



OPOLSKA  
IZBA  
LEKARSKA

Rok Założenia 1990

# BIULETYN INFORMACYJNY

Luty 2016

ISSN 1426-661X

Nr 232

## OPOLSKIEJ IZBY LEKARSKIEJ

[www.izbalekarska.opole.pl](http://www.izbalekarska.opole.pl)



*Fot. Janusz Lewandowski*



# TOPILEC I FIGLARZ

Zdaje się, że artystów niemieckich gubił brak poczucia humoru i pogody ducha. Żartownisiami z pewnością nie byli dostojni brodacze, wykładowcy Akademii Sztuk Pięknych w Berlinie, nauczyciele Edmunda Gomansky'ego. Ten uzdolniony i pełen werwy student lubił baśnie i legendy, marzyły mu się nimfy, wróżki i śpiące w konarach drzew harpie. Ale Fritz Schaper i Rudolf Siemering wybili mu z głowy fanaberie, dla nich liczyły się zwycięstwa, toteż spod ich dłut wyszli Fryderyk Wielki, Otto von Bismarck i Ludwik van Beethoven, upozowani sztywno, jakby właśnie zdawali egzamin z kodeksu karnego.

Pod dyktando profesorów tworzył więc Edmund ze Szczecina pogrążonych w modlitwie chłopców, żołnierzy w galowych mundurach i wymyślał pomnik cesarza Wilhelma. Lecz coraz częściej zdarzały mu się dni nieruchome, dni puste i nudne, układał wtenczas pasjanse, gotował jajka na twardo i ustawiał w fajansowych kieliszkach, od największego do najmniejszego, lub sam ze sobą grał w szachy. Aż wreszcie nadarzyła się okazja: w mieście Oppeln leżącym wtedy w Prusach Wschodnich ogłoszono konkurs na fontannę.

Naszkicował kuter rozbijający się o skały. Dygocą silniki, błyszczą reflektory, marynarze walczą z żywiołem, tną palce na ostrych krawędziach głazów, wpadają w spienione fale, wynurzają się, by złapać powietrze, i giną w nurtach oceanu. A foki patrzą, syreny nucą pieśni, woda zaś płynie i płynie, i płynie. Komisji spodobała się makietka zrobiona w skali jeden do dziesięciu, członkowie docenili rozmach, wrażenie ruchu i serpentynę skłębionych ciał (nieco później Johannes Itten, Walter Gropius i Vladimir Tatlin upraszczając spiralę, dokonali przełomu w sztuce). Ktoś jednak zauważył, że to lekka przesada opiewać katastrofę niemieckich żeglarzy. Gomansky szybko wpadł na inny pomysł. Wyrzeźbił postacie znane z mitologii (Demeter z córką, Posejdona i Glaukosa oraz Heraklesa) i wytłumaczył, iż uosabiają one opolskie rolnictwo, żeglugę i przemysł wapienniczy.

Kore z czułością obejmuje matkę, jakby chciała ją przeprosić za to, że dała się skusić. Niektóre mity opowiadają, że ujrzała ona kwitnący hiacynt, zbliżyła się, powąchała, a wtenczas otworzyła się ziemia i pochłonęła ją czeluść. Wpadła prosto do Hadesu, ale o dziwo powitała go z zachwytem. Bowiem bóg państwa cieni, wymyślając kwiat ciemności, tworząc kwiat zagłady, ukrył w jego płatkach nasycenie. Zwabił dziewczynę obietnicą spełnienia (prawdziwe spełnienie nosi w sobie pierwiastek śmierci). Kore wyszłaby wolna na ziemię, bo zrozpaczona Demeter wybłagała uwolnienie, jednak w ostatniej chwili Hades znów użył sztuczki. Podał jej jedno ziarenko granatu. Co ją skłoniło do połknięcia? Przecież nie głód, raczej pragnienie po-

znania głębi, chęć osiągnięcia prawdziwego mroku, zanurzenia się w nurcie Styksu, gdzie płynąją czołna z widmami, gdzie podążają do drugiego brzegu łodzie pełne cieni umarłych. Połykając maleńkie ziarenko, uznała swoją przynależność do podziemi, otrzymała niepowtarzalny los, zamieszkała żywa wśród umarłych.

A Posejdon siedzi sobie nagi (jeśli nie liczyć lnianego kapelusza) na szerokiej półce skalnej. Na kolanach położył mu się młodzieniec – on również jest w stroju adamowym, spięty jedynie paskiem. Co to wszystko ma znaczyć? Glaukos mieszkał w małej wiosce rybackiej. Łapał kroczące bokiem kraby, łowił tuńczyki, zbierał korale, muszle, homary i sprzedawał na targu. Przychodziła tam Scylla, która szukała dojrzałych granatów. Musiała mieć słabość do Hadesa, bo robiła to, o co ją tylko poprosił: dzieliła owoce na ćwiartki, kosztowała ziarenka, przebierała, droczyła się z przekupkami, a potem szukała pojednania. Chyba przypadkiem potrafiła chłopca z kramu rybnego. On zaraz się w niej zadurzył. Ale chłodne serce nimfy pozostało zamknięte dla rybaka (gdyby chociaż był królem czy wojownikiem – żaliła się czarodziejce Kirke).

Postanowił rzucić się w morze, lecz fale wyniosły go na kamienie, gdzie odpoczywał Posejdon. Miał on akurat dobry nastrój, wysłuchał spowiedzi topielca i zasmucił się. – *Chcesz umrzeć z miłości?* – spytał. – *Skoro nie mogę opaść na dno jak morszczyn, przebiję się nożem* – odparł młodzian i dobył finkę wciśniętą za pasek. – *Naprawdę chcesz się zabić dla nimfy?* – nie dowierzał morski Dzeus, który cieszył się sławą amanta. – *Umrę dla Scylli* – szlochał chłopak. – *Zakochaj się w jakiejś syrenie albo wróżce.* – *Żyję na próżno!* – krzyczał rybak. – *Wypij, to cię trochę wzmocni* – rozkazał „Ziemiotrząsca” jak ojciec synowi, podał mu nektar i schował narzędzie zbrodni (prawa dłoń posągu zaciśnięta na rękojeści). Glaukos nie mógł przecież odmówić bogu, zanurzył usta... I stał się nieśmiertelny. Odtąd będzie już cierpieć bez końca.

Dlaczego smutny chłopiec i zdziwiony Posejdon uosabiają odrzańską żeglugę? Niezły figlarz z tego rzeźbiarza. Wyrył na cembrowinie patetyczną inskrypcję: „Obywatelska wierność z pilnością w parze odmładzającym źródłem dobrej niemieckiej duszy” (współczesny socjolog Ulrich Beck tłumaczył, że „*W Niemczech złożoność wypowiedzi służy za zasłonę dymną*”) i usprawiedliwił świat przedstawiony, świat skazany na zapomnienie. Bo Gomansky chyba rozumiał, że czasy kutrów, barek i flisaków wnet przeminą i lepiej nie liczyć na boską ambrozję.

Agnieszka KANIA

(skrótowa wersja tekstu ukazała się w „Gazecie Wyborczej”)





Za nami upojna Noc Sylwestrowa i pierwszy miesiąc Nowego Roku. Sporo się dzieje wokół nas – i to zarówno w polityce, jak i na naszym medycznym podwórku. Nic więc dziwnego, że w najnowszym numerze Biuletynu znajdziecie kilka tekstów o aktualnych wydarzeniach.

Poza tym zbliża się termin odnowienia ubezpieczenia OC, więc zamieszczam dwa materiały o ubezpieczeniach – właśnie o OC i dodatkowej propozycji przeznaczonych szczególnie dla tych z Was, którzy pracują na własny rachunek (choć nie tylko dla nich). Jest również informacja Z NFZ w sprawie nowych przepisów dotyczących wypisywania recept na leki refundowane – warto więc ją przeczytać!

Opolska Izba Gospodarcza rozdała po raz kolejny swoje Laury Umiejętności i Kompetencji, a wśród laureatów znalazł się także nasz Kolega – więc o nim słów kilka. Oczywiście zamieszczam kilka sprawozdań, kolejny odcinek historyczny autorstwa niezastąpionego prof. Kubiciego oraz pierwszy od dawna list do Redakcji traktujący o sposobie żegnania się odchodzącymi na emeryturę naszymi Koleżankami i Kolegami.

W części „ogólnopolskiej” – co zasygnalizowałem powyżej – zaczynam od spraw poważnych. Na pierwszy ogień idzie wywiad z Konstantym Radziwiłłem – nowym ministrem zdrowia, dalej sprawa „pogromu” z ostatniej sesji egzaminacyjnej, wprowadzonych od Nowego Roku Książeczek Zdrowia Dziecka i problem narastającej mowy nienawiści wobec lekarzy. Po raz kolejny wracam również do tematu kontaktów lekarzy z mediami.

Zamieszczam materiał o planowanych kontrolach Karbówki, chemii w naszej żywności i trudnych sprawach dzieci nieuleczalnie chorych. Oprócz tego – jak zawsze – ogłoszenia i nowości wydawnicze.

Mam nadzieję, że każdy znajdzie w tym numerze coś ciekawego dla siebie. Życząc więc miłej lektury, żegniam się do marca.

*Jerzy B. LACH*

## UWAGA DELEGACI!!!

### Kolejny Okręgowy Zjazd Lekarzy (budżetowy)

rozpocznie się

12 marca 2016 r. (sobota) o godz. 10.00  
w sali konferencyjnej Wojewódzkiego  
Centrum Medycznego w Opolu



*W związku z Karnawalem zamieszczam zdjęcie zbiorowe uczestników Karnawałowego Spotkania Medyków „U Joanny” w Ligocie k/Kluczborka*

*JBL*





### Koleżanki i Koledzy!

W połowie grudnia weszła w życie bardzo istotna zmiana, związana z wystawianiem refundowanych recept. Otóż osoby, które w rozumieniu ustawy „funduszowej” nie są świadczeniodawcami (czyli lekarze prywatnie praktykujący niemający kontraktu z NFZ), nie muszą podpisywać dodatkowej „umowy na recepty” po to by wystawiać recepty na leki refundowane. Innymi słowy pacjent, który jest ubezpieczony może mieć wystawioną refundowaną receptę również w praktyce lekarskiej, która nie ma podpisanej tej dodatkowej umowy. Jest tylko jedno ale. Mimo, że nie ma dodatkowej umowy, to ewentualne kary, które Fundusz może nakładać (czyli to, co wielu z nas, w tym mnie, odwiodło od podpisywania umowy) pozostały aktualne.

Ci z Was, którzy dotychczas tej umowy nie mieliście, a teraz chcielibyście skorzystać z prawa do wystawienia refundowanej recepty, musicie uzyskać w OOW NFZ zakresy numerów recept, na których trzeba będzie te refundowane leki wypisywać. Wewnątrz Biuletynu znajduje się materiał, który opisuje jak zaopatrzyć się w te numery.

## SZPALTA PREZESA

W Biuletynie jest też materiał związanych z ubezpieczeniami odpowiedzialności cywilnej, a także dodatkowymi ubezpieczeniami, które możliwe są do wykupienia. Zwracam uwagę na dwie rzeczy:

- zbieranie pieniędzy w lutym będzie się odbywało jak poprzednio; natomiast te osoby, które będą chciały wykupić ubezpieczenie odpowiedzialności cywilnej w trakcie roku polisowego (czyli już po 1 marca) będą mogły skorzystać z drogi internetowej, która w materiale jest opisana,
- od 1 kwietnia będzie możliwość wykupywania tzw. ubezpieczeń na życie, wśród których jest bardzo istotne ubezpieczenie dla kontraktowców (ubezpieczenie od braku możliwości zarobkowania z powodu choroby czy dłuższej niezdolności do pracy).

W najbliższym czasie będziemy chcieli uruchomić system powiadamiania Was o ważnych informacjach drogą sms-ów (np. „ważna informacja na stronie internetowej”). Dlatego bardzo proszę o przekazywanie do Biura Izby aktualnych numerów telefonów komórkowych.

Jerzy JAKUBISZYN

## CO SŁYCHAĆ W IZBIE

## POSIEDZENIE OKRĘGOWEJ RADY LEKARSKIEJ

W dniu 16 grudnia odbyło się ostatnie w 2015 r. posiedzenie Rady Okręgowej. Porządek jej obejmował następujące punkty:

### 1. Przyznanie praw wykonywania zawodu.

O wpis na listę członków OIL zwrócili się:

- lek. Anna Woźniak – przeniesienie z Dolnośląskiej Izby Lekarskiej;
- lek. Omar I. M. Daraghma – przeniesienie ze Śląskiej Izby Lekarskiej;
- lek. Marek Bogdanow – przeniesienie z Izby Lekarskiej w Krakowie.

Uchwały przyjęto jednogłośnie.

Lek. Jolanta Piwoda poinformowała Radę, że zamierza powrócić do wykonywania zawodu począwszy od 1 stycznia 2016 r., a w listopadzie 2015 r. minęło 5 lat przerwy, związanej z urlopami macierzyńskimi i wychowawczymi. Kol. Dryja przekazał, że nie można tu mówić o całkowitej przerwie w wykonywaniu zawodu, ponieważ jesienią 2015 r. dr Piwoda zdała egzamin spe-

cializacyjny z anestezjologii i intensywnej terapii. Po dyskusji ustalono, że nie ma podstaw do kierowania dr Piwody na przeszkolenie, natomiast zalecono, by zainteresowana odbyła rozmowę z zespołem w składzie kol. kol. Jakubiszyn i Dryja, dotyczącą zmian w przepisach prawa medycznego, jakie nastąpiły w tym okresie.



### 2. Rejestracja podmiotów prowadzących szkolenie podyplomowe lekarzy.

Rozpatrywano sprawę firmy EMERGENCY TEAM, która planuje przeprowadzić w dn. 18 grudnia 2015 r. w Opolu szkolenie dla lekarzy pt.: „Resuscytacja krążeniowo-oddechowa”. Według kol. Dryji – konsultanta wojewódzkiego z zakresu medycyny ratunkowej, firma ta nie spełnia wymogów merytorycznych do przeprowadzenia takiego kursu. Wykładowca nie ma uprawnień instruktora z zakresu ALS (a jest to w programie kursu),

ponadto czas przewidziany na kurs jest zbyt krótki, aby w sposób właściwy zrealizować cele kursu. W związku z powyższym jednogłośnie postanowiono odmówić wpisu do rejestru podmiotów szkolących.

Następnie Prezes przedstawił pismo Ordynatora Oddziału Chirurgii Dziecięcej WCM Opole, dr Noparlika, z prośbą o dofinansowanie organizowanego w przyszłym roku Jubileuszu 60-lecia Oddziału. Przy 2 głosach wstrzymujących się postanowiono wyasygnować kwotę 2 tys. zł.

### **3. Zmiany w rejestrze indywidualnych praktyk lekarskich.**

Brak wniosków.

### **4. Przyznanie świadczeń z Funduszu Samopomocy i dofinansowanie udziału w imprezach sportowych.**

Prezes powrócił do tematu Super-Seniorów. Przypomniał zmianę, jaka na poprzednim posiedzeniu Rady została wprowadzona do uchwały w sprawie Funduszu Samopomocy. Poinformował, że na terenie naszej Izby mamy aktualnie 16 lekarzy, którzy ukończyli 90 rok życia. Wszyscy oni zostaną uhonorowani specjalnym dyplomem i otrzymają 1000 zł.

Jednocześnie przy 2 głosach wstrzymujących się dofinansowano udział w XIII Igrzyskach Lekarskich w Zakopanem jednej osoby.

### **5. Wyznaczenie przedstawicieli OIL do komisji konkursowych.**

Dyrektor Wojewódzkiego Specjalistycznego Zespołu Neuropsychiatrycznego w Opolu zwrócił się do Rady z prośbą o wytypowanie przedstawicieli do komisji konkursowej na stanowisko ordynatora Oddziału Psychiatrii Dzieci i Młodzieży oraz Oddziału Dziennego Rehabilitacji Psychiatrycznej. Postanowiono wytypować przedstawicieli na stycziowej Radzie.

### **6. Podjęcie uchwał w sprawie zmiany wysokości składki członkowskiej.**

O zwolnienie z opłacania składek z powodu nieosiągnięcia przychodu wystąpiły dwie osoby. Uchwały w tej sprawie przyjęto jednogłośnie.

### **7. Informacja Przewodniczącego Zespołu ds. remontu siedziby OIL.**

Kol. Kowarzyk omówił bieżące sprawy dotyczące remontu siedziby OIL. Po spotkaniu wykonawców z projektantem nie nastąpiła zmiana wyceny kosztów remontu – na co wszyscy liczyli, ponieważ jego przewidywany dotychczasowo koszt przekracza możliwości finansowe Izby. Izba byłaby zmuszona do zaciągnięcia kredytu w wys. 4 mln zł. na 25 lat, gdzie miesięczna rata wyniesie 20 tys. zł. W związku z tym zaczęto zastanawiać się na innych możliwościach, tzn. zawężenia robót, bez pogłębiania piwnicy i tym samym bez budowy dużej sali

konferencyjnej, co da oszczędność ok. 1-1,5 mln zł. Drugą propozycją była sprzedaż budynku obecnej siedziby Izby i kupno innego w centrum miasta, bądź budowa nowego poza miastem. Po bardzo burzliwej dyskusji postanowiono spotkać się 13 stycznia 2016 r. na dodatkowej Radzie poświęconej tylko tej sprawie. Do tego czasu, Prezes zobowiązał każdego członka Rady do przemyślenia tego problemu i zaproponowanie możliwych źródeł finansowania, np. w Urzędzie Miasta Opola czy instytucjach pozarządowych.

### **8. Ustalenie harmonogramu posiedzeń Prezydium i Rady w 2016 roku oraz daty zjazdu budżetowego.**

Prezes przedstawił następujące terminy posiedzeń w I połowie 2016 r.:

Prezydium spotka się: 20.01, 10.02, 9.03, 13.04, 11.05, 15.06,

Rada spotka się: 13.01, 27.01, 17.02, 16.03, 20.04, 18.05 i 22.06.

Zjazd budżetowy odbędzie się 12 marca 2016 r. o godz. 10.00. Za tym terminem głosowało 10 osób (drugim proponowanym terminem był 19 marca).

### **9. Sprawozdanie z posiedzenia Naczelnej Rady Lekarskiej w dniu 4 grudnia 2015 r.**

Prezes oraz kol. Lach uczestniczyli w posiedzeniu NRL, na którym gościł Minister Zdrowia Konstanty Radziwiłł. Minister ustosunkował się do licznych postulatów przekazanych przez Izbę, zapowiadając m. in. przywrócenie stażu podyplomowego lekarza i lekarza dentysty, wycofanie karty DILO, zniesienie limitów w zbieraniu punktów edukacyjnych, centralny rozdział rezydentur wg wyniku LEP-u i L-DEP-u, wyłączenie leczenia psychiatrycznego z finansowania przez NFZ. Obiecał także rozwiązanie sprawy zwrotu kosztów, ponoszonych przez izby na czynności przejęte od administracji.

Kol. Jakubiszyn przekazał także, że Kapituła Odznaczenia „Meritus Pro Medici”, która miała swoje posiedzenie w przeddzień NRL, przyznała to odznaczenie kol. Jackowi Miarce.

### **10. Sprawozdanie członków Rady z działalności pomiędzy posiedzeniami.**

Kol. Wojtyłko poinformował o stworzeniu mapy potrzeb zdrowotnych dla naszego województwa z zakresu onkologii.

Kol. Martyniszyn opowiedział o opłatkowym spotkaniu seniorów Delegatury Kluczborskiej.

### **11. Sprawy różne i wolne wnioski.**

Kol. Kowarzyk poinformował o uruchomieniu nowej strony internetowej naszej Izby.

Wobec wyczerpania programu spotkania na tym posiedzenie zakończono.

*Sekretarz ORL  
Lek. dent Barbara HAMRYSZAK  
Prezes ORL  
Dr n. med. Jerzy JAKUBISZYN*

# OSTATNIE W 2015 R. POSIEDZENIE KOMISJI STOMATOLOGICZNEJ OIL W OPOLU

W dniu 14 grudnia 2015 r. w siedzibie OIL w Opolu odbyło się ostatnie w tym roku posiedzenie KS OIL. Przewodnicząca dr J. Smerkowska-Mokrzycka powitała zebranych i przystąpiła do omawiania bieżących informacji.

1. Przewodnicząca przekazała zebranych informacje z wyjazdowego posiedzenia KS NRL z 28 listopada 2015 r.:
- poruszano sprawę zmian legislacyjnych dotyczących Prawa atomowego i jego zastosowania w gabinetach stomatologicznych. Osoby biorące udział w pracach nad zmianami deklarują współpracę w tym temacie.
- 12 listopada 2015 r. Minister Zdrowia prof. M. Zębała podpisał rozporządzenie w sprawie warunków bezpiecznego stosowania promieniowania jonizującego dla wszystkich rodzajów ekspozycji medycznej (dla stomatologów ważny jest załącznik nr 6),
- KS NRL wystosowała Apel nr 1/15/VII do NRL o podjęcie działań w sprawie nowelizacji przepisów ustawy – Prawo atomowe. Kluczowe znaczenie dla stomatologów mają następujące zagadnienia: funkcja inspektora ochrony radiologicznej, systemu zarządzania jakością, szkolenia z zakresu ochrony radiologicznej pacjenta dla lekarzy dentystów.
- KS NRL przyjęła Stanowisko nr 6 w sprawie możliwości zatrudnienia lekarza/lekarza dentysty w praktyce lekarskiej i lekarsko-dentystycznej. KS wnioskuje do NRL o ponowne podjęcie działań zmierzających do zmiany przepisów prawa w kierunku umożliwienia lekarzom/lekarzom dentystom nieograniczone zatrudnianie lekarzy/lekarzy dentystów w indywidualnych, specjalistycznych, grupowych praktykach lekarskich, dentystycznych i lekarsko-dentystycznych.
- dr A. Marczyk-Felba, Przewodnicząca Zespołu ds kształcenia lekarzy dentystów, przedstawiła sprawozdanie ze spotkania w dniu 15 października 2015 r., w którym przedstawiła potrzebę zmiany programów specjalizacyjnych, ujęciu w kosztach rezydentury także kosztu pracy własnej lekarza dentysty szkolącego rezydenta, uniezależnienie wykonywania specjalizacji od kontraktów z NFZ. KS NRL wystosowała w tej sprawie Apel nr 2/15/VII do NRL o podjęcie działań w sprawie zmian w systemie szkolenia podyplomowego w specjalizacjach lekarsko-dentystycznych.
- Kolejny Apel nr 3/15/VII wystosowany do NRL dotyczył wyłączenia usług stomatologicznych z obowiązku prowadzenia list oczekujących.
- Apel nr 4/15/VII dotyczył zgłoszenia w Radzie NFZ postulatu zmiany finansowania świadczeń z zakresu stomatologii. Polityka finansowa NFZ w zakresie

opieki stomatologicznej nie pozwala na zapewnienie koniecznych standardów i jakości świadczeń, zagrażając bezpieczeństwu zdrowotnemu pacjentów.

- Apel nr 5/15/VII o wystąpienie do MZ ze sprzeciwem w sprawie planu finansowego NFZ na rok 2016 w części wydatków na świadczenia opieki zdrowotnej z zakresu leczenia stomatologicznego. Plan finansowy NFZ na rok 2016 dotyczący stomatologii wynosi o 10 mln zł mniej niż w roku 2015, co stanowi tylko 2,56% całościowego budżetu NFZ.
  - Apel nr 6/15/VII do Prezydium NRL oraz do NRL w sprawie poszanowania odrębności zawodu lekarza dentysty we wspólnym samorządzie zawodowym.
2. Na posiedzeniu NRL z dnia 4 grudnia 2015 r. przyjęto apel do MZ w sprawie kierunków zmian opieki zdrowotnej, zasad wykonywania zawodu lekarza i lekarza dentysty oraz kształcenia przed i podyplomowego w tych zawodach. NRL deklaruje gotowość udziału samorządu lekarskiego w merytorycznej dyskusji nad kształtem przyszłych przepisów oraz we wszelkich pracach nad zgłoszonymi postulatami.
  3. Kalendarium przedsiębiorcy będzie zamieszczone w Gazecie Lekarskiej – na razie jest dostępne na stronie internetowej Gdańskiej Izby Lekarskiej.
  4. Przewodnicząca dr J. Smerkowska-Mokrzycka odczytała opinię prawną mec. Anny Krauze dotyczącą szkoleń prowadzonych przez Centrum Ewidencji Dokumentacji Medycznej. Wg tej opinii nie istnieje żaden przepis powszechnie obowiązującego prawa, ani też żadne wytyczne nie nakazują odbywania szkoleń w zakresie zranień i zakłuć. Szkolenia te dotyczą wyłącznie pracowników danego lekarza. Brak jest też wzmianki o działalności w/w firmy w Centralnej Ewidencji o Działalności i Informacji Gospodarczej oraz w Krajowym Rejestrze Sądowym.

Kolejne posiedzenie Komisji Stomatologicznej OIL w Opolu odbędzie się 18 stycznia 2016 r. W lutym posiedzenia nie będzie, a na 12 marca 2016 r. planowany jest Okręgowy Zjazd Budżetowy.

Na zakończenie posiedzenia, Przewodnicząca KS złożyła wszystkim członkom Komisji najserdeczniejsze życzenia świąteczne spokojnych, radosnych spotkań z bliskimi podczas nadchodzących Świąt Bożego Narodzenia, a w Nowym Roku szczęścia i zaprosiła na świąteczny opłatkowy posiłek

*Sekretarz KS*

*Lek. stom. Anna ADAMSKA*

*Przewodnicząca KS*

*Lek. stom. Jolanta SMERKOWSKA-MOKRZYCKA*





# UBEZPIECZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI CYWILNEJ NA 2016 ROK

Koleżanki i Koledzy!

Zbliża się koniec lutego, a więc najwyższy czas, aby pomyśleć o ubezpieczeniach odpowiedzialności cywilnej.

Na początku przypomnienie pewnych ogólnych zasad. Obowiązująca od połowy 2011 r. ustawa o działalności leczniczej uporządkowała sprawę ubezpieczeń odpowiedzialności cywilnej lekarzy i lekarzy dentyków, wprowadzając **jedno** ubezpieczenie obowiązkowe. **Obowiązek ubezpieczenia spoczywa na każdym lekarzu czy lekarzu dentyście, który wykonuje zawód w formie praktyki lekarskiej (dotyczy to każdego rodzaju praktyki – stacjonarnej, na wezwanie, kontraktu).** Inaczej mówiąc nie musi zawierać takiego ubezpieczenia lekarz (lekarz dentysta), który pracuje tylko i wyłącznie w oparciu o kodeksową umowę o pracę.

