



ISSN 1233-2216

WIELKOPOLSKA IZBA LEKARSKA

**Stomatolodzy
na targach**

Miara poświęcenia

**Reminiscencje
sejmowe**

**Lecznictwo
to nie sprzedaż
samochodów**

Lekarz globalny

Prawo do strachu

Diagnoza wstępna

Spis treści

Najpotrzebniejsze zmiany



Czternastego grudnia br. odbyło się spotkanie nowej pani minister zdrowia, Ewy Kopacz, z Naczelną Radą Lekarską. Towarzyszyli jej dwaj wiceministrowie, Marek Twardowski i Andrzej Włodarczyk. Prezes NRL, Konstanty Radziwiłł, rozpoczynając spotkanie, stwierdził, że izba lekarska reprezentuje interesy lekarzy i lekarzy dentyistów, ale jest także instytucją prawa publicznego, dlatego jej głos w sprawach ochrony zdrowia musi być brany pod uwagę.

Oto myśli, jakimi pani minister podzieliła się z nami w odpowiedzi na powitanie prezesa. (Pani minister nie zdążyła odpowiedzieć na pytania, jakie jej przygotowaliśmy. Śpieszyła się na inne spotkanie. Na pytania odpowiadał Marek Twardowski. Dotyczyły one praktycznie wszystkich naszych bolączek i problemów. Nie na wszystkie otrzymaliśmy satysfakcjonujące odpowiedzi. Pan minister w kilku istotnych sprawach odesłał nas do konferencji prasowych, jakie jeszcze przed świętami zorganizuje ministerstwo.)

Podwyższenie wynagrodzeń to nie jest najważniejsza i jedyna sprawa do załatwienia. To element naprawy całego systemu. Ta naprawa ma odbudować zaufanie pacjentów do służby zdrowia. Nie jest ona prosta. Dlatego pani minister przyszła prosić o wsparcie lekarzy dla budowania nowego systemu. To wsparcie będzie ułatwione przez obecność w ministerstwie Andrzeja Włodarczyka, wiceprezesa NRL. Będzie on zakładnikiem i gwarantem, że to, co wypracujemy wspólnie z izbą, będzie realizowane.

W ministerstwie nie ma polityków. Są fachowcy. Trzy tygodnie tego rządu to za mało, żeby pokazać, co się zrobiło. Deklaruję, że będą zmiany, które lekarzy przyjemnie zaskoczą, ale o tym za kilka dni. W ogóle dajcie nam czas.

Najpierw trzeba uszczelnić system. Dopiero potem można określić potrzeby finansowe i ewentualne zmiany wysokości składki zdrowotnej. Dziś 10% budżetu „rozłazi się”.

Dziś mówienie o potrzebnych pieniądzach to wróżenie z fusów. Trzeba wszystko policzyć. Może potrzeba 6% PKB, a może 8 czy 10? Tego nie wiemy. Trzeba policzyć, ile potrzeba nam naprawdę lekarzy, ile potrzeba na szpital X czy Y, ile w ogóle potrzeba szpitali (w dalszej części spotkania minister Twardowski stanowczo zapowiedział, że nie będą tworzone żadne sieci szpitali...). Gdy to wszystko będziemy wiedzieć, to wtedy Polakom i sobie powiemy, ile rzeczywiście potrzeba nam pieniędzy na ochronę zdrowia. Dziś uczciwie muszę powiedzieć, że tego nie wiem. Nie chcę zgadywać. Jak będzie rejestr świadczeń, jak uszczelnimy system, jak będziemy wiedzieć, co ile kosztuje, to będziemy wiedzieć, ile nam brakuje. Dziś uczciwie trzeba powiedzieć, że muszą być też dopłaty.

Dodatkowe pieniądze to też dodatkowe ubezpieczenia.

Trzeba zreformować NFZ. Trzeba go zdecentralizować. On ma płacić za procedury, a nie leczyć czy kreować politykę leczenia. Teraz dyrektor szpitala nie ma żadnej możliwości wpływania na decyzje NFZ. Dyrektor musi mieć możliwość targowania się. Dyrektor musi mieć większą władzę, musi mieć możliwość różnicowania płac, musi wpływać na ceny świadczeń... To najpotrzebniejsze zmiany...

Andrzej Baszkowski

PS: Czytaj także felieton Andrzeja Piechockiego „Mikołaj przyniósł lekarzom gruszki?” na str. 8

Zdaniem prezesa	4
IX Nadzwyczajny Krajowy Zjazd Delegatów OZZL	5
A więc wojna...	6
Miara poświęcenia	8
Mikołaj przyniósł lekarzom gruszki?	8
Reminiscencje sejmowe	10
Lecznictwo to nie sprzedaż samochodów	12
Lekarz globalny	14
Prawo do strachu	16
Kodeks walki z rakiem	16
I porusza niebo i ziemię	18
Wątpliwości i zapytania	18
N(I)EGOCJACJE	20
Dawka mediów	20
W cieniu ptasiej grypy	22
Kasy chorych kiedyś...	24
Odnowienie dyplomu	25
Goście ze Wschodu	26
Stomatolodzy na targach	26
SHORT CUTS	28
Wiersze	30

Zdaniem prezesa

Rozmowa ze Stefanem Sobczyńskim, prezesem Wielkopolskiej Izby Lekarskiej



STEFAN
SOBCZYŃSKI

Podczas niedawnego posiedzenia Naczelnej Rady Lekarskiej miał pan prezes okazję spotkać się z nowym kierownictwem resortu zdrowia, m.in. z minister Ewą Kopacz...

Zgodnie z deklaracjami Ministerstwa Zdrowia, widzi ono w Naczelnej Izbie Lekarskiej partnera do rozmów, a nie jedynie organ służący do opiniowania ustaw i ministerialnych rozporządzeń. Resort zdrowia chciałby więc uzgadniać niektóre rozwiązania systemowe wspólnie z izbami.

Proces uzgadniania miałby także dotyczyć niższych szczebli i odbywać się również na poziomie województw, okręgów czy nawet szpitali. Miałyby to o tyle sens, że w sytuacji, w której coraz więcej lekarzy zaczyna pracować w systemie kontraktowym, a więc z natury rzeczy przestaje być związkowcami, przechodzą oni pod opiekę Izb Lekarskich.

A co z pieniędzmi na dofinansowanie służby zdrowia?

No cóż, jeżeli chodzi o finanse, to w najbliższym okresie ministerstwo nie widzi możliwości takiego dofinansowania, natomiast zamierza dokładnie uszczelnić system obecnie panujący i w tym upatruje oszczędności, które pomogą pokryć te ubytki, które od stycznia wynikną w związku ze zmianą czasu pracy lekarzy.

Minister Kopacz zwróciła też uwagę na to, że wchodząca w życie ustawa jest niezwykle restrykcyjna w porównaniu z wieloma innymi państwami UE, w których dopuszcza się 24-godzinny czas pracy. Prawdopodobnie więc ministerstwo będzie dążyło do nowelizacji ustawy o czasie pracy lekarzy pod kątem liberalizacji części zawartych w niej zapisów.

Silą rzeczy najwięcej miejsca na posiedzeniu NRL poświęcono właśnie sprawie czasu pracy lekarza i lekarza dentystry. W końcu jest to najbardziej aktualna kwestia dotycząca całego środowiska lekarskiego...

Po kilkugodzinnej dyskusji wypracowaliśmy stanowisko, w którym opowiedzieliśmy się za utrzymaniem po 1 stycznia 2008 roku większości obowiązujących obecnie rozwiązań prawnych dotyczących czasu pracy lekarza. Naczelna Rada Lekarska sprzeciwia się więc zamierzeniom organizowania pracy w ramach systemów pracy zmianowej i równoważnych systemów czasu pracy. Możliwość wydłużenia czasu pracy lekarzy, oczywiście po wyrażeniu przez nich na to pisemnej zgody, odbywać się powinna jedynie w przypadku wzrostu minimalnych wynagrodzeń do poziomu dwóch, dwóch i pół i trzech średnich krajowych.

Naczelna Rada Lekarska po raz kolejny zwróciła też uwagę, że niezbędne są jak najszybsze odczuwalne podwyżki płac w służbie zdrowia. Niemniej przy obecnej kondycji finansowej zdecydowanej większości placówek ochrony zdrowia zadanie to nie może być złożone wyłącznie na barki dyrekto-

rów zakładów opieki zdrowotnej. Proponujemy zatem, aby nadwyżka środków znajdujących się w dyspozycji NFZ została przeznaczona na zwiększenie wartości punktu i wysokości stawki kapitałowej w kontraktach zawieranych ze świadczeniodawcami. Zdaniem NRL lekarze nie powinni godzić się na kontrakty w wysokości niższej niż 40 złotych za godzinę pracy. Uważamy, że jest to warunek niezbędny do uzyskania przychylności środowiska medycznego dla koniecznych reform.

Początek nowego roku to dobra okazja, aby przedstawić tegoroczne plany Wielkopolskiej Izby Lekarskiej...

Czekają nas przede wszystkim poważne zadania inwestycyjne, ale nie możemy ich już dłużej odkładać. Odkąd piastuję bowiem funkcję prezesa Wielkopolskiej Izby Lekarskiej, dostrzegam pilną konieczność przebudowy i reorganizacji naszej siedziby. W obecnym stanie rzeczy nie spełnia ona podstawowych warunków, niezbędnych do sprawnej obsługi przychodzących do nas lekarzy. Doszło wręcz do sytuacji, w której nie mieli oni nawet gdzie usiąść i tłoczyli się w wąskich korytarzach, w oczekiwaniu na załatwienie swoich spraw. Tak dłużej nie może być.

W naszych najbliższych planach jest więc przekształcenie budynku mieszkalnego przy al. Niepodległości w Poznaniu w budynek użyteczności publicznej oraz zakup nowej siedziby dla Delegatury WIL w Kaliszu. Pierwsze ruchy już zresztą wykonaliśmy – lekarze są obecnie przyjmowani w przestronnym sekretariacie WIL, natomiast Okręgowy Sąd Lekarski oraz Okręgowy Rzecznik Odpowiedzialności Zawodowej przenoszą się do mniejszego budynku, w którym będą mieli lepsze warunki działania.

Jest to o tyle ważne, że zarówno sąd lekarski, jak i rzecznik odpowiedzialności zawodowej rozpatrują w ostatnim okresie coraz więcej spraw...

Wzrost liczby lekarskich spraw rozpatrywanych przez rzecznika i sąd bierze się w dużej mierze ze wzrastającej presji społecznej, związanej z działaniami środków masowego przekazu. Media często w sposób nieuzasadniony atakują przedstawicieli środowiska medycznego, nie dostrzegając przy tym, jak mocno wpływa to na obniżenie prestiżu lekarza, na którym przecież opiera się zaufanie między leczącym a pacjentem. Niemniej myślę, że część winy za taki stan rzeczy leży także po stronie niektórych lekarzy. Coraz częściej pacjenci słyszą zdania typu: „gdzie was tak urządzono?”, „kto tak źle to zrobił?” itp. A nader często są to opinie krzywdzące. Ci lekarze, którzy z taką łatwością oczerniają kolegów, nie zastanawiają się nad tym, że w konsekwencji obraca się to także przeciwko nim, bo uderza w całe środowisko. Takie pochopnie wypowiedziane zdania zaczynają potem często żyć własnym życiem.

Proszę pamiętać, że Izba Lekarska zgodnie z prawem jest zobowiązana rozpatrywać wszelkie skargi pacjentów. Z moich obserwacji wynika zaś, że bardzo często są to zupełnie niepotrzebne sprawy, do których w ogóle nie musiałoby dojść. Niestety wiele Koleżanek i wielu Kolegów w codziennym zabieganiu, w wyczerpującym rytmie całodobowej pracy i zawodowego stresu zapomina często o etyce lekarskiej i podstawowych relacjach między samymi lekarzami. Myślę, że w tej sprawie nasze środowisko ma bardzo wiele do nadrobienia.

ROZMAWIAŁ ŁK

IX Nadzwyczajny Krajowy Zjazd Delegatów OZZL



PIOTR ŚLIWIŃSKI

Zjazd w całości poświęcony był sytuacji zatrudnienia lekarzy po 1 stycznia 2008 r., tj. po wejściu w życie znowelizowanej o unijne normy czasu pracy ustawy o zakładach opieki zdrowotnej. Zjazd otworzył przewodniczący Krzysztof Bukiel. Ukonstytuowano prezydium zjazdu, którego przewodniczącą została nasza koleżanka dr Halina Bobrowska.

Spośród zaproszonych gości obecni byli m.in. prezes Konstanty Radziwiłł z ramienia Naczelnej Izby Lekarskiej oraz prezes Andrzej Włodarczyk z Warszawskiej Izby Lekarskiej (wówczas jeszcze nie był zastępcą ministra zdrowia). Rząd reprezentowali: pani minister zdrowia Ewa Kopacz oraz jej zastępca Marek Twardowski (przewodniczący Porozumienia Zielonogórskiego).

Prezes Radziwiłł podkreślił wyjątkowość historyczną obecnego okresu dla lekarzy etatowych, w związku z zmianami organizacji ich czasu pracy, jakie niebawem zaistnieją, w związku z wprowadzeniem dyrektywy unijnej, apelując jednocześnie o racjonalne i spójne działania środowiska.

Podobny ton przybrał prezes Włodarczyk, który negatywnie odniósł się do wypowiedzi Prezesa NFZ pana Paszkowskiego jakoby sytuacja zatrudnienia lekarzy w nowych warunkach i związane z tym ich roszczenia płacowe były wyłącznie problemem dyrektorów SPZOZ. W drugiej części swego wystąpienia (po powrocie z posiedzenia Rady Okręgowej) wygłosił „dementi” odnoszące się do pogłosek sugerujących, jakoby miał zostać wiceministrem zdrowia. Dzisiaj możemy powiedzieć, że dementi było co najmniej przedczesne...

Pani minister Kopacz wyraziła swoje zadowolenie z obecności na zjeździe jako okazji do dialogu ze środowiskiem, od którego w kwestii spokoju społecznego tak wiele będzie zależało w pierwszych miesiącach nadchodzącego roku. Z żalem stwierdziła, że nie może zadeklarować żadnych doraźnych rozwiązań finansowych, albowiem bilansowanie budżetu ministerstwa zdrowia zajmie przynajmniej 3 miesiące. Przedstawiła zamierzone kroki reformy służby zdrowia spójne z programem PO jej autorstwa. Potwierdziła, że za trzy lata lekarz specjalista będzie mógł zarabiać (teraz też może, tylko jakim nakładem czasu – przypisek autora) nawet do 11 000 zł. Spotkało się to z ograniczonym entuzjazmem wobec braku odpowiedzi na pytanie z sali – czy brutto, czy kontraktowo, z dyżurami czy bez, a jeśli z dyżurami – to iloma? Pani minister potwierdziła, że jak szybko to możliwe, zmieni rozporządzenie, podnosząc wynagrodzenie podstawowe brutto lekarzy rezydentów o 500 złotych, a lekarzy stażystów o 280 zł. Jej apel o zapewnienie ciągłości całodobowej opieki lekarskiej podparty wiarą w lepsze jutro oraz próba zmiany konwencji jej wystąpienia na dialog „jak lekarz z lekarzami” nie spotkały się z aprobatą sali. Pani minister stwierdziła, iż nie czuje się odpowiedzialna za bałagan, jaki pozostawiła poprzednia ekipa rządowa – w tym błędy zawarte w nowelizacji ustawy o ZOZ. W opinii autora (i nie tylko) istnieje zasada „ciągłości państwa”, w związku z którą lekarze oczekują od obecnego rządu rozwiązań centralnych (w miejsce tysięcy indywidualnych pozwów

sądowych) w kwestii wyrównania płacowego za dyżury medyczne pełnione przez ostatnie 3 lata niezgodnie z dyrektywą europejską. Zwłoka we wprowadzeniu tych przepisów, ze szkodą dla pracowników medycznych z wyższym wykształceniem, nie może być inaczej traktowana jak świadome zadłużanie się instytucji państwa u tych pracowników... Ten punkt widzenia niestety spotkał się również z negatywną opinią pani minister.

W konkluzji zgromadzeni lekarze stwierdzili, że wierzą w dobre intencje rządu, ale od swoich roszczeń nie odstąpią – wobec braku konkretnych propozycji osadzonych w realnym czasie. Po przerwie Zjazd zajął się przyjmowaniem uchwał (pełen tekst dokumentów na stronie <http://ozzl.org.pl>).

W uchwale programowej Zjazd stwierdził, że OZZL nie uzyskał zamierzonych zmian płacowych dla lekarzy ani też zmian systemowych, które zostały ujęte w projekcie ustawy „o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym”. Sukcesem wieńczącym 15 lat zmagania jest objęcie lekarzy powszechnie obowiązującymi normami czasu pracy oraz uznanie, że czas pełnienia dyżuru medycznego jest czasem pracy.

Zjazd przyjął, że sposobem na realizację podwyżek jest odmowa podpisania dobrowolnej, indywidualnej zgody lekarza (tzw. klauzuli opt-out) na pełnienie dyżurów medycznych w czasie przekraczającym łączny czas pracy (dyżur też jest czasem pracy) 48 godzin na tydzień w przypadku braku podwyższenia wynagrodzenia zasadniczego brutto do wartości określonych w sporze zbiorowym, tj.: stażysta 1,75, młodszy asystent i rezydent 2,00, asystent 2,5, starszy asystent 3,0 przeciętnego miesięcznego wynagrodzenia w sektorze przedsiębiorstw bez wypłat nagród z zysku.

Zjazd zezwała, aby te podwyżki rozłożył swoim pracodawcom w czasie. Pierwszy krok podwyżki nie powinien mieć jednak wartości niższej niż określone w tzw. porozumieniu radomskim, tzn. młodszy asystent 1,00 (nie mniej niż 2800), asystent 1,20 (nie mniej niż 3360), starszy asystent 1,4 (nie mniej niż 3920 zł). Takie porozumienie cząstkowe powinno być podpisano na okres nie dłuższy niż do 30 września 2008 r.

Zjazd podkreśla, że akcja ta będzie skuteczna, jeśli będzie przeprowadzona wspólnie przez wszystkich lekarzy oraz że nie mogą oni w tym czasie przechodzić na tzw. kontrakty.

Zjazd zaleca, aby lekarze powołali jeden (dla wszystkich zatrudnionych w SPZOZ) zespół negocjacyjny lub pełnomocnika. Nikt indywidualnie nie podpisuje zgody w ramach „opt-out”, dopóki pełnomocnik lub zespół nie podpisze porozumienia z pracodawcą określającego warunki podpisania tej zgody.

Powodem do rezygnacji z ww. działań może być ustawowe określenie minimalnych stawek wynagrodzenia lekarzy, w zależności od ich kompetencji, w uzgodnieniu ze środowiskiem lekarskim lub wdrożenie przez władze RP reform określonych w projekcie ustawy „o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym”, o której była mowa wyżej. Na tym Zjazd zakończył obrady – o czym Państwu donoszę.

PS: Obecna sytuacja gwarantuje, że nie robiąc nic (nie podpisując bezwarunkowo klauzuli opt-out) i nie przechodząc na kontrakty, uzyskają Państwo wiele. Następnej takiej okazji dziejowej nie będzie za naszego życia. No chyba że chcą Państwo zepsuć Euro 2012 – ale takie myślenie jest niegodne Polaka i kibica.

A więc wojna...

13 grudnia to nie tylko data pamiętnych wydarzeń 1981 roku, to także data otrzymania faksu z odpowiedzią Wielkopolskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia na list Wielkopolskiej Izby Lekarskiej, sygnowany przez prezesa Sobczyńskiego.

W liście tym WIL zaproponowała rozwiązanie problemu stworzonego przez WOW NFZ, który „wymyślił sobie”, że jedynym sposobem przydzielania numerów recept będzie internetowy system numerowania recept (SNRL). To, że jest to bezprawne utrudnianie pozyskania tych numerów przez część lekarzy, członków WIL, którzy nie posiadają komputerów i dostępu do Internetu (ich liczbę izba szacuje na 2000), jest jasne nie tylko dla lekarzy i władz Wielkopolskiej Izby Lekarskiej, ale nawet dla prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia. Prezes Sośnierz dał wyraz temu w swojej odpowiedzi z 22 października 2007 r. na list prezydium Wielkopolskiej Izby Lekarskiej. Odpowiedź tę WOW NFZ otrzymał do wiadomości i – jak widać – zupełnie zignorował. Być może u podstaw takiego aroganckiego stanowiska WOW NFZ leży fakt, iż prezes Sośnierz jest już byłym prezesem, tak więc najwyraźniej jego stanowisko można lekceważyć. Jak możecie Państwo przeczytać we wspomnianej odpowiedzi, WOW NFZ zupełnie zignorował fakt istnienia takiej wykładni prezesa NFZ:

Odnośnie natomiast przydzielenia numerów recept wyłącznie za pomocą systemu informatycznego należy zauważyć, iż Zarządzenie Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia Nr 43, nie wprowadza obowiązku przydzielania numerów recept drogą informatyczną, dlatego też Oddział Wojewódzki NFZ musi udostępnić numery recept także drogą korespondencji.

