować. Będziemy zatem docierali do parlamentarzystów i próbowali ich przekonać o zagrożeniach płynących z proponowanych rozwiązań (likwidacja stażu i faktyczne skrócenie studiów do 5 lat doprowadzi do obniżenia poziomu wykształcenia lekarzy, a w efekcie do pogorszenia bezpieczeństwa zdrowotnego pacjentów).

Jerzy JAKUBISZYN

CO SŁYCHAĆ W IZBIE

XIX OGÓLNOPOLSKA KONFERENCJA MŁODYCH LEKARZY

W dniach 15–17 października w Krakowie odbyła się XIX Ogólnopolska Konferencja Młodych Lekarzy. W Konferencji uczestniczyły delegacje z Komisji i Klubów ds. Młodych Lekarzy przy Okręgowych Izbach Lekarskich z całej Polski, w tym dwuosobowa delegacja z Opola w składzie: Przewodniczący Komisji ds. Młodych Lekarzy – Krzysztof Nowakowski oraz Sekretarz Komisji – Małgorzata Ziółkowska. Obok blisko 50-osobowej grupy młodych lekarzy w obradach brali udział Prezesi Okręgowych Rad Lekarskich z Prezesem NRL Maciejem Hamankiewiczem oraz Przewodniczą-

cym Konwentu Prezesów ORL Jerzym Jakubiszynem na czele

Wśród zaproszonych gości byli między innymi: Marszałek Małopolski – Marek Nawara, Wojewoda Małopolski – Stanisław Kracik, Rektor UJ CM – Wojciech Nowak, Pełnomocnik Rektora UJ ds. Dydaktyki – Beata Tobiasz-Adamczyk oraz studenci działający w Komisji ds. Wyższego Szkolnictwa Medycznego w Parlamencie Studentów Rzeczypospolitej Polskiej. Mimo zaproszenia i zapewnień o udziale, na Konferencji nie zjawił się żaden przedstawiciel Ministerstwa Zdrowia.

W trakcie trzydniowych obrad głównym poruszanym zagadnieniem była proponowana przez Ministerstwo Zdrowia nowelizacja Ustawy o Zawodzie Lekarza i Lekarza Dentysty wprowadzająca wiele istotnych

zmian do procesu kształcenia lekarzy. Główne innowacje mają dotyczyć: skrócenia okresu studiów na kierunkach lekarskich i lekarsko-dentystycznych, zniesienia stażu podyplomowego oraz likwidacji egzaminów LEP i LDEP. Powyższe tematy wywołały burzliwą i bogatą w opinie dyskusję, czego rezultatem było wypracowanie wspólnego stanowiska Konferencji do proponowanych zmian, które zamieszczamy w całości poniżej.

Słuszność wypracowanego stanowiska potwierdzili swoim pełnym poparciem Prezesi Okręgowych Izb Lekarskich, władze uczelni medycznych oraz studenci. Szczególnie przykry jest fakt, iż w dyskusji nie uczestniczył nikt z ramienia Ministerstwa Zdrowia, co uniemożliwiło bezpośrednią konfrontację poglądów. Sytuacja ta dała uczestnikom Konferencji poczucie, że ich opinia jest niewiele znacząca, choć tak naprawdę proponowane zmiany dotyczą właśnie studentów i młodych lekarzy. Należy podkreślić fakt, że wymierne efekty obrad będą możliwe jedynie, gdy wypracowane stanowiska trafią do parlamentarzystów, od których teraz zależeć będzie kształt wprowadzanych zmian. Uznano, że zadaniem regionalnych działaczy Samorządu Lekarskiego, zarówno przedstawicieli Komisji ds. Młodych Lekarzy,

jak i całych Okręgowych Rad Lekarskich, będzie próba nakłonienia parlamentarzystów w poszczególnych regionach do poparcia ustalonego stanowiska.

W trakcie pozostałych obrad poruszono także inne kwestie dotyczące między innymi: deficytu miejsc specjalizacyjnych – zwłaszcza w stomatologii, a także rozważano rolę Samorządu Lekarskiego w życiu i pracy młodych lekarzy. Próbowano podzielić się rozwiązaniami z różnych regionów, mającymi na celu nakłonienie absolwentów kierunków lekarskich i lekarsko-denty-



XIX Ogólnopolska Konferencja
Młodych Lekarzy
15 - 17 Października 2010 r.
Kraków

Stanowisko XIX Ogólnopolskiej Konferencji Młodych Lekarzy Kraków 17.10.2010r

1. Zniesienie LEP/ LDEP – jesteśmy przeciwni ponieważ:

- 1.1. LEP/LDEP jest obecnie jedynym, obiektywnym kryterium kwalifikacyjnym na specjalizację lekarskie i lekarsko-dentystyczne.
- 1.2. Kwalifikacja na specjalizację w oparciu o średnią ze studiów oraz w oparciu o „predyspozycję i motywację kandydatów” (dodatkowo dorobek zawodowy i naukowy) jest **nieobiektywną** a wręcz **korupcyjną** metodą kwalifikacji na specjalizację lekarskie i lekarsko-dentystyczne.
- 1.3. Brak standaryzacji egzaminów oraz programów studiów pomiędzy uczelniami, także zagranicznymi (programy wymian studentów).

2. Jesteśmy przeciwni skróceniu faktycznego czasu realizacji programu studiów i likwidacji stażu podyplomowego ze względu na:

- 2.1. Brak gotowych projektów gruntownej zmiany programu studiów.
- 2.2. Uczestnictwo w zespole terapeutycznym (nauka umiejętności praktycznych) jest możliwe dzięki posiadaniu (ograniczonego) prawa wykonywania zawodu.
- 2.3. Zgodnie z opublikowanymi danymi (Gazeta Lekarska, 02/2010; str: 24-25) większość (92%) lekarzy stażystów jest przeciwko zniesieniu stażu podyplomowego.

Całokształt propozycji, naszym zdaniem, jest przerażający i niebezpieczny w odniesieniu, do jakości nauki medycznej, jakości świadczeń medycznych i bezpieczeństwa pacjenta.

Komisja ds. Młodych Lekarzy Okręgowej Rady Lekarskiej w Krakowie

Ul. Krupnicza 11 a 31-123 Kraków

www.mlodylekarz.org.pl e-mail: kml@oilkrakow.org.pl

Biuro: tel. 012-619-17-20 fax: 012-422-57-55

stycznych do społecznej pracy w ramach regionalnych samorządów lekarskich.

Trzydniowy cykl obrad zakończył się konferencją prasową, na której przedstawiono wypracowane opinie mediom ogólnokrajowym i regionalnym oraz udzielano odpowiedzi na zadawane przez dziennikarzy pytania.

Bardzo budującym faktem, podkreślanym przez starszych Kolegów lekarzy, była solidarność i niezwykła aktywność wszystkich uczestników Konferencji. Tak liczne uczestnictwo i niezwykle bogate meryto-

rycznie wypowiedzi świadczą o chęci działania młodych lekarzy w zakresie poprawy funkcjonowania, zarówno systemu kształcenia lekarzy, jak i całej Służby Zdrowia w Polsce. Przyjacielska atmosfera oraz bogaty program integracyjny Konferencji umożliwiły nawiązanie wielu kontaktów z przedstawicielami środowisk młodych lekarzy z całego kraju.

*Przewodniczący Komisji
ds. Młodych Lekarzy
przy OIL w Opolu
Krzysztof NOWAKOWSKI*

*Sekretarz Komisji
ds. Młodych Lekarzy
przy OIL w Opolu
Małgorzata ZIÓŁKOWSKA*

SZPITALE OPOLSKIE GWARANCJĄ BEZPIECZEŃSTWA ZDROWOTNEGO MIESZKAŃCÓW OPOLSZCZYZNY

Głównym źródłem środków unijnych finansowych na poprawę infrastruktury ochrony zdrowia w województwie opolskim jest Regionalny Program Operacyjny Województwa Opolskiego na lata 2007–2013 (RPO WO 2007–2013). W ramach w/w programu została wyodrębniona lista projektów kluczowych, strategicznych z punktu widzenia rozwoju regionu, które ze względu na swoją wagę i znaczenie nie muszą konkurować o środki unijne z innymi projektami. Zarząd Województwa Opolskiego przyjął taką listę 26 listopada 2007 r., a następnie kilkakrotnie ją aktualizował.

Mając na uwadze najważniejsze aspekty zapewnienia właściwej opieki medycznej w regionie 10 grudnia 2008 r. Zarząd Województwa Opolskiego jako Instytucja Zarządzająca RPO WO 2007–2013, uchwałą nr 2683/2008, wybrał do dofinansowania projekt „Szpitale opolskie gwarancją bezpieczeństwa zdrowotnego regionu i bazą kształcenia kadry medycznej” w ramach poddziałania 5.2.1. Stacjonarna opieka medyczna z Listy Indykatywnych Projektów Inwestycyjnych. Projekt dotyczy kompletnego remontu i wyposażenia szpitali opolskich. Projekt stanowi jedną z największych inwestycji w infrastrukturę medyczną w ostatnich latach, w znaczący sposób przyczyni się do poprawy jakości usług medycznych w regionie.

Celem projektu jest poprawa warunków świadczenia usług medycznych dla mieszkańców, poprawa dostępu do świadczeń medycznych, jak również skrócenie okresu hospitalizacji. Projekt zakłada między innymi zwiększenie wykonywanych zabiegów kardiochirurgicznych i neurochirurgicznych, zwiększenie dostępności do usług ortopedycznych nie wymagających hospitalizacji, zwiększenia ilości wykonywanych zabiegów operacyjnych w zakresie onkologii, zwiększenia zakresu świadczonych usług o działania związane ze wczesną inter-

wencją w ostrych zawałach mózgu. Realizacja projektu ma również przyczynić się do stworzenia większej ilości miejsc pracy dla personelu medycznego oraz poprawy doskonalenia zawodowego lekarzy, pielęgniarek i innych pracowników medycznych, co pozwoli zatrzymać wyszkoloną kadrę medyczną w regionie. Poprzez realizację projektu zakładany jest wzrost pacjentów opolskich szpitali z 35 do 40 tysięcy.

Do projektu „Szpitale opolskie gwarancją bezpieczeństwa zdrowotnego regionu i bazą kształcenia kadry medycznej” przystąpiło pięć opolskich placówek medycznych:

- Publiczny Samodzielny Zakład Opieki Zdrowotnej Wojewódzkie Centrum Medyczne w Opolu,
- Szpital Wojewódzki w Opolu,
- Opolskie Centrum Onkologii w Opolu im. prof. T. Koszarowskiego,
- Wojewódzki Specjalistyczny Zespół Neuropsychiatryczny im. św. Jadwigi w Opolu,
- Samodzielny Specjalistyczny Zespół Opieki Zdrowotnej nad Matką i Dzieckiem w Opolu.

Dzięki środkom z UE Wojewódzkie Centrum Medyczne zmodernizuje oddziały kardiochirurgii, neurochirurgii oraz przychodni urazowo–ortopedycznej. Na kardiochirurgii powstaje druga sala operacyjna oraz dodatkowa pooperacyjna, co skróci kolejkę na operacje serca. Neurochirurgia powiększy się o dodatkowy odcinek pooperacyjny, a każdy pokój będzie miał łazienkę. Przychodnia urazowo-ortopedyczna będzie przeniesiona z bocznego skrzydła do głównego budynku, powstanie większy gabinet i większa poczekalnia. W ramach projektu w zakres prac SP ZOZ nad Matką i Dzieckiem dostosuje pomieszczenia dla utworzenia Opolskiego Centrum Aktywnego Porodu i Rodzicielstwa i leczenia niemowląt zagrożonych niepełnosprawnością. Rozebrana zostanie istniejąca Izba Przyjęć w Wojewódzkim Specjalistycznym Zespole Neuropsychiatrycznym, a w jej miejsce powstanie nowy „Ośrodek Wczesnej Interwencji Neuroradiologicznej”.

W listopadzie 2009 roku w Szpitalu Wojewódzkim oficjalnie został oddany do użytku nowoczesny pawilon diagnostyczno–operacyjny wraz z łącznikiem spinającym budynek główny i budynek pulmonologii w jedną całość. W pawilonie tym znajdują się nowoczesne sale operacyjne, sala przygotowań pacjentów, sala wybudzeniowa oraz nowoczesne pracownie diagnostyczne.

W styczniu br. w Szpitalu Wojewódzkim rozpoczęły się prace na oddziale hematologii. Po ich zakończeniu placówka będzie mogła zwiększyć liczbę przyjmowanych pacjentów. Oddział hematologii obecnie działa na jednym piętrze z interną, po zakończeniu remontu ma się to zmienić. Oddział zajmie samo-



Zdjęcie z projektu Opolskiego Centrum Onkologii w Opolu



Zdjęcie z projektu Opolskiego Centrum Aktywnego Porodu i Rodzicielstwa przy Szpitalu Ginekologicznym w Opolu

dzielnie dwie kondygnacje, ma być rozbudowany do osiemnastu łóżek na jednym piętrze i do kolejnych dziesięciu na drugim.

Zostały zakończone prace w Opolskim Centrum Onkologii, od 1 lutego pacjenci przyjmowani są w nowoczesnym pawilonie z wygodną i przestronną poczekalnią. Obszerne, przeszklone hol dzieli obiekt na dwie części. W jednej części znajdują się dwie poradnie chorób piersi, poradnia konsultacyjna (chemioterapii) wymiennie z poradnią genetyki, gabinet chirurgii onkologicznej oraz pracownie: mammografii oraz USG. Po drugiej stronie znajdują się gabinety chemioterapii oraz Dzienny Oddział Chemioterapii ze stanowiskami do podawania leków dla pacjentów, którzy nie muszą zostawać na noc w szpitalu. Pawilon połączony został łącznikiem z budynkiem, w którym obecnie mieści się Oddział Radioterapii.

Duże inwestycje wykonał też SP ZOZ nad Matką i Dzieckiem. Do Opolskiego Centrum Aktywnego Porodu i Rodzicielstwa oraz Leczenia Niemowląt Zagrożo-



Zdjęcia projektu Szpitala Wojewódzkiego w Opolu

nych Niepełnosprawnością przy Szpitalu Ginekologicznym prowadzi przestronny hol z wydzielonym miejscem na wózki. Powierzchnia użytkowa to ponad 500 metrów kwadratowych i mieści się w odremontowanym pawilonie na dziedzińcu szpitala. Ściany pomalowane w przyjaznych kolorach, na których widnieją kolorowe postacie z bajek. W poradni rehabilitacyjnej znajduje się aparat USG do badania przezięciastkowego mózgu i stawów biodrowych.

Szkola rodzenia jest także bardzo przestronna, jednocześnie może przebywać tam 20 par. Oprócz sali ćwiczeń i sali wykładowej wyposażonej w rzutnik multimedialny znajduje się pokój odpoczynku dla ciężarnych, pokój rozmów indywidualnych, recepcja, poczekalnia, natrysk dla kobiet i dwie szatnie.

Kolejna część inwestycji jest realizowana w Wojewódzkim Specjalistycznym Zespole Neuropsychiatrycznym im. Św. Jadwigi, który wzbogaci się o „Ośrodek Wczesnej Interwencji Neuroradiologicznej w zawałach mózgu” i nową Izbę Przyjęć.

Planowane ukończenie całego projektu to drugi kwartał 2010 roku. Łączna wartość inwestycji to 60.000.000,00 PLN, środki z Unii Europejskiej wynoszą 25.932.000,00 PLN, wkład Samorządu Województwa Opolskiego to 29.268.000,00 PLN, ogólny wkład jednostek 4.800.000,00 PLN.

Dzięki poczynionym inwestycjom opolskie szpitale staną się bezpieczne i nowoczesne, a ich pacjenci otrzymają opiekę zdrowotną na najwyższym poziomie.

