



WIELKOPOLSKA IZBA LEKARSKA



Nasza galeria

Autorką ilustracji jest Ludwika Hawryszuk, zajmująca się głównie ilustracją i typografią. Absolwentka Uniwersytetu Artystycznego w Poznaniu na Wydziale Grafiki i komunikacji wizualnej. Prezentowana ilustracja jest połączeniem techniki manualnej oraz cyfrowej. Zeskanowany rysunek zostaje poddany obróbce komputerowej za pomocą tabletu graficznego.

Diagnoza wstępna



Spis treści

Moim zdaniem...	4
List do redakcji	5
Protecta Sp. z o.o. – specjalista w kompleksowej obsłudze prawno-finansowej lekarzy	5
Zaćma liderem leczenia za granicą	6
Papierowe zwolnienia jeszcze do połowy 2018 r.	7
Mentor 2017	7
Niepokojąca cisza	8
Aktualizacja danych w systemie numeracji recept	9
Z medycznej wokandy	10
Głośniej o <i>opt-out</i>	11
Dawka informacji	12
Wspomnienia	14
Cuda, wzory i sieć szpitali	18
Harmonogram kursów	22
Różnica między studentami i stażystami	23
Lekarze seniorzy – recepty <i>pro auctore</i> i <i>pro familiae</i>	23
Zarządzanie profesjonalne	24
Tak minął kwiecień w Izbie	25
Przychodzi lekarz do lekarza	26
Konkurs Wielkopolski Lekarz z Sercem im. Kazimierza Holoji	28
Wiersze	30

Dwie sprawy

Ostatni numer przed wakacjami. Chciałem uniknąć niemiłych tematów, ale same wciskają się na klawiaturę, cóż więc robić. Zwłaszcza że jest to numer podwójny, następny będzie za dwa miesiące i nie chciałem tak długo z nimi zwlekać.

Zacznijmy od bulwersującej opowieści koleżanki, która znalazła się w jednym ze szpitali, czekając na zaplanowany zabieg onkologiczny. Pomijając kilkudniowy pobyt, w czasie którego nic się nie działo i nawet nie przeprowadzano żadnych badań, koszmarny zaczął się po zabiegu. Pacjentka miała bardzo silne bóle, których nie była w stanie wytrzymać, ale na prośby o zastrzyk morfiny (inne leki były nieskuteczne) spotkała się z odmową. Dopiero w skrajnych, gwałtownych bólach i na kategoryczne żądanie podano zastrzyk, który przyniósł ulgę. Dlaczego czekano tak długo? Dlaczego zgodzono się łaskawie użyć pacjentce po godzinach cierpienia, choć wiadomo było, że bóle będą gwałtowne i że zawsze bywają po tego typu zabiegach? Dlaczego więc nie uznaje się, że podanie tego środka znieczulającego jest koniecznością i stosuje się go wyjątkowo? Dlaczego lekarze unikają podawania morfiny, boją się uzależnienia pacjenta, choć dawno stwierdzono, że te obawy są przesadzone? Argumentem za niepodawaniem morfiny nie może być koszt ampułki, bo jest niewielki. O co więc chodzi? O dawne uprzedzenia? Mówi się, pisze i głosi z ministerialnych trybun, że w Polsce nie leczy się bólu i to musi się pilnie zmienić. Ale to tylko słowa...

Druga sprawa to list kolegi Tuszyńskiego zamieszczony w dalszej części „Biuletynu Informacyjnego WIL”. Ocena zachowania (już lekarzy!) podczas obowiązkowych wykładów w trakcie specjalizacji jest jednoznaczna. Cechuje je lekceważenie wykładowców i wykładanego przedmiotu, brak poszanowania etyki i tego, co zwykle nazywamy kulturą bycia. I pomyśleć, że były czasy, kiedy zawód lekarza uznawano za elitarny. Nie tylko dlatego, że ochrona zdrowia i życia ludzkiego jest powodem szczególnego poważania okazywanego lekarzowi. Także dlatego, że współczucie cierpiącym i pomoc w łagodzeniu cierpienia jest zachowaniem lekarza najbardziej oczekiwanym. Jan Paweł II podczas spotkania z chirurgami powiedział: *Mam świadomość, że lekarze w Polsce stoją wobec wielkiej próby. Czy pozostaną wierni swojej tradycji i powołaniu lekarskiemu, czy też pójdą za pokusą, by swoją pracę potraktować jako zawód?*

Koledzy, o których pisze kolega Tuszyński, postanowili wykonywać zawód, przyjmując w dodatku normy zachowania trudne do zaakceptowania.

Andrzej Baszkowski

Moim zdaniem...



Krzysztof Kordel
prezes Wielkopolskiej Izby Lekarskiej

...w zarabianiu pieniędzy nie ma nic złego, pod warunkiem że zarabiane są uczciwie. Ale nie zawsze tak jest. Coraz częściej obawa o własne zdrowie jest wykorzystywana do niecznych celów. W pewnym wieku ludzie stają się bardziej wrażliwi na tym punkcie, bo przecież po pięćdziesiątce zawsze coś człowieka boli, a za niewielkie pieniądze można sobie pomóc.

Podstawową zasadą marketingu jest przekonanie człowieka, że coś jest mu niezbędne oraz że łatwo może czemuś zapobiec. Sumując powyższe przesłanki, pojawił się sposób na łatwe pieniądze. I to bardzo duże. Bardzo duży odsetek reklam poświęcony jest suplementom diety, a także lekom przeciwbólowym. Boli wielu ludzi, a że substancje czynne są te same, to się wytnie. Wystarczy napisać, że to na ból głowy, a to na zatoki, a tamto czy siamto na bóle mięśniowe dla starszych czy aktywnych. Inne cudowne preparaty zapobiegają łysieniu, inne poprawiają potencję czy też ułatwiają spokojny sen. Ludzie w to wierzą i kupują, a kasa, i to wielka, sama wpływa. Co z tego, że przyjemny głos z radia, a zwłaszcza z telewizora mówi, że zanim skonsumujesz, zapytaj lekarza czy farmaceutę. A kto ma na to czas! Można przeczytać ulotkę, ale ile osób zrozumie, co tam jest napisane? Ładnie napisane, tylko że językiem fachowym. Jeśli nie zrozumiesz – to o to właśnie chodzi.

Innym sposobem na łatwe pieniądze jest rozmowa bezpośrednia z odbiorcą. Od pewnego czasu mocno się zastanawiam nad rezygnacją z telefonu stacjonarnego. Większość moich znajomych czy lekarzy, którzy chcą się ze mną skontaktować, korzysta z mojego numeru w telefonie komórkowym. Kto więc dzwoni na stacjonarny? Najczęściej naganiacze „instytutów zdrowia”. Schemat rozmowy zawsze jest taki sam. Miły głos informuje, że blisko mojego miejsca zamieszkania mogę skorzystać z bezpłatnego badania. Mogą mi zbadać układ krążenia, stan wątroby, prostaty, kości i czego tam jeszcze. Miła pani w słuchawce zapewnia mnie, że zbadają mnie fachowcy, a badanie dosyć często poprzedzone jest wykładem człowieka z tytułem. A do tego fajne miejsce, bo znany lokal. „Instytut zdrowia” zapewni oczywiście poczęstunek. Jak człowiek coś dobrego zje, to jest bardziej spolegliwy i można mu kit wcisnąć. A ten kit ma różną postać. Badanie cudownym – najczęściej opracowanym przez NASA albo fizyków z Ameryki – aparatem, który za niewielkie pieniądze powie wszystko o stanie wnętrza albo na co nie-

długo zachorujesz. Ale samo badanie nie wystarczy. „Instytut” ma również rozwiązanie na przyszłość. Chorobę można cofnąć lub jej zapobiec. Wystarczy tylko kupić... i tu pomysłowość nie zna granic. Na przykład genialne urządzenie jonizujące, wytwarzające dobre pole magnetyczne, stymulujące fale w organizmie i czego byście jeszcze nie chcieli.

Odbiorcą najczęściej są ludzie starsi. Mając „wynik”, mogą sobie pomóc. Czasami trzeba wziąć pożyczkę, ale czego to się dla zdrowia nie robi, kiedy zachęca cię do tego osoba ubrana w biały kitel, więc chyba lekarz.

Dlaczego o tym piszę? My, lekarze, mamy tutaj dużo do zrobienia, ale tak naprawdę niewiele robimy.

Do napisania tego tekstu zachęcił mnie artykuł w lokalnej gazecie „Chodzieżanin”. Ma on tytuł „Doktor Andrzejczak: myślę, że moi pacjenci są oszukiwani”. Doktor Michał Andrzejczak – lekarz geriatra i specjalista medycyny rodzinnej – postanowił działać i to dwutorowo. Po pierwsze złożył do prokuratury doniesienie o podejrzeniu popełnienia przestępstwa przez firmę, która wciskała nieświadomym pacjentom diagnostyczne pulsoksymetry. Po drugie, choć nie mam co do tego pewności, doktor jako osoba zaufania publicznego przekonał dziennikarza, by o tym napisał i to w sposób jednoznaczny. Jak ktoś ten artykuł uważnie przeczyta, to nie da się nabrać na tych, którzy wykorzystują troskę o własne zdrowie.

Szanowny panie doktorze, serdecznie gratuluję działania i mam nadzieję, że postawa kolegi wpłynie inspirująco na innych. Leczymy też dziennikarzy, zatem skorzystajmy z okazji i zainspirujmy ich do tego, by ostrzegali łatwowiernych.

Jeśli do mnie trafiają skargi na taki „instytut”, a trafiają, bo skarżący są przekonani, że badał ich lekarz, to zawsze kieruję sprawę do właściwej prokuratury.

Innym plusem takiego działania jest brak awantur w gabinecie po takim genialnym badaniu za pomocą cudownego urządzenia, które wykryło nieistniejącą, a czasami jeszcze nieznaną tradycyjnej medycynie jednostkę chorobową. Myślę, że remedium na chęć cudownych badań może być zlecenie od czasu do czasu podstawowych badań laboratoryjnych, a zwłaszcza rozmowa profilaktyczna z pacjentem, która w sposób delikatny uświadomi mu jego łatwowierność. Na hipochondrię w odmianie karcinofobii i PET co dwa dni nie pomoże. Na szczęście tych ostatnich za dużo nie ma.

Tak na marginesie, chodzi mi po głowie myśl, że może sam się w „instytucie zdrowia” przebadam, bo stowa to nie majątek. Rozsądek jednak podpowiada, by iść do lekarza rodzinnego albo na badanie okresowe.

List do reakcji

*W. Pan dr n. med. Andrzej Baszkowski
Sekretarz Komisji Etyki NRL
Redaktor Naczelny „Biuletynu Informacyjnego WIL”*

Szanowny Panie Doktorze,
przekazuję na Pana ręce moje obserwacje związane z zachowaniem się niektórych lekarzy, którzy w trakcie specjalizacji muszą odbyć obowiązkowe, określone szkolenia, kursy, wyznaczone przez CMKP w Warszawie.

Bardzo proszę o publikację mojego listu, kierując te same pytania do Komisji Etyki NRL, jak również do koleżanek i kolegów – członków izb lekarskich. Oto opis sytuacji i związane z nimi pytania.

Sytuacja pierwsza. Od chwili rozpoczęcia wykładu minęło 30 minut, a nadal schodzą się kursanci – lekarze i trwa to do 55 minut. Czy należy po 15 minutach zamknąć salę na klucz? Czy zachowanie takie jest naganne z punktu widzenia etyki? Czy jest to przeszkadzanie słuchaczom, którzy przybyli punktualnie, nie mówiąc już o wykładowcach?

Sytuacja druga. Szkolenie trwa cztery dni. Niektórzy słuchacze przychodzą w pierwszym i ostatnim dniu, a w pozostałych są nieobecni, a na listach obecności pozostawiają jakies

zygzaki imitujące podpisy. Czy jest to zgodne z etyką lekarską? Jak należy postąpić wobec nieobecnych (małych oszustów)?

Sytuacja trzecia. W trakcie szkolenia kursanci mają piśmiennie odpowiedzieć na zadane tematy. Kilkoro z nich udaje, że wszystko jest w porządku i nie oddaje wykonanych zadań. Później jest jeszcze gorzej – zachowują się (doktorzy!!!) niegrzecznie wobec sekretarek informujących ich, że nie otrzymają zaliczenia kursu z powodu niewykonania obowiązujących prac. Czy jest to zachowanie etyczne? Jak należy postąpić wobec lekarzy, którzy nie wykonują swoich obowiązków? A jak postąpić wobec lekarzy, którzy dodatkowo zachowują się agresywnie (bądź po chamsku) wobec sekretarki?

Osobiście oceniam wyżej opisane sytuacje i lekarzy, którzy je powodowali, bardzo negatywnie i nigdy nie chciałbym trafić w ich ręce jako pacjent. Ale jeśli nie miałbym wyboru?

Bardzo proszę Komisję Etyki NRL o rozpatrzenie tych sytuacji, interpretację w KEL, a ponadto proszę o sugestię, jak należy postąpić w przypadku braku odpowiedzialności lekarza w wykonywaniu swoich obowiązków bądź chamskiego zachowania.

Z uszanowaniem
Krzysztof Tuszyński

Protecta Sp. z o.o. – specjalista w kompleksowej obsłudze prawno-finansowej lekarzy

Rozmowa z Wojciechem Łągiewką, prawnikiem, pełnomocnikiem zarządu ds. klienta strategicznego Protecta Sp. z o.o.

Protecta zaistniała w świadomości członków Wielkopolskiej Izby Lekarskiej już kilka lat temu. Proszę przypomnieć, czym zajmuje się reprezentowana przez pana spółka?

Protecta Sp. z o.o. specjalizuje się w kompleksowej obsłudze prawno-finansowej, m.in. lekarzy prowadzących praktykę w formie jednoosobowej działalności gospodarczej czy spółek, a także lekarzy pracujących na etacie. Regulacja spraw spadkowych, zabezpieczenie i dystrybucja majątku lekarza oraz ochrona funduszy to tematy, które cieszą się największym zainteresowaniem wśród lekarzy oraz lekarzy stomatologów. Od niedawna do tej listy dołączyły kredyty frankowe.

Na czym dokładnie polega państwa obsługa w zakresie regulacji spraw spadkowych?

Uregulowane sprawy majątkowe na wypadek śmierci ma ok. 10% Polaków. Większość lekarzy, których obsługujemy, nie zdaje sobie sprawy z konsekwencji prawnych oraz finansowych, jakie niesie za sobą śmierć. Dlatego stworzyliśmy nowatorski Program Asekuracji Rodziny, w ramach którego wdrażamy świadomy plan dziedziczenia wraz z pomocą prawną w zakresie przeprowadzenia procedury spadkowej. Zachęcamy również lekarzy do otwierania rejestrów, gdzie mogą zdeponować informacje o swoim majątku oraz o zobowiązaniach i wskazać osobę, której informacje te prześlemy po ich śmierci.

Wspomniał pan, że specjalizujecie się również w zabezpieczeniu i dystrybucji majątku. Czy może pan rozwinąć temat?

Oprócz regulacji spraw spadkowych zajmujemy się zabezpieczeniem majątku za życia naszych klientów. W ramach Programu Ochrony Majątku dbamy o bezpieczeństwo nieruchomości oraz pieniędzy lekarza, wdrażamy również rozwiązania pozwalające na płynne przekazanie majątku wskazanej osobie czy osobom – w ramach działań sukcesyjnych. Rozwiązania dotyczące ochrony i dystrybucji majątku cieszą się bardzo dużym zainteresowaniem.

Wiem, że lekarze mogą liczyć na państwa pomoc również w zakresie kredytów frankowych.

Owszem. Frankowicze zmagają się z niezgodnym z prawem bankowym i zasadą waloryzacji indeksowaniu przez banki zadłużenia kredytu, a co za tym idzie – z rosnącą wysokością zadłużenia. W związku z tym pomagamy odzyskać nadpłacone raty kredytów frankowych. Musimy jednak pamiętać o okresie przedawnienia. Dlatego zachęcam każdego, kto zawarł z bankiem umowę frankowego kredytu hipotecznego, do skorzystania z naszej pomocy – analizę każdej sprawy dla lekarzy zrzeszonych w WIL przeprowadzimy na nasz koszt.

Dziękuję za rozmowę i życzę dalszej owocnej współpracy z lekarzami zrzeszonymi w Wielkopolskiej Izbie Lekarskiej.

Dziękuję bardzo.

ROZMAWIAŁ: P.

Wojciech Łągiewka
tel. 604 961 730, e-mail: wojciech.lagiewka@protecta.pl

Zacmą liderem leczenia za granicą

Jest to możliwe od 15 listopada 2014 r. Otóż każdy objęty ubezpieczeniem w Polsce może się ubiegać o zwrot kosztów świadczeń opieki zdrowotnej, z których skorzystał poza jej granicami, ale wyłącznie w krajach Unii Europejskiej.

Pacjent w większości przypadków nie musi uzyskiwać zgody. A to oznacza, że nie jest obowiązany do informowania Narodowego Funduszu Zdrowia ani innych instytucji o wyjeździe za granicę, aby tam planowo się leczyć. Są jednakże sytuacje, gdy „warunkiem zwrotu przez NFZ kosztów świadczenia zrealizowanego w ramach transgranicznej opieki zdrowotnej jest uzyskanie wcześniejszej zgody Funduszu. Precyzyjnie są one określone w rozporządzeniu ministra zdrowia w sprawie ustalenia wykazu świadczeń opieki zdrowotnej wymagających uprzedniej zgody dyrektora oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia”. Procedura unijna stanowi, że pacjent płaci za leczenie, a krajowy płatnik (u nas – NFZ) refunduje mu taką kwotę, jaką musiałby przeznaczyć na nie w swoim kraju. Trzeba jednakże pamiętać o dwóch ważnych zasadach. Otóż NFZ zwróci koszty tylko tych świadczeń opieki zdrowotnej, które ujęte są w tzw. koszykach świadczeń gwarantowanych, wymienionych w rozporządzeniach ministra zdrowia. Z kolei, jeżeli w Polsce dane świadczenie objęte jest wymogiem posiadania skierowania lub zlecenia, to ich posiadanie jest jednym z warunków uzyskania zwrotu kosztów świadczenia udzielonego w innym państwie członkowskim UE.

W większości wypadków powodem podejmowania leczenia za granicą jest zbyt długi czas oczekiwania na świadczenie. Jak informuje Sylwia Wądrzyk, rzecznik Narodowego Funduszu Zdrowia (Katarzyna

Lisowska, „Kiedy podróże wychodzą na zdrowie” – www.interia.pl), z danych przekazanych przez oddziały wojewódzkie NFZ (stan na 13 stycznia 2017 r.) wynika, że w latach 2015–2016 wpłynęło 15 506 wniosków o zwrot kosztów leczenia (w sumie 48 975 982,19 zł) w ramach dyrektywy transgranicznej. W 2015 r. złożono 4874 wnioski opiewające na 17 742 247,93 zł; a w 2016 r. – 10 632 na kwotę 31 233 734,26 zł. Dotyczyły przede wszystkim świadczeń usunięcia ząbny – 14 164 wnioski, czyli 91,35% nadesłanych.

Sylwia Wądrzyk zwraca też uwagę, że w ostatnich dwóch latach dyrektorzy oddziałów wojewódzkich NFZ wydali 12 487 decyzji w tej kwestii: 12 361 (98,99%) było pozytywnych, przyznających zwrot kosztów. – *Wartość odnotowanych kosztów za 2015 r. – przyznających pacjentom zwrot kosztów świadczeń udzielonych w ramach transgranicznej opieki zdrowotnej – wyniosła 8 442 015,23 zł. Z kolei od 1 stycznia do 31 października 2016 r. NFZ wydał na ten cel 13 744 200,64 zł* – podsumowuje rzecznik NFZ.