Rozporządzenie Ministra Finansów doprecyzowało zasady tego ubezpieczenia. Obejmuje ono wszystkie szkody, jakie mogą być wyrządzone w czasie udzielania świadczeń zdrowotnych albo powstałe wskutek zaniechania udzielenia takich świadczeń. **Jest wyłączenie**, które związane jest z zabiegami chirurgii plastycznej i zabiegami kosmetycznymi – otóż ochrona ubezpieczenia odnosi się wyłącznie do zabiegów wykonywanych w przypadku wad wrodzonych oraz następstw urazów czy chorób. Ubezpieczenie nie pokrywa szkód, będących następstwem zabiegów estetycznych. Rozporządzenie wprowadziło minimalną sumę gwarancyjną dla tego ubezpie-

czenia – w przypadku lekarza (lekarza dentystry) wynosi ona 75.000 euro na 1 zdarzenie i 350.000 euro na wszystkie zdarzenia w okresie ubezpieczenia.

Jeżeli lekarz ma kilka specjalizacji, ubezpiecza się zgodnie z tą, którą wykonuje.

Jeżeli lekarz wykonuje kilka specjalizacji, ubezpiecza się zgodnie z tą, która ma wyższą składkę.

W dalszym ciągu istnieje możliwość bardzo korzystnego ubezpieczenia pakietowego (**połączenie ubezpieczenia obowiązkowego z dobrowolnym**) – tzw. **klauzulą nadwyżkową**.

Pozwala to nie tylko podwyższyć sumę gwarancyjną ubezpieczenia, ale objąć ubezpieczeniem sytuacje czy zdarzenia, których nie zawiera ubezpieczenie obowiązkowe:

- udzielanie I pomocy (także w sytuacji, w której lekarz, ratując czyjeś życie, udzielał jej po spożyciu alkoholu),
- udzielanie świadczeń medycznych okazjonalnych (niezbędnej pomocy medycznej – nie dotyczy stałej pracy) poza terenem Polski – np. podczas wyjazdu wypoczynkowego,
- koszty ekspertów, biegłych, zastępstwa prawnego – poniesionych za zgodą PZU S.A. lub zasądzonych,
- niezbędne koszty sądowej obrony przed roszczeniami, niezbędne koszty sądowej obrony w postępowaniu karnym poniesione za zgodą PZU S.A. lub zasądzone,

Ubezpieczenie obowiązkowe proponowane członkom Opolskiej Izby Lekarskiej przez PZU uwzględnia podział na trzy grupy specjalności (**składki są takie same, jak w ubiegłym roku**):

Grupa I (składka 444 zł)	Grupa II (składka 192 zł)	Grupa III (składka 104 zł)
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Anestezjologia i intensywna terapia</li> <li>• Chirurgia ogólna</li> <li>• Chirurgia dziecięca</li> <li>• Chirurgia naczyniowa</li> <li>• Chirurgia onkologiczna</li> <li>• Chirurgia plastyczna</li> <li>• Torakochirurgia</li> <li>• Kardiochirurgia</li> <li>• Neurochirurgia</li> <li>• Chirurgia szczękowo-twarzowa</li> <li>• Chirurgia stomatologiczna</li> <li>• Urologia</li> <li>• Urologia dziecięca</li> <li>• Ortopedia i traumatologia</li> <li>• Ginekologia i położnictwo</li> <li>• Ginekologia onkologiczna</li> <li>• Medycyna ratunkowa</li> <li>• Neonatologia</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Medycyna sportowa</li> <li>• Radioterapia</li> <li>• Wszystkie pozostałe specjalności stomatologiczne</li> </ul>	<p>Wszystkie pozostałe specjalności</p> <p><b>Uwaga:</b> Jeżeli lekarz z III grupy wykonuje jakieś zabiegi chirurgiczne, endoskopowe, z zakresu radiologii interwencyjnej czy inne wymagające pisemnej zgody – musi się ubezpieczyć jak w grupie II.</p>

- koszty postępowań sądowych, w tym mediacji lub postępowania pojednawczego poniesione za zgodą PZU S.A. lub zasądzone,
- koszty poniesione na minimalizowanie wyrządzonej szkody,
- odpowiedzialność cywilna za szkody wyrządzone osobom trzecim w wynajmowanym pomieszczeniu praktyki (do kwoty 50.000 zł),
- odpowiedzialność cywilna za szkody wyrządzone osobom trzecim w wynajmowanym sprzęcie (do kwoty 50.000 zł),
- szkody rzeczowe wyrządzone w mieniu pacjenta w związku z udzielaniem świadczeń zdrowotnych (do kwoty 50.000 zł),
- w ramach ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej lekarza, PZU S.A. dla każdego Ubezpieczonego, organizuje i pokrywa koszty usługi Asysty Prawnej (usługa assistance).

**Nr telefonu Centrum Alarmowego dla Asysty Prawnej: 22/505-16-04.**

Usługa asysty prawnej polega na:

- udzielaniu telefonicznie lub udzielaniu w formie elektronicznej konsultacji prawnych,
- przesyłaniu w formie elektronicznej wzorów umów i wzorów pism należących do powszechnego obrotu prawnego,
- przesyłaniu w formie elektronicznej tekstów obowiązujących lub archiwalnych (obowiązujących na dany dzień) aktów prawnych prawa polskiego,
- informacje o obowiązujących procedurach sądowych i kosztach prowadzenia sporów prawnych oraz dochodzenia lub ochrony swoich praw,
- przesłanie danych teleadresowych instytucji (sąd, prokuratura, kancelarie prawne).

Od roku ubiegłego ubezpieczenie dodatkowo rozszerzono o następujące elementy:

- ubezpieczenie od innych zdarzeń odpowiedzialności cywilnej, związanych z miejscem wykonywania praktyki, ale nie związanych z udzielaniem świadczeń (np. zalanie sąsiada wskutek awarii w gabinecie, uderzenie przedmiotem spadającym z okna gabinetu czy dachówką spadającą z dachu domu lub poślizgnięcie się pacjenta na mokrej posadzce w pomieszczeniu, w którym jest gabinet itp.) do kwoty 50.000 zł,
- **uwzględnienie w składce podstawowej zabiegów estetycznych i kosmetycznych,**
- **ochrona prawna do kwoty 50.000 zł.** Ubezpieczenie ochrony prawnej ma na celu zagwarantować lekarzowi bezwarunkowe pokrycie kosztów ochrony prawnej w przypadku wystąpienia do lekarza z roszczeniem odszkodowawczym przez poszkodowanego pacjenta, NFZ, czyli: koszty wynajęcia adwokata, radcy prawnego, który odpisze na pozew, będzie reprezentował go w Sądzie, koszty powołania biegłych. Koszty te pokrywane są do 50.000 zł w granicach wynagro-

żenia określonego przez rozporządzenie Ministra Sprawiedliwości, który wyznaczył minimalne należne wynagrodzenie adwokatom, radcom prawnym. Do tej pory były one również pokrywane w OC jednakże dopiero po wyrażeniu zgody przez PZU S.A. W tej chwili dzięki wynegocjowaniu dodatku z TU Inter Risk S.A. lekarz ma gwarancję pokrycia kosztów uczestnictwa procesowego, prawnego po zgłoszeniu takiego wniosku.

A oto warianty tego ubezpieczenia pakietowego (**składki, jak w roku ubiegłym**):

Kwota, o którą zwiększa się suma gwarancyjna	Grupa I specjalności – składka łączna	Grupa II – składka łączna	Grupa III – składka łączna
300.000,00 zł	699,00 zł	334,00 zł	200,00 zł
400.000,00 zł	731,00 zł	344,00 zł	208,00 zł
700.000,00 zł	757,00 zł	354,00 zł	216,00 zł
1.300.000,00 zł	933,00 zł	432,00 zł	263,00 zł
2.500.000,00 zł	1.752,00 zł	763,00 zł	473,00 zł

Kwotę ubezpieczenia się od innych zdarzeń, związanych z miejscem wykonywania praktyki, ale niezwiązanych z udzielaniem świadczeń można podwyższyć do 100.000 zł (dopłata 20 zł) lub 200.000 zł (dopłata 56 zł) – w składce jak już wspomniano jest kwota 50.000 zł.

Lekarz / lekarz dentysta niewykonujący praktyki lekarskiej i niepodlegający ubezpieczeniu obowiązkowemu może skorzystać z ubezpieczenia dobrowolnego. Daje ono ochronę przy udzielaniu I pomocy (nawet pod wpływem alkoholu w sytuacjach ratujących życie) oraz pokrywa szkody rzeczowe wyrządzone pacjentowi przy udzielaniu tej I pomocy. Daje również ochronę w innych sytuacjach udzielania świadczeń zdrowotnych, niezwiązanych z pracą etatową i niewymagających założenia prywatnej praktyki.

A oto warianty tego ubezpieczenia (**i tutaj również składki są takie same, jak w roku ubiegłym**):

Suma gwarancyjna	Grupa I – składka	Grupa II – składka	Grupa III – składka
200.000 zł	291,00 zł	145,00 zł	73,00 zł
300.000 zł	330,00 zł	159,00 zł	83,00 zł
400.000 zł	340,00 zł	170,00 zł	90,00 zł
700.000 zł	392,00 zł	187,00 zł	97,00 zł
1.300.000 zł	509,00 zł	233,00 zł	125,00 zł
2.500.000 zł	984,00 zł	426,00 zł	248,00 zł

Każdy, kto wykupi jeden z wariantów ubezpieczenia OC (niezależnie czy tylko obowiązkowe, czy tylko dobrowolne, czy pakietowe) może za dodatkową składkę



zawrzeć ubezpieczenie NNW, rozszerzone dodatkowo o zarażenie się wirusami WZW lub HIV.

Ubezpieczenie to obejmuje zarówno świadczenie jednorazowe z tytułu samego zakażenia, jak i koszty leczenia. A oto, jakie są warianty tego dodatkowego ubezpieczenia (wszystkie kwoty podane są w złotych):

NNW	10.000	10.000	10.000	10.000	10.000	10.000	20.000	50.000
Wypłata 1-razowa z tytułu WZW	10.000	10.000	10.000	20.000	50.000	100.000	100.000	100.000
Wypłata 1-razowa z tytułu HIV	10.000	10.000	10.000	20.000	50.000	100.000	100.000	100.000
Koszty leczenia	3.000	5.000	10.000	10.000	10.000	10.000	10.000	10.000
Składka	86	110	170	180	210	259	299	417

Na koniec informuję o możliwości korzystania **od 1 marca 2016 r.** ze strony internetowej naszego partnera, brokera ubezpieczeniowego PWS Konstanta S.A. Będzie to na pewno przydatne narzędzie w zakresie informacji o funkcjonujących produktach dla lekarzy, nowych rozwiązaniach ubezpieczeniowych oraz baza danych za-

wierająca posiadane polisy ubezpieczeniowe. Wszystkie niezbędne informacje, znajdziecie na stronie: **www.polisagrupowa.pl**

Osoby, które będą chciały przystąpić do ubezpieczenia po 1 marca 2016 r., będą mogły zrobić to korzystając z aplikacji, dostępnej na tej stronie.

Przypominamy, iż do ubezpieczenia mogą przystąpić wyłącznie lekarze i lekarze dentyści, będący członkami Opolskiej Izby Lekarskiej.

Składki zbierane będą (jak w latach poprzednich) i muszą dotrzeć do biura Izby w okresie od **10 lutego do 22 lutego**.

*Jerzy JAKUBISZYN*

## UBEZPIECZENIA UTRATY DOCHODÓW NA SKUTEK CHOROBY LUB WYPADKU WRAZ Z UBEZPIECZENIEM GRUPOWYM NA ŻYCIE

PROGRAM ZOSTANIE URUCHOMIONY OD 1 KWIETNIA 2016 r.

W trosce o zapewnienie stabilności finansowej lekarza i jego najbliższych Opolska Izba Lekarska w porozumieniu z brokerem PWS Konstanta S.A. wynegocjowała program ubezpieczenia grupowego, który ma na celu zapewnienie comiesięcznej wypłaty świadczenia ryczałtowego w przypadku wystąpienia choroby lub wypadku powodującego niezdolność do pracy przez okres 330 dni, czyli dłuższym niż wypłata świadczenia gwarantowana przez ZUS. Świadczenie miesięczne płatne za każdy dzień niezdolności płatne jest, jeżeli niezdolność do pracy trwa powyżej 33 dni.

W sytuacji nieszczęścia spowodowanego wystąpieniem choroby, wypadku lekarz narażony jest na znaczące obniżenie standardu swojego życia oraz rodziny. Szczególnie w dzisiejszych czasach, gdy wielu z nas decyduje się na wykonywanie pracy w ramach kontraktu, umów cywilnoprawnych lub świadcząc usługi tylko w ramach swojej prywatnej praktyki decyduje się na podjęcie ryzyka związanego z wyższym uposażeniem finansowym jednocześnie ponosząc duże ryzyko, że w przypadku nie- możliwości wykonywania zawodu straci:

- płynność finansową,
- możliwość spłaty zobowiązań wynikających z zaciągniętych kredytów, spłat rat leasingowych etc.

- wsparcia swoich dzieci w studiach, nauce, zapewnieniu dodatkowych zajęć związanych z rozwojem swojej pociechy

### **Któż z nas nie obawia się powyższego?**

Po latach doświadczeń udało nam się przekonać, że ubezpieczenie spełnia swoją rolę, a także doprowadzić do znaczącego podwyższenia świadczeń. Poniżej zawar- to podstawowe informacje na temat programu – zaleta- mi – niedostępnymi gdzie indziej jest:

- **umożliwienie wypłaty miesięcznego wynagrodze- nia w wysokości 11.000 zł lub 6.100 zł lub 3.000 zł miesięcznie!** (w zależności od wybranego wariantu) – UWAGA ŚWIADCZENIE NIEZALEŻNE OD WYSOKOŚCI OSIĄGANEGO DOCHODU – WY- PŁATA RYCZAŁTOWA. Wypłata przeliczana jest za każdy dzień niezdolności.
- dodatkowe świadczenia za uszczerbek na zdrowiu w wyniku wypadku – **1.000 zł za 1% uszczerbku!**
- jednorazowe (niezależne od utraty dochodów) świad- czenie w wysokości **10.000 zł** z tytułu poważnego zachorowania – np. nowotwór złośliwy, zawał ser- ca, udar mózgu
- ubezpieczenie na życie – zgon naturalny – ochrona – **100.000 zł**

- ubezpieczenie na wypadek zgonu w wyniku nieszczęśliwego wypadku w wysokości **200.000 zł**
- ubezpieczenie na wypadek zgonu w wyniku wypadku komunikacyjnego **250.000 zł**
- inne dodatkowe świadczenia (niezależne od utraty dochodów) w tym: dzienne świadczenie za pobyt w szpitalu, urodzenie dziecka, zgon rodzica i teścia, zgon współmałżonka, jednorazowe świadczenie z tytułu operacji chirurgicznych, poważne zachorowanie małżonka. W sumie ponad 30 różnych świadczeń – pełna oferta dostępna na medochrona oraz w Biuletynie.

## UBEZPIECZENIE UTRATY DOCHODÓW NA SKUTEK CZASOWEJ NIEZDOŁOŚCI DO PRACY SPOWODOWANEJ CHOROBA BĄDŹ WYPADKIEM

### 1. Kto może przystąpić do ubezpieczenia?

Lekarz, lekarz dentysta, który nie ukończył 65 roku życia. W przypadku wykupienia ubezpieczenia, jeżeli lekarz przekroczy powyższy wiek ochrona będzie udzielana do końca trwania polisy, jednakże w kolejnym roku utraci on możliwość wypłaty świadczenia. Osoby, które w dniu składania wniosku o przystąpienie nie przebywają na zwolnieniu lekarskim.

### 2. Kiedy i na jakich warunkach następuje wypłata odszkodowania?

Ubezpieczenie pokrywa zryczałtowane stałe wynagrodzenie miesięczne w wysokości przewidzianej zgodnie z wariantem ubezpieczenia (**10.900 zł/6.100 zł/3.000 zł**) w przypadku, gdy lekarz przebywa na zwolnieniu lekarskim powyżej 33 dni.

Maksymalnym okresem, w którym Ubezpieczyciel będzie zobowiązany do wypłaty odszkodowania jest 330 dni, czyli przez okres 11 miesięcy niezdolności. Wypłata odszkodowania przysługuje za każdy dzień niezdolności powyżej 33 dni i wynosi **364 zł/206 zł/100 zł** za każdy dzień niezdolności.

**Przykład 1:** Lekarz ulega wypadkowi – posiada zwolnienie lekarskie 63 dni – okres niezdolności zaliczony do wypłaty świadczenia wynosi 30 dni (63 dni niezdolności – 33 za które ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności). Lekarz otrzyma w zależności od wariantu **10.920 zł/6.180 zł/3.000 zł**.

**Przykład 2:** Lekarz zachoruje na nowotwór – okres leczenia i niezdolności wynosi 400 dni – lekarz otrzyma maksymalne świadczenie za 330 dni niezdolności, czyli **120.000,00 zł/68.000 zł/33.000 zł**.

### 3. Dodatkowe informacje:

W odróżnieniu od ofert rynkowych ubezpieczenie UTRATY DOCHODÓW jest należne nawet w przypadku, gdy choroba została zdiagnozowana przed przystąpieniem do ubezpieczenia (do kwietnia 2016 r.) wyjątek stanowią choroby psychiczne, czy też dyskopatia i choro-

by zwyrodnieniowo-przeciążeniowe kręgosłupa, a także wady wrodzone (katalog wyłączeń w klauzuli).

Ubezpieczenie nie obejmuje chorób i wypadków powstałych w związku z uprawianiem sportów ekstremalnych (ich lista zamieszczona jest w warunkach ubezpieczenia – klauzuli).

Natomiast poza wyżej wymienionymi (choroby psychiczne, dyskopatia i choroby zwyrodnieniowo-przeciążeniowe kręgosłupa, a także wady wrodzone) inne choroby powodujące niezdolność do pracy powyżej 33 dni będą podstawą do wypłacenia świadczenia z tytułu nieosiągania dochodów przez okres od 34 dnia choroby do 330 dni.

Wyjątkowość oferty, to także możliwość otrzymania dodatkowych świadczeń zawartych poniżej w tabeli informacyjnej wyróżnikiem, na który zwracamy uwagę to:

- **100.000 zł** – ubezpieczenie następstw nieszczęśliwych wypadków oraz zawału i udaru mózgu – oznaczające, że w przypadku wypadku lekarz za każdy 1% uszczerbku na zdrowiu otrzyma 1.000 zł odszkodowania
- **10.000 zł** – świadczenie na wypadek poważnego zachorowania (anemia aplastyczna, guz wewnątrzczaszkowy, leczenie operacyjne choroby wieńcowej – by-pass, **niewydolność nerek, nowotwór złośliwy, oparzenia**, operacja aorty, operacja zastawek serca, przeszczep dużych narządów, **udar mózgu**, utrata wzroku, zakażenie wirusem HIV, **zawał serca, przewlekłe wirusowe zapalenie wątroby**) – wypłata jednorazowa
- **od 4.000 zł – 2.000 zł** świadczenie z tytułu operacji – w przypadku leczenia operacyjnego wskazanego w katalogu operacji chirurgicznych (433 nazwane operacje) należne będzie jednorazowe świadczenie w wysokości od 4.000 zł do 2.000 zł – w zależności od operacji – Uwaga! Prawo do świadczenia nie przysługuje w związku z operacją chirurgiczną, na którą skierowanie zostało wystawione przed datą rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej
- **od 300 do 150 zł** – dzienne świadczenie za pobyt w szpitalu do 14 dni – w przypadku przebywania ubezpieczonego w szpitalu powyżej 3 dni ubezpieczony otrzyma dodatkowe świadczenie pieniężne uzależnione od przyczyny hospitalizacji
- **od 125 zł do 100 zł** – dzienne świadczenie za pobyt w szpitalu powyżej 14 dni do 180 dni – w przypadku przebywania ubezpieczonego w szpitalu powyżej 14 dni do 180 dni ubezpieczony otrzyma dodatkowe świadczenie pieniężne uzależnione od przyczyny hospitalizacji

### Świadczenia dodatkowe

Oferty zawierają również dodatkowe **świadczenia charakterystyczne dla ubezpieczenia „pracowniczego”, przy czym ma znacząco wyższe sumy ubezpieczenia**. Poniżej zamieszczamy pełną ofertę ochronną.



**Przykład szkody wariant utraty dochodów 11.000 miesięcznie (120.000 zł rocznie):**

1. Lekarz ulega wypadkowi komunikacyjnemu, lub innemu wypadkowi w wyniku, którego doznaje uszczerbku na zdrowiu w wysokości 15% (otwarte złamanie), przebywa w szpitalu 30 dni, poddany jest zabiegowi operacyjnemu, czasowa niezdolność do pracy wynosi np. 183 dni, – jakie świadczenie otrzyma:

**Czasowa niezdolność do pracy – utrata dochodów** 183 dni – 33 dni – należne świadczenie za 150 dni: **54.600 zł** + z tytułu uszczerbku na zdrowiu: **15.000 zł** + z tytułu operacji chirurgicznych: **1.600 zł** + z tytułu leczenia szpitalnego do 14 dni: 3.500 zł (250 zł za każdy dzień) oraz 2.000 zł za pozostały okres do 30 dnia – **łącznie 5.500 zł**

**ŁĄCZNA WYSOKOŚĆ NALEŻNEGO ŚWIADCZENIA TO: 76.700,00 zł**

2. Lekarz przebywa zawał serca, dokonana jest przezskórna angioplastyka wieńcowa, lekarz pozostaje niezdolny do pracy 60 dni, uszczerbek na zdrowiu wynosi 15%, leczenie szpitalne 4 dni

**Czasowa niezdolność do pracy – utrata dochodów** lekarz otrzyma świadczenie (za 27 dni) **9.801 zł**

+ z tytułu uszczerbku na zdrowiu: **15.000 zł** + z tytułu poważnego zachorowania: **10.000 zł** + za leczenie operacyjne: **2.400 zł** + z tytułu leczenia szpitalnego: 600 zł

**ŁĄCZNA WYSOKOŚĆ NALEŻNEGO ŚWIADCZENIA TO: 37.801 zł**

3. Lekarz zachoruje na nowotwór złośliwy: czasowa niezdolność do pracy wynosi 440 dni, leczenie szpitalne 180 dni, konieczne operacje chirurgiczne, radioterapia:

**Czasowa niezdolność do pracy – utrata dochodów** lekarz otrzyma świadczenie – za 330 dni maksymalne świadczenie wyniesie **120.000 zł (świadczenie wypłacane co miesiąc 10.900 zł)**

+ z tytułu poważnego zachorowania: **10.000 zł** + Leczenie operacyjne: **4.000 zł** + Leczenie specjalistyczne (radioterapia) – **3.500 zł** + z tytułu leczenia szpitalnego: **1.680 zł** + **16.600 zł**

**ŁĄCZNA WYSOKOŚĆ NALEŻNEGO ŚWIADCZENIA TO: 155.780 zł**

4. Lekarz zachoruje na nowotwór złośliwy: czasowa niezdolność do pracy wynosi 265 dni, leczenie szpitalne 180 dni, konieczne operacje chirurgiczne, radioterapia. Pomimo podjętego leczenia następuje zgon naturalny.

**Czasowa niezdolność do pracy – utrata dochodów** lekarz otrzyma świadczenie – za 232 dni maksymalne świadczenie wyniesie **84.448 zł (świadczenie wypłacane co miesiąc od 10.920 zł do 11.284 zł w zależności od miesiąca)** + z tytułu poważnego zachorowania: **10.000 zł** + za leczenie operacyjne: **4.000 zł** + za leczenie specjalistyczne (radioterapia) – **3.500 zł** + z tytułu leczenia szpitalnego: **1.680 zł** + **16.600 zł** + zgon naturalny: **100.000 zł**.

**ŁĄCZNA WYSOKOŚĆ NALEŻNEGO ŚWIADCZENIA TO: 218.548 zł**

Dzięki temu, iż jest to oferta formy grupowej za stosunkowo niewielkie pieniądze będziecie Państwo posiadali ubezpieczenie życiowe i NNW z wysoką ochroną.

Przykładowo na rynku za samo ubezpieczenie życiowe osoba w przedziale wiekowym od 40 roku życia przy sumie 100.000 zł z ubezpieczeniem NNW zapłacić musi od 1.000 do 2.000 zł rocznie!!! Oferta dzięki kumulacji świadczeń w zależności od przyczyny zgonu pozwala zabezpieczyć rodzinę nawet do 300.000 zł!