Więcej informacji o projekcie 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 8.00–18.00,
sobota 8.00–16.00

lub na stronach internetowych:
www.opolskie.pl; www.rpo.opolskie.pl

Opracował: Piotr POSPISZEL

Referat Informacji i Promocji Funduszy Strukturalnych DPO UMWO

W CZYICH RĘKACH ZDROWIE PUBLICZNE?

*Ludzie o wiele częściej waliliby się
młotkiem w palec, gdyby ból występował
dopiero po roku.* N.G. DAVILA

*ergo: Ludzie lekceważą zdrowie,
bo skutek lekceważenia przychodzi
dopiero po latach.*

Profilaktyka w samorządach

Myśleć globalnie, działać regionalnie – to slogan, który w ostatnich dwóch dekadach zrobił ogromną karierę wśród elit władzy, w tym także przedstawicieli samorządów lokalnych. Zawarte w nim treści łączy się zazwyczaj z szeroko pojętą gospodarką.

Tymczasem, modyfikując nieco to hasło, np. „*myśleć kategoriami jednostki, ale mieć na uwadze zbiorowość*”, można, a nawet trzeba, jego przesłanie zastosować w obszarze szeroko pojmowanej profilaktyki zdrowotnej. M.in. po to, by sprowokować do rozważań na temat roli samorządów lokalnych w działaniach na rzecz poprawy zdrowia mieszkańców: gminy, powiatu czy województwa. Zdrowia, które w tym kontekście, otrzymuje dodatkowy wyróżnik – publicznego.

Zdrowy człowiek, zgodnie z definicją „zdrowia” Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) – to nie tylko ten, u kogo nie występuje choroba lub zniedołężnienie, lecz osoba, którą cechuje dobre samopoczucie fizyczne, psychiczne i społeczne, umożliwiające aktywne i satysfakcjonujące życie rodzinne, zawodowe, społeczne.

Zdrowie publiczne, czyli postrzegane en bloc statystyczne zdrowie ludności, to zorganizowany wysiłek państwa zarówno dla ochrony i przywracania ludziom zdrowia, jak i promowania zdrowego stylu życia. Dlatego wszelkie instytucje, zajmujące się tą problematyką, a także programy oraz świadczenia, winny uwzględniać działania, służące zapobieganiu chorobom. Czyli skupiać się na prewencji.

Bo rola prewencji jest nie do przecenienia. Aby być zdrowym i długo żyć we względnie dobrym zdrowiu, nie wystarczy koncentrować się tylko na chorobach sensu stricto a w razie konieczności pójść do lekarza, licząc że odpowiednia diagnoza i terapia zwalczą chorobę. Niemniej ważne, a nawet ważniejsze, jest kierowanie uwagi na zdrowie, wzmacnianie go przez odpowiedni tryb życia (np. zdrowe odżywianie, ruch fizyczny) oraz profilaktykę, dzięki której nie tylko zapobiega się wielu chorobom, ale także znacznie wcześniej się je wykrywa.

Patrząc na polską – opolską rzeczywistość trudno oprzeć się wrażeniu, że w większości samorządów, tak krajowych, jak i opolskich, o zdrowiu publicznym myśleli się i mówi się dużo, ale znacznie mniej działa. Owszem, zdrowie jako takie na pewno postrzegane jest jako bardzo ważny element życia, ale głównie w kategoriach osobistych, indywidualnych. Troska o zdrowie publiczne, czyli zdrowie sumujących się jednostek, praktycznie nie istnieje...

W sierpniu Opolskie Centrum Onkologii we wszystkich starostwach Opolszczyzny przeprowadziło rekonasans, celem którego było rozpoznanie uwagi, z jaką samorządy powiatowe podchodzą do ustawowych zapisów, nakładających na nie m. in. obowiązek tworzenia i wdrażania programów promocji i edukacji zdrowotnej.

Okazało się, niestety, że dla wielu samorządowców zdrowie publiczne nie jest de facto, wartością znaczącą... Owszem, w strukturach organizacyjnych więk-

szości opolskich starostw istnieją komórki, mające w swych nazwach, a zapewne i w zakresach zadań, sprawy zdrowia jako takiego, ale niekiedy można odnieść wrażenie, że owo „zdrowie” figuruje w nazwach wydziałów, referatów czy komórek jakby „na doczepkę”, bardziej jako wymóg ustawowy, niż konieczność podyktowana świadomością rangi zadań ochrony zdrowia, także profilaktyki.

Otóż sprawy zdrowia prowadzone są w ramach samodzielnych wydziałów w powiatach: brzeskim, kędzierzyńsko-kozielskim, krapkowickim, namysłowskim oraz prudnickim, w ramach referatów w powiatach: nyskim i opolskim grodzkim, w ramach samodzielnego stanowiska w powiecie głubczyckim, a doczepione do innych wydziałów w oleskim i kluczborskim (Wydział Spraw Obywatelskich, Zarządzania Kryzysowego i Promocji Zdrowia – Kluczbork oraz Wydział Zarządzania Kryzysowego, Ratownictwa i Zdrowia – Olesno). Dwa powiaty w ogóle nie posiadają jednostki, zajmującej się zdrowiem: Opolski Ziemiński oraz Strzelecki; tak przynajmniej wynika zarówno z rozmów telefonicznych, jak i z danych na internetowych stronach BIP.

Ponadto na 12 opolskich powiatów tylko dwa posiadają uchwalone programy promocji i edukacji zdrowotnej: w Krapkowicach (na lata 2003–2010) i w Kluczborku (na lata 2006–2013). Powiat Opolski Grodzki jest w trakcie opracowywania takiego programu. W pozostałych powiatach, czyli w zdecydowanej większości, takich programów nie ma, a obligatoryjne działania prozdrowotne, skądinąd narzucone licznymi ustawami, są prowadzone okazjonalnie, dorywczo, żeby nie powiedzieć – przypadkowo. A i to głównie w zakresie przeciwdziałania alkoholizmowi i narkomanii. Profilaktyka nowotworowa leży, niestety, ...odłogiem.

W Polsce kierunki prozdrowotnych działań określa Narodowy Program Zdrowia z priorytetami, takimi jak: umacnianie zdrowia i wyrównywanie różnic terytorialnych i społecznych poprzez wpływ na styl życia, a także wyrównywanie szans osób starszych i niepełnosprawnych, wczesne wykrywanie i leczenie najczęściej występujących chorób w odwracalnych ich stadiach, ze szczególnym uwzględnieniem świadczeń podstawowej opieki zdrowotnej i pomocy doraźnej w stanach zagrożenia życia, ochrony zdrowia ludności przed najczęstszymi zagrożeniami.

W tej kwestii zadania władz publicznych – rządowych i samorządowych – określają najważniejsze ustawy:

- o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych z 27 sierpnia 2004 r.,
- o zakładach opieki zdrowotnej z 14 lipca 2006 r.,
- o samorządzie gminnym z 8 marca 1990 r.,

- o samorządzie powiatowym z 5 czerwca 1998 r.,
- o samorządzie województwa z 5 czerwca 1998 r.

Zadaniem władz publicznych, zgodnie z art. 6. ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, jest zapewnienie równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej nie tylko poprzez tworzenie odpowiednich warunków dla funkcjonowania systemu ochrony zdrowia, finansowanie świadczeń opieki zdrowotnej czy analizę i ocenę potrzeb zdrowotnych oraz czynników powodujących ich zmiany, ale także poprzez **promocję zdrowia i profilaktykę, mające na celu tworzenie warunków sprzyjających zdrowiu.**

O tym, jak dużą rangę mają programy zdrowotne, realizowane przez jednostki samorządu terytorialnego, świadczy m.in. obowiązek (na mocy nowelizacji ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych – Dz. U. z 2008 r., Nr 164, poz. 1027 z późn. zm.; tekst jednolity) przekazywania projektów tychże programów do zaopiniowania przez Agencję Oceny Technologii Medycznych. Tę samą, która ocenia czy dany lek może być wprowadzony do polskiego lekospisu.

Indywidualne zdrowie to dla większości ludzi kwestia, owszem, najważniejsza w życiu pod warunkiem, że dotyczy... rozważań teoretycznych. Opolanie w ogólnym zarysie wiedzą, jak należy dbać o zdrowie oraz jakie słuszne treści niesie inny slogan: *Lepiej zapobiegać niż leczyć*. Tylko że co innego wiedzieć, a co innego praktykować...

Podobnie rzecz się ma z wiedzą reprezentantów samorządowej władzy na temat ogólnie pojmowanego zdrowia publicznego. Z pewnością jest ona równie znacząca. Tylko że, podobnie jak w wypadkach indywidualnych, nieczęsto przekłada się na działania. Zwłaszcza takie, których spójność gwarantowałaby oczekiwany rezultat. Wielu samorządowców jakby zapomina, że ich odpowiedzialność za bezpieczeństwo zdrowotne mieszkańców zapisana została w akcie najwyższej rangi, a mianowicie Konstytucji RP, której artykuł 68 wręcz zobowiązuje władze publiczne do zapewnienia obywatelom, niezależnie od ich sytuacji materialnej, równego dostępu do świadczeń zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych.

Takimi świadczeniami zdrowotnymi finansowanymi ze środków publicznych są bez wątpienia programy przesiewowe: wczesnego wykrywania raka piersi u kobiet, profilaktyki i wczesnego wykrywania raka szyjki macicy u kobiet, profilaktyki i wczesnego wykrywania raka jelita grubego u kobiet i mężczyzn.

Czy samorządy wojewódzkie, powiatowe i gminne mają tego świadomość?

Krystyna RACZYŃSKA

WYBORY SAMORZĄDOWE 2010

Szanowni Państwo!
Koleżanki i Koledzy!
Nazywam się **Barbara KIMAK** i jestem lekarzem internistą, od 2007 r. radną miasta Opola, a od lipca 2009 r. wiceprzewodniczącą Komisji Społecznej w Radzie Miasta.

W nadchodzących wyborach samorządowych postanowiłam kandydować do sejmiku województwa opolskiego. Kandyduję z 3 miejsca listy Platformy Obywatelskiej w okręgu wyborczym Opole i powiat opolski.

Codziennie stykam się z problemami w ochronie zdrowia. Znam warunki pracy lekarzy i pielęgniarek oraz realia funkcjonowania szpitali i przychodni. Na przełomie 2007/2008 pełniłam obowiązki dyrektora Szpitala MSWiA w Opolu

Jestem członkiem Rady Społecznej:

- Szpitala Wojewódzkiego w Opolu
- Samodzielnego Specjalistycznego Zespołu Opieki Zdrowotnej nad Matką i Dzieckiem w Opolu
- przychodni SP ZOZ Śródmieście.

Jestem osobą odważną i potrafię konsekwentnie dążyć do wytyczonego celu. Od wielu lat interesuję się problematyką dotyczącą ochrony zdrowia. W Sejmiku Województwa Opolskiego będę zabiegać o godne warunki pracy dla pracowników ochrony zdrowia oraz możliwość skutecznego leczenia pacjentów. Chcę aktywnie wpływać na decyzje dotyczące placówek ochrony zdrowia na Opolszczyźnie.

WARTO MIEĆ SWOJEGO PRZEDSTAWICIELA W SEJMIKU WOJEWÓDZTWA!!!

WARTO ODDAĆ NA MNIE SWÓJ GŁOS !!!

Dlatego proszę o głos poparcia!!!

Barbara KIMAK

* * *

Urodziłem się w Jędrzejowie w województwie Świętokrzyskim. Ukończyłem Liceum Ogólnokształcące w Kędzierzynie-Koźlu. Jestem absolwentem Akademii Medycznej we Wrocławiu.

Pracuję w Szpitalu w Kędzierzynie-Koźlu, gdzie od 2000 roku pełnię funkcję ordynatora oddziału chirurgii ogólnej. W tym czasie dwóch chirurgów zdobyło specjalizację z zakresu chirurgii ogólnej, a kolejnych dwóch finalizuje tok specjalizacji. Zespół chirurgów z oddziału,

którym kieruję, wdrożył szereg nowych technologii i procedur z zakresu chirurgii operacyjnej.

W trakcie pracy zawodowej pełniłem dwukrotnie funkcję zastępcy dyrektora do spraw zdrowotnych w ZOZ Kędzierzyn-Koźle. Odbyłem dwuletnią okresową służbę wojskową w batalionie granicznym w Prudniku. Obecnie jestem kapitanem rezerwy z przydziałem mobilizacyjnym.

Ukończyłem studia podyplomowe w Akademii Ekonomicznej we Wrocławiu z zakresu „Zarządzania ochroną zdrowia” oraz między innymi szkolenie w ramach amerykańskiego programu „Projekt Hoppe”.

Mam uprawnienia do zasiadania w radach nadzorczych spółek skarbu państwa, byłem w przeszłości członkiem rady nadzorczej Radia Opole.

Zawsze mam czas na działalność społeczną, od harcerstwa, przez samorząd uczniowski i organizacje młodzieżowe, podczas studiów medycznych pełniłem funkcję Prezesa Studenckiego Towarzystwa Naukowego Akademii Medycznej we Wrocławiu oraz wiceprzewodniczącego Rady Uczelnianej ZSP, później SZSP. Uzyskałem tytuł „Primus Inter Pares” i odznakę „Wzorowego Studenta”.

Przez wiele kadencji byłem delegatem Okręgowej Izby Lekarskiej w Opolu i delegatem na Krajowe Zjazdy Lekarskie.

Od 12 lat jestem radnym województwa opolskiego. Pełniłem liczne funkcje w sejmiku opolskim, byłem przewodniczącym komisji zdrowia, wiceprzewodniczącym i przewodniczącym sejmiku opolskiego, obecnie jestem wiceprzewodniczącym komisji współpracy z zagranicą i promocji regionu. Jestem współautorem wielu kluczowych dla opolskiej ochrony zdrowia projektów, w tym uchwalenia w 1999 roku przez sejmik opolski regionalnych priorytetów, którymi są kardiologia zabiegowa i onkologia.

Poza tym jestem członkiem Towarzystwa Chirurgów Polskich, członkiem Stowarzyszenia Rodzina Katyńska w Opolu, członkiem i delegatem na krajowy zjazd stowarzyszenia „Ordynacka”, członkiem Rady Wojewódzkiej OPZZ w Opolu, członkiem Rady Krajowej Federacji Związków Zawodowych Pracowników Ochrony Zdrowia oraz członkiem Rady Wojewódzkiej i Rady Krajowej SLD. Reprezentowałem, jako ekspert, Sojusz Lewicy Demokratycznej w obradach „Okrągłego stołu zdrowia” w Warszawie w 2010 roku.



Jestem zwolennikiem równouprawnienia sektorów prywatnego i publicznego na rynku usług zdrowotnych, zwiększenia nakładów na ochronę zdrowia, uszczelnienia systemu finansowania usług zdrowotnych.

W nadchodzących wyborach do samorządów terytorialnych kandydować będę ponownie do sejmiku opolskiego z okręgu nr 3, Strzelce Opolskie i Kędzierzyn-Koźle.

Proszę Koleżanki i Kolegów o poparcie mojej kandydatury.

Z wyrazami szacunku
Andrzej MAZUR

Opole, 17.10.2010 r.

GDZIE SZUKAĆ SZCZĄTKÓW KRÓLÓW POLSKI

Każdemu człowiekowi należy się miejsce wiecznego spoczynku, tym bardziej jeżeli idzie o postacie monarsze. Przy wyjściu z nekropoli wawelskiej widnieje wzruszający napis „*CORPORA DORMIUNT, VIGILANT ANIMAE*”, tzn. „*Ciała śpią, dusze czuwają*”.

Tymczasem trudno odnaleźć miejsca pochówku prochów kilku królów polskich. Pierwsi władcy Polski pochowani zostali w Poznaniu: Mieszko I, Bolesław Chrobry, Mieszko II, Kazimierz Odnowiciel i Przemysław II.

Kolejni królowie spoczęli w katedrze w Płocku: Władysław Herman i jego syn Bolesław Krzywousty.

