



OPOLSKA
IZBA
LEKARSKA

Rok Założenia 1990

Czerwiec 2012

ISSN 1426-661X

BIULETYN INFORMACYJNY

Nr 190

OPOLSKIEJ IZBY LEKARSKIEJ

www.izbalekarska.opole.pl

„Lato, lato,
lato czeka...”



Fot. Adam Bagiński

IV Spotkanie Redaktorów Naczelnych Biuletynów Izb Lekarskich – 18–20.V.2012

strona 3 ►



Miejsce obrad – pałac „Łucja”



*Paweł Susłowski z Krajowej Komisji
Wyborczej*



*Bożena Łosowska
z „BIS-Media”*

*Ryszard Golański
i Maciej
Hamankiewicz
z jednym
z krasiejowskich
predinozaurów
w tle*



Sławomir Pietras



Prezes NRL Maciej Hamankiewicz i red. Jacek Żakowski

Mija kolejny miesiąc tego roku, a sytuacja wokół nas ulega coraz większemu zagęszczeniu. W połowie maja prawie wszyscy dostaliśmy z NFZ do domu projekt nowej umowy na wystawianie recept refundowanych. Jeśli uważnie przeczytaliście go, to pewnie zorientowaliście się, że wg niej możemy zostać ukarani karą finansową praktycznie za cokolwiek. Prezes NFZ wyraźnie podkreślił śrubę!! Czy musimy się na taki dyktat zgadzać? Prezes Jakubiszyn swoim tekście wyjaśnia wszystkie pułapki nowej umowy i apeluje o niepodpisywanie jej. Wiem, że jest to dla wielu z Was bardzo trudna decyzja, ale niestety nie pozostawiono nam żadnej swobody ruchu. Jeśli zgodzimy się na warunki NFZ, to praktycznie każdemu z nas grozi w przyszłości kara finansowa. Dlaczego w przyszłości, a nie teraz? Bo jak ćwierkają wróble na wierzbie oddziały NFZ nie będą sobie na razie zawracać nami głowę. Odczekają, aż kwoty kar narosną do odpowiednich rozmiarów i wtedy rozpoczną działanie. I nie łudźcie się, że obejdziesz się na kilkuset złotych. Wg zaproponowanego nam projektu umowy kary za różne uchybienia można sumować do woli, a na dodatek naliczyć jeszcze odsetki – i to nie od daty kontroli, ale od daty wystawienia kwestionowanej recepty!!! W kraju już znaleźli się tacy doktorzy, którzy boleśnie odczuli to na swojej skórze – choćby 90-kilkuletni lekarz emeryt wystawiający swojej chorej na cukrzycę żonie recepty na insulinę, za nienależną (zdaniem NFZ) refundację których zażądano od niego kary w wysokości ponad 80 tys. złotych. Rekordzista musiał zapłacić prawie 280 tys. zł, więc sprzedał swój dom. Jest więc czego się bać!!! To tyle aktualnego komentarza.

A w bieżącym numerze Biuletynu znajdziecie przede wszystkim apel Głównego Inspektora Ochrony Danych

Osobowych o przestrzeganie zapisów ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta. Jest on skierowany głównie do lekarzy prowadzących gabinety i POZ, ale także i szpitalnicy powinni zwrócić nań szczególną uwagę. Dalej informacje o spotkaniu Komisji Stomatologicznej, o IV Spotkaniach Redaktorów Naczelnych Biuletynów izb lekarskich, informacja o błędach w wypełnianiu druków ZUS ZLA i dwie informacje kulturalne – jedna o nagrodzie naszej Koleżanki Agnieszki Kani i kolejnym koncercie muzykujących lekarzy.

W części prawnej powrócę jeszcze raz do rozporządzenia w sprawie recept, materiał o sporach kompetencyjnych pomiędzy lekarzami, o obowiązkach lekarzy wpływających z ustawy o działalności leczniczej, problemie zapobiegania szerszeniu się zakażeń i dylematu niektórych lekarzy-dyrektorów czy mogą praktykować jako lekarze.

W części medycznej znajdziecie Państwo najnowsze zalecenia dotyczące postępowania z chorym na cukrzycę, próba odpowiedzi na pytanie, czy szczepić młodzież i dzieci przeciwko meningokokom oraz najnowsze doniesienia dotyczące działania witamin D.

W przeglądzie innych biuletynów zamieszczam materiał o dodatkowych ubezpieczeniach zdrowotnych, historię strajku lekarzy w Czechach i na Słowacji, materiał o stresie pracy lekarza i podsycanych stale przez polityków lęków związanych z prywatyzacją.

Nie zabraknie także licznych ogłoszeń i informacji o nowościach wydawniczych. Życząc przyjemnej i pożytecznej lektury żegnam się do następnego numeru.

Jerzy B. LACH

SZPALTA PREZESA

Koleżanki i Koledzy,

Mija kolejny miesiąc, a sprawa sankcji związanych z wypisywaniem refundowanych recept jest wciąż aktualna. W ostatnim dniu kwietnia Prezes Paszkiewicz podpisał zarządzenie, wprowadzające nowy wzór umowy na wystawianie takich recept. Zrobił to bez uzgodnienia tekstu umowy z Naczelną Radą Lekarską, pomimo tego, że był do tego zobowiązany porozumieniem, zawartym z **udziałem jego** i Ministra Zdrowia jeszcze w październiku ubiegłego roku.

W umowie tej zawarte są nie tylko te wszystkie kary **zwrotu nienależnej refundacji**, które Parlament w styczniu wykreślił z ustawy (argumentując to bezpodstawnością ich nakładania), ale dodatkowe kary umowne, które

wszystkie mogą być przez kontrolerów NFZ sumowane (np. za pomyłkę w wypisaniu adresu pacjenta).

Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej w dniu 18 maja po raz kolejny zaapelowało do wszystkich lekarzy i lekarzy dentystów **o niepodpisywanie takich umów. Niniejszym apeluję o to samo.** Podana w pismach rozsyłanych przez Fundusz data 31 maja, do którego to dnia lekarze mieli zadecydować o podpisaniu aneksu, nie ma żadnego znaczenia. Dotychczasowe umowy są ważne do końca czerwca, a nowe umowy mogą być podpisywane również później.

Bardzo wszystkich Was proszę o pilne śledzenie naszej strony internetowej. Cykl wydawniczy Biuletynu powoduje, że pewne informacje niestety mogą

się dezaktualizować. Na stronie internetowej natomiast wszystkie istotne informacje są na bieżąco poprawiane i uzupełniane.

W czerwcu Ci z Was, którzy mają zarejestrowaną w Izbie praktykę na wezwanie otrzymają z Izby pismo z prośbą o odpowiedź, czy ich praktyka jest rzeczywiście praktyką na wezwanie, czy jest w istocie praktyką kontraktową, wykonywaną w innym podmiocie (tak zwana praktyka w przedsiębiorstwie podmiotu leczniczego). Do pisma dołączony będzie wniosek, który trzeba będzie wypełnić, wraz z krótką instrukcją. Wypeł-

nione wnioski trzeba będzie dostarczyć (lub odesłać) do biura Izby **do 25 czerwca**.

Po raz kolejny zwracam się do osób, które mają zaległości w opłacaniu składek, zwłaszcza do tych, którzy otrzymali już z Izby pisma, wzywające do uregulowania długu. W czerwcu wyślemy pierwsze tytuły wykonawcze do Urzędów Skarbowych. Procedura windykowania zaległości przez Urząd Skarbowy może być bolesna i warto jej uniknąć.

Jerzy JAKUBISZYN

CO SŁYCHAĆ W IZBIE

List GŁODO

GENERALNY INSPEKTOR
Warszawa, dnia 13 kwietnia 2012 r.
OCHRONY DANYCH
OSOBOWYCH
dr Wojciech R. Wiewiórowski

Pan
Maciej Hamankiewicz
Prezes Naczelnej Rady Lekarskiej
ul. Sobieskiego 110
00-764 Warszawa

Szanowny Panie Prezesie

Niniejszym zwracam się do Pana Prezesa z prośbą o zasygnalizowanie członkom samorządu lekarskiego konieczności respektowania prawa do prywatności oraz ochrony informacji związanych z pacjentem podczas wykonywania praktyk lekarskich, jak również organizowania obsługi pacjentów, w szczególności w sytuacjach rejestrowania pacjentów na wizyty lekarskie, wydawania im wyników badań, ustalania harmonogramu zabiegów w sanatoriach, wywoływania do gabinetów lekarskich lekarzy specjalistów itp. Jako organ ochrony danych osobowych wielokrotnie otrzymuję pisma zawierające zastrzeżenia i wątpliwości pacjentów dotyczące sposobu wykonywania powyższych czynności. W pismach tych podawane są przypadki konieczności przekazywania przez pacjentów bardzo szczegółowych informacji pozwalających na identyfikację osoby wraz ze szczegółowymi informacjami o stanie ich zdrowia, np. w obecności wielu innych osób oczekujących w kolejce do rejestracji lub na wizytę lekarską. Takie warunki wykonywania wymienionych czynności niewątpliwie narażają pacjentów na naruszenie ich praw lub stanowią ta-

kie naruszenie. Powyższe, budzące wątpliwości sytuacje, przeciwstawiane są takim rozwiązaniom organizacyjnym stosowanym w niektórych przychodniach, gdzie zapisy na wizyty, badania, zabiegi odbywają się np. w oddzielnym pomieszczeniu lub przy stanowiskach, przy których obsługiwany pacjent znajduje się w pewnej odległości od reszty osób oczekujących. Przy wzywaniu do gabinetu lekarskiego przyjmowany jest np. sposób wywoływania jedynie po imieniu pacjenta, godzinie zapisu lub numerze, pod którym pacjent został zarejestrowany.

Prywatność pacjentów chroniona jest m.in. przez ustawę z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (tj. Dz. U. z 2002 r. Nr 101, poz. 926, ze zm.) oraz ustawę z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz. U. z 2009 r. Nr 52, poz. 417 ze zm.).

Konieczność poszanowania prawa intymności i godności pacjenta wynika z przepisów ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz. U. z 2009 r. Nr 52, poz. 417 ze zm.), w szczególności przepisów art. 13 i 14 tej ustawy. Przepisy te stanowią, że pacjent ma prawo do zachowania w tajemnicy przez osoby wykonujące zawód medyczny, w tym udzielające mu świadczeń zdrowotnych, informacji z nim związanych, a uzyskanych w związku z wykonywaniem zawodu medycznego. Art. 14 tej ustawy zobowiązuje osoby wykonujące zawód medyczny do zachowania w tajemnicy informacji związanych z pacjentem. Wskazać również należy, że obowiązek zachowania w tajemnicy związanych z pacjentem, a uzyskanych w związku z wykonywaniem zawodu wynika również m.in. z przepisów ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty (tekst jednolity: Dz. U. 2008 r. Nr 136 poz. 857, ze zm.), ustawy z dnia 5 lip-

ca 1996 r. o zawodach pielęgniarki i położnej (tekst jednolity: Dz. U. 2009 r. Nr 151 poz. 1217, ze zm.), ustawy z dnia 20 lipca 1950 r. o zawodzie felczera (tekst jednolity: Dz. U. 2004 r. Nr 53 poz. 531, ze zm.). Również Kodeks Etyki Lekarskiej zobowiązuje do poszanowania intymności i prywatności pacjenta.

Ponadto pamiętać należy, że dane o stanie zdrowia to dane szczególnie chronione, których przetwarzanie, w myśl jej art. 27 ust. 1, jest co do zasady zabronione. Art. 27 ust. 2 pkt 7 ustawy dopuszcza przetwarzanie danych szczególnie chronionych, w tym danych o stanie zdrowia, gdy jest to prowadzone w celu ochrony stanu zdrowia, świadczenia usług medycznych lub leczenia pacjentów przez osoby trudniące się zawodowo leczeniem lub świadczeniem innych usług medycznych, zarządzania udzielaniem usług medycznych i są stworzone pełne gwarancje ochrony danych osobowych. Jednakże powoływanie się na ten przepis uprawnione jest jedynie w odniesieniu do realizacji wymienionych celów i nie może następować w celu uzasadniania udostępniania tych danych innym osobom. A zatem rozumiejąc potrzebę ochrony stanu zdrowia, wskazać jednakże należy, że osobie chorej przysługuje także prawo do ochrony jej sfery życia prywatnego, zwłaszcza gdy dotyczy to danych szczególnie chronionych, jakimi są dane o jej stanie zdrowia.

W omawianym przypadku nie sposób również przyjąć, iż spełnione są określone w art. 26 ust. 1 pkt 1 - pkt 3 ustawy zasady: legalizmu, celowości i adekwatności przetwarzania danych, jak również, iż zagwarantowane byłoby bezpieczeństwo danych. Realizacja obowiązku właściwego zabezpieczenia danych osobowych oznacza między innymi przyjęcie takiego sposobu przetwarzania danych, który wyeliminuje możliwość zapoznania się z danymi przez osoby do tego nieupoważnione.

Mając powyższe na uwadze apeluję, aby w trosce o poszanowanie praw do prywatności pacjentów i ochronę informacji ich dotyczących, stosować jedynie takie rozwiązania, które pozostają w zgodzie z powyżej powołanymi przepisami.

Nadmieniam, że zgodnie z art. 19a ust. 3 ustawy o ochronie danych osobowych, podmiot, do którego zostało skierowane wystąpienie lub wnioski, o których mowa w ust. 1 i 2, jest obowiązany ustosunkować się do tego wystąpienia lub wniosku na piśmie w terminie 30 dni od daty jego otrzymania,

Informuje przy tym, że treść niniejszego wystąpienia wraz z udzieloną odpowiedzią opublikowana będzie na stronie internetowej Generalnego Inspektora Ochrony Danych Osobowych.

Z poważaniem

Generalny Inspektor Ochrony Danych Osobowych
Wojciech R. WIEWIÓROWSKI

Spotkanie lekarzy-dziennikarzy

W dniach 18–20 maja Opolska Izba Lekarska gościła redaktorów naczelných biuletynów izb lekarskich z całej Polski oraz dziennikarzy „Gazety Lekarskiej” i członków jej Kolegium Redakcyjnego. Do tradycji weszły już coroczne spotkania lekarzy-dziennikarzy, które służą wymianę doświadczeń i dyskusji na temat kształtu i jakości wydawanych biuletynów izbowych oraz samej „Gazety” i stałej poprawy warsztatu naszej pracy.

W tegorocznym spotkaniu, do ciekawie położonego pałacyku „Łucja” pod Gogolinem, w charakterze gości przybyli również: znany publicysta red. Jacek Żakowski, dyrektor kilku teatrów operowych, a ostatnio piszący felietony do „Gazety Lekarskiej” Sławomir Pietras, szefowa firmy „BIS-Media” z Włocławka, zajmującej się kolportażem biuletynów i „GL” Bożena Łosowska, Prezes Naczelnej Rady Lekarskiej Maciej Hamankiewicz, Rzecznik Prasowy NRL Katarzyna Strzałkowska oraz Przewodniczący Krajowej Komisji Wyborczej Paweł Suśłowski. Współgospodarzami spotkania, oprócz Jerzego Lacha, byli Jarosław Wanecki – Przewodniczący Kolegium Redakcyjnego „Gazety Lekarskiej” i Ryszard Gołański jej Redaktor Naczelny.

Spotkanie rozpoczął red. Żakowski, który odpowiadał na szereg pytań uczestników dotyczących kondycji

mediów w Polsce, braku zrozumienia wśród dziennikarzy zagrożeń płynących z wprowadzonych z początkiem bieżącego roku aktów prawnych dla prawidłowego funkcjonowania ochrony zdrowia oraz przyczyn tego stanu rzeczy. Red. Żakowski – podobnie, jak i w prowadzonych poprzedniego dnia „nocnych rozmowach Polaków” – przyznał, że według niego podstawowym problemem w ochronie zdrowia nie są tylko pieniądze (a raczej ich niedostatek), ale nieumiejętne zarządzanie nią i brak specjalistów w tej dziedzinie. Sam zajmował się tym problemem i stwierdził, że jego zdaniem nie ma w Polsce ludzi potrafiących zarządzać jednostkami ochrony zdrowia. To budzi jego wielki niepokój. Przyznał jednocześnie, że – wg niego – poprzedni minister zdrowia był najgorszym z dotychczasowych zasiadających na ul. Miodowej.

Odpowiadając na pytania dotyczące braku reakcji mediów na narastające – wg oceny środowisk medycznych – zagrożenia zgodnego ze sztuką i aktualną wiedzą medyczną sposobu leczenia pacjentów wynikające z tzw. rozporządzenia refundacyjnego oraz propozycji nowych umów na wypisywanie recept refundowanych przedstawianych przez NFZ stwierdził, że w mediach brakuje kompetentnych, dobrze zorientowanych w tema-

tyce ochrony zdrowia dziennikarzy. W ogóle aktualnie panuje powszechny kryzys kompetencji. zaproponował jednocześnie, aby to samorząd lekarski i inne środowiska medyczne próbowały „kształcić” kompetentnych dziennikarzy, aby zawierały koalicje z organizacjami pacjentów dla tworzenia „think tanków” przydatnych dla tworzenia nowych rozwiązań w ochronie zdrowia, wywierania nacisku na rządzących i upowszechniania wiedzy w społeczeństwie o negatywnych konsekwencjach złych rozwiązań prawnych i destabilizacji na rynku świadczeń medycznych oraz proponowania nowych, bardziej sensownych rozwiązań. Padła nawet propozycja stworzenia wraz z organizacjami pacjentów nowego „Białego Okrągłego Stołu” – niekoniecznie z udziałem przedstawicieli władzy.

Nasz gość poruszał także sprawę nowych rozwiązań prawnych w Prawie prasowym, które zostały niedawno zgłoszone. Oceniał je jako absurdalne i stwierdził, że nie mają one szans na przeprowadzenie. Mowa również była o kondycji mediów i narastającym spadku liczby reklamodawców, co powoduje, że większość gazet oraz mediów elektronicznych stoi przed widmem bankructwa.

Trwające prawie dwie godziny spotkanie z red. Żakowskim było niezwykle ciekawe, choć niestety nie napawało obecnych zbyt dużym optymizmem.

W następnej części spotkania głos zabrała p. Bożena Łosowska z firmy BIS-Media, która przedstawiła techniczne możliwości swojej firmy i podzieliła się swoimi spostrzeżeniami z dotychczasowej współpracy z redakcjami biuletynów izbowych. Prosiła o pełniejszą i prowadzoną na bieżąco informację, która pozwoli na uniknięcie ewentualnych „wpadek” przy kolportażu „Gazety” i biuletynów.

Kolejnym gościem spotkania był Przewodniczący Krajowej Komisji Wyborczej Paweł Susłowski, który przedstawił w ogólnych zarysach nową uchwałę dotyczącą wyborów do organów samorządu lekarskiego podjętą przez ostatni Krajowy Zjazd Lekarzy. Najważniejszą rzeczą w tej uchwale jest przyjęcie przez Zjazd możliwości głosowania korespondencyjnego przez lekarza przy wyborze swoich przedstawicieli do organów samorządu. Stworzenie takiej możliwości stawia nowe wyzwania przed prasą samorządową. Konieczna jest bowiem solidna i przejrzysta informacja dotycząca sposobów głosowania, poprzedzona akcją namawiania naszych Koleżanek i Kolegów do szerokiego udziału w wyborach. Podstawową rolę do spełnienia ma tutaj „Gazeta Lekarska”, ale udział biuletynów poszczególnych izb jest nie do przecenienia. Wstępnie uzgodniono, że po wakacjach rozpocznie się druk materiałów dotyczących tego tematu w „GL”, nie postanowiono jednak, jak ma to przebiegać na poziomie poszczególnych izb, w biuletynach.

I wreszcie na koniec, jako ostatni głos zabrał pisujący ostatnio do „Gazety Lekarskiej” felietony o związkach sztuki z medycyną Sławomir Pietras – dyrektor wielu

teatrów operowych i festiwali, znawca muzyki. W sposób niezwykle barwny opowiadał o kulisach scen operowych oraz o swoich pomysłach na dalszą współpracę z „Gazetą”.