Jak na tle kraju prezentuje się Wielkopolska? Z danych przekazanych przez Magdalenę Rozumek, p.o. rzecznika prasowego Wielkopolskiego Oddziału Wojewódzkiego NFZ, wynika, że od 15 listopada 2014 r. złożonych zostało 276 wniosków o zwrot kosztów leczenia na podstawie art. 42b ustawy o świadczeniach. Udzielono 154 zgody, a kwota zwrócona wynosi 490 544,49 zł. Przykładowe świadczenia dotyczą operacji usunięcia ząbny, innych operacji, kon-



sultacji specjalistycznych, leków, zaopatrzenia medycznego, transportu medycznego, rehabilitacji i uzdrowisk. Liczba odmów wyniosła w tym samym okresie 11, a przyczynami były brak uprzedniej zgody dyrektora oddziału NFZ w wypadku świadczeń tego wymagających, wniosek złożony po terminie (6 miesięcy od daty wystawienia rachunku), wniosek o zwrot kosztów za świadczenia niespełniające wymogów ustawy. W grupie pozostałe (111) widnieją następujące rozstrzygnięcia: bez rozpoznania ze względu na nieusunięcie braków formalnych przez wnioskodawcę, odmowa wszczęcia postępowania, odesłanie do innego oddziału NFZ zgodnie z właściwością, sprawy w toku (34).

Jeśli chodzi o sprawy, w których wypadku zakończono postępowanie dotyczące zwrotu kosztów świadczeń udzielonych na podstawie art. 42b ustawy o świadczeniach, wielkopolska statystyka jest następująca: decyzja pozytywna w sprawie zwrotu kosztów – 119, decyzja o odmowie zwrotu kosztów – 9, decyzja o umorzeniu postępowania – 1, pozostawienie sprawy bez rozpoznania – 43, postanowienie o odmowie wszczęcia postępowania – 2, odesłanie do właściwego OW NFZ – 1. (AP)

INFORMACJA O PRACY BIUR WIL W OKRESIE WAKACYJNYM

Informujemy, że w okresie wakacyjnym tj. od 3 lipca do 1 września 2017 r.

biuro Wielkopolskiej Izby Lekarskiej w Poznaniu będzie czynne w godzinach 8.00–16.00.

Szczegółowe informacje o pracy delegatur dostępne będą na stronie internetowej www.wil.org.pl.

Papierowe zwolnienia jeszcze do połowy 2018 r.

W lutym 2017 r. Rada Ministrów przyjęła projekt ustawy o zmianie ustawy o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa. Został on przedłożony przez ministra rodziny, pracy i polityki społecznej. Zakładał on, że od 1 stycznia 2018 r. zwolnienia lekarskie będzie można wystawiać wyłącznie w formie elektronicznej.

Posłowie zdecydowali inaczej: zwolnienia w formie papierowej będą stosowane jeszcze do połowy 2018 r. Przypomnijmy: elektroniczne wystawiane są już od początku 2016 r. Do tej pory tę formę stosuje niewielu lekarzy. Według Ministerstwa Rodziny i Pracy, jest to mniej niż 3% z 23 tys. uprawnionych do wystawiania zaświadczeń o niezdolności do pracy. Aktualnie taki dokument sygnowany jest kwalifikowanym podpisem elektronicznym lub podpisem potwierdzonym profilem zaufanym ePUAP za pośrednictwem systemu teleinformatycznego ZUS. Pierwszy z nich ma tę

wadę, że jest płatny. Drugi, choć bezpłatny, też obciążony jest wadą – czasochłonności i komplikacji w obsłudze.

Znowelizowana ustawa przewiduje uwierzytelnianie podpisu z zastosowaniem Platformy Usług Elektronicznych ZUS. Ta czynność ma być po pierwsze – bezpłatna, po drugie – prostsza. Będzie ona wykorzystywana także do wystawiania elektronicznych zaświadczeń lekarzy orzeczników ZUS w przypadku braku przeciwskażeń do pracy na konkretnym stanowisku oraz wniosków dotyczących przyznania i wypłaty zasiłku chorobowego.

W trakcie prac parlamentarnych wiceminister rodziny i pracy Marcin Zieleniecki – jak czytamy na stronie www.polskieradio.pl – stwierdził, że „w Polsce przeważa liczba krótkookresowych zwolnień lekarskich. Jeśli są one wystawiane w wersji papierowej, ZUS nie jest w stanie dokonać kontroli prawidłowości ich wystawienia. By ZUS miał czas wezwać ubezpieczonego do lekarza orzecznika, musi mieć szybki dostęp do informacji o wystawionym zwolnieniu, a taki dostęp zapewnia właśnie zwolnienie wystawione w formie elektronicznej”.

(PIK)

Mentor 2017

1 kwietnia 2017 r. w Centrum Kongresowo-Dydaktycznym Uniwersytetu Medycznego w Poznaniu odbyły się obrady XXXIX Okręgowego Zjazdu Lekarzy Wielkopolskiej Izby Lekarskiej. Był to ostatni zjazd VII kadencji.

W tym dniu po raz kolejny Komisja ds. Młodych Lekarzy Wielkopolskiej Izby Lekarskiej przyznała specjalne odznaczenie – statuetkę Mentora. Jest to wyróżnienie dla naszych nauczycieli, którzy przysłużyli się edukacji i kształtowaniu postaw młodych lekarzy z Wielkopolski. W tym roku nagrodę otrzymała dr Barbara Wawrzyniak, specjalista medycyny rodzinnej i pediatrii z przychodni „Zatorze” w Koninie. Kapituła ds. Odznaczeń WIL urzeczona została uzasadnieniem zgłoszenia kandydatki. – *Podczas stażu podyplomowego z zakresu medycyny rodzinnej miałam możliwość doświadczenia codziennej pracy lekarza rodzinnego pod okiem pani doktor. Z ogromną wyrozumiałością i życzliwością dzieliła się swoją wiedzą i doświadczeniem. Widziałam, jak zaangażowanie i konsekwencja w leczeniu i edukowaniu pacjentów pozwalają osiągnąć satysfakcjonujące efekty pracy. Postawa doktor, charyzma i chęć niesienia pomocy każdemu pacjentowi jest dla mnie niedoścignionym autorytetem – takimi słowami opisuje dr Barbarę Wawrzyniak młoda lekarka, która miała okazję pracować pod okiem swojego mentora.*

Jeszcze raz serdecznie gratulujemy!

DR N. MED. BARTOSZ URBAŃSKI
PRZEWODNICZĄCY KOMISJI DS. MŁODYCH LEKARZY WIL



O czym milczy Ministerstwo Zdrowia w sprawie szpitali klinicznych

Niepokojąca cisza

Głośno jest o sieci szpitali, lekarzach POZ, ratownikach i pielęgniarce. Obecne kierownictwo resortu zdrowia podjęło wiele tematów, pochyliło się nad wieloma sprawami od lat czekającymi na załatwienie. Ale gdy chodzi o szpitale kliniczne – zastanawiające milczenie. Skąd się ono bierze?

Wielokrotne próby stworzenia jasnych przepisów dla tego typu jednostek nie przyniosły rezultatu. I trudno odpowiedzieć na pytanie, dlaczego. Założenia pisali eksperci w ministerstwie, rektorzy uczelni medycznych, a także sami dyrektorzy, ale niestety nigdy nie doczekały się one publikacji. Zastanawiające jest tylko, z czego to wynika.

Oczekiwania a rzeczywistość

Szpitale kliniczne na całym świecie mają zdefiniowaną rolę i określone zadania. Za ich wykonanie otrzymują wynagrodzenie z różnych źródeł, głównie

od instytucji, które są zainteresowane zlecaniem szpitalowi klinicznemu innych zadań niż samo leczenie chorych.

W Polsce mamy odmienne realia. Szpitale kliniczne, będące kluczowym elementem systemu zabezpieczenia medycznego kraju, działają na zasadach samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej, dla których organem tworzącym jest uczelnia medyczna. Uczelnie natomiast, będąc jednostkami budżetowymi, nie dysponują środkami i nie czują się odpowiedzialne za realizowane przez szpital zadania i ich finansowanie. Oczekują od głównego płatnika, czyli NFZ, i ministerstwa sfi-

ansowania potrzeb szpitala. I nie doczekują się.

Wyjść naprzeciw

Teoretycznie wszyscy wiedzą, że nie ma nic za darmo, a jednak w praktyce oczekują takiego działania. Wydawałoby się zatem, że wyjściem naprzeciw oczekiwaniom dyrektorów szpitali i rektorów uczelni medycznych będzie ustawowe określenie funkcjonowania oraz finansowania tych podmiotów. Szpital kliniczny jest to bowiem wyłącznie podmiot leczniczy, dla którego podmiotem tworzącym jest uczelnia medyczna, wykonujący działalność leczniczą polega-



jąca na udzielaniu świadczeń zdrowotnych i promocji zdrowia w powiązaniu z realizacją zadań dydaktycznych i badawczych prowadzonych przez uczelnię medyczną, w tym w szczególności z kształceniem przed- i podyplomowym w zawodach medycznych oraz wdrażaniem nowych technologii medycznych i metod leczenia. I jako taki powinien być finansowany.

Potrzebne zmiany

Wszystkie te obszary angażują personel, zasoby i pieniądze, ale niestety nie zostały wkalkulowane w realizację procedur medycznych. Ponadto co roku niepewność co do zapłaty za wykonane świadczenia ponad limit umowy destabilizuje finanse szpitali, często uniemożliwiając stworzenie racjonalnego planu rozwojowego jednostki. W poszczególnych kategoriach występuje szereg barier, które w mojej ocenie wymagają pilnych zmian:

1) prawne – nieuregulowane:

- zatrudnianie nauczycieli akademickich i ich dostęp do danych pacjenta,
- zmiana formy prawnej – z zabezpieczeniem uczelni, finansów, pacjen-

Zadania dydaktyczne i badawcze, wdrażanie nowych technologii medycznych oraz metod leczenia – wszystkie te obszary angażują personel, zasoby i pieniądze, ale nie zostały wkalkulowane w realizację procedur medycznych.

tów i wierzycieli oraz z określeniem zasad, na podstawie których byłyby podejmowane te decyzje,

- możliwość komercyjnego wykorzystania wolnego potencjału szpitala i nielimitowanie świadczeń zdrowotnych, wyłączenie z konkursów, gwarancja kontraktu,
 - wprowadzenie stopni referencyjności szpitali, określenie wymogów oraz uprawnień dla nich,
 - ustalenie, kto i w jakim zakresie wpływa na zarządzanie – minister zdrowia, minister szkolnictwa wyższego, minister skarbu lub inne organy,
 - stanowiska, wynagrodzenia, kwalifikacje i wymogi jasno zdefiniowane, bez ingerencji zewnętrznej;
- #### 2) finansowe – nieuregulowane:
- wyceny usług zdrowotnych winny być wyższe – adekwatnie do pozio-

mu referencyjnego i rzeczywistych kosztów wykonanych świadczeń w oparciu o standard,

- brak planowego źródła finansowania zakupów aparatury i sprzętu medycznego, remontów i inwestycji,
 - brak źródła i sposobu finansowania dydaktyki na terenie szpitala;
- #### 3) podatkowe – do zmiany:
- wskaźnik do naliczania PFRON w szpitalach należy obniżyć przynajmniej do takiego poziomu jak na uczelniach,
 - VAT i PDOP – zwolnienia lub preferencje,
 - odpady – ustalić maksymalny poziom lub wprowadzić stawki preferencyjne,
 - podatek od nieruchomości – zwolnić z opłat.

Pora się tym zająć

Dotychczasowe doświadczenia wskazują, że jedną z najtrudniejszych do rozwiązania kwestii w procesie zmian ochrony zdrowia jest reforma szpitali uniwersyteckich. Trudności te wynikają zarówno z wielkości tego typu szpitali, jak i z wielodyscyplinarnego charakteru

ich działalności. Dodatkowo sytuację komplikuje fakt, że różnorodność i liczba szpitali klinicznych w poszczególnych województwach jest zmienna. Pracują w nich wybitni specjaliści realizujący projekty badawcze i naukowe, a także określony proces dydaktyczny. Brak wyznaczonej ścieżki prawnej oraz spójnego i kompleksowego systemu finansowania szpitali uniwersyteckich powoduje często niski poziom ekonomicznej efektywności i brak możliwości połączenia wszystkich zadań w harmonijną całość.

EWA KSIĄŻEK-BATOR
AUTORKA JEST CZŁONKIEM ZARZĄDU
POLSKIEJ FEDERACJI SZPITALI.
PRZEZ WIELE LAT KIEROWAŁA
UNIWEKSYTECKIM CENTRUM KLINICZNYM
W GDAŃSKU

Aktualizacja danych w systemie numeracji recept

Wydział Gospodarki Lekami Wielkopolskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia uprzejmie przypomina członkom i członkiniom Wielkopolskiej Izby Lekarskiej, że zgodnie z Zarządzeniem nr 80/2016 prezesa NFZ w sprawie trybu i sposobu postępowania dotyczącego nadawania osobom uprawnionym unikalnych numerów identyfikujących recepty, umowy na wystawianie recept refundowanych wygasły z dniem 31 grudnia 2016 r. Aby utrzymać uprawnienie do pobierania numerów recept na leki refundowane po wygaśnięciu umowy, przysługujące na podstawie numeru prawa wykonywania zawodu, należy w Systemie Numerowania Recept Lekarskich – SNRL/PORTAL PERSONELU dokonać aktualizacji danych – poprzez wypełnienie i przekazanie do WOW NFZ wersji elektronicznej wniosku o aktualizację danych, a następnie po jego zatwierdzeniu przez WOW, wygenerowaniu i przekazaniu wersji elektronicznej oraz papierowej wniosku o utrzymanie uprawnień po wygaśnięciu umowy. Analiza liczby wniosków o utrzymanie uprawnień, które dotychczas wpłynęły do WOW NFZ, wykazała, że na 10 070 umów indywidualnych uprawniających do pobierania numerów recept jedynie 4300 lekarzy potwierdziło swoje uprawnienia, w systemie istnieje 609 wniosków w wersji elektronicznej przesłanych w 2016 r., a niepotwierdzonych podpisaną wersją papierową. Przypominamy, że nieprzesłanie wersji papierowej wniosku o utrzymanie uprawnień do 30 czerwca 2017 r. spowoduje brak możliwości pobierania numerów recept.

Z POWAŻANIEM
HANNA PHILIPS
WOW NFZ

Z medycznej wokandy

Rozpoznanie: R54

Choć potocznie mówi się, że starość Panu Bogu się nie udała, to nie oznacza, że osiągnięcie określonego, poważnego wieku wiąże się wyłącznie z negatywnymi doświadczeniami. W piśmiennictwie można odnaleźć pogląd, że starość może być postrzegana w co najmniej trzech różnych aspektach tzn. biologicznym, psychicznym i społecznym.

Zuwagi na zjawisko tzw. starzenia się społeczeństwa, co jest niewątpliwie dowodem na sukcesy medycyny, bo oznacza przecież wydłużenie życia całej populacji, nie może budzić zdziwienia zainteresowanie tą problematyką różnych dziedzin nauki i to nie tylko medycznych i biologicznych, ale także nauk społecznych a nawet nauk humanistycznych. Co istotne od lat siedemdziesiątych XX w. funkcjonuje Polskie Towarzystwo Gerontologiczne, a w wielu jednostkach naukowych tworzy się jednostki koncentrujące swoje badania właśnie na tej problematyce. Tym niemniej nie zawsze i nie wszyscy potrafią zaakceptować „chorobę peselową”, zwłaszcza gdy usilnie i na wszelkie sposoby, także za pomocą skalpela chirurga plastycznego, próbuje się walczyć z upływem czasu. W takich przypadkach rozpoznanie starość ustalone przez lekarza może być odczytane jako naruszenie dóbr osobistych pacjentów, a zwłaszcza pacjentek, tak jak to było w jednej ze spraw, która niedawno miała finał przed Naczelnym Sądem Lekarskim. Otóż w sprawie o sygnaturze NSL. Rep132/OWU/16 w jednej z izb lekarskich pani doktor postawiono kilka zarzutów w związku z jej wizytą u pacjentki wraz z zespołem pogotowia ratunkowego. Zarzuty dotyczyły po pierwsze nieprawidłowo – zdaniem Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej – przeprowadzonego badania lekarskiego, po drugie nieetycznego w stosunku do rodziny chorej zachowania, a wreszcie – i tu docieramy do naszego głównego problemu tu opisywanego – lekarz rozpoznała u chorej „starość”, co mogło rzekomo naruszyć



JERZY SOWIŃSKI



JĘDRZEJ SKRZYPCZAK

dobra osobiste pacjentki. Dodajmy, że wzywająca pomocy obchodziła niedawno 75. urodziny, czuła się dotychczas doskonale, a kontakt z lekarzami dotyczył głównie jednej, wyżej wspomnianej specjalności. Jak wszyscy przyznawali, w tym przypadku chirurdzy plastyczni mogli pochwalić się dużymi sukcesami. Być może właśnie z tego powodu Rzecznik powyższe czyny zakwalifikował jako przewinienia zawodowe naruszające m.in. art. 8 i art. 19 Kodeksu etyki lekarskiej. Trzeba też tu uczciwie przyznać, że spór co do rozpoznania starość był tylko jednym z powodów dla którego wystosowano skargę do OROZ. Zapewne, gdyby wizyta przebiegła w miłej i przyjaznej atmosferze, łatwiej byłoby się pacjentce pogodzić z tym rozpoznaniem. Ale niestety nie przebiegła według takiego scenariusza. Przypomnijmy, iż zgodnie z tym pierwszym przepisem „lekarz powinien przeprowadzać wszelkie postępowanie diagnostyczne, lecznicze i zapobiegawcze z należytą starannością, poświęcając im niezbędny czas”. Z kolei zgodnie z treścią art. 19 KEL „chory w trakcie leczenia ma prawo do korzystania z opieki rodziny lub przyjaciół a także do kontaktów z duchownym. Lekarz powinien odnosić się ze zrozumieniem do osób bliskich choremu

wyrażających wobec lekarza obawy o zdrowie i życie chorego”.

Okręgowy Sąd Lekarski nie podzielił jednak argumentacji Rzecznika i uniewinnił obwinioną od wszystkich powyższych zarzutów. Odwołanie od powyższego orzeczenia złożył autor wniosku o ukaranie, tj. Okręgowy Rzecznik Odpowiedzialności Zawodowej, który nie zgodził się z argumentacją, a zwłaszcza z decyzją sądu I instancji.

Zdaniem Naczelnego Sądu Lekarskiego, który analizował tę sprawę, odwołanie nie było jednak zasadne. Jak podkreślono w uzasadnieniu uzasadnienia NSL, ustalenia Okręgowego Sądu Lekarskiego dotyczące stanu faktycznego zostały oparte na zeznaniach pokrzywdzonego, wyjaśnieniach obwinionej, zeznaniach przesłuchanych w sprawie świadków oraz dokumentacji medycznej. Wyjaśnienia składane przez obwinioną odnośnie do przeprowadzonego badania lekarskiego były logiczne, spójne oraz znalazły swoje potwierdzenie w dokumentacji medycznej. W odniesieniu do zarzutu ustalenia rozpoznania „starość”, NSL stwierdził, że zgodnie z tym, co ustalił sąd I instancji, rozpoznanie „starość” jest zawarte w Międzynarodowej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD-10 pod numerem R54. Dlatego też trudno, mimo subiektywnie negatywnego odbioru przez pacjentkę, uznać takie działania lekarza za niezgodne z obowiązującymi przepisami.