Piastowscy książęta dzielnicowi spoczęli w licznych polskich nekropoliach:

- w Krakowie: Bolesław Kędzierzawy, Kazimierz Sprawiedliwy, Leszek Biały, Leszek Czarny, Bolesław Wstydlivy,
- we Wrocławiu – Henryk Probus (Prawy),
- w Kaliszu – Mieszko Stary,
- w Raciborzu – Władysław Łasonogi.

Dopiero po śmierci króla Władysława Łokietka (1333) powstała największa polska nekropolia w podziemiach katedry wawelskiej, gdzie pochowano prawie wszystkich królów Polski.

Oto królowie o miejscu pochówku których nadal dyskutują historycy:

Bolesław Śmiały (Szczodry) (1041–1081)

Po zabójstwie krakowskiego biskupa Stanisława ze Szczepanowa, wraz z jedynym synem Mieszkim uszedł na Węgry, gdzie zmarł w miejscowości Osijek (Karyntia – obecnie Austria) – nie wykluczone otruty przez wysłanników możnowładców polskich. W tej miejscowości znajduje się królewski nagrobek z napisem „*REX BOLESLAUS POLONIE OCCISOR SANCTI STANISLAI OBITI ANNO 1089*” (*Bolesław, król Polski, zabójca św. Stanisława w roku 1089*).

Dwukrotna penetracja domniemanego grobu Bolesława Śmiałego w Osijeku przez Księżną Karolinę Lanckorońską odkryła fragmenty kości oraz mosiężną spinę, którą przekazała do skarbcza katedralnego na Wawelu.

Kolejne dociekania historyczne sugerują, że szczątki króla Bolesława Śmiałego przewieziono w drewnianej trumnie przez Alpy do Polski (w tamtych czasach nawet wysokich dostojników kościelnych nie chowano w drewnianych trumnach) i pochowano w ufundowanym przez niego klasztorze Benedyktynów w Tyńcu koło Krakowa. Faktycznie w roku 1961 odkryto w Opactwie Tynieckim grób z resztami okazałej trumny oraz dwie drobne kości (fragmenty rzepki). Do dnia dzisiejszego badacze historii nie ustalili miejsca pochówku szczątków króla Bolesława Śmiałego. Nie jest wykluczone, że jego szczątki pod naciskiem ówczesnych władz duchownych nakazał zniszczyć jego brat Władysław Herman, który przejął po nim tron królewski.

Krystyna Rokiczanka – czwarta żona Króla Kazimierza Wielkiego

W roku 1356, podczas spotkania cesarza Karola IV (słynny Most Karola w Pradze) z Kazimierzem Wielkim, nasz Król zakochał się w pięknej Krystynie Rokiczance, wdowie po praskim wójcie (był to jeden z najwyższych urzędników w cesarstwie). Krystyna wymogła na Kazimierzu Wielkim, aby ślub oraz jej koronacja odbyła się na Wawelu. Była to bigamia Kazimierza Wielkiego, ponieważ nadal żyła jego żona Adelajda, córka niemieckiego grafa Henryka Żelaznego, którą z powodu niepłodności zamknął w nowobudowanym murowanym zamku w Żarnowcu nad Pilicą. Ówczesny papież na tą bigamię nie zareagował ze względów politycznych, ale sto lat później sankcje papieskie w stosunku do bigami angielskiego króla Henryka VIII spowodowały oderwanie się kościoła angikańskiego od Rzymu.

Piękna Krystyna Rokiczanka dała jednak Kazimierzowi Wielkiemu dziwny warunek (vide powieść Józefa Ignacego Kraszewskiego pt. „Król chłopów”), aby podczas zbliżeń nie dotykać jej głowy. Niestety wkrótce okazało się, że Krystyna Rokiczanka nosi perukę (ewenement w tamtych czasach), jest kompletnie łysa z zaawansowanym świerzbelem głowy. Wciekły Kazimierz Wielki natychmiast wydalil ją z Wawelu. Krystyna Rokiczanka ze wstydu już nigdy nie wróciła do Pragi, błąkała się po Polsce i do dzisiaj nie wiadomo, kiedy zmarła i gdzie jest pochowana, mimo że była królową Polski.

Król Władysław Wareńczyk

Był synem 73-letniego Władysława Jagiełły oraz 16 letniej księżniczki ruskiej Sołki Olszańskiej. Przeszedł do historii Polski jako pierwszy władca Pol-

ski o odmiennej preferencji seksualnej. Podczas bitwy pod Warną w dniu 10 listopada 1444 r. z turecką armią sułtana Murada II, niesiony ambicją młodości (miał zaledwie 20 lat) rzucił się do walki ze szczególnie wyszkolonymi janczarami (przeważnie byli to synowie pojmanych braneek, nawet z Polski) i poległ na polu bitwy. Głównodowodzący bitwą węgierski magnat Jan Hunyadi, rzekomo widział na polu bitwy żywego Władysława Warneńczyka z poważnymi obrażeniami głowy, ale na pewno ciało królewskie Turcy zabrali ze sobą i eksponowali na terenie podbijanych przez siebie terenów (obecna Bułgaria, Rumunia, a za kilka lat Konstantynopol).

Po bitwie pod Warną w Europie, m.in. w Hiszpanii, Portugalii, Burgundii, pokazywali się samozwańcy podający się za ocalałego z pogromu tureckiego króla Władysława Warneńczyka, ale te mistyfikacje bardzo szybko były wyjaśniane, ponieważ nadal żyła jego matka Sońka Holszańska, która wiedziała, że jej syn posiada u stóp aż 6 palców. Ciekawostką genetyczną jest fakt, że 6 palców u stóp miał również książę śląski Henryk Pobożny, bohater bitwy z Tatarami pod Legnicą. Dzięki temu jego matka św. Jadwiga Trzebnicka odnalazła jego ciało na polu bitwy, mimo że był zdekapitowany (jego głowę na włóczniach Tatarzy obwozili wokół Legnicy).

Jeden z symbolicznych sarkofagów króla Władysława Warneńczyka – bez jego ciała – znajduje się na polu bitwy pod Warną, a drugi – jeden z najpiękniejszych w Europie – w katedrze Wawelskiej, naprzeciwko jego ojca Władysława Jagiełły.

W tym miejscu należy przypomnieć, że jego młodszy brat Kazimierz Jagiellończyk koronował się na króla Polski dopiero po 3 latach, wierząc, że jego brat uniknął śmierci pod Warną.

Królowa Barbara Radziwiłłówna

Była wdowa po wojewodzie nowogrodzkim Stanisławie Gosztołdzie, a więc Gosztołdową, była piękną kobietą. Dlatego też nic dziwnego, że król Zygmunt August, któremu pierwsza żona Elżbieta Habsburżanka zmarła z powodu padaczki, bezgranicznie się w niej zakochał. Mimo oporów polskich możnowładców, a zwłaszcza matki królowej Bony doprowadził do ślubu oraz koronacji Barbary Radziwiłłówny, ale ta ich uległość spowodowana już była zawansowaną chorobą 31-letniej Barbary.

W przeszłości Barbara Radziwiłłówna prowadziła niezwykle aktywne życie seksualne – nawet z ludźmi niskiego stanu. Dlatego też nic dziwnego, że wystąpiły u niej, jeszcze przed ślubem z królem Zygmuntem Augustem, objawy (dyskutowane przez historyków) zaawansowanego syfilisu (kiły), która w tych czasach po powrocie Krzysztofa Kolumba z Ameryki zaczęła się szerzyć w Europie, czy też raka szyjki macicy, wów-

czas jeszcze nie opisywanego. Rozkładające się ciało Barbary Radziwiłłówny odstraszało wszystkich z jej otoczenia, dlatego też przy jej śmierci był tylko Zygmunt August (słynny obraz Memlinga „Śmierć Barbary Radziwiłłówny”).

Ciało Barbary Radziwiłłówny zostało pochowane w katedrze wileńskiej obok króla polskiego Aleksandra oraz pierwszej żony Zygmunta Augusta – Elżbiety Habsburżanki. Niestety zapomniane przez wieki grobowce powyższe runęły i szczątki Barbary Radziwiłłówny zmieszały się z prochami innych pochowanych później w katedrze.

Ostatni król Polski Stanisław August Poniatowski

Był bezzenny i bezdzietny. Kochanek carycy Katarzyny, animatorki rozbiorów Polski. Zmarł po abdykacji w dniu 12 lutego 1798 roku i został pochowany z wielkimi honorami w kościele Św. Katarzyny w Petersburgu z udziałem ówczesnego cara Rosji Pawła II.

W roku 1938 władze radzieckie przekazały trumienkę ze szczątkami ostatniego króla Polsce, która spoczęła w krypcie rodzinnej w miejscowości Wołczyn (kresy wschodnie). W latach osiemdziesiątych ubiegłego wieku, z uwagi na przygotowanie sarkofagu w katedrze Św. Jana w Warszawie dla ostatniego polskiego króla, władze polskie zwróciły się do władz radzieckich z prośbą o przekazanie szczątków króla Stanisława Augusta Poniatowskiego. Bez udziału polskich naukowców przekazane zostały Polsce, wydobyte z krypty w Wołczynie (wielokrotnie penetrowanej) szczątki, które okazały się fragmentami kości zwierzęcych. Dlatego też w Warszawie w przygotowanym sarkofagu zamiast szczątków królewskich spoczęło ciało niezwykle osobowości, słynnego „Kuriera” z czasów II wojny światowej Jana Nowaka-Jeziorańskiego. Tak więc w stolicy naszego kraju, w Warszawie nie spoczywają prochy żadnego króla polskiego.

Kryptami ostatnich książąt mazowieckich w katedrze św. Jana w Warszawie, nie za bardzo możemy się szczyścić, ponieważ ich protoplasta Konrad sprowadził do Polski Krzyżaków i wszyscy wiedzą do czego to doprowadziło. Dlatego też cieszymy się z imponujących uroczystości na Polach Grunwaldzkich w dniu 15 lipca 2010 z okazji rocznicy 600-lecia Victorii nad zakonem Krzyżackim.

P.S. Również przekazane nam przez władze radzieckie szczątki wielkiego pisarza Stanisława Witkiewicza (Witkacego) pochowane z wielkimi honorami na cmentarzu „Na Pęksowym Brzysku” w Zakopanem, okazały się kośćcem młodej kobiety.

Dr hab. n. med. Janusz KUBICKI

Państwowa Medyczna Wyższa Szkoła Zawodowa w Opolu

CENNA NAGRODA

Niniejszym pragniemy poinformować Czytelników Biuletynu o cennej nagrodzie, jaką otrzymał nasz Kolega – Jan Sagan na Ogólnopolskim Konkursie Fotograficznym „W obiektywie Eskulapa”. Poniżej zamieszczam dyplom oraz nagrodzony tryptyk fotograficzny laureata. Serdecznie gratulujemy sukcesu!!

Jerzy B. LACH



ŚWIĘTOKRZYSKA IZBA LEKARSKA

25-389 Kielce, ul. Wojska Polskiego 52
tel. +41 362 13 81, 368 75 67; fax +41 362 15 00

**Szanowny Pan
Jan Aleksander Sagan**

*Z przyjemnością informujemy Pana Doktora,
iż obradujące w dniu 26 maja 2010 roku
Jury Ogólnopolskiego Konkursu Fotograficznego*

„W obiektywie Eskulapa”

*przyznało Panu w kategorii „Człowiek, Środowisko, Architektura”
za cykl prac „Niecodzienny tryptyk”*

Drugą Nagrodę

*Składając Panu Doktorowi serdeczne gratulacje, życzymy kontynuowania
wspaniałej sztuki fotografii oraz dalszych sukcesów artystycznych*

Z wyrazami szacunku

*Przewodniczący Jury Konkursu
Twórca Kieleckiej Szkoły Krajobrazu*

Paweł Pierściński

*Przewodniczący Komitetu Organizacyjnego
Redaktor Naczelny „Eskulapa Świętokrzyskiego”*

dr n. med. Maciej Andrzej Zarębski

*Prezes
Świętokrzyskiej Izby Lekarskiej*

Lek. med. Januariusz Lewandowski

Kielce 26 maja 2010 roku



ŻEGLARSKI WEEKEND W SZCZECINIE



Już po raz siódmy odbyły się w Szczecinie, w dniach 4–6 czerwca 2010 r., Mistrzostwa Polski Izby Lekarskich w Żeglarskim w klasie Omega. Kolejny też raz organizatorki imprezy Hala Teodorczyk i Hala Ey-Chmielewska, mimo bardzo niesprzyjających okoliczności stanęły na wysokości zadania.

Prognozy żeglarskie były niepewne (powódź w kraju, cofka na Bałtyku, silny północny wiatr), do końca, czyli 3.06.2010r nie było 100% pewności, czy regaty lekarskie się odbędą. Nasze Halinki mają chyba bardzo dobre konszachty z siłami nadprzyrodzonymi, bo wszystko udało się zorganizować.

Na starcie zawodów zameldowało się niestety tylko 9 załóg, ale i tak zabawa była przednia. W dniu regat wiatr zmienił kierunek i siłę, poziom wody się obniżył i wyjrzało słońeczko, komandor zezwolił więc na start. Tym razem obyło się bez kąpieli (w brudnej popowodziowej wodzie Jeziora Dąbie nie byłaby to zbyt przyjemność), a łódki pływały sobie – jak zwykle – raz lepiej, raz gorzej.

Nasza opolska załoga radziła sobie dobrze. W pierwszym dniu byliśmy na 5 pozycji, ale dzień później już wiatr nie był dla nas łaskawy (spuśćmy więc zasłonę milczenia na końcowe wyniki, gdyż nie to jest w tym wszystkim najważniejsze).

Oprócz pływania na żaglach organizatorki zapewniły nam także doskonałą zabawę po powrocie na brzeg. W sobotę po regatach uczestnicy zostali poddani próbie i pasowani przez J. W. Króla Jezierin Topika wraz z Małżonką Królową Lelują i Pomocnicami: Skrzydlicą i Barrakudą na członków Bractwa Jeziernego (poparte go odpowiednim certyfikatem chrztu). Po ceremonii nastąpił piękny pokaz sztucznych ogni. Oczywiście nie zabrakło śpiewania szant i pieśni żeglarskich, w czym, jak nieskromnie powiem, przodowała nasza załoga.

Niestety co miłe i przyjemne szybko się kończy. Z żalem opuszczaliśmy gościnny Camping Marina, gdzie



cała impreza się odbywała. Mamy nadzieję, że jak tylko nadarzy się okazja, znowu będziemy mogli zagościć w Szczecinie i reprezentować Naszą Izbę Lekarską na kolejnej edycji Żeglarskich Mistrzostw Polski Izby Lekarskich.

Z żeglarskim pozdrowieniem: A-hoj

A. Adamska, A. Operacz, S. Pikor



SPRAWOZDANIE Z VIII MISTRZOSTW POLSKI LEKARZY W KOLARSTWIE SZOSOWYM

BYCHAWA 4–5 CZERWCA 2010

Tegoroczna edycja Mistrzostw Polski Lekarzy w Kolarstwie Szosowym odbyła się już po raz ósmy w Bychawie pod Lublinem. Imprezę zorganizowała Lekarska Grupa Kolarska dowodzona przez dra Krzysztofa Matriasę z Lublina.

Ze względu na majową powódź już sam dojazd okazał się niemałym wyczynem. Nieprzejezdne drogi, zerwane mosty, burzowe prognozy nie odstraszyły grupy ok. 50 uczestników, którzy stawili się na starcie. 4 czerwca odbyła się indywidualna jazda na czas na dystansie 10 km. Zawody od dwóch lat noszą oficjalną nazwę „Czasówki Roberta” – jako wspomnienie po naszym Koledze – lekarzu i kolarzu Robercie Nanowskim.