Zachęcamy do zapoznania się z poniższą propozycją. W przykładach szkód powyżej podaliśmy, na czym polega kumulacja świadczeń. **Żadne z innych ubezpieczeń nie zapewnia tak kompleksowej ochrony zabezpieczającej finansowo lekarzy.**

Ubezpieczenie obejmuje dodatkowo:

1. Śmierć: ubezpieczonego, małżonka, partnera życiowego, rodzica, teścia, osierocenie dziecka
2. NNW w tym NNW na skutek udaru i zawału oraz powstanie urazu niepowodującego trwałego uszczerbku
3. Całkowitą niezdolność do pracy (odrębne odszkodowanie od utraty dochodów)
4. Poważne zachorowanie
5. Leczenie specjalistyczne
6. Operacje chirurgiczne
7. Urodzenie się dziecka
8. Utratę zdrowia dziecka
9. Pobyt w szpitalu

Rodzaj wariantu ochrony ubezpieczeniowej	SUPER KOMFORT	KOMFORT	STANDARD
<b>Czasowa niezdolność do pracy – UTRATA DOCHODÓW (choroba, wypadek)</b>	120.000 zł rocznie!	68.000,00 zł rocznie!	33.000 zł rocznie!
	11.000 zł ryczałt miesięczny!	6.100 zł ryczałt miesięczny!	3.000 zł ryczałt miesięczny!
Trwały uszczerbek na zdrowiu wskutek NW – za 1% uszczerbku	1.000,00 zł	1.000,00 zł	500,00 zł
Trwały uszczerbek na zdrowiu wskutek zawału serca lub udaru mózgu – za 1% uszczerbku	1.000,00 zł	1.000,00 zł	400,00 zł
Poważne zachorowania Ubezpieczonego (14 chorób – w tym zawał, udar, nowotwór złośliwy, WZW)	10.000,00 zł	10.000,00 zł	5.000,00 zł
Operacje chirurgiczne	do 4.000,00 zł	do 4.000,00 zł	do 4.000,00 zł
Pobyt w szpitalu – świadczenie za każdy dzień	od 100 do 300 zł	od 100 do 300 zł	od 75 do 250 zł
<b>UBEZPIECZENIE NA ŻYCIE !!! DO 300.000 ZŁ</b>			
Śmierć Ubezpieczonego	100.000,00 zł	100.000,00 zł	40.000,00 zł
Śmierć Ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku	200.000,00 zł	200.000,00 zł	100.000,00 zł
Śmierć Ubezpieczonego wskutek zawału serca i udaru mózgu	200.000,00 zł	200.000,00 zł	80.000,00 zł
Śmierć Ubezpieczonego wskutek wypadku komunikacyjnego	250.000,00 zł	250.000,00 zł	140.000,00 zł
Śmierć Ubezpieczonego wskutek wypadku przy pracy	250.000,00 zł	250.000,00 zł	140.000,00 zł
Śmierć Ubezpieczonego wskutek wypadku komunikacyjnego przy pracy	300.000,00 zł	300.000,00 zł	180.000,00 zł
<b>DODATKOWE ŚWIADCZENIE DLA LEKARZA</b>			
Niezdolność do pracy zarobkowej Ubezpieczonego (trwała)	10.000,00 zł	10.000,00 zł	8.000,00 zł
Uraz niepowodujący trwałego uszczerbku na zdrowiu Ubezpieczonego – 1% urazu	200,00 zł	200,00 zł	100,00 zł
Poważne zachorowanie Współmałżonka (13 chorób – w tym zawał, udar, nowotwór złośliwy)	7.500,00 zł	7.500,00 zł	4.000,00 zł
Urodzenie dziecka	1.500,00 zł	1.500,00 zł	1.200,00 zł
Poważne zachorowanie Dziecka (10 chorób w tym cukrzyca, nowotwór złośliwy)	5.000,00 zł	5.000,00 zł	5.000,00 zł
Leczenie specjalistyczne (chemioterapia, radioterapia, terapia interferonów, wszczepienie kardiokonwertera/defibrylatora; rozrusznika serca; ablacja)	3.500,00 zł	3.500,00 zł	2.000,00 zł
Operacje chirurgiczne (katalog 433 operacji):	4.000,00 zł	4.000,00 zł	4.000,00 zł
Kategoria A	4.000,00 zł	4.000,00 zł	4.000,00 zł
Kategoria B	3.200,00 zł	3.200,00 zł	3.200,00 zł
Kategoria C	2.400,00 zł	2.400,00 zł	2.400,00 zł
Kategoria D	1.600,00 zł	1.600,00 zł	1.600,00 zł
Kategoria E	800,00 zł	800,00 zł	800,00 zł
Otwarty katalog operacji (operacje niewymienione w katalogu operacji) – 10% sumy ubezpieczenia	150,00 zł	150,00 zł	150,00 zł
Pomoc medyczna (w tym wizyta pielęgniarki, dostawa leków)	TAK	TAK	TAK



Rodzaj wariantu ochrony ubezpieczeniowej	SUPER KOMFORT	KOMFORT	STANDARD
Refundacja kosztów naprawy lub zakupu przedmiotów ortopedycznych i środków pomocniczych w następstwie NW	1.000,00 zł	1.000,00 zł	1.000,00 zł
Ryczałtowe pokrycie kosztów leków zaleconych po pobycie w szpitalu	200,00 zł	200,00 zł	200,00 zł
<b>ŚMIERĆ NAJBLIŻSZYCH</b>			
Śmierć Współmałżonka	10.000,00 zł	10.000,00 zł	7.500,00 zł
Śmierć Współmałżonka wskutek nieszczęśliwego wypadku	20.000,00 zł	20.000,00 zł	15.000,00 zł
Śmierć Współmałżonka wskutek wypadku komunikacyjnego	30.000,00 zł	30.000,00 zł	22.500,00 zł
Osierocenie Dziecka	4.000,00 zł	4.000,00 zł	3.000,00 zł
Urodzenie Dziecka Martwego	3.000,00 zł	3.000,00 zł	2.400,00 zł
Śmierć Dziecka	3.000,00 zł	3.000,00 zł	2.500,00 zł
Śmierć Rodziców	2.000,00 zł	2.000,00 zł	1.500,00 zł
Śmierć Teściów	2.000,00 zł	2.000,00 zł	1.500,00 zł
<b>POBYT W SZPITALU DO 14 DNI – OD 90,00 ZŁ DO 300.00 ZŁ ZA DZIEŃ</b>			
Dzienne świadczenie za pobyt w szpitalu wskutek nieszczęśliwego wypadku	200,00 zł	200,00 zł	150,00 zł
Dzienne świadczenie za pobyt w szpitalu wskutek choroby	120,00 zł	120,00 zł	90,00 zł
Świadczenie z tytułu pobytu na OIOM (lub zamiennie OIT) – jednorazowo / za dzień pobytu (5 dni)	200,00 zł	200,00 zł	150,00 zł
Dzienne świadczenie za pobyt w szpitalu wskutek wypadku komunikacyjnego	250,00 zł	250,00 zł	200,00 zł
Dzienne świadczenie za pobyt w szpitalu wskutek wypadku komunikacyjnego w pracy	300,00 zł	300,00 zł	250,00 zł
Dzienne świadczenie za pobyt w szpitalu wskutek wypadku przy pracy	250,00 zł	250,00 zł	200,00 zł
Dzienne świadczenie za pobyt w szpitalu spowodowany zawałem serca lub udarem mózgu	170,00 zł	170,00 zł	140,00 zł
Świadczenie za rekonwalescencję po pobycie w szpitalu- za dzień	50,00 zł	50,00 zł	40,00 zł
<b>POBYT W SZPITALU POWYŻEJ 14 DNI DO 180 DNI – OD 75,00 ZŁ DO 130,00 ZŁ ZA DZIEŃ</b>			
Dzienne świadczenie za pobyt w szpitalu wskutek nieszczęśliwego wypadku	100,00 zł	100,00 zł	75,00 zł
Dzienne świadczenie za pobyt w szpitalu wskutek choroby	100,00 zł	100,00 zł	75,00 zł
Dzienne świadczenie za pobyt w szpitalu wskutek wypadku komunikacyjnego (od 14-do 30 dnia)	115,00 zł	115,00 zł	90,00 zł
Dzienne świadczenie za pobyt w szpitalu w skutek wypadku komunikacyjnego w pracy (od 14-do 30 dnia)	130,00 zł	130,00 zł	105,00 zł
Dzienne świadczenie za pobyt w szpitalu w skutek wypadku w pracy (od 14-do 30 dnia)	115,00 zł	115,00 zł	90,00 zł
Dzienne świadczenie za pobyt w szpitalu spowodowany zawałem serca lub udarem mózgu (od 14-do 30 dnia)	115,00 zł	115,00 zł	90,00 zł
<b>Składka miesięczna</b>	<b>233,00 zł</b>	<b>165,00 zł</b>	<b>91,00 zł</b>

Dla osób, które nie mają potrzeby skorzystania z wariantu wraz z utratą dochodów udostępnia się poniższy wariant ochronny. Z tego wariantu mogą skorzystać i ubezpieczyć się również **małżonkowie, partnerzy życiowi oraz dorosłe dzieci lekarzy, którzy ubezpieczą się w obu proponowanych Państwu programach** (z utratą dochodów lub bez).

Rodzaj wariantu ochrony ubezpieczeniowej.		KOMFORT	STANDARD
<b>UBEZPIECZENIE NA ŻYCIE !!! DO 300 000,00 ZŁ</b>			
Śmierć Ubezpieczonego		100.000,00 zł	40.000,00 zł
Śmierć Ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku		200.000,00 zł	100.000,00 zł
Śmierć Ubezpieczonego wskutek zawału serca i udaru mózgu		200.000,00 zł	80.000,00 zł
Śmierć Ubezpieczonego wskutek wypadku komunikacyjnego		250.000,00 zł	140.000,00 zł
Śmierć Ubezpieczonego wskutek wypadku przy pracy		250.000,00 zł	140.000,00 zł
Śmierć Ubezpieczonego wskutek wypadku komunikacyjnego przy pracy		300.000,00 zł	180.000,00 zł
<b>NNW, ZACHOROWANIE</b>			
Trwały uszczerbek na zdrowiu wskutek NW – za 1% uszczerbku		1.000,00 zł	500,00 zł
Trwały Uszczerbek na zdrowiu wskutek zawału serca lub udaru mózgu – za 1% uszczerbku		1.000,00 zł	400,00 zł
Poważne zachorowania Ubezpieczonego (14 chorób – w tym zawał, udar, nowotwór złośliwy, WZW)		10.000,00 zł	5.000,00 zł
Operacje chirurgiczne		do 4.000,00 zł	do 4.000,00 zł
Pobyt w szpitalu – świadczenie za każdy dzień		od 100 do 300 zł	od 75 do 250 zł
<b>DODATKOWE ŚWIADCZENIA</b>			
Niezdolność do pracy zarobkowej Ubezpieczonego (trwała)		10.000,00 zł	8.000,00 zł
Uraz niepowodujący trwałego uszczerbku na zdrowiu Ubezpieczonego – 1% urazu		200,00 zł	100,00 zł
Poważne zachorowanie Współmałżonka (13 chorób – w tym zawał, udar, nowotwór złośliwy)		7.500,00 zł	4.000,00 zł
Urodzenie dziecka		1.500,00 zł	1.200,00 zł
Poważne zachorowanie Dziecka (10 chorób w tym cukrzyca, nowotwór złośliwy)		5.000,00 zł	5.000,00 zł
Leczenie specjalistyczne (chemioterapia, radioterapia, terapia interferonów, wszczepienie kardiokonwertera/defibrylatora; rozrusznika serca; ablacja)		3.500,00 zł	2.000,00 zł
Operacje chirurgiczne (katalog 433 operacji):		4.000,00 zł	4.000,00 zł



Rodzaj wariantu ochrony ubezpieczeniowej.	KOMFORT	STANDARD
Kategoria A	4.000,00 zł	4.000,00 zł
Kategoria B	3.200,00 zł	3.200,00 zł
Kategoria C	2.400,00 zł	2.400,00 zł
Kategoria D	1.600,00 zł	1.600,00 zł
Kategoria E	800,00 zł	800,00 zł
Otwarty katalog operacji (operacje niewymienione w katalogu operacji) – 10% sumy ubezpieczenia	150,00 zł	150,00 zł
Pomoc medyczna ( w tym wizyta pielęgniarki, dostawa leków)	TAK	TAK
Refundacja kosztów naprawy lub zakupu przedmiotów ortopedycznych i środków pomocniczych w następstwie NW	1.000,00 zł	1.000,00 zł
Ryczałtowe pokrycie kosztów leków zaleconych po pobycie w szpitalu	200,00 zł	200,00 zł
<b>ŚMIERĆ NAJBLIŻSZYCH</b>		
Śmierć Współmałżonka	10.000,00 zł	7.500,00 zł
Śmierć Współmałżonka wskutek nieszczęśliwego wypadku	20.000,00 zł	15.000,00 zł
Śmierć Współmałżonka wskutek wypadku komunikacyjnego	30.000,00 zł	22.500,00 zł
Osierocenie Dziecka	4.000,00 zł	3.000,00 zł
Urodzenie Dziecka Martwego	3.000,00 zł	2.400,00 zł
Śmierć Dziecka	3.000,00 zł	2.500,00 zł
Śmierć Rodziców	2.000,00 zł	1.500,00 zł
Śmierć Teściów	2.000,00 zł	1.500,00 zł
<b>POBYT W SZPITALU DO 14 DNI – OD 90,00 ZŁ DO 300.00 ZŁ ZA DZIEŃ</b>		
Dzienne świadczenie za pobyt w szpitalu w skutek nieszczęśliwego wypadku	200,00 zł	150,00 zł
Dzienne świadczenie za pobyt w szpitalu na skutek choroby	120,00 zł	90,00 zł
Świadczenie z tytułu pobytu na OIOM (lub zamiennie OIT) – jednorazowo / za dzień pobytu (5 dni)	200,00 zł	150,00 zł
Dzienne świadczenie za pobyt w szpitalu w skutek wypadku komunikacyjnego	250,00 zł	200,00 zł

Rodzaj wariantu ochrony ubezpieczeniowej.		KOMFORT	STANDARD
Dzienne świadczenie za pobyt w szpitalu w skutek wypadku komunikacyjnego w pracy		300,00 zł	250,00 zł
Dzienne świadczenie za pobyt w szpitalu w skutek wypadku w pracy		250,00 zł	200,00 zł
Dzienne świadczenie za pobyt w szpitalu spowodowany zawałem serca lub udarem mózgu		170,00 zł	140,00 zł
Świadczenie za rekonwalescencję po pobycie w szpitalu- za dzień		50,00 zł	40,00 zł
<b>POBYT W SZPITALU POWYŻEJ 14 DNI DO 180 DNI – OD 75,00 ZŁ DO 130,00 ZŁ ZA DZIEŃ</b>			
Dzienne świadczenie za pobyt w szpitalu w skutek nieszczęśliwego wypadku		100,00 zł	75,00 zł
Dzienne świadczenie za pobyt w szpitalu na skutek choroby		100,00 zł	75,00 zł
Dzienne świadczenie za pobyt w szpitalu w skutek wypadku komunikacyjnego (od 14-do 30 dnia)		115,00 zł	90,00 zł
Dzienne świadczenie za pobyt w szpitalu w skutek wypadku komunikacyjnego w pracy (od 14-do 30 dnia)		130,00 zł	105,00 zł
Dzienne świadczenie za pobyt w szpitalu w skutek wypadku w pracy (od 14-do 30 dnia)		115,00 zł	90,00 zł
Dzienne świadczenie za pobyt w szpitalu spowodowany zawałem serca lub udarem mózgu (od 14-do 30 dnia)		115,00 zł	90,00 zł
<b>Składka miesięczna</b>		<b>84,00 zł</b>	<b>51,00 zł</b>

## ZASADY OBSŁUGI

### 1. Od kiedy będzie można przystąpić do ubezpieczenia?

Uruchomienie programu ubezpieczenia/ochrony ubezpieczeniowej od 1 kwietnia 2016 roku. Jednakże deklaracje przystąpienia do ubezpieczenia można wypełniać – do czego zachęcamy już teraz. Akwizycja do programu trwać będzie jedynie do końca czerwca 2016 roku później osoby będą mogły się ubezpieczyć jednak na gorszych warunkach – karencje!

### 2. Czy obowiązywać będą jakieś karencje, przez który Generali nie będzie ponosiło odpowiedzialności?

**BARDZO WAŻNE!!!** Jeżeli lekarz przystąpi do ubezpieczenia w okresie do końca czerwca 2016 roku nie będzie posiadał żadnych karencji!!! Po tym terminie niestety już tak!

Po tym terminie karencje są następujące:

3 miesiące – pobyt Ubezpieczonego w szpitalu, pobyt Ubezpieczonego w szpitalu wskutek zawału serca lub udaru mózgu, ryczałtowe pokrycie kosztów leków zaleconych po pobycie w szpitalu, poważne zachorowanie Współmałżonka, poważne choroby Dziecka, operacja chirurgiczna Ubezpieczonego, operacje chirurgiczne Współmałżonka, leczenie specjalistyczne,

6 miesięcy – śmierć Ubezpieczonego, śmierć Ubezpieczonego wskutek zawału serca lub udaru mózgu, niezdolność Ubezpieczonego do pracy zarobkowej (trwała), czasowa niezdolność Ubezpieczonego do pracy, trwały uszczerbek na zdrowiu Ubezpieczonego wskutek zawału serca a lub udaru mózgu, śmierć Współmałżonka, śmierć Dziecka, osierocenie Dziecka, śmierć Rodziców, śmierć Teściów,

9 miesięcy – urodzenie Dziecka, urodzenie Dziecka martwego.



### 3. Jak mogę się ubezpieczyć, co otrzymam?

<b>Krok 1</b>	Wypełnij deklarację na stronie <a href="http://www.polisa-grupowa.pl">www.polisa-grupowa.pl</a> <b>Strona zostanie uruchomiona od 01 marca 2015 r.</b>
<b>Krok 2</b>	Otrzymasz na maila wypełnioną deklarację z indywidualnym potwierdzeniem-certyfikatem wraz ze wskazanym nr konta do opłacenia comiesięcznej składki.
<b>Krok 3</b>	Wydrukuj deklarację, niezwłocznie podpisz i wyślij do: PWS Konstanta S.A., ul. Warszawska 153, 43-300 Bielsko-Biała Z dopiskiem: Ubezpieczenie Grupowe na Życie Lekarza Opolskiej Izby Lekarskiej
<b>Krok 4</b>	Opłać polisę do 23 miesiąca poprzedzającego okres przystąpienia
<b>Krok 5</b>	<b>JESTEŚ UBEZPIECZONY</b> Otrzymasz certyfikat i SMS informujący od ubezpieczyciela

### 4. Na jaki okres zawarta jest umowa? Czy jest możliwość zmiany wariantów?

Umowa ubezpieczenia zawarta zostanie na okres od 1 kwietnia 2016 r. do 31 marca 2017 r. z możliwością automatycznego odnowienia. Jeżeli warunki na kolejny rok miałyby się zmienić poinformujemy od tym każdego ubezpieczonego.

**UWAGA!** W trakcie rocznego okresu ubezpieczenia **nie można zmienić wariantu**. Jeżeli lekarz przystąpi np. w kwietniu, ubezpieczony będzie do końca marca 2017 r.

### 5. Gdzie będę zgłaszał szkody?

Dokumenty szkodowe będzie można złożyć w Izbie lub bezpośrednio przez stronę internetową Generali TU S.A.

### 6. Bliższe szczegóły o ofercie znajdziesz na stronie internetowej [www.polisagrupowa.pl](http://www.polisagrupowa.pl), a także pod numerami telefonu:

Jadwiga Senecka – tel. +48 604 269 575, e-mail: [j.senecka@pwskonstanta.pl](mailto:j.senecka@pwskonstanta.pl)

Jadwiga Kołodziejczyk – tel. +48 662 246 213, e-mail: [j.kolodziejczyk@pwskonstanta.pl](mailto:j.kolodziejczyk@pwskonstanta.pl)

## INFORMACJA DLA LEKARZY I LEKARZY DENTYSTÓW UPRAWNIONYCH DO WYSTAWIANIA RECEPT NA LEKI REFUNDOWANE

Narodowy Fundusz Zdrowia informuje, że z dniem 12 grudnia 2015 r., został zniesiony obowiązek zawierania nowych umów na wystawianie recept na leki refundowane z osobami uprawnionymi.

Dla osób uprawnionych, które posiadają aktualną umowę na wystawianie recept refundowanych, zawartą z oddziałem wojewódzkim Narodowego Funduszu Zdrowia, zasady pobierania numerów recept refundowanych nie ulegają zmianie. Dotychczasowe umowy wygasają z dniem 31 grudnia 2016 roku, przed tym terminem konieczne będzie zaktualizowanie swoich danych w portalu.

Dla osób uprawnionych, które są zatrudnione u świadczeniodawców, zasady zaopatrywania w numery recept nie ulegają zmianie.

Osoby uprawnione, które nie korzystały dotąd z możliwości wystawiania recept refundowanych, aby skorzystać z tego uprawnienia, winny zapoznać się z informacjami zawartymi w instrukcji (patrz poniżej).

Dokumenty można składać: w siedzibie Opolskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia, Opole ul. Głogowska 37. Szczegółowych informacji udziela – Wydział Gospodarki Lekami, tel. 77/549-52-88 lub 77/549-52-89

### Dla przypomnienia

Osobami uprawnionymi są osoby posiadające prawo wykonywania zawodu medycznego, które na podstawie przepisów dotyczących wykonywania danego zawodu medycznego, są uprawnione do wystawiania recept zgodnie z ustawą refundacyjną oraz ustawą z dnia 6 września 2001 r. – Prawo farmaceutyczne oraz zleceń na zaopatrzenie w wyroby medyczne.

\* \* \*

### INSTRUKCJA

W celu uzyskania dostępu do Portalu Narodowego Funduszu Zdrowia i uprawnienia do pobierania numerów recept oraz upoważnienia do korzystania z usługi EWUŚ należy:

1. Pobrać ze strony internetowej Oddziału Wojewódzkiego Funduszu wzór wniosku o uzyskanie uprawnienia do pobierania numeru recept.
2. Wypełnić wniosek o uzyskanie uprawnienia do pobierania numeru recept zgodnie z instrukcją wypełniania wniosku i złożyć oświadczenia zawarte we wniosku.
3. Załączyć do wniosku następujące dokumenty:
  - kopię prawa wykonywania zawodu;

- kopię dokumentów potwierdzających posiadane specjalizacje i ich zakres;
  - kopię dokumentów potwierdzających ukończenie studiów wyższych zawodowych;
4. Podpisany wniosek wraz z dokumentami, o których mowa w pkt. 3, należy złożyć osobiście w Oddziale Wojewódzkim Funduszu, właściwym ze względu na:
    - adres miejsca udzielania świadczeń, albo
    - adres miejsca przyjmowania wezwań w przypadku wykonywania działalności leczniczej w miejscu wezwania, albo
    - adres miejsca zamieszkania w przypadku wystawiania wyłącznie recept na leki refundowane *pro auctore i pro familia*;
  5. W trakcie składania wniosku o uzyskanie uprawnienia do pobierania numerów recept należy przedłożyć do wglądu, we właściwym Oddziale Wojewódzkim Funduszu, oryginały dokumentów, o których mowa w pkt. 3, w celu weryfikacji kompetencji zawodowych.
  6. W celu weryfikacji tożsamości osoby składającej wniosek konieczne będzie okazanie dowodu oso-

bistego lub innego dokumentu potwierdzającego tożsamość.

7. Złożony wniosek podlega ocenie pod względem formalno-merytorycznym.
8. W wyniku pozytywnej oceny wniosku upoważniony pracownik Oddziału Wojewódzkiego Funduszu nadaje osobie składającej wniosek dostęp do portalu NFZ i uprawnienie do pobierania numerów recept, przekazuje login i hasło do konta w Portalu NFZ.
9. Oddział Funduszu może odmówić osobie uprawnionej składającej wniosek uzyskania uprawnienia do pobierania numerów recept, w przypadku wątpliwości, co do wiarygodności informacji zawartych we wniosku o uzyskanie uprawnienia do pobierania numerów recept.
10. Nadane uprawnienia umożliwiają zalogowanie się do Portalu Narodowego Funduszu Zdrowia, a następnie pobranie puli numerów recept.
11. Osoba uprawniona zamierzająca wystawiać recepty na leki refundowane powinna w dalszej kolejności wystąpić o upoważnienie do korzystania z usługi EWUŚ, o ile go dotychczas nie posiada.

## LAURY UMIEJĘTNOŚCI I KOMPETENCJI 2015 ROZDANE!



Pragnę donieść PT Czytelnikom o wyróżnieniu dla naszego Kolegi. Otóż w dn. 5 stycznia br. Opolska Izba Gospodarcza rozdała po raz kolejny już Laury Umiejętności i Kompetencji. W kategorii „Pro Publico Bono”, Srebrny Laur otrzymał dr Zbigniew Szczepanowski. Serdecznie gratulujemy tego wyróżnienia i poniżej przedstawiam, za miesięcznikiem Samorządu Gospodarczego Opolszczyzny, krótką sylwetkę laureata.

Jerzy B. LACH

\* \* \*

### Dr n. med. ZBIGNIEW SZCZEPANOWSKI

Jest zastępcą ordynatora Oddziału Chirurgii Ogólnej Szpitala Wojewódzkiego w Opolu. Urodził się 9 czerwca 1968 w Kędzierzynie-Koźlu. Jest absolwentem Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach – Wydziału Lekarskiego w Zabrze. Posiada II stopień specjalizacji w dziedzinie chirurgii ogólnej. Blisko 20 lat pracuje w zawodzie chirurga. W 2013 roku uzyskał tytuł doktora nauk medycznych z wyróżnieniem. Rozprawę doktorską poświęcił biochirurgicznym metodom leczenia przewlekłych ran.



Należy do Towarzystwa Chirurgów Polskich i jest członkiem Polskiego Towarzystwa Leczenia Ran. Jest trzykrotnym laureatem „Plebiscytu na najpopularniejszego lekarza” organizowanego przez Nową Gazetę Lokalną na terenie Kędzierzyna-Koźla.

Jest autorem licznych publikacji naukowych w czasopismach medycznych oraz wystąpień na kongresach i zjazdach naukowych dotyczących leczenia ran w przebiegu stopy cukrzycowej oraz owrzodzeń kończyn dolnych w przebiegu przewlekłej niewydolności żylniej z wykorzystaniem metod biochirurgicznych, terapii podciśnieniowej, opatrunków aktywnych, ozonoterapii i bogatopłytkowego osocza. Zastosowanie tych metod leczenia uratowało przed amputacją kończyn dolnych wielu chorych.

Od wielu lat zajmuje się również chirurgią laparoskopową, głównie w zakresie jelita grubego oraz przepuklin przedniej ściany jamy brzusznej. Posiada liczne certyfikaty w tej dziedzinie.

Jest pasjonatem podróży i muzyki klasycznej.

(przedruk za „Forum Opolskiego Biznesu” nr 1/16)

# PLAN SZKOLEŃ PROWADZONYCH W RAMACH KOMISJI KSZTAŁCENIA OIL NA I PÓŁROCZE 2016 r.

Termin	Kierownik naukowy	Temat	Miejsce
19.II.16 r. piątek godz. 12.00	Dr n. med. Jerzy Jakubiszyn	Prowadzenie działalności w podmiotach leczniczych -przetwarzanie danych osobowych wg obowiązujących przepisów prawa. E-recepty	Opolska Izba Lekarska Opole ul. Grunwaldzka 23
4.III.16 r. piątek godz. 12.00*	Dr n. med. Jerzy Jakubiszyn	Prowadzenie działalności w podmiotach leczniczych -przetwarzanie danych osobowych wg obowiązujących przepisów prawa. E-recepty	Opolska Izba Lekarska Opole ul. Grunwaldzka 23
18.III.16 r. piątek godz. 10.00*	Dr n. med. Ewa Jaskowska	Kiedy pracownia protetyczna nie jest nam niezbędna – podścielenie protezy w gabinecie, korony tymczasowe, jednowizytowe mosty adhezyjne	Opolska Izba Lekarska Opole ul. Grunwaldzka 23
8–10.IV.16 r. oraz 15–17.IV.16 r.	Konsultant wojewódzki w dziedzinie zdrowia publicznego Dr hab. n. med. Teresa Kokot	Zdrowie publiczne (dla lekarzy /lekarzy dentyków wszystkich specjalności zakwalifikowanych do odbywania specjalizacji przed 1.X.14 r.)	Opolska Izba Lekarska Opole ul. Grunwaldzka 23
6.V.16 r. piątek godz. 12.00*	Konsultant wojewódzki w dziedzinie zdrowia publicznego Dr hab. n. med. Teresa Kokot	Senior – pacjentem podstawowej opieki zdrowotnej	Opolska Izba Lekarska Opole ul. Grunwaldzka 23
20–22.V.16 r. oraz 28–29.V.16 r.	Konsultant wojewódzki w dziedzinie medycyny ratunkowej Dr Marek Dryja	Ratownictwo medyczne (dla lekarzy/lekarzy dentyków wszystkich specjalności, specjalizujących się wg modułowego programu specjalizacji, zakwalifikowanych do odbywania specjalizacji po 1.X.14 r.)	Opolska Izba Lekarska Opole ul. Grunwaldzka 23
2–5.VI.16 r.	Konsultant wojewódzki w dziedzinie medycyny paliatywnej Dr n. med. Jadwiga Pyszkowska	Medycyna paliatywna (dla lekarzy w trakcie specjalizacji z chorób wewnętrznych, specjalizujących się wg modułowego programu specjalizacji, zakwalifikowanych do odbywania specjalizacji po 1.X.14 r.)	Opolska Izba Lekarska Opole ul. Grunwaldzka 23

\* prosimy o zgłaszanie chęci uczestnictwa w tym szkoleniu telefonicznie: 77/454-59-39 do siedziby OIL w Opolu. Za uczestnictwo w szkoleniu przysługuje 5 pkt. edukacyjnych.