Dodatkowo NSL podkreślił, że działania podejmowane przez lekarza Zespołu Ratownictwa Medycznego powinny wynikać z zadań jakie stawiane są „systemowi” ratownictwa w celu zapewnienia pomocy każdej osobie znajdującej się w stanie nagłego zagrożenia zdrowia zgodnie z ustawą z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym. Działania lekarza Zespołu Ratownictwa Medycznego powinny obejmować w pierwszej kolejności wykrycie symptomów świadczą-

cych o nagłym zagrożeniu zdrowia i natychmiastowym podjęciu odpowiednich czynności ratowniczych. W przypadku gdy osoba znajduje się w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego transportuje ją do najbliższego pod względem dotarcia szpitalnego oddziału ratunkowego lub szpitala wskazanego przez dyspozytora medycznego lub lekarza koordynatora medycznego. Ponadto w świetle obowiązujących przepisów i norm deontologicznych w trakcie badania każdego pacjenta lekarz opiera się przede wszystkim na informacjach i wiedzy o samym pacjencie, którymi dysponuje w chwili badania, a także na podstawie dokumentacji medycznej oraz wywiadu od osób będących świadkami zdarzenia. Z ustaleń poczynionych przez sąd I instancji wynikało natomiast, że postawa pokrzywdzonej wobec zespołu pogotowia ratunkowego przez cały czas była negatywna. Pokrzywdzona nie współpracowała z obwinioną podczas badania pokrzywdzonej oraz nie udostępniła jej posiadanej dokumentacji medycznej, co znacznie utrudniło obwinionej prawidłową ocenę stanu pacjentki. Odnośnie do ustaleń poczynionych przez biegłego specjalistę w zakresie badania przeprowadzonego przez obwinioną wskazać należy, że zdaniem sądu biegły (dodajmy, że opinia biegłego była dla obwinionej mało przychylna) w swojej opinii nie uwzględnił trudności, jakie często napotyka lekarz pogotowia, co miało miejsce również w tym przypadku. Na szczególną uwagę zasługiwał brak współpracy na linii lekarz – pokrzywdzona, w tym na nieprzekazanie posiadanej dokumentacji medycznej oraz nieprzekazanie rzetelnych informacji o pokrzywdzonej. Dokonana natomiast ocena jest oparta z uwzględnieniem sytuacji, gdy diagnoza była już postawiona i potwierdzona z uwzględnieniem okoliczności, którymi obwiniona nie dysponowała w chwili badania. Odnosząc się natomiast do zarzutu nieetycznego zachowania w stosunku do rodziny chorej, Naczelny Sąd Lekarski podzielił pogląd sądu I instancji, że jedyną bezsprzeczną kwestią był fakt wystąpienia dyskusji pomiędzy obwinioną a pokrzywdzonym. W sprawie tej nie było natomiast żadnych dowodów ani świadków, którzy potwierdziliby sam przebieg tej rozmowy. Zgodnie zatem z art. 61 ust 2 wszelkie wątpliwości, których w postępowaniu w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej lekarzy nie da się usunąć, należy tłumaczyć na korzyść obwinionego. Stąd też taki werdykt NSL. Dla lekarza cała sprawa skończyła się w zasadzie pozytywnie, tj. uniewinnieniem. Choć oczywiście trwający wiele miesięcy proces sądowy z pewnością nie był niczym przyjemnym. I trudno nie oprzeć się wrażeniu, że cała ta sprawa była skutkiem złych emocji albo problemów komunikacyjnych. Subiektywne przekonanie o naruszenie dóbr osobistych nie stanowi o bezprawności działania. A rozpoznanie R54 było tu tylko pretekstem, choć nie można zapominać, że wniosek o ukaranie do sądu lekarskiego wnosi nie pokrzywdzony tylko rzecznik odpowiedzialności zawodowej. Choć niekiedy w sytuacji „szczególnego napięcia emocjonalnego” jednej ze stron rzeczniczy wola, aby werdykt wydał trzyosobowy skład sądu lekarskiego, niż podejmować decyzję jednoosobową o umorzeniu postępowania przez OROZ.

Głośniej o *opt-out*

Kilka tygodni temu media informowały o proteście lekarzy z kilku oddziałów Szpitala Wojewódzkiego w Lublinie. Zdecydowanym głosem powiedzieli oni: w tygodniu nie chcemy pracować więcej niż 48 godzin. Zdaniem dyrektora to praktyka, która zmierza do wymuszenia podwyżek.

Cchodzi o klauzulę *opt-out* – czytamy na stronie www.dziennikwschodni.pl. „Lekarz, który ją wypowie, nie może pracować więcej niż 48 godzin tygodniowo. Oznacza to, że nie może wziąć więcej niż trzy dyżury miesięcznie. – Lekarze wypowiadają klauzulę, bo są sfrustrowani. Atmosfera w naszym szpitalu jest bardzo napięta. Dotyczy to pięciu oddziałów: gastroenterologii, pediatrii, chirurgii, neurologii, nefrologii – mówi nam neurolog ze Szpitala Wojewódzkiego, który chce pozostać anonimowy”.

Przez klauzulę *opt-out* rozumie się pisemne, indywidualne i dobrowolne oświadczenie pracownika dyżurującego (najczęściej dotyczy to lekarza) o wyrażeniu zgody na pracę w wymiarze przekraczającym przeciętnie 48 godzin na tydzień w przyjętym okresie rozliczeniowym.

Przy tej okazji warto przypomnieć dyrektywę Unii Europejskiej dotyczącą bezpieczeństwa pacjentów i lekarzy. Stanowi ona, aby ci ostatni nie pracowali dłużej niż 48 godzin w tygodniu. Tymczasem, według różnych danych, u nas ten czas często wynosi 70–80 godzin, a nawet i więcej. Z kolei wyrok Trybunału Sprawiedliwości UE zobowiązuje kraje członkowskie do przestrzegania zasady, aby pracownik medyczny nie pracował 24 godziny bez przerwy lub dłużej.

Te przepisy dotyczą zatrudnionych na podstawie umowy o pracę, jednakże lekarz, który podpisze klauzulę *opt-out*, może pracować dłużej. Obecnie często dobową normą pracy lekarza przekracza 7 godzin i 35 minut. Nie ma natomiast regulacji stanowiących o maksymalnej długości czasu pracy lekarza zatrudnionego na podstawie umowy cywilnoprawnej.

Według „Dziennika Gazety Prawnej”, coraz więcej medyków wypowiada klauzulę *opt-out*, która pozwala pracować dłużej od obowiązujących norm. Szefowie szpitali nie mają wyjścia: muszą dać podwyżki albo znaleźć personel. „Problem dotyczy już przynajmniej kilkunastu szpitali. Akcję rozkręcają głównie młodzi lekarze w czasie specjalizacji, ale włączają się w nią też ci w starszym wieku. Rezydenci w internecie organizują grupy chętnych do wypowiedzenia oświadczeń o zgodzie na ponadlimitową pracę, doradzają sobie, jak zachęcić do akcji więcej osób, opisują reakcje swoich szefów. Chcą działać masowo, by trudniej ich było zastąpić. Liczą też, że wtedy kwestia niskich zarobków lekarzy zainteresuje polityków i opinię publiczną. Przygotowany przez resort zdrowia projekt podniesienia najniższych płac (choć stawki nie były dla lekarzy satysfakcjonujące) zamrożono – na razie nie wiadomo, skąd wziąć na nie pieniądze” – pisze red. Aleksandra Kurowska.

Eksperti szacują, że gdyby z dnia na dzień wszyscy lekarze wypowiedzieli klauzulę *opt-out*, kolejki do nich wydłużyłyby się dwukrotnie.

Dawka informacji

Dziesiątki, setki, tysiące informacji. Docierają do nas różnymi drogami. Coraz szybciej, przez całą dobę. Informacje zwyczajne, ważne, z ostatniej chwili. Fascynujące, nieprawdopodobne, sensacyjne. Głównym składnikiem dawki informacji są fragmenty wiadomości rzeczowych.

Prośba o przywrócenie terminu

Prezes Naczelnej Rady Lekarskiej Maciej Hamankiewicz wystosował do ministra zdrowia Konstantego Radziwiłła pismo następującej treści: „Wobec słusznych, moim zdaniem, protestów studentów medycyny i młodych lekarzy w związku z informacją, którą zamieszczono na stronach MZ i CEM o zmianie w systemie SMK daty zamknięcia składania w obecnej sesji wniosku o zdawanie LEK i LDEK z 15 lipca na 30 czerwca, zwracam się z prośbą o przywrócenie poprzednio obowiązującego terminu, tj. 15 lipca.

Pragnę zauważyć, że w wielu uczelniach medycznych ostatni egzamin dla studentów jest organizowany w ostatnich dniach czerwca lub nawet na początku lipca. Zatem wprowadzenie zmiany spowoduje, że tegoroczni absolwenci niektórych uczelni nie będą w stanie złożyć w CEM zaświadczeń z OIL o wpisaniu do rejestru i nie będą mogli przystąpić do LEK i LDEK na jesieni. Wywołuje to protesty studentów ostatniego roku medycyny i stomatologii. Konsekwencją wprowadzenia wymienionej zmiany terminu może być niewielka liczba przystępujących do LEK i LDEK w sesji jesiennej 2017 r. Moim zdaniem nie należy zmieniać zasad w sposób utrudniający spełnienie wymogów, ponieważ stwarza to uzasadnione wrażenie, że informatyzacja systemu kształcenia lekarzy zamiast ułatwiać, raczej skomplikuje i utrudni ten proces”.

WWW.NIL.ORG.PL

Unijne wsparcie

Centra urazowe w Warszawie, Łodzi, Poznaniu i Rzeszowie otrzymają dofinansowanie na doposażenie w sprzęt medyczny. Unijne wsparcie inwestycji wyniesie 6,7 mln zł. Decyzję o przyznaniu dofinansowania podjął minister zdrowia 12 kwietnia 2017 r. Szpitale złożyły wnioski w naborze pozakonkursowym na modernizację istniejących centrów ura-

zowych. Wnioski przeszły pomyślnie ocenę merytoryczną I i II stopnia. Inwestycje zrealizują Wojskowy Instytut Medyczny w Warszawie, Szpital Specjalistyczny im. Kopernika w Łodzi, Wielospecjalistyczny Szpital Miejski im. Józefa Strusia z Zakładem Opiekuńczo-Lecznym Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Poznaniu i Kliniczny Szpital Wojewódzki nr 2 w Rzeszowie.

Przypominamy, że do centrów urazowych trafiają najczęściej poszkodowani w wypadkach komunikacyjnych. Istotą centrów jest szybka diagnostyka i leczenie na bardzo wysokim poziomie z zakresu kilku specjalizacji równocześnie.

WWW.MZ.GOV.PL

W wieku od 16 do 60 lat

Kilkanaście osób z powodu zarażenia wirusem HAV, odpowiedzialnym za wirusowe zapalenie wątroby typu A, trafiło do szpitali w Kaliszu, Koninie i Poznaniu. – Osoby zarażone tym wirusem przebywają na specjalistycznych oddziałach chorób zakaźnych i są pod stałą opieką lekarzy. Natomiast kilkaset osób jest objętych nadzorem epidemiologicznym – wyjaśnia Andrzej Trybusz, dyrektor Wojewódzkiej Stacji Sanitarno-Epidemiologicznej w Poznaniu. Ostatni

potwierdzony przypadek odnotowano 15 kwietnia. Są to osoby przede wszystkim pracujące przy produkcji lub dystrybucji żywności. Najmłodszy chory ma 16 lat, najstarszy 60.

MICHAŁ JUREK

WWW.GLOSZWIWELKOPOLSKI.PL

Potrzebne działania systemowe

Każdego dnia z powodu nowotworu jelita grubego umiera w Polsce aż 28 osób. Z danych Krajowego Rejestru Nowotworów wynika, że liczba zachorowań na nowotwory złośliwe jelita grubego w Polsce wynosi co roku 17 tys. Polska ma najwyższą dynamikę liczby zachorowań na raka jelita grubego w całej Europie. Oznacza to, że skala zachorowalności i, niestety, umieralności z powodu nowotworu jelita grubego nieustannie wykazuje tendencję wzrostową. Liczba zgonów u pacjentów, zwłaszcza mężczyzn, jest o wiele wyższa niż w krajach Europy Zachodniej i Północnej, gdzie współczynnik umieralności na ten typ nowotworu od wielu lat ma tendencję malejącą.

– Fundacja Wygramy Zdrowie wraz z Polską Koalicją Pacjentów Onkologicznych we współpracy z ekspertami ochrony zdrowia i autorytetami medycznymi, m.in. prof. nadzw. dr. hab. n. med. Lucjanem Wyrwiczem oraz dr. Jerzym Gryglewiczem, w raporcie na temat sytuacji pacjenta z nowotworem jelita grubego w Polsce apeluje o podjęcie wielokierunkowych działań systemowych, które przyniosłyby efekt w postaci zmniejszenia



Andrzej Piechocki

szenia liczby zachorowań, spadku śmiertelności i poprawy przeżyć 5-letnich. Postulaty dotyczą kluczowych aspektów organizacji profilaktyki i leczenia nowotworu jelita grubego – komentuje Szymon Chrostowski, Prezes Polskiej Koalicji Pacjentów Onkologicznych.

WWW.PKOPO.PL

Symboliczne podziękowania

W Concordia Design odbyła się uroczysta gala podsumowująca działania w projekcie Wielkopolska Onkologia. Wraz z końcem kwietnia zakończył się projekt Wielkopolska Onkologia, który przez ostatnie cztery lata pozwolił przebadać rzesze pacjentów, a personel wzbogacił o dodatkową wiedzę i nowe możliwości sprzętowe. Podczas uroczystej gali podsumowującej projekt wręczano symboliczne podziękowania osobom zaangażowanym w jego realizację, współpracownikom i instytucjom wspierającym zespół projektowy we wszystkich jego działaniach. Dziękowano również Ministerstwu Zdrowia oraz darczyńcom z Norwegii, którzy zapewnił niezbędne finansowanie.

WWW.SK1.AM.POZNAN.PL

Decydować będzie orzecznik

Resort zdrowia pracuje nad zmianą w rekompensatach dla źle leczonych pacjentów. Na razie urzędnicy zmodyfikowali istniejący system wypłat za błędy medyczne. Nieskutecznie. Ofiary zdarzeń medycznych będą dostawać odszkodowania: od 1,5 tys. do 300 tys. zł. Resort zdrowia ma gotowy projekt, choć na razie leży on w ministerialnej zamrażarce.

Nieważne, czy doszło do błędu medycznego, czy powód był inny – jeżeli pacjent doznał uszczerbku na zdrowiu podczas pobytu w szpitalu, będzie miał prawo ubiegać się o odszkodowanie. Wypłacane ono ma być z funduszu wypadkowego, na który złożą się placówki, budżet państwa i Narodowy Fundusz Zdrowia. W pierwszym roku działalności fundusz dysponować ma 400–500 mln zł. I niewykluczone, że kwota ta będzie rosła. Pierwotnie mówiło się nawet o miliardzie złotych rocznie.

O tym, czy pacjent ma prawo otrzymać rekompensatę, decydować będzie przeszkolony orzecznik (najprawdopodobniej lekarz) zasiadający w specjalnej komi-

sji. Kwota wypłacanego odszkodowania byłaby zależna od poziomu uszczerbku na zdrowiu. Za najmniejsze uszkodzenie, 2–20% ciała, pacjent dostałby 1,5–2 tys. zł. W razie jego śmierci rodzina mogłaby liczyć na 300 tys. zł.

KLARA KLINGEL

WWW.GAZETAPRAWNA.PL

Jak i kogo dotyczy

W poznańskim NFZ oraz w delegaturach w Kaliszu, Koninie, Lesznie i Pile wszyscy zainteresowani dokonaniem wstecznego ubezpieczenia mogli otrzymać potrzebne informacje na temat tej możliwości, jaką dają znowelizowane przepisy. Odwiedzający pytali m.in. o sposób dokonywania wstecznego ubezpieczenia i kogo obejmują nowe przepisy. Akcją WOW NFZ wsparł swoją obecnością również poznański ZUS. Przy stoisku informacyjnym zainteresowane osoby założyły/otrzymały dostęp do konta internetowego, który umożliwia podgląd online składek odprowadzanych do Zakładu Ubezpieczeń Społecznych, pytały także o sprawy związane z emeryturą i innymi świadczeniami. Można było też uzyskać kartę EKUZ i dostęp do konta w ZIP, potwierdzić zlecenie na zaopatrzenie w wyroby medyczne oraz uzyskać informacje o leczeniu uzdrowiskowym.

WWW.NFZ-POZNAN.PL

Apel o naprawę

Łukasz Jankowski, członek zarządu Porozumienia Rezydentów: – *Widzimy ciągłą potrzebę rozmowy o systemie kształcenia kadr medycznych w Polsce. System rezydentur ma wiele wad, na które zwracamy uwagę. Niewydolny i losowy system naboru na specjalizacje, wadliwa alokacja miejsc rezydenckich, brak wynagrodzenia dla kierowników specjalizacji, nieprawidłowy przebieg szkolenia, nieprzebranie prawa pracy, zbyt niskie wynagrodzenia w porównaniu z ponoszoną odpowiedzialnością, nakładem pracy i kosztami szkolenia rezydenta to podstawowe, ale nie jedyne problemy. Obserwując zmniejszającą się liczbę specjalistów pracujących w szpitalach oraz odpływ kadr medycznych z systemu, pytamy, kto będzie szkolił rezydentów już za kilka lat. Porozumienie Rezydentów apeluje o natychmiastową*

naprawę systemu szkolenia oraz całej ochrony zdrowia. Bez wprowadzenia potrzebnych zmian system rezydentur – będący tak naprawdę swoistą protezą systemu szkolenia w niedoinwestowanej polskiej ochronie zdrowia – zlikwiduje się sam.

KRYSTIAN LURKA

WWW.TERMEDIA.PL

Mają ułatwić dostęp

Wicewojewoda wielkopolski Marlena Małąg wzięła udział w spotkaniu Wielkopolskiego Związku Szpitali Powiatowych. Tematem przewodnim było omówienie nowej organizacji systemu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej. Członkowie posiedzenia przedstawili aktualny stan prawny i konsekwencje podpisanej przez prezydenta RP ustawy o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych z pieniędzy publicznych. Ustawa wprowadza tzw. sieć szpitali. Celem przyjętych zmian ma być zapewnienie odpowiedniego poziomu finansowania realizowanych świadczeń. Ponadto nowe rozwiązania mają ułatwić dostęp pacjentów do świadczeń specjalistycznych. Jednostki istotne w kontekście zapewnienia dostępu do świadczeń uzyskają stabilność i ciągłość finansowania.

Wśród zaproszonych gości był także podsekretarz stanu w Ministerstwie Zdrowia Piotr Gryza, który przedstawił założenia nowelizacji ustawy. Minister wskazywał, że wprowadzany system Podstawowego Szpitalnego Zabezpieczenia Świadczeń Opieki Zdrowotnej obejmuje lecznictwo szpitalne, ambulatoryjną opiekę specjalistyczną realizowaną w przychodniach przyszpitalnych, w części rehabilitację leczniczą, programy lekowe oraz chemioterapię, a także świadczenia wysokospecjalistyczne oraz nocną i świąteczną opiekę zdrowotną. Uczestnikami spotkania byli również pełniący obowiązki prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia Andrzej Jacyna, członkowie Konsorcjum Dolnośląskich Szpitali Powiatowych oraz członkowie zarządu Ogólnopolskiego Związku Pracodawców Szpitali Powiatowych.

MATEUSZ CZAPLICKI

WWW.UMWW.PL

PERYSKOP onet.pl

Janusz Skowronek

Doniesienia opracowane
na podstawie internetu z serwisów
– www.onet.pl, www.wp.pl
i www.rp.pl

**Pierwsza chimera zarodkowa
świni i człowieka**

– *Pierwszy zarodek świni zawierający ludzkie komórki uzyskali specjaliści Salk Institute w Kalifornii (USA)* – informuje „Cell”. Chimera zawiera zaledwie 0,001% komórek człowieka. Amerykańscy specjaliści wstrzyknęli do zarodka świni „szczyptę” ludzkich komórek macierzystych, które wbudowały się do rozwijającego się organizmu świni i zaczęły się w nim rozmnażać. Nie było to jednak łatwe. Na ponad 2 tys. świńskich embrionów, do których wprowadzono ludzkie komórki, jedynie 186 dalej się rozwijało, ale trwało to nie dłużej niż 28 dni.