Jest to wyraz skrajnej arogancji władz WOW NFZ, które najwyraźniej stawiają się ponad prawem. Jeśli nie rozumieją tego, trzeba im wytłumaczyć, że „przydzielenie numerów” nie może być czynnością pozorną, tylko faktyczną. A taką pozorną możliwością jest dla wielu członków WIL, nie posiadających dostępu do Internetu, używanie do tego celu tylko SNRL.

Skoro WOW NFZ chce wojny z Izłą Lekarską, to będzie ją miał! Izba bowiem nie zostawi sprawy recept w obecnej postaci i wykorzysta wszystkie dostępne prawem środki, aby zmusić WOW NFZ do udostępniania numerów recept także poza SNRL.

Ale ponieważ ewentualne spory prawne długo trwają, podjęliśmy także inne działania, by zmienić ten stan rzeczy. Jednym z tych działań było wystąpienie do ministra zdrowia o zmianę rozporządzenia w sprawie recept i – jak można wnioskować z wypowiedzi ministra Twardowskiego podczas posiedzenia NRL 14 grudnia – być może w dniu, w którym otrzymacie Państwo ten numer Biuletynu, będzie już znana treść zmienionego rozporządzenia i problem zostanie rozwiązany.

List do Okręgowej Rady Lekarskiej

Sz. P.
Stanisław Dziedziuchowicz
Z-ca Przewodniczącego Okręgowej Rady Lekarskiej
w Poznaniu

W związku z Państwa pismem przedstawiającym stanowisko Prezydium Okręgowej Rady Lekarskiej w Poznaniu w sprawie wymiany przez Wielkopolski Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia umów dla lekarzy na wystawianie recept na leki refundowane przedstawiam stanowisko Centrali Narodowego Funduszu Zdrowia.

Zgodnie z Zarządzeniem Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia Nr 43 z 4 lipca 2007 roku w sprawie wzoru umowy na wystawianie recept na leki i wyroby medyczne objęte refundacją umowy zawarte przed dniem wejścia w życie tego zarządzenia, tj. przed 7 lipca 2007 roku, pozostają w mocy, jednakże Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia jako jedna ze stron może ją rozwiązać. Wymiana umów przez Wielkopolski Oddział NFZ spowodowana jest ujednocnieniem umów, a jednocześnie dostosowaniem ich do nowych wymogów.

Odnośnie natomiast przydzielenia numerów recept wyłącznie za pomocą systemu informatycznego należy zauważyć, iż Zarządzenie Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia Nr 43, **nie wprowadza obowiązku przydzielania numerów recept** drogą informatyczną, dlatego też Oddział Wojewódzki NFZ musi udostępnić numery recept także drogą korespondencji.

Prezes Narodowego Funduszu Zdrowia
Andrzej Sośnierz



List do Wielkopolskiego Oddziału Wojewódzkiego NFZ

Pani Aleksandra Stamm
Zastępca Dyrektora ds. Medycznych
Wielkopolskiego Oddziału Wojewódzkiego
Narodowego Funduszu Zdrowia

W nawiązaniu do naszych rozmów telefonicznych oraz rozmowy z panem Jackiem Piszczkiem w sprawie przydzielenia lekarzom nie mającym dostępu do Internetu zakresów numerów recept lekarskich na leki refundowane, zgodnie z rozporządzeniem ministra zdrowia i wykładnią prezesa NFZ zawartą w odpowiedzi na pismo WIL, Wielkopolska Izba Lekarska proponuje przyjęcie przez WOW NFZ następującego rozwiązania:

Zainteresowany lekarz, mający umowę z WOW NFZ na wystawianie recept lekarskich, który nie ma dostępu do Internetu i za jego pośrednictwem do SNRL, chcąc zamówić zakres numerów potrzebnych do wydrukowania recept w wybranej przez siebie drukarni:

1. Zwraca się listownie do WOW NFZ w Poznaniu lub jego właściwej terytorialnie placówki terenowej z prośbą o przydzielenie zakresów numerów recept (minimum 300 – wymóg drukarni).
2. WOW NFZ przydziela żądany zakres numerów recept i przesyła te numery i ew. PDF tych recept na nośniku elektronicznym (płyta CD) lekarzowi listem poleconym.
3. Lekarz we własnym zakresie, korzystając z dostarczonego nośnika, zamawia recepty w drukarni.

Zaproponowane przez nas rozwiązanie jest proste i jego realizacja nie powinna nastęrczyć WOW NFZ nadmiernych kłopotów.

Mamy nadzieję, że WOW NFZ je przyjmie, tym bardziej że jak wynika z wyjaśnień udzielonych przez pana Piszczka, WOW NFZ nie neguje konieczności udostępnienia numerów recept lekarzom, także poza systemem SNRL. Jediną różnicą jest sposób zakończenia procesu przydzielania numerów. Według pana Piszczka, WOW NFZ może je podać lekarzowi jedynie wydrukowane na papierze. Według WIL proces ten może się zakończyć zapisaniem tych numerów na nośniku elektronicznym, gdyż do tego momentu pracownik WOW NFZ musi wykonać te same czynności i tylko od „woli” WOW NFZ zależy, czy ostatnią jego czynnością będzie polecenie „drukuj” czy też „zapisz na nośniku”.

Przeciwko podawaniu numerów w formie wydruku, według WIL, przemawia jeszcze jeden argument. Tak zapisane numery łatwo mogą wpaść w niepowołane ręce i posłużyć do wydrukowania fałszywej recepty. Forma elektroniczna zapobiega prostemu i przypadkowemu uzyskaniu tych numerów. Mamy nadzieję, że zaproponowane przez WIL rozwiązanie zostanie przez WOW NFZ szybko zaaprobowane i rozwiąże problem uzyskania zakresów numerów recept przez lekarzy, którzy nie mają dostępu do Internetu, a których liczbę WIL szacuje na 2000 osób.

Stefan Sobczyński
Przewodniczący Okręgowej Rady Lekarskiej
w Poznaniu

List do Okręgowej Rady Lekarskiej

Sz. P.
Stefan Sobczyński
Przewodniczący Okręgowej Rady Lekarskiej
w Poznaniu

W odpowiedzi na pismo z dnia 4 grudnia 2007 roku w sprawie przyjęcia przez WOW NFZ nowego sposobu przydzielania lekarzom numerów recept pragnę zwrócić uwagę, że na Narodowym Funduszu Zdrowia zgodnie z paragrafem 9 ust. 2 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 17 maja 2007 roku w sprawie recept lekarskich spoczywa obowiązek polegający na przydzielaniu podmiotom upoważnionym do wystawiania recept na refundowane leki i wyroby medyczne zakresów liczb mających służyć jako numery recept, a Wydział Gospodarki Lekami WOW NFZ korzystać będzie z aktualnie funkcjonującego systemu numerowanych recept lekarskich, spełniając ten wymóg.

W związku z podstawową funkcjonalnością systemu polegającą na samodzielnym pobieraniu zakresów numerów ze strony internetowej Funduszu zakresy numerów nie mogą być udostępnione drogą korespondencyjną. Rozwiązanie proponowane przez Izbę pociągałoby za sobą udostępnienie poufnego PIN-u lekarza służącego do logowania się w systemie recept. Postępowanie takie w istotny sposób burzy podstawową funkcjonalność systemu polegającą na jego samodzielnej obsłudze przez lekarza oraz de facto przerzuca obowiązek i odpowiedzialność na NFZ za wysyłanie numerów recept do wszystkich zgłaszających się lekarzy i świadczeniodawców, a nie tylko lekarzy nie czynnych zawodowo. To jedynie Izba posiada możliwość wskazania i weryfikacji listy takich lekarzy i mogłaby w ich imieniu pobierać numery recept, które i tak należy przekazywać do firmy zajmującej się drukiem recept. Dodatkowo Fundusz nie może ponosić odpowiedzialności za błędnie wydrukowane recepty, których numery uzyskano z pominięciem Systemu Numerowanych Recept Lekarskich. Wydaje się celowym zachowanie sposobu przydzielania zakresów numerów recept jedynie za pomocą istniejących numerów informatycznych z powodu konieczności zachowania wymogów bezpieczeństwa danych, przy samodzielnej obsłudze systemu przez lekarza.

Mając na uwadze doświadczenia innych oddziałów wojewódzkich NFZ, możliwe jest w wyjątkowych przypadkach udzielenie pomocy przy zamawianiu numerów recept lekarzom przez pracownika Izby przy jednoczesnym zachowaniu poufności pobranych danych, a rozwiązanie takie z powodzeniem sprawdza się w codziennej praktyce.

Fundusz przyjmując takie rozwiązanie, jak i organizując wcześniej punkty dystrybucji recept spełnia aktualne wymogi nałożone na niego przez rozporządzenie Ministra Zdrowia.

Z poważaniem
Zastępca Dyrektora ds. Medycznych
Wielkopolskiego Oddziału Wojewódzkiego
Narodowego Funduszu Zdrowia
Dyr. Aleksandra Stamm

Miara poświęcenia



ANDRZEJ CISŁO

W poniższym artykule będziemy używać pewnego słowa pisanego w cudzym słowie.

Chodzi o słowo „konkurs”.

Słowo to pisać będziemy w cudzym słowie, gdyż to, czego doświadczyło środowisko stomatologiczne w listopadzie i grudniu, nie przystaje do powszechnej percepcji pojęcia konkursu.

Doświadczenie, jakie nabywamy z biegiem lat, czy przykładać odpowiednią miarę do pojęć czy sytuacji, nie nazywać rzeczy na wyrost, nie tragizować i nie wpadać w euforię. Niby nic się takiego nie stało. Ktoś powie – tak było od lat, dlaczego tym razem miałyby być inaczej? Jednak to, czego doświadczyliśmy w związku z tzw. „konkuresem”, nie może pozostać bez puenty. Nie jest ważna w tym momencie nasza profesja, stopień specjalizacji, wiek czy pozycja zawodowa. Dotknięto nas jako ludzi myślących, łamiąc prawa stanowione nie przez nas przecież. Zachęca się niniejszym Czytelników do przysyłania na adres WIL referatów pt. „O sensie zapraszania wolnych ludzi na negocjacje o z góry ustalonym wyniku”. Najciekawsze prace zamieścimy na naszej WWW.

To miał być konkurs przełomowy. Przełomowy był z pewnością wzrost nakładów na stomatologię. W stosunku do roku 2007 wzrósł on na rok 2008 o średnio 53 procent. Taki wzrost zdarzy się znów z pewnością nieprędko.

Gdzie są te pieniądze? Prezes Sośnierz powkładał je do kilku szufladek, przez co zmniejszył wydatnie efektywność zarządzania nimi. Jedną z szufladek Sośnierza to sztywne kwoty zarezerwowane na prace techniczne. Nie można ich użyć na żadne inne świadczenia. Nie mogły więc być wli-

czone do ogólnej puli pieniędzy, z której wykroić chcieliby się lepszą stawkę za punkt. Inna szufladka to specjalny zakres na leczenie dzieci i młodzieży ustanowiony tylko po to, aby nie przyznać oddziałom możliwości negocjowania liczby prac protetycznych (starczyłoby kontraktem dziecięcym dać liczbę prac zero i niepotrzebny byłby osobny zakres). Dość dawno nie mieliśmy osobnych konkursów na leczenie dzieci i gabinety pedodontyczne jakoś nie upadły.

Każdy wie, że z większego garnka łatwiej wygospodarować sówitą porcję dla każdego. Szufladki Sośnierza możliwość tę znacznie ograniczyły.

Ale i tak budżety poszczególnych postępowań (razem około 50 „konkursów”) dawały możliwości, aby w dużej części powiatów zapewnić lekarzom stawkę za punkt na poziomie o 5-10 gr wyższym niż stawki lansowane ostatecznie przez komisję konkursową. W trakcie spotkania z Dyrekcją WOW, w którym uczestniczyliśmy z Prezesem Sobczyńskim w dniu 3 grudnia, przedłożyliśmy wyliczenie dla konkursów ogólnostomatologicznych i dziecięcych w 12 powiatach regionów kaliskiego i pilskiego, z którego to wyliczenia wynikało, że przyjęcie w tych postępowaniach stawki 1 zł za punkt pozostawia jeszcze sumaryczną nadwyżkę w wysokości ok. 3,5 mln zł rocznie, czyli prawie tyle, ile wynosił budżet chirurgii z periodontologią i protetyki razem wziętych! Podobna sytuacja mogła mieć miejsce w powiatach regionu konińskiego i leszczyńskiego, choć – sprawiedliwie trzeba powiedzieć – nie mieliśmy z tych regionów danych. Nie jest to zresztą istotne. Nie domagaliśmy się bowiem odgórnego ustalenia wysokości stawek, a jedynie uszanowania niezawisłości postępowania konkursowego i pogodzenia się z myślą, że w różnych powiatach stawka za punkt może się kształtować na różnym poziomie, co byłoby naturalnym

Mikołaj przyniósł lekarzom



ANDRZEJ PIECHOCKI

Jak co roku, był to bardzo piękny dzień. Dzień pełen niespodzianek. Do ustawionych pod drzwiami butów Mikołaj wkładał prezenty. Dla małych i dużych. Dostało się także lekarzom. I to tak wiele, że aż trudno uwierzyć.

6 grudnia 2007 na spotkaniu z lekarzami minister zdrowia Ewa Kopacz obiecała, że:

- w 2010 roku lekarz specjalista ma zarabiać 11 000 zł brutto,
- od stycznia 2008 rezydenci mają dostać o 520 zł więcej, stażyści o 460, a pielęgniarki stażystki o 280 zł więcej,

- w połowie 2008 znikną limity na świadczenia,
- rząd przedstawi „negatywny koszyk świadczeń”,
- szpitale zostaną przekształcone w spółki prawa handlowego.

Słuchający tych obietnic, przecierali uszy ze zdumienia. – Jestem w szoku – powiedział szef OZZL, Krzysztof Bukiel. Marek Balicki, były minister zdrowia, był sceptyczny: – To gruszki na wierzbie. Lekarze, czemu też dawali wyraz w licznych wypowiedziach dla mediów, nie dowierzali. Przecież nieraz już się sparzyli.

Skąd wziąć pieniądze na realizację tych obietnic? O tym jakoś się nie mówiło. A jeśli już, to tylko w kontekście ustawy o czasie pracy, której wykonanie w istocie deleguje się na dyrektorów szpitali. Ci zaś alarmują, że jeśli będzie tak, jak rząd prognozuje, to 100 procent kontraktu, jaki proponuje

odzwierciedleniem różnej sytuacji rynku stomatologicznego w poszczególnych powiatach.

Wielkopolski Oddział Funduszu miał do tego całkiem inne podejście. Założono, że jeśli w którymś postępowaniu oferenci nie zgłaszają takiej liczby świadczeń, jaką zaplanował NFZ, to pozostawione pieniądze nie mogą służyć wzrostowi stawki za punkt, ale muszą być pozostawione dla hipotetycznych oferentów, którzy a nuż skuszą się i podejmą współpracę z NFZ. Założono też, że skoro oferenci mają mieć równe prawa, to i stawka maksymalna w województwie musi być taka sama.

Takie stanowisko Dyrekcji WOW co do chęci zakupu równej liczby świadczeń w stosunku do populacji można nawet zrozumieć – taki przywilej NFZ, żeby prowadzić politykę zdrowotną. Jednak co do komisji konkursowej – to owszem, może w ramach negocjacji przedłożyć oferentom propozycję większej liczby świadczeń za mniejszą stawkę, ale nie ma prawa uzależniać wyboru oferty od tego, czy oferent przystanie na jej propozycję czy nie. W pisemnej instrukcji, jakiej udzielił komisjom konkursowym Prezes NFZ (instrukcja nie ma rangi zarządzenia i nie jest materiałem konkursowym), jest nawet wzór protokołu z pouczeniem, że spisanie protokołu rozbieżności oznacza, iż oferta nie zostanie wybrana (sic!).

A co na to przepisy prawa? Komisja konkursowa w myśl § 5 regulaminu komisji ma kierować się wyłącznie przepisami prawa, posiadaną wiedzą i doświadczeniem. Zajrzyjmy więc do ustawy o świadczeniach zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych. W artykule 142, w ust. 5 ustawodawca zawarł dokładną instrukcję sposobu, w jaki komisja może rozstrzygnąć postępowanie.

Jedną z opcji jest niedokonanie wyboru żadnej oferty, ale tylko wtedy, gdy nie dają one rękojmi należytego udzielania świadczeń. Drugą i ostatnią opcją komisji jest dokonanie wyboru oferty lub większej liczby ofert „zapewniających ciągłość udzielania świadczeń opieki zdrowotnej, ich kompleksowość i dostępność oraz przedstawiających najkorzyst-

niejszy bilans ceny w odniesieniu do przedmiotu zamówienia”. Izba nasza interpretuje to tak: oferty powinny być uszeregowane według atrakcyjności (według liczby zdobytych punktów) i kolejno wybierane do podpisania umowy aż do wyczerpania środków określonych w ogłoszeniu o „konkursie”. Tak więc oferent obstający twardo przy swojej stawce nie jest wolny od ryzyka – musi mieć świadomość, że jego „droga” oferta zepchnie go w dół rankingu. Jeśli więc chce przy swej stawce obstawać, musi wiedzieć, jaka jest sytuacja w „konkursie”, w którym uczestniczy, co może być trudne, gdyż nie wie, jakie liczby świadczeń i ceny wynegocjują inni oferenci. Jednak taki schemat postępowania stwarza przynajmniej warunki prawdziwego konkursu, działania gry rynkowej itp. I przede wszystkim daje jakieś prawa oferentom oraz – co ważne – jego pacjentom. Spójrzmy bowiem na przewrotność schematu działania à la NFZ – oferent o pewnej pozycji w konkursie (często jedyny w gminie) chcący otrzymać choćby te 10 gr więcej za punkt odpada z konkursu tylko dlatego, że nie przyjął propozycji komisji. A co z jego pacjentami? Gdzie tak lansowany ponad wszystko ich interes?

Wypada na koniec wyjaśnić tytuł artykułu. W jednym ze swych opowiadań Sławomir Mrozek opisuje rozterki anioła stróża pewnego malca, któremu to anioł zbyt dobitnie daje znać o sobie, kwitując każde jego przewinienie a to „hakiem” w zębra, a to „blachą” w czoło. Anioł w końcu zaczyna się zastanawiać, czy to tak... po bożemu? Jednak rozgrzesza się szybko, dochodząc do wniosku, że „z szacunku dla prawa przekroczyć prawo – oto miara poświęcenia”. I tak też jest w naszym przypadku. Z szacunku (jak widać, nie zawsze konsekwentnego) dla prawa pacjentów do lepszej opieki zlekceważono prawa niektórych oferentów. Czy to jednak fair? Osądźcie Państwo sami.

Wielkopolska Izba Lekarska asystowała, jak mogła, Koleżankom i Kolegom przy tym „konkursie”. Sprawa na pewno ma ciąg dalszy. Jaki? Po odpowiedź odsyłam na strony stomatologiczne witryny internetowej WIL.

gruszki?

NFZ, pochłoną pensje. Bo państwo nic nie dołoży, nie ma pieniędzy (potrzebne są 2 miliardy złotych) na zwiększone wynagrodzenia lekarzy z tytułu szpitalnych nadgodzin.

Kilka dni przed Mikołajem lekarzom było nie do śmiechu. Oto premier Donald Tusk powiedział, że przepisy skracające czas pracy wejdą w życie nie 1 stycznia 2008, ale za rok. Znowu zawrzało. Znowu mówi się o ogólnopolskiej akcji protestacyjnej. Będą strajki i pozwy. Będzie sprawa przed Europejskim Trybunałem Sprawiedliwości. Dyrektor szpitala w Radomiu mówi „Dziennikowi”: – Nie rozumiem, dlaczego premier Tusk popiera utrzymanie systemu niewolnictwa. Nieakceptowalne jest, aby dawał sygnał dyrektorom szpitali, by łamali prawo. Nowy system był szansą także dla pacjentów. Przemęczony i sfrustrowany lekarz jest zagrożeniem dla chorych!