W mistrzostwach uczestniczyłem po raz czwarty. Przed startem widać, że nikt przez ostatni rok, bynajmniej kolarsko, nie próżnował. Wielu ma za sobą ponad dwa tysiące kilometrów treningu, coraz lepszy sprzęt, specjalnie przygotowaną taktykę. W tego typu zawodach, gdzie czas liczony jest elektronicznie z dokładnością do dziesiątych części sekundy, każdy szczegół jest ważny – w końcu to Mistrzostwa Polski! Tętno wzrasta do 160 uderzeń na minutę... to nie zmęczenie – to przedstartowe emocje. Po pierwszym kilometrze wszystko wra-

ca do normy. Równy rytm, dobre rozłożenie wysiłku. Efekt – czwarta lokata w mojej kategorii wiekowej i 22 miejsce w klasyfikacji ogólnej (średnia prędkość 38.24 km/h, czas 15 min. 41,4 sek.). Mój najlepszy z dotychczasowych wyników. Podczas wieczornej kolacji dzieliliśmy się wrażeniami z czasówki, ale każdy już myślał o sobotnim wyścigu szosowym.

Na starcie przywitała nas słoneczna pogoda. W samo południe wystartowaliśmy do wyścigu na dystansie 103 km (trzy pętle po 34 km w okolicach Bychawy). Pierwsze „kółko” utrzymuję z prowadzącą 10-osobową grupą. Ponad 100 km dystans traktuję z pokorą i jadę własnym tempem. Kilku „śmiałków” po pierwszej pętli wycofuje się z zawodów. W strefie bufetu z bidonem czeka mój 6-letni syn Mateusz. Bidon, przybicie piątki i... „dalej tato!”. Takiego kibica nie mogę zawieść. Na trzeciej pętli doganiam kolegę z Rzeszowa, który odpadł z czołówki. Wyraźnie odwodnionego ratuję swoim napojem, czym – jak potem przyznał – „ratuję mu życie”. Cóż, taki nasz zawód – raz kropiółka, raz bidon. W końcu meta! Czas 3 godz. 7 min. 23 sek., średnia prędkość 33 km/h i... trzecie miejsce w mojej kategorii wiekowej. Brązowy medal – satysfakcja ogromna!

Fantastyczna pogoda, dopingujący mieszkańcy Bychawy i rodziny zawodników, dobra organizacja, zabezpieczenie trasy przez Policję i Straż Pożarną, najlepszy dotychczasowy wynik sprawiły, że tegoroczne mistrzostwa wspominam najlepiej i już planuję 9-tą edycję w 2011 r.

Rafał NAMYŚLAK

CO PISZĄ INNI

O CERTYFIKATACH LEKARSKICH, POMOCNIKACH LEKARZY I DOSTĘPIE DO LEKARZY SPECJALISTÓW

Lekarze z certyfikatami

Projekt rozporządzenia ministra zdrowia zakłada wprowadzenie systemu certyfikatów, które mają stanowić potwierdzenie uzyskania przez lekarzy określonych szczegółowych umiejętności o charakterze medycynotechnologicznym i pomóc w rozwiązaniu problemu niedoboru specjalistów. Bo choć nie mamy zbyt niskiego wskaźnika liczby lekarzy w porównaniu z innymi krajami, odczuwamy niedobór specjalistów.

Zasadniczą rolę w kwestii liczby specjalistów odgrywają jednak, moim zdaniem, trzy sprawy – dwie typowe dla Polski i jedna spotykana w innych krajach. Nasze sprawy to astronomicznie duża liczba specjalizacji

i nadmierne wymagania NFZ, jeśli chodzi o zapewnienie określonej liczby i profilu lekarzy specjalistów przez jednostki ochrony zdrowia.

Problemem międzynarodowym jest nierównomierne rozmieszczenie geograficzne lekarzy. Według najnowszej, świeżutkiej statystyki (3 sierpnia 2010 r.) opublikowanej przez Naczelną Izbę Lekarską (www.nil.org.pl) w Polsce wykonuje zawód 120.938 lekarzy medycyny, co daje wskaźnik tzw. gęstości lekarzy wynoszący 32 na 10.000 populacji. Według oficjalnych danych WHO, w Czechach i Danii wskaźnik ten wynosi 36, w Wielkiej Brytanii 23, w USA 26, w Niemczech i Francji 34, w Chorwacji 25, Hiszpanii 33, a w Szwajcarii 40. W tabelach wskaźnika gęstości lekarzy przoduje Kuba (59), a ostatnie miejsce należy do Zambii (1,2). Podane wskaźniki pochodzą z drugiej połowy pierwszej dekady XXI w., ale choć są z różnych lat, stanowią dobrą bazę porównawczą dla naszych rozważań.

Specjaliści od jednej choroby

Pod wpływem określonych grup lekarskich, dążących do zmonopolizowania czy też wyniszczania określonego rynku usług medycznych, doszło w Polsce do eksplozji specjalności lekarskich, eksplozji na skalę niespotykaną. Jako kardiologowi, włos mi się jeży na głowie, gdy dowiaduję się, że nadciśnienie tętnicze najlepiej leczy kolega nadciśnieniolog, który oficjalnie nazywany jest dumnie hipertensjologiem. Myślę, że podobne odczucie mają także koledzy nefrologi. Podobnie jest z diabetologami – jakby interniści, nie mówiąc już o endokrynologach, nie mogli z powodzeniem leczyć pacjentów z cukrzycą, jak to jest przyjęte w wielu cywilizowanych krajach. Są u nas takie specjalności, których główną cechą jest fakt, że do takiego lekarza trudno się dostać, jak np. ginekolog endokrynolog. Bo niby dlaczego zwykły endokrynolog nie miałby się zajmować zaburzeniami hormonalnymi kobiet. Mamy też specjalizację z medycyny paliatywnej (świetne pole do popisu dla internistów niepaliatywnych), medycyny transportu (może chodzi o miłośników motoryzacji, do których wielu lekarzy się zalicza), oświaty zdrowotnej (!), angiologii (to taki internista od naczyń, ale już nie naczyń serca, nerek ani mózgu) oraz wreszcie lekarzy specjalistów diagnostyki laboratoryjnej. W zestawieniu NIL z 3 sierpnia 2010 r. figuruje aż 78 specjalności lekarskich i 7 stomatologicznych. W większości krajów europejskich oraz w Ameryce Północnej specjalności lekarskich jest prawie dwa razy mniej.

Nasz NFZ, kierując się oficjalnie dążeniem do zapewnienia jak najlepszej, oczywiście specjalistycznej, opieki medycznej, stawia stosowne do liczby specjalności, choć niestosowne do zdrowego rozsądku i norm międzynarodowych, wymagania zakładom ochrony zdrowia. Tak więc problem się rozrasta, a media to potęgują, trąbiąc o niedoborze np. diabetologów, co powoduje niepokój np. u pacjentów z cukrzycą, którzy nie leczą się u diabetologa i zaczynają się zastanawiać nad kompetencjami swojego dotychczasowego lekarza.

Certyfikaty umiejętności

Po pierwsze, powinniśmy radykalnie zmniejszyć liczbę specjalności, ale co zrobić z tymi lekarzami, którzy często w dobrej wierze uzyskali swoje hiperspecjalizacje. Można by się pokusić o przeniesienie ich do praktyki drugiej opinii, aby pełnili funkcję wyłącznie konsultacyjną w swojej hiperspecjalizacji, praktykując jednocześnie w swojej specjalizacji podstawowej (o ile jeszcze potrafią!). Projekt rządowy zakłada wprowadzenie certyfikatów dla 56 umiejętności. Szkolenie ma trwać nawet 2 lata, a opłata za egzamin ma wynieść 800 zł. Planowany czas wejścia ustawy w życie to połowa 2011 r. Certyfikaty mają dotyczyć przede wszystkim umiejętności o charakterze diagnostycznym (np. USG) oraz procedur specjalistycznych (np. endoskopia). Zamierzeniem pomysłodawców uchwały jest, mam nadzieję, uznawanie

tych certyfikatów przez NFZ jako podstawy do zapłaty za wykonane świadczenia. W odrębnych rozporządzeniach minister zdrowia ma określić katalog specjalizacji, których uzyskanie będzie równoważne z uzyskaniem umiejętności objętych certyfikacją.

Model amerykański

Rozwiązanie to przypomina mi trochę stosowany w szpitalach amerykańskich system akredytacji. Polega on na określeniu trzech poziomów umiejętności lekarskich dla danej specjalizacji. Pierwszy poziom, tzw. *core* (umiejętności podstawowe), to zespół umiejętności typowych dla lekarza, który uzyskał specjalizację. Na przykład dla amerykańskiego internisty oznaczać to będzie umiejętność, ale i uprawnienie do wykonywania nakłucia jamy opłucnej czy zakładania wkłuc centralnych. Drugi poziom, tzw. *additional*, oznacza dodatkowe umiejętności z zakresu posiadanej specjalizacji ogólnej lub jej podspecjalizacji. Dla amerykańskiego internisty oznaczać to może np. umiejętność wykonywania (interpretacji) próby wysiłkowej czy interpretacji badania echokardiograficznego, które wykonuje technik. Trzeci poziom to tzw. *special*, czyli umiejętności poza posiadaną specjalizacją. Na przykład dla internisty może on obejmować umiejętność wykonywania zabiegów małej chirurgii czy szycia ran powierzchownych. W systemie amerykańskim nie ma certyfikatów umiejętności dla lekarzy niemających specjalizacji, oni muszą wszystkie czynności wykonywać pod nadzorem, który jednak może być czasem pośredni. Poza tym wiele czynności o charakterze technicznym wykonują tam specjalnie przeszkoleni technicy medyczni. W systemie brytyjskim, charakteryzującym się, podobnie jak nasz, nadmiernie długim okresem specjalizacji (zazwyczaj ponad 5 lat), brakuje certyfikacji, a lekarze pracują w systemie hierarchicznym, z każdym rokiem poszerzając swoje umiejętności. Wykonują je pod pośrednim nadzorem konsultanta, a młodszy pod bezpośrednim nadzorem starszego lekarza, który jest jeszcze w trakcie specjalizacji. Tam także wiele procedur (np. badanie echokardiograficzne) z powodzeniem wykonują, a nawet interpretują specjalnie przeszkoleni i certyfikowani technicy.

Ułatwienie czy komplikacja

Moim zdaniem, wprowadzenie certyfikatów skomplikuje słabo zorganizowany system szkolenia podyplomowego, a zorganizowanie egzaminów i akredytacji jednostek szkolących będzie nie lada wyzwaniem dla naszego systemu ochrony zdrowia. Nie słyszałem, aby planowano możliwość zdawania egzaminów w trybie online, a przynajmniej w centrach komputerowych, wiele razy w roku. Znosi się na masówkę z egzaminami w tradycyjnym, przestarzałym stylu przed obliczem CEM. System certyfikatów może skutecznie zahamować rozwój tak potrzebnych zawodów techników czy tech-

nologów medycznych. A tutaj właśnie widzę możliwość radykalnej poprawy dostępności do lekarza specjalisty. Powinniśmy, ze względu na szybką technicyzację medycyny, jak najprędzej opracować program studiów licencjackich dla zainteresowanych pracą z nowoczesną technologią w ochronie zdrowia.

Technik echokardiografii

Wystarczy dobre, minimum dwuletnie szkolenie na poziomie licencjatu, pozwalające na wykonywanie badań echokardiograficznych przez klatkę piersiową. Interpretacją obrazów uzyskanych zgodnie ze standardem przez technika zajmuje się lekarz kardiolog, także przy wykorzystaniu narzędzi telemedycznych. Efektem będzie znacznie efektywniejsze wykorzystanie czasu lekarza, poprawa dostępu oraz umożliwienie wykorzystania nowoczesnej technologii przesyłu obrazów na odległość, w tym dokumentacja filmowa wszystkich wykonywanych badań (obecnie nieprowadzona). Dodatkowo ułatwiony będzie dostęp do wyników.

Technik terapii oddechowej

Dwuletnie szkolenie na poziomie licencjatu pozwoli na sprawne obsługiwanie urządzeń wentylacji mechanicznej (respiratory), nieinwazyjnego wspomagania oddechu (BIPAP), wszelkiego rodzaju nebulizatorów, pobierania krwi na badania gazometryczne, podawania tlenu oraz nawet intubacji dotchawiczej w nagłych przypadkach. Efektem będzie znacznie bardziej efektywne wykorzystanie czasu pracy anestezjologa, który skupi się na wydawaniu zleceń lekarskich w zakresie parametrów ustawienia urządzeń. Model ten umożliwiłby również dopuszczenie pulmonologów, kardiologów i internistów do prowadzenia pacjentów na oddechu zastępczym czy wspomaganym, dla których, oprócz blokady ze strony anestezjologów, problemem jest obsługiwanie urządzeń technicznych. W ten sposób zmniejszyłby deficyt anestezjologów, który uważam za częściowo pozorny.

Technik procedur chirurgicznych

Minimum dwuletnie szkolenie na poziomie licencjatu prowadziłyby do wykształcenia technika, który przejąłby funkcję asystenta przy zabiegach chirurgicznych od lekarza. Model ten zmniejszyłby liczbę lekarzy obecnych przy zabiegach chirurgicznych i podczas dyżurów, gdzie tradycyjnie w szpitalach powiatowych chirurgowi ogólnemu asystuje ginekolog i odwrotnie. Rozwiązanie to wpłynęłoby na poprawę dostępu do specjalistów chirurgii.

Asystent medyczny

Dwuletnie szkolenie ukierunkowane na naukę obsługi pacjentów ambulatoryjnych obejmowałoby podstawowe czynności medyczne, jak mierzenie oznak życia, ważenie, zbieranie informacji o pobieranych lekach,

przebytych operacjach oraz używkach. Asystenci medyczni usprawnią pracę specjalistów i lekarzy pierwszego kontaktu pracujących w poradniach oraz zmniejszą wymagania dotyczące liczby pielęgniarek.

Transkrypcjonista medyczny

Podczas rocznego szkolenia z terminologii medycznej zostaną przygotowane kwalifikowane osoby do przepisywania raportów lekarskich, jak wywiad i badanie fizykalne, epikryza, raporty operacyjne i listy referencyjne. Stworzenie centrów transkrypcji w większych szpitalach oraz centrów zdalnej transkrypcji skróci pracę papierową specjalisty, poprawi jakość raportów oraz umożliwi lepszy dostęp do raportów medycznych.

Koder medyczny

Wprowadzenie JGP w Polsce spowodowało pojawienie się pierwowzorów koderów medycznych w postaci doksztalonych w tym zakresie pracowników działów administracji szpitalnej. W USA, gdzie system rozliczeń DRG, będący pierwowzorem JGP, działa już od wielu lat, koderzy medyczni to szanowana profesja, z własnym programem studiów na poziomie licencjatu oraz stowarzyszeniem zawodowym. W niedalekiej przyszłości zapotrzebowanie na tego typu profesjonalistów będzie rosło, w miarę pojawiania się alternatywnych ubezpieczeń i konieczności sprawnego rozliczania się z większą liczbą płatników. Jak najszybciej należałoby zrezygnować z powszechnie stosowanej, a zabierającej dużo czasu lekarzowi specjaliście praktyki nadawania kodów i grupowania diagnoz przez lekarza. Lekarz powinien postawić właściwe, szczegółowe diagnozy i nazwać procedury, a koder powinien w sposób optymalny i zgodny z dokumentacją medyczną te procedury numerycznie sklasyfikować. Dzięki temu polepszy się dostępność do lekarzy specjalistów.

Hospitalista

W celu poprawy dostępności do lekarzy specjalistów można się pokusić o wprowadzenie pewnych specjalności albo funkcji lekarskich, które usprawnią pracę w szpitalu. Należy wprowadzić nowe, nietuzinkowe specjalizacje lekarskie i paralekarskie.