Jeden z badaczy Instytutu Salka Juan Carlos Izpisua Belmonte powiedział BBC News, że po raz pierwszy udało się doprowadzić do tego, że ludzkie komórki rozwijały się w zarodku dużego zwierzęcia. Jego zdaniem jest to spore osiągnięcie, ponieważ świni i ludzie znacznie się różnią pod względem ewolucyjnym.

Naukowcy z Instytutu Salka twierdzą, że chimery świni i człowieka pozwolą lepiej poznać mechanizmy ewolucyjne oraz rozwój ludzkiego zarodka. Mają oni nadzieję, że w przyszłości będzie można je wykorzystać do testowania leków, zanim jeszcze rozpoczną się badania kliniczne. Być może będzie można je użyć jako inkubatorów ludzkich narządów, które będzie można przeszczepiać chorym. Ale to bardzo odległa przyszłość.

W najnowszym „Nature” opublikowano artykuł, którego autorzy twierdzą, że pierwsze takie próby już są prowadzone. Na razie metodę tę przetestowano na myszach i szczurach.

Nowa metoda hodowli narządów polega na tym, że modyfikacjami genetycznymi pozbawia się zarodek szczura możliwości rozwinięcia

Wspomnienia**Wspomnienie
o Hance Hertmanowskiej**

20 maja 2016 r. na Cmentarzu Junikowskim w Poznaniu pożegnaliśmy dr Hankę Hertmanowską, wieloletnią ordynator oddziału Neurologicznego Szpitala Wojewódzkiego w Poznaniu.

Doktor urodziła się w 1946 r. w Poznaniu, tutaj też uczęszczała do szkoły podstawowej i liceum ogólnokształcącego. W 1964 r. rozpoczęła studia na Wydziale Lekarskim Akademii Medycznej w Poznaniu, które ukończyła w 1970 r. W tym też roku rozpoczęła pracę zawodową na Oddziale Neurologii Dorosłych Państwowego Sanatorium Neuropsychiatrii Dziecięcej w Żarach, gdzie pracowała do końca grudnia 1978 r. W trakcie pracy w tym szpitalu w 1974 r. uzyskała pierwszy, a następnie (w 1978 r.) drugi stopień specjalizacji w zakresie neurologii.

W styczniu 1979 r. wróciła do Poznania i podjęła pracę na Oddziale Neurologicznym Szpitala Kolejowego w Puszczykowie. Od grudnia 1981 r. do końca października 2010 r. pełniła obowiązki ordynatora Oddziału Neurologicznego Szpitala Wojewódzkiego w Poznaniu. W marcu 1988 r. obroniła pracę doktorską „Chemotaksja monocytów i granulocytów wielopłatowych krwi obwodowej u chorych na stwardnienie rozsiane”.

Leczenie chorych na stwardnienie rozsiane było jej powołaniem. Pracując w Szpitalu Wojewódzkim, utworzyła pierwszą w Poznaniu poradnię dla chorych na SM. W ten sposób zapewniła im specjalistyczną opiekę, dając nadzieję na ciągłość leczenia. Uczestniczyła w działaniach Wielkopolskiego Stowarzyszenia Chorych na SM. Po odrestaurowaniu pałacu w Michorzewie zorganizowała w nim ośrodek neurorehabilitacyjny dla osób z dysfunkcją układu nerwowego.

Ponadto zajmowała się opieką domową nad chorymi na SM. Nie ogranicza-

ła jednak swojej pracy do działalności na rzecz chorych na SM. W szpitalu przy ul. Lutyckiej utworzyła nowoczesny pododdział dla chorych z udarami mózgu. W szpitalu pracowała do 2010 r. Następnie utworzyła swój własny neurologiczny NZOZ – Centrum Leczenia SM i Ośrodek Badań klinicznych w Plewiskach. Przewodziła badaniom naukowym, brała udział w wielu międzynarodowych konferencjach, podczas których wymieniała się swoimi doświadczeniami i wiedzą, ale też nadal leczyła pacjentów kompleksowo. Miała wszechstronną wiedzę i intuicję. Śledziła najnowsze doniesienia światowe na temat badań i leczenia SM, a w ostatnich latach również na temat boreliozy. W 2014 r. przedstawiła kolejną prezentację dotyczącą boreliozy na międzynarodowej konferencji ECTRIMS w Bostonie. Pasją jej życia były wszechstronne badania i leczenie chorych. Uparcie potarzała pacjentom: „Żyj i ciesz się życiem, choroba to nie wyrok, nie noś choroby w głowie”. Nigdy nie pozostawiła żadnego pacjenta bez pomocy. Pełna energii i pomysłów, niezwykle wymagająca, ale z nieustannym poczuciem humoru, lubiła zaskakiwać swoimi decyzjami. Jej życzeniem było odejść, będąc pochłoniętą pracą. Tak też się stało – zmarła nagle 16 maja 2016 r. w miejscu pracy.

**Wspomnienie
o Henryku Dionizym Wójtowiczu**

Doktor nauk medycznych Henryk Dionizy Wójtowicz – specjalista gastroenterolog, specjalista chorób wewnętrznych, specjalista mikrobiologii i serologii.

Urodził się 8 października 1940 r. w Urzędowie, Liceum Ogólnokształcące ukończył w Kraśniku w 1959 r. W tym też roku rozpoczął studia w Akademii Medycznej w Poznaniu na Wydziale Stomatologicznym, a następnie na Wydziale Lekarskim.

Po uzyskaniu dyplomu lekarza medycyny od 1968 r. pracował w Akademii Medycznej w charakterze pracownika naukowo-dydaktycznego, od 1973 r. w Wojewódzkim Szpitalu Zespolonym, ul. Juraszów w Poznaniu.

W latach 1977–1992 pracował w Szpitalu MSWiA w Poznaniu w charakterze kierownika Pracowni Endoskopii. Zdobyl specjalizację z zakresu chorób wewnętrznych, mikrobiologii i serologii, gastroenterologii a następnie tytuł doktora nauk medycznych.

W 1972 r. uchwałą Rady Państwa odznaczony został medalem „Za Ofiarność i Odwagę w Obronie Życia i Mienia”.

W ostatnich latach pracował w Pracowni Endoskopii Przewodu Pokarmowego przy ul. Kasprzaka, następnie w 2013 r. wspólnie z małżonką i synem współtworzył Przychodnię Sucholeską, przy ul. Obornickiej 85 w Suchym Lesie, gdzie pracował do końca.

Zmarł 18.10.2016 r. do końca służąc swoją wiedzą i umiejętnościami pacjentom, którzy byli dla niego najwyższą wartością, którym poświęcił całe swoje życie zawodowe. Był lekarzem z powołania, który zawsze bezinteresownie pomagał potrzebującym.

Wspomnienie o Ewie Speichert-Mądrej



Człowiek jest wielki nie przez to, co posiada, lecz przez to kim jest; nie przez to co ma, lecz przez o czym dzieli się z innymi.

Jan Paweł II

Mija już druga rocznica śmierci naszej drogiej koleżanki Ewy Speichert-Mądrej, a wydaje się jakby jeszcze wczoraj, spotkana gdzieś na korytarzu, radośnie opowiadała o swoich ulubionych zwierzętach, kotach, które nie wiadomo skąd się brały, ale zawsze zostawały przygarnię-

te, zawsze znalazły dom. Z ludźmi było podobnie. Doskonale pamiętam te nasze rozmowy, kiedy Ewa z wielką uwagą oraz przejęciem słuchała o moich problemach, dylematach i może nawet drobnych sprawach. Zawsze pomagała, a później ja martwiłam się, że tak bardzo się przejmuje. Każdy z nas, osób, którym dane było poznać Ewę, ma swoje wspomnienia, wspomnienia wspólnych spotkań, konferencji, pracy, wspólnych radości i smutków, wspomnienia wspólnego fragmentu życia. Kiedy spotykam osoby, które znały Ewę, trafiają do mnie wielokrotnie powtarzane słowa: „jaki to dobry człowiek był”. Wszystkim, którzy chcieliby choć trochę dowiedzieć się o życiu zawodowym Ewy Speichert-Mądrej, przedstawię fakty, zapisane kiedyś własną ręką Ewy, które znalazłam, zupełnie przypadkowo, przy okazji przeprowadzki. Ewa urodziła się 4 kwietnia 1960 r. w Poznaniu, gdzie ukończyła Liceum Ogólnokształcące nr 1, a następnie, w latach 1978–1984 była studentką wydziału lekarskiego Akademii Medycznej. Po kończeniu studiów, od 1 listopada 1984 r. do 30 września 1992 r. związała się z Zespołem Opieki Zdrowotnej Poznań Stare Miasto, gdzie po odbyciu stażu podyplomowego została młodszym asystentem na Oddziale Chorób Zakaźnych. 10 października 1988 r. uzyskała specjalizację 1 stopnia w zakresie chorób wewnętrznych, a 25 marca 1993 r. została specjalistą chorób zakaźnych. Od 1 października 1992 r. do 30 kwietnia 1996 r. była zatrudniona w Wojewódzkim Zespole Specjalistycznym Chorób Płuc i Gruźlicy w Poznaniu na stanowisku starszego asystenta. Oprócz zwykłej pracy na oddziale, mając świadomość, jako specjalista chorób zakaźnych, możliwości przeniesienia zakażenia poprzez transfuzje, Ewa rozpoznała w szpitalu autotransfuzje, jako najbezpieczniejszą formę leczenia krwią chorych poddawanych zabiegom chirurgicznym. Będąc osobą zainteresowaną transfuzjologią, uczestniczyła w kursach serologicznych organizowanych przez Regionalne Centrum Krwiodawstwa i Krwiolecznictwa (RCKiK) w Poznaniu. 1 maja 1996 r. Ewa Speichert-Mądra została zatrudniona w RCKiK w Poznaniu na stanowisku kierownika Działu Krwio-

PERYSKOP **onet.pl**

trzustki i wstrzykuje się do niego komórki macierzyste myszy. Wbudowują się one w wolne miejsce powstającego organizmu szczura i wytwarzają w nim myszą trzustkę. Tak uzyskany narząd wszczepiany jest do dorosłej myszy.

Podobnie próbuje się wyhodować ludzką trzustkę w organizmie zmiennej genetycznie świni. Do zarodka świni mają być wprowadzone ludzkie komórki macierzyste, z których ma się rozwinąć trzustka zbudowana z ludzkich tkanek.

Najnowszy eksperyment w Instytucie Salka pokazał, że ludzkie komórki są akceptowane przez zarodek świni, która z „ludzkim bagażem” potrafi się rozwijać przez 28 dni.

Sztuczna macica nadzieją dla wcześniaków?

Badacze z USA skonstruowali sztuczną macicę, która na pierwszy rzut oka wygląda jak foliowy worek. Ma to być nowy sposób na ratowanie najmłodszych pacjentów.

Naukowcy chcą, by pobyt w sztucznej macicy stanowił okres przejściowy między przedwczesnym porodem a przyjściem na świat „zewnątrzny”. Byłaby to nowa szansa dla wcześniaków urodzonych ok. 23. tygodnia życia płodowego, czyli bardzo wcześnie. Inkubatory zdecydowanie zwiększyły przeżywalność wcześniaków, ale nie chronią ich przed wieloma dolegliwościami wynikającymi z przedwczesnego porodu.

Kilka tygodni w sztucznej macicy to czas, w którym dzieci zdążą się rozwinąć na tyle, by uniknąć wielu komplikacji zdrowotnych wynikających z wcześniactwa i zdecydowanie zwiększyć szanse na przeżycie. Eksperyment z udziałem ośmiu owiec przeprowadzili naukowcy z Instytutu Badawczego Szpitala Dziecięcego w Filadelfii. Wyniki badania zostały opublikowane w czasopiśmie naukowym „Nature Communications”.

Niemal każdy wcześniak wymaga pobytu w inkubatorze. W Polsce wcześniaki to 6–7% noworodków.

Jak działa sztuczna macica?

PERYSKOP

onet.pl

W sztucznych macicach umieszczono osiem płodów jagniąt w wieku 28 tygodni – to równowartość 23. tygodnia życia płodowego człowieka. Zostały wyjęte z brzucha owcy poprzez cesarskie cięcie i w kilka minut włożone do, w uproszczeniu rzecz ujmując, foliowej torby, którą naukowcy nazwali biobag.

Biobag jest wypełniony imitacją płynu owodniowego. Płód wdycha płyn oraz go połyka – tak samo dzieje się w macicy. Płyn jest stale wymieniany, by był świeży. Rolę łożyska przejmuje urządzenie, do którego płód jest „podłączony” za pomocą pępowiny. Stąd pozyskuje tlen oraz substancje odżywcze.

Po czterech tygodniach w sztucznej macicy jagnięta były wyjmowane z urządzenia i z powodzeniem oddychały w środowisku zewnętrznym. Niestety, kilka z nich musiało zostać potem uszponionych, by naukowcy mogli sprawdzić, czy organy wewnętrzne zwierząt pracowały prawidłowo. Badania nie wykazały żadnych upośledzeń. Niektóre jagnięta pozostawiono przy życiu i karmiono butelką. Naukowcy twierdzą, że małe owieczki rosły bez zarzutu. – *Rozwijały się normalnie, ich mózg i płuca dojrzały prawidłowo. Ich rozwój był normalny w każdym aspekcie* – powiedział doktor Alan Flake, chirurg prenatalny i jeden z autorów badania.

Naukowcy z Filadelfii przewidują, że wynalazek będzie mógł wejść w fazę testów na ludzkich wcześniakach więcej za trzy lata. Ma wyglądać nieco inaczej niż ten, który „donosił” jagnięta. Z kształtu będzie przypominać inkubator. Urządzenie ma być szczelnie zakryte, a noworodek unoszący się w płynie fizjologicznym obserwowany za pomocą kamer. Oczywiście wciąż nie wiadomo, czy urządzenie sprostawa oczekiwaniom – być może eksperyment skończy się na testach na zwierzętach. Istnieje bowiem duże ryzyko rozwinienia się infekcji u płodu.

Polacy stworzyli protezę ucha środkowego

Lekarze ze Szpitala Uniwersyteckiego w Krakowie wszczepili pacjen-

dawców. Nie od razu rozstała się ze swoim poprzednim zakładem pracy. Równolegle od 1 maja 1995 r. do 31 grudnia 1998 r. pracowała w Wielkopolskim Centrum Chorób Płuc i Gruźlicy w Poznaniu, pełniąc funkcję transfuzjonisty szpitalnego. W listopadzie 1999 r. uzyskała tytuł specjalisty w dziedzinie Transfuzjologii Klinicznej. Ewa zawsze bardzo angażowała się w każde powierzone zadanie, czy to będąc kierownikiem Działu Krwiodawców, zastępcą dyrektora ds. medycznych w RCKiK Poznań, czy pracując w Ośrodku Dawców Szpiku. Przez całe życie pracowała, życzliwa, otwarta na drugiego człowieka, skromna i dobra. Odeszła w domu, 9 maja 2015 r. otoczona miłością ukochanych synów Andrzeja i Tomka oraz męża Wojtka, na zawsze zostawiając pustkę w naszych sercach. Do końca mojego życia będę miała przed oczami ostatni obraz Ewy, Ewy kochanej, życzliwej, pogodzonej, uśmiechniętej i chyba szczęśliwej, chyba przekonanej, że trafi prosto w objęcia Pana, o którego miłość zabiegała przez całe swoje, krótkie przecież, życie.

B.A.

PS Dziękuję Michałowi S. – przyjacielowi rodziny Ewy za udostępnienie zdjęcia.

Wspomnienie o Urszuli Marii Cegielskiej



W sobotnie popołudnie 4 lutego 2017 r. na cmentarzu farnym w Gnieźnie pozeognaliśmy wraz z najbliższymi, z przyjaciółmi, koleżankami i kolegami, współpracownikami, sąsiadami i wiernymi pacjentami, seniorkę gnieźnieńską stomatologii, śp. dr Urszulę Marię Cegielską.

Urodziła się w Gnieźnie 1 czerwca 1925 r. w patriotycznej, bogatej w tradycje wolnościowe, rodzinie, a zmarła nagle 29 stycznia 2017 r. Dzieciństwo i młodość, także okupacyjną, spędziła w Gnieźnie. Po maturze w ówczesnym

Żeńskim Liceum Ogólnokształcącym im. Bł. Jolenty wybrała studia stomatologiczne. Ukończyła je w Akademii Medycznej w Łodzi w 1952 r. z tytułem lekarza dentysty. Po studiach wróciła do swojego rodzinnego Gniezna, rozpoczynając pracę – w Rejonowej Poradni Stomatologicznej, później przez długie lata pracowała w Poradni Międzyszkolnej w gabinecie dentystrycznym w Liceum im. Bolesława Chrobrego przy ul. Mieszka I. Wielu absolwentów tej znanej i cenionej szkoły zapamiętało Urszulę jako przyjaznego i dobrego lekarza.

W pracy zawodowej bardzo interesowała się rehabilitacją narządy żucia, dlatego korzystała, na ile to było możliwe, z doskonalenia swych umiejętności protetycznych na różnych kursach zjazdach. W 1976 r. uzyskała specjalizację z protetyki stomatologicznej. Wypada podkreślić, że jako protetyk była bardzo wymagająca zarówno wobec siebie, jak i w stosunku do współpracowników – oczekiwała dokładności w wykonawstwie technicznym, nie tolerując bylejakości. Sama była lekarzem stawiącym wzór precyzji, sumienności i dokładności. Stomatologii podporządkowała bez reszty swoje życie osobiste, poświęciła się temu zawodowi z pasją i oddaniem. Ostatnie lata drogi zawodowej związała z pracą w przemysłowej służbie zdrowia, służąc radą i pomocą pacjentom narażonym na wpływy związane z wykonywaniem pracy w warunkach szkodliwych. Czyniła to w Poradni Przemysłowej w zakładach „Spomasz” w Gnieźnie. Zawsze była oparciem oraz wzorem dla młodszych koleżanek i kolegów, służąc im radą i doświadczeniem.

Wielką życiową pasją Urszuli była Jej ciekawość świata. Podróżowała do wielu ciekawych miejsc, przygotowując się wcześniej i zgłębiając wiedzę geograficzną, historyczną, religijną i kulturową odwiedzanych krajów. To, co tam zobaczyła i przeżyła, wzbogacało ją duchowo jako człowieka cechującego się wrodzoną, serdecznością i życzliwością.

Wspominając naszą Koleżankę, nie można też pominąć, że była osobą głęboko wierzącą i dlatego z żalem myślimy, że nie zobaczymy się już na corocznych wielkopostnych rekolekcjach w Kościele Garnizonowym w Gnieźnie, żywiąc wszakże nadzieję na spotkanie w „Krainie Żyjących”.

Siostra Urszuli, Teodozja Gronkowska, także lekarka, napisała w swoim wspomnieniu, że są „są ludzie, którzy odchodzą, ale nie umierają, gdyż stanowią część naszego życia”. Zostańmy przy tym, stwierdzeniu i przy naszych dobrych uczuciach.

CZESŁAW KRZYŻAN

Wspomnienia o doktor Krystynie Próchniak

Doktor Krystyna Anna Próchniak urodziła się 15 marca 1936 r. w Obornikach Wielkopolskich. W okresie okupacji wywieziona została wraz z rodzicami do Niemiec. Po zakończeniu działań wojennych powróciła do kraju i w 1945 r. rozpoczęła naukę w szkole podstawowej w Obornikach Wielkopolskich. Liceum ogólnokształcące ukończyła w 1955 r. również w Obornikach. W 1956 r. rozpoczęła studia medyczne na Wydziale Lekarskim Akademii Medycznej w Poznaniu. 1 lipca 1964 r. podjęła pierwszą pracę zawodową na podstawie skierowania wydanego przez kierownika Wydziału Zdrowia w Poznaniu wskazującego Szpital Powiatowy w Trzciance jako miejsce wykonywania zawodu. Tytuł lekarza specjalisty w zakresie chirurgii ogólnej uzyskała w 1976 r. W trakcie ponadpięćdziesięcioletniej pracy zawodowej pełniła wiele funkcji w ciągle rozwijającym się Szpitalu Powiatowym w Trzciance. Szczególne należy podkreślić jej zasługi w zakresie rozwoju honorowego krwiodawstwa – przez dwadzieścia lat (począwszy od 1976 r.) pełniła funkcję kierownika punktu

krwiodawstwa. Doktor Krystyna Próchniak całe życie zawodowe związała z oddziałem chirurgicznym trzcianeckiego szpitala, pełniąc wiele funkcji i przechodząc wszystkie szczeble specjalizacji zawodowych. Pełniła obowiązki ordynatora oddziału, zastępcy ordynatora, starszego asystenta do momentu uzyskania uprawnień emerytalnych w 1999 r. Nadal jednak pozostawała aktywna zawodowo, pracując w poradni chirurgicznej oraz dyżurując na oddziale. Wielką pasją doktor były praca i podróże.