Również kilka dni po Mikołaju lekarzom było nie do śmiechu. Oto rząd postanowił wycofać z Sejmu projekt PiS dotyczący przesunięcia w przyszłym roku 3,8 miliarda złotych z Funduszu Pracy do NFZ. A tak liczyli na te pieniądze związkowcy, gdy domagali się 5000 zł brutto dla lekarza bez specjalizacji i 7500 zł brutto dla lekarza ze specjalizacją. K. Bukiel powiedział „Gazecie Wyborczej”: – Widać nadciągającą falę powodziową, a rząd burzy wały. Rządzący prowokują niepokój społeczny. Jak po 1 stycznia nie będzie komu leczyć, będą zwałać winę na lekarzy, że łamią przysięgę Hipokratesa.

W sylwestrową noc z radością i nadzieją powitaliśmy nowy 2008 rok. Przyszła dziecina radosna, uśmiechnięta i zdrowa. I oby jak najdłużej była zdrowa. Bo w przeciwnym razie możemy mieć spore kłopoty. My, pacjenci. I leczący nas lekarze. I opiekujące się nami pielęgniarki.



Na ostatnim posiedzeniu komisji zdrowia w upalne popołudnie poseł Tadeusz Cymański (PiS) zarządził zbiorowe wachlowanie.

Reminiscencje sejmowe

Na przelomie sierpnia i września, kiedy była już nieoficjalna decyzja o rozwiązaniu Sejmu i rozpisaniu nowych wyborów parlamentarnych, obrady sejmowej komisji zdrowia nabrały tempa.

Mimo gorącej atmosfery wewnątrz i na zewnątrz posiedzenia odbywały się z dużą częstotliwością. Z frekwencją bywało różnie: czasem posłowie opozycji byli w większości i wtedy nie udawało się wprowadzić rządowych poprawek, a kiedy znów koalicja była w rozsypce, posłowie Samoobrony i LPR-u też głosowali łącznie z opozycją na przekór PiS-owi. Nie było to po myśli władzy, powodowało niezłe

zamieszanie (w ten sposób w nowej ustawie zdrowotnej, która ma zacząć obowiązywać od 1 stycznia 2008 roku nie znalazł się zapis o obowiązku pisania numeru PESEL na receptach). Na szczęście nie decydowano wtedy o sprawach newralgicznych dla nas jako świadczeniodawców na różnych poziomach opieki zdrowotnej. Obowiązują już uchwały z wcześniejszego, 45. posiedzenia Sejmu... Ku pamięci: wreszcie zapadła wtedy decyzja o uznaniu „unijnego” czasu pracy – dopasowano polskie prawo pracy do przepisów prawa wspólnotowego (sprawozdawczynią była niezawodna dr Małgorzata Stryjska z Poznania, a wykładnia Europejskiego Trybunału Sprawiedliwości w sprawie dyrektywy



Fot. Archiwum autora

W sejmowym zamieszaniu znalazłem się na koniec w delegacji rządowej Republiki Konga.



Poznańskie ramię PiS – posłowie Maciej Tomczak i Filip Libicki w hotelu poselskim.



Przewodnicząca Sejmowej Komisji Zdrowia, dr Ewa Kopacz (PO), przygotowuje się do nowej roli.

2003/88/WE Parlamentu Europejskiego i Rady Europy z dnia 4 listopada 2003 roku dotyczącej czasu pracy brzmiała: „dyżur pełniony przez lekarza, mającego obowiązek znajdować się w szpitalu, musi być w całości uważany za czas pracy” – dlatego duże zdziwienie czy wręcz niepokój powinny budzić próby negocjowania opóźnienia jej wejścia w życie o kolejny rok, tak jakby obecna opcja rządowa za takim stanem prawnym latem nie głosowała...) Również wtedy zrobiono kolejny ukłon w stronę publicznej służby zdrowia – przekazano następne 600 milionów złotych na restrukturyzację zakładów opieki zdrowotnej (ze wskazaniem na spłatę należności i składek na ubezpieczenie społeczne oraz zobowiązań wynikających z tzw. ustawy 203 i innych kredytów) – sprawozdawczynią była posłanka Samoobrony dr Regina Wasilewska-Kita... Dla świadczeniodawców podstawowej opieki zdrowotnej największe znaczenie będzie mieć kolejna uchwała – zmiana ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw. W tej nowelizacji, sprawozdawanej przez dr. Mieczysława Walkiewicza (posła PiS), znalazły się m.in. regulacje dotyczące usprawnienia organizacji i nadzoru nad gospodarowaniem środkami przez NFZ, przepisy uszczelniające system finansowania ochrony zdrowia (spływ składek z ZUS, KRUS, z budżetu państwa za bezrobotnych), utworzenie rezerwy „migracyjnej” itp.

MAREK WALKIEWICZ
ORL. DELEGAT PREZYDIUM PZ
OBSERWATOR SEJMOWEJ KOMISJI ZDROWIA



Prezes NFZ dr Andrzej Sośnierz i poseł Czesław Hoc (Prawo i Sprawiedliwość).



Analiza do późnego popołudnia: autor artykułu z córką Anną, dr. Markiem Twardowskim i dr. Konstantym Radziwiłłem na komisji sejmowej 22 sierpnia.



Nie było prostych spraw.



Poseł dr Aleksander Sopiński (PSL) przeszedł wyborczy egzamin. Dr Przemysław Andrejuk (LPR) odpadł.



Mimo upalnej aury przewodniczący podkomisji zdrowia dr Mieczysław Walkiewicz pozostał w oficjalnym stroju.

Rozmowa z Krystyną Mackiewicz, dyrektor Szpitala Klinicznego im. Heliodora Święcickiego Uniwersytetu Medycznego w Poznaniu, Menedżerem Roku 2007 w Ochronie Zdrowia

Lecznictwo to nie sprzedaż samochodów

Od czasu objęcia przez panią stanowiska dyrektora zmieniło się szczęście ministrów zdrowia. Jak to się stało, że ich już nie ma, a pani ciągle kieruje szpitalem?

Rządy się zmieniają, ale polityka szpitala musi być niezmienna. Niezbędna jest bowiem kontynuacja założeń, jakie przyjęliśmy w momencie startu. Nasza placówka jest zbyt dużą jednostką, aby narażać ją na ciągłe zmiany koncepcji. Kiedyś przygotowaliśmy program restrukturyzacyjny i mamy świadomość, że tylko konsekwencja w jego realizacji zaowocuje sukcesem. Tym sukcesem – po realizacji kolejnych punktów programu naprawczego – jest to, że możemy już rozpocząć etap planowania przyszłości jednostki.

Jak obecnie wygląda sytuacja placówki?

Szpital bilansuje się w obrotach bieżących. Mamy dodatni wynik finansowy. Rozwijamy te działy medyczne, które stanowią podstawę naszego sukcesu, oraz te, które odgrywają określoną rolę wobec miasta i regionu. Jako że Szpital im. H. Święcickiego jest jednostką wysoce specjalistyczną, rozwijamy działalność w oparciu o procedury wysoko specjalistyczne. Mamy największą w Wielkopolsce liczbę specjalistów w zakresie anestezjologii. W wielu dziedzinach jesteśmy jedną z kilku w całym kraju jednostek, które realizują bardzo ważne zadania medyczne. W ten sposób nasza placówka spełnia zadania ogólnokrajowe. Mam na myśli implanty ślimakowe, nowotwory tarczycy, chirurgię twarzowo-szczękową czy procedury kardiologiczne. Rozwijamy intensywną terapię, dążąc do osiągnięcia standardów europejskich – czyli 5 procent łóżek. W naszym przypadku to 30 łóżek.

Tak wygląda sytuacja dzisiaj. Gdy obejmowała pani kierownictwo, szpital był na liście 10 najbardziej zadłużonych w Polsce, a poznańskie media podgrzewały atmosferę, wieszcząc likwidację jednostki. Co w takiej sytuacji motywuje menedżera do startu w konkursie na szefa placówki?

Zanim zostałam szefową szpitala, przez rok pełniłam funkcję dyrektora ds. medycznych. Dlatego dobrze znałam placówkę i startując do konkursu, wiedziałam, jakie są jej dobre i złe strony. Miałam gotowy plan naprawczy. Okazało się, że skuteczny, bo kilka ze szpitali, z którymi znajdowaliśmy się na niechlubnej liście 10 najbardziej zadłużonych, ma dzisiaj wiarygodności sięgające 200 mln zł. Myślę, że nasze powodzenie zostało oparte na pierwotnym programie restrukturyzacyjnym, aktualizowanym w niektórych jego aspektach w zależności od zmieniającej się sytuacji faktycznej i prawnej. Niezwykle wartościowy jest także zespół pracowników administracji, który stanowi wsparcie dla każdego dyrektora. Stworzyłam zespół prawny, a w ciągu mojej kadencji zmieniło się 4 głównych księgowych. W efekcie powstał *team*, który

dzisiaj jest w stanie sprostać każdemu zadaniu. Na początku to właśnie zespół pozwolił nam zdiagnozować przyczyny, jakie legły u podstaw krachu ekonomicznego szpitala.

Po drodze weszła w życie ustawa o pomocy publicznej i restrukturyzacji.

Ustawa pojawiła się w szczęśliwym dla szpitala okresie, gdy udało nam się osiągnąć stabilizację. Jako pierwsza jednostka w Polsce otrzymaliśmy środki finansowe. Takie wsparcie było dla nas drugim momentem startu. Jednak przygotowania trwały 3 lata. Musieliśmy ustalić wszystkie miejsca nadmiernych kosztów, uszczelnić system oraz stworzyć kompleksową kontrolę finansów jednostki. Tam, gdzie mieliśmy największe koszty, wprowadziliśmy stały monitoring. Niestety, do dzisiaj nie dorobiliśmy się systemu informatycznego, który na bieżąco wykazywałby nam wszystkie koszty działania szpitala. Mamy jednak system umożliwiający nam retrospektywny podgląd wydatków szpitala. Obecnie czekamy na efekty ogłoszonego przetargu, który – mam nadzieję – da nam informatyczne instrumentarium, które jeszcze lepiej pozwoli monitorować i uszczelnić finanse placówki.

Na świecie działają menedżerowie do wynajęcia. Najbardziej znane jest nazwisko Lee Iacocci, który potrafił z zapaści wyciągnąć każdą firmę – np. Chylera; wszystko dzięki temu, że miał wizję działania. Czy w systemie ochrony zdrowia dyrektor musi mieć wizję, czy żelazne zdrowie do analizowania dokumentów księgowych?

Dyrektor szpitala musi mieć wizję. Placówki medyczne są to na ogół duże jednostki, których nie ogarnie jedna osoba. Dlatego trzeba umieć spojrzeć na jak najszerszy horyzont działania szpitala, określić ich wektory oraz tak dobrać zespół, żeby można było wszystko wprowadzić w życie. Dotyczy to w takim samym stopniu personelu medycznego – pamiętajmy, że szkolenie specjalisty trwa około 10 lat – jak i administracyjnego. Fuzja tych dwóch grup i współpraca przynosi – nie natychmiastowy – efekt. Należy też pamiętać, że trzeba wykorzystywać wszystkie możliwości szkolenia. Moi pracownicy korzystają ze szkoleń zagranicznych HOPE, studiów MBA w Wyższej Szkole Przedsiębiorczości i Zarządzania im. Leona Koźmińskiego oraz innych programów, które podnoszą kwalifikacje kadry administracyjnej. To efekt naszego myślenia o zarządzaniu – kupić można wszystko, oprócz doświadczonego i wykształconego zespołu.

Zespół, wizja to domena menedżera. Potem jednak pojawia się ściana w postaci monopolisty-płatnika, który podpisze kontrakt lub ograniczy jego wysokość. Tu nawet Lee Iacocci miałby kłopoty.

W konkursach występujemy z pewnymi propozycjami. Nigdy jednak nie było tak, żeby zakupiono od nas wszystkie proponowane świadczenia. Kolejnym problemem jest to, czy NFZ zapłaci nam za nadwykonania. Dlatego aby obsłużyć wszystkich – wymagających tego – pacjentów, musimy wykonać kalkulację, czy nas na to stać. Nie możemy przecież dopuszczać do ponownego zadłużania szpitala! Paradoks polega na tym, że wiele procedur wysoko specjalistycznych jest skrajnie niedoszacowanych. W naszym przypadku dotyczy to szczególnie oddziałów chirurgii, intensywnej terapii i neurochirurgii, i te dziedziny musimy finansować z bardziej dochodowej działalności. Tak różna wycena procedur rodzi jednak niepokojące pytanie: czy aby szpitale nie są finansowane budżetowo? Implikuje to kolejne pytanie: jeśli ma być wprowadzana konkurencja, to jak ją pogodzić z takim sposobem finansowania? Przecież niska wycena chirurgii powoduje zadłużanie każdego szpitala.

Czy na kontraktach, w których szpital wykorzystuje korzystną wycenę niektórych procedur, nie tracą pacjenci, którzy mają mniejszy zakres świadczeń w dziedzinach, które dla placówki są deficytowe?

Gdybyśmy chcieli spijać tylko śmietankę, to już dawno nie mielibyśmy chirurgii, która nigdy się nie bilansuje. Szpitale publiczne muszą realizować określone zadania i dlatego mamy 78-lóżkową chirurgię.

Czy w tak trudnej sytuacji, w jakiej działają dyrektorzy szpitali w Polsce, zdecydowałyby się pani zostać menedżerem do wynajęcia – do ratowania innych placówek?

Na pewno byłyby to trudne, bo każdy region ma swoją specyfikę. Lecznictwo to nie sprzedaż samochodów. Jednak na pewno – jako zespół Szpitala Klinicznego im. H. Święcickiego Uniwersytetu Medycznego w Poznaniu – bylibyśmy w stanie stworzyć program naprawczo-doradczy dla wskazanej jednostki.

Jeden z najbardziej znanych polskich kardiochirurgów stwierdził kiedyś, że należałoby odpowiedzieć sobie na pytanie: jak to się dzieje, że menedżerowie, którzy nie potrafią zbilansować publicznych jednostek, którymi kierują, świetnie radzą sobie, gdy po wyjściu z etatowej pracy idą do własnego NZOZ-u?

Wydaje mi się, że podstawą sprawnego zarządzania jest zwrócenie uwagi całego zespołu na pieniądze, które muszą być liczone na każdym etapie działalności. Gdy wokół takiej idei zjednoczy się lekarzy, pielęgniarki oraz administrację – sukces jest gwarantowany. Łatwiej się oczywiście pracuje i osiąga sukcesy, gdy zespół utożsamia się z zakładem pracy, tutaj właśnie zaczyna się rola menedżera. Sukces jest wtedy możliwy w każdym typie zakładu opieki zdrowotnej.

Czy to oznacza, że personel szpitala należy do zarobkowej elity kraju?

Życzyłabym sobie, żeby tak było. Zarobki personelu są na poziomie średniej krajowej. Oczywiście, są to – jak na tak wysoko wyspecjalizowany zespół – pensje zbyt niskie. Mieliśmy 40-procentowe podwyżki. Lepiej wygląda sytuacja w pracowni naczyniowej czy hemodynamicznej oraz na blokach operacyjnych, gdzie personel jest na kontraktach.

Życzylibyśmy sobie, żeby wszyscy lekarze oraz większość pielęgniarek była na kontraktach. To jednak jest trudne, bo zatrudnienie w szpitalu klinicznym jest bardzo duże – 1420 pracowników – a środki określone. Jedynie 2 procent naszych środków pochodzi z usług zewnętrznych – diagnostyki, konsultacji czy grantów naukowych. Reszta to środki z kontraktu z NFZ.

Sytuacja poprawiłaby się, gdyby zmieniono podstawy prawne działania szpitali – zamiast SPZOZ-ów spółki prawa handlowego...

Sprawa własności szpitala jest drugorzędna. Sytuacja zmieniłaby się, gdybyśmy mogli nasze usługi sprzedawać na wolnym rynku. Obecnie koszty stałe są niezależne od tego, ile usług wyprodukujemy. Na niektórych oddziałach mamy 30 procent rezerw, które można by zagospodarować. Mam tu na myśli np. chirurgię jednego dnia czy dermatologię estetyczną. Dzisiaj te usługi wykonują NZOZ-y, a my nie możemy na tym zarabiać pieniędzy, które przełożyłyby się na korzyści dla pacjentów, szpitala i jego pracowników.

Innym rozwiązaniem jest zakładanie NZOZ-ów na oddziałach szpitalnych.

Jako szpital nie możemy rozwijać działalności konkurencyjnej wobec macierzystej placówki. Poza tym nie chciałabym mieszać w jednym miejscu dwóch rodzajów własności.

NFZ słynie z drobiazgowych i pracochłonnych dla administracji szpitala kontroli. To – zdaje się – zakłóca pracę dyrektorów szpitali?

Kontrola realizacji świadczeń należy do podstawowych zadań płatnika i jako taka może spełniać zasadniczą rolę w systemie opieki zdrowotnej. Rzecz w tym, żeby przeprowadzane kontrole były merytoryczne i dotyczyły zasadniczych aspektów działalności jednostki, a nie braku przyszłowiowego przecinka.

Jestem też zwolennikiem upraszczania, np. sprawozdawczości zakładów opieki zdrowotnej, tak żeby było jak najmniej miejsca na pomyłkę i żeby zarówno płatnik, jak i świadczeniodawca mogli koncentrować się na bardziej istotnych kwestiach funkcjonowania systemu ochrony zdrowia. Nie jest sztuką zbudować skomplikowany system rozliczeń i czekać na błąd świadczeniodawcy. Sztuką jest zbudować system, który będzie godził prostotę stosowania z wymogiem uwzględnienia kosztochłonności leczenia. Wtedy również NFZ będzie mógł więcej uwagi poświęcić na konstruktywne rozwijanie systemu.

W środowisku trwa dyskusja na temat menedżerów szpitali – czy muszą być nimi lekarze, czy powinni być ekonomiści?

Myszę, że obecnie nie ma już lekarzy na stanowiskach dyrektorskich, którzy nie byliby wykształconymi i przeszkolonymi menedżerami. Większość ma za sobą studia ekonomiczne, które przygotowują do sprawowania funkcji kierowniczych. To, że jestem lekarzem, pozwala mi na szersze spojrzenie na działalność przedsiębiorstwa, jakim jest szpital, i na uniknięcie wielu błędów.

ROZMAWIAŁ JACEK SZCZĘSNY

Rozmowa z prof. Henrykiem Skarzyńskim, dyrektorem Instytutu Fizjologii i Patologii Słuchu w Warszawie, *Człowiekiem Roku 2007 w Ochronie Zdrowia*

Lekarz globalny

Kim w dzisiejszych czasach jest menedżer ochrony zdrowia?

Rola menedżera może być bardzo formalna – sprowadzać się do interpretacji, odczytywania i przekazywania informacji zapisanych w dyrektywach, zarządzeniach oraz rozporządzeniach. Może też być bardzo brutalna – wtedy sprowadza się do wprowadzenia i egzekwowania zakazów i nakazów itd. Uważam jednak, że szef placówki medycznej musi mieć wizję zarządzania procesami ekonomicznymi i medycznymi. Realizacja wyznaczonych celów powinna doprowadzać do optymalizacji procesów, które składają się na zarządzanie.

To wystarczy, żeby każda placówka osiągnęła taki poziom, jak kierowany przez pana profesora Instytut?

Uważam, że to jest podstawą właściwego podejścia. Najważniejsza jest konsekwencja w raz obranym stylu zarządzania. W naszym Instytucie postępujemy tak od 11 lat. Dotyczy to nauki, medycyny klinicznej, dydaktyki i organizacji. Warto jednak przypomnieć, że za punkt startu uznaję pierwszą w Polsce operację wszczepienia implantu ślimakowego osobie niesłyszącej, którą wykonałem w 1992 r. Wydarzenie to spowodowało rozwój w naszym kraju nowej metody leczenia – implantacji wszczepów. Startując z prawie 20-letnim opóźnieniem w stosunku do osiągnięć europejskich i amerykańskich, od 2 lat jesteśmy ośrodkiem, który przeprowadza najwięcej na świecie tego typu procedur. Jesteśmy jednym z 5 ośrodków na świecie, który przeprowadził ponad 1,7 tys. implantacji.