W drugiej, bardziej roboczej, części spotkanie prowadzili Przewodniczący Kolegium Redakcyjnego „GL” Jarosław Wanecki oraz jej Redaktor Naczelny Ryszard Golański. Przedstawili w niej przyczyny zerwania umowy z wydawnictwem Axel Springer, które zajmowało się w ubiegłym roku wydawaniem „Gazety” oraz działaniami podjętymi dla niezaburzonego jej i wydawania. W dalszym ciągu (choć już w niewielkim stopniu) zmianie ulega szata graficzna samej gazety, prowadzi się nowe działania zmierzające do pozyskania reklamodawców. W ich efekcie w ostatnim czasie budżet „Gazety” bilansuje się. Mowa również była o projektach dotyczących dalszego zmniejszenia nakładów na druk i wydawanie gazety – przynajmniej w części – w postaci elektronicznej. Pomysły te spotkały się z żywą reakcją uczestników spotkania, którzy wskazywali na słabe zainteresowanie tą formą rozprowadzania czasopisma. I właściwie to tyle o części roboczej spotkania.

Po południu wszyscy uczestnicy odwiedzili największy w Europie „JuraPark” w Krasiejowie. Przedsięwzięcie to zostało zrealizowane w niezwykle ciekawy i pełen rozmachu sposób. Na terenie starego wyrobiska iłowego cementowni „Górażdże”, na początku lat 80. znaleziono pierwsze kości kręgowców pochodzących z jednej z epok w historii Ziemi – triasu. Bardzo szybko okazało się, że to stanowisko jest niezwykle obiecujące i w ciągu kolejnych lat eksploracji odnaleziono tam liczne szkielety gadów zamieszkujących ten teren przed milionami lat w epoce dinozaurów, w tym najstarszego jak dotąd odkrytego pradinozaura *Silesaurus opolensis*. Same szkielety były i są nadal przedmiotem intensywnych prac badawczych, a rekonstrukcje naturalnej wielkości głównych przedstawicieli fauny krasiejowskiej wykonane przez Martę Szubert stały się podstawowym elementem całego parku. Trasa zwiedzania rozpoczyna się od Tunelu Czasu, w którym poznajemy historię naszej planety od „Wielkiego wybuchu” do czasów dinozaurów. Następnie, przechodząc się ścieżką edukacyjną po obszarze całego wyrobiska mamy okazję poznać prawie 70 gatunków gadów kopalnych w postaci około 200 modeli. Tak duża liczba prezentowanych gatunków i modeli powoduje, że JuraPark w Krasiejowie jest **największym tego typu obiektem w Europie**. Zwiedzanie kończy wizyta w pawilonie, w którym zobaczyć można – tak modną obecnie – trójwymiarową prezentację kopalnych gadów zamieszkujących triasowe morza. Wizyta w tym pawilonie kończy się pewną niespodzianką, ale nic więcej o niej nie napiszę. Namawiam Was wszystkich do odwiedzenia „JuraParku” w Krasiejowie. Możecie wybrać się tam z dziećmi, bo gospodarze zapewnili im możliwość zabawy na specjalnym placu zabaw. Naprawdę warto!!!

Ostatnim akcentem tego dnia było spotkanie w gospodarstwie agroturystycznym Państwa Lipińskich w Przysieczy, którzy ugościli nas niezwykle serdecznie. Czas umilali nam nasi Koledzy z zespołu „Reanimators”, którzy przedstawili znany już z poprzednich występów zespół repertuar – przede wszystkim ballady Bułata Okudżawy i gitarowe hity „Shadowsów” i FabFour. W tym niezobowiązującym spotkaniu na powietrzu uczestniczył również Marszałek Roman Kolek, który przy wspianych mięsach i sałatkach rozmawiał (jak sam zapewnił – owocnie!) z Prezesem Naczelnej Rady Lekarskiej Maciejem Hamankiewiczem, a rolę głównego gospodarze wziął na siebie sam Prezes Jerzy Jakubiszyn.

Następnego dnia, zaraz po śniadaniu wszyscy uczestnicy spotkania rozjechali się do domów, choć większość z nich zboczyła nieco z trasy na Górę Św. Anny, by zobaczyć to jedno z największych miejsc pielgrzymkowych w Polsce – bazylikę i sanktuarium, z figurką św. Anny Samotrzeciej z XV wieku, franciszkański zespół

klasztorny z pięknym dziedzińcem arkadowym (Rajskim Placem) z I poł. XVIII w., na którym stoi 15 stuletnich konfesjonałów oraz grootę wykonaną na wzór groty z Lourdes i 40 kaplic kalwaryjnych z lat 1700–09. Na okrasę część z nich podeszła do Pomnika Czynu Powstańczego autorstwa Xawerego Dunikowskiego, a następnie pokonała stromiznę góry i zeszła do wspaniałego amfiteatru na blisko 30 tys. widzów zbudowanego jeszcze w pod koniec lat 30. ub. wieku.

Z wielką satysfakcją słuchałem komplementów naszych gości i pełnych zachwytów opinii pod adresem, zarówno samego pałacu „Łucja”, w którym nocowaliśmy, jak i całej ekspozycji „JuraParku” i naszych przeuroczych gospodarzy państwa Lipińskich. Wszyscy obiecywali sobie, że na pewno tu jeszcze powrócą, bo Opolszczyzna zaskoczyła ich swoim pięknem, czyistością i gospodarnością.

Jerzy B. LACH

Najczęściej popełniane błędy w drukach ZUS ZLA – część I

Wpisywanie niewłaściwego kodu ubezpieczenia w **polu nr 4** (na druku ZUS ZLA – drugi wiersz, ostatnia pozycja)

- Jeżeli ubezpieczony w ZUS powinno być – **1**,
- Jeżeli ubezpieczony w KRUS powinno być – **2**,
- Jeżeli ubezpieczony w innym w Polsce powinno być – **3**,
- Jeżeli w innym państwie powinno być – **4**.

Komentarz

Obecnie lekarze uprawnieni do wystawiania zaświadczeń w polu nr 4, prawie wszystkim pacjentom wpisują kod ubezpieczenia **1**, a przecież nie wszyscy są ubezpieczeni w ZUS. Warto wiedzieć, że tylko ubezpieczeni w ZUS podlegają kontroli zwolnień ZUS ZLA. Dlatego ubezpieczonym w KRUS – rolnikom, w polu nr 4 – wpisujemy **2**. „Mundurowym” (funkcjonariuszom policji, służby więziennej, CBA, CBŚ, służby granicznej, strażakom, etc.), a także prokuratorom i sędziom wpisujemy – **3**. Natomiast osobom ubezpieczonym za granicą (w innym państwie) wpisujemy – **4**.

Skutek – jeżeli zwolnienie wystawione jest z nieprawidłowym kodem ubezpieczenia to:

- Zwolnienie jest wystawione nieprawidłowo,
- Kontroli podlega lekarz wystawiający nieprawidłowo ZUS ZLA,
- Na kontrolę zwolnienia lekarskiego wzywana jest osoba, która nie powinna być kontrolowana, bo nie jest ubezpieczona w ZUS.

*Korneliusz MICHALI
Główny Lekarz Orzecznik
ZUS Oddział Opole*

Nagroda dla dr Agnieszki Kani

Szanowni Państwo, z wielką przyjemnością śpieszę poinformować, że nasza Koleżanka – lekarz stomatolog Agnieszka Kania otrzymała pierwszą nagrodę w konkursie „Przychodzi wena do lekarza”. Nie tak dawno, bo na przełomie roku, informowałam Państwa o promocji Jej książki zatytułowanej „Zapatrzenia”. Dziś mogę powiedzieć: „*A nie mówiłam?*” Sama oczarowana twórczością Agnieszki pragnęłam, aby jak najwięcej osób miało możliwość zapoznania się z nią.

Próbki swojej literackiej twórczości Pani Doktor wysłała na kilka godzin przed zamknięciem terminu ich przysyłania. Zarejestrowano je pod numerem 162 na 162 zgłoszone. I jak było powiedziane: ostatni będą pierwszymi – wygrała konkurs w kategorii „Proza”. Poniżej znajduje się informacja ze strony internetowej o konkursie oraz o przebiegu uroczystości rozdania nagród. Ten dość suchy, choć szczegółowy opis nie daje możliwości odczucia atmosfery, a w szczególności – zasługującej na podkreślenie – rangi tej uroczystości. Od siebie mogę dodać to, co usłyszałam od Nagrodzonej. Kiedy już dotarła wywołana po odbiór nagrody z ostatniego rzędu sali (bo oczywiście wpadła zdyszana w ostatniej chwili) na podium, po przyjęciu nagrody i wielu gratulacji, m. in. od Anny Dymnej, Moniki Olejnik czy Michała Rusinka, zapytano Ją, jak godzi wykonywanie zawodu dentysty ze sztuką? Opowiedziała wówczas o swoim spotkaniu z śp. Profesorem Szczeklikiem, który na tak postawione pytanie odpowiedział, że medycyna ze sztuką nigdy się nie kłóciły, nie trzeba ich więc godzić.

Poniżej informacja o konkursie oraz uroczystości uhonorowania laureatów, z której dowiecie się Państwo, że trzecie miejsce w tej samej kategorii zajął lekarz ginekolog z Opola, Pan Doktor Piotr Pośpiech. Szanownym Laureatom serdecznie gratulujemy i oczywiście życzymy dalszych sukcesów w dziedzinie literatury, bo mam wrażenie, że to dopiero początek pięknie zapowiadających się spotkań z weną.

PS. Więcej informacji na temat uroczystości znajdziecie Państwo w majowej „Gazecie Lekarskiej” w artykule pod tytułem „Nieśmiertelni artyści słowa”.

Jolanta JARKA

* * *

PSYCHE I SOMA SĄ TAK SAMO WAŻNE

Wczoraj, w Teatrze Muzycznym „Roma” w Warszawie, odbyła się uroczysta gala podsumowująca I Ogólnopolski Konkurs Literacki „Przychodzi wena do lekarza” im. Profesora Andrzeja Szczeklika. Nasza Fundacja była jego patronem, a Anna Dymna – jednym z jurorów, którzy oceniali 162 nadesłane na konkurs prace. Aktor-



*Laureatka I nagrody w kat. „Proza” –
dr Agnieszka Kania*

ka, wspólnie z Radosławem Krzyżowskim, aktorem Teatru Słowackiego w Krakowie, poprowadziła również tę niezwykle uroczystość.

„Słowo oswaja świat, daje możliwość jego rozumienia. Dobrze użyte pomaga i ratuje. Jest naszym najlepszym lekarzem i przyjacielem. Jeśli opowie się komuś swój ból, lęk, wątpliwości – słowa przynoszą ulgę, uspokojenie (...). Słowo zbliża ludzi!” – pisała na łamach „Medycyny Praktycznej” Anna Dymna we wrześniu 2011 roku, gdy ogłoszono I Ogólnopolski Konkurs Literacki „Przychodzi wena do lekarza”. Zauważała też: „Lekarz powinien być «niczym innym jak pocieszeniem duszy». Te słowa napisał przed wiekami Petroniusz”. Z kolei dr n. med. Piotr Gajewski, naczelny redaktor miesięcznika „Medycyna Praktyczna”, zachęcał lekarzy na łamach periodyku: „Sięgnijmy więc po pióra i niech słowa pomogą nam odkryć w sobie i rozwinąć wrażliwość na drugiego człowieka – naszego pacjenta”.

Pomysłodawcą Ogólnopolskiego Konkursu Literackiego „Przychodzi wena do lekarza” był profesor Andrzej

Szczeklik. Ten wybitny lekarz, filozof medycyny i członek Papieskiej Akademii Nauk, o którym Czesław Miłosz pisał: „*poeci oraz artyści wyczuwają w nim umysł pokrewny, choć wsparty nieznaną im wiedzą z zakresu mikrobiologii, chemii i genetyki*”, zmarł 3 lutego br. Redakcja miesięcznika „Medycyna Praktyczna”, organizator konkursu, postanowiła zatem nadać wydarzeniu imię tego wybitnego naukowca. Profesor Szczeklik doskonale rozumiał, że leczenie każdej choroby wymaga nie tylko opieki nad ciałem pacjenta, ale także nad jego psychiką – że w powracaniu do zdrowia psyche i soma są tak samo ważne. Lekarz powinien więc być humanistą. Do momentu śmierci profesor przewodniczył konkursowemu jury. W gronie tym zasiadli również: Anna Dymna, Ewa Lipska, dr Michał Rusinek, Adam Zagajewski i prof. Marek Pawlikowski, prezes Unii Polskich Lekarzy Pisarzy. Laureatów wyłoniono w kategoriach poezji i prozy.

– *Gdy odchodzi taki człowiek, brakuje słów, a wszystkie wydają się za duże, za małe... całkiem bezradne* – mówiła podczas gali o profesorze Anna Dymna. – *W takich chwilach po prostu trzeba być razem. I dziś właśnie na tej scenie spotykają się artyści – przyjaciele profesora Andrzeja Szczeklika, wybitnego lekarza, humanisty, ale przede wszystkim wspaniałego, dobrego człowieka, który dawał nam poczucie bezpieczeństwa, zarażał życzliwością, służył zawsze radą, dodawał sił i odwagi w trudnych chwilach. Prawda? Uwielbialiśmy go. Był dla nas wszystkich bardzo ważny. I nie da się tego dzisiaj opowiedzieć. Trzeba pomilczeć, zaśpiewać, zagrać i myśłami przywołać Andrzeja.*

W Teatrze Muzycznym „Roma” obecni byli: Leszek Możdżer, Jan Nowicki, Beata Rybotycka, Zbigniew Preisner, Anna Szalapak, Grzegorz Turnau, Jacek Wójcicki oraz Jan Karpiel-Bułecka z zespołem. Wystąpili oni w specjalnym programie artystycznym, który zadedykowano patronowi konkursu. Jan Nowicki czytał fragmenty jego książek: „Kore. O chorych, chorobach i poszukiwaniu duszy medycyny” oraz „Nieśmiertelność. Prometejski sen medycyny”. Anna Dymna oraz Radosław Krzyżowski zaprezentowali publiczności twórczość laureatów konkursu wyłonionych ze 162-osobowego grona lekarzy.

W kategorii „Poezja” zwyciężyli:

1. Zbigniew Kostrzewa (otolaryngolog z Łowicza),
2. Agnieszka Łebek-Szatańska (internistka z Warszawy),
3. Sylwia Olszynka-Martynik (pediatra z Warszawy).

W kategorii „Proza” laureatami zostali:

1. Agnieszka Kania (stomatolog z Opola),
2. Stefan Trzos (internista z Łodzi),
3. Piotr Pośpiech (ginekolog, seksuolog z Dąbrowy Opolskiej).

Jury przyznało również wyróżnienia w drugiej z kategorii. Otrzymali je:

1. Stanisław Górski (internista z Krakowa),
2. Urszula Chruściel (internistka z Brzeska) i
3. Jerzy Kulikowski (chirurg z Krakowa).

Nagrodzeni twórcy otrzymali dyplomy, a ich wiersze oraz proza zostaną opublikowane w specjalnym wydaniu „Medycyny Praktycznej”.

Główną nagrodę w konkursie stanowi statuetka wykonana przez zakopiańskiego artystę rzeźbiarza Karola Gąsienicę Szostaka. Jest to miniaturowa replika rzeźby stojącej przed budynkiem II Katedry Chorób Wewnętrznych w Krakowie kierowanej przez profesora Andrzeja Szczeklika. Rzeźbę tę profesor ufundował dla upamiętnienia Piotra Skrzyneckiego, dla którego „Klinika Szczeklika” przy ulicy Skawińskiej była przez ostatnie lata życia drugim domem i którą nazwał „hotelem snów”. Jak pisał fundator rzeźby w swojej książce „Katharsis”, przedstawia ona „*akrobatów – kobietę i mężczyznę – balansujących wbrew sile ciężkości*”. Ich postacie, zdaniem profesora, nawiązują do czarodziejskiej twórczości wielkiego maga z Piwnicy pod Baranami, a także do sztuki lekarskiej będącej balansowaniem na granicy życia i śmierci.

– *Zawód lekarza jest niezwykle trudny* – mówiła po zakończeniu koncertu Anna Dymna. – *Lekarze muszą stykać się codziennie z cierpieniem, śmiercią, bezradnością wobec losu, rozpaczą, strachem, muszą zachować spokój, zimną krew w najbardziej tragicznych sytuacjach i przy tej całej złożoności i odpowiedzialności zawodu zachować wrażliwość. Gdy czytałam nadesłane na konkurs utwory zobaczyłam, gdzie lekarze szukają wytchnienia, o czym marzą, co ich najbardziej nurtuje. Atmosfera koncertu i tłum obecny w Teatrze „Roma” po raz kolejny udowodniły, że wszyscy potrzebujemy spokojnych, życzliwych słów. Są one niezbędne zarówno lekarzom jak i pacjentom. Naprawdę osławiają świat i pomagają go zrozumieć. Dlatego za rok znowu się spotkamy, po to, by czytając słowa, patrzeć w oczy i w dusze naszym lekarzom, poznawać ich wrażliwość, a dzięki nim też pogłębiać swoją. Myślę, że profesor Szczeklik, nasz kochany Andrzej zawsze będzie z nami.*

(przekopiowane ze strony internetowej „Mimo wszystko” Fundacja Anny Dymnej)

Ostatni koncert „Nieznanych muzykantów”

Zgodnie z wcześniejszymi zapowiedziami (patrz poprzednie numery Biuletynu), w dn. 19 kwietnia w „Klubie Lekarza” w siedzibie Opolskiej Izby Lekarskiej przy ul. Grunwaldzkiej 23 odbył się ostatni koncert – choć może właściwsze byłoby określenie jam-session – powstałego z inicjatywy naszego Kolegi – Marka Kania, zespołu „Nieznane Muzykanty” złożonego wyłącznie z grających lekarzy.

Przed licznie zgromadzoną publicznością pojawili się znani już z występu w Opolskim Centrum Onkologii (o czym pisałem w kwietniowym numerze): Jadwiga Czarny-Szczeniak (śpiew), Marek Kania (skrzypce), Kazimierz Drosik (gitara), Krzysztof Otwinowski (gitara basowa), Lucjan Szela (akordeon), Jerzy Pszczółka (saksofon), Krystian Kościów (gitara, śpiew), Waldemar Felbel (perkusja) i Janusz Jaskot (gitara, śpiew). Oprócz nich na małej scenie pojawili się po raz pierwszy: Marta Kaczmarek (wiolonczela), Jacek Polewiak (keyboard) i Luay Al-Quadi (perkusja). Ze względu na charakter utworów program koncertu został podzielony na cztery części.

W pierwszej – poświęconej muzyce klasycznej – obie panie z towarzyszeniem Marka Kania wykonały „Domine Deus” z Glorii Antonio Vivaldiego oraz „Kołysankę” Wolfganga Amadeusza Mozarta. Następnie trio w składzie – Marek Kania, Kazimierz Drosik i Krzysztof Otwinowski zagrało „Arię na strunie G” Jana Sebastiana Bacha.

W drugiej – balladowej – usłyszeliśmy znakomite interpretacje trzech ballad Bułata Okudźawy: „Ballady gruzińskiej”, „Balonika” i „Leśnego walca” w wykonaniu Krystiana Kościowa, któremu towarzyszył ze-

spół w składzie: Marek Kania, Krzysztof Otwinowski, Lucjan Szela, Kazimierz Drosik, Jerzy Pszczółka i Luay Al-Quadi.

Kolejną część koncertu stanowiły evergreeny Wspaniałej Czwórki z Liverpoolu i zespołu „The Shadows”: „Yesterday” i „Let It Be” oraz „Maria Elena”, „Peace Pipe” i „Apache”, a na scenie grono poprzednio grających muzyków zmniejszyło się o Lucjana Szelę i Jerzego Pszczółkę.

I wreszcie w ostatniej części znalazły się trzy bluesowe kawałki: „Que sera, sera”, „Blues Doctor” i „Ain’t Nobody’s Business”, jak zwykle dynamicznie zagrane i zaśpiewane przez Janusza Jaskota, któremu towarzyszyli Krzysztof Otwinowski, Waldemar Felbel, Marek Kania i Jerzy Pszczółka. Każdy z wykonywanych utworów spotykał się z żywiołową reakcją słuchających.

W trakcie trwania koncertu publiczność zgłaszała swoje propozycje nowej nazwy zespołu. Pod koniec muzycznego spotkania w „Klubie Lekarza”, spośród pięciu zgłoszonych propozycji: Wiwisekcja, Defibrylator, Reanimators, Jęki Eskulapa i Czarodziejów Zdrowia, w głosowaniu tajnym publiczność wybrała nazwę „Reanimators”. Pomysłodawczyni nowej nazwy zespołu otrzymała w nagrodę wściekle zielone ukulele, a „świeżo powstały” zespół „Reanimators” wykonał na bis „Yesterday” i „Let It Be” zespołu The Beatles.