\* \* \*

**18.III.16 r. – Kiedy pracownia protetyczna nie jest nam niezbędna – podścielenie protezy w gabinecie, korony tymczasowe, jednowizytowe mosty adhezyjne – Dr n. med. Ewa Jaskowska**

Program:

- wskazania do podścielenia protez,
- rodzaje podścielen,
- podścielenia wykonywane samodzielnie w gabinecie – technika wykonania, materiały do podścielen,
- korony tymczasowe wykonywane przez pracownię i samodzielnie w gabinecie – zalety i wady,
- korony tymczasowe wykonane przez lekarza – materiały, sposób wykonania i osadzenia,
- mosty adhezyjne wykonane na bazie włókna szklanego – materiały, sposób wykonania, zalety i wady,
- kiedy i w jakich sytuacjach klinicznych możemy sobie poradzić sami, bez zlecenia pracy pracowni protetycznej.

*Małgorzata ŁUSZCZYŃSKA-OSTROWSKA*



# KWARTALNIK „PULS UCZELNI – HIGHER SCHOOL'S PULSE” UZYSKAŁ 6 PUNKTÓW NA LIŚCIE CZASOPISM NAUKOWYCH MNISW! (CZĘŚĆ B)

„*Puls Uczelni – Higher School's Pulse*” (kwartalnik wydawany przez Państwową Medyczną Wyższą Szkołę Zawodową w Opolu – przyp. Red.) jest recenzowanym czasopiśmie naukowym, adresowanym do studentów, absolwentów oraz pracowników wyższych szkół nie tylko medycznych.

Misją czasopisma jest przede wszystkim popularyzowanie i publikowanie badań studentów wyższych szkół zawodowych oraz stworzenie platformy współpracy, a także wymiany informacji, myśli i doświadczeń z zakresu pielęgniarstwa, położnictwa, fizjoterapii, kosmetologii i zdrowia publicznego dla studentów i pracowników wyższych szkół zawodowych. Na polskim rynku wydawniczym nie istnieje podobne w swoich założeniach czasopismo.

Misja czasopisma koresponduje ze zmianami w szkolnictwie wyższym, akcentującymi rosnące zapotrzebowanie na rozpowszechnianie, ocenę i wpływ osiągnięć naukowych na społeczeństwo wiedzy i ekonomię, a wykładowcy, studenci, absolwenci i społeczność lokalna otrzymują nowe źródło naukowej informacji zaspokajające potrzeby zarówno w zakresie nauczania, uczenia się, prowadzenia badań naukowych, jak i szeroko rozumianej praktyki zawodowej.

Redakcja przyjmuje do druku prace w języku polskim i angielskim. Publikowane są one w następujących działach kwartalnika: *Prace oryginalne*, *Prace pogładowe*, *Opisy przypadków*. Priorytet w druku mają prace oryginalne oraz publikacje z ośrodków zagranicznych.

Na łamach czasopisma ukazują się artykuły studentów i pracowników wyższych szkół zawodowych w Polsce, ale również ośrodków naukowo-dydaktycznych m. in. na Białorusi, Ukrainy, Irlandii, Hiszpanii, Wielkiej Brytanii, Grecji i USA. Większość członków Rady Naukowej pochodzi z ośrodków zagranicznych w tym m. in. z: Belgii, Białorusi, Grecji, Hiszpanii, Litwy, Niemiec, Norwegii, Portugalii, Wielkiej Brytanii. Czasopismo wśród redaktorów językowych posiada native speaker z USA oraz redaktora statystycznego z wykształceniem kierunkowym. Zespół redakcyjny stopniowo rozwija digitalizację czasopisma (od roku 2015 czasopismo wprowadziło numery DOI artykułów oraz system edytorsko-wydawniczy online).

Kwartalnik „*Puls Uczelni*” indeksowany jest w następujących bazach medycznych: ARIANTA, Bielefeld Academic Search Engine, Central European Journal of

Social Sciences and Humanities, CEON, DOAJ, Index Copernicus (ICV 2012: 5.10; ICV 2013: 6.30; ICV 2014: 65.78 (6.60)), Dolnośląska Biblioteka Cyfrowa/Lower Silesian Digital Library, EBSCO, Polska Bibliografia Naukowa/Polish Scholarly Bibliography, Ulrich's International Periodicals Directory, WorldCat. Wysłano aplikacje do: Scopus, International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE), JournalSeek.

Kwartalnik *Puls Uczelni – Higher School's Pulse* (ISSN 2080-2021, e-ISSN 2449-9021); strona internetowa czasopisma: <http://higherschoolspulse.com/>. Prace można zgłaszać pod linkiem: <http://higherschoolspulse.com/login.php?g=1>

\* \* \*

## III MIĘDZYNARODOWA KONFERENCJA „PULSU UCZELNI”

Zapraszamy do udziału w III Międzynarodowej Konferencji „*Puls Uczelni*” – „Granty i projekty naukowe – od aplikacji do finansowania”, która odbędzie się w dniach 12–13 maja 2016 r. na terenie Państwowej Medycznej Wyższej Szkoły Zawodowej w Opolu.

Celem Konferencji jest przekazanie praktycznych wskazówek na temat prowadzenia projektów naukowych oraz przygotowania wniosków aplikacyjnych w procesie ubiegania się o finansowanie projektów naukowych przez studentów (młodych naukowców), pracowników szkół wyższych i innych jednostek naukowych, jak również przybliżenie uczestnikom szerokiego wachlarza źródeł finansowania badań naukowych dostępnych w Polsce.

W Konferencji udział wezmą wybitni prelegenci, w tym m. in. prof. Christos Lionis z Grecji, prof. Sven van IJzendoorn z Holandii, prof. Alan R. Freitag z USA, prof. Jacek Koziel z USA, dr Andrzej Szpakow z Białorusi.

Program Konferencji wypełnią nie tylko wykłady, ale również okrągły stół, debata, dyskusje i specjalistyczne szkolenia związanych z przygotowywaniem i prowadzeniem projektów naukowych.

Strona internetowa konferencji: [http://www.e-event24.pl/III\\_puls\\_uczelni/](http://www.e-event24.pl/III_puls_uczelni/). Kontakt:

mgr Bożena Ratajczak-Olszewska – tel. 77/44-23-528,

e-mail: [ratajczakb@wsm.opole.pl](mailto:ratajczakb@wsm.opole.pl);

mgr Aleksandra Krems – tel. 77/44-23-513,

e-mail: [kpu@wsm.opole.pl](mailto:kpu@wsm.opole.pl).

# DRAMATYCZNE ŻYCIE PIERWSZEJ ŻONY NAPOLEONA BONAPARTE – JÓZEFINY



Napoleon Bonaparte urodził się w dniu 15 sierpnia 1769 r. w miejscowości Ajaccio na Korsyce. Ciekawostką jest fakt, że do roku 1768 Korsyka należała do Genui. Ze swojego nazwiska usunął w przyszłości literkę „u”, aby bardziej przypominało francuskie.

Jako 15-letni chłopiec w roku 1784 trafił do elitarnej szkoły wojskowej „Ecole Militaire” w Paryżu, którą ukończył po dwóch latach ze stopniem oficera artylerii. W wieku 24 lat został mianowany generałem przez władze jakobińskie po zdobyciu opanowanego przez monarchistów portu w Tulonie (17 grudnia 1793 r.). Napoleon ze swoją artylerią był wówczas dowódcą zwycięskiego szturm.

Józefina urodziła się w dniu 23 czerwca 1763 r. w kolonii francuskiej na Martynice. Pochodziła z miejscowej arystokracji, ponieważ jej przodkowie byli założycielami tej kolonii. Jako 16-latką przybyła do Paryża, gdzie wkrótce wyszła za mąż za hrabiego Aleksandra de Beauharnais. Urodziła mu dwoje dzieci: Eugeniusza i Hortensję. W czasie Rewolucji Francuskiej jej mąż przyłączył się do niej i został nawet przewodniczącym Zgromadzenia Narodowego. Po upadku Rewolucji męża oskarżono o zdradę Republiki i zgilotynowano w roku 1794, zaś Józefina trafiła do więzienia, w którym przebywała blisko cztery miesiące. Była skazana również na śmierć, ale uratował ją upadek dyktatury i terroru Robespierre’a. Po wyjściu z więzienia wkrótce została kochanką jednego z najbardziej wpływowych polityków i członka Dyktatoratu Paula Barrasa. Kiedy w roku 1795 na rozkaz Barrasa Napoleon stłumił zamieszki rojalistów w Paryżu, Barras mianował go dowódcą tzw. „wojsk wewnętrznych”.

Tymczasem Józefina założyła jeden z najbardziej znanych salonów paryskich, na których bywała śmietanka polityczna, finansowa i wojskowa stolicy. Tam właśnie, jesienią 1795 r., młody generał artylerii Napoleon po raz pierwszy spotkał się z Józefiną, przy czym zakochał się w niej od pierwszego spojrzenia. Józefina była bowiem bardzo piękna (miała rysy kreolskie), miała tytuł arystokratyczny oraz przeszłość rewolucyjną. Najciekawszy jest fakt, że oboje pochodzili z wysp francuskich: Napoleon z Korsyki, zaś Józefina z Martyniki. Wkrótce odbył się ich ślub cywilny w dniu 9 marca 1796 r. przy czym Józefina nie zaprosiła na ślub swoich dzieci i przyjaciół, nie przybyli również Bonapartowie, którzy nie akceptowali ślubu Napoleona.



*Józefina*

Po zwycięskich bataliach Napoleona z Austriakami i Prusakami dzień 2 grudnia 1804 r. przeszedł do historii świata i Francji. W paryskiej Katedrze Notre-Dame Napoleon wziął z rąk papieża Piusa VII (którego zmusił do przybycia do Paryża) koronę i umieścił ją sam na swojej głowie koronując się na cesarza Francji, po czym sam koronował na cesarzową Józefinę.

Ponieważ Napoleon miał z Józefiną tylko ślub cywilny w dniu 3 października 1804 r. jeden z kardynałów (zresztą z rodziny Bonapartych) udzielił im ślubu kościelnego. W dniu koronacji na cesarza Francji Napoleon miał 33 lata, zaś Józefi-

na była o sześć lat od niego starsza.

Niestety Józefina mino, że z poprzednim mężem miała dwojkę dzieci, z Napoleonem nie zachodziła w ciążę, co wiązać można z infekcjami podczas kilkumiesięcznego pobytu w więzieniu. Brak potomka był największym problemem Napoleona.

Tymczasem w roku 1809 piękna Polka Maria Walewska (vide Biuletyn Opolskiej Izby Lekarskiej nr 221 z lutego br.), która swoją urodą oczarowała Napoleona podczas jego pobytu w Polsce, zaszła z nim w ciążę. Wówczas Napoleon doszedł do wniosku, że w jego małżeństwie za brak potomka i następcy tronu cesarskiego odpowiada Józefina i zdecydował się na rozwód z nią. Rozwód odbył się w Paryżu 15 grudnia 1809 r. Józefina zatrzymała tytuł Cesarzowej Francji oraz otrzymała do dyspozycji Pałac Elizejski, obecną siedzibę Prezydenta Republiki Francuskiej.

Maria Walewska urodziła w roku 1810 syna Aleksandra, natomiast Napoleon wkrótce – ze względów dynastycznych – ożenił się z córką austriackiego cesarza Franciszka I (którego pokonał w bitwie pod Wagram) – Marią Ludwiką, która 20 marca 1811 r. urodziła upragnionego syna Napoleona II nazwanego przez Napoleona „Orlątkiem”, któremu już w kołysce nadano tytuł „Księcia Reichstadtu”. O jego losach pisałem niedawno na łamach „Biuletynu Informacyjnego OIL”.

Józefina zmarła w dniu 29 maja 1814 r. w wieku 51 lat na zapalenie płuc jeszcze przed przegraną bitwą Napoleona pod Waterloo (1815). Mimo, że była Cesarzową Francji pochowana została na jednym z parafialnych cmentarzy Paryża. Po rozwodzie z Napoleonem prowadziła bogate życie towarzyskie, a nawet zaprosiła do Paryża największego wroga Napoleona cara Aleksandra I. Do tego spotkania jednak nie doszło z uwagi na śmierć Józefiny.

*Dr hab. n. med. Janusz KUBICKI*

# STRESSOWY ZŁAZ MEDYKA – JUŻ CORAZ BLIŻEJ!!!

Przypominamy, że kolejny **Reaktywowany Stressowy Złaz Medyka** odbędzie się w dniach **27–29 maja 2016 r.** Dla wszystkich chętnych zarezerwowaliśmy noclegi w ośrodku Vital & SPA Resort SZAROTKA w Zieleńcu ([www.szarotka.eu](http://www.szarotka.eu)) położonym w Kotlinie Kłodzkiej.

Na razie planujemy trzy trasy: ambitną, mniej ambitną i wybitnie emerycką, ale wszystko zależeć będzie od pogody, woli walki i siły ducha uczestników. Wszystkie trasy mają jedną wspólną cechę – w planie jest degustacja piwa w Czechach!!!

Program Złazu obejmuje:

**27 maja (piątek)** – rozlokowanie się i „nocne Polałów rozmowy” z grillowaniem przy ognisku, gitarach, śpiewie i...;

**28 maja (sobota)** – po śniadaniu wymarsz na trasy, następnie powrót do Zieleńca i wieczorem koncert. Będzie się on składał z dwóch części: najpierw „Karawana Marzeń” – czyli poezja śpiewana autorstwa znanego wszystkim Kazia Pichlaka w wykonaniu karkonoskiego zespołu folkowego SZYSZAK z Zachełmia, a potem nasi starzy znajomi „Wolna Grupa Bukowina” (granie i śpiewanie do oporu);

**29 maja (niedziela)** – śniadanie, tradycyjne zdjęcia i rozjazd do domów.

Opłata wpisowa wynosi 450 PLN i obejmuje: znaczek, śpiewnik z niespodzianką, 2 noclegi, śniadania w sobotę i niedzielę, piątkowe grillowanie z piwem, obiadokolację w sobotę oraz koncert.

Istnieje również możliwość przyjazdu w Boże Ciało, tj. w czwartek 26 maja z dodatkową trasą w piątek. Dodatkowa opłata za nocleg z czwartku na piątek uiszcza-na jest już jednak indywidualnie. Dla tych, którzy mogą wziąć udział w Złazie dopiero od soboty opłata wynosi 350 PLN i obejmuje obiadokolację i koncert w sobotę oraz nocleg i śniadanie w niedzielę.

Wpłaty należy dokonywać na konto Dolnośląskiej Izby Lekarskiej we Wrocławiu: m17-1540-1030-2001-7753-6075-0001 do 31 marca 2016 r. z dopiskiem „Złaz Medyka”

W razie wątpliwości prosimy o kontakt. **Czekamy na Wasze zgłoszenia!!!**

*Jerzy B. LACH*

*jerzy.lach@poczta.onet.pl*

*Ryszard ŚCIBORSKI*

*sciborski@poczta.onet.pl*

## SKŁADKI CZŁONKOWSKIE

Zgodnie z uchwałą Naczelnej Rady Lekarskiej nr 27/14/VII z 5 września 2014 r. z dniem 1 stycznia 2015 r. zmieniała się wysokość składki członkowskiej na rzecz izby lekarskiej.

Uchwała ustala wysokość składki obowiązującej lekarza lub lekarza dentystę, członka okręgowej izby lekarskiej na **60 zł miesięcznie**.

Lekarz/lekarz dentysta posiadający ograniczone prawo wykonywania zawodu (lekarz stażysta) opłaca składkę w wysokości **10 zł miesięcznie**.

**Stale zwolnienie** z obowiązku opłacania składki przysługuje **lekarzowi, który ukończył 75 lat** lub został skreślony z rejestru członków okręgowej izby lekarskiej.

**Czasowe zwolnienie** z opłacania składki przysługuje lekarzowi, który złożył wniosek wraz z oświadczeniem, że nie osiąga przychodów z tytułu wykonywania zawodu oraz ze źródeł przychodów wymienionych w przepisach o podatku dochodowym od osób fizycznych, z wyłączeniem renty lub emerytury, w rozumieniu przepisów o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych lub ustaw regulujących zaopatrzenie emerytalne służb mundurowych. Czasowe zwolnienie przysługuje tylko na okres nieosiągania powyżej opisanych przychodów.

Lekarz, który przed wejściem w życie uchwały, miał ustaloną miesięczną wysokość składki na kwotę 10 złotych, opłaca składkę w tej kwocie do czasu nabycia prawa do zwolnienia z obowiązku opłacania składki.

Lekarz, który przed wejściem w życie uchwały, uzyskał prawo do zwolnienia z obowiązku opłacania skład-

ki zachowuje prawo do zwolnienia do czasu zaistnienia zdarzenia skutkującego powstaniem obowiązku opłacania składki.

Wszelkie zmiany mające wpływ na wysokość składki członkowskiej należy zgłaszać w izbie lekarskiej w terminie do 30 dni. Zmiany te skutkują od pierwszego dnia miesiąca następującego po miesiącu, w którym ORL podjęła stosowną uchwałę.

Składkę za dany miesiąc opłaca się do końca tego miesiąca lub z dowolnym wyprzedzeniem. Składkę można zapłacić:

- bezpośrednio w biurze OIL w Opolu, ul. Grunwaldzka 23, I piętro pokój nr 5.
- przelewem na konto OIL 541020 3668 0000 5102 0009 8277.
- poprzez pracodawcę, upoważniając dział finansowy jednostki do pobierania z pensji i przelewania miesięcznej kwoty składki na konto Izby.

**Wzory przelewu, upoważnienia oraz formularze podań o zmianę wysokości składki lub o zwolnienie z niej można pobrać ze strony internetowej Opolskiej Izby Lekarskiej: [www.izbalekarska.opole.pl](http://www.izbalekarska.opole.pl).** Telefoniczną informację w sprawie składek (wysokości, zaległości, zwolnienia itp.) można uzyskać pod numerem Izby: 77/454-59-39 lub mailem: [opole.składki@hipokrates.org](mailto:opole.składki@hipokrates.org) (pani Katarzyna Długosz – Referent d/s Składek).

Pełna treść uchwały w sprawie składki członkowskiej jest dostępna na stronach NIL pod adresem: [http://www.nil.org.pl/\\_data/assets/pdf\\_file/0008/97262/ru027-14-VII.pdf](http://www.nil.org.pl/_data/assets/pdf_file/0008/97262/ru027-14-VII.pdf)



## W LABIRYNCIE PRAW I OBYCZAJÓW

Labirynt – konstrukcja o krętych, krzyżujących się korytarzach i skomplikowanym układzie sal, z której trudno znaleźć wyjście. W przenośni – skomplikowana, zagmatwana sytuacja, pełna zakrętów i zawłości. Antoni Słomski w swoim aforyzmie i sentencji stwierdził, że: „Jeśli znalazłeś się w sytuacji, w której nie wiesz jak się zachować, zachowaj się przyzwoicie”.

W maju tego roku (2015 – przyp. Red), po prawie 45 latach pracy w Szpitalu (najpierw Wojewódzkim, a następnie w Wojewódzkim Centrum Medycznym) zostałam z niej zwolniona. Posługując się chłodną prawniczą terminologią „rozwiązano” ze mną stosunek pracy, sugerując mi na krótko przed tym, żebym sama złożyła wypowiedzenie.

Takie były zamiary kierownictwa Wojew. Centrum Med. i Oddziału wobec mojej skromnej osoby. Podstawą prawną zwolnienia był kodeks pracy i – jak nieśmiało mi wspomniano – „przyczyny ekonomiczne i konieczność szukania oszczędności” (sic!) – tzw. redukcja kadr. Muszę dodać w tym miejscu, że od momentu nabycia uprawnień emerytalnych, byłam zatrudniona na 1/2 etatu, a ta oszczędność to 2400 zł.

Ta ważna w moim, nie tylko zawodowym życiu, ale i w sferze osobistej, chwila skłoniła mnie do kilku przemyśleń i refleksji. Część z nich ma charakter bardziej ogólny, inne odnoszą się do okoliczności i szczegółów, związanych już tylko z samym „odprawieniem” mnie.

Zawód lekarza wybrałam trochę siłą młodzieńczej inercji, ale głównie kierowana rodzinną tradycją. Ojciec mój Norbert Jakobi był lekarzem i po wojennej tułaczce osiedlił się z Mamą w Opolu. Był nawet pierwszym kierownikiem Wydziału Zdrowia i organizatorem służby zdrowia na Opolszczyźnie.

Z rodzinnego domu wyniosłam przywiązanie i przekonanie do myśli, że dobrze jest żyć i pracować z pożytkiem dla innych, co właśnie w zawodzie lekarza – choć bardzo przecież indywidualistycznym – można realizować, jak w żadnym chyba innym. Zapomniany i pewnie niemożliwy dziś wielki polski filozof prof. Kotarbiński w swoich „Medytacjach o życiu godziwym” mówił wszak: „szczęśliwy, kto ma dla kogo żyć...”. Zawsze uważałam, że zawód lekarza jest wyjątkowy, elitarny, nie tylko ze względu na jego rangę i prestiż w każdej społeczności i w każdym czasie, ale dlatego, że wybierają go ludzie o ponadprzeciętnej wrażliwości, noszący też poczucie misji i powołanie – jakkolwiek staroświecko to dziś może zabrzmieć.

Obecnie przecież wszechwładna i wszechmocna wydaje się myśl i przekonanie, że najwyższe cenione warto-

ści i cechy to przedsiębiorczość, zaradność gospodarcza, powodzenie materialne i sukces. Najlepiej jeśli dodatkowo jeszcze są one medialnie udokumentowane, widoczne i powszechnie znane (choćby z lektury lokalnej prasy, z radia czy telewizji). Cnoty i wartości, które wiązały się z wyborem tego zawodu, będącego też jednocześnie – obok zapewnienia podstaw egzystencji materialnej – sposobem na życie, w przekonaniu moim i (jestem tego pewna) większości moich koleżanek i kolegów, to wola właśnie służenia innym.

Wszystko to oparte na bezwzględnej wierności przysiędze lekarskiej i dewizie, że najważniejsze w nim są uczciwość, gruntowna wiedza, stałe jej pogłębianie, przyzwoitość w najbardziej ludzkim wymiarze, a także imponderabilia.

Zawód mój przyniósł mi wiele satysfakcji, radości i poczucie spełnienia. Były też oczywiście chwile niepowodzeń, a także poczucie przegranej, kiedy nie udało się pomóc czy wyleczyć chorego. To jednak jest przecież udziałem każdego z nas i wiąże się często z naturalnym biegiem spraw i rzeczy, na który nie mamy wpływu.

Przepracowałam w moim mieście, w publicznej służbie zdrowia i – co istotne – stale w tym samym szpitalu 45 lat. W moim mieście, bo tu w Opolu się urodziłam, kończyłam szkołę, i tu po studiach podjęłam pracę. To miasto mojej młodości, dobrego i szczęśliwego życia, mojego i mojej rodziny (mój mąż Andrzej Róż był tu przez 40 lat cenionym pediatrą).

Wszystko się kiedyś kończy... Ta banalna myśl odnosi się, co oczywiste, do mnie i mojego życia. Dobiegł końca ten czas mojej aktywności zawodowej w dotychczasowym wymiarze, choć czuję się stale jeszcze potrzebna, sprawna i nadal ciekawa życia, ludzi i medycyny. Telefony z propozycją pracy utwierdzają mnie w tym. Nie zauważyłam też jeszcze porozumiewawczych spojrzeń, także w moim zawodowym otoczeniu, z których mogłoby wynikać, że traktowana jestem jako zasługujący na wyrozumiałość pterodaktyl medyczny i nie różniam obiektu od subiekta.

Wiadomość o zwolnieniu mnie przyjąłm więc z zaskoczeniem, ale też z goryczą i żalem. I z takimi również uczuciami wiąże się głównie to moje „odejście” z pracy. Odchodzę z żalem, bo zawsze tak jest, kiedy kończy się coś, do czego byliśmy przywiązani, co stanowiło istotny cel i sens życia. Także tego zawodowego.

Odchodzę też z poczuciem krzywdy. I to nie dlatego, że to w ogóle nastąpiło, bo taka jest naturalna kolej rzeczy, ale dlatego, że właśnie teraz i w sposób, który nadal

uważam za mało elegancki, a nawet – jak na standardy, które winny obowiązywać w naszym środowisku – pospolity, w kiepskim stylu, a nawet prostacki. Daleka jestem od hamletyzowania, nikt także, kto mnie zna, nie może powiedzieć, że jestem skłonna do egzaltacji, czy użalania się nad sobą.

Składając przysięgę lekarską ślubujemy nieść pomoc chorym, służyć zdrowiu i życiu ludzi, spełniając obowiązki lekarza. Wśród wielu nakazów rota ślubowania zawiera i takie, które mają charakter bardziej ogólny, odnoszący się do wartości uniwersalnych, a także do swobodnego *esprit de corps* w naszym zawodzie. To ta kategoria nakazów, która każe nam strzec godności stanu lekarskiego, niczym jej nie naruszyć, a do kolegów w zawodzie odnosić się z należyty szacunkiem, poważaniem, a także z życzliwością. Jest też nasz kodeks etyki lekarskiej, a tam znajdujący się na końcu tych zasad deontologicznych zapis o charakterze normy moralnej. Z niego to wynika, że „w wypadkach nieprzewidzianych szczególnie w kodeksie etyki lekarskiej należy kierować się dobrymi obyczajami, przyjętymi przez środowisko lekarskie”. A tak naprawdę, to kierować się ogólnie obowiązującymi normami etycznymi, rzetelnością, taktem i właśnie przyzwoitością.

Myślę, że tych wszystkich walorów i wartości zabrakło w mojej sprawie tym, którzy postanowili przede wszystkim zadbać o „interes ekonomiczny i oszczędności”. Zostałam dla realizacji tych celów wytypowana do zwolnienia w zasadzie jako jedyny lekarz w szpitalu.