Co uważa pan za swój najważniejszy sukces?

Mój sukces to sukces całego zespołu. Aktywność kliniczna obejmuje sto kilkadziesiąt różnych procedur i nowych rozwiązań. Bardzo spektakularnym jest wszczepianie implantów do pnia mózgu. Nasza pierwsza pacjentka jest najlepiej zrehabilitowaną pacjentką na świecie. Jest to osoba, która swobodnie rozmawia po polsku i niemiecku, nauczyła się też włoskiego – już po wszczepieniu implantu do pnia mózgu. Ten przykład pokazuje, jak daleko może być posunięta bezpieczna ingerencja w centralne struktury układu nerwowego oraz jak dużo można uzyskać, efektywnie stymulując coś, co wydawało się niemożliwe do stymulacji, ponieważ w pniu mózgu przebiegają wszystkie ważne dla życia szlaki nerwowe i zagrożenie życia człowieka jest bardzo duże. To były spektakularne, jednostkowe przypadki, natomiast dziś wykonujemy najwięcej na świecie operacji poprawiających słuch. Największym moim sukcesem naukowym i klinicznym jest opracowanie koncepcji i przeprowadzenie po raz pierwszy w świecie udanej serii operacji przywracających słuch w częściowej głuchocie u dorosłych i dzieci. Mija 5 lat od początku wdrożenia tej metody. U dorosłych nasze wyniki są naj-

lepsze na arenie międzynarodowej. U dzieci w dalszym ciągu jedyne, które zostały opublikowane. Każdy dzień jest sukcesem naszych pacjentów. Dziś, wykonując w skali międzynarodowej najwięcej operacji poprawiających słuch, wykorzystujemy najnowsze rozwiązania oraz materiały do rekonstrukcji. Za opracowanie nowej procedury i wyniki słuchowe otrzymaliśmy w tym roku w Paryżu złoty medal na Międzynarodowym Konkursie Wynalazczości i Postępu Technologicznego.

W pełni też wykorzystujecie najnowsze osiągnięcia nauki i techniki.

Tak – przygotowaliśmy programy multimedialne *Słyszę, mówię, widzę* oraz portal *Teledzrowie*. Takich programów było więcej. Otrzymaliśmy za nie wiele międzynarodowych nagród. Dotarliśmy do 62 krajów, gdzie ponad 15 mln osób skorzystało z tych produktów.

Od 9 lat mamy też stały system telekonsultacji. Następnym obszar to edukacja. Przygotowaliśmy kilkanaście międzynarodowych konferencji naukowych, kilkadziesiąt warsztatów i sympozjów, wprowadziliśmy nowe kierunki nauczania – audiofonologię i logopedię. Współpracując z Uniwersyteciem im. Marii Skłodowskiej-Curie w Lublinie, otworzyliśmy ten kierunek nauczania oraz podyplomowe studium surdologopedii, a we współpracy z uniwersytetami z Phoenix, Pittsburgha i Provo – wszystkie w USA, powołaliśmy Studium Obiektywnych Badań Słuchu. Tych inicjatyw jest o wiele więcej, łącznie ze stałą konferencją *Teleducywności* oraz *Warszawskimi Warsztatami Otochirurgii* dla lekarzy zagranicznych – *WAW Window Approach Workshop*.

Co udało się państwu zrealizować w 2007 roku?

Przede wszystkim chciałbym podkreślić stworzenie środowiskowego Centrum Funkcjonalnego Rezonansu Magnetycznego. To pierwsza międzyośrodkowa jednostka, która utworzona została do uruchomienia nowego produktu, jakim jest rezonans funkcjonalny. Dziś to podstawowe narzędzie, które może służyć do monitorowania leczenia oraz zrewolucjonizować kilka specjalności medycznych. Następnym osiągnięciem jest uruchomienie Centrum Rehabilitacji w Łebie. Zapewniamy w nim kontynuację leczenia pacjentom po implantacji i z szumami usznymi, wykorzystując naturalną dźwiękoterapię morza. Kolejny sukces to Centrum Rehabilitacji w Ciechocinku. Obiekt – kupiony i w tej chwili remontowany – będzie służył pacjentom z zaburzeniami górnych dróg oddechowych i po operacjach fonochirurgicznych. Za sukces bieżącego roku należy uznać także pierwszy na świecie serwis obsługi pacjentów z implantami na odległość – *telefiting*. Tak naprawdę dzięki temu systemowi zapewniamy pełną obsługę i bezpieczeństwo pacjentowi w każdym miejscu jego pobytu na świecie. Ułatwia to nam opiekę nad pacjentami zagranicznymi.

Instytut wyszedł też poza granice kraju.

Otworzyliśmy punkt konsultacyjny we Lwowie, a w okręgu grodzieńskim na Białorusi uruchomiliśmy badania przesiewowe słuchu. Wszystko odbywa się z użyciem naszego sprzętu oraz zastosowaniem naszych procedur. W Odessie kończymy przygotowania do otwarcia centrum rehabilitacji. Następny ośrodek chcemy otworzyć w Tbilisi. Stale współpracujemy z ośrodkiem w Sydney w Australii, jako podwykonawca projektów ośrodków naukowych w Stanach Zjednoczonych. Mamy też podpisaną umowę o współpracy z przedstawicielami króla Arabii Saudyjskiej, dotyczącą wymiany medycznej i szkolenia.

Rok 2007 to także czas, gdy powstały nowe projekty...

Przygotowano projekt powszechnych badań przesiewowych słuchu u młodzieży szkolnej do przebadania całej tzw. *ściany wschodniej* oraz projekt badań słuchu, mowy i wzroku przedstawiony w Parlamencie Europejskim jako propozycja badań w różnych regionach Starego Kontynentu. Otrzymaliśmy też prawo do zorganizowania w Polsce dwóch dużych, europejskich konferencji – w 2009 roku poświęconej implantom słuchowym i rehabilitacji, a w 2011 roku całej audiologii. W tym wypadku wygraliśmy z Londynem, który oferował o wiele lepsze warunki kulturalno-socjalne. Nasz dorobek pozwolił na uzyskanie takiego statusu, że możemy konkurować z najlepszymi ośrodkami na świecie.

Jak wyglądają finanse placówki?

Od początku istnienia Instytut nie jest jednostką zadłużoną. Nowe przedsięwzięcia nie były finansowane z budżetu, bo 80-90 procent naszych przychodów to środki wypracowane przez nas samych. Oczywiście, podstawą jest kontrakt z NFZ. Do tego należy doliczyć programy ministra zdrowia, ministra edukacji i sportu, realizowane w różnych latach. Otrzymujemy także środki z grantów naukowych Narodowego Instytutu Zdrowia z USA. Realizujemy trzy granty europejskie. Zastrzykiem finansowym są też umowy na organizację zadań specjalnych, podpisywane z różnymi podmiotami. W tej chwili tych zadań jest siedem – dotyczą one np. konstrukcji nowych elektrod, opracowania nowych procedur, rozwiązań chirurgicznych lub organizacyjnych.

Jakie są zarobki pana pracowników?

Wynagrodzenia są wyższe od średniej krajowej. Pracownicy mają pensję podstawową oraz dodatki, wynikające z pełnienia określonych funkcji oraz realizacji różnych świadczeń. Premia jest zindywidualizowana i łączy się z jakością oraz liczbą usług, które świadczy dany pracownik. Pokrywamy też wszystkie koszty – np. pobytu na konferencji zagranicznej. Rozważamy też wprowadzenie wśród pracowników możliwości uzyskania współwłasności dla różnych produktów, opracowanych przez nich w ramach działalności naukowej i wdrożeniowej. Będzie to bardziej motywowało do pracy i stworzy nowatorski system organizacji jednostki. Motywacja musi mieć jednak nie tylko charakter finansowy. Dlatego staramy się stworzyć doskonale warunki pracy oraz prowadzenia badań naukowych. Cały czas przyjmujemy gości i wyjeżdżamy do bardzo dobrych ośrodków w Europie, USA i Australii.

Padają zarzuty, że sprywatyzował pan Instytut.

Wcale mnie to nie dziwi, bo kiedy urzędnik państwowy odwiedzający nasz ośrodek ze znajomym pacjentem mówi: *kiedy coś jest prywatne, to zupełnie inaczej wygląda*, to czego mogę spodziewać się od innych? Pan redaktor sugeruje, że nasza działalność kojarzy się z działalnością niepubliczną, tak jakby niepubliczna była zła, a publiczna nie była na wysokim poziomie? Operujemy od godz. 7 rano do godz. 20 – dwuzmianowo. Odbywa się to bez nakazu. Najważniejsze jest jednak, że znajdujemy uznanie w oczach pacjentów. Aż 84 procent z nich trafia do nas z polecenia innych pacjentów. Instytut jest publiczną jednostką badawczo-rozwojową, a nasze podejście do wszystkiego, co się z nim wiąże, jest takie, jak do prywatnej własności. Szanujemy miejsce pracy, bo zbudowaliśmy tę jednostkę pracą naszych rąk w 80 procentach. Dziś z podziwem patrzą na nas goście z zagranicy, z zazdrością krajowi, choć nikomu niczego nie zabraliśmy. Instytut nie powstał kosztem jakiegokolwiek podmiotu, a że tak daleko zaszedł i ma taką opinię – zwłaszcza wśród pacjentów, to jest miłe dla nas wszystkich. Staramy się najlepiej, jak potrafimy. Po prostu dbamy o chorego.

Pieniądze przynoszą wam pacjenci, którzy przyjeżdżają z całej Polski.

Szybki rozwój naszych usług zaczął się od wprowadzenia systemu kas chorych, które przeprowadziły prawdziwy ranking, jakie jest zapotrzebowanie na określone procedury. Nie wiem, jak inni podchodzili do pacjentów przyjeżdżających z różnych stron Polski, ale my staraliśmy się być maksymalnie kompetentni, oferowaliśmy pacjentom wiele nowych rozwiązań, których nie wykonywali inni, co sprawiało, że po konsultacji w naszym ośrodku pacjent jechał do swojej kasy chorych i robił wszystko, aby otrzymać skierowanie do naszej placówki. Kontakt i profesjonalna obsługa pacjentów z całej Polski zadecydowały, że – poza kontraktem z macierzystą kasą chorych – podpisywaliśmy kontrakty z innymi kasami. W ten sposób – z tytułu promes – przybyły nam dodatkowe środki. To rzeczywiście były pieniądze, które *szły za pacjentem*. Co najważniejsze – publiczne pieniądze, za które każdy powinien się móc leczyć bez problemu, tak jak u nas.

Globalizacja i wykorzystanie nowych technologii może ułatwić panu działanie niemal ogólnosiwiatowe.

Na razie w globalizacji nie uczestniczę, ale się do niej przygotowuję. Jestem po rozmowach z kasami chorych w Europie. Przedstawiamy to, co możemy u nas zrobić taniej. Problem w tym, że na taką ofertę uzyskuje się odpowiedź: [...] *Jesteście tańsi i efektywniejsi, ale jeśli podpisałbym z wami kontrakt, to jutro mam pod oknem wszystkie stacje telewizyjne, których przedstawiciele zapytają, dlaczego w naszym kraju leczymy tak drogo?* Tak że na razie przekonanie do podpisania z nami kontraktu nie jest łatwe. Chcę to jednak zmienić. Dziś zmieniają to sami pacjenci, którzy przekazując wrażenia z pobytu w Międzynarodowym Centrum Słuchu i Mowy, przysyłają znajomych z różnych stron świata. Może to już taka *mała globalizacja*.

ROZMAWIAŁ JANUSZ MICHALAK

Z medycznej wokandy

Czy lekarz może odmówić udzielenia pomocy medycznej?

Prawo do strachu



JĘDRZEJ
SKRZYP CZAK



GRZEGORZ WRONA

Do tej pory próbowaliśmy zainteresować czytelników problematyką związaną z projektem nowelizacji ustawy o izbach lekarskich. Uwagi te siłą rzeczy odnosily się do zagadnień proceduralnych. Na marginesie jedynie trzeba zauważyć, że w związku ze skróceniem

poprzedniej kadencji Sejmu RP dokument będący przedmiotem obrad komisji sejmowych przepadł, podobnie jak wszystkie niedokończone projekty w parlamencie. Należy wierzyć, że może w tej kadencji uda się na podstawie dotychczasowych, niezłych propozycji i włożonej już pracy nad projektem, znowelizować wadliwe przepisy. Tym bardziej że zarówno w gronie Naczelnego Sądu Lekarskiego podczas ostatniego spotkania szkoleniowego, które odbywało się w Krakowie od 23 do 25 listopada 2007 r., analizowano ponownie przygotowane propozycje zmian, ale także w Naczelnej Radzie Lekarskiej wznowiono prace nad sto-

sowną uchwałą. Jednak organy te oczywiście nie mają w tej kwestii mocy sprawczej, jako że nie dysponują inicjatywą ustawodawczą. Jest nadzieja, że kompetentne organy państwowe przejmą tak opracowany projekt nowelizacji ustawy o izbach lekarskich i zgłoszą jako własny. Być może impulsem do takich zmian będzie orzeczenie Trybunału Konstytucyjnego, organ ten bowiem niebawem będzie rozpatrywać skargi dotyczące tych właśnie przepisów. Rzecz to zatem przyszła i niepewna, ale z pewnością będziemy na bieżąco na łamach Biuletynu informować o postępie prac.

Jednocześnie jednak zamierzamy prezentować państwu uwagi do poszczególnych zapisów Kodeksu Etyki Lekarskiej, czynione na tle konkretnych spraw. Poniżej zatem pragniemy zainteresować treścią art. 7 i art. 69 KEL. Przypomnijmy, że zgodnie z tym pierwszym przepisem „w szczególnie uzasadnionych wypadkach lekarz może nie podjąć się lub odstąpić od leczenia chorego, z wyjątkiem przypadków nie cierpiących zwłoki. Nie podejmując albo odstępując od leczenia, lekarz winien wskazać choremu inną możliwość uzyskania pomocy lekarskiej”. Zgodnie z art. 69 KEL „Lekarz nie może odmówić pomocy lekarskiej w przypadkach nie cierpiących zwłoki, jeśli pacjent nie ma możliwości uzyskania jej od instytucji powołanych do udzielania pomocy”. Znacznie „groźniej” dla lekarzy brzmi art. 30 ustawy

Kodeks walki z rakiem

Nowotwory są plagą naszych czasów. Wprawdzie archeolodzy dowodzą, że nękały one ludzkość od wieków, ale wydłużenie się średniej długości życia spowodowało pojawienie się tych chorób u znacznego odsetka ludzi. Mimo ogromnych pieniędzy przeznaczanych na znalezienie sposobu na ich zwalczanie i niewątpliwych sukcesów na tym polu, do pełnego zwycięstwa daleko.

Europejski Kodeks Walki z Rakiem to odpowiedź na pytanie, jak żyć zdrowo i ustrzec się zachorowania na nowotwór. Przygotowała go Unia Europejska i aktualnie obowiązuje jego trzecia edycja. Uwzględnia ona sytuacje zagrożenia nowotworami złośliwymi w nowych krajach członkowskich, w tym w Polsce, a także najnowszą wiedzę o czynnikach ryzyka, leczeniu i profilaktyce nowotworów złośliwych.

O tym wszystkim mowa była na konferencji w Wielkopolskim Centrum Onkologii 29 listopada. Mówiono, że Euro-

pejski kodeks zawiera 11 zasad profilaktyki w walce z chorobami nowotworowymi. Siedem to zalecenia dotyczące stylu życia, cztery zaś to zagadnienia wczesnej diagnostyki. Od 1 lipca 2005 roku zapisy kodeksu są podstawą strategii Programu Prewencji Pierwotnej Nowotworów, będącego elementem Narodowego Programu Zwalczania Chorób Nowotworowych.

Podkreślono, że Polacy mają ogólną wiedzę o szkodliwości palenia, picia alkoholu, braku aktywności ruchowej, niewłaściwej diecie, unikaniu badań profilaktycznych. Wiedza ta nie przekłada się jednak na ich zachowania. Konieczne jest upowszechnienie tej wiedzy w mediach. Kampanie medialne powinny być skierowane głównie do osób mniej wykształconych. Ważne jest także, aby informacje były przekazywane prostym językiem. Należy unikać języka medycznego, który zbyt często jest niezrozumiały dla niefachowców.

Z okazji konferencji Narodowy Fundusz Zdrowia w Poznaniu przygotował informację o poczynaniach wielkopolskiego oddziału w zakresie promowania programów profilaktycz-

o zawodach lekarza i lekarza dentystry, a mianowicie: „Lekarz ma obowiązek udzielać pomocy lekarskiej w każdym wypadku, gdy zwłoka w jej udzieleniu mogłaby spowodować niebezpieczeństwo utraty życia, ciężkiego uszkodzenia ciała lub ciężkiego rozstroju zdrowia oraz w innych przypadkach nie cierpiących zwłoki”. W myśl postanowień tego przepisu lekarz zawsze powinien udzielić pomocy, nie przewidziano tu bowiem żadnych wyjątków, dotyczących chociażby życia prywatnego. A czy lekarz ma prawo się bać?

W jednej ze spraw obwiniony lekarz o godz. 4.00, przebywając w mieszkaniu prywatnym, został zawiadomiony przez nieznanego człowieka, który zadzwonił do drzwi, że trzeba udzielić fachowej pomocy nieprzytomnemu (jak powiedział: z rozbitą głową) sąsiadowi tego mężczyzny.

W tym wypadku okręgowy rzecznik odpowiedzialności zawodowej zarzucił lekarzowi naruszenie powinności każdego lekarza w zakresie niesienia pomocy. Formułując wnioski o ukaranie, uznał, że obwiniony w krytycznym czasie (w nocy) winien był udać się do oczekującego pomocy człowieka, nie zaszło bowiem nic takiego, co mogłoby usprawiedliwić jego zaniechanie. W ocenie rzecznika etos zawodu wymaga poświęceń, bez względu na okoliczności.

Zarówno okręgowy, jak i naczelny sąd lekarski uniewinniły lekarza, ale jednocześnie wskazano w uzasadnieniu na szczególny obowiązek lekarza niesienia pomocy. Zdaniem NSL sprawa nie należała do łatwych i oczywistych, trzeba było bowiem rozstrzygnąć, czy, a zwłaszcza – kiedy, lekarz może odmówić udzielenia pomocy. Jak podkreślono, prze-

pisy regulujące tę kwestię są ogólnikowe i nie dają recept, dlatego też każdy przypadek wymaga indywidualnej oceny. Konkluzja orzeczenia uniewinniającego sprowadzała się do dwóch zasadniczych kwestii. Po pierwsze, obwiniony lekarz nie miał świadomości (i to było decydujące), że pokrzywdzony, do którego był wzywany, wymagał natychmiastowej pomocy. Poinformowano go bowiem tylko o tym, że pokrzywdzony „przewrócił się, krwawi i ma rozciętą głowę”. Nie wiedział, że ów chorował na serce, że ta choroba była prawdopodobnie przyczyną wywrócenia się i doprowadziła do wtórnego urazu, wiedział natomiast, że do rannego została wezwana karetka pogotowia. Po drugie, Okręgowy Sąd Lekarski uznał za przekonujące tłumaczenie obwinionego, że bał się opuścić dom, bo mieszkał na odludziu (w dodatku do zdarzenia doszło około czwartej nad ranem), nie znał wzywającego pomocy (również jego adresata) oraz słyszał o przypadkach napaści na mieszkańców jego osiedla. W ocenie NSL podniesione przez rzecznika okoliczności są słuszne co do zasady (etos zawodu), jednak nie mogą być one generalizowane. Zdarzają się bowiem sytuacje, w których lekarz może odmówić pomocy i nie ponieść za to kary. Opisany przypadek został uznany przez lekarzy zasiadających w okręgowym sądzie lekarskim za wyjątkowy, uzasadniający uwolnienie obwinionego od zarzutu. Należy podkreślić, że w innych sprawach werdykt sądów bywał inny. Ale o tym już w kolejnych numerach. Liczymy, że na kanwie tego przypadku rozgorzeje dyskusja, czy lekarz ma prawo się bać i z tego powodu odmówić udzielenia pomocy. Jak widać, w tym wypadku zdanie rzecznika i sądów były odmienne.