Za zawodowe zaangażowanie oraz wysiłek na rzecz podnoszenia zdrowia została wyróżniona wieloma odznaczeniami państwowymi i resortowymi, do których należą w szczególności Złoty Krzyż Zasługi nadany w 1986 r., odznaka honorowa Kapituły Polskiego Czerwonego Krzyża wręczona w 1997 r., Odznaka Honorowa „Za zasługi dla ochrony zdrowia” – 2005 r. Uchonorowaniem całokształtu pracy zawodowej było nadanie w pięćdziesiąt rocznicę uzyskania dyplomu lekarza odznaki Złoty Eskulap, najwyższego wyróżnienia nadawanego przez Delegaturę Pilską Wielkopolskiej Izby Lekarskiej.

10 marca 2017 r. dr Krystyna Próchniak odeszła na wieczny dyżur, pozostawiając w smutku rodzinę, współpracowników oraz rzeszę pacjentów. Do końca była aktywna zawodowo. Wszyscy zapamiętamy ją jako osobę niezwykle życzliwą, uśmiechniętą i oddaną swoim pacjentom.

DYREKcja I PRACOWNICY
SZPITALA POWIATOWEGO IM. JANA PAWŁA II
W TRZCIANCE

NINA SZMYT

Wiersz o Stanisławie Malińskiej prawie 15 lat przeleżał się w szufladzie, napisany został na 30-lecie pracy pedagogicznej mojej nauczycielki, która wiele lat temu w Liceum Ogólnokształcącym w Śremie, próbowała nauczyć mnie matematyki.

Stanisławie Malińskiej

To już tyle lat
tyle lekcji
tyle dzwonek
tyle klasówek
Czas buchalter nieubłagany
zsumował wszystko
i jak na liczydło
miłość i szacunek wpisał w trójkę
a trud i pracę w niedoceniane
szlachetne zero
które zasługuje na szacunek
i podziękę

PERYSKOP onet.pl

towi pierwszą protezę ucha środkowego. Stworzyli ją naukowcy z Akademii Górniczo-Hutniczej w Krakowie. W trakcie badań klinicznych urządzenie otrzymała sześć osób z uszkodzonym narządem słuchu. Pilotażowa operacja odbyła się w Klinice Otolaryngologii Szpitala Uniwersyteckiego w Krakowie.

Nad projektem „Otoimplant” od marca 2016 r. pracuje zespół naukowy pod kierunkiem dr inż. Magdaleny Ziąbki z Wydziału Inżynierii Materiałowej i Ceramiki AGH, która prowadzi go w ramach finansowanego przez Narodowe Centrum Badań i Rozwoju programu Lider.

„Otoimplant” to proteza ucha środkowego wykonana z polimeru zawierającego bakteriobójcze nanocząsteczki srebra. Umożliwia rekonstrukcję kosteczek słuchowych w uchu środkowym i eliminuje zakażenia bakteryjne. Jego innowacyjność to lekkość konstrukcji oraz bakteriobójcze działanie, którego nie mają powszechnie stosowane implanty tytanowe. Proteza zapewni krótszą rekonwalescencję i ograniczy ryzyko związane z powikłaniami i infekcjami.

Robot pomoże polskim kardiochirurgom

Pierwsze zastosowanie kliniczne polskiego robota kardiochirurgicznego podczas operacji jest planowane jesienią. Poinformowano o tym podczas XIV konferencji BioMedTech Silesia w Zabrze.

Operację z wykorzystaniem robota opracowanego w Fundacji Rozwoju Kardiochirurgii im. prof. Zbigniewa Religi przeprowadzi jego syn, kardiochirurg dr Grzegorz Religa.

– Wiemy, że będzie to operacja zastawki mitralnej. Technicznie jesteśmy w pełni przygotowani, natomiast konieczne jest dopełnienie pewnych procedur formalnych, prawnych, dlatego planujemy operację jesienią – poinformował główny konstruktor robota dr hab. Zbigniew Nawrat.

Założona przez wybitnego kardiochirurga, ministra zdrowia prof. Zbigniewa Religę (1938–2009), fundacja wspiera rozwój polskiej kardiochirurgii.

PERYSKOP **onet.pl**

gii, wprowadzając do praktyki klinicznej nowoczesne techniki i technologie w zakresie leczenia serca. Główne kierunki jej działań to badania nad protezami serca, zastawek serca, badania z dziedziny biocybernetyki i biotechnologii.

Smog wchodzi nam w krew, dosłownie...

– *Mikroskopijne cząstki zanieczyszczeń są w stanie przedostać się z płuc do krwi i tkanek, co może sprzyjać chorobom serca i udarowi mózgu* – informuje pismo „ACS Nano”.

Z powodu zanieczyszczonego powietrza tylko w Wielkiej Brytanii umiera przedwcześnie około 40 tys. osób.

Badania sugerują, że wynika to głównie z gorszego funkcjonowania serca oraz płuc. Jednak żadna z dotychczasowych teorii nie tłumaczy, na czym właściwie polega wpływ zanieczyszczenia powietrza na serce. Niektórzy specjaliści przypuszczają, że może chodzić o nanocząstki zbyt małe, by zostały odfiltrowane w nosie – a dość małe, aby przez ściany pęcherzyków płucnych przeniknąć do naczyń krwionośnych.

Naukowcy z University of Edinburgh wspólnie z holenderskimi kolegami badali zachowanie obojętnych chemicznie cząstek złota, mających rozmiary podobne do cząstek zanieczyszczeń zawartych w spalinach z silników Diesla.

Podczas ćwiczeń fizycznych 14 zdrowych ochotników wdychało przez dwie godziny powietrze zawierające nanocząstki złota. Następnego dnia złoto wykryto we krwi większości ochotników, a u niektórych utrzymywało się w tkankach bardzo długo – można je było znaleźć w moczu jeszcze trzy miesiące później. Najprawdopodobniej drobne zanieczyszczenia zachowują się podobnie.

Podczas kolejnego eksperymentu o wdychanie złota poproszono trzech pacjentów z zablokowanymi naczyniami krwionośnymi. Następnego dnia, gdy chirurgicznie usunięto im część uszkodzonych naczyń, udało się w nich wykryć złote nanocząsteczki. Prawdopodobnie groma-

Algorytm liczenia wartości kontraktów pod lupą

Cuda, wzory i sieć szpitali

Sieć szpitali staje się faktem. I wcale nie chodzi o kolejny cud gospodarczy, ale o taką przebudowę struktury szpitali, aby koncentrować pieniądze w wybranych placówkach, podzielonych co do wielkości zasobów. Najważniejszy staje się klucz podziału środków, jeśli bowiem nadrzędnym założeniem jest odejście od systemu płacenia za usługi, to pozostaje jedynie przyznawanie określonych budżetów. Zatem to nie cud, ale po prostu dzielenie pieniędzy z jednoczesnym monitorowaniem swoście pojętej gospodarności.

Kto obsłuży więcej pacjentów, ten ma szansę na większy budżet. Pozostaje tylko pytanie, czy ten większy budżet sam w sobie ma być celem dla szpitali i czy jego osiągnięcie będzie dla nich powodem do radości.

R_i i L_i, czyli kto tu się myli?

Dotychczasowe analizy wzoru na obliczanie wartości ryczałtu budziły szereg wątpliwości, a kolejne jego interpretacje (w tym te powstałe po wyjaśnieniach Ministerstwa Zdrowia) nie wywołały entuzjazmu. Kluczową kwestią stał się brak jasnego mechanizmu zapewniającego relatywny wzrost wartości kontraktu w powiązaniu ze wzrostem liczby wykonanych świadczeń. Na stronie „Menedżera Zdrowia” opublikowałem wyliczenia wartości kontraktu z zastosowaniem wzoru na obliczanie ryczałtu na kolejny okres rozliczeniowy. Ich wyniki były zatrważające, jednak Ministerstwo Zdrowia – odnosząc się do moich wniosków – wytłumaczyło, że to ja źle czytam wyjaśnienie znajdujące się w rozporządzeniu. Bo mimo iż opis zmiennych odnosi się do konkretnego świadczeniodawcy, to autorzy wzoru mieli na myśli sumę wartości wszystkich świadczeniodawców. Nie do końca mnie to przekonuje – zgodnie z objaśnieniami do wzoru zapisanego w projekcie rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie określenia sposobu ustalania ryczałtu systemu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej oraz do wykazu świadczeń opie-

ki zdrowotnej wymagających ustalenia odrębnego sposobu finansowania przyjęto, że występujące we wzorze na obliczenie wartości ryczałtu systemu zabezpieczenia oznaczenia R_i oraz L_i symbolizują odpowiednio:

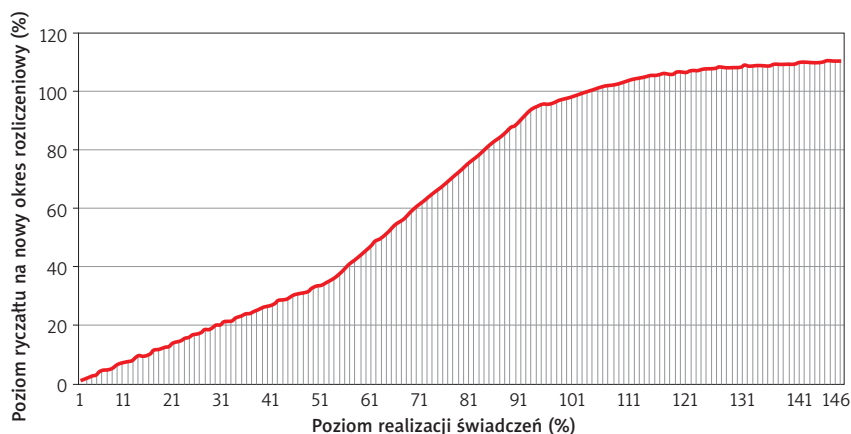
■ R_i – ryczałt danego świadczeniodawcy w okresie obliczeniowym, to jest w okresie rozliczeniowym poprzedzającym okres, dla którego ustala się kwotę ryczałtu systemu zabezpieczenia,

■ L_i – liczbę jednostek świadczeń wykonanych i sprawozdanych przez danego świadczeniodawcę w okresie obliczeniowym, to jest w okresie rozliczeniowym poprzedzającym okres, dla którego ustala się kwotę ryczałtu systemu zabezpieczenia.

Zdefiniowano zatem znaczenie symboli występujących we wzorze służącym do obliczenia wartości C_i i przypisano je do poziomu poszczególnych świadczeniodawców. Dla rozstrzygnięcia, w jaki sposób należy obliczać współczynnik C_i , największe znaczenie ma występujący zarówno w liczniku, jak i w mianowniku symbol Σ .

$$C_{i+1} = W \frac{\sum_{i=1}^{\circ} R_i}{\sum_{i=1}^{\circ} L_i}$$

Jeżeli mowa jest o danych dotyczących danego świadczeniodawcy, Σ wskazuje na konieczność dokonania obliczeń na podstawie sumy danych liczbowych dotyczących wyłącznie jednego podmiotu. Świadczeniodawca ten udziela bowiem świadczeń w różnych profilach stano-



wiących podstawę kwalifikacji do systemu zabezpieczenia oraz w profilach dodatkowych. Nie bez znaczenia jest ten fakt wobec różnic pomiędzy taryfikacją poszczególnych profili, a nawet pomiędzy świadczeniami w poszczególnych profilach jednego świadczeniodawcy. Nie można zatem mówić o nieprawidłowym skróceniu Σ w toku dokonywanych obliczeń, a o jej przełożeniu na sumowanie świadczeń w poszczególnych profilach. W przypadku braku wskazania dotyczącego sumowania wartości poszczególnych profili mogłaby powstawać wątpliwość co do prawidłowości podsta-

siadanie ważnej akredytacji, co trudno oceniać w kontekście świadczeniodawców w systemie zabezpieczenia jako ogółu.

Wartość punktu rozliczeniowego

Sporo wątpliwości budzi również sposób wyliczenia wartości jednostki rozliczeniowej. Z wydanego przez Ministerstwo Zdrowia komunikatu wynika, że przy realizacji 140% świadczeń szpital otrzyma budżet w wysokości ok. 115%. Poniżej przedstawiam wykres umieszczony w piśmie rzecznika prasowego ministra zdrowia do „Menedżera Zdrowia”.

Nie ma co się czarować, że 91% budżetu wystarczy na wykonanie 140% potrzebnych świadczeń, przy jednoczesnym uzyskiwaniu dodatnich wyników finansowych placówek. Gdzie zatem jest pomysł?

Gdzie oszczędność, a w zasadzie optymalizacja dotychczas ponoszonych kosztów?

wienia zsumowanych zakresów do wzoru dla danego świadczeniodawcy.

Co ważne, symbol Σ pojawia się we wzorze także w odniesieniu do współczynników Q_j , czyli współczynników korygujących, związanych z jakością procesu udzielania świadczeń przez danego świadczeniodawcę w danym okresie obliczeniowym.

Gdyby przez analogię ze wskazanym przez Ministerstwo (w odpowiedzi rzecznika prasowego) sposobem obliczenia współczynnika C_i przyjął interpretację dotyczącą sumowania danych liczbowych wszystkich uczestników systemu zabezpieczenia, można by dojść do wniosku, że jakość także należałoby oceniać w ujęciu całościowym. W tabeli dotyczącej współczynników jakości zastrzeżono natomiast przykładowo po-

Czyżby według obliczeń ministra wycena świadczeń była na tyle wysoka, że „zysk” wynikający z różnicy pomiędzy faktycznym kosztem udzielenia świadczenia a tym, co płaci NFZ, był aż tak duży? Skąd zatem zapowiedzi Ministerstwa o podwyższeniu wycen świadczeń? Oczywiście, jeśli przez wycenę będziemy rozumieli liczbę punktów przyznawanych za określoną procedurę, to z całą pewnością można tego dokonać. Jednak kluczowa jest tu wartość samego punktu rozliczeniowego. Umieszczony w projekcie rozporządzenia wzór zdaje się wskazywać, że zwiększona realizacja świadczeń będzie skutkowałą obniżeniem tej wartości. Może się okazać, że będzie to kolejny mechanizm pozwalający na dopięcie założonego budżetu, a bieżące monitorowanie wykonań oraz

PERYSKOP onet.pl

dzące się cząsteczki zanieczyszczeń mogą miejscowo pogarszać stan tkanek i narządów.

Nowelizacja zmniejszająca liczbę lekarzy orzekających o śmierci mózgu

Zgodnie z nowelizacją śmierć mózgu będzie stwierdzało dwóch lekarzy. Jeden z nich powinien być specjalistą w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii lub neonatologii, a drugi – neurologii, neurologii dziecięcej lub neurochirurgii.

Dotychczas o śmierci mózgu orzekała komisja złożona z trzech lekarzy o określonych specjalnościach.

„Wzorem większości krajów Europy, Stanów Zjednoczonych i Kanady, wprowadza się składy 2-osobowe” – wskazuje Kancelaria Prezydenta RP.

– *Powoływanie komisji przez kierownika podmiotu leczniczego jest reliktem poprzedniego okresu.*

Trzeci lekarz w polskiej komisji był pozostałością po medyku sądowym z pierwszych kryteriów określonych w 1984 r. Wtedy uważano, że śmierć mózgu jest najczęściej wynikiem czynu zabronionego i medyk sądowy w komisji będzie zabezpieczał postępowanie dowodowe. Wkrótce jednak okazało się, że śmierć mózgu jest wynikiem zdarzeń medycznych, niebędących przedmiotem postępowania sądowego, jednakże trzeci członek komisji pozostał – wyjaśnili autorzy nowelizacji.

Nowe przepisy zmieniają także zasady stwierdzania nieodwracalnego zatrzymania krążenia, jeśli od zmarłego mają zostać pobrane narządy. Trzeba to zrobić w bardzo krótkim czasie, co może powodować ewentualne wątpliwości lub zarzuty, że lekarz dokonał rozpoznania niestaranie. Dlatego też nieodwracalne zatrzymanie krążenia – jeśli od zmarłego mają zostać pobrane narządy – będzie stwierdzać dwóch lekarzy, a nie jak obecnie – jeden.

Jeden z tych lekarzy powinien być specjalistą w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii lub neonatologii, a drugi w dziedzinie medycyny ratun-

PERYSKOP onet.pl

kowej, chorób wewnętrznych, kardiologii, kardiologii dziecięcej lub pediatrii.

Procedura ta będzie dotyczyć przypadków przed pobraniem narządów, w tym przede wszystkim serca, wątroby, nerek, płuc i trzustki. Pobranie komórek i tkanek (np. rogówki) będzie możliwe po rutynowym, jednoosobowym stwierdzeniu zgonu.

W 2016 r. od zmarłych dawców przeszczepiono 1469 narządów; najczęściej były to nerka (978), wątroba (317) i serce (101). Wykonano także 1196 przeszczepień rogówki oraz jedno przeszczepienie ręki. Przeszczepień narządów od żywych dawców wykonano jedynie 78 (50 nerek oraz 28 fragmentów wątroby).

Pod koniec marca na przeszczepienie narządu czekało 1703 pacjentów. Większość z nich oczekuje na nerkę, pozostali m.in. na serce, wątrobę i płuca. Ponad 3 tys. osób oczekuje na przeszczepienie rogówki, a 18 – na rękę.

Rak piersi coraz częściej wykrywany

Gwałtownie wrasta w naszym kraju zachorowalność na raka piersi u kobiet, ale nie zwiększa się umieralność, ostatnio nawet nieco spada u młodszych pacjentek – zauważyli w Warszawie eksperci podczas konferencji Akademii Dziennikarzy Medycznych. Według danych przedstawionych na spotkaniu, rak piersi co roku wykrywany jest w Polsce u 18 tys. kobiet; a jeszcze w 2000 r. takich przypadków było około 11 tys. rocznie, a w 2010 r. – 15,7 tys. Kierownik Poradni Chorób Piersi w Zakładzie Profilaktyki Nowotworów Centrum Onkologii w Warszawie dr Ewa Gorczyca-Wiśniewska powiedziała, że tak dużego wzrostu zachorowań nie notuje się w przypadku żadnego innego nowotworu.

Na raka piersi przypada 22% wszystkich zachorowań na nowotwory wśród kobiet. Na drugiego w kolejności raka jelita grubego przypada 10% wszystkich nowotworów wśród kobiet, a na raka płuca – 9%.

Pocieszające jest to, że od wielu lat prawie nie zwiększa się umieralność



Fot. Gettyimages.com

ustalenie kwartalnej weryfikacji umożliwi dokonywanie ciągłych korekt. Nie ma co się czarować, że 91% budżetu wystarczy na wykonanie 140% potrzebnych świadczeń, przy jednoczesnym uzyskiwaniu dodatnich wyników finansowych placówek. Gdzie zatem jest pomysł? Gdzie oszczędność, a w zasadzie optymalizacja dotychczas ponoszonych kosztów?

Kogo odsieje sito reformy?