Jerzy B. LACH

PS. Jak zapewne pamiętacie w czasie ostatniego Okręgowego Zjazdu Lekarzy powstała inicjatywa utworzenia naszego izbowego chóru. Poniżej przedstawiam Wam najnowszy komunikat w tej sprawie.

Zapraszamy wszystkich chętnych do śpiewania w CHÓRZE LEKARZY na pierwsze spotkanie organizacyjne,

które odbędzie się w dniu 20 czerwca br. (środa) o godzinie 19⁰⁰ w siedzibie Opolskiej Izby Lekarskiej w Opolu, przy ul. Grunwaldzkiej 23.
Zgłosiło się już 30 śpiewających lekarzy, ale w dalszym ciągu przyjmujemy nowe zgłoszenia. Przypominamy, że nie jest wymagana znajomość nut.

Zgłoszenia i informacje w biurze izby – 77/454-59-39
lub u Marty Kabarowskiej – 602 776 429.

Rozporządzenie Ministra Zdrowia w sprawie recept lekarskich

10 marca 2012 r. weszło w życie rozporządzenie ministra zdrowia z 8 marca 2012 r. w sprawie recept lekarskich, opublikowane w Dz. U. z 2012 r., poz. 260.

Ustawa o refundacji leków określa w art. 2 pkt 14 jako osobę uprawnioną m.in.:

- a) lekarza ubezpieczenia zdrowotnego w rozumieniu ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych,
- b) lekarza, lekarza dentystę, z którymi NFZ zawarł umowę upoważniającą do wystawiania recept refundowanych,
- c) lekarza, lekarza dentystę posiadającego prawo wykonywania zawodu, który zaprzestał wykonywania zawodu, a z którym NFZ zawarł umowę upoważniającą do wystawiania recept refundowanych dla wystawiającego, jego małżonka, wstępnych i zstępnych w linii prostej oraz rodzeństwa.

Recepta, na której co najmniej jeden z przepisanych leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego, wyrobów medycznych, dla którego wydano decyzję o objęciu refundacją, ma być wydany za odpłatnością, o której mowa w ustawie o refundacji (bezpłatnie, za odpłatnością ryczałtową, za odpłatnością w wysokości 30% albo 50% ich limitu finansowania), obejmuje:

1. dane dotyczące osoby uprawnionej, o której mowa w art. 2 pkt 14 lit. b i c ustawy o refundacji, albo świadczeniodawcy (podmiotu wykonującego działalność leczniczą), u którego wykonuje zawód osoba uprawniona, o której mowa w art. 2 pkt 14 lit. a ustawy.

Dane dotyczące osoby uprawnionej albo świadczeniodawcy obejmują:

- nazwę albo firmę wynikającą z umowy na wystawianie recept refundowanych zawartej z NFZ,
- adres miejsca udzielenia świadczenia zdrowotnego (nazwa miejscowości, ulica, numer domu, numer lokalu),
- numer telefonu,
- identyfikator stanowiący dziewięć pierwszych cyfr numeru REGON.

Jeżeli recepta jest wystawiona przez osobę uprawnioną, o której mowa w art. 2 pkt 14 lit. c ustawy, dane osoby uprawnionej obejmują: imię i nazwisko, adres miejsca zamieszkania (nazwa miejscowości, ulica, numer domu, numer lokalu), numer telefonu, dziewięć-

ciocyfrowy numer identyfikacyjny określony w umowie upoważniającej do wystawiania recept refundowanych;

2. dane dotyczące pacjenta:

- a) imię i nazwisko,
- b) adres (nazwa miejscowości, ulica, numer domu, numer lokalu) miejsca zamieszkania albo miejsca pełnienia służby wojskowej albo miejsca zamieszkania osoby uprawnionej albo siedziby urzędu gminy lub gminnego ośrodka pomocy społecznej – w przypadku świadczeniobiorcy, wobec którego wydano decyzję potwierdzającą prawo do świadczeń opieki zdrowotnej, albo siedziby świadczeniodawcy, który udzielił świadczenia,
- c) wiek – w przypadku pacjenta do lat 18, o ile nie można go ustalić na podstawie numeru PESEL,
- d) kod uprawnień dodatkowych pacjenta, określony w załączniku nr 1,
- e) numer poświadczenia – w przypadku korzystania ze świadczeń opieki zdrowotnej na podstawie przepisów o koordynacji, albo numer dokumentu uprawniającego do korzystania ze świadczeń opieki zdrowotnej na podstawie przepisów o koordynacji wystawionego przez właściwą instytucję zagraniczną,
- f) numer PESEL – jeżeli dotyczy, a w przypadku dziecka nieposiadającego numeru PESEL lub niemożności ustalenia tego numeru – numer PESEL przedstawiciela ustawowego lub opiekuna faktycznego wraz z adnotacją o zamieszczeniu numeru PESEL osoby innej niż pacjent i podpisem osoby uprawnionej,
- g) numer paszportu lub innego dokumentu ze zdjęciem potwierdzającego tożsamość – w przypadku cudzoziemca niebędącego osobą uprawnioną do świadczeń opieki zdrowotnej na podstawie przepisów o koordynacji, a w przypadku osoby posiadającej Kartę Polaka – numer Karty Polaka;

3. identyfikator płatnika:

- a) określony w załączniku nr 2 identyfikator oddziału NFZ właściwy dla miejsca zamieszkania świadczeniobiorcy, a w przypadku:

- braku miejsca zamieszkania świadczeniobiorcy na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej – identyfikator oddziału NFZ wskazany przez niego albo miejsca pełnienia służby wojskowej,
- osoby bezdomnej – identyfikator oddziału NFZ właściwy dla miejsca zamieszkania osoby uprawnionej albo siedziby świadczeniodawcy, albo
- b) znak „X” – w przypadku pacjentów nieposiadających dokumentu potwierdzającego prawo do świadczeń opieki zdrowotnej lub pacjentów niebędących osobami uprawnionymi do świadczeń opieki zdrowotnej, o których mowa w załączniku nr 1, albo
- c) symbol instytucji właściwej dla osoby uprawnionej do świadczeń opieki zdrowotnej na podstawie przepisów o koordynacji, określony w załączniku nr 3;
- 4. dane dotyczące przepisanych leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego, wyrobów medycznych;
- 5. datę wystawienia recepty;
- 6. datę realizacji recepty „od dnia”, a jeżeli nie dotyczy – znak „X”;
- 7. dane dotyczące osoby uprawnionej:
 - a) imię i nazwisko,
 - b) numer prawa wykonywania zawodu.

Jeżeli osoba uprawniona wystawia receptę dla siebie albo dla małżonka, zstępnych lub wstępnych w linii prostej oraz rodzeństwa, w części recepty przeznaczonej na wpisanie danych dotyczących pacjenta osoba uprawniona, o której mowa w art. 2 pkt 14 lit. c ustawy o refundacji, wpisuje, a osoba uprawniona, o której mowa w art. 2 pkt 14 lit. a i b ustawy o refundacji, może wpisać dodatkowo adnotację: „*pro auctore*” albo „*pro familiae*” lub inne równoważne. Na receptę wystawianą z adnotacją „*pro auctore*” dane dotyczące pacjenta mogą nie zawierać elementów, które są zamieszczone na nadruku, pieczęcie lub naklejce z danymi osoby uprawnionej, o których mowa w pkt 1 i 7.

Na receptę zamieszcza się dodatkowo unikalny numer identyfikujący receptę nadawany przez NFZ. Jeżeli na receptę przepisano wyłącznie leki niepodlegające refundacji, osoba wystawiająca receptę może ograniczyć dane zamieszczane na receptę do danych określonych w pkt 2 lit. a-c, pkt 5 i 6 i danych dotyczących przepisanych leków, z wyjątkiem odpłatności, oraz do swojego imienia, nazwiska i numeru prawa wykonywania zawodu.

Jeżeli na receptę przepisano wyłącznie leki niepodlegające refundacji zawierające substancje psychotropowe z grup III-P i IV-P oraz leki zawierające środki odurzające z grupy II-N określone w ustawie o przeciwdziałaniu narkomanii, osoba wystawiająca receptę, oprócz danych, o których mowa wyżej, zamieszcza na receptę odpowiednio dane określone w pkt 2 lit. f albo g.

Dane dotyczące przepisanych leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego, wyrobów medycznych obejmują:

1. nazwę leku albo rodzajową lub handlową nazwę środka spożywczego specjalnego przeznaczenia żywieniowego, wyrobu medycznego lub ich nazwę skróconą,
2. postać, w jakiej lek ma być wydany, jeżeli występuje w obrocie w więcej niż jednej postaci,
3. dawkę leku, jeżeli lek występuje w więcej niż jednej dawce,
4. ilość leku, a w przypadku leku recepturowego – jego skład,
5. sposób dawkowania w przypadku przepisania:
 - a) ilości leku niezbędnej pacjentowi do maksymalnie 90-dniowego stosowania,
 - b) leku gotowego dopuszczonego do obrotu na terytorium RP, który zawiera środek odurzający, substancję psychotropową,
 - c) leku recepturowego zawierającego środek odurzający, substancję psychotropową w rozumieniu ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii lub substancję zaliczoną do wykazu A substancji bardzo silnie działających określoną w Farmakopei Polskiej,
6. odpłatność leku, określoną w sposób następujący:
 - a) jeżeli lek występuje w wykazie refundowanych leków w jednej odpłatności, osoba uprawniona nie wpisuje tej odpłatności,
 - b) jeżeli lek występuje w wykazie refundowanych leków w więcej niż jednej odpłatności, osoba uprawniona:
7. wpisuje symbol „P” w przypadku przepisывania tego leku za najniższą odpłatnością wynikającą z wykazu,
8. nie wpisuje poziomu odpłatności w przypadku przepisывania tego leku za najwyższą odpłatnością wynikającą z wykazu,
9. wpisuje odpłatność określoną w wykazie refundowanych leków w przypadkach innych niż wskazane wyżej,
10. jeżeli lek jest przepisывany poza zakresem refundacji, osoba uprawniona wpisuje symbol „X”;
11. odpłatność może także być określona w następujący sposób:
 - a) B lub równoważne – dla leku wydawanego bezpłatnie,
 - b) R lub równoważne – dla leku wydawanego za odpłatnością ryczałtową,
 - c) 30% – dla leku wydawanego za odpłatnością 30% limitu finansowania,
 - d) 50% – dla leku wydawanego za odpłatnością 50% limitu finansowania,
 - e) 100% – dla leku wydawanego poza zakresem refundacji.

Oznaczenia dotyczące odpłatności nie są wymagane w przypadku recept wystawianych dla inwalidów wojennych, osób represjonowanych, ich małżonków pozostających na ich wyłącznym utrzymaniu, wdów i wdowców po poległych żołnierzach i zmarłych inwalidach wojennych oraz osobach represjonowanych, uprawnionych do renty rodzinnej, a także cywilnych niewidomych ofiar działań wojennych (pkt 4 załącznika nr 1) oraz dla leków sprowadzanych dla pacjenta z zagranicy.

Osoba wystawiająca receptę może przepisać dla jednego pacjenta jednorazowo maksymalnie:

1. bez podawania na receptę sposobu dawkowania (z zastrzeżeniem dotyczącym leku, który zawiera środek odurzający, substancję psychotropową):
 - a) ilość leku odpowiadającą dwóm najmniejszym opakowaniom:
 - tego leku określonego w wykazie refundowanych leków – w przypadku recept na refundowane leki wymienione w tym wykazie,
 - tego leku dla leku dopuszczonego do obrotu na terytorium RP – w przypadku recept na leki niepodlegające refundacji, wystawionych dla pacjentów posiadających uprawnienie, o którym mowa w pkt 4 załącznika nr 1,
 - b) 100 sztuk strzykawek do insuliny wraz z igłami,
 - c) 100 sztuk pasków diagnostycznych,
 - b) 100 sztuk strzykawek do insuliny wraz z igłami,
 - c) 100 sztuk pasków diagnostycznych,
2. ilość środka antykoncepcyjnego niezbędną do sześciomiesięcznego stosowania,

3. podając na receptę sposób dawkowania – ilość leku niezbędną pacjentowi do maksymalnie 90-dniowego stosowania wyliczonego na podstawie określonego na receptę sposobu dawkowania.

Na jednej receptce można przepisać pojedynczą ilość leku recepturowego, ustaloną na podstawie przepisów określających leki, które mogą być traktowane jako surowce farmaceutyczne stosowane przy sporządzeniu leków recepturowych.

Osoba uprawniona może wystawić do trzech recept na następujące po sobie okresy stosowania nieprzekraczające łącznie 90 dni stosowania, a w przypadku recept na środki antykoncepcyjne

- do sześciu recept na następujące po sobie okresy stosowania nieprzekraczające łącznie sześciomiesięcznego stosowania. Wzór recepty określa załącznik nr 6.

Na jednej receptce można przepisać do pięciu leków gotowych lub środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego lub wyrobów medycznych albo jeden lek recepturowy. Dopuszcza się stosowanie druków recept zgodnych ze wzorem obowiązującym przed 1 stycznia 2012 r., jednak nie dłużej niż do 31 grudnia 2012 r., z wyłączeniem możliwości naniesienia na takiej receptce w części „Choroby przewlekłe” znaku „P”, z uwzględnieniem uzupełnienia recepty o dane dotyczące odpłatności leku.

mec. Beata KOZYRA-LUKASIAK

(przedruk z „Pulsu” nr 5/12)

Wzajemne stosunki między lekarzami w kontekście powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego

– spory kompetencyjne między świadczeniodawcami ambulatoryjnymi

Przedmiotem opracowania są powinności i kompetencje lekarzy w ramach powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego. Nie są rzadkie przypadki występowania sporów między świadczeniodawcami o to, kto powinien wykonać konkretne badanie, do kogo należy powinność fizycznego wydawania orzeczeń o czasowej niezdolności do pracy, kto powinien przygotować pacjenta do hospitalizacji, itp. Na tym tle dochodzi do rozbieżności stanowisk między poszczególnymi świadczeniodawcami. Tłem owych odmienności interpretacyjnych – jak nietrudno się domyślać – są pieniądze. Tych w systemie brak i lekarz jest ograniczony w swoich decyzjach, a nawet planach diagnostycznych. Niemniej jednak lekarze winni wzajemnie szanować swoją pracę i specjalność. Autorka odsyła do komentarza poruszającego problematykę wzajemnych kontaktów między lekarzami w świetle KEL oraz ustaw. Niniejsze opracowanie ukazuje problem stosunków nie tylko między lekarzami, ale między świadczeniodawcami, tj. podmiotami związanymi umowami z płatnikiem.

Kompetencje świadczeniodawców i ich źródła

O powinnościach poszczególnych świadczeniodawców (lekarza POZ, lekarza specjalisty, SOR, szpitala) powiada się potocznie, iż są to ich kompetencje. Między świadczeniodawcami bardzo często dochodzi do sporów, których przedmiotem jest ustalenie, kto i w jakim zakresie winien zabezpieczyć pacjenta. Urzędnicy NFZ zazwyczaj konstatują, że pacjent winien opuścić świadczeniodawcę w pełni zabezpieczony, i tutaj rodzi się pytanie: co owo stwierdzenie w istocie oznacza?

Z doświadczeń autorki wynika, że lekarze toczą nieustanny spór o tzw. kompetencje. Z prawnego punktu widzenia są to spory negatywne. Spór negatywny to taki spór, w którym żadna ze spierających się stron sporu nie czuje się obowiązana (kompetentna) do wykonania czynności (obowiązku). Tymczasem istnieją przepisy prawa powszechnego, które kompetencje poszczególnych uczestników rynku usług medycznych (świadczeniodawców) regulują w dość wyczerpujący sposób. Należy za-

znaczyć, że regulacje te nie są wyczerpujące, ale na tyle wyraźne, by spory kompetencyjne między świadczeniodawcami zażegnać.

Ważnym aspektem dla rozważań jest analiza postanowień ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (tekst jedn.: Dz. U. z 2008 r. Nr 164, poz. 1027 z późn. zm.) – dalej u.ś.o.z. Art. 55 u.ś.o.z. jest regulacją o wyjątkowym charakterze. Oto powołany przepis stanowi, że świadczeniodawca udzielający świadczeń z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej jest obowiązany w szczególności do postępowania zgodnie z zakresem zadań, określonych w przepisach wydanych na podstawie art. 55 ust. 6 u.ś.o.z., odpowiednio dla lekarza, pielęgniarki i położnej podstawowej opieki zdrowotnej. Świadczeniodawca udzielający świadczeń z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej zapewnia świadczeniobiorcom, w kosztach własnej działalności, zgodnie z zakresem, o którym mowa wyżej, w szczególności dostęp do:

- opieki ambulatoryjnej, w tym opieki,
- w domu chorego,
- badań diagnostycznych.

Powołana regulacja, niestety, bywa rozumiana opacznie, zwłaszcza w zakresie wskazanym w art. 55 ust. 2. u.ś.o.z. Pozostali świadczeniodawcy mają zwyczaj „odsyłania” pacjenta do gabinetu POZ w celu wykonania badań diagnostycznych, niezbędnych dla podjęcia lub kontynuacji leczenia w poradni specjalisty czy w szpitalu. Ten właśnie „zwyczaj” stanowi ów tytułowy spór kompetencyjny.

Dla pełnej analizy prawnych powinności w ramach organizacji systemu konieczne jest odwołanie się do aktów wykonawczych do ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej, finansowanych ze środków publicznych, tj.:

1. Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 20 października 2005 r. w sprawie zakresu zadań lekarza, pielęgniarki i położnej podstawowej opieki zdrowotnej (Dz. U. Nr 214, poz. 1816) – dalej r.p.o.z. -
2. Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 maja 2008 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. Nr 81, poz. 484) – dalej r.o.w.u.

Kompetencje lekarza POZ

Z formalnego punktu widzenia najlepszą jest sytuacja podmiotów realizujących świadczenia z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej. Działalność tych świadczeniodawców jest regulowana odrębnym aktem prawnym w postaci powołanego wyżej rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 20 października 2005 r. w sprawie zakresu zadań lekarza, pielęgniarki i położnej podstawowej opieki zdrowotnej. Z punktu widzenia tytułowych sporów kompetencyjnych zasadnicze znaczenie zdaje się mieć załącznik nr 1 do r.p.o.z. zatytułowany „Zakres zadań lekarza podstawowej opieki zdrowotnej”. Powołany załącznik obejmuje zakres obowiązków i uprawnień lekarza POZ. Szczegółne wydaje się postanowienie ust.

5 pkt 6, 7 i 8 załącznika nr 1 r.p.o.z. Powołane regulacje stanowią, że: lekarz POZ kieruje świadczeniobiorcą na konsultacje specjalistyczne w celu dalszej diagnostyki i leczenia, w przypadku gdy uzna to za konieczne; kieruje świadczeniobiorcą do jednostek leczenia zamkniętego w celu dalszej diagnostyki i leczenia, w przypadku gdy uzna to za konieczne; dokonuje interpretacji wyników badań i konsultacji wykonanych przez innych świadczeniodawców. Powołane regulacje pozwalają ustalić, że lekarz POZ nie jest obowiązany do wykonywania diagnostyki na zlecenie lekarza specjalisty lub na zlecenie izby przyjęć szpitala. Co więcej – lekarz POZ jest upoważniony do interpretacji wyników badań wykonanych na zlecenie poradni specjalistycznej.

Ustęp 5 pkt 6 i pkt 7 załącznika nr 1 r.p.o.z. można uznać za formalne granice powinności lekarza POZ. Oto bowiem uznanie przez lekarza POZ, że pacjent wymaga leczenia lub co najmniej konsultacji specjalistycznej jest podstawą do skierowania pacjenta do poradni specjalistycznej, a nawet do leczenia zamkniętego (szpitala). W tym miejscu powinność lekarza POZ w zakresie leczenia pacjenta się kończy lub co najmniej ulega zawieszeniu. Naturalnie konstatacja ta dotyczy leczenia konkretnej rozpoznawanej jednostki chorobowej. Wszak pacjent zachowuje pełne prawo do korzystania z opieki poradni POZ w tym samym czasie, w którym leczy się w poradni specjalistycznej. Wizyt w poradni nie może pacjent odbywać jedynie w trakcie pobytu szpitalnego.