11 zasad Europejskiego Kodeksu Walki z Rakiem

1. Nie pal.
2. Wystrzegaj się otyłości.
3. Bądź codziennie aktywny.
4. Spożywaj więcej warzyw i owoców.
5. Ogranicz spożycie alkoholu.
6. Unikaj nadmiernej ekspozycji na słońce.
7. Unikaj substancji rakotwórczych.
8. Zaszczep się przeciw wirusowemu zapaleniu wątroby (WZW) typu B.

Weź udział w programach ochrony zdrowia publicznego

9. Kobiety po 25. roku życia: badania w kierunku raka szyjki macicy.
10. Kobiety po 50. roku życia: badania w kierunku raka piersi.
11. Kobiety i mężczyźni po 50. roku życia: badania w kierunku raka jelita grubego.

nych. Jest to 14 milionów złotych przeznaczonych na programy profilaktyki raka piersi, raka szyjki macicy, przewlekłej obturacyjnej choroby płuc, programu wczesnego wykrywania zakażeń HIV u kobiet w ciąży, diagnostyki jaskry i pomo-

cy dziecku zagrożonemu niepełnosprawnością. Do września WOW NFZ zrealizował program profilaktyki raka piersi w 94 procentach, a raka szyjki macicy w 92 procentach. W obu tych chorobach nie obowiązują limity. AB

Nie dziwiłbym się, gdybym dr Annę Jakrzewską-Sawińską zobaczył z kielnią w ręce

I porusza niebo i ziemię

Gotowa jest poruszyć niebo i ziemię, gdy walczy o pieniądze dla stowarzyszenia, o sprzęt dla podopiecznych (respiratory, koncentratory tlenu, ssaki, pompy infuzyjne, pulsoksymetry). I porusza, co nieraz z podziwem mogłem obserwować, a niekiedy i pomóc. Z telefonem, który dzwoni bez przerwy, od rana do nocy w biegu i za kierownicą samochodu. Nie wiem, kiedy dr Anna Jakrzewska-Sawińska wypoczywa. Wiem, że jest wszędzie tam, gdzie potrzebują jej podopieczni.

W Poznaniu są trzy hospicja. Jedno z nich założyła przed 10 laty. Dzisiaj Wielkopolskie Stowarzyszenie Wolontariuszy Opieki Paliatywnej Hospicjum Domowe, któremu prezesuje, otacza specjalistyczną opieką kilkuset pacjentów miesięcznie. Prowadzi hospicjum dla dzieci (całodobowe, przez cały tydzień), hospicjum dla dorosłych, poradnię geriatryczną z zespołem wyjazdowym i poradnię leczenia bólu. Zawsze z najwyższym uznaniem mówi, że współpracuje z bardzo dobrym zespołem lekarzy wielu specjalności, wolontariuszy i pracowników administracji.

O sprawy stowarzyszenia walczy wszędzie tam, gdzie dostrzega choćby cień szansy powodzenia. Mówią o niej, że załatwi każdą sprawę. Ona sama z kolei mówi: Nie wiem, dlaczego niektórzy ludzie nie wiedzą lub nie chcą wiedzieć, do czego są szare komórki. Wystarczy pomyśleć i energicznie działać. Wysłała memoranda do prezydenta i premiera, do

parlamentarzystów, do ministrów. Nie jest jej obca metoda: jak nie drzwiami, to oknem.

Ostatnio koncentruje się na przekonywaniu różnych środowisk do wdrażania holistycznej opieki nad osobami w wieku podeszłym. W Poznaniu współorganizowała (7-8 grudnia 2007 r.) ogólnopolską konferencję „Jakość życia w starości – mity i rzeczywistość”. Była zaskoczona, że obradami nie udało się zainteresować mediów. Do redakcji dzwoniła jeszcze dzień przed konferencją. Usłyszała: To nas nie interesuje. Jak to? Przecież dziś można mnożyć przykłady dyskryminacji z uwagi na wiek. I trzeba im się przeciwstawić, bo starość, do której każdy zmierza nieuchronnie, powinna być godna.

Doktor Anna Jakrzewska-Sawińska przy każdej okazji powtarza, że starość nie jest chorobą, lecz kolejnym etapem życia. Jest natomiast, jej zdaniem, jedna choroba, której nie ma w żadnym wykazie. To samotność. Widzi ją w całej złożoności na co dzień. Ale widzi także samotność wśród najbliższych, widzi niedożywionych w domach z pełnymi lodówkami. Z myślą o tych, którym stan zdrowia nie pozwala przyjechać do poradni geriatrycznej, stworzyła zespół wyjazdowy. To unikatowe rozwiązanie w skali kraju, podobnie jak Poznańskie Centrum Seniora. Tutaj można uzyskać porady z zakresu dietetyki, farmakoterapii, rehabilitacji, psychologii, pomocy socjalnej i prawa. Tutaj promuje się „zdrowe starzenie się, którego celem jest zapobieganie niepełnosprawności w sferze fizycznej i psychicznej. Podejmuje działania zmierzające do zniesienia marginalizacji osób starszych, przejawiającej się w wielu dziedzinach życia codziennego”.

Uprawnienia osób represjonowanych i ich współmałżonków

Wątpliwości i zapytania

Ustawa z 24.08.2007 r. mówi:

Art. 46.1. „Inwalidom wojennym oraz osobom represjonowanym, ich małżonkom pozostającym na ich wyłącznym utrzymaniu oraz wdowom i wdowcom po poległych żołnierzach i zmarłych inwalidach wojennych oraz osobach represjonowanych, uprawnionym do renty rodzinnej, przysługuje bezpłatne zaopatrzenie w leki oznaczone symbolami Rp lub Rpz, dopuszczone do obrotu na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej”.

Jako członek zarządu Związku Sybiraków w rozmowach z wieloma sybirakami zorientowałam się, jak bardzo różnie ustawa ta jest interpretowana przez lekarzy i jak bardzo różnie są traktowani współmałżonkowie represjonowanych. Poszłam więc do Narodowego Funduszu Zdrowia w Koninie, prosząc o wyjaśnienie. Prawnik NFZ w Koninie, nie będąc pewny własnej interpretacji przepisów, przy mnie porozumiał się telefonicznie z prawnikiem NFZ w Poznaniu i otrzymał odpowiedź:

1. Żona/mąż zmarłej „osoby represjonowanej”, żeby uzyskać receptę na bezpłatne leki, musi u lekarza i w apteczkę oka-

zać własny dowód osobisty oraz dokument z ZUS, potwierdzający, że pobiera rentę/emeryturę po zmarłym współmałżonku – osobie represjonowanej. Współmałżonkom pobierającym własną emeryturę/rentę uprawnienia takie nie przysługują.

2. Żona/mąż żyjącej „osoby represjonowanej” musi u lekarza okazać dowód osobisty i dokument wydany przez NFZ, stwierdzający, że takie uprawnienia im przysługują. Żeby uzyskać taki dokument, należy w NFZ złożyć wnioski/druk z następującymi załącznikami: skrócony odpis aktu małżeństwa, zaświadczenie z urzędu skarbowego, że nie posiada się żadnych własnych dochodów (a więc jest się na wyłącznym utrzymaniu współmałżonka – „osoby represjonowanej”) oraz okazać wydaną przez ZUS „legitymację osoby represjonowanej” współmałżonka. Współmałżonkowi pobierającemu własną emeryturę lub rentę bezpłatne leki nie przysługują.

Zamieszanie w rozumieniu przepisów przez lekarzy daje osobom nieuprawnionym okazję do korzystania z recept na

Fot. Archiwum



– Wasza starość będzie taka, jaką sami sobie przygotowujecie. Jest czas, aby wspólnie zająć się problemami osób w wieku podeszłym – przekonuje Anna Jakrzewska-Sawińska

Pacjent nie ponosi żadnych kosztów opieki, wymagane jest tylko skierowanie od lekarza rodzinnego, z czym są, niestety, problemy. Całość finansowana jest w ramach umów z NFZ i z funduszy programów społecznych realizowanych wspólnie z Urzędem Miasta Poznania.

– W Polsce możemy stosować, obok autorskich, również rozmaite zapożyczone z zagranicy wzory opieki nad ludźmi chorymi, starszymi – mówi dr Jakrzewska-Sawińska. – Nie możemy wszakże tak kureczowo ich się trzymać. U nas są inni ludzie, inne warunki, inne możliwości niż na przykład w Szwecji czy Wielkiej Brytanii. Idealna byłaby opieka holistyczna na najwyższym profesjonalnym poziomie. Opieka sprawowana w domu pacjenta przez zespół, w którego składzie są lekarz, pielęgniarka, rehabilitant, psycholog, wolontariusz, pracownik socjalny i duszpasterz. Przygotowałam standardy opieki nad ludźmi starszymi, teraz walczę o tworzenie także administracyjnych ram dla ich realizacji. Walczmy

bezpłatne leki. A nieporozumienia te wynikają prawdopodobnie z następujących okoliczności: Na początku lat 90. większość sybiraków otrzymała legitymacje inwalidy wojennego, która dawała uprawnienia do bezpłatnych leków wszystkim żonom/mężom każdego inwalidy wojennego. I te legitymacje zostały wpisane do dokumentacji chorego współmałżonka i komputerów aptecznych. Przy kolejnych wizytach już nie żądano okazania legitymacji. W roku 2004 wszystkim sybirakom mającym status inwalidy wojennego wymieniono jednak te dokumenty na legitymację „osoby represjonowanej” i równocześnie odebrano uprawnienia do bezpłatnych leków ich współmałżonkom. Nie w każdej kartotece męża/żony osoby represjonowanej (już nie inwalidy wojennego!) fakt ten został odnotowany i nadal korzystali oni z uprawnień żon/mężów inwalidy wojennego. Dopiero ustawa na wstępie zacytowana przywróciła uprawnienia współmałżonkom, ale nie wszystkim. I do dziś są tacy lekarze, którzy nadal wypisują bezpłatne leki wszystkim współmałżonkom osób represjonowanych.

Gdybym sama nie była lekarzem, sprawa ta nie interesowałaby mnie. Jestem także zdumiona, że ani izba lekarska, ani NFZ nie informują lekarzy rodzinnych i specjalistów, którzy być może w razie kontroli z NFZ będą za to odpowiadać finansowo.

wspólnie o godne życie do jego końca. Słowa te kierują do młodych ludzi – byliśmy, kim jesteście – młodymi, będziecie, kim jesteśmy – starszymi osobami. Wasza starość będzie taka, jaką sami sobie przygotowujecie. Jest czas, aby wspólnie zająć się problemami osób w wieku podeszłym – przekonuje Anna Jakrzewska-Sawińska. Dla wolontariuszy opieki paliatywnej, wśród których jest wielu uczniów liceów i studentów, ma najwyższe uznanie. Mówi o ich sumienności, staranności i obowiązkowości, ale przede wszystkim o sercu i cierpliwości. Raz w roku, zawsze na początku grudnia, dziękuje im na koncercie charytatywnym „Serce w prezencie” i wyróżnia najlepszych. W 2007 r. tytułami Wolontariusz Roku wyróżnione zostały Elżbieta Lekier, Kalina Namyślak i Anna Wilińska, a zespołowo XI Liceum Ogólnokształcące im. Jadwigi i Wacława Zembruskich. Najnowszy pomysł dr A. Jakrzewskiej-Sawińskiej to wolontariat 50 plus, czyli osób w wieku średnim i starszym. Ma już akces piętnastu kobiet i dwóch mężczyzn.

Nie zdziwiłbym się, gdybym szefową stowarzyszenia „Hospicjum Domowe” zobaczył z kielnią w ręce. Właśnie w różnych miejscach zabiega teraz o cement, glazurę, farby i armaturę. I jest dobrej myśli, że w 2008 roku otworzy w Poznaniu Hospicjum dla Dzieci i Dorosłych im. Janka Zielińskiego. Żył tylko dwadzieścia lat. Jego matka, tuż przed śmiercią, w spadku przekazała stowarzyszeniu dom. Mają się w nim znaleźć między innymi poradnie, sala zabiegowa, także przygotowana do nowoczesnego leczenia odleżyn i owrzodzeń żyłakowych.

Prace projektowe już ukończone. Niebawem pojawią się pierwsze ekipy budowlane. Jestem przekonany, że dr Annę Jakrzewską-Sawińską będzie tam można spotkać niemal codziennie.

ANDRZEJ PIECHOCKI, ELŻBIETA PASZYŃSKA

Dowiedziałam się także od pacjentów, że lekarze rodzinni otrzymali (nie wiem skąd, bo nie z NFZ – sprawdziłam!) pisma, że każdemu współmałżonkowi osoby represjonowanej prawo do bezpłatnych leków zostało wyżej wymienioną ustawą przywrócone. A to nieprawda. Są także lekarze, którzy ustawowy zwrot „uprawnionym do renty rodzinnej” interpretują w ten sposób, że choć żona/mąż osoby represjonowanej nie pobiera po niej emerytury lub renty, to gdyby chcieli, mogliby ją pobierać – i bezpłatne leki zapisują.

Piszę o tym, ponieważ uważam, że prawnicy WIL powinni w Biuletynie WIL przedstawić dokładną prawidłową interpretację najnowszej ustawy o uprawnieniach współmałżonków „osób represjonowanych”, które same zachowały uprawnienia inwalidy wojennego. Ustawa ta jest dość jasno sprecyzowana i nie wymagała chyba odrębnych przepisów wykonawczych, bo ich – mimo usilnych poszukiwań – nie znalazłam. Nie wszyscy jednak lekarze ją znają lub tylko niewłaściwie interpretują.

W naszym regionie (cztery powiaty) jest 240 osób represjonowanych (w tym 100 w Koninie), niewiele mniej ich współmałżonków, ale większość z nich otrzymuje własne emerytury.

KAZIMIERA BLUMICZ
LEKARZ, OSOBA REPRESJONOWANA

N(I)EGOCJACJE



PRZEMYSŁAW
KOZANECKI

W czasie gdy istniał jeszcze ZSSR, ministra Andrzeja Gromykę nazywano w gronie dyplomatów pan „Niet”, ponieważ była to jedyna dopuszczalna przez niego odpowiedź na wszelkie propozycje – bez względu na ich wartość merytoryczną. Takie samo kołysanie wyrobionych kolein polityki w stosunku do naszego zawodu, niestety, mimo upływu lat, nie mija. Darowane nam łaskawie przez panią minister Inflanty („rząd ZGADZA SIĘ” na mniejszy, unijnie

wprowadzony zakaz pracy w ponadnormatywnym wymiarze, mimo piskliwej próby wyartykułowania owego „niet”, z jakże polską chęcią zakombinowania przesunięciem terminu wprowadzenia dyrektywy) wpisują się w to doskonale.

Nadchodzi jednak 1 stycznia 2008 r. i jedyny dotychczas w historii oporu przeciwko wyzyskowi białych fartuchów moment – niepowtarzalny przez następnych wiele lat. Nie ma odwrotu od twardego postawienia, że niezbędne jest ustalenie godziwych warunków pracy. Twardego, co nie oznacza irracjonalnego oślego uporu w myśl postępowania wspomnianego Gromyki, ale zgodnie z ustaleniami dotyczącymi relacji zarobków lekarza do średniej krajowej płacy. Rozumiejąc, że istotą postępowania dyrekcji szpitali jest konieczność zapewnienia stałego 24-godzinnego nadzoru i leczenia pacjentów, istnieje kilka sposobów rozwiązania tego problemu. Jedno jest pewne – nie ma i nie będzie zgody na system zmianowy, takie też jest

stanowisko Izby Lekarskiej, uzgodnione na Konwencji Prezesów Izb Lekarskich. Pozostałe rozwiązania są operacjami na żywym i nieznieczulonym ciele, a konsekwencje są na tyle poważne, że każdy powinien rozpatrzyć i oszacować rachunek ryzyka potencjalnych strat oraz oczekiwanych zysków. Praca na kontraktach, czyli umowach cywilnoprawnych, jest powszechnym, dość chętnie stosowanym rozwiązaniem.

Wygodna forma rachunku ekonomicznego nie powinna przesłaniać jednak faktu, że to oznacza utratę praw pracowniczych, czyli dorobku XIX i XX wieku. Skala wyrównania finansowego owej utraty – czyli ubezpieczenie na wypadek utraty możliwości wykonywania zawodu, składka emerytalna, którą mogłyby przejąć dzieci – w moim przekonaniu nie jest adekwatna; nie wspominam tu o składce na ubezpieczenie wykonywania zawodu, bo to implikuje inny problem – a mianowicie czas wykonywania pracy lekarza; w założeniu dyrektywy o czasie pracy leży przekonanie, że człowiek musi być wypoczęty, aby pracował dobrze i bezpiecznie dla siebie i innych. Innymi słowy, stachanowskie normy wykonywania zawodu lekarza – jeśli będą przekraczane, to wszystko będzie dobrze do pierwszej wpadki, jak np. niepowodzenie terapeutyczne. Wtedy zaczną się schody: szpital umyje ręce, bo przecież zlecił wykonanie zadań innej firmie, czyli lekarzowi; ubezpieczyciel lekarza stwierdzi, że owszem, ubezpieczył, ale przecież w granicach prawa, a ono zostało naruszone, ponieważ INTENCJĄ USTAWODAWCY o czasie pracy była przesłanka, aby NIKT nie pracował powyżej stanowionej granicy bezpieczeństwa; sprawa ostatecznie wyląduje w sądzie. Nie wiem, jak ten orzecze, ale przypuszczam, że pociągnie dalej powyższy ciąg myślowy – z wiadomym skutkiem. Jaka więc powinna być stawka godziny kontraktowej, aby poopłacać wszelkie możliwe klauzule

Dawka mediów

Dziesiątki, setki, tysiące informacji. Docierają do nas różnymi drogami. Coraz szybciej, przez całą dobę. Informacje mniej ważne, ważne i bardzo ważne. Fascynujące, poruszające, nadzwyczajne. Głównym składnikiem receptury małej dawki mediów są fragmenty informacji rzeczowych.

Jeszcze w powijakach

Najlepszą metodą leczenia chorób degeneracyjnych, takich jak Alzheimer, Parkinson czy dystrofia mięśni, a także uszkodzeń tkanek jest zastępowanie ubytków zdrowymi tkankami. Na takich zabiegach opierać się ma nowa gałąź medycyny, zwana medycyną regeneracyjną. Dziś jest ona jeszcze w powijakach, gdyż napotyka dwie główne przeszkody: po pierwsze, niedostępność komórek i tkanek do przeszczepów. Po drugie, problemy etyczne

wynikające z pozyskiwania takich komórek z ludzkich zarodków.

JACEK KUBIAK
„TYGODNIK POWSZECHNY”

Szok i gruszki na wierzbie

Wzrost płac specjalistów do 11 tys. zł i zniesienie limitowania świadczeń zdrowotnych. To tylko niektóre rewolucyjne obietnice, które złożyła minister zdrowia Ewa Kopacz na spotkaniu z przedstawicielami lekarzy. – Jestem w szoku. To byłby przełom – mówi Krzysztof Bukiel, szef OZZL. – To gruszki na wierzbie – kwituje były minister zdrowia Marek Balicki.

ANNA MONKOS
„DZIENNIK”

Do sukcesu daleko

Trwają próby leczenia chorego serca komórkami macierzystymi. Kolejne eksperymenty pokazują, że to może być przyszłość kardiologii, ale do sukcesu jeszcze daleko. Ostatnie tygodnie przyniosły przełomowe doniesienia na

temat komórek macierzystych. Najpierw amerykańscy naukowcy z Oregonu uzyskali takie komórki z pierwszego w historii sklonowanego zarodka ssaka naczelnego (rezusa). Chwilę potem zespoły z Madison (USA) i Kioto (Japonia) ogłosiły, że udało im się przekształcić komórki pobrane z ludzkiej skóry w takie, które do złudzenia przypominają zarodkowe.

WOJCIECH MOSKAŁ
„GAZETA WYBORCZA”

Nie ma zgody

Nadzwyczajny zjazd OZZL uchwalił, że nie wyraża zgody na ponadwymiarowy czas pracy lekarzy, jeżeli pracodawcy nie zapewnią im postulowanych przez nich płac. Żądają dwóch średnich krajowych pensji dla lekarza bez specjalizacji i trzech dla lekarza ze specjalizacją. Ponadto lekarze napisali list do premiera, w którym stwierdzili, że niepokoi ich wyrażana przez Donalda Tuska i innych polityków PO opinia, że

i doubezpieczenia wraz z polisami dla rodziny? Wniosek izby na wspomnianym zebraniu prezesów, by minimalna stawka wynosiła 40 zł za godzinę kontraktu, w świetle tych rozważań wydaje się zdecydowanie za delikatny.