Z całą pewnością znajdą się w Polsce placówki, które nie są niezbędne dla zachowania bezpieczeństwa zdrowotnego społeczności. Zdarza się, że istniejące jednostki prowadzą oddziały, które próbują rywalizować z innymi, często większymi szpitalami. Wielokrotny odsiew nie jest co prawda narzędziem bezwzględny, ale stanowi wielopoziomowe narzędzie do modelowania struktury szpitali. Pierwszym poziomem jest sama ustawa o sieci szpitali. Sito reformy odsieje placówki oraz całe szpitale. Bardziej zapobiegliwi kończą lub już przeprowadzili procesy łączenia, by zwiększyć szansę wejścia do sieci na możliwie wysoki poziom zabezpieczenia. Kolejnym etapem będzie rozporządzenie w sprawie kryteriów wyboru ofert, gdzie wymagania zasobowe mogą stanowić utrudnienie w zdobyciu kontraktu. Problematyczne może też okazać się uzupełnianie brakujących elemen-

tów, bowiem często na drodze stoi konieczność uzyskania pozytywnej opinii inwestycji, regulowanej ustawą wprowadzającą

IOWISZ. Na wypadek, gdyby te instrumenty nie ograniczyły w oczekiwany sposób zasobów szpitali, minister zdrowia ma jeszcze w szufladzie ustawę o jakości. Tu, stosując sobie tylko znane kryteria, które mogą być na bieżąco modyfikowane, podda obowiązkowej ocenie placówki realizujące umowy o udzielanie świadczeń. Jednym z elementów ocenianych w ramach certyfikacji (zgodnie z dokumentem założeń do ustawy) jest ocena satysfakcji pacjentów i pracowników podmiotu. Już sobie wyobrażam ogromną kolejkę oczekujących na świadczenia (wszak inaczej być nie może, skoro ze zlikwidowanej placówki pacjenci przyjdą do tej, która weszła do sieci) i audytora, który pyta o ich zadowolenie... Mogę sobie wyobrazić również pozytywne opinie personelu medycznego. Warto pamiętać, że jeśli placówka nie uzyska odpowiedniej oceny, to nie może być finansowana ze środków publicznych. Ostatnim narzędziem modelującym system będzie sam algorytm wyliczania wartości kontraktu. Tu, dzięki zastosowaniu kilku składowych, można na bieżąco sterować rodzajem wykonywanych świadczeń. Wystarczy tylko odpowiednio określać wartości punktów za poszczególne wy-

konania, czyniąc rentowniejszym to, na czym ministrowi będzie bardziej zależało.

Czy to ma sens?

Z pewnością ma to pewien sens, bo wiem o optymalizacji wydatków na leczenie szpitalne mówi się już od lat. Na pewno jest sporo obszarów, w których udzielanie świadczeń w warunkach szpitalnych nie jest konieczne, a także takich, w których odczuwalne jest niedofinansowanie. Podstawową kwestią powinno jednak być to, jakie ma się stać docelowo leczenie szpitalne. Czy ma zapewnić tylko podstawowe świadczenia na wypadek zagrożenia życia albo utraty zdrowia? Jak szeroko będziemy rozumieć utratę zdrowia i czy części odpowiedzialności za jego utrzymanie (w tym współdziałania finansowego) nie powinni ponieść sami pacjenci? W mojej ocenie odpowiedź na to pytanie powinna paść przed ustaleniem nowych za-

Nasuwa mi się pytanie, kto będzie winny, a kto będzie czuł się winny, gdy wzór nie da możliwości ratowania ludzkiego zdrowia czy życia. Jak ocenimy sytuację, w której algorytm będzie przeciw konieczności zastosowania technologii niemieszczącej się w jego ramach?

sad finansowania leczenia szpitalnego. Jeśli celem ministra zdrowia jest stworzenie stabilnego, ale podstawowego i socjalnego systemu, to ma to sens. Trzeba tylko równolegle podjąć trudną decyzję o wskazaniu pacjentom miejsca i możliwości realizacji tych świadczeń czy tych technologii medycznych, które nie zmieszczą się w ramach finansowania budżetowego. A takie z pewnością będą – i będzie ich sporo. Jednak minister zdrowia nie musi ich określać, tak jak nie musi precyzyjnie określać koszyka pozytywnego. Wszak ustali go sam szpital, poszukując kompromisu pomiędzy bezwzględными potrzebami zdrowotnymi pacjenta a posiadanym budżetem. Dlatego właśnie kluczowymi elementami reformy stały się szpitale spełniające określone kryteria w sieci oraz algorytmy wyliczania wartości budżetów i jednostek rozliczeniowych. Zasyty we wzorach mechanizm ma trzymać w sztywnych ramach założony budżet, a wybrane zasoby mają stanowić stabilną strukturę generującą przewidywalne – albo chociaż dające się na bieżąco monitorować – koszty.

Czy wzory są złe?

Przywykliśmy do myślenia, że w kwestii zdrowia nie liczą się pieniądze. Jednak postępująca dehumanizacja systemu sprawia, że robimy kolejny krok w stronę opisaną ludzkiego cierpienia liczbami, procedurami i wzorami. Z punktu widzenia płatnika stały algorytm dzielenia pieniędzy jest niezbędnym narzędziem do gospodarowania środkami, a z punktu widzenia świadczeniodawcy stanowi ograniczenie, a często nawet utrudnienie. Nasuwa mi się pytanie, kto będzie winny, a kto będzie czuł się winny, gdy wzór nie da możliwości ratowania ludzkiego zdrowia czy życia. Jak ocenimy sytuację, w której algorytm będzie przeciw konieczności zastosowania technologii niemieszczącej się w jego ramach? Czy winien będzie system, czy może pacjent, który oczekuje zbyt wiele za niewielką składkę? W mojej ocenie winien będzie świadczeniodawca,

ponieważ w całym tym projekcie odczytuję swoistą ideologię opartą na misyjności, społecznym charakterze i służbie pacjentom. Szczytne, wspaniałe hasła, zwłaszcza jeśli mocniej podkreśliliśmy słowo „służba”, które nie zawiera w sobie takich elementów, jak bilans czy opłacalność. To się nie ma opłacać, to ma działać. Algorytm liczenia wartości kontraktów nie powstaje po to, aby utożsamiać go z wartością, o jakiej dotychczas mówiliśmy. Nie jest formą płacenia za leczenie. Leczenie staje się służbą, a wzór... cóż, dzisiaj jest taki, a jutro będzie inny. Dzisiaj go nie rozumiemy, ale jutro nam wytłumaczą, że wcale nie musimy. Musimy tylko skupić się na tym, aby „pacjent był zaopiekowany”.

Jak bowiem tłumaczył Konstanty Radziwiłł: W ramach sieci szpitali chcemy, żeby pacjent mógł się czuć zaopiekowany w całości, a nie miał oferowane pojedyncze procedury medyczne, które są od siebie oderwane.

RAFAŁ JANISZEWSKI
AUTOR JEST WŁAŚCICIELEM
KANCELARII DORADCZEJ
DZIAŁAJĄCEJ W BRANŻY OCHRONY ZDROWIA.

artykuł ukazał się w wydaniu 3/2017 **MENEDŻERA ZDROWIA**

PERYSKOP

na raka piersi. – *Postęp medycyny sprawił, że liczba zgonów z tego powodu w ostatnich latach jest podobna i nie przekracza 6 tys.*

– podkreśliła Aleksandra Rudnicka z Polskiej Koalicji Pacjentów Onkologicznych.

Według Krajowego Rejestru Nowotworów, umieralność na raka piersi mniejsza jest u młodszych pacjentek, do 65. roku życia, nieco wzrasta natomiast u kobiet starszych powyżej 65 lat.

Liczba zachorowań na raka piersi prawdopodobnie nadal będzie rosła. Z danych KRN wynika, że w Polsce jest ona wciąż o 35% mniejsza w porównaniu ze średnią w Unii Europejskiej. Polska na tle innych krajów nadal wyróżnia się stosunkowo niską zachorowalnością na wszystkie choroby nowotworowe. Jesteśmy pod tym względem na jednym z ostatnich miejsc w Europie.

Lekarz Katarzyna Pogoda z Kliniki Nowotworów Piersi i Chirurgii Rekonstrukcyjnej Centrum Onkologii w Warszawie powiedziała, że najczęściej występuje tzw. hormonozależny rak piersi, na który przypada około 70% wszystkich przypadków tego nowotworu. Pozostałe jego odmiany to rak piersi HER-2 dodatni (ponad 20% zachorowań) oraz najtrudniejszy do leczenia potrójnie negatywny rak piersi (brak receptorów estrogenowych, progesteronowych oraz HER-2).

– *Specjalistka powiedziała, że skuteczność leczenia zależy od typu raka piersi, ale również od zaawansowania guza, czy jest tylko jedno ognisko choroby i czy są przerzuty do węzłów chłonnych. Jedynie u 6% kobiet ze świeżo wykrytą chorobą są już odległe przerzuty, np. do płuc i wątroby* – zwróciła uwagę lek. med. Katarzyna Pogoda.

Z danych przedstawionych na konferencji wynika, że u 30–40% pacjentek leczonych we wczesnym stadium raka piersi może dojść do nawrotu choroby i przerzutów odległych. Mediana czasu przeżycia kobiet z zaawansowanym rakiem piersi wynosi 2 lata. Wiele kobiet może żyć jednak znacznie dłużej, nawet 10 i więcej lat.

Harmonogram kursów

Lp.	Temat kursu i prowadzący	Data i miejsce	Tematyka szczegółowa	Liczba punktów	Oplata	Sposób zapisu
1	Kliniczno-laboratoryjne przyczyny uszkodzeń uzupełnień ceramicznych oraz możliwości ich wewnętrznej naprawy – dr hab. n. med. Mariusz Pryliński	19.05.2017 18.00–20.00 Sala wykładowa Poznań, al. Niepodległości 37	<ul style="list-style-type: none"> Przyczyny uszkodzeń metalowo-ceramicznych Przyczyny uszkodzeń uzupełnień jednolicie ceramicznych Wewnętrzna naprawa uzupełnień ceramicznych Trybochemiczne przygotowanie powierzchni podbudowy ceramiki i stopu metalu 	2	50 zł kaucja	odz@wil.org.pl lub 601 799 706
2	Choroba Alzheimera oraz farmakoterapia geriatryczna w codziennej praktyce lekarza POZ – prof. dr hab. n. med. Katarzyna Wieczorowska-Tobis, dr n. med. Andrzej Józwiak	23.05.2017 18.00–21.00 Sala wykładowa Piła, ul. Kryniczna 2	<ul style="list-style-type: none"> Diagnostyka zaburzeń funkcji poznawczych w codziennej praktyce Kiedy można rozpoznać otępienie np. w chorobie Alzheimera Farmakoterapia geriatryczna, interakcje lekowe 	2	50 zł kaucja	odz@wil.org.pl lub 601 799 706
3	Kurs komputerowy	24.05.2017 (I dzień) 9.00–13.00 25.05.2017 (II dzień) 9.00–13.00 Sala wykładowa Poznań, al. Niepodległości 37	poziom podstawowy	8	50 zł	61 852 58 60 wewn. 220 lub 601 799 706
4	Włókna szklane – czy naprawdę warto je stosować? Praktyczne podsumowanie kilku lat pracy – dr n. med. Iwona Kuroń-Opalińska	26.05.2017 10.00–14.30 Sala wykładowa Poznań, al. Niepodległości 37	<ul style="list-style-type: none"> Współczesna wiedza na temat włókien Gradacja postępowania terapeutycznego w stomatologii rekonstrukcyjnej Zasady odbudowy zębów Przypadki kliniczne Odbudowa zęba 1-kanalowego 	4	290 zł (członkowie WIL)	odz@wil.org.pl lub 601 799 706
5	Włókna szklane – czy naprawdę warto je stosować? Praktyczne podsumowanie kilku lat pracy – dr n. med. Iwona Kuroń-Opalińska	27.05.2017 10.00–14.30 Sala wykładowa Poznań, al. Niepodległości 37	<ul style="list-style-type: none"> Współczesna wiedza na temat włókien Gradacja postępowania terapeutycznego w stomatologii rekonstrukcyjnej Zasady odbudowy zębów Przypadki kliniczne Odbudowa zęba 1-kanalowego 	4	290 zł (członkowie WIL)	odz@wil.org.pl lub 601 799 706
6	Podstawy EKG w pediatrii – lek. Oskar Jaremba, dr n. med. Krzysztof Czyż	29.05.2017 (I dzień) 18.00–21.00 12.06.2017 (II dzień) 18.00–21.00 Sala wykładowa Poznań, al. Niepodległości 37	<ul style="list-style-type: none"> Technika wykonywania zapisu EKG Prawidłowy elektrokardiogram Nieprawidłowy elektrokardiogram Ocena EKG w wybranych jednostkach chorobowych 	6	50 zł kaucja	odz@wil.org.pl lub 601 799 706
7	Kurs komputerowy	30.05.2017 (I dzień) 15.00–19.00 31.05.2017 (II dzień) 15.00–19.00 Sala wykładowa Poznań, al. Niepodległości 37	poziom zaawansowany	8	50 zł	61 852 58 60 wewn. 220 lub 601 799 706
8	Kurs komputerowy	19.06.2017 (I dzień) 15.00–19.00 20.06.2017 (II dzień) 15.00–19.00 Sala wykładowa Poznań, al. Niepodległości 37	poziom średniozaawansowany	8	50 zł	61 852 58 60 wewn. 220 lub 601 799 706
9	Choroba Alzheimera oraz farmakoterapia geriatryczna w codziennej praktyce lekarza POZ – prof. dr hab. n. med. Katarzyna Wieczorowska-Tobis, dr n. med. Andrzej Józwiak	20.06.2017 18.00–21.00 Sala wykładowa Kalisz, ul. Poznańska 64	<ul style="list-style-type: none"> Diagnostyka zaburzeń funkcji poznawczych w codziennej praktyce Kiedy można rozpoznać otępienie np. w chorobie Alzheimera Farmakoterapia geriatryczna, interakcje lekowe 	2	50 zł kaucja	odz@wil.org.pl lub 601 799 706

Różnica między studentami i stażystami

Nadchodzą wakacje a wraz z nimi tzw. praktyki wakacyjne. Przedstawiamy ich możliwości i ograniczenia prawne.

Likwidacja stażu podyplomowego lekarzy i lekarzy dentyków, a następnie jego przywrócenie w nieco innej formie (inne uprawnienia stażysty, inne PWZ) sprawia, że większą wagę przywiązuje się do uregulowania stażu podyplomowego niż praktyk studenckich.

1. Stażysta ma tytuł zawodowy lekarza, lekarza dentystry, a student nie.
2. Stażysta ma prawo wykonywania zawodu lekarza (w postaci dokumentu). Student nie ma takiego prawa.
3. Stażysta przed przyznaniem prawa wykonywania zawodu podlega weryfikacji co do przesłanek rękopisami należytego wykonywania zawodu (ustawa o zawodach lekarza i lekarza dentystry). Wymaga się od niego nienaganej postawy etycznej, podobnie jak od osoby ubiegającej się o ograniczone prawo wykonywania zawodu. W ten sposób odsuwa się od udzielania świadczeń pacjentom osoby z „kartoteka karną”. Studenci nie podlegają tej weryfikacji.
4. Uprawnienia zawodowe stażysty zarówno pozytywne (co mu wolno), jak i negatywne (czego mu nie wolno – np. wykonywać zawodu poza miejscem odbywania stażu) są określone w ustawie o zawodach lekarza i lekarza dentystry (art. 15). Przede wszystkim określono wprost, że stażysta jest uprawniony do wykonywania zawodu (czyli udzielania świadczeń zdrowotnych). Uprawnienia studenta są bardziej enigmatyczne – nie mówi się o udzielaniu świadczeń zdrowotnych przez studenta, lecz o wykonywaniu czynności praktycznych albo o „wykonywaniu czynności wynikających z ramowego programu zajęć praktycznych”.
5. Stażysta podlega – jako osoba mająca prawo wykonywania zawodu – Kodeksowi etyki lekarskiej. Student nie podlega odpowiedzialności zawodowej za naruszenia KEL.
6. Stażysta otrzymuje za swoją pracę wykonywaną na rzecz podmiotu szkolącego wynagrodzenia, student nie.
7. Stażysta jest zatrudniony na podstawie umowy o pracę w podmiocie prowadzącym staż podyplomowy. Z tego tytułu podlega przepisom ochronnym w razie wyrządzenia szkody osobie trzeciej (pacjentowi) przy wykonywaniu czynności zawodowych. Jeśli pacjent dozna szkody na skutek błędu stażysty, to odpowiedzialność cywilnoprawna stażysty jest ograniczona do trzykrotnej pensji (art. 119 kodeksu pracy).
8. Trzeba uwzględnić powszechne wyobrażenie pacjentów o tym, kto powinien im udzielać świadczeń zdrowotnych – inaczej dla przeciętnego pacjenta brzmi słowo „lekarz stażysta”, a inaczej (gorzej) „student”. Obecność studenta może potęgować podejrzliwość pacjenta wobec całego personelu udzielającego świadczeń zdrowotnych.

ANDRZEJ BASZKOWSKI,
NA PODSTAWIE OPRACOWANIA MEC. MICHAŁA KOZIKA (NIL)

Lekarze seniorzy – recepty *pro auctore* i *pro familiae*

W bieżącym numerze „Biuletynu Informacyjnego WIL” zostało opublikowane pismo Wydziału Gospodarki Lekami WOW NFZ o obowiązujących zasadach uzyskiwania dostępu do numerów recept na leki refundowane.

W piśmie tym podano, że w celu utrzymania dostępu do pobierania tych recept należy przed końcem czerwca uaktualnić swoje dane w Systemie Numerowanych Recept Lekarskich (na stronie www Funduszu w zakładce SNRL/Portal Personelu) i złożyć do NFZ odpowiedni wniosek w wersji elektronicznej i w wersji papierowej. Dla osób wystawiających wyłącznie recepty *pro familiae* i *pro auctore* jest możliwość uaktualnienia danych i złożenia wniosków bezpośrednio (osobiście) w oddziałach Funduszu.

Z początkiem 2017 r. roku NFZ rozesłał do lekarzy wystawiających recepty *pro auctore* i *pro familiae* listy zawierające wnioski, na których można dokonać aktualizacji danych, a po odesłaniu wypełnionego wniosku do NFZ uzyskać dostęp do uzyskiwania recept na leki refundowane. Nie wszyscy odesłali wypełnione wnioski. Wypełnione wnioski można jeszcze teraz w trybie pilnym wysłać do NFZ, by uzyskać możliwość drukowania tych recept.

Dzięki staraniom WIL lekarze seniorzy mogą dokonywać aktualizacji danych i składać wnioski do NFZ o nadanie numerów recept za pośrednictwem izby. Należy wtedy mieć z sobą dokument z Funduszu o nadaniu nr PIN i hasła (szczegółowe informacje tel.: 61 851 87 66 lub 783 993 901).

Część lekarzy seniorów przeprowadziła już te procedury i może drukować recepty w nowym formacie. Niektórzy uaktualnili dane i dostarczyli do NFZ wnioski tylko w formie elektronicznej, a nie przesłali go w formie papierowej, co spowoduje brak możliwości drukowania recept na leki refundowane.

Tych wszystkich, którzy jeszcze nie zdołali uaktualnić danych i złożyć omawianych wniosków, proszę, by uczynili to niezwłocznie. W ten sposób unikniemy w ostatnich dniach czerwca niepotrzebnych kolejek przy ubieganiu się o możliwość dostępu do recept na leki refundowane.

PRZEWODNICZĄCY KOMISJI ORL WIL
DS. LEKARZY EMERYTÓW I RENCISTÓW
STANISŁAW DZIECIUCHOWICZ

Zarządzanie profesjonalne

Zarządzanie przez *coaching* w polskich szpitalach

Organizacje działające na rynku usług medycznych zawsze pochylały się w kierunku człowieka: zarówno pacjenta, jak i personelu medycznego. Człowiek jest bowiem czynnikiem budowania przewagi konkurencyjnej oraz pomostem rozpiętym pomiędzy naukami ekonomicznymi i pozaekonomicznymi. Menedżerowie w szpitalach i mniejszych centrach medycznych od lat poszukują metody skutecznego zarządzania nim w organizacji w taki sposób, aby jego wydajność była maksymalna i nosiła znamiona stale rosnącej.