Jedną z nich jest lekarz internista pracujący wyłącznie w szpitalu. Hospitalista pełni funkcję lekarza pierwszego kontaktu w szpitalu. Wyszkolenie powinno obejmować umiejętności z zakresu intensywnej terapii, medycyny ratunkowej oraz prowadzenia pacjentów po operacji pod względem ogólnomedycznym. W USA udowodniono, że hospitalista przyczynia się do skrócenia czasu pobytu pacjenta w szpitalu oraz poprawy jakości leczenia. Pracując w systemie zmianowym, przyczynia się do poprawy dostępności do innych lekarzy specjalistów. W dobrze zorganizowanym systemie opieki szpitalnej hospitalista, współpracując z kardiologiem i pulmonologiem jako

konsultantami, może zastąpić lub przynajmniej znacznie odciążyć anestezjologa na oddziale intensywnej terapii. Może wykonywać wiele procedur w szpitalu, obecnie przeprowadzanych przez innych specjalistów, jak np. wkłucia centralne, punkcje, zakładanie sond i cewników, drenaże i sedacje. W USA w bardzo dużych szpitalach spotyka się już nawet tzw. hospitalistów proceduralistów, czyli specjalistów od zabiegów przyłóżkowych, obecnych w szpitalu przez całą dobę. Jeszcze jedną kategorią są nokturniści, czyli hospitaliści pracujący wyłącznie w nocy.

Asystent lekarski i pielęgniarka praktykująca

W czteroletnim programie nauczania na poziomie licencjatu można wykształcić profesjonalistę, który będzie wykonywał podstawowe czynności lekarskie. Po wojnie w Polsce kwitł zawód felczera, obecnie w zániku. Wydaje się, że nie ma przeciwwskazań, aby w niektórych podstawowych sprawach zdrowotnych lekarza wyręczał asystent. W praktyce ambulatoryjnej może on z powodzeniem przyjmować pacjentów z drobnymi dolegliwościami, a na szpitalnym oddziale ratunkowym pełnić funkcję medyka pierwszego kontaktu dla pacjentów z drobnymi urazami czy problemami zdrowotnymi. W sali operacyjnej dobrze wyszkolony asystent lekarski może pełnić funkcję pierwszego asystenta przy stole operacyjnym. W systemie brytyjskim ważną rolę odgrywa w powyższych zakresach tzw. pielęgniarka praktykująca. W USA także jest zawód pielęgniarki praktykującej.

Szybka ścieżka

System opieki zdrowotnej w Polsce wymaga dalszych reform. Ważnym aspektem jest zapewnienie optymalnego dostępu do lekarza. Uważam, mając na uwadze obecny wskaźnik liczby lekarzy w naszym kraju, że bez szeroko zakrojonych, wielopłaszczyznowych zmian ukierunkowanych przede wszystkim na jak najlepsze wykorzystanie czasu lekarza specjalisty nie uda się umożliwić pacjentom dobrego dostępu do lekarza. Ponadto w obliczu lawinowego rozwoju technologii medycznych niezbędne jest dążenie do ich jak najlepszej obsługi przez wyszkolonych profesjonalistów, a w obliczu postępującego skomplikowania systemów rozliczeń finansowych – powierzenia tej sfery specjalistom. System certyfikatów umiejętności lekarskich jest rozwiązaniem pośrednim. Być może w związku z brakiem możliwości szybkiego wykształcenia zawodów pomocniczych spowoduje tymczasowo poprawę sytuacji. Oby tylko płatnik (w niedalekiej przyszłości, mam nadzieję – płatnicy) to zrozumiał, a nasi partnerzy w Unii Europejskiej tego typu kwalifikacje uznawali, w co, niestety, wątpię.

Jarosław J. FEDOROWSKI

(przedruk z „Menedżera zdrowia” nr 6/10)

CHROŃMY ANTYBIOTYKI!

*Z Elżbietą PUACZ, wiceprezesem Krajowej Izby
Diagnostów Laboratoryjnych
rozmawia Maria PRZESMYCKA*

– W Polsce powstał Narodowy Program Ochrony Antybiotyków – czy sytuacja jest tak zła, że trzeba ją monitorować za pomocą narodowego programu?

– Sytuacja jest bardzo niepokojąca. Polska jest na 5. miejscu wśród państw Europy pod względem zużycia antybiotyków. 80% antybiotyków zleczanych jest przez lekarzy ambulatoryjnych, pozostałe 20% zużywa ją pacjenci w szpitalach. Szczegółowa analiza ilościowa zapisanych antybiotyków wskazuje, że liczba opakowań antybiotyku na jednego ubezpieczonego jest w Anglii o 35% niższa niż w Polsce. Wspominam o Anglii, ponieważ w tym kraju, po wprowadzeniu programu ochrony antybiotyków i dzięki upowszechnieniu wytycznych konsultantów, w ciągu pięciu lat o 50% zredukowano preskrypcję antybiotyków u dzieci.

Stąd w Polsce tak ważne jest wdrożenie działań na rzecz ograniczenia konsumpcji antybiotyków, ustalenie standardów stosowania antybiotykoterapii, rozwój diagnostyki mikrobiologicznej, promowanie specjalizacji z farmakologii klinicznej i mikrobiologii.

– Dziesiątki konferencji, naukowych publikacji, alarmujących apeli w sprawie nieprawidłowo prowadzonej antybiotykoterapii – to wciąż za mało? Dlaczego w Polsce tak trudno zmienić złe nawyki lekarzy?

– To nie jest wina lekarzy! Jest to problem złożony, na który składają się między innymi agresywna działalność firm farmaceutycznych, reklamy telewizyjne skierowane do rodziców, programy nauczania na kierunkach medycznych, farmaceutycznych i biologicznych, bagatelizowanie problemu przez decydentów ochrony zdrowia, ograniczanie, a nawet w wielu przypadkach likwidacja diagnostyki mikrobiologicznej, ograniczanie liczby zleczanych badań, brak specjalistów z dziedziny farmakologii klinicznej i mikrobiologii i na koniec wymienię bardzo ważny czynnik – brak rekomendacji leczenia poszczególnych rodzajów zakażeń, opartych na EBM oraz doświadczeniach praktykujących klinicystów, opracowanych przez towarzystwa naukowe wraz z grotem konsultantów.

– Ale są już chyba pierwsze jaskółki. Myślę o rekomendacjach Narodowego Instytutu Leków z 2009 r. stosowania antybiotyków w zakażeniach układu oddechowego.

– Rekomendacje, o których Pani wspomina, dotyczą postępowania w pozaszpitalnych zakażeniach układu oddechowego. Odróżnienie etiologii zakażenia dróg oddechowych nie jest proste. Wywiad i badanie przedmiotowe charakteryzują się małą swoistością oraz czułością

w różnicowaniu etiologii wirusowej i bakteryjnej zapalenia gardła. Wielu pediatrów, niejednokrotnie pod naciskiem rodziców, zlecało stosowanie antybiotyków. Dane statystyczne, dotyczące leczenia tych zakażeń u dzieci, wskazują, że blisko 80% dzieci leczonych było antybiotykami w sytuacji, gdy 70–85% przyczyn ostrego zapalenia gardła i migdałka stanowią zakażenia wirusowe. Aby temu przeciwdziałać, autorzy rekomendacji, w celu różnicowania, zalecają stosowanie skali punktowej oraz okresu wyczekiwania przed podaniem antybiotyku przy stosowanym leczeniu objawowym, ponieważ zakażenia wirusowe ustępują samoistnie po 3–4 dniach. Zainteresowanych odsyłam na stronę www.antybiotyki.edu.pl

– Kolejny problem to zbyt rzadkie korzystanie przez lekarzy z badań mikrobiologicznych.

– Jest to bardzo duży problem. W Polsce wykonuje się na jednego ubezpieczonego pięciokrotnie mniej badań laboratoryjnych niż w Czechach, zaś dwudziestokrotnie mniej badań mikrobiologicznych niż w Holandii.

– Jaka jest tego przyczyna?

– Diagnostyka, w tym laboratoryjna, jest jedynym świadczeniem medycznym nie kontraktowanym bezpośrednio z NFZ, ale wchodzącym w skład procedury medycznej. I tu tkwi problem rzekomego oszczędzania poprzez ograniczanie zlecania badań laboratoryjnych i leczenia opartego tylko na empirii. Jest to myślenie krótkofalowe. Brak badań mikrobiologicznych uniemożliwi w najbliższym czasie prawidłową empirię, ponieważ nie znając mikroflory (na podstawie wyników badań mikrobiologicznych), nie możemy określić zaleceń empirycznych. Diagnostyka laboratoryjna jest podstawą prawidłowego procesu terapeutycznego, a co za tym idzie, skraca czas hospitalizacji, zmniejsza koszty i zwiększa satysfakcję pacjenta. Przykre, że nie pamiętają o tym kierownicy zakładów opieki zdrowotnej.

Drugi problem, związany z diagnostyką mikrobiologiczną, to jakość i rzetelność świadczonych usług. Moi mistrzowie uczyli mnie, że brak wyniku jest lepszy niż wynik niewiarygodny, a wynik mikrobiologiczny jest konsultacją medyczną. Jak w tym świetle ocenić reklamowanie antybiogramu wraz z oznaczeniem MIC dla gronkowca złocistego izolowanego z gardła bądź nosa? Jest to przykry obraz traktowania pacjenta tylko komercyjnie, a przecież „dobro pacjenta jest najwyższym dobrem”. Krajowa Izba Diagnostów Laboratoryjnych wraz z prof. Walerią Hryniewicz czyni starania, by zmienić tę sytuację i by lekarze mogli spokojnie zlecać badania laboratoryjne tylko w laboratoriach świadczących usługi na najwyższym poziomie, bez względu na to czy są to laboratoria publiczne, prywatne czy instytucji naukowych.

– Czy w szpitalach, gdzie jest łatwiejszy dostęp do badań mikrobiologicznych, współpraca mikrobiologów klinicznych i lekarzy lepiej się układa?

– Na podstawie mojego doświadczenia zawodowego mogę powiedzieć, że współpraca mikrobiologa z leka-

rzem jest bardzo dobra, rozwijająca, przynosząca efekty kliniczne, satysfakcję pacjenta i zysk finansowy dla szpitala. Jest wspólna dyskusja przy omawianiu okresowych raportów mikrobiologicznych dla poszczególnych oddziałów, bądź analiza przypadku, dociekanie i wyjaśnianie przyczyn niepowodzenia terapeutycznego. Przez swoje lata pracy klinicznej spotkałam wspaniałych lekarzy, z którymi wspólnie szukaliśmy czynnika etiologicznego i najbardziej optymalnej antybiotykoterapii.

Problem stanowi ograniczanie mikrobiologa tylko do pracy laboratoryjnej i często specjalista mikrobiolog, pełniący funkcję kierownika laboratorium, staje się administratorem laboratorium, biegającym za dostawą odczynników, rozkładem grafików pracy, ciekącym kranem czy awarią aparatu, a nie uczestniczy w procesie diagnostycznym pacjenta. Problem ten w barwny sposób uzmysłowił mi lekarz z Jordanii, będący na stażu w moim laboratorium, który stwierdził: to musiała pani zdać egzamin specjalizacyjny z mikrobiologii, aby pisać zapotrzebowanie na odczynniki?

– Antybiotykami szafują nie tylko lekarze – dodatkową dawkę dostajemy codziennie w spożywanych produktach roślinnych i zwierzęcych. Podobno dodawane są nawet do farb i fug. Jak w tej sytuacji mamy realne szanse na zahamowanie antybiotykooporności?

– Niewłaściwe stosowanie i nadużywanie preparatów przeciwbakteryjnych przez blisko 70 lat stosowania antybiotyków w różnych obszarach medycyny, w weterynarii, hodowli, rolnictwie, a także w przemyśle przyczyniło się do zaistnienia i rozprzestrzeniania na szeroką skalę opornych drobnoustrojów, dysponujących coraz sprawniejszymi mechanizmami lekooporności. Problem przestał być wyłącznie problemem laboratoriów naukowych i środowisk szpitalnych w związku z brakiem skutecznej antybiotykoterapii, ale zyskał wymiar globalny i wymaga podjęcia pilnych interwencji, mających na celu podnoszenie świadomości kadry zarządzającej, profesjonalistów wszystkich dziedzin medycznych i przyrodniczych oraz opinii publicznej na temat konsekwencji i zagrożeń wynikających z niekontrolowanego stosowania leków przeciwbakteryjnych.

– Stąd Europejski Dzień Wiedzy o Antybiotykach?

– Komisja Europejska na wniosek Europejskiego Centrum Zapobiegania i Kontroli Chorób ustanowiła dzień 18 listopada corocznym Europejskim Dniem Wiedzy o Antybiotykach (*European Antibiotic Awareness Day*). Zgodnie z założeniami kampanii, obchody Europejskiego Dnia Wiedzy o Antybiotykach mają zaangażować jak najszersze grono instytucji, środowisk eksperckich oraz środków masowego przekazu w celu zwrócenia uwagi opinii publicznej na zjawisko antybiotykooporności, jako kluczowego zagrożenia dla zdrowia publicznego.

(przedruk z biuletynu „Medicus” 11/09)

WSPÓŁPŁACENIE JAKO METODA RACJONALIZACJI KOSZTÓW W OPIECE ZDROWOTNEJ

Okres kryzysu gospodarczego winien być dla polskich decydentów dobrym momentem do pracy nad racjonalizacją kosztów w systemie finansów publicznych, a w szczególności w ochronie zdrowia.

Wiele osób związanych ze środowiskami medycznymi regularnie postuluje zwiększenie poziomu składki zdrowotnej, jako remedium na poprawę sytuacji. Tymczasem system można porównać do dziurawej balii, z której pieniądze niepotrzebnie wyciekają jak woda, bez względu na to, ile się do niej wleje. Wzrost poziomu składki jest niczym więcej, jak tylko kolejnym obciążeniem podatkowym obywateli.

Obecnie Narodowy Fundusz Zdrowia prowadzi politykę ograniczania kosztów, poprzez coraz bardziej restrykcyjne wymagania dotyczące kwalifikacji lekarskich, pomimo iż doskonale wiadomo, że brak jest specjalistów na rynku pracy. Stwarzanie tych sztucznych barier jest w ocenie menedżerów ochrony zdrowia szkodliwe dla realnie potrzebujących pacjentów. Powoduje to paraliż funkcjonowania wielu poradni. Należałoby zastanowić się, czy zamiast zwiększania fiskalizmu lub tworzenia sztucznych ograniczeń, nie lepiej jest wprowadzić mechanizmy samoregulacji kosztowej – współpłacenie.

Czy współpłacenie funkcjonuje w obecnym systemie? Oczywiście tak, ale w dużej części jest to strumień nielegalnych i „półlegalnych” pieniędzy. Nielegalnych – bo pochodzą z łapówek i innych „dowodów wdzięczności”, „półlegalnych” – ponieważ świadczenie, najczęściej szpitalne, uzależnione jest od wizyty w prywatnym gabinecie lekarza. Tego typu stan jest groźny z dwóch powodów: po pierwsze system nie ma z tego tytułu żadnych korzyści, po drugie demoralizuje to zarówno lekarzy i pacjentów. Szacuje się, że środki funkcjonujące w szarym obrocie to kilka miliardów zł rocznie. Jest to więc pokaźna kwota, która mogłaby być spożytkowana w systemie publicznym.

Wprowadzenie współpłacenia świadczeń zdrowotnych wymaga jednak zmiany mentalności społecznej i odwagi polityków. Ciągłe wielu osobom wydaje się, że opieka zdrowotna jest bezpłatna i należy się wszystkim. Otóż wynikający z art. 68 Konstytucji RP równy dostęp do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, nie oznacza automatycznie, że opieka zdrowotna ma być bezpłatna. Po prostu, z zasady nie pobiera się pieniędzy od pacjenta, lecz świadczenie zdrowotne jest finansowane przez NFZ lub organy administracji publicznej. PRL przyzwyczaił nas do postawy, że „się należy”. Taka interpretacja zasady solidarności społecznej jest błędna, ponieważ promuje bierność i zachowania roszczeniowe.