Należy ponadto w umowach określić maksymalny czas wykonywania jednostkowo świadczeń medycznych (np. 24 godziny) i koniecznie ustalić maksymalny czas do wypracowania w miesiącu. Na podstawie naszych, szpitalnych analiz dokonanych wraz z OZZL-em wynika, że zakres maksymalny godzin powinien wynosić 250-280 godzin miesięcznie, jakkolwiek można zawrzeć klauzulę o większej liczbie godzin – o ile ktoś sobie tego życzy.

Zastępstwa na czas nieobecności – jeśli miałyby być to zastępstwo wirtualne i jest na to obopólna zgoda (tzn. dyrekcji szpitali), to nie ma o co kruszyć kopii. Jeśli jednak zastępstwo ma być osobowe (osoba za osobą), to lepiej zawrzeć w umowie prawo do „nieświadczenia” usług poprzez szczegółowe zestawienie godzin świadczenia usług (wspomniane wyżej maksima godzinowe). Obawa, że kontrakty zostaną potraktowane jako obejście prawa pracy istnieje, ale są słowa wytrychy w nich stosowane, np.: „strony ustaliły, że... w tych miejscach, gdzie wzmiankowana jest zależność od innych lekarzy – ordynatorów, czasie pracy etc., co stanowi balans, ale legalny w zakresie polskiego, bardzo dziurawego prawa”.

Propozycja pracy w wydłużonym czasie, tzw. opt-out. Jeżeli ta propozycja została przyjęta, istnieje ryzyko powstania politycznego uzusu, który ten stan spetryfikuje na zawsze, mimo że klauzule te są czasowe (na 3 miesiące) z założenia. Rozważmy fakt, że klauzula opt-out funkcjonuje w systemie brytyjskim – ale za jakie stawki! Do Wielkiej Brytanii wyjeżdżają przecież także lekarze niemieccy (robiąc

miejsce polskim...), zapewne nie z powodów zbyt małych zarobków – ale mniejszych. A skoro praca w Niemczech dla polskiego lekarza jest finansowo atrakcyjna, oczekiwany logicznie poziom stawki w Polsce przy wprowadzeniu opt-out wydaje się abstrakcyjny na tyle, że nie będę go tu rozważał. Tych obietnic nikt nie zrealizuje, no chyba że nastąpi półgębkiem niedawno wspomniany, polityczny cud...

Praca na etacie w zakresie norm unijnych i w ramach stosunku pracy do 48 godzin na tydzień, natomiast dyżury w ramach kontraktów z innym, niezależnym NZOZ-em, który będzie świadczył usługi na rzecz naszego pracodawcy. Dyrektor ma z głowy problem z przerwą w pracy wymaganą przez prawo i z limitem godzin, lekarz ma korzyści z prowadzenia działalności gospodarczej. Pytanie, ile kosztuje go dzielenie się wypracowanym zyskiem z owym NZOZ-em, prowadzonym przez innego lekarza – tu powinna kłaniać się etyka zawodowa, poczucie elementarnej przyzwoitości, ostatecznie należy założyć własny NZOZ.

Uwagi co do czasu pracy, odpowiedzialności – jak w uwagach do kontraktów. I na koniec. Znowu pojawią się próby przerzucenia odpowiedzialności za zapaść opieki zdrowotnej na barki lekarzy, gromkie okrzyki o etyce, moralnym szantażu, oratorskie połajanki i knajackie wypowiedzi „elyt” oraz oburzonych telewidzów, czytelników itp. Trudno. Musi dojść do realizacji złożonych wymówień przez lekarzy lub niepodpisania niekorzystnych klauzul i kontraktów, jeśli nie będzie odpowiedzi czynników zarządzających nie swoimi – bo naszymi, wszystkich obowiązkowo ubezpieczonych – pieniędzmi. Mamy ten obowiązek wykonać – dla nas i dla następnych pokoleń lekarzy, którzy nie darując nam zmarnowanego, historycznego momentu – wyjadą.

można skutecznie rozwiązać problemy opieki zdrowotnej bez przeznaczania na nią większych niż obecnie funduszy. OZZL podkreśla, że trzeba zwiększyć nakłady na ochronę zdrowia i wprowadzić współpłacenie przez pacjentów.

TVN24

Samorząd wynajął firmę

Trzy poznańskie zakłady opieki zdrowotnej: Stare Miasto (szpital im. J. Strusia przy ul. Szkolnej), Nowe Miasto (szpital przy ul. Kurlandzkiej) i Jeżyce (szpital im. F. Raszei przy ul. Mickiewicza) mają zostać połączone. Informacje takie od dawna krążyły wśród zainteresowanych, ale tym razem miasto poczyniło już pewne kroki. Samorząd wynajął firmę konsultingową z Katowic, która ma sprawdzić opłacalność takiego przedsięwzięcia. – Mogę zapewnić, że nawet jeśli dojdzie do połączenia, nie mamy zamiaru niczego likwidować – mówi Jerzy Stępień, zastępca prezyden-

ta Poznania. – Na pewno żadna placówka fizycznie nie przestanie istnieć. Nie wiadomo jednak, gdzie zostaną ulokowane konkretne oddziały. To wymaga ustalenia.

MARTA CIEMNOCZOŁOWSKA
„GŁOS WIELKOPOLSKI”

Lekarze nie chcą pracować...

...w sądzie. Sądy okręgowe tworzą nową listę lekarzy okręgowych. W Wielkopolsce potrzeba 665 medyków, a chętnych jest tylko 17. Skąd ten brak zainteresowania? Nowe przepisy stawiają lekarzom wysokie wymagania. Lekarz sądowy musi mieć m.in. nieposzlakowaną opinię, rekomendację okręgowej rady lekarskiej i tytuł specjalisty. W zamian mają otrzymywać wynagrodzenie po 40 zł za każde wystawione zaświadczenie. A to płaca niezachęcająca, tym bardziej że medycy mają być kontrolowani i weryfikowani. Na dodatek grozi im odpowiedzialność karna,

jeśli wydane przez nich zaświadczenia zostaną podważone.

MARIA BIELICKA
„GAZETA WYBORCZA”

Nawet na pół miliona

Rocznie do sądów i izb lekarskich wpływają przeszło dwa tysiące pozwów przeciwko lekarzom. Cztery lata temu średnia rekompensata za błędy lekarskie wynosiła 29 tys. zł, dziś jest ona dwukrotnie wyższa. Ludzie skarżą się głównie z powodu zakażeń, do jakich dochodzi podczas pobytów w szpitalach, błędnie postawionej diagnozy czy źle wykonanego zabiegu. – Choć lekarze pewni są swoich kwalifikacji, boją się, że ewentualny błąd może ich drogo kosztować. Są tacy, którzy ubezpieczają się nawet na pół miliona złotych – ocenia Barbara Karpińska z firmy Medbroker.

„METRO”

MEDIA W MAŁEJ DAWCE ZAAPLIKOWAŁ
ANDRZEJ PIECHOCKI

Informacja dla lekarzy dotycząca zakażeń wirusem H5N1

W cieniu ptasiej grypy

Nieuniknione jest dalsze rozprzestrzenianie się wirusa H5N1 w Europie m.in. na skutek wędrówek dzikich ptaków. Obecnie nie można określić, czy wirus wystąpi w Europie okazjonalnie czy będzie występować endemicznie u ptactwa. Ponadto rozprzestrzenianie się epidemii H5N1 w Afryce i na subkontynencie indyjskim zmieni sytuację dotyczącą zaleceń dla podróżnych i oceny stanu zdrowia podróżnych powracających do Europy z ostrym zakażeniem układu oddechowego.

Ogólne zagrożenie dla zdrowia europejskiego społeczeństwa ze strony wirusa H5N1 obecnie pozostaje na relatywnie bardzo niskim poziomie. Niektóre grupy osób są bardziej zagrożone – szczególnie te żyjące w bliskim kontakcie z drobiem, a wśród nich zwłaszcza dzieci. Osoby te wymagają natychmiastowej identyfikacji i edukacji, aby zmniejszyć do minimum ryzyko zakażenia.



W rekomendowanej strategii ochrony zdrowia ludzkiego najważniejsze są trzy punkty:

- zwalczanie zakażeń u ptaków, z którymi ludzie mogą mieć kontakt – głównie chodzi o drób domowy,
- wspólna mobilizacja i edukacja w celu zmniejszenia ryzyka narażenia ludzi na kontakt z zakażonym drobiem,
- określenie definicji przypadku zakażenia u ludzi, nadzór, potwierdzenie laboratoryjne, leczenie, izolacja pacjentów i zwalczanie zakażenia.

Charakterystyka wirusa grypy A/H5N1:

- należy do grupy wirusów ptasich wysocepatogennych i wysoce zakaźnych dla wielu gatunków ptaków, w tym większości gatunków drobiu hodowlanego,
- jest słabo zaadaptowany do człowieka i rzadko zakaża ludzi,
- gdy dojdzie do zakażenia człowieka śmiertelność jest znaczna i wynosi około 50 procent,
- nie potwierdzono ostatecznie możliwości transmisji patogenu z człowieka na człowieka,
- wirus stale mutuje i ewoluuje.

Podobnie jak wszystkie wirusy grypy wykazuje wysoką zmienność antygenową, do której dochodzi w wyniku rekombinacji – wymiany materiału genetycznego z innymi wirusami grypy. Mimo że wirus H5N1 nie zmienił swojego zachowania w stosunku do ludzi oraz zwierząt od około

10 lat – cały czas istnieje możliwość, że ulegnie on transformacji. Może znacznie łatwiej przenosić się między ludźmi lub może stać się mniej patogenny dla ludzi lub ptaków. Większość ekspertów uważa, że wirus H5N1 ma potencjał pandemiczny, ale czy i kiedy dojdzie do pandemii, nie są oni w stanie obecnie dokładnie określić.

Definicja przypadku

Poniższa definicja oparta jest na wytycznych WHO, dotyczących światowego nadzoru nad grypą A/H5 i przeznaczona jest dla krajów europejskich, gdzie do tej pory nie wystąpiły przypadki zakażeń człowieka wirusem A/H5N1.

Opis kliniczny

Podejrzana o zakażenie wirusem A/H5 jest jakakolwiek osoba z ostro przebiegającą gorączką (temperatura >38 stopni) oraz jednym i więcej z poniższych objawów:

- kaszel,
- duszność.

Jako podejrzany należy również rozpatrywać:

- zgon z powodu ostrych zaburzeń oddychania bez wyjąsionej przyczyny.

Powiązania epidemiologiczne

Pacjent powinien spełniać co najmniej jeden z poniższych warunków narażenia w ciągu 7 dni przed pojawianiem się objawów:

- stały pobyt lub wizyta na terenie, na którym występowało ptasiej grypy jest podejrzane lub potwierdzone:
 - bliski kontakt z żywym lub martwym ptactwem dzikim, drobiem domowym lub trzodą chlewną,
 - lub narażenie na warunki, w których izolowane były w ostatnich 6 tygodniach zakażone lub potencjalnie zakażone drób lub świnię,
 - lub bliski kontakt (około 1 m) z przypadkiem wykazującym objawy zgodne z klinicznym opisem przypadku,
- praca w laboratorium, w którym istnieje możliwość narażenia na wirus grypy A/H5N1,
- bliski kontakt (około 1 m) z potwierdzonym przypadkiem grypy A/H5N1.

Kryteria laboratoryjne rozpoznania

Grypę A/H5N1 rozpoznaje się, stosując jeden z poniższych testów:

- izolacja wirusa A/H5N1,
- oznaczenie materiału genetycznego A/H5N1 testem RT-PCR,
- test immunofluorescencyjny (IFA) w kierunku grypy A/H5, wykonanego przy użyciu przeciwciał monoklonalnych,
- 4-krotny wzrost miana specyficznych przeciwciał w kierunku grypy H5.

Definicje przypadków grypy A/H5N1

Przypadek możliwy: każda osoba pasująca do opisu klinicznego i z odpowiadającym powiązaniem epidemiologicznym.

Przypadek prawdopodobny: przypadek możliwy z pozytywnym wynikiem jednego testu w kierunku A/H5 (wystarczy IFA z użyciem przeciwciał monoklinalnych H5).

Przypadek potwierdzony: osoba, u której pozytywny wynik testu w kierunku A/H5N1 został potwierdzony przez drugie laboratorium bądź przez krajowe laboratorium referencyjne dla grypy lub Centrum WHO.

Grupy ryzyka

Grupa 1 – Niskie, ale rzeczywiste ryzyko: ryzyko jest prawie zawsze przypisywane do grup osób, które mają bliski kontakt z zakażonym drobiem lub ich odchodami, tam gdzie wirus H5N1 występuje – zwykle przez przebywanie w tym samym pomieszczeniu. Przypadki zakażeń ludzi, w Azji i Turcji, prawie zawsze dotyczyły tej grupy osób. Ryzyko zakażenia dzieci może być większe niż dorosłych, ale jest to bardziej związane z zachowaniem niż wrażliwością organizmu (dzieci często bawią się z drobiem i rzadziej przestrzegają zasad higieny).

Osoby podróżujące do krajów, w których H5N1 występuje, mogą być zaliczone do grupy ryzyka, jeśli zatrzymują się w miejscach, gdzie hoduje się drób. Lekarze weterynarii oraz osoby opiekujące się chorymi zwierzętami mogą również przynależeć do tej grupy, ale tylko wtedy, gdy sami nie stosują środków ochronnych.

Grupa 2 – Bardzo niskie ryzyko: grupa ta obejmuje m.in.:

- wszystkie osoby pracujące w przemyśle drobiarskim,
- osoby zaangażowane w zwalczanie ognisk u ptaków (ubijanie),
- osoby, które mogły mieć kontakt z dzikim ptactwem, np. ornitolodzy lub myśliwi,
- osoby mające kontakt z odpadami podejrzanymi o skażenie wirusem H5N1.

U tych osób istnieje prawdopodobnie większe ryzyko zakażenia innymi groźnymi chorobami od ptaków – np. kamylo-bakteriozą lub salmonellozą, a standardowe metody chroniące przed tymi chorobami mogą uchronić przed H5N1.

Grupa 3 – Ryzyko hipotetyczne: dla osób, które nie miały kontaktu z domowymi lub dzikimi ptakami lub ich odchodami, ryzyko zakażenia wirusem H5N1 praktycznie prawie nie istnieje.

Objawy kliniczne

Obraz kliniczny grypy klasycznej, jak i wywołanej przez H5N1 może być identyczny. Stąd podstawowe znaczenie prawidłowo zebranego wywiadu środowiskowego. Obraz kliniczny powinien spełniać trzy kryteria:

- gorączka (u dzieci, osób starszych i z chorobami przewlekłymi możliwy jest przebieg nietypowy bez gorączki lub ze stanem podgorączkowym),
- nagły początek choroby (zwykle z objawami ogólnego rozbicia, bólami głowy, bólami mięśniowo-stawowymi itp.),
- objawy pod postacią kaszlu, duszności lub inne dotyczące układu oddechowego.

W około 1-2 procentach przypadków występuje zapalenie mózgu z zespołem oponowym, któremu mogą towarzyszyć

zaburzenia psychiczne. Okres wylegania ptasiej grypy wynosi do 7 (wyjątkowo 9) dni.

W przypadku zachorowań u ludzi, podejrzanych o kontakt z ptactwem, należy bardzo wnikliwie przeprowadzić wywiad środowiskowy (czy chory miał stały czy tylko przygodny kontakt z ptactwem: drób hodowlany, ptactwo dzikie? Czy ptaki chorują i padają, zwłaszcza masowo? Czy wdrożono badania weterynaryjne? Okres od ostatniego kontaktu z ptakami, ich wydaliniami i wydzielinami, kurczem i pyłem na fermach etc.). Prawidłowo przeprowadzony wywiad pozwoli zarówno na powzięcie podejrzenia choroby związanej z ptactwem lub też wykluczenia takiej choroby.

Sposób postępowania z osobą podejrzaną o zakażenie wirusem ptasiej grypy (H5N1)

1. Lekarz podejrzewający zachorowanie na ptasią grypę u osoby, która pozostawała w bezpośredniej styczności z zakażonym ptactwem, natychmiast kieruje pacjenta do szpitala zakaźnego wskazanego w załączniku (załącznik nr 10 do „Krajowego Planu Działania dla Polski na wypadek wystąpienia kolejnej pandemii grypy”) zamieszczonego na stronie www.gis.gov.pl lub innego, najbliższego terytorialnie.

2. Lekarz, który podejrzewa zakażenie wirusem H5N1, zobowiązany jest w trybie alarmowym powiadomić o tym fakcie właściwą terenowo Powiatową Stację Sanitarno-Epidemiologiczną (PSSE), a następnie potwierdzić zgłoszenie na obowiązującym formularzu zgłoszenia choroby zakaźnej.

3. Transport osoby podejrzanego o zachorowanie na ptasią grypę winien być prowadzony pojazdami sanitarnymi wytypowanymi do przewozu zakaźnie chorych.

INFORMACJA OPRACOWANA NA PODSTAWIE KOMUNIKATU
GŁÓWNEGO INSPEKTORA SANITARNEGO Z DNIA 3 MARCA 2006 R.
DOTYCZĄCEGO ZAKAŻEŃ WIRUSEM PTASIEJ GRYPY (H5N1).

Kryteria różnicujące		
	Grypa zwykła	Grypa ptasia
Przyczyna choroby	wirusy grypy typu A (np. H1N1, H3N2) lub B	wirusy grypy typu A (np. H5N1, H7N7, H9N2)
Występowanie zachorowań	zachorowania występują sezonowo w okresie jesienno-zimowo-wiosennym	zachorowania mogą występować niezależnie od pory roku
Kto choruje	mogą chorować wszyscy ludzie, jednak istnieją grupy osób, które ze względu na stan zdrowia są bardziej zagrożone zachorowaniem i wystąpieniem powikłań (np. dzieci do 2 lat, osoby przewlekle chore, osoby w podeszłym wieku)	sporadycznie ludzie poprzez kontakt z ptactwem; choroba przebiega gwałtownie, ma ciężki przebieg, częściej dochodzi do powikłań
Możliwości zapobiegania	szczepionki są dostępne, konieczne jest coroczne powtarzanie szczepień w celu zmniejszenia ryzyka zachorowania i wystąpienia powikłań	nie istnieje szczepionka dla ludzi. W niektórych krajach dostępna jest szczepionka dla drobiu
Możliwości leczenia	dostępne są leki przeciwwirusowe, które mogą skrócić i złagodzić przebieg choroby	leki przeciwwirusowe nowej generacji mogą być skuteczne wobec wirusa ptasiej grypy u ludzi

Kasy chorych kiedyś...

Zapowiadane są zmiany w funkcjonowaniu Narodowego Funduszu Zdrowia. Przede wszystkim ma być podzielony na kilka mniejszych. Po to, żeby konkurować między sobą, a to zawsze obniża koszty. Innych szczegółów finansowania na razie nie ma. Mówi się za to, że najlepiej byłoby, gdyby instytucje ubezpieczeniowe miały swoich lekarzy i żeby to było ich jedyne miejsce zatrudnienia, oczywiście, za właściwe wynagrodzenie.

Otóż wszystko to już było. Na początku, jeszcze za czasów kas chorych, były regionalne kasy chorych i one miały gospodarować funduszami zebranymi na danym terenie. Szybko z tego zrezygnowano, bo tam, gdzie było duże bezrobocie, po prostu brakowało pieniędzy. Powrócono więc do tzw. solidarności społecznej, to znaczy do tego, co mamy dzisiaj, czyli – bogaci dzielą się z biedniejszymi, a całość rozdziela centrala według klucza, który nie do końca jest jasny. Zwłaszcza jak się patrzy na efekty.

Były nawet czasy, kiedy ubezpieczalnie miały swoich lekarzy. Wprawdzie dawno, dawno temu i zamierzchłe to czasy, bo jeszcze przedwojenne, ale warto skorzystać z tamtych doświadczeń.

W zeszycie 11 „Nowin Lekarskich” z 1925 roku opisano perypetie kolegów zatrudnionych w jednej z „organizacji kasowych” – Spółce Bractwa Górnego Śląska. Posiadała ona siedem własnych lecznic i zatrudniała 170 lekarzy. Należało do niej 130 000 ubezpieczonych (zachowaliśmy oryginalną pisownię relacji).