Jedna z najskuteczniejszych ścieżek rozwoju człowieka w organizacji jest oparta na zasadzie długofalowej opieki nad pracownikiem w miejscu pracy, zapewnionej przez eksperta – mistrza. *Coaching* ma bowiem na celu rozwijanie wiedzy, umiejętności, kształtowanie zachowań i przeniesienie doświadczeń w sposób bezpośredni z osoby bardziej doświadczonej na ucznia.

Zarządzanie przez *coaching* w szpitalach opiera się na traktowaniu zasobów ludzkich w placówce medycznej jako potencjału, który można rozwijać i z którego można otrzymać zwrot, podobnie jak w wypadku inwestycji. *Coachem* jest zazwyczaj osoba wchodząca w bliski kontakt z pracownikiem:

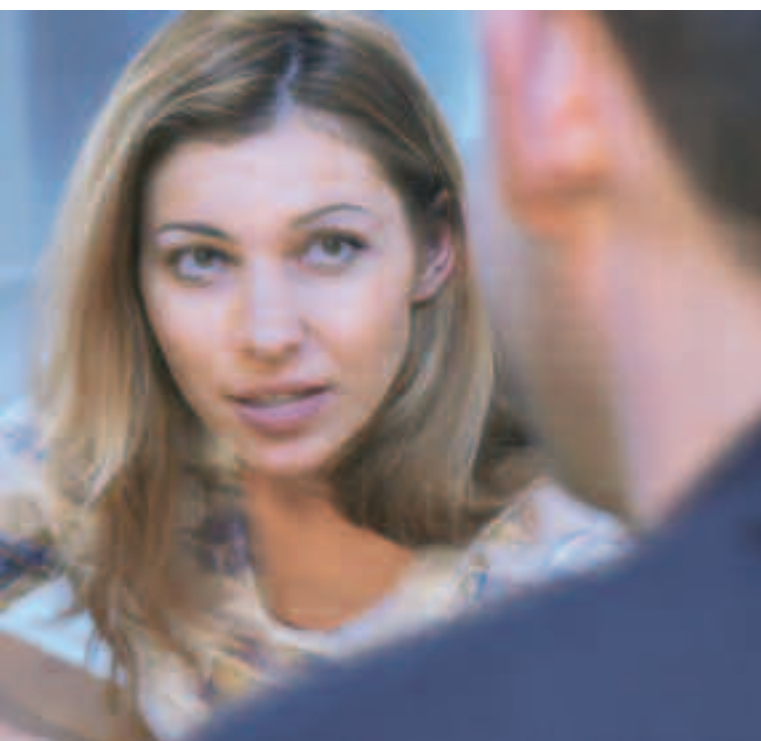
Doktor n. ekon. Magdalena Szumska od 2001 r. współzarządza jednostkami medycznymi. Badawczo i wdrożeniowo interesuje się problematyką zarządzania i marketingu oraz relacjami w usługach medycznych, z nastawieniem na prawolubność i doskonale wyniki jednostek medycznych. Ukończyła z najwyższą oceną studia na Uniwersytecie Ekonomicznym w Poznaniu na Wydziale Zarządzania, a następnie Institut de Gestion de Rennes IGR-IAE na Université de Rennes we Francji; doktoryzowała się w 2004 r. Autorka kilkudziesięciu publikacji, w tym książek i podręczników dla lekarzy, zarządzających i personelu średniego. Wprowadziła pojęcie trudnego pacjenta w medycynie. Ekspert w zakresie zarządzania jednostkami medycznymi.



długofalowo, systematycznie, za pomocą rzetelnych i regularnych sprzężeń w postaci informacji zwrotnych. Zazwyczaj *coachem* jest dla podwładnego przełożony, a dla osoby młodszego stażem – starszy kolega. *Coaching* rozumieć więc można jako wspólne znajdowanie rozwiązań przez podwładnego i przełożonego oraz motywowanie do pozytywnych zmian, co jest również nieustanną determinantą rozwoju nauk, w tym medycznych. *Coaching* ma na celu analizę potencjału człowieka w organizacji, identyfikację luk w wiedzy i umiejętnościach, a następnie uzupełnienie tych przestrzeni dzięki stałemu, permanentnemu treningowi w konkretnych sytuacjach zawodowych. Jeśli chirurg zademonstruje asystentom, jak prawidłowo przeprowadzić zabieg, a wcześniej objaśni im, na czym on będzie polegał, to możemy założyć, że rozpoczął się w ten sposób proces *coachingu*. Jeśli młodszy stażem lekarz na tym nie skończy, ale będzie przypatrywał się podobnym zabiegom tegoż chirurga, następnie mu asystował, a potem sam operował pod czujnym okiem tej samej osoby, to możemy śmiało powiedzieć, że *coaching* w danej klinice czy na oddziale jest realizowany.

Na szczególną uwagę zasługuje fakt, że zarządzanie przez *coaching* samoistnie istnieje w niemalże każdym szpitalu i wystarczy to zjawisko oprawić w ramy polityki kadrowej, a następnie dookreślić metodycznie, choćby wyłącznie na przestrzeni zawodów medycznych. Dzięki temu można uzyskać dodatkowy, silny czynnik motywacyjny o charakterze pozafinansowym: jest to doskonale przekazywane doświadczenie i bezcenna wiedza z praktyki medycznej. Trudno nawet polemizować z faktem, że w wielu ośrodkach medycznych młodzi lekarze najmują się do pracy wyłącznie po to, aby uczyć się od zawodowych mistrzów. To duża korzyść zarówno dla personelu medycznego, jak i całej placówki. Jest to w istocie korzyść istnienia *coachingu* w medycynie.

Pracownik uczestniczący w zarządzaniu przez *coaching* otrzymuje możliwości zwiększenia swojej wydajności, a więc może intensywniej niż do tej pory wpływać na efekt końcowy działalności organizacji. Oznacza to, że wzrost efektywności wykorzystania zasobów ludzkich przełoży się na efektywność zarządzania jednostką medyczną czy choćby pojedynczą kliniką. W prostej linii *coaching* wpływa więc na osiągnięcie trwałej przewagi konkurencyjnej, czyli pomaga



rozwiązać podstawowy problem wszelkich organizacji istniejących na rynku. Ponieważ w dzisiejszej gospodarce jakość i wydajność stały się głównymi determinantami sukcesu lub porażki organizacji, należy uznać i docenić rolę zarządzania przez *coaching* w podnoszeniu jej jakości (Q) i wydajności (E)¹.

Zarządzanie przez *coaching*, aby było skuteczne i przyczyniło się do sukcesu przedsiębiorstwa, musi realizować na możliwie wysokim poziomie następujące zadania: zarządzanie instrumentami, kompetencjami, zmianami oraz tworzeniem wartości². Sprawny *coaching* prowadzi bowiem do skrócenia czasu poświęconego na dane działanie, przy jednoczesnym poniesieniu jakości wyników tego działania. *Coaching* podkreśla wagę pojedynczego pracownika poprzez budowanie systemu opieki nad nim i zaspokajanie potrzeb pracowniczych w zakresie samorealizacji i rozwoju. *Coaching* obniża koszty o te związane z wyeliminowaniem tradycyjnych metod szkolenia personelu i jest prostym rozwiązaniem na uzyskanie wpływu na wydajność pracy dzięki odpowiedniemu angażowaniu i aktywizowaniu pracowników przez *coachów* – mistrzów.

Metoda zarządzania przez *coaching* opiera się na skutecznej komunikacji wewnątrz organizacji, współdziałaniu pracowników w działaniach organizacji i procesie decyzyjnym oraz na współpracy ze wszystkimi organizacjami w zakładzie pracy, przy jednoczesnym podkreślaniu wagi rozwoju każdego pracownika. Pozwala na ukształtowanie właściwej kadry zarządzającej oraz na permanentną, bieżącą kontrolę i ocenę wyników pracy dzięki zastosowaniu stałej i rzetelnej, najczęściej ustnej, informacji zwrotnej. *Coaching* pozwala na bieżącą ocenę wyników i jakości pracy właściwie na dowolnym jej etapie, a więc praktyczna strona *coachingu* przejawia się w codziennej pracy w jednostce medycznej, co stanowi dużą przewagę nad innymi, dotychczas znanymi metodami zarządzania.

Zarządzanie przez *coaching* jest metodą pozafinansową, gdyż najczęściej nie wiąże się z bodźcowaniem ekonomicznym, a przynajmniej nie bezpośrednio. *Coaching* jest pożądanym zjawiskiem w zarządzaniu zasobami ludzkimi w organizacjach, co często jest dostrzegane przez samych pacjentów jako odbiorców usług medycznych oferowanych przez szpital. Pamiętajmy jednak, że z punktu widzenia zorganizowanego zastosowania *coachingu* w organizacji powinien on zostać sformalizowany. Dopiero wtedy można mówić o metodzie zarządzania przez *coaching*. Zastosowanie *coachingu* w zarządzaniu organizacjami o ograniczonych możliwościach finansowych stanowi nadal mało rozpoznane pole badawcze w polskiej i światowej literaturze przedmiotu.

W artykule wykorzystano wyniki badań naukowych zamieszczonych w rozprawie doktorskiej M. Szumskiej „Zarządzanie Zasobami Ludzkimi Przez Coaching w polskich szpitalach” oraz uwzględniono informacje z autoreferatu do ww. rozprawy doktorskiej.

PRZYPISY

¹ Por. R. W. Griffin, Podstawy zarządzania organizacjami, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2002; s. 615.

² Por. H. Böhm, Zarządzanie personelem w przyszłości, „Zarządzanie Zasobami Ludzkimi” 2002; 1, s. 17 i dalsze.

Tak minął kwiecień w Izbie

- 1.04 – posiedzenie XXXIX Okręgowego Zjazdu Lekarzy Wielkopolskiej Izby Lekarskiej
posiedzenie Prezydium Okręgowej Rady Lekarskiej Wielkopolskiej Izby Lekarskiej
certyfikowany przez ERC kurs EPLS – Zaawansowane zabiegi resuscytacyjne
u pacjentów pediatrycznych – I dzień
- 2.04 – certyfikowany przez ERC kurs EPLS – Zaawansowane zabiegi resuscytacyjne
u pacjentów pediatrycznych – II dzień
- 4.04 – spotkanie okolicznościowe lekarzy seniorów
- 5.04 – spotkanie okolicznościowe lekarzy seniorów
- 7.04 – szkolenie organizowane przez firmę zewnętrzną
- 8.04 – szkolenie dla lekarzy dentyistów – Nowoczesne metody zabezpieczenia oszlifowanych
zębów filarowych
- 10.04 – szkolenie dla stażystów z bioetyki
posiedzenie Komisji ds. Etyki Lekarskiej
- 11.04 – szkolenie dla stażystów z bioetyki
posiedzenie Okręgowej Komisji Wyborczej
posiedzenie Prezydium Okręgowej Rady Lekarskiej Wielkopolskiej Izby Lekarskiej
gala z okazji wręczenia Statuetki „Wielkopolski Lekarz z sercem”
wernisaż prac malarskich Grażyny Omylak z Koła lekarzy malujących w Klubie
Lekarza WIL
- 12.04 – szkolenie dla stażystów z bioetyki
spotkanie studenckiego koła naukowego
- 18.04 – kurs dla stażystów z prawa medycznego
szkolenie w Delegaturze Konińskiej WIL „Choroba Alzheimerera oraz farmakoterapia
geriatryczna w codziennej praktyce lekarza POZ”
posiedzenie Komisji ds. Konkursów
- 19.04 – kurs dla stażystów z prawa medycznego
posiedzenie Komisji Bioetycznej
- 20.04 – kurs dla stażystów z prawa medycznego
posiedzenie komisji specjalnej
spotkanie okolicznościowe lekarzy seniorów
- 21.04 – kurs dla stażystów z prawa medycznego
- 22.04 – posiedzenie Okręgowej Rady Lekarskiej w nowej siedzibie Delegatury Konińskiej
WIL
szkolenie współorganizowane z firmą Pozyttron „Ochrona radiologiczna pacjenta”
- 24.04 – kurs specjalizacyjny „Ratownictwo medyczne” – I dzień
- 25.04 – kurs specjalizacyjny „Ratownictwo medyczne” – II dzień
- 26.04 – kurs specjalizacyjny „Ratownictwo medyczne” – III dzień
posiedzenie Komisji ds. Rejestru Lekarzy
- 27.04 – kurs specjalizacyjny „Ratownictwo medyczne” – IV dzień
spotkanie okolicznościowe lekarzy seniorów
posiedzenie Komisji ds. Zasad Finansowania Działalności Leczniczej i Warunków
Wykonywania Zawodu
posiedzenie Komisji ds. Młodych Lekarzy
- 28.04 – kurs specjalizacyjny „Ratownictwo medyczne” – V dzień
szkolenie dla lekarzy dentyistów – Funkcjonalne i estetyczne uzupełnienia prote-
tyczne o minimalnej inwazyjności

Wtorki i piątki – spotkania Chóru WIL

Środy – spotkania Zespołu Kameralnego „Operacja Muzyka”

Czwartki, soboty – kursy językowe

Przychodzi lekarz do... lekarza



I jak się pan/pani czuje? To standardowe pytanie, jakie setki razy lekarze stawiają pacjentom w gabinetach, przychodniach, szpitalach i sanatoriach. A czy pacjent, choćby od czasu do czasu, pomyśli o tym, jak czuje się lekarz?

Co jakiś czas w mediach powraca temat: na co chorują lekarze, czy są choroby, na które zapadają częściej niż ich pacjenci? W kolejnych publikacjach wskazuje się przede wszystkim na zaburzenia depresyjne, stany lękowe oraz uzależnienia.

Zdaniem Doroty Rzepniewskiej, psychiatry i psychoterapeuty uzależnień – jak czytamy w portalu Natemat.pl – „schorzenia dotyczące lekarzy można podzielić na dwie grupy: choroby związane i niezwiązane z zawodem. Podobnie jak reszta społeczeństwa, 1–3% medyków cierpi na psychozy endogenne, takie jak schizofrenia, depresja nawracająca czy choroba afektywna dwubiegunowa. Tymczasem choroby, których ryzyko ściśle związane jest z wykonywanymi obowiązkami, to przede wszystkim uzależnienia i depresje sytuacyjne. Te drugie wynikają ze stresu związanego z nieustannym kontaktem z chorobami, śmiercią i cierpieniem, a także z konieczności ciągłego kształcenia się, na które lekarzom brak czasu – podkreśla psychiatra. Sytuacja ta przyczynia się do obniżenia nastroju, trudności z podjęciem pracy, wypalenia zawodowego czy wyczerpania”.

Lekarzy emerytów i rencistów, według danych sprzed kilku lat, czytamy na www.nil.org.pl, „najczęściej dotyczą choroby układu krążenia (nadciśnienie tętnicze, choroba wieńcowa) i schorzenia laryngologiczne (osłabienie słuchu). Na trzecim miejscu są choroby stawów, następnie stomatologia (protezy) i schorzenia gastroenterologiczne (nadkwasota, choroba wrzodowa)”.

Latem 2016 r. w Londynie odbyło się spotkanie zorganizowane przez Royal College of Psychiatrists. Jego tematem było zdrowie młodych lekarzy. Portal Biuletyn.servier.pl w ślad za publikacją w „The Lancet” informuje: „Przyznanie się do choroby i jej akceptacja jest koncepcją obcą wielu lekarzom, a szukanie pomocy dopiero w zaawansowanym stadium częste. Lekarze z trudem znajdują czas na wizyty u swoich kolegów po fachu, często nie rejestrują się u lekarza rodzinnego, mają opo-

ry przed ujawnianiem objawów, obawiają się stygmatyzacji i konsekwencji dla kariery z przyznania się do choroby. Wśród lekarzy częste są zaburzenia psychiczne, jak stany lekowe, depresja i próby samobójcze, wypalenie zawodowe, uzależnienia. Zdrowiu młodych lekarzy nie sprzyjają praca w kilku miejscach, niepewne i zmieniające się warunki zatrudnienia, liczne egzaminy, częste dyżury, trudności w znalezieniu czasu na zdrowe posiłki, sport i relaks. Ankietowani skarżyli się na złe relacje interpersonalne, mobbing i toksyczne środowisko pracy”.

„Newsweek” z 23 lutego 2017 r. przywołuje opinię dr. Jerzego Pobocho, byłego prezesa Polskiego Towarzystwa Psychiatrii Sądowej, sytuującą lekarzy w grupie osób, którym najbardziej zależy na ukrywaniu zaburzeń psychicznych. Są w niej jeszcze przedstawiciele służ mundurowych, marynarze, nauczyciele, urzędnicy izb skarbowych i prawnicy, a także zawodowi kierowcy, piloci i maszyniści pociągów.

Profesor Janusz Heitzman, wiceprezes Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego, dyrektor Instytutu Psychiatrii i Neurologii w Warszawie, w odpowiedzi na pytanie Krystiana Lurki („Duży Format”, 27 marca 2017 r.), ilu lekarzy ma kłopoty psychiczne, stwierdził: „Od 8 do 15 proc. Dominują zaburzenia związane z uzależnieniami od substancji psychotropowych i z zaburzeniami nastroju. Dodaje, że najczęstszym powodem przyjęć lekarzy do szpitali psychiatrycznych są epizody depresji, choroba afektywna jedno- i dwubiegunowa i tak zwane uporczywe zaburzenia nastroju. Czym są spowodowane? Odpowiedzialnością związaną z tym, że od decyzji lekarza zależy zdrowie i życie pacjenta, a w konsekwencji stresem i przemęczeniem fizycznym. Frustracja zawodowa jest związana z niezawinioną nieskutecznością prowadzonego leczenia, pracą na dwóch lub więcej etatach, koniecznością całodobowego dyżurowania”.

W niektórych publikacjach wspomina się o art. 64 Kodeksu etyki lekarskiej, który stanowi, że „w czasie wykonywania swej pracy lekarz musi zachować trzeźwość i nie podlegać działaniu jakichkolwiek środków uzależniających”. Zachodzi uzasadniona obawa, że w następstwie działania leków psychotropowych lekarz może podjąć niewłaściwą decyzję dotyczącą leczenia pacjenta.

Profesor Romuald Krajewski, wiceprezes Naczelnej Rady Lekarskiej, na pytanie, czy depresje lekarzy to powód do niepokoju samorządu lekarskiego („Duży Format”, 27 marca 2017 r.), odpowiedział: „Zdecydowanie tak. Wypalenie zawodowe i kłopoty psychiczne lekarzy potwierdzają opublikowane statystyki i badania. Wśród lekarzy jest więcej rozwodów, więcej samobójstw i prawdopodobnie więcej osób zażywa leki psychotropowe niż w pozostałej części społeczeństwa. Naczelna Izba Lekarska przeprowadziła reprezentatywne badania w środowisku lekarzy i lekarzy dentystów. Pierwsze pytanie dotyczyło tego, czy lekarze obserwują objawy wypalenia zawodowego u swoich współpracowników. Drugie – czy oni sami mają objawy wypalenia zawodowego. Twierdząco na oba pytania odpowiedziało 40 proc. pytanym. To potwierdza, że problem jest duży”.