Obowiązki diagnostyczne i administracja medyczna

Tytuł tej części opracowania zawiera autorski termin: „administracja medyczna”. Autorka nader często słyszy o nadmiernych obowiązkach o charakterze właśnie administracyjnym, nakładanych na biały personel przez przepisy prawa lub – co gorsza – przez urzędników (bliżej niesprecyzowanych). Niestety, administracja jest immanentnym elementem każdego rodzaju działalności. Nie inaczej jest w przypadku działalności medycznej. W tym fragmencie artykułu rzecz jednak nie będzie dotyczyła ogólnego problemu biurokracji, ale rozstrzygnięcia, czy właściwe jest odsyłanie pacjenta do innego świadczeniodawcy celem „wystawienia skierowania na badanie”. Należy jednoznacznie i wyczerpująco stwierdzić – takie działania nie znajdują oparcia w obowiązującym stanie prawnym.

§ 12 ust. 7 załącznika r.o.w.u. stanowi wprost, że: „W przypadku gdy świadczeniobiorca objęty leczeniem specjalistycznym wymaga wykonania niezbędnych dla prawidłowego leczenia dodatkowych badań diagnostycznych, pozostających w związku z prowadzonym leczeniem, skierowania na te badania wystawia i pokrywa koszty ich wykonania świadczeniodawca udzielający świadczeń ambulatoryjnej opieki specjalistycznej. Dotyczy to również lekarza, o którym mowa w art. 57 ust. 2 pkt 1–6 u.ś.o.z.” (tj. lekarz w poradni, do której pacjent może trafić bez skierowania – przyp. aut.). Przepis jed-

noznacznie wyłącza więc odsyłanie pacjenta z poradni specjalistycznej do poradni POZ celem wykonania badań diagnostycznych, albowiem konkretne badanie leży w kompetencji lekarza POZ. Tak rozumiana kompetencja jest wadliwa. Lekarz POZ wykonuje diagnostykę celem postawienia lub wykluczenia diagnozy. Gdy stwierdza konieczność kontynuowania leczenia w poradni specjalistycznej, poradnia taka zaś pacjenta przyjmuje, wszelkie kompetencje diagnostyczne przechodzą na tę poradnię. Obowiązki lekarza POZ, związane ze skierowaniem do poradni specjalistycznej, określa § 12 ust. 1 r.o.w.u., stanowiąc, że: „*Lekarz ubezpieczenia zdrowotnego, kierując świadczeniobiorcę do poradni specjalistycznej lub do leczenia szpitalnego, dołącza do skierowania:*

1. wyniki badań diagnostycznych i przeprowadzonych konsultacji, będące w jego posiadaniu, umożliwiające lekarzowi ubezpieczenia zdrowotnego lub felczerowi ubezpieczenia zdrowotnego kierującemu postawienie wstępnego rozpoznania stanowiącego przyczynę skierowania;
2. istotne informacje o dotychczasowym leczeniu specjalistycznym lub szpitalnym oraz zastosowanym leczeniu.”

Lekarz POZ jest więc obowiązany udostępnić lekarzowi specjaliście wszelkie informacje i wyniki badań diagnostycznych, którymi sam dysponuje. Moment przejęcia pacjenta przez poradnię specjalistyczną zdejmuje w zasadzie z lekarza POZ powinność prowadzenia diagnostyki, a już z pewnością nie jest on obowiązany wykonywać w tym zakresie szczególnego rodzaju poleceń poradni specjalistycznej. Godzi się także wskazać w tym miejscu na przepis § 12 ust. 5 i ust. 6 załącznika r.o.w.u.; powołane przepisy nakładają na lekarza specjalistę obowiązki wobec lekarza POZ. Przywołane regulacje stanowią, że lekarz ubezpieczenia zdrowotnego, leczący świadczeniobiorcę w poradni specjalistycznej, zobowiązany jest do pisemnego, nie rzadziej niż co 12 miesięcy, informowania lekarza ubezpieczenia zdrowotnego lub felczera ubezpieczenia zdrowotnego kierującego i lekarza podstawowej opieki zdrowotnej świadczeniobiorcy o rozpoznaniu, sposobie leczenia, rokowaniu, ordynowanych lekach, w tym okresie ich stosowania i dawkowania oraz wyznaczonych wizytach kontrolnych. Szczególnego podkreślenia wymaga postanowienie § 12 ust. 6 załącznika r.o.w.u. – redakcja tego postanowienia może być uznana za zakaz ingerowania w leczenie pacjenta w poradni specjalistycznej. Powołany przepis stanowi bowiem, że lekarz podstawowej opieki zdrowotnej może kontynuować leczenie farmakologiczne świadczeniobiorcy, zastosowane przez lekarza w poradni specjalistycznej, jeżeli posiada informację, o której mowa wyżej. Jedynym zatem udogodnieniem, jakie przepisy prawa powszechnego zdają się przyznawać poradniom specjalistycznym, jest możliwość kontynuowania leczenia farmakologicznego, czyli mówiąc wprost możliwość wypisywania pacjentowi recepty.

Konstatując, należy stwierdzić, że praktyki polegające na odsyłaniu pacjenta z gabinetu specjalistycznego do gabinetu lekarza POZ celem wykonania diagnostyki potrzebnej do właściwego prowadzenia leczenia w poradni specjalistycznej są nie tylko niewłaściwe, ale wręcz niezgodne z prawem. Można w tej sytuacji rozważać możliwość kierowania roszczeń finansowych do świadczeniodawcy stosującego takie praktyki. Należy także stwierdzić, że poradnia lekarza POZ nie jest powołana do „wypisywania skierowań na badania” oraz do „wystawiania recept”. Takie rozumienie funkcji poradni POZ jest niewłaściwe i nie odpowiada rzeczywistym zadaniom tego typu świadczeniodawcy.

Orzekanie o czasowej niezdolności do pracy – wzmianka

Kolejnym zarzewiem nieporozumień i sporów jest orzekanie o czasowej niezdolności do pracy. Ponieważ zagadnienie uprawnienia do orzekania o czasowej niezdolności do pracy jest tematem na odrębne opracowanie, w tym miejscu autorka pragnie jedynie zasygnalizować, że każdy lekarz, o ile tylko jest upoważniony do orzekania o czasowej niezdolności do pracy, ma obowiązek wydać pacjentowi stosowny dokument, jeżeli orzeka czasową niezdolność do pracy. Jedynym wyjątkiem, jaki autorka jest w stanie dopuścić, jest odesłanie pacjenta do poradni POZ celem wystawienia orzeczenia z jednostki ratownictwa medycznego, w przypadku gdyby wystawienie zaświadczenia mogło opóźnić podjęcie niezbędnych działań medycznych (w stosunku do pacjenta, którego orzeczenie dotyczy, jak i innego pacjenta).

Uwagi autorskie

Kwestia kompetencji – uprawnień i obowiązków – poszczególnych świadczeniodawców budzi emocje. Żaden podmiot nie jest zainteresowany spełnianiem zadań o charakterze biurokratycznym. Tak jest najczęściej rozumiana powinność w zakresie wydania skierowania na badanie diagnostyczne, skierowania do szpitala, orzeczenia ZUS ZLA. Przerzucanie obowiązków między poszczególnymi świadczeniodawcami jest przez samych lekarzy oceniane jako zachowanie niekoleżeńskie. Z perspektywy pacjenta takie działania wpływają jedynie na wydłużenie drogi, jaką pacjent musi pokonać w związku ze swoją terapią. Trzeba jednak podkreślić, że zakres powinności wynika z obowiązujących przepisów prawa powszechnego. Należy jedynie ubolewać, że regulacje prawne są tak mocno zdecentralizowane.

Agnieszka SIENKO, radca prawny
ekspert Serwisu Prawo i Zdrowie, Wolters Kluwer Polska

Powyższy artykuł jest fragmentem komentarza „*Wzajemne stosunki między lekarzami w kontekście powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego – spory kompetencyjne między świadczeniodawcami ambulatoryjnymi*”, który ukazał się w Serwisie Prawo i Zdrowie WoltersKluwer Polska. www.prawoizdrowie.pl

(przedruk z „Gabinetu Prywatnego” nr 1–2/12)

Obowiązki lekarzy

Komunikat w sprawie obowiązków lekarzy prowadzących praktyki indywidualne lub grupowe, a także podmioty lecznicze, dotyczący dostosowania działalności do przepisów ustawy o działalności leczniczej.

Lekarze wykonujący zawód medyczny w ramach praktyki zawodowej (indywidualnej lub grupowej), a także prowadzący niepubliczne zakłady opieki zdrowotnej (obecnie podmioty lecznicze) są zobowiązani do dostosowania swojej działalności do przepisów ustawy o działalności leczniczej w terminie 12 miesięcy od dnia jej wejścia w życie, tj. do 30 czerwca 2012 r.

Na czym ma polegać dostosowanie?

1. Należy uzupełnić dane rejestrowe

Od 1 stycznia 2012 r. lekarze prowadzący praktyki indywidualne i grupowe, a także podmioty lecznicze, są zobowiązani do zawarcia umowy ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej obejmującej szkody będące następstwem udzielania świadczeń zdrowotnych albo niezgodnego z prawem zaniechania udzielania świadczeń zdrowotnych (art. 25 ustawy o działalności leczniczej). Nowy rodzaj ubezpieczenia zastępuje wcześniejsze – dla świadczeniodawców posiadających umowy zawarte z Narodowym Funduszem Zdrowia, dla podmiotu przyjmującego zamówienie na świadczenia zdrowotne (tj. tzw. lekarza kontraktowego – art. 35 i 35a ustawy o zakładach opieki zdrowotnej), lekarza wykonującego zawód na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej (art. 48a ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty). Zgodnie z przepisem przejściowym (art. 212 ustawy o działalności leczniczej), jeśli umowa ubezpieczenia została zawarta na dotychczasowych zasadach przed 1 lipca 2011 r., a okres, na jaki została zawarta, upływa po tym dniu, nową umowę ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej zawiera się najpóźniej w ostatnim dniu okresu obowiązywania dotychczasowej umowy, nie później jednak niż 31 grudnia 2012 r.

W terminie 7 dni od zawarcia umowy ubezpieczenia na nowych zasadach lekarze prowadzący praktyki indywidualne lub grupowe zobowiązani są przekazać do [...] Izby Lekarskiej dokumenty potwierdzające zawarcie umowy ubezpieczenia wystawione przez ubezpieczyciela (kopie). Jest to zmiana w rejestrze, która nie podlega opłacie.

W przypadku praktyki zawodowej do rejestru wpisuje się numer księgi rejestrowej oraz dane dotyczące:

1. oznaczenia lekarza:
 - a) imię i nazwisko,
 - b) imiona i nazwiska współników spółki – w przypadku spółki cywilnej, spółki jawnej albo spółki partnerskiej lekarzy,
 - c) Numer Identyfikacji Podatkowej (NIP),

- d) adres do korespondencji,
- e) posiadane specjalizacje,
- f) numer dokumentu poświadczającego posiadanie prawa wykonywania zawodu,
- g) numer wpisu do ewidencji działalności gospodarczej;
2. oznaczenie rodzaju praktyki;
3. adres miejsca udzielania świadczeń zdrowotnych lub miejsca przyjmowania wezwań i przechowywania dokumentacji medycznej;
4. rodzaj działalności leczniczej oraz zakres udzielanych świadczeń zdrowotnych;
5. datę wpisu do rejestru;
6. datę wystawienia zaświadczenia o wpisie do rejestru oraz jego numer;
7. datę zmiany wpisu do rejestru;
8. datę i numer decyzji o wykreśleniu z rejestru;
9. dane dotyczące akredytacji lub certyfikacji;
10. daty i wyniki kontroli przeprowadzonych przez organ prowadzący rejestr;
11. informacje o zawartej umowie ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej.

Lekarz prowadzący indywidualną lub grupową praktykę lekarską wpisany do rejestru prowadzonego przez Okręgową Radę Lekarską [...] jest obowiązany zgłaszać organowi prowadzącemu rejestr wszelkie zmiany danych objętych rejestrem w terminie 14 dni od dnia ich powstania. Dotyczy to wszystkich danych podlegających wpisowi, a więc np. zmiany adresu do korespondencji, zmiany nazwiska, zmiany miejsca udzielania świadczeń zdrowotnych.

W przypadku niezgłoszenia zmiany danych objętych rejestrem w terminie Okręgowa Rada Lekarska może nałożyć na lekarza karę pieniężną w wysokości maksymalnej do dziesięciokrotnego minimalnego wynagrodzenia za pracę. Analogiczne uprawnienie zostało przyznane wojewodom w odniesieniu do podmiotów leczniczych.

2. Należy nadać praktyce regulamin organizacyjny

Regulamin podmiotu wykonującego działalność leczniczą regulują przepisy ustawy o działalności leczniczej. Zgodnie z art. 23. tej ustawy sprawy dotyczące sposobu i warunków udzielania świadczeń zdrowotnych przez podmiot wykonujący działalność leczniczą, nieuregulowane w ustawie lub statucie, określa regulamin organizacyjny ustalony przez kierownika. Obowiązek posiadania statutu nie dotyczy ani praktyk lekarskich, ani podmiotów leczniczych innych niż samodzielne publiczne zakłady opieki zdrowotnej i podmioty działające w formie jednostek budżetowych.

Regulamin praktyki zawodowej musi zawierać następujące dane:

1. firmę praktyki (tj. nazwę, pod jaką działa lekarz lub lekarze);
2. cele i zadania praktyki;
3. rodzaj działalności leczniczej oraz zakres udzielanych świadczeń zdrowotnych;
4. miejsce udzielania świadczeń zdrowotnych;
5. wysokość opłaty za udostępnienie dokumentacji medycznej ustalonej w sposób określony w art. 28 ust. 4 ustawy z 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (wysokość opłaty za jedną stronę wyciągu lub odpisu dokumentacji medycznej nie może przekraczać 0,002 przeciętnego wynagrodzenia w poprzednim kwartale, poczynając od pierwszego dnia następnego miesiąca po ogłoszeniu przez prezesa Głównego Urzędu Statystycznego w Dzienniku Urzędowym Rzeczypospolitej Polskiej „Monitor Polski” – przeciętne wynagrodzenie w gospodarce narodowej w 2011 r. wyniosło 3399,52 zł);
6. organizację procesu udzielania świadczeń zdrowotnych w przypadku pobierania opłat;
7. wysokość opłat za udzielane świadczenia zdrowotne inne niż finansowane ze środków publicznych.

Informacje o wysokości opłat i organizacji udzielania świadczeń podaje się do wiadomości pacjentów w sposób zwyczajowo przyjęty.

Uwaga: z przepisów ustawy wynika, że regulamin dotyczy wszystkich rodzajów praktyk, a więc także tych na wezwanie i w siedzibie podmiotu leczniczego, mimo że prowadzący je lekarze nie posiadają własnego gabinetu.

Nie ma obowiązku informowania izby o treści regulaminu ani składania jego kopii do Rejestru Praktyk Lekarskich.

Podmioty lecznicze zobowiązane są zawrzeć w regulaminie organizacyjnym nie tylko informacje wymagane dla praktyk, ale ponadto:

1. przebieg procesu udzielania świadczeń zdrowotnych, z zapewnieniem właściwej dostępności i jakości tych świadczeń w jednostkach lub komórkach organizacyjnych przedsiębiorstwa podmiotu;
2. organizację i zadania poszczególnych jednostek lub komórek organizacyjnych przedsiębiorstwa podmiotu oraz warunki współdziałania tych jednostek lub komórek dla zapewnienia sprawnego i efektywnego funkcjonowania podmiotu pod względem diagnostyczno-leczniczym, pielęgnacyjnym, rehabilitacyjnym i administracyjno-gospodarczym;
3. wysokość opłaty za przechowywanie zwłok pacjenta przez okres dłuższy niż 72 godziny od osób lub instytucji uprawnionych do pochowania zwłok na podstawie ustawy z 31 stycznia 1959 r. o cmen-

tarzach i chowaniu zmarłych (Dz. U. z 2000 r. Nr 23, poz. 295, z późn. zm.) oraz od podmiotów, na zlecenie których przechowuje się zwłoki w związku z toczącym się postępowaniem karnym (nie dotyczy podmiotów wykonujących działalność typu świadczenia ambulatoryjne);

4. warunki współdziałania z innymi podmiotami wykonującymi działalność leczniczą w zakresie zapewnienia prawidłowości, diagnostyki, leczenia, pielęgnacji i rehabilitacji pacjentów oraz ciągłości przebiegu procesu udzielania świadczeń zdrowotnych;
5. sposób kierowania jednostkami lub komórkami organizacyjnymi przedsiębiorstwa podmiotu.

3. Należy dostosować pomieszczenia i urządzenia do wymogów sanitarnych

Ustawa o działalności leczniczej przewiduje, że minister zdrowia wyda rozporządzenie wykonawcze określające szczegółowo wymagania, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą – zarówno pomieszczenia praktyk indywidualnych i grupowych, jak i podmiotów leczniczych.

Nowe rozporządzenie nie zostało jeszcze wydane

Do czasu wejścia w życie nowego rozporządzenia stosuje się dotychczasowe przepisy rozporządzenia z 2 lutego 2011 r. w sprawie wymagań, jakim powinny odpowiadać pod względem fachowym i sanitarnym pomieszczenia i urządzenia zakładu opieki zdrowotnej (Dz. U. 2011.31.158) – obowiązujące jednak nie dłużej niż do 1 lipca 2012 r., a w przypadku praktyk zawodowych nadal stosowane są formalnie nieobowiązujące już przepisy rozporządzenia ministra zdrowia z dnia 9 marca 2000 r. w sprawie wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia, urządzenia i sprzęt medyczny, służące wykonywaniu indywidualnej praktyki lekarskiej, indywidualnej specjalistycznej praktyki lekarskiej i grupowej praktyki lekarskiej (Dz. U. 2000.20.254).

Zgodnie z art. 207 ust. 1 ustawy o działalności leczniczej, podmiot wykonujący działalność leczniczą w dniu 1 lipca 2011 r. niespełniający wymagań, o których mowa w art. 22 ust. 1 – tj. ogólnoprzestrzennych, sanitarnych i instalacyjnych, dostosuje pomieszczenia i urządzenia do tych wymagań do 31 grudnia 2016 r.

Z chwilą wydania nowego rozporządzenia trzeba będzie rozpocząć proces dostosowywania pomieszczeń podmiotu lub praktyki do nowych wymagań. Artykuł 207 ust. 2 ustawy przewiduje, że podmiot wykonujący działalność leczniczą przedstawi organowi prowadzącemu rejestr program dostosowania do wymagań, o których mowa w art. 22 ust. 1 w terminie do 30 czerwca 2012 r., zaopiniowany przez właściwy organ Państwowej Inspek-

cji Sanitarnej. Opinia ta jest wydawana w drodze decyzji administracyjnej. Przepisy ustawy o działalności leczniczej przewidują, że program dostosowawczy wraz z decyzją Państwowej Inspekcji Sanitarnej należy złożyć do 30 czerwca 2012 r. organowi prowadzącemu rejestr.

4. Nowy rodzaj praktyki. Współpraca praktyki z podmiotem leczniczym

Jeśli lekarz współpracował dotąd z niepublicznym zakładem opieki zdrowotnej lub samodzielnym publicznym zakładem opieki zdrowotnej na takiej zasadzie, że udzielał świadczeń pacjentom tych podmiotów jako lekarz prowadzący indywidualną lub indywidualną specjalistyczną praktykę na wezwanie (potocznie określany jako lekarz kontraktowy), to nie będzie mógł tej działalności kontynuować w dotychczasowej formie, gdyż zgodnie z art. 20 ustawy o działalności leczniczej miejscem wezwania nie może być przedsiębiorstwo podmiotu leczniczego.

W celu prowadzenia tego rodzaju działalności został utworzony nowy rodzaj praktyki: indywidualna praktyka lekarska lub indywidualna specjalistyczna praktyka lekarska wyłącznie w przedsiębiorstwie podmiotu leczniczego na podstawie umowy z tym podmiotem.