„Pomimo tych potężnych ram, w których mieści się cały ruch kasowy, stosunki w Spółce Brackiej panujące są pod wielu względami, a szczególnie dla lekarzy, iście azjatyckie. (...) Lekarz asystent Spółki Brackiej pobiera miesięcznie 300 złotych płacy, pielęgniarz natomiast 400. Z tego połowę potrąca administracja lekarzowi na koszty utrzymania (wikt i mieszkanie w lecznicy). Pozostała połowa ma wystarczyć na zaspokojenie nie tylko prymitywnych wydatków życiowych – ale kosztów prenumeraty pism, książek, kulturalnych rozrywek, które na całym świecie u lekarza są zrozumiałe i też uwzględniane. Za czasów niemieckich lekarze asystenci pobierali 250 marek miesięcznie, tj. od 3 do 4 razy tyle co pielęgniarz. Jest to zresztą zupełnie zrozumiałe. Dziś lekarz musi za marną płacę pracować przeciętnie 10 godzin dziennie, bez świąt i dni wolnych od pracy (niedziel), nie mając często jednej nocy w tygodniu spokojnej. Nawet wydalanie się z lecznicy jest zawsze połączone z trudnościami i nieraz tygodnie upłyną, nim lekarz zdoła się trochę na

wolność wydostać. Każde parodiowne zwolnienie jest oczywiście przez dyrekcję skrzętnie notowane do «personalnych aktów» (...). Tak więc płaca 300 złotych ma być dla lekarza wynagrodzeniem za długie lata studiów, respektowanie jego stanowiska i potrzeb życiowych, kulturalnych i towarzyskich, ekwiwalentem jego ciężkiej, odpowiedzialnej i połączonej z niebezpieczeństwami pracy zawodowej. Jakby dla potwierdzenia swego sposobu postępowania zarząd Spółki Brackiej wykluczył lekarzy z norm płacy obowiązujących dla reszty pracowników lecznicowych. Tak więc wydarto lekarzom automatyczną podstawę i prawne uzasadnienie dla wszelkich wysiłków, zmierzających do poprawy egzystencji (dodatki drożyzniane, ubezpieczenie, emerytura, itp.). I tu znowu zaznaczyć należy, że za czasów niemieckich (...) lekarze prawa te posiadali. Pierwsze, co w wolnej i niepodległej Polsce uczyniono, to pozbawienie lekarzy tych praw i przywilejów, które z takim trudem poprzednio sobie wywalczyli.

Ten prąd poniżania i wyzysku lekarzy, płynący z obecnego zarządu instytucji, jest też zupełnie widocznym i na terenie stosunków zawodowych Spółki Brackiej do lekarzy. Ton pism, w których odnosi się Spółka Bracka nie tylko do młodszych asystentów, ale nawet do lekarzy-szefów, a więc ludzi starszych i poważnych, jest, by go wprost nazwać, ordynarny i arogancki, słowem – w żadnym stosunku nie stojący do powagi zawodu lekarskiego. [Korespondencja] jest w zupełności charakterystyczną dla poziomu kulturalnego i kwalifikacji ludzi, którzy wykorzystawszy zmianę koniunktur politycznych, zajęli niewłaściwe dla siebie stanowiska. Na wszelkie prośby czy zażalenia lekarzy odpowiada z zasady Spółka Bracka zagrożeniem wydalenia i to obojętne, czy lekarz prosi o przydzielenie kogoś do pomocy, czy o umożliwienie mu mieszkania z żoną w lecznicy. To stało się już systemem (...).

Zresztą Spółka Bracka doskonale wykorzystuje całą bezsilność lekarzy. Niema organizacji, któraby się przeciwstawiła jej samowoli i z należytą siłą potrafiła bronić powagi stanu i interesów materialnych lekarzy (...). W interesie dobra ogólnego, a zawodu lekarskiego w szczególności, należy przedstawione anomalje jak najszybciej usunąć”.

Tyle „Nowiny Lekarskie” z 1925 roku. Nawet jeżeli stosunki między lekarzami a instytucjami ubezpieczeniowymi odmalowane są tu z pewną przesadą, to wyraźnie widać, że dalekie były od sielanki. Całe szczęście, że dziś jest zupełnie inaczej. Lekarze czują się dowartościowani, nie odczuwają, że współpracują z monopolistą, ich postulaty spełniane są ze zrozumieniem, a zarobki – to po prostu palce liczą... AB



Odnowienie dyplomu

Dnia 20 października 2007 roku w pięknej Auli UAM odbyła się uroczystość odnowienia dyplomu lekarza dentystry po 50 latach pracy zawodowej. Tę uroczystość zorganizowały władze Uniwersytetu Medycznego im. K. Marcinkowskiego w Poznaniu w połączeniu z dyplomatorium tegorocznych absolwentów Wydziału Lekarsko-Dentystycznego.

Studiowaliśmy w latach 1952-1957. Były to trudne powojenne czasy. Większość z nas mieszkała w akademikach, a niewielkie stypendium było dla wielu jedynym źródłem utrzymania. Byliśmy pierwszym rokiem, który rozpoczynał pięcioletni okres studiów razem z Wydziałem Lekarskim. Przez trzy lata mieliśmy wspólne zajęcia, dopiero w okresie ostatnich dwóch lat dołączono nam zajęcia ze stomatologii. Łączyły nas trzy lata studiów, te najtrudniejsze.

Czuliśmy się jedną wielką rodziną. Zawiązały się przyjaźnie, które przetrwały do dziś. Zorganizowaliśmy trzy zjazdy: 15-lecie, 45-lecie i 50-lecie absolutorium. A lekarze medycyny i lekarze stomatolodzy mieszkający w Poznaniu spotykają się co miesiąc.

Studiowaliśmy w ciężkich czasach – obowiązywała bezwzględna dyscyplina na wykładach i ćwiczeniach. Wykładowcami były same znakomitości, takie jak: prof. Janusz Groniowski, prof. Zdzisław Stolzmann, prof. Tadeusz Kurkiewicz czy prof. Rudolf Sarrazin i prof. Kazimierz Stawiński z przedmiotów stomatologicznych. Dziękujemy im za twardą szkołę, która zapoczątkowała profesjonalizmem. W trudnych życiowych sytuacjach mieliśmy oparcie we władzach uczel-

ni. Bardzo serdecznie wspominamy p. Julię Dręzkowską, sekretarkę w dziekanacie, która wielką życzliwością i dobrocią obdarzała każdego świeżo upieczonego studenta.

Po ukończeniu studiów zaczęliśmy pierwszą pracę. Niektórzy pozostali na uczelni, ale większość rozpoczęła pracę w przychodniach i ośrodkach zdrowia. Wypuszczeni spod opiekuńczych skrzydeł uczelni stanęliśmy przed trudnym zadaniem samodzielnej pracy, które nie było łatwe. Dziś anachronizmem wydaje się użycie nożnej wiertarki do opracowania ubytku. Długo czekaliśmy, zanim do naszych gabinetów trafił nowoczesny sprzęt stomatologiczny. Cieszyliśmy się krótko, bo w tym samym czasie wielu z nas zakończyło pracę zawodową. Mimo upływu lat czujemy się bardzo związani z naszą uczelnią. Cieszy nas nowy Instytut Stomatologii i inne obiekty.

Niektórzy z nas jeszcze pracują, inni są słuchaczami Uniwersytetu Trzeciego Wieku, podróżujemy, śledzimy uważnie postępy w dziedzinie medycyny.

Smutkiem napawa nas fakt, że nie wszyscy mogą być razem z nami, a to z powodu choroby lub odejścia w inny wymiar czasu. Pamiętamy o nich.

Na koniec były podziękowania dla władz uczelni za zorganizowanie uroczystości i życzenia młodym kolegom – satysfakcji z pracy zawodowej i wiele dobrego w życiu osobistym.

Po oficjalnej części spotkaliśmy się na obiedzie. Była bardzo serdeczna atmosfera, rozmowy, wspomnienia, życzenia. Do zobaczenia znów!

BOGUMIŁA ZANIEWSKA-GAWROŃSKA



Wspólnota Polska za podstawowe swoje zadanie uznaje naukę i pogłębianie znajomości języka polskiego dla wszystkich: dzieci, młodzieży, studentów i dorosłych mieszkających za granicą. Dla przedstawicieli wszystkich zawodów. Dla przedszkolank i lekarzy, dla nauczycieli i pielęgniarek. Swoje zadania Wspólnota realizuje poprzez organizowanie spotkań artystycznych, sportowych, wypoczynkowych, zawodowych. Często pobyt polonusów w Polsce przyczynia się do podniesienia ich pozycji w kraju zamieszkania.

Goście ze Wschodu

Wielkopolski oddział stowarzyszenia Wspólnota Polska od 10 lat zaprasza mówiących po polsku i mających polskie korzenie lekarzy z zagranicy do pobytu w kraju ojców. Przyjeżdżają do Poznania z Litwy, Ukrainy, Rosji, Łotwy, Mołdawii i Białorusi. Poznają nasz kraj, a pobyt łączą z fachowymi stażami zawodowymi w poznańskich szpitalach. Dobrym duchem przedsięwzięcia jest Bożena Zięba, dyrektor wielkopolskiego oddziału. Jest bardzo życzliwa naszym gościom, pomaga rozwiązywać wszelkie problemy związane z pobytem, organizuje im też wycieczki, by mogli poznać zabytki, ludzi i historię. Podkreśla, że chętnych do przyjazdu do nas jest więcej niż możemy przyjąć. Dlatego dodatkową rekomendacją jest praca społeczna na rzecz Polonii. Przyjeżdżają do nas, bo Polska dla wielu z nich jest Zachodem. Bo stąd pochodzą

ich rodzice. Poznają więc ich kraj, inny świat, inną organizację ochrony zdrowia, zawierają znajomości. Te znajomości mają zresztą często dalszy ciąg, już poza stowarzyszeniem. Polonijni lekarze wracają na szkolenia, stypendia, staże zawodowe czy po prostu w odwiedziny do znajomych.

Obecnie przebywa w Poznaniu sześcioro kolegów z Ukrainy, Litwy i Białorusi. Byli oni również zaproszeni na spotkanie, które odbyło się w siedzibie Wielkopolskiej Izby Lekarskiej.

Igor Arseniy, chirurg, przyjechał z Charkowa z żoną, Nelli Kotulevich, ordynatorem największego na Ukrainie oddziału dializ. Ich syn jest lekarzem już w siódmym pokoleniu. Są w Polsce kolejny raz. Mówią, że dużo się u nas zmieniło. Szczególnie rzuciło się im w oczy to, że ludziom lepiej się powodzi, co widać na ulicach. Polacy mają lepsze samochody, są lepiej ubrani, w sklepach jest dużo ładnych rzeczy. Stwierdzili, że ukraińskie szpitale nie różnią się specjalnie od naszych. Może tym, że na Ukrainie większość leków i materiałów pacjenci kupują sami. Opowiadali, że dużo zmieniło się także i u nich. Jest większa tolerancja. Kiedyś nie było łatwo przyznawać się do polskiego pochodzenia. Na przykład w dowodach osobistych należało zakreślić odpowiednią rubrykę pochodzenia – Żyd, Rumun, Rosjanin, Cygan. Dla Polaków była rubryka: inni. Teraz na szczęście jest normalnie...

Alina Bartakauskiene jest radiologiem. Przyjechała z Wilna. Podobnie jak Eryka Streiziene, ginekolog. Alina mówi, że w Poznaniu widziała najnowszy aparat do bezinwazyjnej koronarografii serca. U nich dopiero taki mają zainstalować.

Obie opowiadały, że lekarze na Litwie zarabiają lepiej niż w Polsce. Oni więc na pewno nie przyjadą do Polski pracować... Ale mimo to dużo ich kolegów wyjeżdża do pracy za granicą. Głównie do Skandynawii. Brakuje zwłaszcza anestezjologów i ci zarabiają dwa, a nawet trzy razy więcej niż inni. Lekarze, tak jak u nas, pracują w kilku miejscach. Ich zawodowe życie to „gonitwa”. Podobnie jak u nas, są koleжки do lekarzy i występuje korupcja. „Koperty” są zjawiskiem powszechnym...

Relacja ze spotkania szkoleniowego

Stomatolodzy na targach

Ósmego grudnia odbyło się w Poznaniu cykliczne spotkanie szkoleniowe lekarzy stomatologów organizowane przez Komisję Stomatologiczną WIL. W programie znalazły się cztery wykłady. Ożywioną dyskusję wzbudził wykład pana profesora Michała Gacy, który prezentował m.in. stanowisko Rady ds. Resuscytacji.

Wykład nie tylko uwspółcześnił niektórym z nas zagadnienie udzielania pomocy w stanach zagrożenia życia, ale też zwrócił uwagę na wynikające z nowych przepisów kon-

sekwencje prawne dla lekarza, który pomocy udzielił niewłaściwie. Dowiedzieliśmy się, a dla znacznej części zgromadzonych była to nowość, że w Wielkiej Brytanii lekarz dentysta nie ma bezwzględного obowiązku wkłuwania się do zapadającej się żyły, a nawet nie musi posiadać poza adrenaliną leków w iniekcjach. Musi natomiast mieć tlen w butli i możliwość natychmiastowego wezwania pomocy. Apteczka pierwszej pomocy zawiera tam ponadto: gliceryl trinitat spray 400, salbutamol aerosol inhaler 100, adrenalin inj. 1:1000, aspiryn dispersable 300, glucegon 1 mg, midazolam 5 mg lub 10 mg/ml i roztwór glukozy (www.resus.org.uk). Część karty choroby pacjenta oznaczo-



Na Ukrainie jest ujemny przyrost naturalny. Na szczęście, według prognoz, w tym roku ma być lepiej...

Ze stolicy Białorusi, Mińska, przyjechała Tatiana Smirnowa, ginekolog z Medycznego Uniwersytetu. Jej koleżanka, Inesa Nikitiuk, też ginekolog, pochodzi z Brześcia. Obie podkreślały, że duże wrażenie zrobiła na nich mnogość i różnorodność zabiegów wykonywanych w poznańskich szpitalach. Niestety, u nich jest inaczej. Brakuje specjalistów, którzy mogliby takie operacje przeprowadzić.

Wszyscy podkreślali również, że pobyt w Polsce pozwolił im lepiej poznać naszą historię. Jakże często splatała się ona z historią krajów, w których teraz mieszkają. Że byłyby momenty i dobre, i złe. Że trudno o niej zapomnieć, zwłaszcza że nie wszystko jeszcze do końca wyjaśniono. Duże wrażenie zrobił na gościach film „Katyń”... Mają nadzieję, że

młodzież, która ponurą historię zna tylko z książek, przyczyni się do lepszej koegzystencji naszych krajów. Starszym, dla których dzieje ostatnich kilkudziesięciu lat to także ich własne życie, trudno o wszystkim zapomnieć i to należy rozumieć...

Goście byli zadowoleni z pobytu w Poznaniu. Dla niektórych z nich to już kolejny przyjazd do naszego kraju. Widzieli Gniezno, Biskupin, Kraków, zabytki Poznania. Niektórzy przy okazji poprzednich pobytów byli też na polach grunwaldzkich.

Wszyscy, łącznie z panią dyrektorką Wspólnoty Polskiej, podkreślali pomoc, jaką otrzymali od Wielkopolskiej Izby Lekarskiej w organizacji ich pobytu w poznańskich szpitalach. Dziękowali zwłaszcza Stefanowi Sobczyńskiemu i Wojciechowi Waliszewskiemu, którzy szczególnie pomogli w przygotowaniu tej wizyty.

AB

na jest informacją „poufną” i zawiera wypełnioną przez pacjenta ankietę dotyczącą jego stanu zdrowia. Dane te aktualizuje się co roku.

Profesor Wagner doskonale udokumentował możliwości zwalczania infekcji w jamie ustnej ze zwróceniem uwagi na udokumentowane oddziaływanie drobnoustrojów z jamy ustnej na stany kardiologiczne, zagrożenie płodu, pogorszenie rokowania w wielu chorobach przewlekłych.

Fanów stomatologii estetycznej usatysfakcjonowały wykłady dr Agaty Lipińskiej-Wieczorkowskiej i mgr. Marka Lipy z korporacji GC. Oboje w brawurowy sposób przedstawili możliwości współczesnych materiałów kompozytowych, gładjonometrów, a także systemów łączących i możliwości utrwalania i zabezpieczania osiągniętych rezultatów. W kularach trwała dyskusja nad problemem najbardziej obecnie gorącym, czyli podpisywaliśmy umowy z NFZ. Liderom pozytywnych zmian w tej dziedzinie – doktorom

Baszkowskiemu, Ciśle i Wawrzyniakowi – wyrażono serdeczne podziękowanie. W imieniu komisji pogratulowaliśmy absolwentom Uniwersytetu Medycznego w Poznaniu, którzy z bardzo dobrym rezultatem zdali państwowy egzamin dentystryczny: dr Magdalenie Łagodzie (I miejsce w Polsce), dr Joannie Jaskólcie, dr Karolinie Jurczyk, dr Agnieszce Radziemskiej i dr Paulinie Rubryckiej oraz doktorom Marcynowi Krzyżanowskiemu i Olgierdowi Schneiderowi. Życzymy im wiele satysfakcji i radości z pracy. Serdecznie gratulujemy również pani dr Annie Sabok-Rzepce, mistrzyni świata lekarzy w tenisie. Wielu kolejnych sukcesów, Pani Doktor!

W kularach odbyły się prezentacje GC, Johnson and Johnson, Molteni, Kavo i Medical Group z Poznania. Kanapek wystarczyło. Złożono sobie życzenia dobrych, szczęśliwych Świąt Bożego Narodzenia i umówiono się na następny raz.

ANNA KURHAŃSKA-FLISYKOWSKA

SHORT CUTS

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

KRZYSZTOF OŻEGOWSKI



Autoportret

Nowa minister zdrowia najwyraźniej zastosowała starą zasadę rządu, iż najlepszym sposobem spacyfikowania oponentów i krytyków poczynań ministerstwa jest powierzenie im stanowiska wiceministra i „podzielenie się” odpowiedzialnością za poczynania resortu. „Ofiarami” tego ruchu zostali dr Marek Twardowski z Porozumienia Zielonogórskiego oraz ostatnio Andrzej Włodarczyk – wiceprezes Naczelnej Rady Lekarskiej. Kuszona była także Dorota Gardias szefowa Ogólnopolskiego Związku Zawodowego Pielęgniarek i Położnych, ale nie uległa. Kolegom, którzy mam nadzieję nie ulegli tylko czarowi nóg pani minister (do zobaczenia na zdjęciu w „Reminiscencjach sejmowych” kolegi Walkiewicza), życzę, by pracując w ministerstwie, nie zapomnieli, że przede wszystkim są lekarzami i nimi pozostaną, a ministrem „się bywa” i trzeba potem móc kolegom spojrzeć prosto w oczy.



Teoretycznie powinno dobiec już końca kontraktowanie usług medycznych z NFZ na 2008 rok. Jednak „tradycyjnie” już, NFZ ma w tym temacie spore opóźnienia. Jak zwykle winę za to ponoszą świadczeniodawcy, ponieważ kręcą nosem na „wspaniałe” propozycje NFZ. Z propozycjami NFZ, to zresztą ciekawa sprawa. Gdy świadczeniodawca domaga się podwyższenia stawki za punkt, to w odpowiedzi słyszy, że NFZ nie może nikogo faworyzować i musi stosować jednolite stawki. Gdy z kolei świadczeniodawca domaga się wyrównania stawki do stawki jaką oferuje NFZ w innym oddziale, to jak w banku ma odpowiedź: To niech się tam przeniesie i gdzie jest powiedziane, że stawki mają być równe. Jakie stawki są w innych oddziałach, urzędnicy NFZ doskonale wiedzą. Co prawda nie potrafią (lub co bardziej prawdopodobne – nie chcą powiedzieć), dlaczego oferują w Wielkopolsce np. 90 gr za punkt stomatologiczny, a nie 1 zł jak w kujawsko-pomorskim OW NFZ, ale za to mówią wtedy, że przecież w Warszawie jest tylko 85 gr i nasz dentysta powinien się cieszyć. Inną ciekawostką jest przydzielanie liczby punktów. Tak się jakoś zawsze dziwnie składa, że NFZ wybiera najgorsze miesiące dla swoich propozycji, ze szczególnym uwzględnieniem tych, w których były nedoróbki, a ignorowaniem tych w których są nadwykonania. Urzędników nie interesuje przy tym dlaczego tak było. Ofiarą takiego sposobu myślenia padło w tym roku wiele szpitali. Jakąż bowiem, ich dyrektorzy, otrzymali odpowiedź, gdy okazało się, że pomimo wzrostu stawki za punkt o 20%, wartość kontraktów wyniosła średnio 102% ubiegłorocznego. Otóż usłyszeli: Przecież takie mieliście wykonanie (a właściwie niewykonanie) w okresie, który braliśmy pod uwagę. To, że był to okres akcji protestacyjnej

i stąd takie, a nie inne wykonania to już urzędników nie interesuje, tym bardziej, że przecież obecne propozycje są tylko tymczasowe, gdyż NFZ ciągle zamierza wprowadzić nowe zasady kontraktowania w oparciu o tzw. jednolite grupy pacjentów.