Te rzekome „oszczędności i przyczyny ekonomiczne” nie pozwoliły nawet na pozostawienie mnie na oddziale choćby do końca roku, wcześniej informując mnie o zamiarach moich przełożonych i tych bezpośrednich i tych „wyżej” w dyrekcji. Z całą pewnością przyjąłabym to inaczej, mając odpowiednio wiele czasu na oswajanie się z myślą, że zakończył się ten okres mojego życia i mojej pracy.

Dzisiaj, kiedy to piszę już się pogodziłam z myślą, że mój czas na „moim oddziale” dobiegł bezpowrotnie końca. Myślę też, że podjęcie na tym oddziale decyzji o zwolnieniu mnie, a później jej akceptacja przez dyrektora, musiała jej autorów, choć na chwilę, postawić w sytuacji, w której nie wiedzieli jak się zachować. Widać jednak, że nie znali maksymy A. Słonimskiego, choć przecież pewnie mogą dziś uważać, że nie było to konieczne. Wszystko przecież odbyło się w zgodzie z normami prawnymi i obowiązującymi dziś standardami, budzącymi sprzeciw już tylko nielicznych.

Mimo to pozostają w mojej pamięci tylko dobre wspomnienia i do przeważającej większości moich koleżanek i kolegów kieruję tą drogą najlepsze myśli i życzenia. Także i takie, żeby nie musieli nigdy w przyszłości przeżywać chwil, które stały się moim udziałem.

Te same życzenia kieruję pod adresem tych, którzy dzisiaj podejmują różne decyzje, także o charakterze „ekonomicznym i oszczędnościowym” i tkwią w labiryncie praw i obyczajów, być może nie mając tego świadomości.

Lek. med. Halina JAKOBI-RÓŻ

## CO PISZĄ INNI

# MAM ODWAGĘ I JESTEM ZDETERMINOWANY

Rozmowa z ministrem zdrowia  
dr n. med. Konstantym RADZIWIŁŁEM

***Panie ministrze, zgodnie z deklaracjami składanymi przez Prawo i Sprawiedliwość w czasie kampanii wyborczej i pana wcześniejszymi wystąpieniami, zapowiada pan przywrócenie stażu podyplomowego lekarzy i lekarzy dentystów. Czy jest to technicznie możliwe, biorąc pod uwagę, że uczelnie już przygotowały nowe programy nauczania?***

Odpowiedź brzmi: tak i to prędko! Planuję szybką, niedużą nowelizację ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty, która przywróci staż podyplomowy. Kiedy likwidowano staż, obrońcy jego utrzymania przytaczali takie same argumenty, jakie padają i teraz. Lekarz potrzebuje oprócz studiów także praktyki. Dodatkowo problemem jest to, że student nie ma prawa leczyć, więc

nie może nabyć praktyki w sposób naturalny. Większość osób związanych z medycyną uważa, że przywrócenie stażu jest konieczne. Mówią o tym rektorzy i nauczyciele akademicki, samorząd lekarski i młodzi lekarze, a także większość studentów. Trudno więc sobie wyobrazić, żeby zapadła inna decyzja. Na szczęście był długi okres *vacatio legis* zapisany w ustawie i to pozwala stosunkowo bezkonfliktowo powrócić do rozwiązań wcześniejszych. Uważam, że trzeba staż poprawiać, ale jest po prostu niezbędny.

***Są jednak uwarunkowania finansowe. Rocznie na staż około 5 tys. młodych lekarzy i lekarzy dentystów przeznaczyć trzeba blisko 180 mln zł...***

Za tym, żeby decyzję podjąć już teraz, przemawia również argument „psychologiczny”. Jeżeli przywrócimy staż szybko, nie spowoduje to konieczności wystę-

powożenia o wzrost nakładów na ten cel z budżetu państwa, tylko będziemy kontynuować rozwiązanie, które było uwzględnione w budżetach poprzednich lat. Oczywiście wydatki na staż trzeba będzie przewidzieć w budżetach państwa na następne lata.

***Czy podejmie pan działania umożliwiające lekarzom z I stopniem specjalizacji wejście w system kontraktowania na takich samych zasadach, jakie dotyczą lekarzy specjalistów, np. przez zapewnienie im krótkiej ścieżki do egzaminu specjalizacyjnego?***

Odpowiedź wcale nie jest oczywista. Po pierwsze, taka możliwość przez wiele lat już istniała i część lekarzy, którzy teraz są w wieku 50+, z takiej krótkiej ścieżki nie skorzystała i chyba nie chce skorzystać. Poza tym mam poważne wątpliwości, czy dopuszczenie tych lekarzy do egzaminu, który musi być taki sam jak dla innych, będzie rzeczywiście rozwiązaniem ich satysfakcjonującym? W przypadku możliwości zaliczenia ich pracy jako równoważnej stażowi specjalizacyjnemu wątpliwości są mniejsze i takie rozwiązanie da się zaakceptować. Otwarte natomiast pozostaje pytanie, ilu z nich bez specjalnego przygotowania do tego egzaminu jest w stanie go zdać?

Odpowiedź wymaga szerszego spojrzenia. Jestem zdania, że filozofia wykonywania zawodów lekarza i lekarza dentystry sprowadza się do tego, że są oni obowiązani postępować zgodnie ze wskazaniami wiedzy medycznej, z nakazami sumienia i robić tylko to, co naprawdę potrafią. We wszystkich sytuacjach, w których lekarz ma świadomość, że zadanie przekracza jego kompetencje, musi odstąpić od wykonania go i poprosić o pomoc bardziej doświadczonego i kompetentnego kolegę, który powinien go zastąpić. To w gruncie rzeczy cytat z Kodeksu Etyki Lekarskiej i myślę, że taka zasada powinna być uwzględniana przy organizowaniu ochrony zdrowia. Niestety, dzisiaj przepisy prawa powodują, że lekarze mogą wykonać jakąś czynność lub świadczenie medyczne często tylko pod warunkiem, że mają określony certyfikat lub zaświadczenie potwierdzające specjalne uprawnienia.

***Może zmienić warunki kontraktowania?***

No właśnie, wydaje się, że to bardziej właściwy kierunek. Z jednej strony, byłbym zdecydowanie przeciwny zrównaniu „jedynkowiczów” z lekarzami, którzy mają pełną specjalizację. Trzeba bowiem widzieć sytuację również z perspektywy osób o wyższych kwalifikacjach. Takie zrównanie nie byłoby w porządku w stosunku do nich. Z drugiej strony, doświadczenie i umiejętności „jedynkowiczów”, którzy długo pracują w zawodzie, w swoich specjalnościach, należy docenić. Powinniśmy iść w takim kierunku, by wymagania związane z zawarciem kontraktu nie wychodziły poza uwarunkowania dotyczące jakości opieki i bezpieczeństwa pacjenta. Jeżeli z tym nie ma problemu, to moim zdaniem wymaganie przez płatnika specjaliza-

cji na poziomie pełnym, czyli dawnej dwójki, jest po prostu nieuzasadnione.

***Polska jest krajem, w którym istnieje największa liczba specjalizacji. Czy to dobry kierunek?***

Rzeczywiście powoli stajemy się rekordzistami. Niedługo nie będzie położników, pediatrów, internistów czy też chirurgów ogólnych i to jest na pewno duży problem. Myślę, że optymalna liczba specjalizacji to 50–60. Odpowiada ona m. in. liście uniijnych specjalizacji, czyli tych, które są w Europie uznawane automatycznie. Jednocześnie myślę, że trzeba także wrócić do idei węższych umiejętności. Istnieje ciągle niezrealizowana delegacja z ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentystry dla ministra zdrowia dotycząca wydania rozporządzenia w tej sprawie. Jest wiele środowisk, które dążą do tego, żeby uzyskać odrębną nazwę lub świadectwo, że posiadają dodatkową wiedzę czy umiejętności medyczne, które nie mieszczą się np. w zakresie specjalizacji. Jeżeli taka dziedzina znajdzie się na liście węższych umiejętności, to moim zdaniem znakomicie można te aspiracje zaspokoić. Wydaje mi się, że brak tej drugiej listy – listy węższych umiejętności, jest jednym z głównych powodów wywierania nacisków przez owe środowiska na kolejnych ministrów zdrowia, żeby tworzyli specjalności w nieraz bardzo wąskich dziedzinach, którymi się zajmują. Takie spojrzenie i stworzenie dwóch katalogów: specjalizacji i umiejętności, jest najlepszym kierunkiem.

Porządkowaniu list specjalności i umiejętności powinna towarzyszyć także regulacja, która będzie wprost mówić, że nie można ze względu na brak takiej czy innej specjalności nie dopuszczać lekarza do wykonywania określonych świadczeń. W wielu krajach, jeśli lekarz popełnia błąd, pyta się go, czy ma umiejętności wystarczające, bo robić to, co zrobił. Jeśli ma certyfikat potwierdzający umiejętności, można uznać, że nie podjął się zadania, którego nie potrafi wykonać. Tak jest np. w Niemczech. Wydaje się, że wprowadzenie podobnej zasady jest rozsądne i wówczas nacisk na tworzenie nowych specjalności nie będzie taki silny. Dzisiaj jest związany wprost z warunkami kontraktowania przez NFZ, który do umowy wymaga określonych świadectw i tytułów, ograniczając przez to możliwość kontraktowania.

***Reasumując, zagadnienie to znajdzie miejsce wśród pana działań zmierzających do porządkowania systemu?***

Zdecydowanie tak.

***Kontraktowanie?***

Czasu mamy bardzo mało, a zgodnie z ustawą mapy potrzeb zdrowotnych powinny być gotowe do końca I kwartału przyszłego roku (2016 – przyp. Red. opolskiej). Robimy wszystko, by kontraktowanie odbyło się zgodnie z realnym zapotrzebowaniem, wynikającym z przygotowywanych map potrzeb zdrowotnych. Ich



tworzenie jest mocno opóźnione, ale niestety taką sytuację zastałem, obejmując urząd. Można powiedzieć, że dzisiaj jeszcze nie wiemy, czy zdążymy. Wydaje się ponadto, że NFZ nie jest przygotowany do tego wieloletniego kontraktowania w połowie przyszłego roku (wieloletniego kontraktowania na podstawie map potrzeb zdrowotnych – przyp. red.). Najlepszym rozwiązaniem, które niestety ma też swoje wady, będzie zatem odsunięcie tego procesu, czyli aneksowanie umów na rok, aby dać sobie chwilę na uporządkowanie systemu. Decyzja o umożliwieniu aneksowania wszystkich umów do połowy 2017 r. już zapadła.

***Czy zamierza pan nowelizować ustawę o konsultantach medycznych? Wzbudzała duże emocje i chyba nie jest najlepsza...***

Myślę, że zdecydowanie tak, ale na pewno nie jest to zadanie na pierwsze dni urzędowania. Sądzę, że potrzebna jest dyskusja w środowisku medycznym o roli konsultanta i o tym kto, na jakich zasadach powinien nim być. Dzisiaj konsultanci są po prostu doradcami ministra albo wojewody, a to chyba nienajlepszy pomysł. Potrzebni są konsultanci w pełnym tego słowa znaczeniu, bardziej oddzieleni od urzędu czy organu, który ich powołuje. Żeby nie byli urzędnikami, tylko superspecjalistami o ogromnej wiedzy praktycznej i teoretycznej w swojej dziedzinie, służącymi radą ministrowi, ale także swoim środowiskom, np. w trudnych przypadkach. Powinni być również obiektywni i nie poddawać się naciskom. Myślę także, że wymagania ustawy dotyczące ujawniania stanu posiadania, aktywności, podróży itd. są mocno przesadzone.

***Kształcenie ustawiczne to duże wyzwanie dla środowiska, ale i dla ustawodawcy.***

Pragnę zrealizować bardzo uzasadniony postulat samorządu lekarskiego dotyczący zbierania tzw. punktów edukacyjnych. Uproszczenie tego systemu przez likwidację wewnętrznych ograniczeń zbierania punktów edukacyjnych za poszczególne rodzaje aktywności wydaje się niezwykle proste i zostanie dokonane jak najszybciej. To kwestia nowelizacji rozporządzenia w sprawie sposobów wypełniania obowiązku doskonalenia zawodowego.

***Lekarz właściwie nie ponosi konsekwencji niezbiierania punktów.***

Jestem przeciwnikiem wszelkich automatycznie stosowanych konsekwencji nieuczestniczenia w szkoleniach czy niezdobywania punktów przez lekarzy. Oczywiście nie znaczy to, że nie należałoby rozważyć kwestii częstszego „pytania” lekarzy o wywiązywanie się z tego obowiązku, np. w różnych sytuacjach zawodowych lekarz powinien okazać, że zbiera punkty. Dzisiaj ten obowiązek jest bardzo „miętko” egzekwowany, można powiedzieć, że mało kogo obchodzi. Dowodu spełnienia obowiązku ustawicznego kształcenia wymaga się czasem podczas konkursów na ordynatorów lub na inne sta-

nowiska, ale myślę, że można by ustalić, iż jest potrzebny np. do podpisania kontraktu. Również pracodawcy, zwłaszcza w placówkach ze znakiem jakości, powinni oczekiwać ustawicznego kształcenia od zatrudnionych lekarzy i lekarzy dentystów. Trzeba przyznać, że duża część lekarzy doskonali się w różny sposób, ale też niestety są tacy, którzy tego nie robią. Prawo ma to do siebie, że zawsze najbardziej musi koncentrować się właśnie na tych, którzy go nie przestrzegają. Dlatego trzeba coś zaproponować, by ich zachęcić do spełniania obowiązku, który jest zupełnie oczywisty, bo wynika z przyrzeczenia lekarskiego, z Kodeksu Etyki Lekarskiej i nie jest niepotrzebnie narzuconym wymogiem.

***Lekarze od dawna podkreślają, że powinni mieć zagwarantowany urlop szkoleniowy.***

Sądzę, że tak powinno być rzeczywiście. Jednak zwracam uwagę, że są miejsca, szpitale, w których lekarze mają takie prawo w ramach umowy o zatrudnieniu, a nawet w ramach kontraktu. Pragnę podkreślić, że gdyby był rzeczywiście solidny nacisk środowiska na problem urlopów naukowych, to postulat można by zrealizować nawet na poziomie lokalnym. Zgadzam się jednak, że docelowo takie rozwiązanie powinno znaleźć się w ustawie. Ulgi podatkowe za koszty kształcenia ustawicznego również.

***Czy będzie miał pan potrzebną siłę przebicia?***

Mówiąc o pomysłach dotyczących kształcenia, mam świadomość, że do przeprowadzenia tak daleko idących zmian potrzeba dużo odwagi i determinacji. Ja tę odwagę i determinację mam, czy uda mi się przekonać Radę Ministrów i parlament, czas pokaże. Jedną ze zmian, którą na razie trudno traktować jak konkretny projekt i którą chciałbym wprowadzić, jest przekazanie przynajmniej części obowiązków w zakresie kształcenia podyplomowego samorządowi lekarskiemu.

***Czy wieloletnia działalność w samorządzie lekarskim pomaga panu, czy przeszkadza w pełnieniu funkcji ministra zdrowia?***

Widzę przed sobą poprzeczkę ustawioną niezwykle wysoko i wiem, że oczekiwania są ogromne. Jednak gdybym nie stawiał sobie poprzeczek wysoko w całym swoim życiu, nie byłbym sobą, więc oczywiście moje doświadczenie w pracy w samorządzie lekarskim jest ogromnym plusem, czymś bardzo dla mnie ważnym. Nie zmieniłem się w dniu, w którym „przeprowadziłem” się na Miodową (bo tu się pracuje prawie całą dobę). Jako działacz samorządu chciałem służyć ojczyźnie, pomagając lekarzom i pacjentom. Samorząd lekarski z mocy konstytucji i ustawy działa przecież w interesie publicznym. Dlatego traktuję swoją pracę w ministerstwie jak kontynuację służby publicznej.

Rozmawiała Ewa GWIAZDOWICZ-WŁODARCZYK

(przedruk z „Pulsu” nr 12-1/15-16)

## 25 POSTULATÓW SAMORZĄDU LEKARSKIEGO DO MINISTRA ZDROWIA

1. Przywrócenie stażu podyplomowego.
2. Zmiany dotyczące specjalizacji.
3. Zmiany dotyczące sposobu dopełnienia obowiązku doskonalenia zawodowego lekarzy i lekarzy dentystów.
4. Zmniejszenie limitu przyjęć na kierunek lekarsko-dentystyczny.
5. Zwolnienie od opodatkowania podatkiem dochodowym od osób fizycznych świadczeń uzyskiwanych przez lekarzy i lekarzy dentystów w związku z uczestnictwem w nieodpłatnych szkoleniach organizowanych przez organy samorządu zawodowego.
6. Zapewnienie należytej ochrony tajemnicy lekarskiej.
7. Odbiurokratyzowanie pracy lekarza.
8. Zaprzestanie ustalania standardów medycznych w formie rozporządzeń ministra zdrowia.
9. Rewizja przepisów wprowadzających tzw. pakiet onkologiczny.
10. Zmiana systemu refundacji leków.
11. Liberalizacja przepisów dotyczących możliwości zatrudnienia lekarza i lekarza dentysty w praktyce zawodowej innego lekarza.
12. Prawidłowa wycena świadczeń zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych.
13. Ograniczenie finansowania ze środków publicznych skutków działania pod wpływem alkoholu, narkotyków oraz uprawiania sportów ekstremalnych.
14. Opiniowanie kandydatów na konsultantów krajowych przez samorząd lekarski.
15. Powołanie instytucji koronera.
16. Zmiana przepisów dotyczących prowadzenia list oczekujących.
17. Wznowienie prac nad nowymi wzorami dokumentów prawa wykonywania zawodu lekarza i prawa wykonywania zawodu lekarza dentysty.
18. Podjęcie negocjacji w sprawie jednoznacznego uregulowania zasad zwrotu izbom lekarskim kosztów ponoszonych na wykonywanie zadań przejętych przez samorząd lekarski od administracji publicznej.
19. Zmiana zasad finansowania zaświadczeń lekarskich o czasowej niezdolności do pracy z powodu choroby, pobytu w stacjonarnym zakładzie opieki zdrowotnej lub konieczności osobistego sprawowania opieki nad chorym członkiem rodziny.
20. Poszerzenie programów profilaktycznych.
21. Zwiększenie wynagrodzenia za świadczenia stomatologiczne dla dzieci i młodzieży finansowane ze środków publicznych.

22. Zmiana przepisów prawa atomowego dotycząca stosowania promieniowania jonizującego przez lekarzy dentystów.
23. Przywrócenie kształcenia w zawodzie asystentki stomatologicznej.
24. Zmiana dyrektywy Parlamentu Europejskiego i Rady 2001/83/WE w sprawie wspólnotowego kodeksu odnoszącego się do produktów leczniczych stosowanych u ludzi.
25. Nowelizacja rozporządzenia w sprawie podmiotów uprawnionych do zakupu produktów leczniczych w hurtowni farmaceutycznej.

\* \* \*

## PLANY DZIAŁANIA MINISTERSTWA ZDROWIA

1. Pilne problemy do rozwiązania:
  - informatyzacja służby zdrowia,
  - tworzenie map potrzeb zdrowotnych,
  - realizacja zobowiązań poprzedniego rządu, dotyczących podwyżek dla pielęgniarek,
  - anektowanie dotychczasowych umów (umowy z NFZ zostaną przedłużone maksymalnie do 30 czerwca 2017 r.).
2. Działania priorytetowe:
  - bezpłatne leki dla osób od 75 roku życia (prace nad projektem są zaawansowane),
  - odwrócenie komercjalizacji (ustawa o działalności leczniczej zostanie znowelizowana),
  - przywrócenie stażu podyplomowego lekarzy i zwiększenie liczby miejsc na studiach w języku polskim,
  - realizacja zagadnień z obszaru zdrowia publicznego, dotyczących m.in. profilaktyki zdrowotnej, promocji zdrowia oraz opracowania Narodowego Programu Zdrowia,
  - wprowadzenie zmian w pakiecie onkologicznym, ograniczających biurokrację i znoszących limity w leczeniu nowotworów.
3. Działania długofalowe:
  - finansowanie budżetowe i likwidacja NFZ (obecnie trwają prace analityczne, zaplanowano konsultacje z ekspertami),
  - wzmocnienie pozycji lekarza rodzinnego (w planach jest przygotowanie ustawy o podstawowej opiece zdrowotnej),
  - reforma ratownictwa medycznego (m.in. stworzenie zintegrowanego, publicznego systemu powiadamiania ratunkowego),
  - wprowadzenie zmian w obszarze badań klinicznych w drodze ustawy.

# KONSULTANCI KRAJOWI DO NATYCHMIASTOWEJ WYMIANY!

W dniu dzisiejszym z Biura Zarządu Ogólnopolskiego Związku Zawodowego Lekarzy otrzymałem maila z pismem wystąpieniem skierowanym do Ministra Zdrowia – Pana Doktora Konstantego Radziwiłła (*patrz poniżej – przyp. Red*). W liście dotyczącym ostatniej sesji Państwowych Egzaminów Specjalizacyjnych, Ogólnopolski Związek Zawodowy Lekarzy wyraził zaniepokojenie wynikami egzaminów specjalizacyjnych w tegorocznej jesiennej sesji.

Wyniki dotyczące niektórych specjalizacji są bardzo niepokojące, bo mogą świadczyć o bardzo niskim poziomie szkolenia lekarzy w Polsce! Na przykład egzaminu z anestezjologii i intensywnej terapii nie zdało aż 91% podchodzących do egzaminu lekarzy. Również, w innych wybranych specjalizacjach odsetek osób, które nie zdały testu bardzo często przekracza 50%!

Czy mamy tak niedouczone lekarzy, czy może testy są układane tak, aby jak największa liczba osób ich nie zdała?! Jeśli to poziom zdających lekarzy jest tak niski, to z pewnością za tak złe wyniki egzaminu swoimi stanowiskami powinni zapłacić krajowi konsultanci, którzy nie wywiązali się z powierzonych im zadań. A może nawet niektórzy z nich nie znają ich zakresu?

„Ustawa o konsultantach w ochronie zdrowia” jasno precyzuje zadania konsultantów. W artykule 9. ustawy możemy przeczytać, że to właśnie konsultanci krajowi prowadzą nadzór nad merytoryczną stroną doskonalenia zawodowego i szkolenia specjalizacyjnego lekarzy. To również oni sporządzają opinie dotyczące doskonalenia zawodowego lekarzy. Może warto te opinie upublicznić, na przykład drukując najciekawsze z nich w Gazecie Lekarskiej? Lekarze są niezmiernie ciekawi opinii konsultantów odpowiedzialnych za specjalizacje, w dziedzinach których większość egzaminowanych lekarzy nie zdała egzaminu. Ciekawe jak ci ludzie ocenią własną pracę? Jak się okazuje, na pewnych polach zupełnie bezwartościową, a wręcz szkodliwą dla systemu i polskich pacjentów.

Panie Ministrze, dla dobra pacjentów oraz polskiej służby zdrowia powinien Pan dokonać szczegółowego przeglądu osób pełniących tak odpowiedzialne funkcje. A tych, którzy odpowiadają za fatalny stan przygotowania zawodowego lekarzy, odwołać w trybie natychmiastowym. Ich miejsca powinni zająć specjaliści (niekoniecznie profesorowie), którzy zadbają o odpowiedni poziom kształcenia lekarzy i podniosą go z przepaści, w jaką w ostatnim czasie wpadł.

Za zły wynik specjalizacyjnych testów egzaminacyjnych może również odpowiadać wadliwe i nieodpowie-

dzialne przygotowanie testów za które również odpowiadają konsultanci krajowi.

Jak twierdzą zdający test lekarze, pytania układane były często tak, aby udowodnić zdającym, że niewiele wiedzą. Do dzisiaj wielkie emocje budzi tajność egzaminacyjnych pytań, których treść po ich ujawnieniu w wielu przypadkach mogłaby budzić rzeczywiście skrajne emocje. Osobiście pamiętam, jak przed laty w jednym z pytań testowych pytano lekarzy o prędkość przepływu płynu infuzyjnego przez dren w niebieskim wenflonie. Do wyboru było kilka prędkości wyrażonych w ml/sek, ale nie tylko... Również dzisiaj lekarze bezskutecznie walczą o to, aby pytania były po egzaminach ujawniane. Jak coś jest tajne, to wiadomo, że zawsze da się „coś zamieszać”. Ale to jeszcze inny temat, który warto w obecnej kadencji nowego rządu z pewnością poruszyć.

Wracając do tematu bardzo złego wyniku egzaminów specjalizacyjnych, przy okazji warto również głębiej zastanowić się nad tym, czy lekarz nie zdający specjalizacji z genetyki klinicznej, a zajmujący się, na co dzień leczeniem pacjentów musi wiedzieć, na jakim ramieniu, którego chromosomu znajduje się „delecja” w chorobie takiej, czy innej. Czy może lepiej dla jego przyszłych pacjentów, aby wiedział, jakiego leku ma użyć, jeśli pojawią się określone symptomy choroby?

Układający pytania często prześcigają się w ich komplikowaniu. Wielu lekarzy odnosi również wrażenie, że niektórym z nich wręcz dziką satysfakcję może sprawiać ułożenie pytania, na którym „wyłoży” się jak największa liczba zdających test medyków. Sytuacja lekarskich egzaminów specjalizacyjnych wygląda zupełnie inaczej na tzw. „zachodzie”, gdzie pieczę nad zdającymi cywilizowany test, sprawują cywilizowani profesorowie. Tam pytania są konkretne, a zadaniem egzaminujących nie jest udowodnienie niewiedzy kandydata poprzez zadawanie podchwytliwych i mających niewiele wspólnego z praktyką medyczną pytań, a sprawdzenie jego wiedzy. Egzaminujący układając pytania chcą sprawdzić praktyczną wiedzę kandydatów i w ten sposób udowodnić, że ci po zdanim egzaminu doskonale sprawdzą się, jako specjaliści – lekarze praktycy.

W Polsce mamy do czynienia z trwającą od lat patologią, gdzie duża grupa profesorów pełniących funkcję konsultantów stara się za wszelką cenę udowodniać swoją wyższość nad innymi. Jako dziennikarz miałem w życiu przyjemność poznać kilku konsultantów krajowych, do których mam pełny szacunek i pewność, że akurat tym osobom zależało na wysokim poziomie i nie potrzebowali patologicznej formy dowartościowania się w postaci układania pytań testowych, na które sami bez



odpowiednich źródeł nie znalazłby odpowiedzi. Miałem również okazję poznać kilku „bufonów”, którzy na zachodzie Europy, czy w USA, z różnych względów nigdy nie uzyskaliby posady zwykłego wykładowcy.