Do 30 czerwca 2012 r. osoby, które posiadają podpisane umowy o udzielanie świadczeń zdrowotnych z podmiotami leczniczymi (tj. z SPZOZ-ami oraz dawnymi NZOZ-ami) albo zamierzają taką współpracę nawiązać,

powinny przekształcić praktykę na wezwanie w praktykę w siedzibie podmiotu leczniczego (wniosek nie podlega opłacie) albo założyć tzw. praktykę stacjonarną i za pomocą tak zarejestrowanej działalności nawiązać lub kontynuować współpracę z podmiotem leczniczym.

Uwaga: Osoby, które chciałyby nadal realizować tzw. wizyty domowe, a jednocześnie udzielać świadczeń zdrowotnych w podmiotach leczniczych, powinny mieć zarejestrowane dwa rodzaje praktyk: na wezwanie i w siedzibie podmiotu leczniczego. Lekarze, którzy prowadzą działalność w formie tzw. praktyki stacjonarnej (tzn. posiadają własny gabinet), nie są zobowiązani do rejestrowania dodatkowej praktyki w siedzibie podmiotu leczniczego.

5. Obowiązek sprawozdawczy podmiotu leczniczego

W celu monitorowania przestrzegania przepisów prawa pracy kierownik podmiotu leczniczego raz na kwartał przekazuje Państwowej Inspekcji Pracy oraz właściwym organom samorządu zawodów medycznych informacje o liczbie osób, które wykonują zawód medyczny na podstawie umów cywilnoprawnych albo jako praktykę zawodową, z którymi podmiot leczniczy zawarł umowę cywilnoprawną.

* skróty pochodzą od Redakcji Opolskiej.

(przedruk z biuletynu Wielkopolskiej Izby Lekarskiej nr 4/12)

Jakie podmioty wykonujące działalność leczniczą mają obowiązek realizacji działań zapobiegających szerzeniu się zakażeń i chorób zakaźnych wśród ludzi?

Pytanie

Do niedawna obowiązek dokumentowania realizacji działań zapobiegających szerzeniu się zakażeń i chorób zakaźnych dotyczył tylko szpitali i zespołów zakażeń szpitalnych, ewentualnie innych jednostek poddających się procesowi akredytacji. Jak sytuacja wygląda w dniu dzisiejszym? Jakie zmiany zaszły w przepisach?

Odpowiedź

Obowiązki monitorowania i raportowania zakażeń szpitalnych w poprzednim stanie prawnym były oparte na przepisach ustawy z dnia 6 września 2001 r. o chorobach zakaźnych i zakażeniach (tekst jedn.: Dz. U. z 2001 r. nr 126, poz. 1384 z późn. zm.). Od 1 stycznia 2009 r. weszła w życie ustawa z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi (Dz. U. nr 234, poz. 1570 z późn. zm.) — dalej u.z.z.z. Przepisy Rozdziału 3 u.z.z.z. nakładają — odmiennie od uchylonej ustawy z 2001 r. — powinności w zakresie zapobiegania zakażeniom na kierowników

zакладów opieki zdrowotnej (podmiotów leczniczych) oraz inne osoby udzielające świadczeń zdrowotnych. Katalog ten w stosunku do poprzedniego stanu prawnego uległ poszerzeniu i wykroczył poza szpitale. Dla pełnego wdrożenia obowiązku nałożonego przepisami Rozdziału 3, a zwłaszcza art. 11–13 u.z.z.z., konieczne jednak było wydanie aktów wykonawczych, co miało miejsce dopiero 9 czerwca 2010 r., kiedy w życie weszły dwa akty wykonawcze:

1. rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 27 maja 2010 r. w sprawie sposobu dokumentowania realizacji działań zapobiegających szerzeniu się zakażeń i chorób zakaźnych oraz warunków i okresu przechowywania tej dokumentacji (Dz. U. nr 100, poz. 645);
2. rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 27 maja 2010 r. w sprawie zakresu, sposobu i częstotliwości prowadzenia kontroli wewnętrznej w obszarze realizacji działań zapobiegających szerzeniu się zakażeń i chorób zakaźnych (Dz. U. nr 100, poz. 646).

Rozporządzenie w sprawie sposobu dokumentowania realizacji działań zapobiegających szerzeniu się zakażeń i chorób zakaźnych oraz warunków i okresu przechowywania tej dokumentacji obejmuje regulacje dotyczące dokumentowania działań zapobiegawczych. Dokumentacją, zgodnie z rozporządzeniem, są:

1. dokumenty zawierające opis sposobu postępowania w przypadku podejmowania działań zapobiegających szerzeniu się zakażeń i chorób zakaźnych;
2. oświadczenia pracowników podmiotów prowadzących dokumentację o zaznajomieniu się z dokumentami, o których mowa w pkt. 1;
3. dokumenty zawierające opis wyników kontroli realizacji działań zapobiegających szerzeniu się zakażeń i chorób zakaźnych, wniosków pokontrolnych oraz zaleceń;
4. dokumenty zawierające opis działań mających na celu monitorowanie zagrożeń, czynników alarmowych, w szczególności w związku z pojawieniem się biologicznych czynników chorobotwórczych o szczególnej zjadliwości lub odporności na leczenie;
5. dokumenty zawierające opis działań mających na celu monitorowanie stanu zdrowia pracowników podmiotów prowadzących dokumentację, narażonych na działanie biologicznych czynników chorobotwórczych w miejscu pracy;
6. wyciągi, odpisy lub kopie dokumentów, o których mowa w pkt. 1–5.

W dalszej części rozporządzenie wskazuje zasady przechowywania i okres przechowywania dokumentów, który wynosi 10 lat.

Rozporządzenie w sprawie zakresu, sposobu i częstotliwości prowadzenia kontroli wewnętrznej w obsza-

rze realizacji działań zapobiegających szerzeniu się zakażeń i chorób zakaźnych obejmuje natomiast wskazanie zakresu i obszarów, w których ma być prowadzona kontrola wewnętrzna.

Zgodnie z § 2 rozporządzenia zakres kontroli wewnętrznej dotyczącej realizacji działań zapobiegających szerzeniu się zakażeń i chorób zakaźnych, zwanej dalej „kontrolą”, obejmuje ocenę prawidłowości i skuteczności:

1. oceny ryzyka występowania zakażeń związanych z udzielaniem świadczeń zdrowotnych;
2. monitorowania czynników alarmowych i zakażeń związanych z udzielaniem świadczeń zdrowotnych w zakresie wykonywanych świadczeń;
3. procedur zapobiegania zakażeniom i chorobom zakaźnym związanym z udzielaniem świadczeń zdrowotnych, w tym procedur dekontaminacji;
4. stosowania środków ochrony indywidualnej i zbiorowej;
5. wykonywania badań laboratoryjnych;
6. analizy lokalnej sytuacji epidemiologicznej;
7. profilaktyki i terapii antybiotykowej.

Zgodnie z § 4 ust. 1 rozporządzenia kontrola jest prowadzona okresowo, nie rzadziej niż co 6 miesięcy.

Szczegóły obowiązków są zawarte w powołanych aktach wykonawczych, a nowelizacja polega na rozszerzeniu zakresu podmiotowego — jak wskazano we wstępie — także na podmioty niebędące szpitalami. (*Odpowiedzi udzielono 4 sierpnia 2011 r. Stan prawny dotychczas się nie zmienił*).

Agnieszka SIENKO

*radca prawny, ekspert Serwisu Prawo i Zdrowie
www.abc.com.pl*

(przedruk z „Pomorskiego Magazynu Lekarskiego” nr 12/11)

Czy dyrektor może praktykować jako lekarz?

Agenci Centralnego Biura Antykorupcyjnego ustalili, że w województwie lubelskim pięciu lekarzy, którzy będąc dyrektorami (kierownikami) publicznych ZOZ-ów samorządowych prowadzili jednocześnie indywidualne lub indywidualne specjalistyczne praktyki lekarskie, które zaliczane są do działalności gospodarczej regulowanej. CBA zawnioskowało o odwołanie ich ze stanowisk argumentując, że wszyscy naruszyli przepisy ustawy z 21 sierpnia 1997 r. o ograniczeniu prowadzenia działalności gospodarczej przez osoby pełniące funkcje publiczne (Dz. U. nr 106 z 1997 r., poz. 679, późn. zm.).

CBA uznało, że nie ma mowy o przestępstwie korupcyjnym, a jedynie o złamaniu tzw. ustawy antykorupcyjnej i łączeniu prywatnej działalności ze sprawowaniem funkcji publicznej. Niemniej jednak wiadomość PAP na ten temat poszła w Polskę, a wraz z nią wnioski o odwołanie wspomnianych dyrektorów (kierowników) trafiły

na biurka odpowiednich wójtów, burmistrzów oraz Zarządów Powiatów — organów założycielskich SP ZOZ-ów (a obecnie — zgodnie z ustawą o działalności leczniczej — podmiotów je tworzących).

Nie ma rady: „namierzeni” przez CBA szefowie lecznic, chociaż wszyscy cieszą się doskonałą opinią jako menedżerowie, będą musieli zostać zdymisjonowani (bo taką sankcję przewiduje wspomniana ustawa). Żal z takiego obrotu sprawy wyrażają władze jednostek samorządowych, jednocześnie martwiąc się o to, czy ogłaszając konkursy na wakujące stanowiska, znajdą odpowiednich następców. Sami natomiast zainteresowani różnie do tej sprawy podchodzą.

Kierowniczka gminnej placówki — lekarka postanowiła, że sama wystąpi o rozwiązanie umowy o pracę, jaką do tej pory była związana z pracodawcą, a ponieważ z końcem 2012 r. wyrejestrowała działalność, więc bę-

dzie mogła ponownie ubiegać się o stanowisko kierownice. Lekarka przyznaje, że nie dopatrzyła sprawy wyrejestrowania działalności gospodarczej, której w praktyce – poza dosłownie kilkoma wizytami pacjentów w roku – nie prowadziła. Gdy w 1995 r. otwierała gabinet, nie była to działalność gospodarcza, dlatego jej czujność była uśpiona. Taką stała się na mocy ustawy z 2 lipca 2004 r. o swobodzie działalności gospodarczej (Dz. U. nr 173 z 2004 r., poz. 1807 ze zm.)

Z kolei dyrektor powiatowej lecznicy (SP ZOZ), który jednocześnie jeździ w karetce reanimacyjnej miejscowego pogotowia, twierdzi, że gdy przyjdzie mu dokonać życiowego wyboru: dyrektor albo lekarz, to na pewno nie zrezygnuje z wyuczonego zawodu. W pogotowiu pracuje od kilkudziesięciu lat, z tym że od niedawna pod szyldem jednoosobowej firmy, a nie w formie umowy zlecenia, co nie kolidowałoby z ustawą antykorupcyjną.

Nie ma poczucia, że zrobił coś złego, wręcz przeciwnie – mając na co dzień bezpośrednią styczność z zawodem, lepiej rozumie pacjentów i kolegów „po fachu”, co pomaga w „dyrektorowaniu”. Teraz czeka na odwołanie Zarządu Powiatu, który na zajmowane przez niego stanowisko ogłosi zapewne konkurs. Czy przystąpi do niego, rezygnując z prowadzenia praktyki lekarskiej? – to zależy od okoliczności.

Jak twierdzą oboje zainteresowani, sprawa jest niepotrzebnie nagłośniona. Ustawa o działalności leczniczej eliminuje podobne pułapki prawne, gdyż zezwala dyrektorom lecznic publicznych na pracę w charakterze lekarza, jednakże pod warunkiem uzyskania zgody podmiotu tworzącego.

(opr. ns)

Źródło: www.rynekzdrowia.pl

(przedruk z „Panaceum” nr 4/12)

MEDYCYNĄ PO DYPLomie

Stanowisko Polskiego Towarzystwa Diabetologicznego

Zalecenia kliniczne dotyczące postępowania u chorych na cukrzycę 2012

PTD przygotowuje i publikuje zalecenia dotyczące postępowania z chorymi na cukrzycę od 2005 r. To wynik pracy kilkudziesięcioosobowego zespołu wybitnych specjalistów: diabetologów, internistów i pediatrów oraz kardiologów, okulistów, nefrologów, neurologów, psychiatrów i specjalistów dietetyki.

W swojej przedmowie do VIII edycji zaleceń prof. nadzw. dr hab. n. med. Leszek Czupryniak, prezes Polskiego Towarzystwa Diabetologicznego, który przewodniczył Zespołowi ds. Zaleceń, napisał: „Przez kilka minionych lat przekonaliśmy się, że Zalecenia odgrywają bardzo ważną rolę w codziennej pracy lekarzy w Polsce. Stanowią pomoc w podejmowaniu decyzji diagnostycznych i terapeutycznych zarówno dla doświadczonych lekarzy, jak i naszych kolegów stawiających pierwsze kroki w medycynie lub specjalizujących się w diabetologii. Oprócz lekarzy do Zaleceń sięgają również pracownicy ZUS, biegli sądowi, rzecznicy odpowiedzialności zawodowej, sędziowie sądu lekarskiego, a także – a może przede wszystkim – pracownicy Narodowego Funduszu Zdrowia, którzy opracowują zasady funkcjonowania systemu ochrony zdrowia w naszym kraju. Przygotowując Zalecenia, mamy pełną świadomość ich obecnej wysokiej rangi i roli, która także jednocześnie bardzo nas cieszy. Warto podkreślić, że oprócz Amerykańskiego Towar-

zystwa Diabetologicznego jesteśmy jedynym na świecie towarzystwem diabetologicznym opracowującym corocznie kompleksowe zalecenia kliniczne.

Podstawową zasadą przygotowywania Zaleceń jest przekształcanie najnowszych danych i wniosków wynikających z medycyny opartej na dowodach (EBM, evidence-based medicine) na język praktyki klinicznej. Dodatkowo, tworząc szczegółowe rekomendacje, staramy się być jednocześnie tak mało rewolucyjni, jak tylko możemy, i na tyle reformatorscy, na ile jest to konieczne. Zachowując tę konserwatywno-progresywną postawę, w tekście Zaleceń PTD na rok 2012 wprowadziliśmy wiele zmian, nieustannie dążąc do poprawy jego przejrzystości”.

Wśród istotnych modyfikacji Zaleceń PTD 2012 prof. Czupryniak wymienił:

- uwzględnienie faktu częstego występowania cukrzycy u chorych z mukowiscydozą,
- podkreślenie roli metforminy w prewencji farmakologicznej cukrzycy typu 2 u osób, u których stwierdzono stan przedcukrzycowy,
- zmodyfikowanie zasad samokontroli glikemii,
- podanie docelowych wartości glikemii dla chorych na cukrzycę typu 1,

- zmodyfikowanie treści zaleceń dotyczących terapii behawioralnej, leczenia nadciśnienia tętniczego, choroby wieńcowej oraz nefropatii,
- uwzględnienie coraz większego wskazania do stosowania inhibitorów DPP-4,
- podanie zasad stosowania metforminy u osób z niewydolnością nerek,
- uzupełnienie zaleceń dotyczących leczenia zespołu stopy cukrzycowej,

- uściślenie algorytmu diagnostycznego cukrzycy ciężkowej,
- przedstawienie specyfikacji przetargowych osobistych pomp insulinowych,
- niewprowadzenie hemoglobiny glikowanej HbA1c jako kryterium diagnostycznego cukrzycy.

(przedruk z „Leku w Polsce” nr 3/12)

Polacy wciąż nieświadomi zagrożenia – powinno się szczepić dzieci i młodzież przeciwko meningokokom

Meningokoki (*Neisseria meningitidis*) to groźne bakterie, będące najczęstszą na świecie przyczyną zapaleń opon mózgowo-rdzeniowych i mózgu. Wywołują także sepsę. Przebieg Inwazyjnej Choroby Meningokokowej (ICHM) – może być błyskawiczny i doprowadzić do śmierci⁽¹⁾.

W Polsce dominuje stereotyp, że grupą docelową szczepionek chroniących przed meningokokami są wyłącznie małe dzieci. Tymczasem co czwarta osoba w wieku między 11. a 23. rokiem życia może być bezobjawowym nosicielem tych zagrażających życiu bakterii⁽²⁾. Na świecie, w skali roku, meningokokami zaraża się około 500.000 osób, a 10% z nich umiera. Każdego dnia na Inwazyjną Chorobę Meningokokową może umrzeć 137 osób⁽³⁾.

ICHM w okresie początkowym swoimi objawami przypomina często grypę lub przeziębienie⁽⁴⁾. Mogą występować bóle głowy, bóle mięśni, nudności, złe samopoczucie, wymioty. Te niespecyficzne symptomy utrudniają wykrycie choroby we wczesnym stadium. Tymczasem, w przeciągu zaledwie 24–48 godzin może ona być już bardzo zaawansowana. Wówczas dla chorego może to oznaczać tragiczne konsekwencje np. uszkodzenie mózgu, amputację kończyn, głuchotę, a nawet śmierć⁽⁵⁾.

Istnieje 13 odmian (serogrup) meningokoków. Większość (ponad 90%) zakażeń wywołują szczepy: A, B, C, W-135 i Y. W Polsce i w Europie dominują serogrupy C i B. Zdarzają się, choć w mniejszym stopniu, zakażenia bakteriami typu W-135 i Y⁽⁶⁾. Główny Inspektorat Sanitarny i polscy immunolodzy ostrzegają zwłaszcza przed bakteriami typu C i zachęcają do zaszczepienia się.

Należy pamiętać, że meningokoki to nie tylko zagrożenie dla najmłodszych. Drugą największą po niemowlętach grupą ryzyka jest młodzież od 11. do 23. roku życia, choć zarazić się może praktycznie każdy. W Polsce zakażenia wywołane przez meningokoki serogrupy C występują u niemowląt, ale również w wysokim odsetku u młodzieży pomiędzy 15. a 19. rokiem życia. Właśnie dlatego zalecamy szczepienia przeciwko tym bakteriom w Programie Szczepień Ochronnych.

Występowanie serogrup meningokoków w różnych rejonach świata

W Europie⁽⁷⁾, USA⁽⁸⁾ i Australii⁽⁹⁾ występuje najczęściej zakażeń wywołanych serogrupą B, na którą najtrudniej było wytworzyć skuteczną szczepionkę. Jest nadzieja na rejestrację takiej szczepionki już w przyszłym roku. Ogólnie dostępne są natomiast szczepionki chroniące kompleksowo przed pozostałymi, również często występującymi, odmianami bakterii – A, C, W-135 i Y. Co minutę jedna osoba na świecie zaraża się meningokokiem⁽¹⁰⁾.

ICHM rozprzestrzenia się drogą kropelkową, stąd bardzo łatwo się nią zarazić w zatłoczonych miejscach – tak często odwiedzanych przez nastolatków i młodych dorosłych: pubach, kinach, dyskotekach, centrach handlowych, środkach komunikacji miejskiej. Zwykle kichnięcie lub pocałunek może stanowić poważne ryzyko zarażenia meningokokami. Podróże za granicę w różnych celach, m.in.: zarobkowym, wypoczynkowym, odbycia stażu, kursu językowego czy służby wojskowej także mogą zapoczątkować infekcję, dlatego szczególnie istotny jest wybór najwłaściwszej szczepionki⁽¹¹⁾.