Głównym celem współpłacenia nie jest pozyskanie dodatkowych środków finansowych dla systemu, lecz konieczność wprowadzenia mechanizmów racjonalizujących jego funkcjonowanie. Może się to przyczynić do lepszego wykorzystania posiadanych zasobów. Przejęcie przez NFZ znacznej większości kosztów leczenia skłania ubezpieczonych do niekorzystnych zachowań. Polegają one na lekceważącym i roszczeniowym podejściu do własnego zdrowia i systemu (żądanie świadczeń przekraczających rzeczywiste potrzeby, wymuszanie badań diagnostycznych, drogich leków itp.). Koszty tego ponoszą ostatecznie sami pacjenci... Współpłacenie – zwiększając finansową odpowiedzialność pacjenta – może to zjawisko ograniczyć. Nieodpłatność leczenia powoduje też zanik zainteresowania pacjentów jego kosztami. Współpłacący pacjent będzie bardziej uczulony na wyłudzenie świadczeń. Ponadto, oficjalnie dopłacający do świadczeń z pewnością będą mniej chętnie zgadzać się na tzw. opłaty nieformalne.

Przykładu, jak poradzano sobie z tego rodzaju problemami, dostarcza nam doświadczenie z dwudziestolecia międzywojennego. W Polsce w latach 1920–1933 głównym filarem systemu zabezpieczenia społecznego była ustawa z 19 maja 1920 r. o *obowiązkowym ubezpieczeniu na wypadek choroby* (Dz.U. nr 44, poz. 272 z późn. zm.).

Zakładała powstanie terytorialnych kas chorych – miejskich i powiatowych. Z tytułu członkostwa w kasie należało opłacać składki, której wysokość zmieniała się w granicach od 6,5 do około 7,5%. Według tej zasady świadczenia kas były dla pacjentów nieodpłatne. Ustawa z 19 maja 1920 r. o *obowiązkowym ubezpieczeniu na wypadek choroby* dobrze spełniała swoją rolę do czasu zaistnienia globalnego kryzysu gospodarczego końca lat dwudziestych XX w. Kryzys spowodował duże bezrobocie, obniżenie zarobków, co w konsekwencji odbiło się na przychodach kas chorych, które gwałtownie utraciły płynność finansową. Wpływy ze składek do kas zmalały w latach 1929–1933 aż o 40%, jednocześnie podwoiły się zaległości we wpłatach pracodawców.

W powyższym okresie pojawiały się też głosy krytykujące jakość opieki medycznej zapewnianej w ramach ubezpieczenia. Np. środowisko lekarskie w większości nie było przychylne funkcjonującemu systemowi, któremu zarzucało zaniżanie rzeczywistych kosztów usług medycznych i nadmierną biurokrację. Aby doprowadzić do stabilizacji sytuacji władze państwowe zmniejszyły najpierw liczbę kas, a następnie je zlikwidowały na mocy ustawy z 28 marca 1933 r. o *ubezpieczeniu społecznym* (Dz.U. nr 51, poz. 396 z późn. zm.). Ich funkcje przejęły instytucje nazwane ubezpieczalnymi społecznymi.

W nowej ustawie ubezpieczeniowej wysokość składki ubezpieczeniowej ustalono dla różnych grup zawodo-

wych od 4,6 do 5,8%. Obniżenie wysokości składki miało na celu poprawę konkurencyjności gospodarki znajdującej się w kryzysie, poprzez zmniejszenie obciążeń pracodawców – czyli kosztów pracy.

Co istotne, ustawa z 1933 r. odstępowała od zasady bezpłatności pomocy leczniczej. Wprowadziła za to dopłaty za poszczególne świadczenia (art. 96 ust. 1). Cennik dopłat ustalał minister opieki społecznej. Ubezpieczony miał prawo do bezpłatnego leczenia szpitalnego, zamiast ambulatoryjnej pomocy leczniczej. Koszty leczenia tzw. ubogich chorych pokrywały gminy. Zgodnie z § 1 rozporządzenia ministra opieki społecznej z 28 grudnia 1933 r. *o dopłatach za porady lekarskie, lekarstwa, środki lecznicze, pomocnicze i zabiegi lecznicze* (Dz.U. nr 103, poz. 815 z późn. zm.) pobierano opłaty: za poradę lekarską w wys. 20 gr., zabieg leczniczy – 10 gr., lekarstwo, środek leczniczy i pomocniczy – 10 gr., specyfik farmaceutyczny i preparat organoterapeutyczny – 30 gr. Jeżeli zabieg leczniczy łączył się jednocześnie z poradą, wówczas ubezpieczalnia pobierała tylko 20 gr. Opłaty te, jak widać, nie były wysokie, nawet uwzględniając ówczesny poziom zarobków i siłę nabywczą złotych.

Wprowadzenie powyższych zasad spowodowało uzyskanie stabilności finansowej ubezpieczalni społecznych i sanację systemu opieki zdrowotnej. Tak więc, czasem warto popatrzeć wstecz i skorzystać z doświadczeń naszych antenatów.

Krzysztof Marcin ZAKRZEWSKI

Autor jest prawnikiem, dyr. Samodzielnego Zespołu Publicznych Zakładów Lecznictwa Otwartego Warszawa-Ochota

(przedruk z biuletynu „Puls” nr 5/10)

LEKI POWINNY I MOGĄ BYĆ TAŃSZE

Kilkakrotnie już poruszałam temat wciąż drożejących leków, które są – często z przyczyn ekonomicznych – niedostępne dla sporej grupy Polaków, w tym także dla lekarzy emerytów czy rencistów. Oczywiście, pisać można (papier jest ciepły, więc wszystko zniesie), ale ludzie niezamożni i chorzy... nie zawsze. Ciepłowość kończy się zwykle wtedy, gdy sytuacja jest już całkiem beznadziejna, a zdrowie i życie mocno zagrożone. Jednak nikogo nie wzrusza, że z powodu niebotycznych nieraz cen nie wszyscy mają równe szansę na leczenie.

Wiadomo, iż nie każdy obywatel naszego kraju jest w stanie realizować zaleconą mu przez lekarza terapię, więc rezygnuje choćby z niektórych płatnych badań, zabiegów lub wykupywania nawet niezbędnych lekarstw, a w konsekwencji niekiedy też z dłuższego życia. Można cynicznie stwierdzić, że i tak mamy zbyt wielu staruszków, którzy niezbyt dobrze rokują, a jednocześnie mocno obciążają

wspólny budżet, zatem... Przykro, lecz wnioski nasuwają się same. Pazerny, bezduszny rynek medyczny niczego nie dostrzega, a ci którzy na ludzkim zdrowiu wciąż robią gigantyczne interesy, nie zechcą nic zmieniać.

Ostatnio pojawiło się sporo doniesień oraz dyskusji na temat działań koncernów farmaceutycznych, blokujących sprzedaż znacznie tańszych leków, pochodzących z tzw. importu równoległego. Z raportu SIRPL (Stowarzyszenia Importerów Równoległych Produktów Leczniczych) wynika tymczasem, że dzięki sprowadzanym z zagranicy medykamentom Polacy w ubiegłym roku zaoszczędzili około 120 mln zł, a przez ostatnie pięć lat kwota oszczędności wyniosła prawie 300 mln zł. Niby to sporo, jednak bardzo mało, jeśli te „zyski” zestawimy z ogólną sumą wydatków na leki w Polsce – tylko w zeszłym roku wyniosła ona 17 mld zł. Co więcej, nieporównywalnie większe oszczędności, bo rocznie sięgające aż kilkaset milionów euro, na tańszych lekach pochodzących z zagranicy zyskują inne kraje Unii Europejskiej. Ale tam ponad 7% preparatów pochodzi z importu równoległego, a w Skandynawii nawet 15%, gdy w naszym kraju zaledwie 0,7%.

Przyczyna tych dysproporcji tkwi w tym, że u nas trudno znaleźć aptekę z lekami zagranicznymi, ponieważ zaledwie kilku importerów otrzymało do tej pory zezwolenia na sprowadzanie 150 preparatów, a choćby w Wielkiej Brytanii hurtownicy mają takich pozwoleń ponad tysiąc. Zatem jakie porównanie? Tomasz Szelański, dyrektor generalny Federacji Pacjentów Polskich wyjaśnia, że producenci omijają hurtownie i dostarczają leki bezpośrednio do aptek, a wtedy importerzy nie mają czego szukać u hurtowników. Prezes Śląskiej Izby Aptekarskiej – Stanisław Piechula jest zdania, że koncerny robią wszystko, aby blokować import, bo gdy tańszy lek pojawi się już w kraju, sami muszą obniżyć ceny własnych produktów.

Istnieje mnóstwo sposobów, aby nie dopuścić u nas do sprzedaży tańszych leków, jednak zwykłego pacjenta to nie interesuje. On po prostu chce się leczyć, ale czuje się wykorzystywany, a do tego trwa w mylnym przekonaniu, że tylko drogie specyfiki są coś warte. Tymczasem ich tańsze odpowiedniki, które poleci farmaceuta, wprawdzie mają inne nazwy, lecz wcale nie są gorsze od tych kosztownych, do których nazw już przywykliśmy. Gdyby klienci aptek częściej się dopominali o zamienniki w niższej cenie, to mogliby oszczędzić sporo grosza, a koncerny wówczas nie miałyby wyjścia i musiałyby obniżyć ceny.

– *Skoro możemy płacić mniej, to po co przepłacać?* – pyta Tomasz Dzitko, prezes „Delfarmy”, łódzkiego importera leków i wyjaśnia, skąd się bierze różnica w cenie. Otóż importerzy kupują oryginalne leki w tych krajach Europejskiego Obszaru Gospodarczego (kraje UE oraz Islandia, Lichtenstein, Norwegia), gdzie są one najtańsze, przepakowują je tak, aby chory znalazł na pudełku informację we własnym języku, a następ-

nie sprzedają aptekom w Polsce równolegle do oficjalnej dystrybucji producenta. Słowa te potwierdza Piotr Gawełek, inspektor z TÜV SUD Polska, stowarzyszenia nadzorującego jakość w produkcji, dostawach oraz transporcie, który zapewnia, że leki oferowane przez importerów spełniają wszystkie wymagania jakościowe i niczym nie różnią się od ich zarejestrowanych w Polsce odpowiedników.

A ja myślę, że jednak warto przynajmniej od czasu do czasu wejść na internetowe fora dyskusyjne i poczytać sobie komentarze oraz objaśnienia tych osób, które dysponują większą wiedzą o tym, jak to wszystko działa. Niektórzy mają doświadczenie nie tylko krajowe, lecz także zagraniczne i przez to nieco szersze spojrzenie na całość tych przedziwnych, często niejasnych układów oraz stosowanych procedur.

*Barbara SZEFFER-MARCINKOWSKA
e-mail: bsm3@tlen.pl, tel. 42 686 28 10*

(przedruk z biuletynu „Panaceum” nr 6/10)

E-RECEPTY TUŻ, TUŻ

Rządowe Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia rozstrzyga obecnie konkurs na opracowanie programu e-recept – informatycznego systemu, w którym znajdą się dane o wszystkich przepisanych pacjentowi lekach. Jak informowała „Rzeczpospolita”, do konkursu zgłosiło się 10 dużych firm informatycznych. Jeszcze nie ujawniono, co one zaproponowały, ale możliwości jest kilka.

W wersji najprostszej leki będą wypisywane elektronicznie, a nie ręcznie. Rozwiązania bardziej złożone pozwolą na dostęp zarówno w lekarskim gabinecie, jak i w aptece do informacji o wszystkich przepisanych pacjentowi lekach. Najbardziej rozwinięte programy mogą podpowiadać lekarzowi, jaki lek powinien przepisać, ile on kosztuje i czy nie wchodzi w interakcję z innymi lekami, które pacjent przyjmuje. Jak mówi Leszek Sikorski, szef Centrum, rozstrzygnięcie konkursu nastąpi za kilka tygodni, a wygra oferta, której wprowadzenie będzie realne i korzystne. Na ten cel resort zdrowia chce wydać 3 mln zł. Jesienią 2010 r. na pierwszy ogień mają pójść lekarze i pacjenci w jednym z regionów w Małopolsce, gdzie zostanie przeprowadzony program pilotażowy.

Program e-recept ma dać określone korzyści, m.in. zniknie problem z odcyfrowywaniem nieczytelnych recept, ich fałszowanie będzie utrudnione, zostaną zlikwidowane wydatki na papierowe recepty.

Wiele osób korzysta z porad dwóch czy więcej lekarzy i za każdym razem bierze wypisaną receptę. Kolejni lekarze przyjmujący pacjenta przy wypisywaniu

e-recepty otrzymają sygnał z systemu, jeżeli wypisany przez niego lek nie może być łączony z lekiem wypisanym wcześniej. W czasie ponownej wizyty lekarz będzie mógł skontrolować pacjenta, czy wykupił on zleczone leki. E-recepty będzie można zrealizować w każdej aptece. NFZ w zasadzie popiera takie inicjatywy, ale ma wątpliwości, czy obowiązujące przepisy dotyczące recept, zawarte w rozporządzeniu ministra zdrowia stwarzają możliwości zastosowania takich rozwiązań.

Firma Gartner, która na zlecenie UE przeprowadziła analizę korzyści z wprowadzenia informatyzacji, stwierdziła, że wyeliminowano 84% przypadków podania niewłaściwych dawek leków, liczba źle wypisanych recept zmniejszyła się o 14%, a liczba niepożądanych zdarzeń związanych z interakcją spadła o 41%.

Oczywiście, program e-recept to tylko część systemu informatyzacji ochrony zdrowia. Szef Centrum, Leszek Sikorski mówi, że na ten cel rząd chce wydać 200 mln euro, z czego 85% będzie pochodziło z funduszy unijnych. Cały nowy system informatyczny ma zacząć działać w 2015 roku.

Nowy system ma się składać z wielu elementów, m.in. elektronicznych książeczek zdrowia, e-skierowań, rejestracji on-line, e-recept, systemu gromadzenia i udostępniania danych medycznych. Według twórców programów, główne cele tego przedsięwzięcia to zwiększenie bezpieczeństwa i wygody pacjentów, uszczelnienie przepływu pieniędzy i łatwiejsza kontrola ich wydawania, zwiększenie efektywności leczenia, redukcja liczby błędów w terapii i skali wyłudzeń w refundacji leków. Taki system ma też ułatwić gromadzenie i analizowanie danych, planowanie polityki zdrowotnej i wydatków, czy rozwój badań naukowych opartych o anonimowe dane. Ten system ma również umożliwić zapisywanie się do lekarza za pośrednictwem internetu, a pacjenci będą mieć elektroniczne karty zdrowia, które dadzą lekarzowi szybki dostęp do historii chorób i listy lekarstw, przyjmowanych przez pacjenta. Książeczki zdrowia zastąpić ma plastikowa karta. Pacjent przychodzący do lekarza specjalisty nie będzie musiał mieć przy sobie wyników badań. Wystarczy, że poda numer PESEL, a lekarz znajdzie w komputerowej bazie danych wszystkie potrzebne wyniki.

Eksperci Centrum przyznają jednak, że sama technika to za mało. Chociaż w ponad 80% jednostek ochrony zdrowia dostęp do internetu ma większość pracowników administracji, to tylko w 2% jest on używany do uzgadniania wizyt pacjenta, czy do uzgodnień związanych z hospitalizacją. Lekarzom wciąż brakuje przekonania, że internet i komputery przyspieszą ich pracę, a raczej przeważa obawa, że będą one dodatkowym obciążeniem.

Nowy system musi też zabezpieczyć każdego pacjenta, aby dane o jego zdrowiu nie dostały się w niepowołane ręce, np. ubezpieczyciela, firm farmaceutycznych

czy też pracodawcy, który będzie chciał sprawdzić, czy pracownik przebywający na zwolnieniu jest chory.