Ostatnie, szokująco złe wyniki PES i oburzenie OZZL pokazują, że nadszedł czas na zmiany. Jak mówią przepisy ustawy – obowiązkiem konsultantów krajowych jest sprawowanie nadzoru nad programem kształcenia lekarzy i jego merytoryczną realizacją. Jak widać po ostatnich wynikach Państwowych Egzaminów Specjalizacyjnych – wielu z nich nie wywiązało się z powierzonych im zadań. Kilka lat temu pisząc artykuł dla miesięcznika „Służba Zdrowia” udowodniłem, że niektórzy ze sprawujących wówczas funkcję konsultantów nich nie znali dokładnie programów specjalizacji, za które odpowiadali. W jednym z programów specjalizacji znajdował się staż w Poradniach Internistycznych, które już od kilku lat nie istniały! Oczywiście w krótkim czasie na ich miejsce Minister Zdrowia powołał ludzi bardziej odpowiedzialnych.

Panie Ministrze, jako lekarz specjalista i dziennikarz, przyłączam się do apelu środowisk medycznych. Proszę, aby przyjrzał się Pan dokładnie działaniom osób powołanych przez Pana poprzedników na stanowiska konsultantów, a kandydatów na nowych konsultantów dokładnie odpytał ze znajomości programów specjalizacji za które mają odpowiadać, a także z zakresu obowiązków, które nakłada na nich ustawa.

*Dr n. med. Marek DERKACZ, MBA*

*15 grudnia 2015 15:02*

*(przedruk z medexpress.pl)*

\* \* \*

#### OD REDAKCJI

W związku z reakcjami środowiska lekarskiego dotyczącymi ostatniej sesji egzaminacyjnej na ostatnim posiedzeniu Naczelnej Rady Lekarskiej (w dn. 15.I.br.) jej członkowie spotkali się z Dyrektorem Centrum Eg-

zaminów Medycznych w Łodzi dr n. med. Marianem Klenckim.

Dyrektor CEM przedstawił zestawienie dotyczące wyników większości egzaminów testowych w ostatniej sesji. Okazało się, że anonse prasowe dotyczące wyników tych egzaminów nie do końca odpowiadają faktom. Rzeczywiście w niektórych specjalnościach sporo było osób, które nie przeszły siła testowego. W większości jednak dotyczyło to tych, którzy zdawali te egzaminy po raz drugi, trzeci lub en-ty (obecny system pozwala bowiem na nieskończoną liczbę powtórnych podejść do testów). W przypadku tak głośnej medialnie anestezjologii do egzaminu testowego przystąpiło dwukrotnie więcej lekarzy, którzy startowali do niego po raz kolejny w stosunku do tych, którzy zdawali go po raz pierwszy i z tej ostatniej grupy nie zdało tylko kilka osób. Nadto – tak, jak o tym mówił Konsultant Krajowy z Anestezjologii – większość tych, którzy nie zdali testu, nie zdało również egzaminu europejskiego, jaki jest prowadzony dla tej specjalności.

Tym nie mniej cała sprawa wywołała żywą dyskusję Naczelnej Rady o systemie kształcenia podyplomowego lekarzy i lekarzy dentystów. Zgodzono się co do tego, że jeśli Samorząd Lekarski ma wziąć na siebie odpowiedzialność za całość kształcenia podyplomowego (czego od szeregu lat się domaga), lub nawet jeśli tylko ma w nim współuczestniczyć, to nadeszła najwyższa pora dokładnie przeanalizować wszystkie aspekty tego procesu – od programów specjalizacyjnych (podnoszono m. in. kwestię fikcyjnego zaliczania procedur operacyjnych przewidzianych specjalizacją, których nie można zrealizować z powodów oczywistych), poprzez kwalifikacje ośrodków prowadzących specjalizację oraz kierowników specjalizacji, aż po sposób tworzenia i jakość pytań testowych oraz ujednolicenie wymagań komisji egzaminacyjnych (bo o tym też mówiono, że są ośrodki szczególnie ostro traktujące egzaminowanych).

*Jerzy B. LACH*

## KSIAŻECZKA ZDROWIA DZIECKA. POTRZEBNA CZY NIE?

**Joanna Szelaąg, ekspert Federacji Porozumienie Zielonogórskie i Kolegium Lekarzy Rodzinnych**

Jeszcze nigdy nie zdarzyło się, żeby biurokracja poprawiła w jakikolwiek sposób jakość leczenia. Książeczka zdrowia jest dublowaniem dokumentacji, a od wypełniania papierów nie poprawia się jakość, lecz ubywa czasu lekarzom. W dobie informatyzacji, kiedy wszystko idzie w kierunku elektronicznego przepływu informacji, drukujemy 400 tys. 68-stronicowych książeczek. To nieporozumienie.

Słyszałam taką wypowiedź, że dzięki książeczkom dzieci nie będą umykały spod opieki. Tylko że książeczka z dzieckiem do lekarza nie przyjdzie. To, że rodzic dostanie ją do ręki, niewiele zmieni w jego podejściu do opieki zdrowotnej potomstwa. Pomógłby nam dostęp do dokumentacji elektronicznej. Gdyby funkcjonowała platforma elektroniczna, każdy lekarz, do którego trafi dziecko, miałby wiedzę na temat szczepień, przyjmowanych leków czy uczuleń. Widziałby o przebytych chorobach i przyczynach hospitalizacji.

► Natomiast wpisywanie tego w dokumentację własną, a później przepisywanie do książeczki mijają się z celem. Warto postawić pytanie, co zrobić z pacjentem, który nie przyniesie książeczki. Czy mamy w takiej sytuacji odesłać go do domu?

Książeczka jest pełna szczegółowych danych nieprzystających do współczesności. Jest to próba stworzenia iluzorycznego poczucia bezpieczeństwa. Wyśiłki powinny zmierzać raczej w tym kierunku, aby opracować w końcu elektroniczny system przepływu informacji.

### **Prof. dr hab. med. Alicja Chylicka, prezes Polskiego Towarzystwa Pediatrycznego**

Obecnie jest tak, że już po roku życia dziecka nikt nie wie, w jakim stanie się urodziło, co działo się przy porodzie oraz kto i jak je w ciągu ostatnich 12 miesięcy leczył. Owszem, wprowadzenie książeczki zdrowia dziecka dla lekarzy POZ oznacza większy biurokratyczny wysiłek, ale trzeba go podjąć dla dobra dziecka. Myślę, że lekarze rodzinni jednak się nad tym pochylą i w jakiś sposób wygospodarują czas.

Wiem, że jest go zbyt mało, wiem, że lekarzy również jest za mało, ale z całym szacunkiem, dla mnie, jako pediatry, dobro dziecka jest najważniejsze.

Nowe książeczki zdrowia dziecka są maksymalnie uproszczone, stawia się tylko krzyżyki i wpisuje daty, co sprawia, że nie są one aż tak czasochłonne.

Argument, że jest to krok wstecz, jest nietrafiony. Cyfryzacji jak dotąd nie ma. Moglibyśmy mówić o cofaniu się, gdyby dokumentacja cyfrowa już funkcjonowała. Trzeba też mieć świadomość, że w sytuacji, kiedy zostanie w końcu uruchomiona platforma e-zdrowie, natychmiast zostanie wdrożona cyfrowa wersja książeczki zdrowia dziecka. Na czas przejściowy dla dobra dzieci trzeba im założyć papierowe. Ministerstwo Zdrowia ma na to pieniądze i, trzeba to jasno powiedzieć, nie będą one wyrzucone w błoto. Dobrze poprowadzone dziecko mniej choruje, a żeby to osiągnąć, lekarz, do którego trafi, musi wiedzieć wszystko, co jest związane z wcześniejszymi diagnozami i z wcześniejszym leczeniem.

Czasem zdarza się, że matki o różnych kwestiach nie pamiętają albo mogą coś pomylić. Nie można opierać się na ich wiedzy. Musi być wpis lekarski. Podnoszony jest również problem, że matki mogą zgubić książeczkę. To prawda, i dziecko wtedy poniesie szkodę. Nie wszyscy rodzice są aniołami, ale zdecydowana większość będzie dbać, aby mieć książeczkę podczas każdej wizyty z dzieckiem u lekarza.

### **Marek Michalak, Rzecznik Praw Dziecka**

Książeczka zdrowia dziecka jest bardzo istotnym elementem systemu monitorowania losów dziecka. Zarówno ona, jak i wprowadzone standardy około-

porodowe są dwoma z trzech kluczowych elementów uszczelniania systemu, o które skutecznie zabiegałem. Aktualnie konieczne jest zintensyfikowanie prac nad wdrożeniem standardów opieki pediatrycznej, które określą m. in., kiedy i jakie badania należą się dzieciom. Jednolite uregulowania wzmocnią opiekę medyczną nad dziećmi, jednocześnie najmłodszy pacjent „nie zgubią się” w systemie.

Nadanie książeczce rangi państwowej dokumentacji medycznej pozwoli na gromadzenie w sposób jednolity informacji o stanie zdrowia dziecka, przebiegu jego leczenia, szczepieniach, badaniach bilansowych czy przebytych zabiegach. Zwłaszcza w sytuacjach nagłych będzie to ogromna pomoc dla lekarzy, ponieważ, jak pokazuje praktyka, szybki dostęp do informacji o stanie zdrowia i przebiegu dotychczasowego leczenia często ma istotny wpływ na ratowanie ludzkiego życia.

Dotychczas książeczka była jedynie elementem dobrej praktyki oddziałów noworodkowych. Jednak jej forma i zawartość były różne, a informacje o stanie zdrowia dziecka nierzadko pozostawały tylko w wewnętrznej dokumentacji poradni czy oddziału szpitalnego. Dziecko musi mieć zapewniony najwyższy standard opieki medycznej. Gdy nagle trafia do szpitala, rodzice nie zawsze pamiętają, czy i kiedy było szczepione, nie potrafią przypomnieć sobie nazw leków, jakie dziecko zażywało itp. Są to istotne informacje, których przekazanie nierzadko ratuje życie. Książeczka to również ważny element zapobiegania zjawiskom przemocy i zaniedbywania dziecka (terminowość zgłoszeń na badania kontrolne, powtarzające się drobne urazy, wykonanie zaleceń lekarza itp.). Pomoc może ona monitorować losy dziecka już od urodzenia, m. in. pod kątem zapewnienia mu właściwej opieki medycznej. To także ważny element profilaktyki. Dzięki niej rodzice czy opiekunowie będą mieli wiedzę, jakich świadczeń i na jakim etapie rozwoju mogą domagać się dla swojego dziecka.

### **Bożena Janicka, prezes Porozumienia Pracodawców Ochrony Zdrowia**

Od lat słyszymy, że idziemy w kierunku dokumentacji elektronicznej. Były zapowiedzi, że pacjent będzie miał swój portal, miejsce, do którego będzie miał, podobnie jak lekarz, dostęp. Elektronika ma nam pomóc, aby dokumentacji papierowej było jak najmniej. Przyjmujemy zatem książeczkę zdrowia dziecka, która zawiera ponad 60 stron, jako zaprzeczenie idei informatyzacji. Jest to kolejny przejaw papierologii, obciążenia lekarza biurokratycznymi obowiązkami. Dzisiaj odnotowuję wszystko we własnej dokumentacji oraz w sprawozdawczości do NFZ. Od stycznia będę wszystko wpisywała po raz trzeci.

Nie jesteśmy przeciwni udostępnieniu informacji dla pacjenta, tylko formie, w jakiej ma to być przekazywane. Mamy w tej chwili ZIP, gdzie pacjent może sprawdzić wizyty, kontrole. W jakim celu tworzony jest kolejny papier?

Jestem pediatrą już wiele lat. Rzeczywiście jest grupa pacjentów dbających o posiadanie książeczki szczepień, która nie jest obligatoryjna. Doświadczenie pokazuje jednak, że im dziecko starsze, tym mniej tych książeczek na bilanse i szczepienia jest przynoszonych.

Z książeczką mamy jeszcze jeden problem. Jest wpisana w rozporządzeniu jako dokument obligatoryjny. Oznacza to, że jeśli matka, zabierając dziecko na szczepienie, zapomni jej, to w świetle rozporządzenia dziecko nie zostanie zaszczepione. Obecnie mamy taki dokument jak karta uodpornień, gdzie wszystkie szczepienia są odnotowywane. Nawet jeśli książeczka zostanie zgubiona, to bez większego problemu można dane dla rodziców skopiować.

Książeczka zaczyna obowiązywać od 1 stycznia. Nie budzi wątpliwości, że dzieci urodzone po tym terminie będą na oddziałach taką książeczkę dostawały. Nie otrzymałam jednak odpowiedzi, co z dziećmi i młodzieżą podlegającą pod nadzór profilaktyczny jeszcze przed 1 stycznia. Czy tym pacjentom również będzie wydawana książeczka, czy będzie ona uzupełniana, kto to robi, czy też pozostaną na takim statusie jak dzisiaj? Poza tym co się stanie, jeśli matka zgubi książeczkę lub zostanie ona zniszczona? Czy będzie odtwarzana? Jeśli zostanie zgubiona, to dziecka nie będziemy szczepić? Pytań jest wiele, zaś odpowiedzi brak.

Średnio rocznie rodzi się w Polsce 400 tys. dzieci. Nawet, jeśli weźmiemy pod uwagę tylko noworodki urodzone w 2016 r. i przyjmiemy, że wydanie książeczki będzie kosztowało 10 zł, są to 4 mln zł. Może lepiej te pieniądze spożytkować na zakup dobrych skojarzonych szczepionek, a nie na papier, który połowa rodziców wrzuci do szuflady i zapomni, że coś takiego jak książeczka zdrowia dziecka w ogóle istnieje?

### **Agnieszka Jankowska-Zduńczyk, konsultant krajowy w dziedzinie medycyny rodzinnej**

Wychodzę z założenia, że dokumentacja medyczna powinna być maksymalnie uproszczona, zarówno w sensie informacyjnym z punktu widzenia pacjenta, jak i organizacyjnym i wykonawczym z punktu widzenia lekarza. Dublowanie dokumentacji medycznej ma sens, kiedy jest to uzasadnione rzeczowymi, praktycznymi argumentami. W przypadku tej książeczki,

w której z założenia mamy duplikować informacje z dokumentacji medycznej indywidualnej, ciężko takie uzasadnienie znaleźć.

Problem polega na tym, że mnie jako konsultanta krajowego w dziedzinie medycyny rodzinnej nikt nie zapytał o opinię. Jestem zażenowana takim sposobem pracy nad dokumentacją medyczną. Przecież to właśnie specjaliści medycyny rodzinnej, realizujący zadania wynikające z umów z NFZ, prowadzą badania bilansowe oraz sprawują opiekę nad dziećmi w ramach podstawowej opieki zdrowotnej.

Oczywiście zdaję sobie sprawę, że dokumentowanie udzielanych świadczeń jest bardzo istotne, ale nie może utrudniać realizacji zadań najważniejszych, czyli badania pacjentów. Dla nas każda minuta jest cenna. Z punktu widzenia praktyka, który po przyjęciu przez kilka godzin kilkudziesięciorga dzieci właśnie wyszedł z gabinetu, nie dostrzegam uzasadnienia dla poświęcania czasu na przepisywanie dokumentacji lekarskiej. Liczę, że minister zdrowia jeszcze raz pochyli się nad tym rozporządzeniem i uracjonalni dokumentację medyczną w zakresie książeczki zdrowia dziecka. O to będę wnosila.

### **Prof. nadzw. dr hab. med. Elżbieta Pac-Kożuchowska, konsultant wojewódzki w dziedzinie pediatrii województwa lubelskiego**

Uważam, że książeczka zdrowia dziecka jest dokumentem nie tylko potrzebnym, ale niezbędnym – dającym możliwość nadzoru nad stanem zdrowia dziecka, nadzoru nad działaniami profilaktycznymi. Jest dokumentem, w którym wpisywane są ważne dane, dotyczące szczepień, przebytych chorób, w tym zakaźnych, oraz te określające prawidłowy rozwój fizyczny dziecka (waga, wzrost).

Książeczka, wędrując z pacjentem, ułatwia stały i jednolity nadzór nad nim. Jako konsultant wojewódzki dążę do zwiększenia liczby specjalistów z zakresu pediatrii. Bo to oni, nadzorując opiekę nad pacjentem w wieku 0–18 lat, wpływają na zdrowie przyszłych pokoleń. To pediatrzy widzą potrzebę posiadania jednolitej, standardowej dokumentacji medycznej pod postacią książeczki zdrowia. Powinniśmy zadbać o przywrócenie jej do łask i uświadamiać rodzicom i lekarzom POZ, jak ważny jest ten dokument i jego prawidłowe prowadzenie. Myślę, że mimo dodatkowego obowiązkowego wypełniania książeczki ułatwi ona również pracę lekarzom rodzinnym, sprawującym opiekę nad dzieckiem.

*Jerzy DZIEKOŃSKI*

(przedruk z „Medical Tribune” nr 12/15)



# OPOWIADAM SIĘ PRZECIWKO MOWIE NIENAWIŚCI WOBEC LEKARZY

O narastającym zjawisku agresji pacjentów wobec lekarzy oraz strategiach radzenia sobie z przemocą z prof. zw. dr. hab. dr. h.c. Brunonem HOŁYSTEM, kryminologiem i prezesem Polskiego Towarzystwa Suicydologicznego, rozmawia Jacek WYKOWSKI

**MT: Według większości badań ponad połowa polskich lekarzy doświadczyła przemocy ze strony pacjentów lub ich rodzin. Skąd się bierze ten negatywny trend?**

PROF. BRUNON HOŁYST: O wiktylizacji pacjentów przez lekarzy mówi się dość dużo. Zapomina się jednak o sytuacji lekarza. Z agresją najczęściej spotykają się ci z pogotowia ratunkowego i dyżurni szpitali. Negatywny trend potwierdzają angielskie badania ankietowe 1093 lekarzy ogólnie praktykujących (*general practitioners*). Wynika z nich, że niemal 63% spotkało się z jedną z form agresji w poprzednim roku. W zdecydowanej większości przypadków (91,3%) była to agresja słowna. Pacjenci stanowili 56,9% agresorów, rodziny pacjentów – 37,6%, zaś osoby postronne – 5,4%. Co ciekawe, przyczyną 70% zachowań agresywnych był wpływ alkoholu lub narkotyków, lęk i niepokój lub choroba psychiczna. Dopiero na czwartym miejscu było długie czekanie.

**Jednak stosowanie używek, lęki, choroby psychiczne pacjentów oraz niedomaganie systemu są dość powierzchownym wyjaśnieniem problemu.**

Owszem. Po pierwsze, pacjenci stali się bardzo roszczeniowi i nierzadko żądają od lekarzy tego, czego oni dać nie mogą. Obwiniają ich za długie kolejki, krótki czas konsultacji, przewlekłe procedury. Po drugie, są przekonani, że lekarz jest cudotwórcą i od razu ich wyleczy. Gdy okazuje się, że „uzdawianie” wymaga czasu i wysiłku, budzą się negatywne emocje. Po trzecie, człowiek chory nieco traci kontakt z rzeczywistością – rodzi się przekonanie, że wszyscy są przeciwko niemu, włącznie z lekarzem, który nie chce wykonywać jego poleceń. Lekarze są dziś w trudnej sytuacji. Na dodatek nie pomagają im opinie publiczne, która najczęściej jest skierowana przeciwko nim, i to z reguły bez wysłuchania wszystkich stron.

**Jak lekarz powinien reagować na agresora, który krzyczy i obraża?**

Może to, co powiem, nie będzie popularne, ale przede wszystkim powinien starać się mieć tolerancyjne spojrzenie, stać trochę obok. Pacjent jest w dużej mierze uzależniony od lekarza. A ten musi być uosobieniem spokoju i wykazywać wielką kulturę. W jego rękach jest zdrowie człowieka. Jeżeli pacjent jest zbulwersowany,

należy starać się go uspokoić, zneutralizować takie zachowanie, pomóc w zrozumieniu sytuacji, nie podnosić temperatury agresji. Lekarzowi nie wolno przykładać tej samej miary do pacjenta i do siebie. Chyba, że dochodzi do rękoczynów, wtedy trzeba działać w obronie własnej. Oczywiście takie opanowanie wymaga wysiłku. Ale lekarz, podobnie jak policjant, jest na służbie. Nagromadzonych emocji nie należy wyładowywać w pracy – można w wolnych chwilach biegać, pływać czy nawet boksować.

**Zalóżmy, że pan jest lekarzem, a ja pacjentem – wchodzę do gabinetu, krzyczę, podważam pana kompetencje, obwiniam za wady systemu. Co pan robi?**

Spokojnym tonem mówię: „Proszę pana, proszę się uspokoić. Sytuacja nie wygląda tak źle, a ja chcę panu pomóc. Proszę mi nie utrudniać działania. Pana zdrowie jest naszym wspólnym dobrem i obaj mamy jeden, ten sam cel. Porozmawiajmy spokojnie, może się pan napije kawy, herbaty?” – czymś trzeba takiego pacjenta zaskoczyć. A czym można zaskoczyć? Dobrocią. Miałem kiedyś sytuację, że student brzydko odezwał się do mnie po egzaminie. Na dodatek niewiele umiał. Wystawiłem mu ocenę dostateczną i wezwałem na rozmowę. Powiedziałem: „Postawiłem panu trójkę, żeby pan nie myślał, że się mszczę. Proszę jednak, by pan w swoim życiu więcej tak nie postępował, bo wygeneruje to panu olbrzymie trudności”.

Nigdy też nie powiedziałem żadnemu studentowi, że jest durniem. Nawet w przypadku rażącej niewiedzy czy niekompetencji mówiłem, że ma inną inteligencję. W rozmowie takie niuanse są bardzo istotne. Czasami nawet wychodzą z tego zabawne sytuacje. Jeden ze studentów pochwalił się w domu, że według profesora ma inną inteligencję. „Synku, to po mnie” – odpowiedziała mama.

**A jak lekarz powinien reagować na szantaż? Agresywny pacjent straszy policją, sądem, rzecznikiem praw pacjenta...**

Ja bym odrzekł tak: „Jeżeli uważa pan, że jako lekarz postępuję źle, może pan to zgłosić. Czy nie wolałby pan jednak porozmawiać ze mną o ratowaniu pańskiego zdrowia? Czy musimy angażować w niuanse leczenia kogoś obcego, kto nam tego nie ułatwi?”.

Jestem przekonany, że gdyby lekarz tak przemówił do pacjenta, to większość sporów udałoby się załagodzić. Jeżeli lekarz będzie ujmował się ambicją, wtedy nie powstanie żadna płaszczyzna porozumienia. Gdy zderzą się ze sobą dwa samochody jadące z dużą prędkością, łatwo przewidzieć skutki takiego wypadku. Za-

wsze jest lepiej, gdy jeden kierowca będzie mądrzejszy i będzie jechał wolniej.

### **Agresja wobec lekarzy „wylewa się” często poza szpitale i przychodnie.**

Jestem przeciwny mowie nienawiści bez względu na miejsce i sytuację. Powinniśmy mieć tendencję do zrozumienia drugiego człowieka bez używania słów wskazujących na jakąkolwiek nienawiść. Od czasu do czasu obserwuję w mediach nagonkę na lekarzy. To nie powinno mieć miejsca. Lekarz to zawód wielkiego ryzyka, bo zdrowie jest naszym najcenniejszym kapitałem. Ludzi, którzy o ten kapitał dbają, należy otaczać szacunkiem. Czarne owce zdarzają się wszędzie, ale nie wolno generalizować. Opowiadam się przeciwko mowie nienawiści szczególnie wobec lekarzy, bo to osłabia ich dobrą wolę służenia pacjentom i sprzyja wypaleniu zawodowemu.

### **Agresja w placówkach ochrony zdrowia to nie tylko problem Polski. W USA i w Europie Zachodniej montuje się kamery, zatrudnia więcej pracowników ochrony i nierzadko uczy samoobrony.**

Ma to duże znaczenie profilaktyczne lub dla celów dowodowych – jestem zwolennikiem używania takich środków w prewencji kryminalnej. Potencjalny agresor musi się liczyć z konsekwencjami, a sam fakt kamer czy obecności pracowników ochrony hamuje agresywne tendencje. Mimo to nie upatrywałbym w kontroli antidotum na przemoc. Kamery wszędzie nie sięgną – podstawą powinno być solidne wychowanie.

### **Od wielu lat trwa spór o genezę agresji. Jedni twierdzą, że agresja wypływa z naszej natury i jest instynktowna, inni, że się jej uczymy. Jakie jest pana zdanie?**

Podłoże biologiczne gniewu i wściekłości jest określone zaledwie w przybliżeniu i wciąż istnieje w tej kwestii wiele nieporozumień. Z obserwacji klinicznych wiadomo, że istotną rolę w regulacji agresji odgrywają ciało migdałowate, hipokamp i otaczająca je kora płata skroniowego. Istnieją też dane mówiące o roli śródmózgowia w tym procesie. Wyzwalane na tych poziomach neurony są hamowane przez neurony GABA-ergiczne, które pozwalają kontrolować agresję. Dużą rolę pełnią też hormony: serotonina, noradrenalina, acetylocholina czy neuropeptydy. Niezależnie od biologicznych uwarunkowań uważam jednak, że agresji głównie się uczymy. Człowiek kulturalny i stabilny emocjonalnie nie zmienia radykalnie swoich postaw, nawet w obliczu nagromadzenia sytuacji stresowych.

### **Czy podniesiony ton możemy nazwać agresją? Czy agresję należy próbować usprawiedliwiać i rozgrzeszać?**

Jeśli ktoś podnosi głos, są to już pewne śladowe formy przemocy, ponieważ stwarza nienaturalną sytuację. My teraz rozmawiamy normalnie, ale gdyby któryś z nas uniósł się, bo nie odpowiadałby mu pogląd rozmówcy,

to byłaby to reakcja co najmniej niekulturalna. Człowiek zawsze powinien starać się być taktowny. Agresję można usprawiedliwiać, ale nie rozgrzeszać. Pamiętajmy, że jest ona przejawem psychicznej słabości, bardzo często jest reduktorem lęku – najtrudniejszej do zniesienia emocji. Wobec słabszych powinniśmy być życzliwi.

### **Nawet, gdy ten słabszy pana obraża?**

Jeśli mam wysokie poczucie własnej wartości, rzadko kiedy będę czuł się obrażony. Obrazić mnie może ktoś mi równy, na określonej płaszczyźnie, np. inny profesor z tej samej czy pokrewnej dziedziny. Sam fakt używania w dyskusji agresji „ustawia” mojego rozmówcę w pozycji osoby słabszej psychicznie, gorzej radzącej sobie z własnymi emocjami. W takich wypadkach mogę jedynie (albo aż) czuć się niekomfortowo, natomiast nie będę czuł urazy czy szczególnej złości. Mam jeszcze jedną zasadę: zawsze zakładam, że mój rozmówca jest ode mnie mądrzejszy. Często przedstawiciele różnych środowisk naukowych mówią o sobie: my, uczeni. Ja się za uczonego nie uważam. Jestem co najwyżej wyrobnikiem naukowym.