Co do „jednolitych grup pacjentów”. NFZ jest bardzo dumne ze swojego produktu. Nie zrażają go liczne głosy krytyki. Twardo postanowiło, że system będzie wprowadzony w przyszłym roku. Co prawda obecnie mówi się już o lipcu, ale nic to, najważniejsze, że będziemy świadkami najszybszej „nacionalizacji” niepolskiego przecież systemu. Nie zamierzam tu dyskutować, czy akurat brytyjski wzorzec jest dla nas najodpowiedniejszy i czy w ogóle jest to dobry system w „gospodarce niedoborów”, jaką niewątpliwie jest polska ochrona zdrowia, ale zastanawiające są podawane przykładowo wyceny niektórych procedur, po których ujawnieniu większość szpitali zaczęła lamentować, że przy takim poziomie finansowania, to nie tylko nie ma mowy o zwiększeniu ich przychodów, ale nawet o utrzymaniu tegorocznych. A jak wiadomo wzrosną ich wydatki nie tylko na płace, ale i na inne koszty działalności. Co do prezentowanych przykładów, to po pierwsze nie wiadomo czy są prawdziwe, a po drugie, nigdzie nie podano sposobu w jaki uzyskano taki, a nie inny wynik. Niestety po raz kolejny należy przypuszczać, że poza historycznymi, dowolnie dobieranymi danymi, opartymi o dotychczasowe – czytaj – chronicznie niedofinansowane przez NFZ procedury; głównym źródłem pomysłów na wycenę był dobrze wszystkim znany ekspert – sufit w centrali NFZ.



Jak Państwu wiadomo, od 1 lutego 2008 roku zwolnienia lekarskie dla potrzeb sądów będą mogli wydawać tylko tzw. lekarze sądowi. Lekarzem sądowym będzie tylko lekarz, z którym „prezes sądu okręgowego zawarł umowę o wykonywanie czynności lekarza sądowego”. Wcześniej prezes sądu musi określić liczbę potrzebnych lekarzy i zwrócić się do okręgowej izby lekarskiej o rekomendację dla lekarza, który wyrazi chęć bycia lekarzem sądowym (i oczywiście spełnia wszystkie wymagane ustawowo kryteria). Po uzyskaniu rekomendacji izby lekarskiej (która jest niezbędnym elementem, by lekarz mógł być umieszczony w wykazie), lekarz zostaje umieszczony w wykazie, który prowadzi prezes sądu okręgowego. Po raz pierwszy prezes sądu musi go opublikować do 31 grudnia 2007 r. Sęk jednak w tym, że na 665 „zapotrzebowanych” przez sądy w Wielkopolsce lekarzy, do Izby zgłosiło się jedynie 17. Dlaczego tak mało? Odpowiedź jest bardzo prosta. Za wykonywanie czynności, która wymaga po pierwsze wysokich kwalifikacji, nie tylko zawodowych; po drugie zagrożona jest odpowiedzialnością karną w razie zakwestionowania zasadności zwolnienia, a o to nie trudno w dzisiejszych czasach, gdy lekarz stał się wrogiem publicznym, jeśli nie numer jeden, to na pewno „mieści się na pudle”. I za to wszystko ministerstwo sprawiedliwości zaproponowało śmieszoną stawkę. Porównywalną z wypisaniem recepty w ramach NFZ. Co prawda ostatnio, w odpowiedzi na „śladowe” zainteresowanie lekarzy tą funkcją, podobno ma być zwiększona do „całych” 80 zł za zaświadczenie.

Szkopuł w tym, że za takie pieniądze, to lekarze nie chcą leczyć nawet kataru w prywatnym gabinecie. Irytację lekarzy zwiększa fakt, że adwokaci za obronę z urzędu w tzw. sądach 24-godzinnych, otrzymują stawki kilkukrotnie wyższe, nie ponosząc takiej odpowiedzialności. Ponieważ jednak chętnych lekarzy praktycznie brak (współczuję przy okazji tej siedemnaste i mam nadzieję, że starczyło im wyobraźni, by ocenić ewentualne niebezpieczeństwa i stwierdzić, że warto się narażać za tak małe wynagrodzenie, na wydumane ataki niezadowolonych prokuratorów bądź sędziów), Sąd Okręgowy w Poznaniu (ustami swojego rzecznika) wpadł na pomysł rozwiązania tego problemu. Rozwiązaniem tym ma być powołanie na funkcję lekarza sądowego, lekarzy zatrudnionych w wydziałach ubezpieczeń społecznych przy tym sądzie. Być może jest to rozwiązanie. Tylko szanowny Sąd musi pamiętać, że ustawa wymaga by taki lekarz uzyskał rekomendację Izby Lekarskiej i nie zakłada, że lekarze zatrudniani przez sąd, stają się automatycznie „lekarzami sądowymi”. I jeszcze jedna uwaga: Gdyby Ci lekarze chcieli być lekarzami sądowymi, to zapewne już by się zgłosili, a skoro tego nie uczynili, to zapewne nie odpowiadały im warunki pracy i płacy. I nie muszę chyba sądowi tłumaczyć, że zmuszanie kogoś do pracy (w mniej lub bardziej zakamuflowany sposób) jest złamaniem prawa.



Problem wynagrodzenia lekarzy pojawia się nie tylko przy okazji „lekarzy sądowych”. Oprócz ogólnolekarskich kłopotów z uzyskaniem przynajmniej „godnego” wynagrodzenia (bo przecież na satysfakcjonujące prawie nikt nie liczy – wychodzi z lekarzy natura społeczników), ostatnio prasa nagłośniła postulaty dolnośląskich anestezyjologów, którzy zjednoczyli się i postawili pracodawcom „twarde warunki”, czyli 70 zł za godzinę pracy na etacie. Dyrektorzy, którzy także zawarli stosowne porozumienie, że nie zapłacą lekarzom więcej niż 50 zł i to na kontrakcie, stwierdzili, że są to propozycje nie do przyjęcia i w związku z tym drastycznie spadnie liczba zabiegów przy których potrzebny jest anestezyjolog, co zaskutkuje niewykonaniem kontraktu przez szpital, co w efekcie odbije się na innych pracownikach, bo nie będzie z czego wypłacić im wynagrodzeń. Właściwie po takim stwierdzeniu taki dyrektor powinien podać się do dymisji, ponieważ nie opłacając kluczowego dla szpitala specjalisty, który generuje inne duże dochody, powoduje straty tego szpitala, czyli popełnia niegospodarność. Przy tych zyskach, to podwyższone wynagrodzenie anestezyjologa jest na prawdę wartością praktycznie pomijalną w bilansie szpitala. Poza tym żądania anestezyjologów nie są wcale wygórowane, tylko wszyscy przyzwyczaili się, że lekarzowi można nie płacić za pracę, gdyż ten wiedziony jakąś ideą będzie zawsze pracował tyle, ile potrzeba nie troszcząc się o wynagrodzenie. Niestety (dla dyrektorów i społeczeństwa) te czasy już się skończyły i tak jak nikogo nie dziwi stawka 130 zł/godz. dla mechanika w serwisie samochodowym (tyle kosztuje w moim, bo znam droższe), tak nie powinny dziwić takie stawki dla lekarzy i to na etacie, a nie w ramach kontraktu, które zresztą według mnie powinny być zakazane, gdyż jest to zwykłe oszustwo i kolejna próba cięcia kosztów, kosztem lekarza.

Spotkajmy się w Filharmonii



1 stycznia (wtorek) 2008, godz. 17, Aula Uniwersytecka
KONCERT NOWOROCZNY

Marcin Sompoliński – dyrygent
Artur Banaszkiewicz – skrzypce
Orkiestra Symfoniczna Collegium F

4 stycznia (piątek) 2008, godz. 19, Aula Uniwersytecka
TURNAU Z ORKIESTRĄ

Michał Nesterowicz – dyrygent
Grzegorz Turnau – śpiew
Orkiestra Filharmonii Poznańskiej

5 stycznia (sobota) 2008, godz. 18, Aula Uniwersytecka
**KARNAWAŁOWY KONCERT MARSZAŁKOWSKI
TURNAU Z ORKIESTRĄ**

Michał Nesterowicz – dyrygent
Grzegorz Turnau – śpiew
Orkiestra Filharmonii Poznańskiej

11 stycznia (piątek) 2008, godz. 18, Aula Uniwersytecka
**KONCERT DLA PIŁKARZY, KIBICÓW I PRZYJACIÓŁ LECHA
POLONEZA CZAS ZACZAĆ**

Marek Pijarowski – dyrygent
Anna Ziółkowska – skrzypce
Krzysztof Szaniecki – baryton, prowadzenie koncertu
Orkiestra Filharmonii Poznańskiej

12 stycznia (sobota) 2008, godz. 11 i godz. 15, Aula Uniwersytecka
**PRO SINFONIKA – STOPIEŃ TĘCZOWY
POLONEZA CZAS ZACZAĆ**

Dobrochna Martenka – dyrygent
Anna Ziółkowska – skrzypce
Antonii Hoffmann – lektor

13 stycznia (niedziela) 2008, godz. 16, Aula Uniwersytecka
**KONCERT RODZINNY
PRZEBOJE ŚWIATA**

Big Stan Band
Stanisław Gruszka – dyrygent
Anna Parzyńska-Paschke i Sonia Korpik – prowadzenie koncertu

19 stycznia (sobota) 2008, godz. 18, Aula Uniwersytecka
**383. KONCERT POZNAŃSKI
ZŁOTE LATA SWINGU**

Trio Filipa Wojciechowskiego:
Filip Wojciechowski – fortepian
Mariusz Bogdanowicz – kontrabas
Krzysztof Szmańda – perkusja
Krzysztof Urbański – dyrygent
Gary Guthman – trąbka
Krzysztof Szaniecki – prowadzenie koncertu
Orkiestra Filharmonii Poznańskiej

25 stycznia (piątek) 2008, godz. 19, Aula Uniwersytecka
GERSHWIN, RAVEL I MOŹDŻER

Radosław Szulc – dyrygent
Leszek Moździerz – fortepian
Orkiestra Filharmonii Poznańskiej

Wiersze



AŁOŻY ADAMSKI

Fantasmagorie

Wytrawny mówca przy pulpicie

Ma poczucie znakomite –

Obejmuje wzrokiem salę,

Co ma bardzo wiele zalet.

Sympatyczne towarzystwo –

Kulturalne, pierwsza klasa.

Koncentruje swą uwagę –

Stara się nie rozpraszać.

Jawnie czuję tę empatię,

Lecz do czasu, aż się zatnie.

Chyba właśnie z tej przyczyny

konsternacja, śmiechy, drwiny.

Coś się psuje, czuję teraz –

Jawnie się na klęskę zbiera.

Wydłużają im się miny...

Próżno łamie sobie głowę:

Tyle min tu na tej sali –

Świat się wali!

Zanim mu odjęło mowę,

Krzyknął: Pole to minowe!!!

Tu się ocknął w swej pościeli –

Piękny dzionek już się bieli...

Nowy Rok niechaj się śni

wśród pogodnych jasnych dni.



WIELKOPOLSKA IZBA LEKARSKA

BIULETYN INFORMACYJNY WYDAWANY PRZEZ RADĘ OKRĘGOWĄ WIL W POZNANIU

ISSN 1233-2216 Nakład 12 000 egz.

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

centrala tel. (061) 852 58 60; prezes (061) 851 87 66; praktyki indywidualne (061) 851 87 62
rejestr lekarzy (061) 851 87 58; księgowość (061) 851 87 59, faks/tel. (061) 851 87 62

e-mail: izba@wil.org.pl www.wil.org.pl

**Konto WIL: PKO BP SA
4. Oddział w Poznaniu
45 1020 4027 0000 1102 0404 3501**

ADRESY DELEGATUR WIELKOPOLSKIEJ IZBY LEKARSKIEJ:

DELEGATURA W KALISZU

62-800 Kalisz, ul. Nowy Świat 1-5
przewodniczący – dr Krzysztof Hajdo
tel./faks (062) 766 41 43, tel. (062) 502 66 16
sekretarki – Maria Linkowska, Ilona Błaszczuk
kalisz@wil.org.pl

DELEGATURA W KONINIE

62-502 Konin, ul. Makowa 2
przewodniczący – dr Krzysztof Poleć
tel./faks (063) 245 66 10, 0 783 993 909
sekretarka – Izabela Tomaszewska
konin@wil.org.pl, www.wil.konin.pl

DELEGATURA W LESZNIE

64-100 Leszno, ul. Sygietyńskiego 47
przewodniczący – Przemysław Kozanecki
tel. (065) 526 67 44, tel./faks (065) 526 65 59
sekretarka – Hanna Krukowiecka
leszno@wil.org.pl, www.wil.leszno.pl

DELEGATURA W PILE

64-920 Piła, ul. Kryniczna 2
przewodnicząca – Teresa Kwiecińska-Koźmińska
sekretarki – Bogumiła Janitz, Małgorzata Szyliniec
tel./faks (067) 212 04 87
pila@wil.org.pl, www.delegaturapiiska.poznet.pl

DELEGATURA OSTROWSKO-KROTOSZYŃSKA

63-400 Ostrów Wlkp., ul. Kolejowa 24A
przewodniczący – Wiesław Wawrzyniak
tel. (062) 735 44 80, 0 600 027 035

kolegium redakcyjne Biuletynu Informacyjnego WIL

redaktor naczelny: Andrzej Baszkowski

członkowie redakcji: Janusz Skowronek, Piotr Śliwiński, Krzysztof Ożegowski,
Andrzej Cisło, Krzysztof Hajdo, Krzysztof Poleć, Przemysław Kozanecki,
Wiesław Wawrzyniak

zdjęcie na okładce: Krzysztof Ożegowski

Na zlecenie WIL wydany przez

TERMEDIA Wydawnictwo Medyczne, ul. Wenedów 9/1, 61-614 Poznań
tel./faks +48 61 822 77 81, e-mail: termedia@termedia.pl, <http://www.termedia.pl>

druk: CGS drukarnia sp. z o.o.

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

KANCELARIA
RADCY
PRAWNEGO
ŁUKASZ NOWAK
Spółka komandytowa

60-827 Poznań
al. Marcinkowskiego 20/3
Tel. 0 601 50 80 59

GIEŁDA OGŁOSZEŃ

www.wil.org.pl

Podnajmę
**GABINET
STOMATOLOGICZNY**
w Lubaniu
tel. 0-501 03 33 07
(wieczorem)

Praca dla
stomatologa
w gabinecie w Stęszewie
nr tel. 602 158 555

NOWOCZESNY NZOZ
W CENTRUM POZNANIA
(kontrakt z NFZ)
zatrudni
stomatologa
tel. 0-603 66 81 18

Dyrektor Wojewódzkiego Szpitala
Neuropsychiatrycznego
im. Oskara Bielawskiego w Kościanie
zatrudni

**lekarza w Oddziale
Leczenia Uzależnień**

List motywacyjny oraz CV
proszę przesłać na adres:
Dyrektor Wojewódzkiego Szpitala
Neuropsychiatrycznego w Kościanie
plac Paderewskiego 1A, 64-000 Kościan
tel. 065 512 13 24 (dyrektor),
065 511 51 08 (kadry),
fax 065 512 22 96
Ogłoszenie na naszej stronie internetowej:
www.wsn.koscian.pl
e-mail: wsnk@wsn.koscian.pl

Urząd Miasta Poznania
Miejski Zespół do Spraw
Orzekania o Niepełnosprawności
w Poznaniu, ul. Kasprzaka 16
zatrudni lekarzy
specjalistów do pracy
w składach orzekających:

**psychiatrę, laryngologa,
okulistę, ortopedę**

Praca na umowę zlecenie
w godzinach popołudniowych.
Informacja tel. 061 86 53 965
lub 606 282 546

OGŁOSZENIE

Dyrektor Samodzielnego
Publicznego Zakładu Opieki
Zdrowotnej w Szamotułach
zatrudni od zaraz

**LEKARZA
NEUROLOGA**

Zapewniamy atrakcyjne warunki
pracy i płacy
w formie umowy o pracę
lub umowy o świadczenie
usług medycznych.
Telefon kontaktowy 061 29 27 101

PRACA DLA LEKARZA
STOMATOLOGA

- ▶ bardzo dobre warunki zatrudnienia
- ▶ kontrakt z NFZ
- ▶ 40 km od Poznania

Informacje: 0-502 04 66 44

LARYNGOLOG

z II^o specjalizacji
poszukuje pracy
tel. 500 522 522
e-mail: biuro@laryngolog.poznan.pl

PRACA DLA LEKARZA

■ NZOZ ALFA, Wronki, Partyzantów 14
zatrudni lekarza w Poradni Medycyny
Rodzinnej. Pożądana specjalizacja
z medycyny rodzinnej i doświadczenie
w pracy w POZ. Dobre warunki placowe.

■ Przychodnia poszukuje również
lekarzy zainteresowanych pracą
na zastępstwach w okresie
wakacyjno-letnim.

Kontakt: 0-67 254 3125
0-601 910 376

**Lekarz pediatra
poszukuje pracy
na terenie Poznania**

(24 lata stażu)
tel. 068 32-65-012
0606 811-299

Lekarka

specjalista chorób dzieci
szuka pracy w Poznaniu
i/lub najbliższej okolicy
tel. 602 219 644

Szpital Wojskowy
z Przychodnią SPZOZ
w Poznaniu

pilnie zatrudni lekarzy specjalistów,
w tym na dyżury medyczne:

**chirurgów, internistów,
ortopedów, neurologów,
otolaryngologów,
anestezjologów,
okulistów.**

Informacje: dział kadr
tel. 061 857 47 70

NZOZ zatrudni
**LEKARZA
LARYNGOLOGA**

na dobrych warunkach
tel. 0-608 307 149

Poszukuję pracy!
Lek. Stomatolog

Po LDEP jesień 2007
tel. 605 686689

Nowocześnie wyposażona praktyka
stomatologiczna w Śremie.

Pracująca według najwyższych
standardów.

Zatrudni lekarza stomatologa.

Atrakcyjne warunki pracy.

Tel. 602333510

Kredyty Fundusze Inwestycje*



Komfortowe Środowisko

Osobisty Doradca Finansowy
KDF Neumann

Poznań tel 61 8501 938
Kalisz tel 62 7676 045
www.kdfneumann.com

*specjalna oferta dla lekarzy

WITRYNA INTERNETOWA WIL

www.wil.org.pl

Aktualne informacje o pracach izby
Bieżące sprawy pogrupowane tematycznie
Zmiany w przepisach
Przegląd prasy
Newsletter
Serwis stomatologiczny
Giełda ogłoszeń (praca, sprzęt)

The screenshot shows the homepage of the Wielkopolska Izba Lekarska (Wielkopolska Medical Chamber) website. The header features the organization's logo and name, along with a search bar and a 'BIP' logo. A navigation menu includes 'Strona główna', 'Nasza Izba', 'Serwis', and 'Stomatologia'. The main content area is divided into several sections: a 'Serdecznie Witamy' (Warm Welcome) section with a photo of Ewa Kopacz and a news item about her potential role as Minister of Health; a 'Legitymacje lekarskie | KONKURS 2007/08 | PROTEST 2007' section; a 'w serwisach:' section with links to various services; a 'Newsletter' section; a 'Najbliższe ...' section with the date '9 listopada 2007'; and a right-hand column with several news items, including 'Pismo Prezesa WIL do Dyrektorów SPZOZ', 'Ewa Kopacz objęła urząd Ministra Zdrowia', 'Dymisjonacja szefa HFZ', 'O lekarzach sądowych raz jeszcze', 'Przesunięcie terminu złożenia aktualizacyjnej komunikat WOW', 'Piątek 2 listopada dniem wolnym w biurach WIL', 'Pismo WIL do Oddziału HFZ', and 'Lekarze do Sejmu! - po wyborach'. The footer contains copyright information: '© 2007 Wielkopolska Izba Lekarska - Serwis Internetowy - XHTML and CSS'.