Ocenia się, że w tej chwili co druga placówka ochrony zdrowia jest z informatyzowana. Natomiast apteki są już całkowicie z informatyzowane i w każdej chwili mogą wdrażać system e-recept. Przygotowywany system musi jednak być na tyle prosty, by nie wydłużał kolejki ani w przychodni ani w szpitalu.

Wydaje się jednak, że plany zakładające całkowitą informatyzację systemu ochrony zdrowia do 2015 r. nie uwzględniają polskich realiów. Trudności jest wiele i są złożone. Począwszy od przerw w dostawie prądu (zwłaszcza w zimie szereg miejscowości jest odcięta od świata na wiele dni). Poza tym wciąż wiele rodzin w ogóle nie używa internetu.

Wielu starszych, schorowanych pacjentów na pewno nie będzie stać na zakup niezbędnego sprzętu i umiejętności posługiwania się nim. Podobnie części starszych lekarzy będzie trudno posługiwać się elektronicznymi narzędziami pracy. Dlatego jest prawie pewne, że przez pewien czas będzie konieczność posługiwania się obu systemami.

Jerzy JAKUBOWICZ

(przedruk z biuletynu „Medicus” 6–7/10)

ORNAMENTY ŻYCIA

Życie ma swoje cztery pory. Każda z nich niesie światło dnia, ciemność nocy i pozostawia różną długość cienia przed lub za nami, w zależności od wysokości słońca, pogody, miejsca i czasu, w którym została zamknięta nasza teraźniejszość.

Wtulamy się w ciepłe ubranie podczas zimowych wieczorów, patrząc na gwiazdy śniegowych płatków i mróz, który maluje na szybach dzieciństwa przyszłość: niezwykłą i tajemniczą, dzięki okrucinowi szkła pozostawionemu w naszym oku przez Królową Śniegu.

Rośniemy wraz z każdym liściem. Dojrzewamy z wiosennym wiatrem, rwącym strumieniem i pierwszą burzą zmysłów. Zachwyceni kolorami tęczy, poruszamy ziemię wiarą w swoje witalne możliwości, przechodzimy między lustrami jak Alicja w Krainie Czarów.

Wyrzeczemy się leniwie na plaży lata. Godnie kroczymy między młodymi i starymi, w sile wieku, w sile możliwości, w zenicie życia, szczęścia, miłości. „Być albo nie być?”, to już pytanie przeszłe. Tylko być i czerpać najwspanialsze z tego przyjemności.

Jesienią na dalekiej planecie budzi się i przychodzi, co noc do naszej głowy Mały Książę i znów wędrujemy przez nieznane galaktyki, by po wielu latach spróbować odnaleźć siebie i sens swoich kroków.

A kiedy sięgamy po pióro, atramentem kreślą się ornamenty, które zdobiły każdy nasz dzień: zimą, wiosną, latem i jesienią, zostawiając ślad, taki jak te księgi, na wieki...

Jarosław WANECKI

Przewodniczący Komitetu Organizacyjnego
54. Kongresu Międzynarodowej Unii
Lekarzy Pisarzy (UMEM)

(przedruk z wydawnictwa Kongresu Międzynarodowej Unii Pisarzy Lekarzy –
Płock 22–26 września 2010)



PRAWO NA CODZIEN

W JAKIM PRZYPADKU LEKARZ MOŻE ODMÓWIĆ PACJENTOWI DALSZEGO LECZENIA?

Czy lekarz ma prawo powiedzieć pacjentce: „W miarę możliwości proszę poszukać sobie innego lekarza?” Lekarz ten nie wybiera się na emeryturę ani nie zmienia miejsca pracy. Po prostu postanowił odmówić pacjentce dalszego leczenia. Prawdopodobnie, powodem odmowy było pewne nieprzyjemne zdarzenie, mające związek z leczeniem tej pacjentki w szpitalu. O całej sprawie lekarz dowiedział się od swoich kolegów. Pa-

cientka nie chce rezygnować z leczenia u tego naprawdę dobrego specjalisty.

Pytanie dotyczy instytucji art. 38 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty (tekst jedn.: Dz.U. z 2008 r., nr 136, poz. 857 z późn. zm.; dalej jako: u.z.l.i.d.). Powołany przepis w ust. 1 stanowi wprost, że lekarz może nie podjąć lub odstąpić od leczenia pacjenta.

Komentowany przepis wyraża generalną zasadę, że lekarz ma prawo nie podjąć się leczenia lub odmówić kontynuacji leczenia pacjenta. Zasada ta jest wyrazem konstytucyjnej swobody wykonywania zawodu, która jednak w związku z zaliczeniem zawodu lekarza do zawodów zaufania publicznego może podlegać

ograniczeniom ustawowym (...). Po pierwsze, lekarz nie ma prawa odstąpić od leczenia (odmówić leczenia), gdy zwłoka w udzieleniu pomocy mogłaby spowodować niebezpieczeństwo utraty życia, ciężkiego uszkodzenia ciała lub ciężkiego rozstroju zdrowia, oraz w innych przypadkach niecierpiących zwłoki.

W praktyce kwestionowane jest prawo odstąpienia od leczenia w stanach nagłych. Z pytania nie wynika, jaki jest stan pacjentki. Niemniej, można domyślić się, że w pytaniu chodzi raczej o długotrwałą terapię lub opiekę lekarza podstawowej opieki zdrowotnej. Można zatem przyjąć, że lekarz nie doznaje w tym przypadku podstawowego ograniczenia prawa do odmowy leczenia. Dalej art. 38 ust. 4 u.z.l.l.d. wskazuje, że lekarz ma obowiązek uzasadnić swoją decyzję. Oczywiście uzasadnieniem będzie wyczerpanie możliwości leczenia u lekarza danej specjalności lub uznanie, że leczenie zostało zakończone.

Inne względy Autorka opisze w oparciu o przypadki odmowy leczenia, z jakimi Autorka zetknęła się w praktyce. Dwa z nich opierały się o postawę pacjenta wobec lekarza. W jednym przypadku pacjent po każdej niemal wizycie u lekarza składał pisemne informacje do Ministerstwa Zdrowia, do Rzecznika Praw Pacjenta NFZ, do dyrekcji zatrudniającego lekarza zakładu opieki zdrowotnej oraz także rzecznika odpowiedzialności zawodowej właściwej izby lekarskiej o nagannej postawie lekarza, o lekceważeniu pacjenta, a nawet o podejrzeniach, że lekarz ten przyjmuje korzyści majątkowe od pacjentów.

Drugi przypadek był o wiele drastyczniejszy – tutaj bowiem pacjent zainicjował przeciw lekarzowi szereg procesów: cywilnych, karnych oraz dyscyplinarnych. Rozpowszechniał w mediach o ogólnopolskim zasięgu nieprawdziwe informacje o szykanach, jakich doznaje ze strony lekarza. Pacjent, mimo korzystnych dla lekarza opinii biegłych, wydawanych w szeregu spraw, rozpowszechniał informacje o jego niedbalstwie, rażących zaniedbaniach w leczeniu, niskiej moralności etc.

W obu przypadkach odmowa leczenia uzasadniona była względami natury czysto „ludzkiej”. Otóż lekarze stwierdzali, że postawa pacjentów ewidentnie dowodzi braku zaufania do ich umiejętności, a obawa, jaką odczuwają w kontakcie z tymi pacjentami, powoduje, że nie potrafią obiektywnie oceniać stanu ich zdrowia i obawiają się o racjonalność swoich decyzji medycznych.

W obu przypadkach, przed odmową lekarze występowali do właściwej dla siebie izby lekarskiej z prośbą o zajęcie stanowiska. W obu wypadkach właściwa izba lekarska uznawała, że stanowiska lekarzy są uzasadnione.

W trzecim wypadku, pacjent korzystający z przerwy w odbywaniu kary pozbawienia wolności, poddawany terapii, której zaniechanie doprowadziłoby do jego zgonu, groził lekarzowi pozbawieniem życia, obrażał wulgarnie średni personel medyczny. Nadto, pacjent wulgarnie odmawiał poddania się niezbędnym badaniom lekarzo-

wi w sytuacji, gdy lekarz był jedyną osobą uprawnioną do wykonania badania, a to z kolei warunkowało poddawanie pacjenta zabiegowi utrzymującemu go przy życiu. W tym przypadku także właściwa terenowo izba lekarska uznała odmowę lekarza za uzasadnioną (...).

Przepisy art. 38 u.z.l.l.d. określają także warunki formalne odmowy dalszego leczenia. I tak lekarz ma obowiązek:

1. uprzedzić pacjenta dostatecznie wcześniej – ten warunek, jak wynika z pytania, jest realizowany, bowiem lekarz oświadcza, że pacjentka winna w miarę możliwości poszukać sobie innego lekarza;
2. uzasadnić odmowę (o czym szeroko wyżej);
3. wskazać realne możliwości uzyskania tego świadczenia u innego lekarza lub w zakładzie opieki zdrowotnej (w praktyce, gdy świadczenie jest uzyskiwane w ramach ubezpieczenia zdrowotnego, należy wskazać innego świadczeniodawcę w podobnej lub mniejszej odległości od miejsca zamieszkania pacjenta zakontraktowanego przez NFZ).

Jeżeli lekarz wykonuje swój zawód na podstawie stosunku pracy lub w ramach służby, może nie podjąć lub odstąpić od leczenia, jeżeli:

1. istnieją poważne ku temu powody;
2. po uzyskaniu zgody swojego przełożonego.

Autorka zwraca uwagę, że z opisanych wyżej przypadków tylko dwa dotyczyły lekarzy publicznego zakładu opieki zdrowotnej, jeden niepublicznego. Autorka wskazuje jednak, że tylko lekarz udzielający świadczeń w ramach stosunku pracy (także w zakładzie niepublicznym) lub służby (np. lekarz wojskowy) musi uzasadniać swoją odmowę ważnymi względami. W innych przypadkach – na przykład odmowy leczenia w prywatnym gabinecie – lekarz teoretycznie może odmówić leczenia z powodu braku potencjału (zbyt dużej liczby pacjentów) lub innych niezasługujących na miano „poważnych powodów” względów (...).

Agnieszka SIENKO
ekspert Serwisu Prawo i Zdrowie,
Wolters Kluwer Polska, www.abc.com.pl

(przedruk z biuletynu „Medicus” nr 5/10)

KASA FISKALNA DLA LEKARZY ORAZ INNE ZAGADNIENIA PODATKOWE

Większość lekarzy nie będzie musiała posiadać kas fiskalnych. Lekarze na kontrakcie oraz lekarze zatrudnieni na podstawie umów zlecenia nie będą musieli instalować kas fiskalnych. Podstawę do wyliczania obrotu przy kasach fiskalnych stanowią prywatne wizyty oraz indywidualne praktyki lekarskie przyjmowania pacjentów.

Zwolnienie z kas fiskalnych dla lekarzy, którzy przyjmują jedynie w swojej praktyce prywatnej, przestaje obo-

wiązywać 30 kwietnia 2011 r. Zwolnienie to traci moc po upływie 2 miesięcy dla osób kontynuujących sprzedaż swoich usług lekarskich w danym roku, licząc od 1. dnia miesiąca następującego po miesiącu, w którym nastąpiło w ciągu roku podatkowego przekroczenie kwoty obrotów w wysokości 40 tys. zł, po przekroczeniu limitu 20 tys. zł obrotu na rzecz osób fizycznych nieprowadzących działalności gospodarczej – w przypadku podatników rozpoczynających tę działalność.

Omawiając zagadnienia związane z zakupem kasy rejestrującej, należy również przypomnieć o uldze, jaka z tego tytułu przysługuje podatnikom, którzy rozpoczynają ewidencjonowanie obrotów i kwot podatku należnego z zastosowaniem tych urządzeń.

Kasa fiskalna – o czym należy pamiętać?

Przede wszystkim trzeba pamiętać o tym, że przed rozpoczęciem ewidencjonowania powinno się złożyć do urzędu skarbowego pisemne oświadczenie o planowanej liczbie kas, jakie zamierza się wykorzystywać w prowadzonej działalności. W zgłoszeniu tym trzeba poinformować fiskusa o miejscu, w którym te kasy będą zainstalowane. Jeśli z jakichś powodów nie złoży się tego zaświadczenia, nie będzie można skorzystać z ulgi na zakup kasy rejestrującej.

Ważne jest, aby złożyć je przed rozpoczęciem sprzedaży, którą musi się ewidencjonować na kasie. Oświadczenie to może mieć w zasadzie dowolną formę. Powinno z niego jednak wynikać, czego dotyczy (treść), kto je składa (nadawca) oraz do kogo jest skierowane (adresat). Składając to oświadczenie w urzędzie skarbowym, trzeba dla pewności uzyskać jego pokwitowanie albo też wysłać je listem poleconym ze zwrotnym potwierdzeniem odbioru.

Kolejnym obowiązkiem, o jakim trzeba pamiętać, jest zgłoszenie faktu zainstalowania kasy fiskusowi. Trzeba tego dokonać w ciągu 7 dni – licząc od dnia jej fiskalizacji. Forma tego zgłoszenia nie jest dowolna, a jego wzór znajduje się w załączniku do rozporządzenia Ministra Finansów w sprawie kryteriów i warunków technicznych, którym muszą odpowiadać kasy rejestrujące, oraz warunków stosowania tych kas przez podatników. Po złożeniu tego zgłoszenia lekarz otrzyma numer ewidencyjny kasy, który musi nanieść w sposób trwały.

Pozostałe zagadnienia podatkowe

Jak obliczyć odsetki od zaległych zaliczek na podatek z tytułu PIT-5? Lekarz nie opłacił w ustawowym terminie zaliczki na podatek za miesiące styczeń, kwiecień i maj. Chciałby to zrobić we wrześniu.

Odsetki należy liczyć od każdej z tych zaliczek na podatek dochodowy odrębnie – odsetki za zwłokę są naliczane od dnia następującego po dniu upływu terminu płatności podatku. Odsetki w kwocie 10% rocznie liczymy od dnia następnego po dniu płatności, przypadającego na 20. dzień miesiąca następującego po danym

miesiącu, za który powstała zaległość. Jeżeli 20. przypada w dzień wolny od pracy – terminem tym jest kolejny dzień roboczy.

Aby uprościć rozliczenie, można skorzystać z kalkulatora liczącego automatycznie odsetki podatkowe, jaki można znaleźć na przykład na stronie www.infor.pl.

Czy w przypadku postępowania kontrolnego Urząd Kontroli Skarbowej może występować do banku o wydanie wyciągu z mojego rachunku osobistego?

Niestety tak, organom kontroli skarbowej podatkowej przysługuje między innymi prawo uzyskania z banków informacji dotyczących rachunku osobistego kontrolowanego podmiotu. W trakcie kontroli skarbowej kontrolujący może się domagać wglądu w osobiste konta kontrolowanego. Dostęp do wyciągów z osobistych rachunków przysługuje kontrolującemu wtedy, gdy ma to związek z transakcjami związanymi z tą działalnością. W przypadku kontroli z Urzędu Skarbowego banki są zobowiązane do sporządzenia i przekazania informacji dotyczących strony postępowania w zakresie posiadanych rachunków lub rachunków oszczędnościowych, liczby tych rachunków, a także obrotów i stanów tych rachunków.

Czy odszkodowanie wypłacone z firmy ubezpieczeniowej za zniszczony samochód, będący środkiem trwałym w zawieszanej działalności, należy uwzględnić w zeznaniu rocznym jako przychód z działalności gospodarczej?

Odszkodowanie za zniszczone środki trwałe w zawieszanej działalności gospodarczej należy uwzględnić zarówno w księdze przychodów i rozchodów, jak i w PIT rocznym jako przychód z pozarolniczej działalności gospodarczej.

Lekarz prowadzący indywidualną praktykę lekarską i niezatrudniający pracowników zawiesił działalność gospodarczą z dniem 1 lipca 2010 r. Płaci niższe składki. Czy i w jakiej wysokości należy zapłacić składki za lipiec?