### **Mówił pan, że zachowań agresywnych się uczymy. Odnoszę wrażenie, że w dzisiejszym świecie to bardzo skuteczna, o ile nie najsukcesywniejsza, strategia zaspokajania własnych potrzeb – wszak z pokojowo demonstrującymi politycy rozmawiają rzadziej niż z tymi agresywnymi. Może społeczeństwo i decydenci zbyt często nagradzają agresywnych?**

Może nie nagradzają, ale akceptują i tolerują. Istnieje fałszywe przekonanie, że jeżeli ktoś nie stosuje siły, jest kulturalny, świadczy to o jego słabości, ułomności. Siła słowa jest siłą słabą. Do wyobraźni opinii społecznej bardziej przemawia przemoc, niż argumenty słowne. Agresja jest w tej chwili zjawiskiem dnia codziennego. Proszę zauważyć, że nawet w systemie wychowawczym dominuje postawa „Nie daj się!”, „Kaziu, jak cię uderzy inne dziecko – oddaj mu”. W ten sposób modeluje się dziecko jako herosa, które poprzez agresję dba o własne bezpieczeństwo. Nie zastosujesz przemocy – będziesz nikim, by coś w życiu osiągnąć, trzeba rozpychać się łokciami, itd. Kiedyś się mówiło – dziecko, bądź mądre. Uważano, że to wiedza stwarza perspektywę rozwoju, a agresywne zachowanie ten rozwój utrudnia. Sam pochodzę z rodziny nauczycielskiej i nigdy nie uczono mnie w domu, że jak ktoś mnie uderzy, to mam oddać. Zawsze są mądrzejsze rozwiązania – można zgłosić problem nauczycielowi, rodzicom czy zwyczajnie unikać agresywnych czy konfliktowych osób. Obecnie obserwujemy upadek systemu wartości, zanika aksjologia, rozmywają się autorytety. Już dawno stwierdzono, że postindustrialne społeczeństwo rozwiniętej demokracji niesie za sobą nieuniknioną dezorientację, relatywizm i chaos w sferze wartości życiowych oraz norm moralnych. Poprzez zbrutalizowany system reakcji społecznych osoby kulturalne są zwyczajnie pokrzywdzone. Jedynie dojrzałe

► jednostki są w stanie wytworzyć w sobie na tyle silne punkty odniesienia, że w takich okolicznościach – by nie tracić – nie będą musiały odwoływać się do zachowań agresywnych.

### **Jak zatem przeciwdziałać tak pojętej brutalizacji?**

Można choćby apelować, by media nie czyniły z mowy nienawiści atrakcyjnego towaru na sprzedaż. Agresja między dwiema osobami nie ma takiego zasięgu społecznego jak informacja medialna o niej. Zawsze stoję na straży pewnego ładu moralnego, społecznego. Nie wolno nikogo obrażać, trzeba sprawdzić fakty, nie należy zbyt nagle nękać własnych niepowodzeń, krzywd. Kiedyś swoje klęski przeżywało się w samotności. Dziś mamy kulturę otwartości, braku oporów moralnych, wolności wypowiedzi. Łatwo się tym zachłusnąć i zapomnieć o takcie, elegancji, potrzebie prywatności.

### **W mediach coraz częściej odbywają się lincze. W tych medialnych nagonkach nierzadko uczestniczą psycholodzy. Czy stawianie wyroku bez realnej diagnozy i znajomości człowieka jest etyczne?**

Wszystkie takie nieprawidłowości godzą w etykę zawodową, w moralność i należy ich unikać. Dla czysto-

ści życia publicznego trzeba odchodzić od wszelkich radykalnych form komunikacji niemających nic wspólnego z rzeczywistością. Publiczne lincze w mediach to także jeden z przejawów agresji. Gdy jeszcze są nagłaśniane, w istotny sposób sprzyjają patologizowaniu więzi społecznych.

### **Problem ludzkiej agresji próbował rozwiązać w 1961 r. Stanisław Lem, pisząc „Powrót z gwiazd”. W świecie przyszłości Lema eliminowano agresywne instynkty poprzez betryzację – zabieg chemiczny na mózgu wykonywany w dzieciństwie. Pan chyba jednak zwolennikiem aż takich radykalizmów nie jest?**

Pewna doza agresji jest człowiekowi potrzebna, ale obecnie zjawisko to wykracza daleko poza niezbędne ramy. Uważam, że mowa i czyny nienawiści w końcu ulegną spowolnieniu i się zatrzymają – niekoniecznie stanie się to w wyniku chemicznej czy genetycznej kastracji agresji. Obstawiam, że już następne pokolenie zrozumie, że brutalizacja nie prowadzi do rozwoju. Ludzie będą poszukiwali innych form zaznaczenia własnej egzystencji, pozycji, poglądów. Wróci wtedy moc słownych argumentów i siła czynienia dobra.

(przedruk z „Medical Tribune” nr 12/15)

## **NAGRANI Z UKRYCIA**

Iwona C, lekarz pediatra z wieloletnim stażem – najwięcej niezdrowych emocji, które nie pozwalały uwolnić się jej od myśli o pracy nawet w wolnym czasie, generowali opiekunowie małych pacjentów.

Typowy obraz problemowej wizyty lekarskiej wyglądał następująco – do gabinetu wchodzi matka z chorym dzieckiem. Nie pozwalając na spokojne przeprowadzenie badania, od progu narzuca styl i kierunek rozmowy, oznajmiając, co dolega jej dziecku. Podjęta przez lekarzkę próba zebrania szczegółowego wywiadu, przeprowadzenia badania spotyka się zazwyczaj wręcz z alergiczną reakcją: „Przecież wiem, co dolega mojemu dziecku, szkoda czasu na badania, a w ogóle to się spieszymy, proszę wystawić receptę”. Zdarzyło się kiedyś, że ojciec dziecka po przyjściu do gabinetu z rozbijającą szczerością obwieścił rozpoznanie choroby, pokazując jako dowód smartfon, na którym wgrany był program „rozpoznający” schorzenia na podstawie wpisanych objawów.

### **Manipulacja**

Pewnego jesienno-go dnia do lekarki zgłosiła się matka ze swoją kilkuletnią córką, która – jak utrzymywała matka – była tak chora, że musiała znaleźć się natychmiast w szpitalu. Iwona C. po zbadaniu dziecka stwierdziła, że cierpi ono na przeziębienie. Szpital jest w tym wypadku niepotrzebny, a nawet niewskazany, wystarczy, jeśli dziecko będzie przebywać w domu i zażywać przepisane leki.

Diagnoza rozwścieczyła matkę. Odbyła się mało przyjemna rozmowa, w której podniesionym głosem kobieta wyraziła opinię, oczywiście negatywną, o kompetencjach pani doktor, a zakończywszy swój monolog dającym do myślenia: „Ja panią jeszcze załatwię”, wyszła z gabinetu, trzaskając drzwiami.

Lekarka była roztrzęsiona, dlatego aby się uspokoić, postanowiła przez chwilę nie przyjmować następnych pacjentów. Po kilku minutach matka dziewczynki znów wtargnęła do gabinetu i kłaniając się od progu, powiedziała grzecznie: „Dzień dobry”. Iwona C, myśląc, że oto rozpoczął się właśnie kolejny akt żenującego spektaklu, wykrzyczała (nerwy miała napięte już do granic wytrzymałości): „Proszę stąd iść, nie przyjmę pani, dziecko nie nadaje się do szpitala...!”.

Matka dziecka: „Może pani doktor chociaż je zbada?”.

Pani Iwona: „Nie ma takiej potrzeby” (dziecko było już zbadane wcześniej).

Na tym ta druga, dziwna wizyta się zakończyła. Kilka dni później okazało się, jaki był powód powtórne-go wejścia matki do gabinetu. Kiedy weszła drugi raz do gabinetu, kilka chwil po swojej pierwszej wizycie, emocje lekarki sięgały zenitu. Nie panowała nad tonem, krzyczała, że dziecko nie musi być hospitalizowane i nie będzie go badać. Matka znakomicie wiedziała, że taka właśnie będzie reakcja lekarki, w związku z czym mia-



ła włączony dyktafon w telefonie. Przysłowiowy hak na lekarza był zatem gotowy.

Zwróćmy uwagę na to, co się nagrało: grzeczny głos matki dziecka proszący o skierowanie do szpitala, prośba o przeprowadzenie „chociaż” badania dziewczynki oraz krzyk lekarki, że dziecka nie zbada, a szpital jest niepotrzebny.

Mamy do czynienia z klasyczną manipulacją. Pacjent lub towarzysząca mu osoba najpierw wyprowadza lekarza z równowagi, następnie wychodzi z gabinetu, aby za sekundę wejść ponownie i odtwarzać niczym profesjonalny aktor rolę grzecznego człowieka proszącego o pomoc, jednocześnie licząc, że lekarz jest na tyle zdenerwowany, iż wykrzyczy kilka nieprzyjaznych słów. A wszystko się nagrywa.

### **Czy można nagrywać i co można z takim nagraniem zrobić?**

Dotykamy w tym miejscu niezwykle istotnych i zarazem kontrowersyjnych problemów:

Czy pacjent może nagrywać z ukrycia swoją wizytę u lekarza?

Czy takie nagranie może stanowić dowód w sprawie sądowej przeciwko lekarzowi?

Co w sytuacji, gdy pacjent rozpowszechni nagranie w internecie?

Najprościej odpowiedzieć na pytanie 1. Zasada jest następująca – możemy nagrywać rozmowę, jeśli w niej uczestniczymy. Nie musimy dysponować w tym zakresie zgodą pozostałych rozmówców, tak więc pacjent nagrywający swoją wizytę u lekarza nie łamie prawa – niezależnie od tego, czy lekarz o tym nagrywaniu wie, czy też nie. Problem zaczyna się, gdy pacjent postanowi nagranie wykorzystać. W sytuacji, gdy wykonany podstępnie zapis rozmowy z lekarzem zostanie udostępniony publicznie, np. w internecie, przysługiwać mu będzie wówczas roszczenie z tytułu naruszenia dóbr osobistych (ochrona wizerunku).

### **Nagranie z rozmowy jako dowód przed sądem**

Większy problem stanowi wykorzystanie zarejestrowanego z ukrycia nagrania podczas ewentualnej sprawy sądowej. Zasadnicze pytanie brzmi: czy sąd dopuści dowód z nagrania zarejestrowanego bez wiedzy i zgody osoby nagrywanej?

Mierząc się z tym problemem, sądy wskazywały początkowo na niedopuszczalność uznania dowodu z potajemnego nagrania, gdyż został on pozyskany w sposób podstępny, mógł zatem zostać zmanipulowany, co w swojej istocie narusza konstytucyjnie zagwarantowane prawo do swobody i ochrony komunikowania się.

Przeważa jednak stanowisko, wyrażone m.in. w wyroku Sądu Najwyższego z 25 kwietnia 2003 r. (IV CKN 94/01), że nie ma zasadniczych powodów do całkowitej dyskwalifikacji dowodu z nagrań rozmów, nawet

jeśli dokonywano ich bez wiedzy jednego z rozmówców. Może bowiem się zdarzyć, że potrzeba ochrony uzasadnionego interesu strony, która nagrywa, jest silniejsza niż prawo do ochrony nagrywanego. Zwraca się także uwagę, że w takiej sytuacji dochodzi do konfliktu pomiędzy wartościami konstytucyjnie chronionymi, to jest prawem do sprawiedliwego, czyli także zgodnego z prawdą, rozpatrzenia sprawy przez sąd a prawem do wolności i ochrony komunikowania się. Dlatego decyzja o dopuszczeniu dowodu uzyskanego „sprzecznie z prawem” powinna uwzględniać szczególne okoliczności konkretnej sprawy, które w jednym przypadku mogą usprawiedliwiać danie pierwszeństwa dążeniu do rozpatrzenia sprawy zgodnie z prawdą materialną, a w innym danie pierwszeństwa prawu do ochrony tajemnicy komunikowania się.

W tym miejscu należy wskazać na wyrok Sądu Apelacyjnego w Białymstoku. Uznał on, iż osobie, która sama będąc uczestnikiem rozmowy nagrywa wypowiedzi uczestniczących w tym zdarzeniu osób, nie można postawić zarzutu, że jej działanie jest sprzeczne z prawem, a co najwyżej dobrymi obyczajami.

### **Protestujemy przeciwko dopuszczeniu dowodu z nagrania**

Mając na uwadze dominującą linię w orzecznictwie sądowym, musimy być przygotowani, iż w większości sytuacji sądy będą dopuszczały dowody z nagrań zarejestrowanych potajemnie przez pacjentów. Ważne jest, abyśmy w takich sytuacjach nie pozostawali bierni i złożyli zastrzeżenia dotyczące dopuszczenia takiego dowodu – co później będzie mieć znaczenie w kontekście ewentualnego zaskarżenia zapadłego w sprawie orzeczenia.

Jako uzasadnienie takich zastrzeżeń wskazać można, iż dopuszczenie dowodu z potajemnego nagrania:

- jest sprzeczne z art. 6 Konwencji o ochronie praw człowieka i podstawowych wolności – prawo do rzetelnego procesu, co gwarantuje także art. 45 Konstytucji RP – nie można mówić o rzetelnym procesie w sytuacji, gdy (szczególnie główne) dowody zostały zebrane w sposób podstępny;
- jest sprzeczne z art. 49 Konstytucji RP (swoboda komunikowania się);
- narusza dobra osobiste osób nagrywanych – art. 23 Kodeksu cywilnego;
- narusza zasady współżycia społecznego – art. 5 k.c;
- nagrana rozmowa mogła zostać zmanipulowana.

Możemy także zwrócić się do sądu o dopuszczenie dowodu w postaci ekspertyzy technicznej, która będzie miała na celu zbadanie integralności nagrania – czy nie zostało pocięte, a kolejne wypowiedziane kwestie nie zostały wklejone w odpowiednie miejsca.

## Nagrywanie jako brak zaufania do lekarza

Należy także pamiętać, że w sytuacji, gdy pacjent nagrywa przebieg wizyty (mniej lub bardziej ostentacyjnie), mamy prawo odmówić bądź odstąpić od jego leczenia. Nagrywanie takie stanowi jaskrawy przejaw braku zaufania, które jest przecież konieczne, aby można było mówić o powodzeniu leczenia.

Odmawiając lub odstępując od leczenia, pamiętajmy o obowiązkach nałożonych przez ustawę o zawodach lekarza i lekarza dentysty (art. 38 i nast.): dostatecznie wcześnie uprzedzenie pacjenta, wskazanie realnej możliwości uzyskania świadczenia w innym miejscu, odnotowanie tego faktu w dokumentacji medycznej, a jeśli jesteśmy zatrudnieni na umowę o pracę lub wykonujemy zawód w ramach służby – konieczna jest także uprzedzenia zgoda przełożonego (zadbajmy o to, aby była wyrażona na piśmie).

Pamiętajmy także, iż nie możemy odmówić lub odstąpić od leczenia w przypadkach niecierpiących zwłoki i wówczas, gdy nasze odstąpienie lub odmowa leczenia

może wywołać niebezpieczeństwo utraty życia, ciężkiego uszkodzenia ciała lub ciężkiego rozstroju zdrowia dla pacjenta.

## Podsumowanie

Bądźmy świadomi, że pacjent nagrywający z ukrycia rozmowę z lekarzem, nie popełnia czynu zabronionego.

Jeśli jednak nagranie to upubliczni (wstawiając np. na YouTube), wówczas możemy wystąpić z pozwem z tytułu naruszenia dóbr osobistych (ochrona wizerunku).

Nagranie rozmowy może zostać dopuszczone jako dowód w sądzie, ale wówczas pamiętajmy, aby zaprotestować przeciwko dopuszczeniu takiego dowodu, prezentując wskazaną już wcześniej argumentację.

Krzysztof IZDEBSKI

rzecznik praw lekarza

Kujawsko-Pomorskiej OIL w Toruniu

(przedruk z „Medical Tribune” nr 7-8/15)

# KIEDY NIE MOŻNA WYLECZYĆ

Z Witoldem LESIUKIEM, kierownikiem Oddziału Anestezjologii i Intensywnej Terapii Dziecięcej USD, rozmawia Maria PRZESMYCKA

## *Co dla dziecka oznacza diagnoza: progresywnie i nieuleczalnie chore?*

Mimo ogromnego postępu medycyny taka diagnoza to wciąż brak możliwości wyleczenia i przedwczesna śmierć. W Polsce w 2013 r. urodziło się około 370 tys. dzieci, zmarło 3.500, w tym umieralność niemowląt wyniosła 4,5%. Ale warto sobie uzmysłować, że 20 lat temu umieralność niemowląt była w Polsce ponad 4 razy większa (19,2%). Przybliżyliśmy się do granic możliwości współczesnej medycyny, mamy nieporównanie większe środki terapeutyczne, niestety, wciąż nie jesteśmy w stanie zmienić zasadniczo złego rokowania co do życia tych dzieci.

## *W tej grupie mieszczą się bardzo różne zespoły chorobowe.*

To prawda. Mamy do czynienia z dziećmi, których plan na życie to dni, tygodnie lub miesiące – to przede wszystkim noworodki z trisomią chromosomów 18 i 13 (zespół Edwardsa i Patau). Mamy dzieci, które rodzą się z innymi zaburzeniami genetycznymi, nie tak widocznymi w badaniu kariotypu, np. chorobami metabolicznymi, miopatiami, mukowiscydozą. Odrębną grupę stanowią dzieci z nieuleczalnymi chorobami nowotworowymi.

## *Przed jakimi dylematami stoją lekarze w przypadku najcięższych uszkodzeń genetycznych, gdy życie dziecka trwa godziny, dni, najwyżej tygodnie...*

Najtrudniej wyznaczyć granice interwencji lekarskiej. Czy i kiedy podejmować nadzwyczajne środki podtrzymywania życia, jakimi dysponuje współczesna intensywna terapia, czy pozwolić dziecku godnie, w spokoju, bez bólu odejść. Część rodziców dzieci nieuleczalnie chorych dowiedziała się o ich chorobie jeszcze przed urodzeniem, bo poddali się badaniom prenatalnym, ale mimo złej diagnozy nie zdecydowali się na aborcję. Rzadko się o tym mówi, ale większość matek takich dzieci, mimo propozycji aborcji decyduje się jednak urodzić dziecko, o którym wiemy, że ma letalny zestaw chromosomów i brak szans na przeżycie. Dla takich rodziców prof. Tomasz Dangel stworzył w Warszawie pierwsze w Polsce hospicjum prenatalne obejmując opieką i rodziców, i dziecko. To wspaniała inicjatywa, dlatego bardzo ucieszyła mnie informacja, że do otwarcia podobnego miejsca przystąpił też ojciec Filip Buczyński, który ostatnio rozszerzył hospicyjną opiekę paliatywną o stacjonarne hospicjum dla dzieci. Taka forma opieki daje szansę na ustalenie z rodzicami jeszcze przed urodzeniem dziecka, że wobec noworodka nie będzie się stosować środków nadzwyczajnych (intensywnej terapii), a otoczy się je opieką paliatywną. Ale trzeba też uszanować inne zdanie matki, która chce się upewnić co do diagnozy; wtedy staramy się doprowadzić takie dzieci do niezależnienia od oddziału intensywnej terapii i przekazania do opieki paliatywnej.

***Zupełnie inna sytuacja medyczna to opiekowanie się znacząco dłużej żyjącymi dziećmi z miopatiami.***

Tu rzeczywiście powinniśmy mówić raczej o terapii zmierzającej do ułatwiania choremu życia w środowisku domowym. Pamiętam wrażenie, jakie 20 lat temu zrobili na mnie w Carnegie Hall w Nowym Jorku chorzy na fotelach-wózkach z respiratorami do wentylacji domowej, którzy słuchali koncertów. Nie sądziłem, że za mojego życia coś takiego będzie możliwe i w Polsce. A dziś NFZ finansuje 2 programy dla dzieci nieuleczalnie progresywnie chorych: opiekę paliatywną hospicyjną domową oraz stacjonarną i właśnie wentylację domową. Kilkanaście lat temu dzieci uzależnione od sztucznej wentylacji skazane były na pobyt w szpitalu i żyły krócej niż dziś. Teraz osiągają wiek dorosły i mimo wielu ograniczeń realizują nawet swoje pasje. Podobny postęp obserwujemy w leczeniu dzieci chorych na mukowiscydozę. W latach 90. średnia długość ich życia wynosiła w Polsce 7 lat, a dziś – 20.

***Czy przy tak skrajnie zróżnicowanych sytuacjach medycznych (jedne dzieci żyją 2 dni, drugie 2 lata, jeszcze inne 20 lat) można mówić o jakichś wspólnych zasadach postępowania z dziećmi progresywnie, nieuleczalnie chorymi?***

To bardzo trudne. Teoretycznie można powiedzieć, że trzeba wykorzystać wszystkie możliwości współczesnej medycyny, leczyć możliwe do wyleczenia powikłania i choroby towarzyszące, unikając wpadania w pułapkę uporczywej, daremnej terapii i - co najtrudniejsze – we właściwym czasie (nie za wcześniej i nie za późno) zakwalifikować dziecko do opieki paliatywnej. Ale przełożenie tej teorii na praktyczne postępowanie wobec konkretnego dziecka jest dla lekarza trudne i medycznie, i psychologicznie. Umieranie dziecka jest zawsze przedwczesne i przyjmowane przez lekarza jako porażka.

***Stosowanie uporczywej, daremnej terapii to najczęstszy dylemat lekarzy leczących dzieci chorujące na złe rokujące nowotwory.***

To są wyjątkowo trudne sytuacje, czasem wymuszane przez rodziny chorego dziecka. W przypadku dzieci chorych onkologicznie niełatwo wyznaczyć granice, kiedy terapia zaczyna być uporczywa i kiedy przechodzi w czynność daremną. Czasem rokowanie bywa tak złe, że z całą odpowiedzialnością można było powiedzieć, że stosowano uporczywe i daremne leczenie, a jednak

wbrew wszelkim prognozom doprowadziło ono do wyzdrowienia dziecka. Dlatego, moim zdaniem, także terapia uporczywa, czy daremna może paradoksalnie dawać korzyści, nawet jeśli nie konkretnemu dziecku to dając cegiełkę do nowego otwarcia w leczeniu podobnych chorych. Odrębny problem stanowią niewytłumaczalne przypadki samowyleczenia. Te sytuacje uczą nas pokory, wrażliwości ale i bardzo utrudniają podejmowanie decyzji o zaniechaniu uporczywego, daremnego leczenia i zakwalifikowaniu dziecka do opieki paliatywnej.

***Trudno się dziwić, że rodzice chwytają każdy cień nadziei, rozbudzanej przez informacje prasowe, „dr Gogla”, tych co wiedzą lepiej...***

Niestety, często są to informacje bardzo odległe od konkretnej sytuacji, od realnej dostępności terapii. Zdąrzyło się, że usłyszałem od rodziny: „No jak to, dzisiaj, kiedy przeszczepia się mózgi... to tylko kwestia woli”.

***Dużo mówi się o konieczności kompleksowego wsparcia i pomocy dla takich dzieci i ich rodzin, ale pomocy potrzebuje też lekarz.***

To bardzo ważna kwestia. Mamy coraz lepsze uwarunkowania do podejmowania najbardziej właściwych decyzji, ale chyba jeszcze nie wykorzystujemy ich w dostatecznym stopniu. Pierwsza, bardzo ważna sprawa – to wielospecjalistyczne, konsylialne prowadzenie dziecka. Nie chodzi tu tylko o spełnienie konsultacyjnego obowiązku, wyłącznie merytoryczną ocenę, zakończoną wnioskami, ale o spotkanie lekarzy o różnych doświadczeniach, wiedzy, poważną dyskusję i później wspólne spotkanie tego konsylium z rodziną. Kolejna – decyzje dotyczące dzieci nieuleczalnie, progresywnie chorych zawsze powinny być uzupełnione o stanowisko komisji etyki.

***Mówimy o ideale, czy praktyce szpitalnej?***

W wielu szpitalach takie komisje pracują choć sądzę, że powinny być częściej i w szerszym zakresie wykorzystywane. Na szczęście świadomość lekarzy i pracowników ochrony zdrowia szybko się zmienia i jestem przekonany, że w niedalekiej przyszłości takie działanie będzie zupełnie naturalnym sposobem postępowania. W Komisji Etyki USD wspólnie pracują lekarze, psychologowie, pielęgniarki, prawnicy, kapelani szpitalni [...]\*

\* skrót pochodzi od Redakcji Opolskiego Biuletynu.



## NADMIAR CHEMII W ŻYWNOŚCI

Nadmiar chemii w żywności jest zjawiskiem przeciwnym zasadom zdrowia publicznego, które m. in. mają zapewnić bezpieczeństwo żywności.

Naukowcy zajmujący się badaniem produktów żywnościowych sugerują, że średnio rocznie każdy zjada około 4–5 kilogramów substancji chemicznych. Są to substancje, które nie występują naturalnie w pożywieniu, lecz są dodatkami mającymi m. in. poprawić smak, zapach, kolor, konsystencję czy zastąpić cukier. Nie wszystkie oczywiście są szkodliwe, spełniają także pozytywną rolę, np. zabezpieczają żywność przed chorobotwórczymi drobnoustrojami i przedłużają jej trwałość. Jednak spożywane w nadmiarze mogą powodować zaburzenia układu pokarmowego, nerek, skóry, centralnego układu nerwowego oraz systemu immunologicznego. Jest to trend prawdopodobnie nieodwracalny, ale należy go kontrolować i korygować celem ograniczenia ewentualnych szkód zdrowotnych.

Dla każdej substancji chemicznej ustalono maksymalne dzienne spożycie, które producenci powinni uwzględnić opracowując recepturę swojego wyrobu.

Przed ponad pół wieku temu, gdy na szeroką skalę rozpoczęto wprowadzanie substancji chemicznych do żywności, ustalono jednocześnie wskaźnik określający dopuszczalne dzienne spożycie (ADI – Acceptable Daily Intake). Jest to taka ilość substancji, która zgodnie z aktualnym stanem wiedzy może być przez człowieka pobierana przez całe życie, prawdopodobnie bez negatywnych skutków dla zdrowia. Wskaźnik jest określony dla większości dodatków do żywności, np. pozostałości pestycydów, leków weterynaryjnych w tym hormonów i antybiotyków. Jednak nikt nie wie, jak działają na organizm te związki połączone razem. Wiadomo, że im bardziej żywność jest przetworzona, tym więcej w niej różnych dodatków. Jest ich w różnych grupach kilkaset stale używanych, a samych barwników są 42 rodzaje. Działanie ich na organizm człowieka obserwowane jest przez liczne naukowe ośrodki na świecie.