Najlepszą ochroną przed ICHM są szczepienia

Najlepszym rozwiązaniem jest szczepionka poliwalentna – czyli uwzględniająca wiele serogrup meningokoków. Te niebezpieczne bakterie przemieszczają się niezwykle szybko, na co mają w dużej mierze wpływ migracje ludzkie i turystyka. Trudno przewidzieć, na jaką odmianę bakterii natrafimy i gdzie. Istnieje jednak możliwość uodpornienia organizmu na różne serogrupy, nie tylko na jedną. Ważne jest też, aby szczepionka, którą przyjmujemy była nowej generacji. Jest nią np. poliwalentna szczepionka koniugowana⁽¹²⁾, zabezpieczająca przed czterema serogrupami: A, C, W-135 i Y. Jej nowoczesna formuła sprawia, że organizm szybko wytwarza odporność i gwarantuje długotrwałą ochronę przed zachorowaniem.

dr med. Ryszard KONIOR

Oddział Neuroinfekcji i Neurologii Dziecięcej
Krakowski Szpital Specjalistyczny im. Jana Pawła II

- (1) Majda-Stanisławska E. Choroby wywołane przez meningokoki w Polsce. Charakterystyka i opis przypadków klinicznych. *Pediatr Pol.* 2009; 84(5): 489.
- (2) Stephens DS, Munford RS, Wetzler LM. Meningococcal infections. w: Kasper DL, Braunwald E, Fauci AS, Hauser S, Longo D, Jameson JL, red. *Harrison's Principles of Internal Medicine*. wyd. 16. New York, NY: McGraw-Hill Professional; 2004.
- (3) Roche P, Spencer J, Merianos A. Editorial: Meningococcal disease. *Commun Dis Intell.* 2001; 25(3): 126-129
- (4) Rosenstein NE, Perkins BA, Stephens DS, Popovic T, Hughes JM. Meningococcal disease. *N Engl J Med.* 2001; 344(18): 1378-1388.
- (5) Tamże
- (6) Harrison LH i wsp. Global epidemiology of meningococcal disease. *Vaccine.* 2009; 27 S: B51-B63
- (7) Czumbel I i wsp. Epidemiology of invasive meningococcal disease (IMD) in Europe, 2007, European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC), Stockholm, Sweden. 2009
- (8) CDC. Active Bacterial Core Surveillance Report, Emerging Infections Program Network, *Neisseria meningitidis*. 2008
- (9) Australian Meningococcal Surveillance Programme. *CDI.* 2009; 33: 259-267.
- (10) Roche P, Spencer J, Merianos A. Editorial: Meningococcal disease. *Commun Dis Intell.* 2001; 25(3): 126-129
- (11) Wilder-Smith A. Meningococcal disease: risk for international travellers and vaccine strategies. *Travel Med Infect Dis.* 2008; 6(4): 182-186
- (12) Więcej w: Skoczyńska A, Hryniewicz W. Czy nowe szczepionki przeciwko *Neisseria meningitidis* zapewnią szerszą ochronę. *Nowa Klinika* 2010; vol 17(3).

(przedruk z „Galiczyjskiej Gazety Lekarskiej” nr 2/12)

Witamina D – nowe odkrycia

Jak wynika z najnowszych badań, sporo osób na całym świecie cierpi na niedobory witaminy D. Ostatnio odkryto, że mogą one mieć związek z wysokim ryzykiem wystąpienia depresji.

W ostatnim czasie rozszerzono badania nad rolą witaminy D udowadniając, że nie ogranicza się ona jedynie do „czuwania” nad budową kości. Witaminie D przypisuje się obecnie np. działania przeciwnowotworowe oraz regulujące odpowiedź immunologiczną. Ponadto, ciekawe wydają się spostrzeżenia, z których wynika, że witamina D jest skuteczniejsza w działaniu, gdy jej poziom we krwi jest wyższy niż stwierdzany u większości ludzi.

W obliczu tych danych, niezwykle intrygujące są doniesienia badaczy z *University of Texas Southwestern Medical Center* z Dallas, opublikowane w „*Mayo Clinic Proceedings*”, z których wynika, że niski poziom tej witaminy w organizmie ma związek z podwyższeniem ryzyka depresji. Przeanalizowano dane ponad 12 tysięcy osób i okazało się, że osoby mające wyższy poziom witaminy D rzadziej wykazywały objawy depresji. Obniżenie ryzyka choroby było szczególnie zauważalne w odniesieniu do osób cierpiących już na depresję w przeszłości. Jak wykazali badacze, niski poziom witaminy D miał istotny związek z aktualnym występowaniem symptomów depresji.

Minusem opisywanych analiz było jednak to, że uczeni nie zdecydowali się na ocenę, czy zwiększenie poziomu witaminy D powoduje ustąpienie objawów chorobowych. Należałoby również odpowiedzieć na pytanie, czy niski poziom witaminy jest pierwotną przyczyną depre-

sji, czy też może rozwijająca się choroba powoduje drastyczne obniżenie jej zawartości w organizmie. Ocenia się, że witamina D (aktywną postacią tej witaminy jest forma 1,25D) może mieć wpływ na działanie neuroprzekazników, co przyczynia się do ochrony przed wyniszczającą depresją.

Za dostarczenie organizmowi większości aktywnej formy witaminy D odpowiadają nerki. Ponadto, 1,25 D aktywnie syntetyzowana jest w skórze pod wpływem UVB oraz lokalnie w innych tkankach. Taka zdolność lokalnej produkcji witaminy D wzbudziła zainteresowanie badaczy, gdy poznano inne, nieklasyczne jeszcze działania tej witaminy.

Nie należy zapominać, że również dieta dostarcza witaminy D. Bogatym jej źródłem są bowiem tłuszcze ryb morskich (tran), wątróbka, żółtka jaj i mleko oraz jego przetwory. Zatem, właściwa dieta też może mieć działanie prewencyjne zmniejszając ryzyko wystąpienia depresji – i ten kierunek badań powinien być rozwijany. Według psychiatry prowadzącego badania – dr. E.S. Brown’a, u pacjentów podstawowej opieki zdrowotnej cierpiących wcześniej na depresję można w przeszłości rozważyć okresowe oznaczanie poziomu witaminy D. Jednocześnie zaznacza się, że w świetle aktualnych badań, prewencyjne stosowanie suplementów zawierających witaminę D zawsze powinno być konsultowane z lekarzem. Wynika to z faktu, że hiperwitaminoza D może być niebezpieczna, gdyż jej skutkiem jest hiperkalcemia (wysokie stężenie Ca²⁺ w osoczu), a ta skutkować może uszkodzeniami układu sercowo-naczyniowego i nerek.

Zakłada się obecnie, że utrzymanie stężenia witaminy D na poziomie 80 nmol/l lub wyższym przeciwdziała takim schorzeniom jak osteoporoza, choroby układu sercowo-naczyniowego, choroby autoimmunizacyjne, czy nowotworowe. Podstawą działań prewencyjnych powinny być: umiarkowane korzystanie z kąpieeli słonecznych i odpowiednia dieta. Natomiast suplementacja dodatkowa powinna być wskazaniem przy znacznych niedoborach

witaminy D. Ważnym też wydaje się być upowszechnianie wśród pacjentów wiedzy o działaniu witaminy D w ustroju i sposobach utrzymania odpowiedniego jej poziomu w organizmie człowieka.

Marek JURGOWIAK

Katedra i Zakład Biochemii Klinicznej CM UMK

(przedruk z „Primum Non Nocere” nr 2-3/12)

CO PISZĄ INNI

Konkurent potrzebny od zaraz

Ubezpieczenia dodatkowe w ochronie zdrowia

W ostatnich latach kilkakrotnie podejmowano próby wprowadzenia regulacji dotyczących dodatkowych ubezpieczeń zdrowotnych¹. Każda z nich kończyła się fiaskiem, ponieważ nie było woli politycznej, by uchwalić taką ustawę. Czy decyzja o decentralizacji płatnika publicznego (NFZ) zostanie odłożona, a zdrowotne ubezpieczenia dodatkowe i nadzór nad nimi wejdą w życie w wersji uproszczonej?

Ministerstwo Zdrowia zaprezentowało nowy projekt, który 8 marca, zgodnie z informacją zamieszczoną na stronach internetowych bip.mz.gov.pl, został przekazany do uzgodnień zewnętrznych. Bardzo krytycznie ocenili go środowiska i instytucje opiniujące. Należy jednak przyznać, że pomysł uzupełnienia prawa ubezpieczeniowego o elementy dodatkowych ubezpieczeń zdrowotnych zasługuje na akceptację. Najważniejszym zagadnieniem jest określenie struktury organizacyjnej, w której mają działać świadczeniodawcy, co bezpośrednio wiąże się z modelem instytucji płatniczej finansującej z funduszy publicznych świadczenia i usługi medyczne.

Projekty

W ostatnich latach temat dodatkowych ubezpieczeń zdrowotnych był wielokrotnie podejmowany. Największe nadzieje wiązano z wprowadzeniem w życie projektu ustawy o państwowym nadzorze nad powszechnym ubezpieczeniem zdrowotnym z 31 lipca 2008 r. (ustawa o decentralizacji i demonopolizacji płatnika świadczeń opieki zdrowotnej). Nigdy nie został on poddany pod obrady Sejmu, przeprowadzono jedynie wstępne uzgodnienia i dyskusje w resorcie. Najwięcej emocji wzbudzał projekt komasacji jednostek terytorialnych z 16 do 6 (a po interwencjach politycznych do 7) publicznych towarzystw ubezpieczenia zdrowotnego (PTUZ). Zmniejszenie liczby ośrodków decyzyjnych spowodowało wiele działań zaporowych w województwach, w których nie

funkcjonowałyby zarządy PTUZ. Najprawdopodobniej właśnie to przesądziło o wycofaniu się resortu zdrowia z pomysłu. Do podobnego konfliktu doszło podczas próby łączenia (z powodów ekonomicznych) kas chorych w większe podmioty. Rozważano wówczas połączenie kas lubuskiej z zachodniopomorską, podlaskiej z warmińsko-mazurską oraz świętokrzyskiej ze śląską. Opór lokalnych polityków spowodował, że te projekty nigdy nie wyszły z fazy teoretycznych rozważań.

Opisywana w ustawie z 31 lipca 2008 r. struktura płatnika publicznego i nadzoru nad nim miała szanse realizacji. Można było się podjąć jej wprowadzania przy odstąpieniu w pierwszej fazie od zmniejszenia do sześciu lub siedmiu liczby PTUZ i zostawieniu ich w pierwszym okresie działania systemu w obecnych granicach administracji wojewódzkiej oraz odroczeniu możliwości konkurowania PTUZ między sobą. Przeciwnicy takiego rozwiązania wskażą natychmiast, że zaproponowane regulacje spowodowałyby jedynie demontaż centralnie zarządzanego systemu NFZ oraz zmianę sposobu nadzoru nad nim i ewentualne zmniejszenie liczby towarzystw. W opinii adwersarzy takie rozwiązanie nie przyczyni się do powstania prywatnych instytucji płatniczych, w tym zajmujących się – oprócz zdrowotnych – ubezpieczeniami pielęgnacyjno-opiekuńczymi. Tymczasem właśnie dzięki powstaniu silnej i odrębnej instytucji: urzędu nadzoru ubezpieczeń zdrowotnych, będzie możliwe szybkie ominięcie błędów okresu „niemowlęcego” tworzonych prywatnych ubezpieczeń zdrowotnych oraz wprowadzenie niezbędnych regulacji legislacyjnych i strukturalnych, łącznie z określeniem wskaźników wyrównawczych zarówno dla towarzystw publicznych, jak i prywatnych instytucji ubezpieczenia zdrowotnego. Oczywiście omawiany projekt określa zmiany w strukturze płatnika publicznego głównie z punktu widzenia decentralizacji i stymulowania powstawania samorząd-

nych instytucji płatniczych, należy jednak zauważyć, że zawiera również regulacje obejmujące nadzór nad tymi instytucjami.

Państwowy nadzór

Wprowadzenie projektu ustawy o państwowym nadzorze nad powszechnym ubezpieczeniem zdrowotnym z 31 lipca 2008 r. mogło być bardzo korzystne zarówno dla publicznego systemu płatniczego, jak i dla systemu ubezpieczeń prywatnych. Urząd nadzoru ubezpieczeń zdrowotnych, którym zarządzałby prezes podlegający bezpośrednio premierowi, byłby instytucją spełniającą funkcje kontrolne, nadzorcze oraz regulacyjne i legislacyjne wobec ubezpieczalni zdrowotnych. Współpracowałby z agencjami rządowymi mającymi charakter pomocniczy. (...)

Nacisk na świadczeniodawców

Przez ostatnie lata Ministerstwo Zdrowia, realizując program polityczny partii rządzącej w zakresie finansowania i ochrony zdrowia, konsekwentnie dążyło do uporządkowania form własnościowych świadczeniodawców. Funkcjonująca od 1991 r. ustawa o zakładach opieki zdrowotnej nie mogła sprostać potrzebom. Metoda oddłużania szpitali działających w strukturze samodzielnych publicznych ZOZ doprowadziła jedynie do tego, że premiowane były placówki najgorzej zarządzane, nie rozwiązano natomiast problemu narastających zadłużeń.

Miało się to zmienić po wejściu w życie ustawy z 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej, w której określono działania i strukturę wszystkich świadczeniodawców, nie zmieniając przy tym publicznego systemu płatniczego.

Zamiast zająć się tym projektem, zajęto się ustawą o dodatkowych ubezpieczeniach zdrowotnych, która – jak wspomniano na wstępie – modyfikowała jedynie stare prawo ubezpieczeniowe. W uzasadnieniu do projektu wskazano, że celem jest zagwarantowanie świadczeniodawcom należytej realizacji ich uprawnień wynikających z systemu powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego oraz stworzenie ram systemowych dla rozwoju dodatkowych ubezpieczeń zdrowotnych. Zgodnie z zakresem przedmiotowym ustawa ma określać warunki i zasady zawierania i wykonywania umów dodatkowego ubezpieczenia zdrowotnego oraz prowadzenia działalności w zakresie dodatkowego ubezpieczenia zdrowotnego. Niestety, zakres ten nie ma odzwierciedlenia w dalszej części projektu. Zawiera wprawdzie warunki i zasady zawierania oraz wykonywania umów dodatkowego ubezpieczenia zdrowotnego, ale są określone bardzo ogólnie i budzą wiele wątpliwości. Przede wszystkim należy zauważyć, że stanowią powtórzenie norm zawartych w ustawie z 23 kwietnia 1964 r., w szczególności dotyczących umowy ubezpieczenia (art. 805 i dalsze), a także w ustawie

z 22 maja 2003 r. o działalności ubezpieczeniowej (art. 12 i dalsze). Wydaje się zatem, że wprowadzenie niniejszych regulacji nie ma uzasadnienia.

Wbrew deklaracjom

Mimo deklaracji zawartej w art. 1 projektu, nie włączono do niego zasad prowadzenia przez zakłady ubezpieczeniowe działalności w zakresie dodatkowego ubezpieczenia zdrowotnego. W art. 10 znajduje się wprost odesłanie do ustawy o działalności ubezpieczeniowej. Można mieć duże wątpliwości co do sensu uchwalania tej ustawy, skoro w zasadniczej kwestii odsyła do przepisów innej. Kolejna istotna uwaga dotyczy art. 3, w którym podjęto próbę zdefiniowania pojęcia dodatkowego ubezpieczenia zdrowotnego, wskazując, że jest to ubezpieczenie wypadkowe lub chorobowe, o którym mowa w załączniku do ustawy o działalności ubezpieczeniowej. Dokonując interpretacji tego przepisu, również napotykałyśmy problem. Zgodnie bowiem z treścią załącznika w dziale I ubezpieczenia na życie w grupie 5 wymienione zostały wprawdzie ubezpieczenia wypadkowe i chorobowe, ale z dalszym wskazaniem: „*jeżeli są uzupełnieniem ubezpieczeń wymienionych w grupach 1.4.*” Takie uregulowanie może sugerować, że dodatkowe ubezpieczenie zdrowotne będzie uzupełnieniem ubezpieczenia na życie. Zapoznając się z proponowanymi regulacjami, odnosimy wrażenie, że ustawa jest bublek prawnym, a wielość uwag do projektu potwierdza przekonanie, iż uchwalenie jej nie przyniesie spodziewanych korzyści ani pacjentom, ani systemowi ubezpieczeniowemu (publicznemu i prywatnemu).

Dwie koncepcje

Rozważane są dwie różne koncepcje wprowadzania w życie zdrowotnych ubezpieczeń dodatkowych i nadzoru nad nimi. Pierwsza zakłada zmodyfikowanie istniejących przepisów, aby można było takie ubezpieczenia zawierać. Metoda jest prosta, niczego jednak nie definiuje, a co najważniejsze – nie określa wymogów dla podmiotów mających zawierać takie ubezpieczenia ani standardów dla świadczeniodawców. Nie ma doprecyzowanych powiązań z płatnikiem publicznym, więc może dojść do negatywnego zjawiska przerzucania pewnych świadczeń na niego. Nie ma żadnych regulacji wyrównawczych między płatnikiem publicznym a płatnikami prywatnymi. Każde doprecyzowanie tych zagadnień skomplikuje sprawę, jeżeli w ogóle będzie możliwe.

Druga koncepcja wprowadza jednolity nadzór w postaci urzędu nadzoru ubezpieczeń zdrowotnych, określa strukturę funkcjonalną płatników i świadczeniodawców, ich wzajemne relacje i wyznacza precyzyjnie standardy oraz koszyk świadczeń, nie mówiąc o konstytucyjnym zapewnieniu równej dostępności (art. 68 konstytucji) do świadczeń zdrowotnych, czyli zastosowaniu wyrównania finansowego między ubezpieczalniami. Pozostaje zatem

pytanie, czy po ostatnich wyborach² kontynuowana będzie inicjatywa małych kroków w procesie powstawania dodatkowych ubezpieczeń zdrowotnych, a NFZ zostanie zachowany jako centralnie zarządzany model publicznego płatnika? Czy może po uporządkowaniu przez ustawę o działalności leczniczej organizacji i struktury świadczeniodawców podjęte zostaną działania zmierzające do stworzenia systemu nadzoru nad samorządowym modelem publicznych ubezpieczeń zdrowotnych, a jednocześnie zaproponowane systemy prywatne – dodatkowe, które będą ze sobą konkurować, działając pod nadzorem tej samej instytucji urzędu nadzoru ubezpieczeń zdrowotnych. (...)

Zachęta do zmian

Sytuacja finansowa systemu publicznego powinna zachęcać do wprowadzania rozwiązań sprawdzonych zarówno na świecie, jak i w naszym kraju. Stworzenie możliwości rozwoju systemu ubezpieczeń pielęgnacyjno-opiekuńczych w systemie publicznym wymaga doprecyzowania, z jakich pieniędzy byłby on chroniony.

Prywatne ubezpieczenia zdrowotne oraz pielęgnacyjno-opiekuńcze powinny stanowić uzupełnienie napiętych budżetów publicznych. Czy zatem decentralizacja płatnika publicznego (NFZ) zostanie odłożona? Zależy to przede wszystkim od tego, jak zmieni się polityczny obraz powyborczy. Może nastąpić szybciej, jeżeli będzie elementem kontynuacji poprzednich działań w zakresie zmian systemowych w ochronie zdrowia. Zdrowotne ubezpieczenia dodatkowe i nadzór nad nimi wejdą w życie w wersji uproszczonej, na razie wszystko na to wskazuje. Bez decentralizacji publicznego płatnika i wprowadzenia sprawnego nadzoru nad nim będziemy mieli do czynienia jedynie z namiastkami takich ubezpieczeń.

Mariusz TARHONI, Ewa MICHALAK-STOJANOWSKA

(przedruk z „Menedżera Zdrowia” nr 8/11)

1. Ustawa o PUZ zakładała ich wprowadzenie od stycznia 2002 r.

2. Materiał został przygotowywany przed wyborami parlamentarnymi z 9 października 2011 r.

Podwyżki w Czechach i na Słowacji – skrócona historia protestu lekarzy

W 2011 r. przeprowadzone zostały dwie spektakularne akcje protestacyjne lekarzy w Czechach i na Słowacji. Polegały na zorganizowanym wypowiedzianiu umów o pracę i zakończyły się podpisaniem porozumień gwarantujących wzrost wynagrodzeń. Czy możliwe jest przeprowadzenie podobnej akcji w Polsce?

Dziękujemy, odchodzimy

Wynagrodzenia lekarzy w Czechach do niedawna kształtowały się na poziomie zarobków lekarzy w Polsce. W podstawowym czasie pracy lekarze ze specjalizacją zarabiali przeciętnie 23.000 koron brutto (ok. 3680 zł), łącznie z dyżurami ok. 50.000 koron (8000 zł). Podejmowane próby wynegocjowania wzrostu wynagrodzeń okazywały się nieskuteczne.

Akcję powszechnego składania wypowiedzi przez lekarzy w Czechach „*Dziękujemy, odchodzimy*” zorganizował związek zawodowy LOK pod przewodnictwem Martina Engela, przy wsparciu Izby Lekarskiej, której prezesem był Milan Kubek, poprzedni przewodniczący związku.

Przygotowania do protestu rozpoczęto na początku 2010 r. od kampanii medialnej, mającej na celu nagłośnienie planowanego złożenia wypowiedzi. Symbolem akcji stał się kupiony przez organizatorów ambulans, przemalowany w połowie na czarny karawan, z napisem „*Náš exodus – váš exitus*”. Pojazdem tym poruszali się

po terenie Czech lekarze, których rolą było występowanie w mediach oraz organizowanie w szpitalach spotkań informacyjnych. Uruchomiono również licznik odmierzający czas pozostały do exodusu. Informacje na temat protestu zamieszczano na specjalnej stronie internetowej <http://www.dekujeme-odchazime.cz> (nadal aktywnej).