Zawieszenie wykonywania działalności gospodarczej powoduje ustanie obowiązku ubezpieczeń społecznych od dnia, w którym rozpoczyna się zawieszenie wykonywania działalności gospodarczej, do dnia poprzedzającego dzień wznowienia wykonywania działalności gospodarczej.

За okres od 1 lipca 2010 r. do końca okresu zawieszenia lekarz nie będzie musiał opłacać składek. Składki emerytalne i rentowe można opłacać, ale tylko dobrowolnie. Przedsiębiorca w okresie zawieszenia wykonywania działalności gospodarczej nie opłaca ubezpieczenia chorobowego i wypadkowego.

Wznowienie wykonywania działalności gospodarczej nie wymaga ponownego zgłoszenia do ubezpieczenia (podstawa prawna: Art. 36a ust. 1, Ustawa o systemie ubezpieczeń społecznych z dnia 13 października 1998 r.)

*Małgorzata CIECIERSKA
Biuro Rachunkowe*

(przedruk z „Pomorskiego Magazynu Lekarskiego” nr 10/10)



PAWEŁ RUDZIŃSKI – doktor nauk medycznych, wybitny kardiochirurg z Krakowa, mający w chwili obecnej 45 lat – uległ w tym roku tragicznemu wypadkowi, który miał miejsce 29 lipca. W następstwie tragicznego zdarzenia przebywał na oddziałach intensywnej terapii w szpitalach w Słupsku, a potem w Warszawie i Krakowie. Paweł jest w bardzo ciężkim stanie. Dwukrotnie przeżył śmierć kliniczną i dwie sepsy, o czym zadecydował jego upór, chęć walki i życia. Dzięki wysiłkom i pomocy wielu lekarzy, a szczególnie z oddziałów intensywnej terapii Szpitala MSWiA w Warszawie i Kliniki Kardiochirurgii w Szpitalu im. Jana Pawła II w Krakowie.

Paweł żyje, ale jego stan jest nadal ciężki i wymaga intensywnej, długotrwałej i kosztownej rehabilitacji. Jedynym miejscem w Krakowie, gdzie można Pawła teraz poddać rehabilitacji, jest NZOZ Polskie Centrum Rehabilitacji Funkcjonalnej VOTUM RehaPlus S.A. Jest to jednak placówka komercyjna, która nie zawarła kontraktu z Narodowym Funduszem Zdrowia. Oprócz opłat związanych z pobytem Pawła w tym ośrodku konieczne jest zatrudnienie pielęgniarki anestezjologicznej do bezwzględnie koniecznej opieki całodobowej. Miesięczny koszt takiego przedsięwzięcia jest olbrzymi – to 25.000 złotych! Według opinii lekarzy rehabilitacja Pawła powinna potrwać minimum trzy miesiące.

Paweł to człowiek nadzwyczajny, doskonały, uznany i ceniony specjalista w dziedzinie kardiochirurgii, bezgranicznie oddany pracy, człowiek, który nie potrafił odmówić pomocy potrzebującym, człowiek radosny, pełen energii, przyjacielski, niezwykle mąż i ojciec. Żył dotychczas pełnią tego, co ofiarowało mu życie i nawet przez chwilę o tym nie zapominał. Żył i niestudzenie pracował po to, aby ratować innych, oddać całą swoją wiedzę i swoje siły tym, którzy potrzebowali jego pomocy, którym w pewnym sensie przez całe lata ofiarowywał życie.

Żył i pracował po to, aby ratować życie. Zły los, nieszczęśliwy i tragiczny w skutkach wypadek sprawił, że Paweł Rudziński potrzebuje dzisiaj pomocy innych ludzi. Nie można odmówić pomocy człowiekowi, który jako lekarz zawsze pomagał tym, którzy tego potrzebowali. Paweł ratował życie innym ludziom i to stanowiło najważniejszy sens jego własnego życia.

W imieniu Pawła i jego rodziny zwracamy się do każdego współczującego człowieka i każdej instytucji z prośbą o pomoc. Pomóżcie Pawłowi po to, aby mógł wyzdrowieć, odzyskać siły i wrócić do tego, co było w jego życiu najważniejsze, do niesienia pomocy innym ludziom. Opiekę nad powierzonymi przez Państwa środkami sprawować będzie Fundacja Przyszłość Neurologii z Krakowa (**wpłat można dokonać na konto nr: 36 1910 1048 2117 9967 0696 0001**; tytułem: darowizna na cele statutowe fundacji związane z ochroną i promocją zdrowia).

Dokonana przez Państwa darowizna daje prawo do odliczenia od dochodu darowizn przekazanych na cele społecznie użyteczne (na rzecz Fundacji Przyszłości Neurologii). Odliczeniu podlega kwota dokonanej darowizny, nie więcej jednak niż kwota stanowiąca 6% dochodu. W przypadku darowizn odliczanych od dochodu (przychodu) wystarczy, że dokonane zostały one na rzecz organizacji realizujących cele i prowadzących działalność pożytku publicznego w sferze działań publicznych. Organizacje te nie muszą natomiast posiadać statusu organizacji pożytku publicznego.

www.ultrasonografy.pl



IV konferencja Postępy w gastroenterologii

W programie m.in. wybrane aspekty diagnostyki i terapii nowotworów przewodu pokarmowego, wybrane aspekty leczenia nieswoistych zapalnych chorób jelit, choroba refluksowa – wybrane aspekty diagnostyki i terapii, otyłość plagą XXI wieku, metody małoinwazyjne w chirurgii, wybrane zagadnienia gastroenterologiczne w pediatrii oraz dyskusja okrągłego stołu: W jakim kierunku zmierza chirurgia układu pokarmowego?

Termin: 10–11 grudnia 2010 r. **Miejsce:** Centrum Kongresowo-Dydaktyczne Uniwersytetu Medycznego im. K. Marcinkowskiego, ul. Przybyszewskiego 37a, Poznań

Organizatorzy: Klinika Chorób Wewnętrznych i Gastroenterologii CSK MSWiA w Warszawie oraz wydawnictwo Termedia, wydawca czasopisma *Przegląd Gastroenterologiczny*

Kierownik naukowy: prof. dr hab. Grażyna Rydzewska **Biuro organizacyjne:** Termedia sp. z o.o. ul. Kleeberga 2, 61–615 Poznań, tel./faks +48 61 656 22 00, szkolenia@termedia.pl, www.termedia.pl



TOP PULMONOLOGICAL TRENDS.

Pulmonologia pod koniec pierwszej dekady xxi wieku

II ogólnopolska konferencja podsumowująca nowości w pulmonologii i trendy w leczeniu chorób płuc. W programie m.in. podsumowanie z najważniejszych światowych zjazdów naukowych w 2010 roku, postępy w diagnostyce i leczeniu chorób płuc: endoskopia układu oddechowego i embolizacja tętnic oskrzelowych, badania diagnostyczne ukła-

du oddechowego, opieka paliatywna w przewlekłych chorobach płuc, leczenie zakażeń dolnych dróg oddechowych, aerozoloterapia, POChP – ważne pytania, astma, mukowiscydoza oraz trendy w leczeniu raka płuca.

Termin: 2–4 grudnia 2010 r. **Miejsce:** Centrum Kongresowe Międzynarodowych Targów Poznańskich (wjazd od ul. Śniadeckich, wejście – Hol Wschodni)

Kierownik naukowy: prof. dr hab. Halina Batura-Gabryel **Biuro organizacyjne:** Termedia sp. z o.o. ul. Kleeberga 2, 61–615 Poznań, tel./faks +48 61 656 22 00, szkolenia@termedia.pl, www.termedia.pl



Andrzejki Pediatrów i Lekarzy Rodzinnych – konferencja pod patronatem Polskiego Towarzystwa Medycyny Rodzinnej

Nowa wyjątkowa konferencja, której hasłem przewodnim są nowości w wybranych dziedzinach medycyny klinicznej. Obok sesji programowych przewidywane są spotkania z ekspertami, wybitnymi autorytetami w prezentowanych dziedzinach. W programie także warsztaty, które przybliżą aktualne zasady leczenia preparatami krwi zgodnie z wytycznymi Unii Europejskiej. **Oprócz bogatego programu naukowego na uczestników czeka wiele andrzejkowych atrakcji...**

Termin: 26–27 listopada 2010 r. **Miejsce:** Poznań, Hotel Novotel Centrum Poznań, pl. Andersa 1

Organizatorzy: Wydawnictwo TERMEDIA we współpracy merytorycznej z Kliniką Pediatrii, Nefrologii i Alergologii Wojskowego Instytutu Medycznego w Warszawie

Przewodnicząca komitetu naukowego: prof. dr hab. n. med. Anna Jung **Biuro organizacyjne:** Termedia sp. z o.o. ul. Kleeberga 2, 61–615 Poznań, tel./faks +48 61 656 22 00, szkolenia@termedia.pl, www.termedia.pl

Dyrekcja **Brzeskiego Centrum Medycznego SP ZOZ**, 49-301 Brzeg ul. Mossora 1 – zatrudni specjalistę w dziedzinie **chirurgia ogólna**. Warunki pracy i płacy do uzgodnienia z Dyrektorem Brzeskiego Centrum Medycznego tel. sekretariat 77 44 46 536.

SP ZOZ Opolskie Centrum Rehabilitacji w Korfantowie zatrudni lekarza specjalistę w dziedzinie neurologii na stanowisko Z-cy Ordynatora Oddziału Rehabilitacji Ogólnoustrojowej.

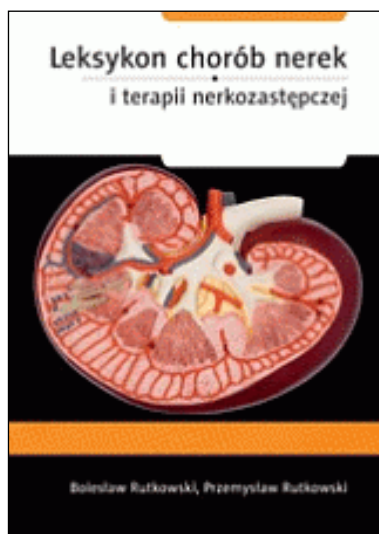
Zainteresowanych prosimy o kontakt: Opolskie Centrum Rehabilitacji, ul. Wyzwolenia 11, 48-317 Korfantów, tel. 77 43 44 055 – Dział Kadr lub 77 43 44 012 – Ordynator Oddziału, e-mail: kadry@ocr.pl

Komitet Organizacyjny XVI Mistrzostw Polski Lekarzy w Halowej Pilce Nożnej, Mielec 2010 informuje, że obecna edycja Mistrzostw odbędzie się w Mielcu w dniach 18–19 grudnia 2010 r. Niniejszą informację prosimy traktować jako zaproszenie do udziału w Mistrzostwach.

Warunkiem udziału w turnieju jest przesłanie wypełnionego Formularza Zgłoszenia, wpłata do dnia 26.11.2010r. kwoty 1000 zł (jeden tysiąc zł) na konto Okręgowej Izby Lekarskiej w Rzeszowie (nr konta: 60 12 40 47 51 11 11 00 00 55 12 14 15 Bank PKO SA z dopiskiem „TURNIEJ”) oraz potwierdzenie tej wpłaty faxem (nr faxu 17 78 00 552) do dnia 30.11.2010 r.

Po dokonaniu analizy ilości wpłat, Organizatorzy prześlą niezwłocznie Regulamin Mistrzostw, który to uwzględni liczbę zespołów, liczbę grup oraz sposób rozegrania meczu.

Mając na uwadze sprawność przeprowadzenia Mistrzostw prosimy o terminowe uiszczenie wpisowego. Informacje na temat Mistrzostw, Formularz Zgłoszenia oraz Regulamin Mistrzostw znajduje się na stronie Pogotowia Ratunkowego w Mielcu: www.pogotowie-mielec.pl. Informacji telefonicznie udzielają: inż. Leszek Kołacz – Dyrektor Szpitala, tel. 504 196 732 oraz lek. med. Zbigniew Bober – Dyrektor Pogotowia, Tel. 507 384 281.



Leksykon chorób nerek i terapii nerko zastępczej (NOWOŚĆ) Bolesław Rutkowski, Przemysław Rutkowski

ISBN: 978-83-62138-48-7, format A5, liczba stron 100, oprawa miękka.

Leksykon chorób nerek i terapii nerkozastępczej Bolesława Rutkowskiego i Przemysława Rutkowskiego zawiera podstawowe pojęcia i hasła istotne w nefrologii i leczeniu nerkozastępczym. Jest przeznaczony do wykorzystania przez lekarzy innych specjalności niż nefrologia, przede wszystkim lekarzy rodzinnych, internistów, diabetologów, hipertensjologów, kardiologów, a także specjalistów w zakresie anestezjologii, intensywnej terapii i transplantologii. Styl i sposób opracowania haseł powinien także zachęcić do sięgnięcia po niniejszą publikację pielęgniarce pracujące na oddziałach nefrologicznych i w ośrodkach dializ oraz ich koleżanki z pokrewnych oddziałów i poradni. Lektura tej pozycji może być również interesująca dla pacjentów z przewlekłą chorobą nerek w różnych stadiach tego zespołu chorobowego oraz dla ich rodzin.

**TERMEDIA sp. z o.o.,
61-615 Poznań, ul. Kleeberga 2,
tel./faks: +48 61 656 22 00**

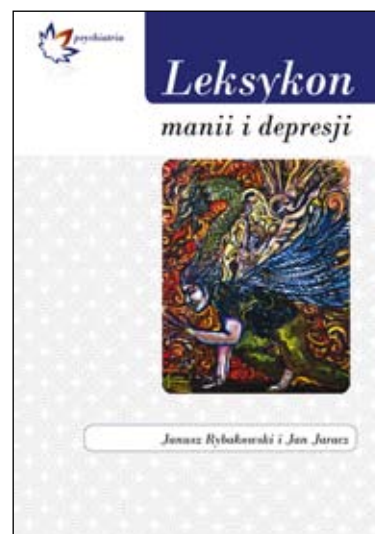
**Książka do nabycia na
www.termedia.pl**



**Leksykon schizofrenii (NOWOŚĆ)
prof. dr hab. med. Marek Jarema**

ISBN: 978-83-62138-34-0, format B5, liczba stron 168, oprawa twarda.

Leksykon schizofrenii jest zbiorem haseł najczęściej wymienianych w kontekście schizofrenii: opieki nad chorymi, rozpoznawania i leczenia tej choroby. Z racji swojego charakteru, leksykon ma za zadanie w sposób niezwykle skrótowy wyjaśnić najbardziej istotne pojęcia dotyczące diagnostyki i leczenia oraz postępowania z chorymi na schizofrenię. Zbiór haseł leksykonu został wybrany arbitralnie. Leksykon był tworzony z pozycji lekarza praktyka i właśnie do lekarzy praktyków jest adresowany.



Leksykon manii i depresji (NOWOŚĆ) prof. zw. dr hab. n. med. Janusz Rybakowski i dr hab. n. med. Jan Jaracz

ISBN: 978-83-62138-30-2, format B5, Liczba stron 136, oprawa twarda.

Leksykon manii i depresji adresowany jest do osób zainteresowanych psychiatrią, w szczególności do lekarzy specjalizujących się w psychiatrii, psychologów klinicznych, a także do innych grup profesjonalistów zajmujących się problematyką zaburzeń psychicznych. Zawiera ponad 300 haseł, które obejmują definicje objawów i podstawowych pojęć dotyczących depresji i choroby afektywnej dwubiegunowej, noty biograficzne osób, które wniosły istotny wkład w kształtowanie się poglądów na klasyfikację i patogenезę chorób afektywnych, opisy postaci klinicznych zaburzeń afektywnych oraz ich przyczyn. Duża część leksykonu poświęcona jest leczeniu chorób afektywnych i zawiera opisy leków stosowanych w chorobach afektywnych, głównie leków przeciwdepresyjnych i normotymicznych.

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. 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