Kilka lat temu naukowcy z uniwersytetu w Southampton w Wlk. Brytanii doszli do wniosku, że słodczyce i kolorowe napoje zawierające substancje barwiące, mogą mieć szkodliwy wpływ na aktywność i skupienie uwagi dzieci (ADHD). Chodzi o sześć substancji – tartrazynę (E-102), żółcień chinolinową (E-104), żółcień pomarańczową (E-110), azorubinę (E-122), czerwień koszenilową (E-124) oraz czerwień allura (E-129). Jest to tzw. „szóstka z Southampton”.

W Polsce, przed wejściem do Unii Europejskiej, niektóre barwniki były zabronione do stosowania, np. tar-

trazyna, erytrozyna (E-127), amarant (E-124) – do barwienia alkoholi i wiele innych.

Listę substancji dodatkowych, których spożycie jest odradzane, sporządziła niemiecka fundacja Warentest prowadząca przez wiele lat testy produktów żywnościowych. Każdy taki dodatek, a także nowa substancja oceniana jest przez komitet naukowy UE. Najpierw dodawany jest do karmy dla zwierząt, później do diety ochotników. Na tej podstawie określana jest dawka, która nie wywołuje w organizmie człowieka niepożądanego efektu toksycznego. Jest więc w tym zakresie obecnie duża ostrożność. Ale niedawno Stowarzyszenie na Rzecz Środowiska i Ochrony Przyrody w Niemczech, przebadła 60% mięsa z różnych dyskontów i w pięćdziesięciu wykryto bakterie odporne na antybiotyki. Wiadomo, że w skali światowej 80% wyprodukowanych antybiotyków zużywa przemysł mięsny hodowlany, a w 20% ochrona zdrowia ludności.

Ostatnio profesor Robert Lustig, endokrynolog z Uniwersytetu Kalifornijskiego, udowadnia, że szkodliwy dla zdrowia jest syrop glukozowo-fruktozowy otrzymywany ze skrobi kukurydzianej. Jest używany w dużej skali i od dawna, w zastępstwie cukru buraczanego lub trzcinowego. Znajduje się w batonikach, ciasteczkach, sokach owocowych i napojach, płatkach śniadaniowych, nabiałe, a nawet w musztardzie i ketchupie.

Badania wykazały, że jest on odpowiedzialny za epidemię otyłości, choroby układu krążenia i cukrzycę, ponieważ wątroba nie może przekształcić fruktozy w glukogen i zmagazynowanie jej w takiej postaci, gdy spożywamy je w nadmiarze, przekształca się w trójglicerydy. Nadmiar fruktozy we krwi uszkadza także komórki beta trzustki wytwarzające insulinę, co prowadzi do cukrzycy typu 2.

Epidemia otyłości z powodu nadużywania tego syropu wystąpiła w ciągu ostatnich 30 lat w USA, głównie wśród dzieci i młodzieży. Także w Polsce obserwujemy narastanie tej epidemii. W latach 70. ubiegłego stulecia nadmierną masę ciała notowano u około 10% uczniów, a obecnie już 20% ma nadwagę lub otyłość. Dlatego znowelizowana ostatnio ustawa o bezpieczeństwie żywności i żywienia zakazuje sprzedaży w sklepikach szkolnych produktów o wysokiej zawartości nasyconych kwasów tłuszczowych, soli i cukru.

Zauważono, że niektóre dodatki do żywności zmniejszają przewodzenie impulsów elektrycznych w mózgu, co powoduje osłabienie pamięci. Należy do nich wzmacniacz smaku glutaminian sodu (E-621), dodawany najczę-

ściej do gotowych dań typu instant i mieszanek przyprawowych. Podobne objawy wywołuje barwnik aluminium (E-173), stosowany do dekorowania słodczy.

Naukowcy odkryli, że składnik maślanego aromatu (diacetyl) dodawany do ciastek, chipsów oraz prażonej kukurydzy może prowadzić do zarostowego zapalenia oskrzelików, tzw. popcornowego płuca. Nie powinny go spożywać osoby starsze i z chorobą Alzheimera, ponieważ diacetyl upośledza także funkcjonowanie mózgu.

Niektóre konserwanty mogą powodować zaostrzenie dychawicy oskrzelowej, np. kwas benzoesowy (E-210), benzoesan sodu (E-211), siarczyn sodu (E-221), siarczyn wapnia (E-226), czy wodorosiarczyn potasu (E-228).

Osoby mające skłonność do odczynów alergicznych powinny unikać spożywania barwników od E-100 do E-199. Najczęściej znajdują się one w dżemach, marmoladach, sosach, sokach owocowych i koncentratkach warzywnych.

Szkodliwy jest także akrylamid powstający podczas obróbki cieplnej produktów zawierających skrobię (frytki, chipsy, pieczywo) w temperaturze 200°C. Wchodzi w reakcję z białkami DNA człowieka, przenika także do łożyska i mleka matki – uszkadza w ten sposób centralny układ nerwowy.

Podobnie ocenia się obróbkę soi. Ziarno jest zdrowe, natomiast podczas jego przetwarzania – suszenia (hydrolizacja białka) powstaje szkodliwa substancja monochlorpan.

W mięsie i wędlinach może być nadmierna ilość fosforów, które zatrzymują wodę, a także dużo azotynów, azotanów i sztucznych aromatów. Natomiast w mięsie kurczaków z farm hodowlanych badania dość często wykazują zawartość antybiotyków i hormonów wzrostu.

Należy także unikać produktów seropodobnych, ponieważ nie są produkowane z mleka, lecz z tłuszczów roślinnych i nie mogą nazywać się serami.

Warto też przypomnieć, że pasztety i mielonki w puszkach zawierają tylko 20–30% mięsa. Resztę stanowią tłuszcze, skórki, zmielone chrząstki oraz sztuczne aromaty i polepszacze smaku.

Według badań uniwersytetu norweskiego w Bergen, łosoś hodowlany jest najbardziej toksyczną rybą na świecie. Zawiera antybiotyki, hormony, dioksyny, rtęć, pestycydy i bakterie chorobotwórcze. Podobną ocenę mają ryby hodowane w zanieczyszczonej wodzie delty Mekongu (panga), a także tuńczyk, który długo żyje i przez cały czas pochłania duże ilości toksyn.

Należy wspomnieć również o substancjach słodzących, zastępujących cukier – sorbitol (E-420) i mannitol (E-421), które znajdują się w gumach do żucia i słodczych – mogą one powodować zaburzenia przewodu pokarmowego, a także aspartam (E-951), sacharynian sodu (E-954), czy acesulfan (E-950) – często powodują odczyny alergiczne.

Ostatnio w Polsce prowadzona była akcja medialna mająca skłonić konsumentów do zapoznania się z informacjami podanymi na opakowaniu produktów. Niestety, tylko co 10-ty kupujący potrafi prawidłowo ocenić na tej podstawie jakość żywności, a dla 80% cena produktu to podstawowe kryterium zakupu. Tymczasem jakość taniej żywności jest coraz gorsza.

Reasumując zasygnalizowany problem, można stwierdzić, że od chemii w żywności nie ma odwrotu, ale należy unikać jej nadmiaru, odpowiednio oceniać jakość produktów i spożywać żywność mniej przetworzoną.

W tym kontekście warto podkreślić, że Światowa Organizacja Zdrowia podjęła słuszne przewodnie hasło: „z pola na nasz stół”.

Włodzimierz JANISZEWSKI  
specjalista epidemiolog

(przedruk z „Doktora” nr 3/15)

## PRAWO NA CO DZIEŃ

# BĄDŹ CZUJNY! SKARBÓWKA NADCHODZI

Doniesienia o prowadzonych przez urzędy kontroli skarbowej postępowaniach podatkowych w praktykach lekarskich płyną z różnych regionów kraju. W przyszłym roku się to nie zmieni. Opieka zdrowotna, w tym praktyki lekarskie i pozostałe usługi medyczne, znalazła się bowiem na przygotowanej przez resort finansów liście branż wytypowanych do kontroli skarbowych w 2016 roku.

Urząd Kontroli Skarbowej w Lublinie przeświecił w latach 2014–2015 pod kątem prawidłowości deklarowania i wpłacania podatków ok. 100 lekarzy prowadzących prywatne praktyki. – *W toku przeprowadzonych postępowania złożyli oni korekty deklaracji podatkowych na łączną*

*kwotę ponad 1,4 mln zł* – mówi Marek Kostyła, rzecznik prasowy lubelskiej skarbowki. Dodaje, że w stałym kręgu zainteresowań urzędu oprócz rozliczeń podatkowych znajduje się także pozyskiwanie przez prywatne gabinety lekarskie i stomatologiczne środków publicznych, przekazywanych im przez NFZ w ramach zawartych kontraktów.

– *Podczas prowadzonych kontroli stwierdziliśmy zawyżanie świadczeń do rozliczenia z NFZ w porównaniu z faktycznie wykonanymi, co skutkowało wyższą refundacją ze środków publicznych. Tylko w jednym z postępowań ujawniono zawyżenie refundacji na kwotę 125 tys. zł* – podaje rzecznik.

Kontrola skarbówki ujawniła także podwójne pobieranie opłat za wizyty lekarskie – z jednej strony pacjent płacił jak za wizytę prywatną, następnie ta sama wizyta wykazywana była jako świadczenie w ramach umowy z NFZ, za którą lekarz dostawał refundację ze środków publicznych. Były też przypadki wyłudzenia środków publicznych za wizyty pacjentów, których nie było.

O innej kontroli – przeprowadzonej przez Urząd Kontroli Skarbowej w Zielonej Górze – w połowie tego roku donosiły media. Postępowanie dotyczyło lekarza, którego skarbówka podejrzewała o zaniżanie dochodów. Sprawdzano jego zeznanie podatkowe sprzed sześciu lat. By skontrolować, ile faktycznie zarobił, zażądano od niego nazwisk pacjentów. Gdy się nie zgodził, skarbówka zwróciła się do aptek o informacje dotyczące wystawionych przez niego recept.

### **Plan kontroli**

Ta sprawa jest jeszcze w toku, warto jednak zwrócić uwagę na determinację skarbówki. W przyszłym roku raczej nie zmieni ona swojego postępowania. W przygotowanym przez Ministerstwo Finansów Krajowym Planie Działań Administracji Podatkowej na 2016 rok opieka zdrowotna nie znalazła się co prawda na szczycie wykazu branż, którym skarbówka szczególnie uważnie będzie się przyglądać, ale jej kontrolowaniem zajmą się wszystkie urzędy skarbowe, a nie tylko wyspecjalizowane, jak np. w przypadku banków spółdzielczych. W hierarchii zadań w tym zakresie praktyki lekarskie są na czwartym miejscu – po produkcji materiałów budowlanych i usługach, nieruchomościach oraz doradztwie.

Wspomniany plan resortu powstał na podstawie kontroli podatkowych w okresie obejmującym drugie półrocze 2014 roku oraz pierwsze półrocze tego roku. Kryterium w ustaleniu pozycji branży w rankingu była liczba stwierdzanych podczas kontroli nieprawidłowości oraz wielkość kwoty uszczupień podatkowych.

Według raportu w branży medycznej najwyższe kwoty generowali lekarze prowadzący własne praktyki specjalistyczne i dentystryczne.

### **Najczęstsze błędy**

#### **1. Brak zaliczek na podatek dochodowy**

Jakie błędy podatkowe popełniano najczęściej? Na pierwszym miejscu znalazło się niedokonywanie wpłat zaliczek na podatek dochodowy w ciągu roku. To jedno z najpowszechniejszych nadużyć, nie tylko w branży medycznej. Przedsiębiorcy zapominają, że tak jak pracodawca robi to za pracownika, tak oni z tytułu prowadzenia działalności mają obowiązek – co miesiąc lub co kwartał – naliczać i w odpowiedniej wysokości wpłacać do urzędu skarbowego zaliczki na podatek dochodowy. Ostatecznie są one rozliczone po zakończeniu roku podatkowego w odpowiednim formularzu PIT.

#### **2. Wrzucanie w koszty**

Na drugim miejscu wśród najczęściej występujących błędów podatkowych w praktykach lekarskich jest ewidencjonowanie w kosztach uzyskania przychodu zda-

rzeń gospodarczych, które do tych kosztów nie mogą być zaliczane. Chodzi tu np. o zakupy mające służyć prowadzonej działalności, a tak naprawdę są wykorzystywane na cele osobiste, np. sprzętu elektronicznego, mebli, książek czy odzieży. Fiskus najczęściej kwestionuje takie zakupy albo żąda jednoznacznego powiązania konieczności ich poniesienia z przychodem. Wtedy kluczowe jest udowodnienie, że np. radio stoi w poczekalni przed gabinetem, w którym lekarz przyjmuje pacjentów, meble stanowią wyposażenie gabinetu lub poczekalni, książki mają tematykę fachową, a zakupiona odzież jest niezbędna do właściwej prezencji lekarza podczas przyjmowania pacjentów.

### **3. Odliczanie VAT**

Trzeci w kolejności – najpopularniejszy według raportu – błąd popełniają lekarze, którzy są zarejestrowanymi podatnikami VAT, bo w części świadczą usługi obciążone tym podatkiem, np. dentyści, którzy oprócz świadczenia usług medycznych sprzedają swoim pacjentom szczoteczki czy pasty do zębów. Często odliczają oni podatek VAT od zakupów towarów i usług w całości, a mają prawo odliczyć go tylko w części, tzw. proporcji.

Na liście najczęściej popełnianych błędów podatkowych wymienianych we wspomnianym raporcie w części dotyczącej branży medycznej znalazły się jeszcze m. in.:

- niewykazywanie do opodatkowania przychodów wynikających z wystawionych przez lekarzy faktur,
- dokonywanie sprzedaży z pominięciem kasy rejestrującej,
- nieterminowe uiszczanie należności podatkowych,
- nieskładanie wymaganych przepisami prawa deklaracji podatkowych,
- odliczanie niezapłaconych składek na ubezpieczenie społeczne i zdrowotne.

### **Determinacja działań**

Analiza wyników raportu dowodzi, że nie można liczyć na to, że w razie wystąpienia błędów w prowadzeniu rozliczeń podatkowych w praktyce lekarskiej skarbówka przymknie na nie oko. W dokumencie jest wyraźnie mowa o tym, że podstawą decyzji wprowadzającej obowiązek rejestrowania na kasie fiskalnej każdej transakcji zawartej przez lekarza z pacjentem (niezależnie od wielkości obrotów danej praktyki) jest wyeliminowanie możliwości niewykazywania przez lekarzy do opodatkowania pełnej kwoty dochodów osiągniętych z działalności, w szczególności w ramach prywatnych gabinetów lekarskich i dentystrycznych. Wprowadzone obowiązki z pewnością będą skrupulatnie przez skarbówkę egzekwowane. Zakres planowanych na przyszły rok kontroli jest szeroki, właściwie każda praktyka może znaleźć się w orbicie zainteresowania organów podatkowych i skarbowych.

Edyta SZEWERNIAK-MILEWSKA

(przedruk z „Medical Tribune” nr 11/15)



**Dyrektor Szpitala Wojewódzkiego w Opolu – SP ZOZ zatrudni od zaraz lekarza chorób zakaźnych** (specjalistę, w trakcie specjalizacji, bądź lekarza który planuje specjalizować się z zakresu chorób zakaźnych) do pracy w ODDZIALE I PORADNI CHORÓB ZAKAŻNYCH. Forma zatrudnienia i wynagrodzenia do uzgodnienia. Prosimy o kontakt: tel. 77/44-33-100, fax. 77/44-33-110, e-mail: sekretariat@szpital.opole.pl lub kadry.kierownik@szpital.opole.pl, adres: Szpital Wojewódzki w Opolu – SP ZOZ, ul. Kośnego 53.

\* \* \*

**Wojewódzki Specjalistyczny Zespół Neuropsychiatryczny im. św. Jadwigi w Opolu zatrudni lekarzy specjalistów lub lekarzy chcących podjąć specjalizację w następujących dziedzinach medycyny:**

neurologia,  
neurologia dziecięca,  
pediatria,  
psychiatria,  
psychiatria dzieci i młodzieży.  
Kontakt: tel. 77/54 14 243

\* \* \*

**Samodzielny Publiczny Gminny Zakład Opieki Zdrowotnej w Rymanowie woj. podkarpackie zatrudni lekarza specjalistę w dziedzinie Okulistyki** do pracy w Poradni Okulistycznej w Rymanowie ul. Piłsudskiego 2. Poradnia prowadzi diagnostykę i leczenie dzieci i pacjentów dorosłych, dysponując roczną pulą około 40.000 punktów, realizowanych na zasadach rozliczeniowych obowiązujących w Narodowym Funduszu Zdrowia. Na wyposażeniu poradni jest: unit okulistyczny (Jawall, lampa szczelinowa), perymetr PTS – 910 (badanie pola widzenia), oftalmoskop (lampa do wziernikowania dna oka u dzieci), Autokerato-refraktometr, soczewka Volk (badanie dna oka), kaseta szkieł okularowych, oprawy do doboru szkieł okularowych (2 komplety), wziernik do skiaskopii, narzędzia do wykonywania świadczeń zabiegowych.

Na zasadzie odrębnych zleceń w Poradni wykonywane są badania i konsultacje z zakresu: medycyny pracy, medycyny sportowej i osób ubiegających się o uprawnienia do kierowania pojazdami i kierowców. W Poradni zatrudniona jest w pełnym wymiarze czasu pracy doświadczona kadra pielęgniarska.

#### **Od kandydatów do pracy oczekujemy:**

- zgłoszenia w formie podania o pracę,
- kserokopii dyplomu ukończenia studiów medycznych,
- kserokopii ukończenia specjalizacji okulistycznej,
- kserokopii prawa wykonywania zawodu lekarza.

Powyższe dokumenty można dostarczyć osobiście lub przesłać drogą pocztową na adres: Samodzielny Publiczny Gminny Zakład Opieki Zdrowotnej, 38-480 Rymanów, ul. Piłsudskiego 2 lub pocztą elektroniczną na adres e-mail: spgzoz@rymanow.pl.

Sposób oraz termin i warunki zatrudnienia lekarza specjalisty pozostają do uzgodnienia. Wszelkich informacji udziela Dyrektor SPG ZOZ w Rymanowie – tel. 881-333-340.

Istnieje możliwość wynajmu dodatkowych pomieszczeń na urządzenie zakładu optycznego.

\* \* \*

**POLMED S.A. w Starogardzie Gdańskim proponuje możliwość współpracy lekarzom specjalistom różnych dziedzin w zakresie konsultacji specjalistycznych udzielanych drogą internetową.** Oferta jest kierowana przede wszystkim do lekarzy specjalistów, którzy z przyczyn zdrowotnych lub rodzinnych mają ograniczoną możliwość wykonywania zawodu poza miejscem zamieszkania.

**Wszelkich informacji** można zasięgnąć pod adresem: POLMED S.A. Os. Kopernika 21, 83-200 Starogard Gdański, tel. 58/775-09-19, fax 58/560-18-14, infolinia: 801-033-200, e-mail: **polmed@polmed.pl, www.polmed.pl.**

SPÓŁKA POSIADAJĄCA W KĘDZIERZYNIE-KOŻŁU NOWY OBIEKT MEDYCZNY  
Z PRZYCHODNIĄ I BLOKIEM OPERACYJNYM

**SZUKA OPERATYWNYCH PARTNERÓW LUB INWESTORÓW  
DO ROZWINIĘCIA DZIAŁALNOŚCI – RÓWNIEŻ INDYWIDUALNYCH LEKARZY.**

MOŻLIWY TAKŻE WYNAJEM LUB INNE OPCJE. **KONTAKT** 790 400 547, [cmv.k@wp.pl](mailto:cmv.k@wp.pl) „

**SZPITAL CHORÓB PŁUC W ORZESZU ZATRUDNI LEKARZY**

MILE WIDZIANI SPECJALIŚCI PULMUNOLOGIZY JAK I OPIEKI PALIATYWNEJ

Tel. 32/2215920, e-mail: [kadry@szpital-orzesze.pl](mailto:kadry@szpital-orzesze.pl)

**WYNAJMĘ NOWO WYBUDOWANY WOLNOSTOJĄCY DOM**

NA DZIAŁALNOŚĆ  
PRZYCHODNI REJONOWEJ, REHABILITACJI LUB INNEJ MEDYCZNEJ.

POW. 500 m<sup>2</sup> NA DZIAŁCE 800 M<sup>2</sup>

PROPOZYCJE – PYTANIA: [rystransport@wp.pl](mailto:rystransport@wp.pl)

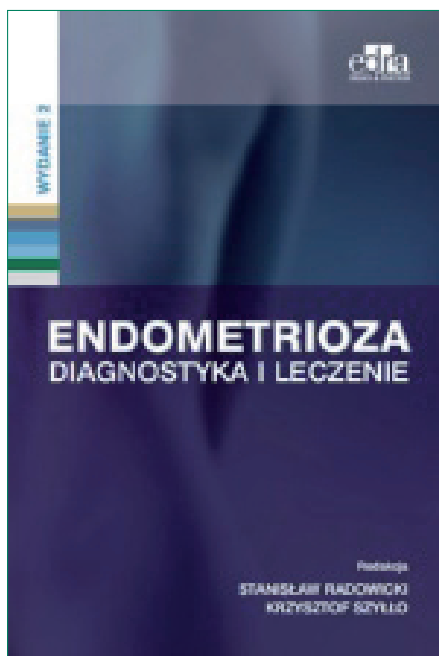
## **BIULETYN INFORMACYJNY OPOLSKIEJ IZBY LEKARSKIEJ**

WYDAWCA: Opolska Izba Lekarska, 45-054 Opole, ul. Grunwaldzka 23, tel. 0 77 454 59 39, [www.izbalekarska.opole.pl](http://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 8A; NAKŁAD: 2.500 egz. ISSN 1426-661X

Edra Urban & Partner Sp. z o.o.  
50-011 Wrocław, ul. Kościuszki 29  
Zamówienia: [ksiegarnia@edraurban.pl](mailto:ksiegarnia@edraurban.pl)  
tel.: 42/680-44-09, fax: 42/680-44-86



## Endometrioza. Diagnostyka i leczenie

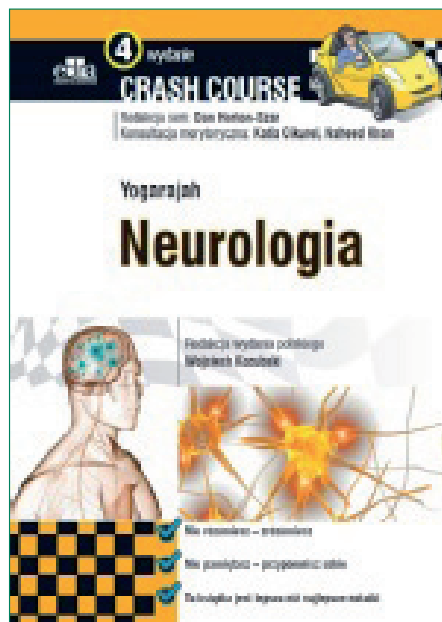
wyd. II, red. S.Radowski, K.Szylłó; rok wydania: 2015; ISBN: 978-83-65195-10-4, format: 168x238, opr. twar-  
da, 288 stron, cena: 93.61 zł

Endometrioza jest chorobą przewlekłą, dlatego rozpoczęcie jej leczenia zawsze wymaga od lekarza ułożenia planu postępowania medycznego na całe życie pacjentki, z uwzględnieniem jej planów reprodukcyjnych.

W niniejszej publikacji zawarte są odpowiedzi na nurtujące pytania związane z diagnostyką i leczeniem endometriozy. W poszczególnych rozdziałach wyczerpująco omówiono zagadnienia teoretyczne i kliniczne. Autorzy przedstawili w nich najnowsze światowe i krajowe dane, rozszerzając poszczególne zagadnienia o własne doświadczenia w tym zakresie.

*Z przedmowy*

\*\*\*



**Neurologia Crash Course**, Mahinda Yogarajah; wyd. IV, red. W. Kozubski; rok wydania: 2016; ISBN: 978-83-65195-49-4, format: 175x252, opr. broszurowa, 328 stron, cena: 52.21 zł

Dolegliwości neurologiczne są powodem dużej części konsultacji w praktyce lekarza ogólnego, są powodem 20% nagłych przyjęć nieoperacyjnych oraz wielu powikłań w przebiegu urazów, stanu krytycznego, znieczulenia ogólnego czy operacji. Rozpoznanie w neurologii stawia się przede wszystkim klinicznie – na podstawie szczegółowego wywiadu i badania przedmiotowego. Następujące po nich badania pomocnicze mogą jedynie uzupełnić proces oceny klinicznej, ale nie są w stanie go zastąpić. Z tego powodu wszyscy studenci medycyny i lekarze powinni nabyć i zachować pewne podstawowe umiejętności w zakresie neurologii.

Celem tej książki jest przedstawienie prostego i logicznego podejścia do zrozumienia fundamentalnych pojęć, które leżą u podłoża najczęstszych

schorzeń układu nerwowego. W czwartym wydaniu przekonstrowano i uaktualniono treść, aby oddać fascynujący postęp, jaki dokonał się w rozpoznawaniu i leczeniu chorób neurologicznych. Pierwsza część książki dotyczy wywiadu, badania neurologicznego i badań pomocniczych istotnych w neurologii. W drugiej części przedstawiono sposób analizowania i rozpoznawanie różnicowe częstych dolegliwości, takich jak bóle głowy, zawroty głowy, zaburzenia mowy i niedowład kończyn. W trzeciej części omówiono bardziej szczegółowo objawy kliniczne, diagnostykę i leczenie określonych chorób neurologicznych. Tam gdzie było to uzasadnione, włączono do tekstu wytyczne NICE i inne ogólnokrajowe zalecenia. Poprawiono ilustracje i diagramy, aby podkreślić najważniejsze pojęcia, zracjonalizowano informacje wyróżnione w ramkach, aby skupić uwagę czytelnika na niezbędnych zagadnieniach i trudnych scenariuszach klinicznych. Na nowo napisano zamieszczoną na końcu książki część służącą samodzielnej ocenie wiedzy, która jest połączeniem pytań z jedną najlepszą odpowiedzią i pytań z dopasowaniem typu rozszerzonego.

Jesteśmy przekonani, że czwarte wydanie Neurologii z serii Crash Course nie tylko dostarczy solidnych podstaw studentom medycyny przygotowującym się do egzaminów i absolwentom przed egzaminem państwowym, ale będzie również znakomitą podręcznikiem dla pracujących w szpitalach i w gabinetach medycyny ogólnej.

Mahinda Yogarajah, Katia Cikurel  
i Naheed Khan

## 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](http://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 8A; NAKŁAD: 2.500 egz. ISSN 1426-661X



Poznań

7-10 września 2016



POZNAŃ 2016

# Doroczny Światowy Kongres Stomatologiczny

WYDARZENIE ROKU ŚRODOWISKA STOMATOLOGICZNEGO!

● Poznań



[facebook.com/FDI2016POZNAN](https://facebook.com/FDI2016POZNAN)

[www.fdi2016poznan.org](http://www.fdi2016poznan.org)