Na jesieni 2010 r. czeski rząd przystąpił do kontrofen-sywy medialnej, zarzucając lekarzom nieetyczne postępowanie. Pojawiły się znane nam z czasów strajków w Polsce oskarżenia o łamanie przysięgi Hipokratesa czy wykorzystywanie chorych dzieci jako zakładników. W szpitalach prowadzono akcję zastraszania lekarzy planujących złożenie wypowiedzi, co wpłynęło na ograniczenie zasięgu akcji. Ostatecznie z końcem 2010 r. na rozwiązanie umów o pracę z zachowaniem dwumiesięcznego okresu wypowiedzenia zdecydowało się 3837 lekarzy (1/4 zatrudnionych w publicznej służbie zdrowia). Najwięcej wypowiedzi złożono w najuboższych województwach: śląsko-morawskim i na Wysoczyźnie.

Pierwsze tygodnie 2011 r. upłynęły pod znakiem wewnętrznych tarć w koalicji rządzącej. Ostatecznie zwyciężyła opcja kompromisu, co prawdopodobnie wynikało z realnej groźby paraliżu służby zdrowia na Wysoczyźnie, gdzie wypowiedzenia złożyło aż 80% lekarzy. 21.02.2011 r. podpisano z przedstawicielami związku zawodowego porozumienie określające plan wprowadzenia podwyżek dla lekarzy. Zgodnie z porozumieniem

lekarze otrzymali od 1.03.2011 r. podwyżkę 5000-8000 koron (800-1280 zł). W 2012 r. zaplanowano dalsze 10% zwiększenie wynagrodzeń, a w 2013 r. kolejne – do poziomu trzykrotności średniej krajowej.

Stan wyjątkowy na Słowacji

Wynagrodzenia lekarzy na Słowacji przed protestem były jeszcze niższe niż w Czechach. Wynagrodzenie brutto w podstawowym czasie pracy wynosiło ok. 800 euro (3200 zł), z uwzględnieniem godzin dodatkowych – ok. 1500 euro (6000 zł). Sukces akcji „Dziękujemy, odchodzimy” szybko zainspirował słowackich lekarzy do podjęcia podobnych działań.

W kwietniu lekarski związek zawodowy LOZ skierował do rządu ultimatum, w którym domagał się zwiększenia wynagrodzeń do trzykrotności średniej krajowej (2400 euro) i wstrzymania przekształceń szpitali w spółki. Wobec niespełnienia postulatów, na początku czerwca podjęto decyzję o przeprowadzeniu akcji zbiorowego składania wypowiedzeń. Do końca września wypowiedzenia umów o pracę z dwumiesięcznym okresem wypowiedzenia złożyło 2411 lekarzy z ogólnej liczby 7 tys. zatrudnionych w publicznej służbie zdrowia.

Podjęte przez przewodniczącego LOZ Mariana Kollara rozmowy z rządem odbywały się w atmosferze napięcia i konfrontacji. Wobec problemów budżetowych i zawirowań w strefie euro rząd Ivety Radičovej forsował twarde stanowisko i przygotował scenariusz awaryjny. Zaplanowano łączenie oddziałów, przesunięcia personelu między szpitalami, zatrudnienie lekarzy z Ukrainy i ostatecznie wprowadzenie stanu wyjątkowego. W finałowej fazie rozmów strona rządowa zaproponowała podwyżkę rzędu 300 euro dla lekarzy, którzy wycofają złożone wypowiedzenia. Oferta ta spowodowała rozbicie jedności środowiska, ponieważ skorzystała z niej blisko połowa protestujących.

Ostatecznie 1.12.2011 r. ze szpitali odeszło 1200 lekarzy. Wobec problemów z zatrudnieniem lekarzy z zagranicy (wsparcie w postaci przysłania 30 lekarzy wojskowych zaoferował jedynie rząd Czech) 29.11.2011 r. słowacki rząd podjął bezprecedensową decyzję o ogłoszeniu w kilkunastu szpitalach stanu wyjątkowego, dzie-

ki czemu możliwe stało się ograniczenie praw obywatelskich i wprowadzenie obowiązku pracy dla lekarzy.

Wbrew nadziejom rządu posunięcie to nie zapewniło sprawnego funkcjonowania szpitali. Większość protestujących lekarzy nie stawiała się w pracy z powodu zwolnień lekarskich, urlopów opiekuńczych lub nieodebrania powiadomień o nakazie pracy. Pozostały w placówkach personel został zmuszony do przedłużonej pracy, hospitalizacje ograniczono do ostrych wskazań, a część oddziałów zamknięto.

W atmosferze stopniowo narastającego paraliżu ochrony zdrowia 3.12.2011 r. zawarto porozumienie między LOZ a rządem. Ustalono, że wynagrodzenia lekarzy wzrosną o 300 euro od 1.01.2012 r., a następnie będą stopniowo zwiększane do wysokości 1,9 średniej krajowej w lipcu 2012 r. i 2,3 średniej krajowej w 2013 r. W porozumieniu zagwarantowano lekarzom powrót na dotychczasowe stanowiska pracy.

Co z tą Polską?

Wielu lekarzy w Polsce zapewne zadaje sobie pytanie, czy możliwe jest powtórzenie akcji zbiorowego składania wypowiedzeń w naszym kraju. Odpowiedź zależy od poziomu frustracji finansowej lekarzy zatrudnionych w szpitalach. Przez ostatnie trzy lata było to raczej mało prawdopodobne.

W 2010 r. OZZL opracował zasady zbiorowego składania wypowiedzeń z wykorzystaniem art. 23. kodeksu pracy w szpitalach przekształcanych w spółki. Są nadal aktualne, szczególnie w kontekście uchwalonej ustawy o działalności leczniczej i stałego zadłużania się niedofinansowanych szpitali. Nic nie stoi na przeszkodzie, aby opracowany plan zmodyfikować i przeprowadzić na skalę ogólnopolską. Zależy to od oczekiwań i nastawienia środowiska lekarskiego. Kontakt do OZZL jest powszechnie znany: ozzl@ozzl.org.pl.

Maciej JĘDRZEJOWSKI
Przewodniczący Zespołu ds. Wynagrodzeń
ORL w Warszawie
m.jedrzejowski@oilwaw.org.pl
(przedruk z „Pulsu” nr 5/12)

Stres pracy lekarza – doniesienie z badań

W październiku i listopadzie ubiegłego roku, dzięki uprzejmości lekarzy, którzy brali udział w szkoleniach organizowanych przez Okręgową Izbę Lekarską w Zielonej Górze, przeprowadziłyśmy badania dotyczące stresu pracy lekarza. Stres pracy rozumiemy jako reakcję na stresory, których źródłem jest środowisko pracy. Badamy go z użyciem wystandaryzowanego narzędzia, nazwanego **Kwestionariuszem Su-**

biektywnej Oceny Pracy. Czynnikiem spustowym reakcji na stresory jest napięcie emocjonalne w postaci negatywnej emocji (gniew, uczucie frustracji czy poirytowania) – stąd przy każdym twierdzeniu opisującym różne cechy pracy znajdują się cyfry od 1 do 5, określające stopień, w jakim dana cecha jest uciążliwa, denerwująca czy stresująca. Kwestionariusz bada indywidualne poczucie stresu na każdym stanowisku

pracy i prawdopodobnie po raz pierwszy został zastosowany do badań środowiska lekarskiego.

Prezentowane badania są etapem początkowym szerszych badań, mających na celu pogłębiony opis środowiskowych uwarunkowań pracy lekarza. Mała liczba respondentów (trzydziestu pięciu) nie daje możliwości tworzenia uogólnień, ale stwarza perspektywę jakościowej analizy wyników. I taką właśnie prezentujemy.

Wnioski z badania wydają się interesujące i pozwalają na wskazanie warunków (wymagań, barier) tkwiących w środowisku pracy, które odgrywać mogą kluczową rolę w etiologii stresu pracy i jego konsekwencji – wypalenia zawodowego.

Lekarze biorący udział w badaniu nie doświadczają znacznego stresu zawodowego i te wyniki są zgodne z wynikami uzyskanymi przez innych badaczy. Oznacza to, że lekarze – ogólnie – dobrze radzą sobie z napięciami w pracy, w tym z większością sytuacji stresowych, które wpisane są w istotę zawodu. Na przykład w okolicznościach nagłych wypadków, które wymagają od lekarzy natychmiastowej mobilizacji i pełnego zaangażowania, czy w realizacji ich podstawowego obowiązku, któremu poświęcają sporo czasu, czyli udzielania pomocy innym.

Te sytuacje są „**stresorami oswojonymi**”, wywołują poirytowanie tylko czasami i w niewielkim nasileniu. Przy pełnoobjawowym wypaleniu zawodowym powinny budzić częste i silne poirytowanie.

Natomiast „**stresorami nieoswojonymi**” są dla ankietowanych sytuacje nie mające bezpośredniego związku z leczeniem pacjentów. Są to perturbacje wynikające z organizacji pracy, takie jak: brak odpowiednich środków materialnych, pośpiech, ograniczone możliwości godzenia obowiązków zawodowych z koniecznymi przecież przerwami na posiłki czy odpoczynek, zmiany w organizacji pracy. Trzeba pamiętać, że każda zmiana, niezależnie od tego, czy jest odczuwana jako negatywna czy pozytywna, ewokuje stres. Kolejnym, po czynnikach organizacyjnych, ważnym źródłem stresu są stosunki międzyludzkie. Jako najbardziej dolegliwe wskazywano: częste konflikty z „ludźmi spoza instytucji” (dosyć wysoki poziom stresu) oraz brak wsparcia ze strony przełożonych (umiarkowany poziom stresu).

Istotną przyczyną stresu okazały się też trudności z pogodzeniem życia zawodowego z życiem rodzinnym oraz brak możliwości (umiejętności?) oddzielenia stresu pracy od życia rodzinnego. Ta kategoria stresorów może świadczyć zarówno o nienajlepszej organizacji pracy (na przykład o przeciążeniu pracą), jak

i o stosowaniu nieadekwatnych strategii radzenia sobie ze stresem pracy przez samych lekarzy.

W prezentowanych badaniach „stresorami nieoswojonymi”, które osiągają najwyższy stopień nasilenia, są te, które wymuszają stałe zmaganie z odpowiedzialnością (za cudze życie i zdrowie) i zagrożeniami (własnego zdrowia, życia, kondycji finansowej, pozycji zawodowej).

Zarysowany przez nas obraz czynników stresogennych pokazuje, że lekarze zmagają się z wieloma sytuacjami, które skutkują wprawdzie niezbyt intensywnym, ale długotrwałym stresem. Stres o umiarkowanym natężeniu nie musi być zjawiskiem negatywnym, może być czynnikiem mobilizującym do działania i podejmowania wysiłku. Jednak przedłużający się stres związany z pracą w zawodach, których wspólną cechą jest ciągły kontakt z ludźmi i zaangażowanie emocjonalne w ich problemy, może powodować stopniowo narastające wyczerpanie emocjonalne. Przejawia się ono na różne sposoby, między innymi: pogorszeniem samopoczucia, zniechęceniem, ograniczaniem kontaktów towarzyskich, drażliwością. Wyczerpanie emocjonalne nie pogarsza zdolności radzenia sobie z wymaganiami pracy, ale otwiera „furtkę” dla wypalenia.

Wnioski z badań wydają się oczywiste. Zawód lekarza, w którym podstawową rolę odgrywa bliski kontakt z pacjentem oraz częste przeżywanie sytuacji traumatycznych, jest obciążony ryzykiem wystąpienia objawów wypalenia zawodowego. Z tego powodu lekarze powinni być zainteresowani technikami wspierającymi umiejętność radzenia sobie ze stresem.

Natomiast podstawowym obowiązkiem tych, którzy odpowiedzialni są za organizację pracy lekarza, jest ograniczanie jej uciążliwości oraz przeciwdziałanie kumulowaniu się czynników stresogennych. Nasilenie i/lub liczba stresorów związanych ze środowiskiem pracy może przesądzać o pojawieniu się przedłużonej reakcji stresowej i jej nieuchronnej konsekwencji, czyli wypalenia zawodowego. Jest to wiedza powszechna i dobrze udokumentowana.

*Dr Danuta CHMIELEWSKA-BANASZAK,
psycholog i socjolog, adiunkt Instytutu Socjologii
Uniwersytetu Zielonogórskiego;*

*Dr n. med. Wioletta GIEMZA-URBANOWICZ,
psychiatra, adiunkt Katedry Zdrowia
Publicznego Uniwersytetu Zielonogórskiego*

(przedruk z „Doktora” nr 5/12)

Powszechny lęk przed prywatyzacją podsycany jest przez polityków

Rozmowa z Andrzejem Mądralą, wiceprezydentem Pracodawców Rzeczypospolitej Polskiej i wiceprezesem Ogólnopolskiego Stowarzyszenia Szpitali Prywatnych.

Szpitaly prywatne zarzucają publicznym, że są faworyzowane przy zawieraniu kontraktów, natomiast publiczne prywatnym – że wyjadają najlepsze kąski, że są na uprzywilejowanej pozycji, bowiem nie mają tylu ustawowych obowiązków. Konflikt trwa. Kto ma rację?

O tym, że konflikt jest niezwykle ostry, przekonałem się podczas ubiegłorocznej konferencji „Priorytety w ochronie zdrowia 2011”. Prowadziłem panel pod kontrowersyjnym tytułem: „Szpitale prywatne – wróg czy przyjaciel szpitali publicznych”. Panel kończył się głosowaniem słuchaczy. Większość – co prawda nieznaczna, ale jednak większość – uznała, że placówki prywatne i publiczne to wrogowie. Przyjąłem to ze zdziwieniem i przerażeniem. Bo przecież już wtedy wiadomo było, że nie zbudujemy właściwego systemu ochrony zdrowia bez szpitali prywatnych. Niestety, walka trwa dalej: lojalki, niszczenie sektora specjalistycznych ośrodków prywatnych, które wygrywają konkursy ofert NFZ z publicznymi – to staje się codziennością. Tymczasem system szpitali publicznych, finansowanych i prowadzonych przez państwo, nie jest w stanie zapewnić takiej ochrony zdrowia, jakiej oczekują polscy pacjenci. Naszemu systemowi potrzeba ogromnych pieniędzy na inwestycje, nowoczesny sprzęt i innowacyjne metody leczenia. Niestety, składka zdrowotna jest niewystarczająca! Dodatkowe pieniądze z kasy rządowej czy też samorządowej są także ograniczone. Stąd konieczność sięgnięcia do kieszeni inwestorów prywatnych, którzy na własne ryzyko są w stanie wyłożyć znaczne kwoty. Trzeba jednak stworzyć odpowiednie mechanizmy, by inwestorom zapewnić znaczący poziom bezpieczeństwa finansowego.

Bezpieczeństwa finansowego? Czyli czego? Gwarancji zysku? Przecież nikt nie może dać takich gwarancji.

Pełnej gwarancji oczywiście być nie może, ale nam chodzi o takie instrumenty, które funkcjonują w innych krajach, choćby w inwestycjach powstających w ramach partnerstwa publiczno-prywatnego. Zabiegamy przede wszystkim o tzw. promesy, czyli dokumenty, w których płatnik zobowiązywałby się do zawarcia kontraktu z inwestorem, szpitalem prywatnym, jednak po wypełnieniu przez niego konkretnych warunków i zobowiązań. Inwestujemy spore pieniądze w sprzęt, organizację, zatrudnienie odpowiednich kadr – najczęściej w obszary deficytowe, czyli takie, w których działające w regionie szpitale publiczne nie zapewniają odpowiedniej podaży i poziomu świadczeń medycznych. Inwestujemy więc prywatne pieniądze w misję publiczną. I oczekujemy

minimum zabezpieczeń, że te pieniądze zostaną zainwestowane trafnie. Stąd sprawa choćby takiej promesy albo długoletniego kontraktu na prowadzenie szpitala. Duże zrozumienie dla tych oczekiwań znajdujemy w samorządach, które mają coraz większe problemy z samodzielnym prowadzeniem szpitali.

Szpitaly publiczne są mimo to faworyzowane?

Nie stawiałbym tej sprawy tak kategorycznie. Z jednej strony bowiem odsetek placówek prywatnych w ogólnej liczbie szpitali w Polsce nadal jest mały. I o czymś to świadczy. Z drugiej jednak strony, na reputacji wszystkich szpitali prywatnych ciąży grupa tzw. garażowców, czyli małych jednostek, bez znaczącej infrastruktury. Kolejny ewenement to „szpitale objazdowe”, oferujące świadczenia w wynajętych salach operacyjnych placówek publicznych, bez zapewnienia specjalistycznej permanentnej opieki medycznej. Trochę metodą „skoku na kasę”, wykonujących zabiegi, za które dobrze płaci NFZ. Tym „szpitalom” nie zależy na budowie własnej infrastruktury. To one psują reputację szpitali prywatnych, które inwestują w mury, sprzęt oraz ludzi. I dobrze się stało, że NFZ spróbował zrobić z nimi trochę porządku. A co do faworyzowania szpitali publicznych: nie zazdroszczę ich menedżerom. Doskonale rozumiem ich problemy, sam przecież zaczynałem pracę w takim szpitalu. I współczuję im uzależnienia od czynników zewnętrznych, nacisków politycznych.

Czynników politycznych?

Tak, bo przecież decydujący głos w prowadzeniu tych placówek należy do polityków: marszałków województwa, starostów, ministerstwa. Ma to często wyraz w polityce kadrowej, podejmowaniu decyzji w oderwaniu od rachunku ekonomicznego. To szczególne obciążenia, które szczęśliwie w prywatnym sektorze nie są tak wyraźne. Mnie bulwersuje posługiwanie się w dyskursie na temat ochrony zdrowia podziałem na szpitale publiczne i prywatne w takim rozumieniu, w jakim te terminy używane są dzisiaj. Bardziej odpowiada mi jednoznaczna definicja, w myśl której szpital publiczny to jednostka realizująca misję publiczną. Czyli niezależnie od struktury właścicielskiej, za pieniądze podatnika, poprzez płatnika, zapewnia świadczenia zdrowotne gwarantowane przez państwo. W tym rozumieniu publicznym byłby każdy szpital wykonujący usługi zdrowotne w ramach kontraktu z NFZ.

Polacy obawiają się jednak prywatyzacji. Nie chcą też współpłacenia – to wynika wprost z sondaży, badań opinii publicznej.

Myszę, że to lęk wyraźnie podsycany przez polityków, element rozgrywki między partiami. W naszym środowisku powraca stara idea, aby logo NFZ sąsiedowało z napisem „To jest szpital prywatny”. Pacjenci niejednokrotnie na początku konsultacji medycznych nie mają pojęcia, że przekroczyli próg szpitala prywatnego. Szybko się jednak o tym przekonują – nie tylko na podstawie nowoczesnego wyglądu czy wyposażenia szpitali. Z naszych badań wynika, że Polacy doceniają placówki prywatne, przede wszystkim ich wysiłek i troskę o zapewnienie jak najlepszych warunków leczenia. Często porównuje się nasze szpitale z klinikami uniwersyteckimi medycznych. Czym się różnimy? Mamy znacznie lepszy i nowocześniejszy sprzęt diagnostyczny i operacyjny. Fachowcy – to często ci sami ludzie. Na pewno jednak zapewniamy znacznie lepszy komfort pobytu. Te nasze przewagi konkurencyjne, które pacjenci doceniają od dawna, coraz częściej dostrzega także NFZ. Obawy pacjentów dotyczą raczej nieprawdziwych opinii, że wraz z rozwojem sektora prywatnego będą musieli płacić za usługi, które dotychczas otrzymywali w ramach podstawowego ubezpieczenia zdrowotnego. Są to obawy kompletnie nieuzasadnione. Przy odpowiednim sposobie kontraktowania świadczeń przez płatnika nie się nie powinno zmienić. Dodatkowo, na działalności szpitali prywatnych system ochrony zdrowia tylko zyska: inwe-

stycje, których ten system potrzebuje, będzie można pokrywać z innego źródła niż kasa państwa, województwa czy powiatu. W wypadku inwestycji prywatnych ciągle utrzymuje się duże zainteresowanie. Mamy do czynienia nie z barierą kapitału, ale strachu.

Strachu? Przed czym? Czego obawiają się potencjalni inwestorzy?

Przede wszystkim tego, że nie mamy planu strategicznego rozwoju systemu ochrony zdrowia – i to zarówno w skali makro, jak i mikro. Nie podjęto trudu przedstawienia strategii na okres 5, 10 czy też 15 lat. Nie wiemy także, jakie są zamierzenia Ministerstwa Zdrowia na najbliższy rok. Czy tylko gaszenie pożarów? Panuje chaos: reguły gry ciągle się zmieniają. Sieć szpitali? Na jakich warunkach organizacyjno-finansowych? A może powrót do starego systemu, jak marzą niektórzy politycy? Tymczasem do rozsądnego planu strategicznego, spójnej wizji, zarówno szpitale prywatne, jak i publiczne mogłyby się dostosować szybciej i lepiej, niż nam się wydaje. Dlatego – przy dużym zainteresowaniu inwestycjami w ochronie zdrowia – wielu potencjalnych inwestorów ciągle się waha, nie ufa nieokreślonej przyszłości. Ze szkodą dla nas wszystkich! Każdy przecież był, jest lub będzie pacjentem.

Rozmawiał Bartłomiej LEŚNIEWSKI

(przedruk z „Menedżera Zdrowia” nr 1/12)

OGŁOSZENIA



Ginekologia i położnictwo – nowe trendy 2012

Konferencja **Ginekologia i położnictwo – nowe trendy 2012** odbędzie się w Poznaniu 15–16 czerwca br. *Leczenie zakażeń w perinatologii, Antykoncepcja – aktualny stan wiedzy, Schorzenia skóry w położnictwie i ginekologii, Psychologiczne aspekty schorzeń w położnictwie i ginekologii oraz Cięcie cesarskie we współczesnym położnictwie* – to tylko niektóre tematy sesji konferencji, która odbędzie się pod naukowym przewodnictwem dr. hab. Macieja Wilczaka, prof. UM w Poznaniu. Dodatkową atrakcją tego wydarzenia będą tzw. ringi merytoryczne, których konwencję docenili już uczestnicy poprzednich edycji konferencji. W każdym z ringów pojawią się stanowiska za i przeciw, co jak

zwykle będzie dowodem na to, że w ginekologii kontrowersji naukowych nie brakuje. Udział w konferencji jest bezpłatny! **Termin:** 15-16 czerwca 2012 r.

Miejsce: INSTYTUT CHEMII BIOORGANICZNEJ PAN OŚRODEK NAUKI, 61-704 Poznań, ul. Wieniawskiego 17/19

Kierownik Naukowy: dr hab. Maciej Wilczak, prof. UM w Poznaniu

Organizatorzy: Zakład Edukacji Medycznej Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu, Katedra i Klinika Zdrowia Matki i Dziecka Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu, Klinika Ginekologii Operacyjnej Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu, Oddział Wielkopolski Polskiego Towarzystwa Ginekologicznego oraz wydawnictwo *Termedia*

Biurowo 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

BIULETYN INFORMACYJNY OPOLSKIEJ IZBY LEKARSKIEJ

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

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

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



Hospital Management

Temat przewodni: Zakupy szpitalne: leki, materiały i wyposażenie

Temat specjalny: Starszy personel medyczny – starsi pacjenci: wyzwania dla szpitali europejskich. Wnioski z konferencji końcowej programu wymiany menedżerów Europejskiej Federacji Szpitali HOPE 2012 w Berlinie.

– *Zagadnienie gospodarki lekowej i materiałowej jest szczególnie ważne w roku 2012. Wiele szpitali planuje optymalizację zakupów oraz gospodarki lekowej i materiałowej. Pod egidą Polskiej Federacji Szpitali tworzona jest duża grupa zakupowa, której doświadczenia zostaną przedstawione na Konferencji. Skorzystamy także z przykładów zagranicznych, szczególnie niemieckich – zapowiada prof. nadzw. Jarosław J. Fedorowski, MD, PhD, MBA, dyrektor programowy VI Międzynarodowej Konferencji Hospital Management Wyzwania 2012, prezes Polskiej Federacji Szpitali, gubernator Europejskiej Federacji Szpitali HOPE.*

Najbardziej prestiżowa konferencja sektora szpitalnego w Polsce – **Hospital Management** – odbędzie się już po raz szósty 14–15 czerwca br. w Warszawie. Po raz pierwszy połączona będzie z Kongresem Polskiej Federacji Szpitali pod patronatem Europejskiej Federacji Szpitali HOPE. Specjalny patronat merytoryczny nad konferencją objął Georg Baum – prezydent Europejskiej Federacji Szpitali, prezes Niemieckiej Federacji Szpitali.

Data: 14–15 czerwca 2012 r.

Miejsce: Warszawa, Businessman Institute, Trakt Lubelski 40 a

Organizatorzy: Wydawnictwo Termedia sp. z o.o., Akademia „Menedżera Zdrowia”, Czasopismo Menedżer Zdrowia

Współpraca: PFS, Polska Federacja Szpitali

Patronat: Europejska Federacja Szpitali, HOPE, Europejskie Stowarzyszenie Dyrektorów Medycznych

Specjalny patronat merytoryczny: Georg Baum, Prezydent Europejskiej Federacji Szpitali, Prezes Niemieckiej Federacji Szpitali

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



XVI Konferencja Polskiego Towarzystwa Hepatologicznego

Po raz szesnasty odbędzie się **Konferencja Polskiego Towarzystwa Hepatologicznego** – tym razem w Białymstoku, ważnym ośrodku na hepatologicznej mapie Polski. Sesje plenarne obejmą tematykę diagnostyki zmian ogniskowych w wątrobie, a także problematykę transplantologiczną, ze szczególnym uwzględnieniem wskazań nagłych. Wzorem roku ubiegłego przygotowano także sesję interaktywną „rzadkie przypadki – duże problemy”, której temat zostanie ujawniony dopiero podczas Konferencji. Z racji tempa badań, jakie obserwujemy w ostatnich latach, nie może zabraknąć aktualności na temat diagnostyki i leczenia przewlekłych wirusowych zapaleń wątroby oraz stanowisk dotyczących coraz większego wyzwania, jakim są współzakażenia wirusowe. Zaplanowana została również sesja wystąpień badawczych i kazuistycznych wybranych prac. Z pozostałymi nadesłanymi pracami będzie można się zapoznać w formie plakatu. Uczestnicy konferencji otrzymają 15 punktów edukacyjnych.

Termin: 31 maja 2012 – 2 czerwca 2012 r.

Miejsce: Białystok, Hotel Gołębiwski, ul. Pałacowa 7

Organizatorzy: Polskie Towarzystwo Hepatologiczne, wydawnictwo Termedia

Patronat: Jego Magnificencja Rektor Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku prof. dr hab. Jacek Nikliński

Przewodniczący Komitetu Organizacyjnego: prof. dr hab. Robert Flisiak

Przewodnicząca Komitetu Naukowego: prof. dr hab. Joanna Pawłowska

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

Duża Praxisklinik w Zagłębiu Ruhry poszukuje lekarza ogólnego z możliwością wieloletniego doksztalcenia i późniejszego przejęcia ośrodka. Kontakt: praxis@sworszt.de, tel. 00491714123221. **Praxisklinik Sworszt, Cra-negr Str. 276, 45891 Gelsenkirchen, Niemcy.**

Zatrudnię w mojej klinice (**Medizinische Klinik Thüringen-Klinik Saalfeld Akademisches Lehrkrankenhaus der Universität Jena**) od zaraz asystenta zainteresowanego specjalizacją w zakresie medycyny wewnętrznej. Kontakt: pkonturek@thueringen-kliniken.de.

Prof. dr med. Peter C. Konturek

NZOZ Ambasada Uśmiechu Stomatologia i Implantologia w Opolu podejmie współpracę z lekarzem ortodontą. Warunki do uzgodnienia. Tel. 691 777 197, email: recepca@ambasada-usmiechu.pl

Lekarz dentysta posiadający specjalizację z zakresu stomatologii dziecięcej poszukuje etatowej pracy na terenie Kędzierzyna-Koźła lub w okolicy. Tel. 697-011-414.

Sprzedam gabinet stomatologiczny w Nysie wraz z zapleczem (17m² i 25m²), razem lub oddzielnie, na terenie przychodni w centrum koło szpitala. Tel. kontaktowy: 534-168-305 lub SMS na numer 696-462-555.

Mistrzostwa Polski Lekarzy w Ringo

1 lipca 2012 r. w Opolu odbędą się XI Mistrzostwa Polski Lekarzy w Ringo. Pierwszy raz mistrzostwa będą rozgrywane w Waszym mieście, przy okazji zorganizowania 40. Międzynarodowych Mistrzostw Polski w Ringo, których organizacji podjęło się Opolskie Towarzystwo Ringo, reaktywowane w listopadzie 2011 r. Rozgrywki odbywać się będą na Miejskim Stadionie Lekkoatletycznym, im. Opolskich Olimpijczyków w Opolu, przy ul. Sosnkowskiego 12.

Zapraszamy nie tylko lekarzy, a także lekarzy-dentystów, pielęgniarki, farmaceutów, personel techniczny oraz rodziny lekarskie. W zależności od zgłoszonych osób ustalane są kategorie wieku, płci i zawodu. **RINGO JEST DLA KAŻDEGO BEZ WZGLĘDU NA STOPIEŃ SPRAWNOŚCI I POZIOM SPORTOWY.** Dla początkujących – sędziowie udzielają informacji i modyfikują przepisy...

Aktualne przepisy polskiej gry sportowej – ringo – w załączeniu.

Zgłoszenia przyjmuje Przewodnicząca Sekcji Ringo KKSiT OIL w Warszawie Krystyna Anioł-Strzyżewska, tel. 600-362-792, tel./fax. 22/638-87-15. Bezpośrednio do organizatora można zgłaszać się do dn. 18.VI.br. – Opolskie Towarzystwo Ringo, 45-064 Opole, ul. Damrota 6, ringo.opole@wp.pl. Natomiast dokładne informacje nt. Mistrzostw oraz zasady gry w ringo znajdziecie na stronie internetowej Opolskiego Towarzystwa Ringo: <http://ringo.opole.pl>.

Do zobaczenia na stadionie im. Opolskich Olimpijczyków – ze sportowym pozdrowieniem

dr n. med. Krystyna Anioł-Strzyżewska
Prezes Polskiego Towarzystwa Ringo
Przew. Sekcji Ringo KKSiT OIL w Warszawie

W dniach 30 czerwca – 1 lipca br. na stadionie MOSiR w Białymstoku przy ul. 11 Listopada odbędą się **I Mistrzostwa Polski Lekarzy w Lekkiej Atletyce**. Zawody organizowane będą równolegle z XXII Mistrzostwami Polski Weteranów w Lekkiej Atletyce.

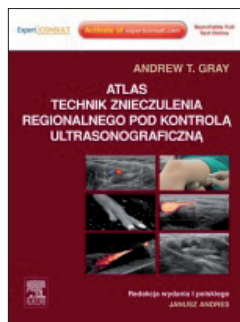
Osoba uczestnicząca w zawodach może być klasyfikowana podwójnie (kobieta, która ukończyła 30, a mężczyzna 35 rok życia) zarówno w mistrzostwach weteranów, jak i lekarzy. Klasyfikacja lekarzy odbywać się będzie w kategorii „open”. Medale mistrzostw w poszczególnych konkurencjach otrzymają najlepsi po przeliczeniu wyników na punkty, z uwzględnieniem kategorii wiekowych stosowanych w sporcie weteranów.

Rywalizacja w MPL odbywać się będzie w następujących konkurencjach: biegi na 100, 200, 400, 1500 i 5000 m, skok w dal, skok wzwyż, trójskok, pchnięcie kulą, rzut dyskiem, rzut oszczepem.

Osoby zainteresowane udziałem proszone są o kontakt z organizatorem mistrzostw: telefoniczny 504-101-375 lub e-mail julek@onet.pl. Komunikat organizacyjny i karta zgłoszenia do mistrzostw dostępne są na stronie [WWW.pzwla.eu](http://www.pzwla.eu).

Lek. med. Julian PEŁKA

Elsevier Urban & Partner Sp. z o.o.
50—11 Wrocław, ul. Kościuszki 29
Zamówienia: www.elsevier.pl; tel.
42/680-44-09, fax: 42/680-44-86
e-mail: zamowienia@elsevier.com
Atlas technik znieczulenia regionalnego pod kontrolą ultrasonograficzną



A.T. Gray; wyd. I polskie, red. J. Andres
 ISBN: 978-83-7609-623-0, format: 280x210,
 opr. twarda, 370 stron, cena det.: 184.00 zł,
 twoja cena: 165.61 zł (368 ELS pkt.)

Atlas technik znieczulenia regionalnego pod kontrolą ultrasonograficzną Andrew T. Graya należy do podręczników modelowych, wskazujących jak postęp technologiczny, w tym wypadku rozwój ultrasonograficznych technik obrazowania, wpływa na praktyczne możliwości doskonalenia tech-

nik znieczulenia regionalnego. Autor książki jest uznanym od lat międzynarodowym autorytetem w dziedzinie klinicznego zastosowania ultrasonografii w blokadach nerwów obwodowych.

Atlas składa się z siedmiu części oraz dwóch aneksów – testów samokontroli. W każdym z rozdziałów poruszono wszystkie teoretyczne i praktyczne zasady identyfikacji struktur anatomicznych i przeprowadzania blokad obwodowych z użyciem USG.

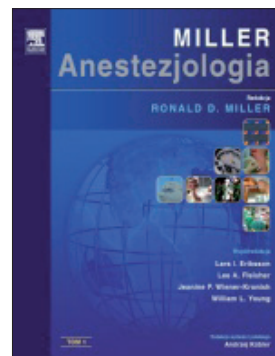
Podstawy obrazowania i sposoby identyfikacji struktur anatomicznych stanowią ważny wstęp do szeroko i kompetentnie przedstawionych części praktycznego stosowania znieczulenia regionalnego pod kontrolą ultrasonograficzną: kończyny górnej, kończyny dolnej, nerwów tułowia, głowy oraz szyi. W każdym przypadku przedstawiona jest sugerowana przez Autora technika wykonania zabiegu, często ze wskazaniem jej zalet i wad. Opisowi towarzyszy bogato ilustrowany i szczegółowo omówiony oryginalny materiał ultrasonograficzny.

Z przedmowy do wydania polskiego

* * *

Anestezjologia Millera. Tom 1

R.D. Miller; wyd. I polskie, red. A. Kübler
 ISBN: 978-83-7609-605-6, format: 216x276,
 opr. twarda, 944 strony, cena det.: 420.00 zł,
 twoja cena: 378.00 zł (840 ELS pkt.)



Podręcznik **Miller. Anestezjologia** od ponad 25 lat uznawany jest za najdokładniejsze i najbardziej wyczerpujące źródło wiedzy z zakresu współczesnej anestezjologii. Jednym z głównych atutów tej książki jest jej kompleksowość i niezwykle obszerna baza bibliograficzna oparta na aktualnych pozycjach piśmiennictwa. Obok tradycyjnych obszarów praktyki anestezjologicznej omówione zostały również najnowsze techniki znieczulenia i monitorowania funkcji organizmu z uwzględnieniem naukowych dowodów dotyczących teorii, praktyki i technicznych aspektów każdego działu anestezjologii. Polskie wydanie tej pozycji zostało podzielone na trzy tomy. Tom pierwszy zawiera trzy główne działy, tj. fizjologię, farmakologię i opiekę pooperacyjną. Publikacja ukaże się w trzech tomach.

OGŁOSZENIA

NZOZ PRESTIGE w Opolu przyjmie na staż podyplomowy lekarza dentystę i przyjmie do pracy lekarza dentystę. Poszukujemy osób ambitnych chcących rozwijać swoje umiejętności korzystając z najnowszych technologii jeśli chodzi o sprzęt jak i materiały. Oferujemy pracę z młodym zespołem lekarzy i asystentek, nowoczesny sprzęt, pięć stanowisk pracy, mikroskopy zabiegowe. Posiadamy również pracownię protetyczną wyposażoną w system cad/cam, co daje możliwość wykonywania zaawansowanych prac protetycznych. Możliwość podjęcia pracy po odbyciu stażu. Telefon: 501-574-208, e-mail: prestige4@op.pl.

* * *

NZOZ Ambasada Uśmiechu Stomatologia i Implantologia w Opolu zatrudni lekarza dentystę. Oferujemy pracę lekarzom chcącym podnosić swe kwalifikacje zawodowe czemu sprzyjać będzie najnowocześniejszy sprzęt diagnostyczny i leczniczy (m. in. aparat do zdjęć pantomograficznych i 3D, mikroskop zabiegowy) oraz miła i przyjazna atmosfera współpracowników. Pełen zakres usług, m. in. zaawansowana endodoncja, chirurgia, protetyka i implantoprotetyka. Warunki pracy do uzgodnienia. Tel. 691 777 197, email: recepca@ambasada-usmiechu.pl

CLINICAL KEY | ELSEVIER

Przedstawiamy ClinicalKey™ - nowoczesną platformę informacji klinicznej dla lekarzy wszystkich specjalności

Zapraszamy do bezpłatnego 30-dniowego testu

ClinicalKey to źródło informacji medycznych nowej generacji oraz możliwość dostępu do ponad 800 podręczników referencyjnych, 500 renomowanych czasopism medycznych i 2 500 filmów z procedurami medycznymi.

ClinicalKey gwarantuje:

- kompleksowość - odpowiedzi oparte na największym zbiorze materiałów klinicznych zebranych w jednym miejscu i udostępnionych online, reprezentujących wszystkie specjalizacje medyczne
- wiarygodność - dostęp do najnowszych recenzowanych i opartych na faktach informacji
- szybkość - dzięki unikalnej technologii ClinicalKey zapewnia rzetelne odpowiedzi na pytania medyczne w wyjątkowo krótkim czasie

Więcej informacji na www.registration-ck.com

ultrasonografy.pl



Twój Dystrybutor Sprzętu Medycznego

**Wiosenna
Rewolucja Cenowa**
GE Healthcare

W PREZENCIE

ZESTAW
MULTIMEDIALNY

KARTA
PREZENTOWA

99.000 pln
BRUTTO

LOGIQ P5

PREMIUM

GŁOWICA W ZESTAWIE

LINIOWA CONVEX

119.000 pln
BRUTTO

VIVID S5

GŁOWICA W ZESTAWIE

SEKTOROWA

195.000 pln
BRUTTO

VOLUSON S6

GŁOWICE W ZESTAWIE

ENDO WOLUM. CONVEX 4D

Niniejszy informacja nie stanowi oferty w rozumieniu przepisów Kodeksu Cywilnego oraz innych właściwych przepisów prawnych

System LOGIQ P5 Premium

- najnowsza wersja klasycznego systemu LOGIQ P5 o znacznie zwiększonej ilości kanałów obrazowych
- wyposażony w standardzie w funkcje: SRI oraz CrossBeam, co lokalizuje niniejszy system w rodzinie urządzeń Premium
- możliwość rozbudowy: B-flow, obrazowanie 4D

System VIVID S5

- najnowszym o futurystycznym wyglądzie zaawansowany system echokardiograficzny
- możliwość pełnej regulacji konsoli i monitora

System VOLUSON S6

- potężny w swych możliwościach i niedrogi w swej klasie system ultrasonograficzny
- możliwość pełnej regulacji konsoli oraz monitora (LCD 19")
- znakomite obrazowanie w technologii 2D, 3D oraz 4D.

PROMOCJA
TYLKO
U NAS

GEMED
Autoryzowany Dystrybutor
Sprzętu Medycznego

ul. Sowińskiego 50
40-018 Katowice

+48 32 251 18 35
+48 609 333 288

sprzedaz@gemed.info.pl

www.gemed.pl

Promocja "Wiosenna Rewolucja Cenowa" dotyczy trzech wyżej wymienionych systemów diagnostycznych i trwa do 30 czerwca lub do wyczerpania zapasów.

Podane ceny są cenami **BRUTTO** i zawierają podatek VAT.

Powyższe ceny uwzględniają kompletne zestawy wraz z wymienionymi powyżej głowicami do danego systemu oraz zestawami prezentowymi.

Szczegóły promocji na stronie www.gemed.pl

Partner Finansowy:

**IMPULS
LEASING**
POLAND

Zapytaj
o leasing lub pożyczkę:
tel. kom. + 48 662 344 160

www.impuls-leasing.pl