JACEK JUSZCZYK. Profesor. Autor około 400 artykułów z zakresu medycyny publikowanych w kraju i zagranicą. Były kierownik Katedry i Kliniki Chorób Zakaźnych Uniwersytetu Medycznego w Poznaniu. Były Specjalista Krajowy. Członek komitetów naukowych i rad programowych. Laureat licznych nagród towarzystw naukowych, ministerialnych i uczelnianych... Mimo ogromu prac naukowych znajdował czas na pisanie recenzji z zakresu poezji, plastyki, sztuki, kultury i historii medycyny. Właśnie ukazał się kolejny tomik wierszy zatytułowany WIERSZE. Można być naukowcem, humanistą i poetą, ale nie oznacza to, że można przestać być wrażliwym lekarzem. Tak jak w wierszu „Moi chorzy”. AB

Absolwenci rocznik 1957–1963

Zjazd Absolwentów Wydziału Lekarskiego
i Oddziału Stomatologii
Akademii Medycznej w Poznaniu
rocznika 1957–1963

**Zapraszamy na spotkanie
z okazji 55-lecia
uzyskania absolutorium**

Antonin – Pałac Myśliwski Książąt Radziwiłłów
2–3 września 2017 r., początek godz. 12.00

KOSZT UCZESTNICTWA – 300 zł

Wpłaty prosimy dokonywać na konto:
06 1090 1160 0000 0000 1600 6249
z dopiskiem Andrzej Krzak Zjazd Lekarski

Zgłoszenia uczestnictwa i dowody wpłat prosimy przesyłać
do 30 lipca 2017 r. na adres:
Andrzej Krzak, ul. Makuszyńskiego 13, 63-400 Ostrów Wlkp.

Zakwaterowanie w hotelach: hasło Zjazd Lekarski

- Pałac Myśliwski Antonin – tel. 62 73 48 300
- Hotel Lido Antonin – tel. 62 73 48 191
- Nadleśnictwo Antonin – tel. 62 73 48 124

Kontakt: tel. 62 73 62 777, 601 646 043, e-mail: akrzak@vp.pl

Komisja ds. Emerytów i Rencistów organizuje 27 czerwca 2017 r. (wtorek) wycieczkę do Kłodawy, Uniejowa, Turku i Żychlina

Program:

- **zbiórka** przy Operze Poznańskiej o godz. 7.45, odjazd o godz. 8.00, powrót do Poznania ok. godz. 19.00.
- **Kłodawa** – kopalnia soli, zjazd windą na 600 m pod ziemię, przejście wyrobiskami do kaplicy św. Kingi, obejrzenie wyeksploatowanych komór solnych oraz maszyn używanych w podziemnym górnictwie solnym.
- **Uniejów** – średniowieczny zamek arcybiskupów gnieźnieńskich, termy Uniejowa, spotkanie integracyjne przy obiedzie.
- **Turek** – kościół z witrażami i polichromią Mehoffera i Powalisza.
- **Żychlin** – miejscowość związana z pobytom Fryderyka Chopina (pomnik kompozytora), zespół parafialny Kościoła Ewangelicko Reformowanego (jedyne, jaki przetrwał od czasów polskiej reformacji do dziś), z typową architekturą budownictwa sakralnego tego wyznania.

Spotkanie integracyjne przy obiedzie opłaca WIL. Przewidujemy udział maksymalnie dla 45 osób.

Zgłoszenia przyjmuje sekretariat WIL do 6 czerwca (tel. 783 993 901 61 851 87 58 wew. 180). Prosimy podać poza imieniem i nazwiskiem adres i datę urodzenia – dane te potrzebne są do zawarcia ubezpieczenia, a dla celów organizacyjnych podanie nr telefonu najlepiej komórkowego. Zgłoszenie należy potwierdzić poprzez dokonanie do 6 czerwca wpłaty 85 zł w kasie WIL lub na konto WIL w PKO BP SA 4. Oddział w Poznaniu 45 1020 4027 0000 1102 0404 3501 z podaniem w tytule wpłaty: wycieczka KŁODAWA. Koszt autobusu i wstępów ze względów fiskalnych pokrywają uczestnicy wycieczki. Koszty spotkania integracyjnego opłaca WIL. Niewykorzystane pieniądze zostaną przekazane na rzecz WIL.

Telefony kontaktowe: sekretariat WIL oraz organizatorzy: S.M. Dzieciuchowicz
– tel. 600 027 032, S. Sobisz – tel. 603 999 544

Zapraszamy na spotkanie koleżeńskie z okazji 25. rocznicy uzyskania Dyplomu Lekarza Stomatologa absolwentów Wydziału Stomatologicznego Akademii Medycznej w Poznaniu w latach 1987–1992.

Spotkanie odbędzie się 7.10.2017 godz. 17.00
w Hotelu Delicjusz w miejscowości Trzebaw, gmina Sęszew.
Koszt 250 zł – mile widziane osoby towarzyszące.

Rezerwacja hotelu we własnym zakresie. Wpłaty oznakowane imieniem i nazwiskiem uczestnika należy kierować na konto Alior Bank (Hanna Ciesielska) 05 24 90 0005 0000 4000 5715 0993

Organizatorzy:

Joanna Chuda-Skrzypczak: tel. 601 737 805, e-mail: joannaskrzypczak69@o2.pl
Hanna Pielak-Ciesielska: tel. 601 563 454,
termin wpłaty do 30.08.2017

Konkurs Wielkopolski Lekarz z Sercem im. Kazimierza Hołogi

W Teatrze Wielkim w Poznaniu 11 kwietnia 2017 r. odbyła się wyjątkowa uroczystość wręczenia nagrody i wyróżnień lekarzom wyłonionym z nominowanych do konkursu Lekarz z Sercem im. Kazimierza Hołogi. Z inicjatywą zorganizowania pierwszej edycji konkursu wystąpił marszałek województwa wielkopolskiego, a organizacją zajęli się Urząd Marszałkowski Województwa Wielkopolskiego i Wielkopolska Izba Lekarska.

Lekarze w XXI w., niosąc pomoc pacjentom, poruszają się w niezbyt przyjaznym systemie ochrony zdrowia, gdzie lekarz to świadczeniodawca, a pacjent to świadczeniobiorca, w systemie pełnym procedur, biurokracji i limitów świadczeń. Zdawać by się mogło, że w gąszczu przepisów, zarządzeń, nakazów i zakazów lekarz spogląda na pacjenta zza ekranu komputera, który stał się niezbędnym elementem wyposażenia jego praktyki. Tak jednak nie jest.

Pośród nas, lekarzy, nie brakuje kierujących się empatią, poszanowaniem chorego, niosących pomoc ciepłym, pełnym ciepła i serca, podejmujących liczne inicjatywy społeczne wykraczające poza zakres obowiązków lekarza.

To z myślą o tych lekarzach zorganizowany został wspomniany konkurs, a wybór jego patrona, dr. Kazimierza Hołogi, nie był przypadkowy. Doktor Hołoga to wzór lekarza, społecznik, człowiek pełen dobra, oddany pacjentom. Jego proces beatyfikacyjny rozpoczął się w 2016 r.

W celu wyłonienia laureatów organizatorzy powołali kapitułę konkursu w składzie:

- przewodniczący: Maciej Sytek, dyrektor Departamentu Zdrowia Urzędu Marszałkowskiego Województwa Wielkopolskiego,
- członkowie: Krystyna Chowańska, prezes Towarzystwa Przyjaciół Dzieci Oddział w Koninie, Beata Dudzińska, zastępca prezydenta Piły, Bolesław Szudejko, twórca Leszczyńskiego Klubu Myśli Obywatelskiej, Bogdan Zmysłony, dyrektor generalny, prezes zarządu Pratt & Whitney w Kaliszu, Wojciech Buxakowski, przedstawiciel Wielkopolskiej Izby Lekarskiej, Marian Furmaniuk, przedstawiciel Wielkopolskiej Izby Lekarskiej, Elżbieta Marcinkowska, przedstawicielka Wielkopolskiej Izby Lekarskiej, Andrzej

Obrębowski, przedstawiciel Wielkopolskiej Izby Lekarskiej, Katarzyna Piotrowska, przedstawicielka Wielkopolskiej Izby Lekarskiej.

Kapituła konkursu miała trudne zadanie, gdyż po analizie postaw i dokonaniach każdy ze zgłoszonych kandydatów zasługiwał na wyjątkowo wysokie uznanie. Przyznano nagrodę główną i dwa równorzędne wyróżnienia.

Laureatem konkursu Wielkopolski Lekarz z Sercem został prof. dr hab. n. med., *dr honoris causa* Jacek Łuczak, prekursor opieki paliatywnej. Od 30 lat jest lekarzem hospicyjnym i kierownikiem Hospicjum Palium Szpitala Przemienienia Pańskiego Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu, założycielem i prezesem Polskiego Towarzystwa Opieki Paliatywnej Oddział w Poznaniu, członkiem Królewskiego Londyńskiego Towarzystwa Lekarskiego. Odpowiedzialny za rozwój i podniesienie jakości opieki paliatywnej nie tylko w województwie wielkopolskim, lecz także w całym kraju i poza jego granicami. Niosąc nieocenioną pomoc chorym i ich rodzinom, z trudem poruszając się o kulach, doświadcza wielkiego cierpienia spowodowanego chorobą syna.

Panie profesorze! Najwyższe uznanie i gratulacje. Dziękują panu pacjenci za pomoc, serdeczne wsparcie i ulgę w cierpieniu. Dziękują panu rodziny chorych. Dziękujemy my, lekarze, za wskazanie właściwej drogi postępowania i leczenia.

Wyróżnienia otrzymali:

Lekarz Bożena Janicka – specjalista pediatrii i medycyny rodzinnej. Wyróżnia się aktywnością społeczną i charytatywną na rzecz dzieci i rodzin potrzebujących wsparcia. Współpracuje oraz uczestniczy w licznych projektach Towarzystwa Przyjaciół Dzieci w Koninie.

Jej największa pasja to medycyna, niesienie pomocy zwłaszcza małym pacjentom, a realizuje ją zawodowo od 30 lat. Z czasem pojawiła się kolejna pasja – prawo medyczne oraz polityka zdrowotna i jej obraz w Polsce. – *Tłem moich działań jest dom, rodzina, przyjaciele, którzy są ostoją i wyciszeniem, ale również dają siłę do samorealizacji* – powiedziała Bożena Janicka.

Gratulujemy wyróżnienia i dziękujemy za pomoc chorym, potrzebującym wsparcia, propagowanie szczepień ochronnych, społeczną postawę, działalność charytatywną i poświęcenie dla wartości pozawodowych.

Lekarz Marek Daniel – ginekolog, były wieloletni zastępca SP ZOZ nad Matką i Dzieckiem w Poznaniu, dyrektor medyczny Szpitala w Puszczykowie. Inicjator utworzenia poradni ginekologicznych dla dzieci i młodzieży, pomysłodawca porodów rodzinnych, współpracujący z ośrodkami adopcyjnymi i domami samotnej matki w Wielkopolsce. Społecznik, harcerz, organizator charytatywnych spotkań ekumenicznych, patriotycznych i kulturalnych. Miłośnik muzyki. – *Muzyka jest dla duszy i ciała lekarstwem niezwykle skutecznym* – przekonywał Marek Daniel.

Gratulacje i podziękowania za pionierską działalność na polu zawodowym, postawę społeczną, działalność charytatywną, aktywność na polu kultury i na rzecz konsolidacji środowiska.

Dołączamy się do gratulacji, które złożyli obecni na gali organizatorzy konkursu, przedstawiciele władz oraz zaproszeni goście.

Po wręczeniu dyplomów i Krysztalowego Serca laureatom i po wysłuchaniu koncertu muzycznego laureaci i goście przeszli do pięknego foyer. Atmosfera uroczystości była wyjątkowa, po prostu serdeczna.

ELŻBIETA MARCINKOWSKA

ogłoszenia także na
www.wil.org.pl

SPRZEDAM
**Kompletnie wyposażoną
Praktykę Stomatologiczną**
w Poznaniu
od 1 lipca 2017 r.
Tel. 608 319 020

**8-letni UNIT
stomatologiczny**
oraz kompletne
wypożyczenie gabinetu
sprzedam
tel. 501 465 676



WSPIA.PL/CME

ZAPEWNIAMY:

- WSPÓŁPRACĘ Z RENOMOWANYMI OŚRODKAMI MEDYCYNY ESTETYCZNEJ
- MOŻLIWOŚĆ ZAPOZNANIA SIĘ Z TECHNIKAMI ZABIEGÓW WYKONYWANymi PRZEZ EKSPERTÓW Z POLSKI I ZAGRANICY
- PROGRAM STUDIÓW DOPASOWANY DO NAJNOWSZYCH TRENDÓW
- NOWOCZESNĄ BAZĘ DYDAKTYCZNĄ I ZABIEGOWĄ
- ZAJĘCIA W MAŁYCH GRUPACH STUDENCKICH

REKRUTACJA

TEL. 618 32 11 79

JEDYNA TAKA UCZELNIA W POLSCE ZACHODNIEJ



**DWULETNI
STUDIA PODYPLOMOWE
DLA LEKARZY**



**Zakład Ubezpieczeń Społecznych Oddział
w Ostrowie Wielkopolskim**

zaprasza chętnych lekarzy do zgłaszania
swojej oferty współpracy i aplikowania
na stanowisko

lekarza orzecznika w ZUS.

Zapraszamy lekarzy medycyny z tytułem
specjalisty (w szczególności: choroby
wewnętrzne, chirurgia, neurologia, psychiatria,
medycyna pracy, medycyna społeczna).

Oferujemy zatrudnienie w ramach umowy
o pracę, niepełny wymiar czasu pracy
oraz możliwości rozwoju zawodowego
i osobistego, w tym studia podyplomowe.

Kontakt: tel. 62 735 74 52 lub 62 735 72 80.

Gabinet
stomatologiczny
w Poznaniu
nawiąże współpracę

**Z LEKARZEM
STOMATOLOGIEM**

(umowa z NFZ)

tel. kontaktowy 602 105 133

Pilnie zatrudnimy
Lekarza stomatologa

Dobre warunki finansowe
i organizacyjne.
Poznań, ul. Marcelińska 96/201
tel. 608 78 55 60
www.persona.pl

**Specjalista neurolog
podejmie współpracę**
najchętniej w ramach
medycyny pracy

**Poznań
lub południowo-zachodnie okolice**
Tel. 603 638 819

**Zatrudnię
w Poznaniu
lekarzy
do pracy w POZ**

lista aktywna

tel. 577 797 946

Wynajmę:

**Przychodnia lekarska,
centrum rehabilitacji,
dom opieki z odbiorem sanepidu,**
po remoncie na Poznańskich Ratajach.
295m², 218m² (można łączyć
– razem 510m²), obok magazyn 140m².
W bezpośrednim sąsiedztwie apteka
oraz parkingi.

link: www.lionsexpert.pl
(zakładka lokale użytkowe).
Telefon: 791 149 782
e-mail: oskar@lionsexpert.pl

**Zatrudnimy w POZ
w Dąbrowie k. Poznania
lekarza pediatrę
lekarza rodzinnego
lub internistę**
tel. 697 716 654

Zespół
Lekarzy Rodzinnych
w Poznaniu
nawiąże współpracę
z lekarzami specjalistami
w dziedzinach:
**kardiologia, endokrynologia,
pulmonologia, laryngologia,
dermatologia, diabetologia,
medycyna pracy**

Tel. kontaktowe:
509 800 202, 509 800 203

N.Z.O.Z. PRZYCHODNIA STOMATOLOGICZNA

KA-DENT
STOMATOLOGIA

we Wschowie

**ZATRUDNI
lekarza stomatologa**

umowa z NFZ oraz prywatnie
(oferujemy dobre warunki pracy)

kontakt z kierownikiem - 509 502 611

www.kadent.com.pl

Wiersze



RYSZARD KRAWIEC

Wdzięczny miesiąc maj

Na spotkaniu licznej rodziny
Czczono babci urodziny
(Lat około czterdzięci),
Osób było kilkadziesiąt.
Wieczór to był uroczysty,
Pełen wystąpień kwiecistych,
Były róże (90) i życzenia,
Wspomnieniowe przemówienia.

Babcia cichcem po pokoju
Drepcze pełna niepokoju,
Bywa – trąci córkę, wnuka
Ciągłe także czegoś szuka.
Zrzędzi, marudzi, gdera
I obwinia – Alzheimera.
Gdy obecni zadają pytania
Niepamięcią się zasłania.

Wtem śmiechem wybucha radosnym:
„Wiem, to dawno było, którejś wiosny,
W maju, w gaju, przy ruczaju
Albo też na łąki skraju?
Lub... stało się to w sąsiedku?
Z Jaśkiem... Byłam w młodym wieku...
Kochaliśmy się ukradkiem!
On jest teraz waszym dziadkiem.

Byłam wtedy niezbyt święta-
Ale gdyby to się nie zdarzyło,
To dzisiaj by was nie było
Kochane dzieci i wnuczeta!”



BIULETYN INFORMACYJNY WYDAWANY PRZEZ RADĘ OKRĘGOWĄ WIL W POZNANIU

ISSN 1233-2216 Nakład 14 000 egz.

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

centrala tel. 61 852 58 60; prezes tel. 61 851 87 66;
praktyki indywidualne tel. 61 851 87 62, rejestr lekarzy tel. 61 851 87 58;
księgowość tel. 61 851 87 59, faks/tel. 61 851 87 66

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. Poznańska 64
przewodniczący – lek. Mariusz Pluciński
tel./faks 62 766 41 43, tel. kom. 783 993 908
sekretarka – Maria Linkowska, Elżbieta Konopiata
kalisz@wil.org.pl

DELEGATURA W KONINIE

62-510 Konin, ul. Liliowa 9
przewodniczący – lek. dent. Katarzyna Piotrowska
tel./faks 63 245 66 10, tel. kom. 783 993 909
sekretarka – Izabela Tomaszewska
konin@wil.org.pl, www.wil.konin.pl

DELEGATURA W LESZNIE

64-100 Leszno, ul. Sygietyńskiego 47
przewodnicząca – lek. Lidia Dymalska-Kubasik
tel. 65 526 67 44, tel./faks 65 526 65 59, tel. kom. 783 993 911
sekretarka – Hanna Krukowiecka
leszno@wil.org.pl, www.wil.leszno.pl

DELEGATURA W PILE

64-920 Piła, ul. Kryniczna 2
przewodnicząca – dr n. med. Aldona Pietrysiak
sekretarka – Małgorzata Szyliniec
tel./faks 67 212 04 87, tel. kom. 783 993 910
pila@wil.org.pl, www.delegaturapilska.poznet.pl

DELEGATURA OSTROWSKO-KROTOSZYŃSKA

63-400 Ostrów Wlkp., ul. Sienkiewicza 14
przewodniczący – lek. dent. Wiesław Wawrzyniak
tel. 62 735 44 80, tel. kom. 783 993 907
delost@wp.pl

kolegium redakcyjne Biuletynu Informacyjnego WIL

redaktor naczelny: Andrzej Baszkowski

członkowie redakcji: Alfred Adamczewski, Andrzej Grzybowski,
Krzysztof Ożegowski, Andrzej Piechocki

Na zlecenie WIL wydany przez

TERMEDIA Wydawnictwo Medyczne, ul. Kleeberga 2, 61-615 Poznań
tel./faks +48 61 822 77 81, e-mail: termedia@termedia.pl, <http://www.termedia.pl>

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



znajdź nas na Facebooku

Absolwenci Wydziału Lekarskiego
Akademii Medycznej im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu

Rocznik 1987 30 lat po Dyplomie!

Spotkanie towarzyskie – Hotel Andersia Poznań

30 września 2017 r., godz. 19.00 do rana. Koszt 360 zł.

Możliwość zakwaterowania w hotelu po promocyjnej cenie na hasło – ZJAZD.

Informacje i zapisy – Witold Draber, tel. +48 601 452 024, ewdraber@gmail.com

Wpłaty na konto do 10 września: 50 1020 4027 0000 1502 0228 6060

z dopiskiem zjazd

Rozważasz zakup mieszkania
lub apartamentu na wynajem?

Nie masz doświadczenia
na rynku nieruchomości?

Brakuje Ci czasu na zarządzanie
wynajmem mieszkania?



Pomagamy inwestować w nieruchomości

☎ 883-020-448 ✉ kontakt@rentownyadres.pl

**Wynajmę
gabinet
ginekologiczny
z poczekalnią i WC,
całkowita pow. 48 m².
Możliwość wynajęcia
gabinetu na dni,
także dla lekarzy
innych specjalizacji.**

Poznań, os. Warszawskie.
Tel. 601 710 723

**Wynajmę
GABINET STOMATOLOGICZNY
bez wyposażenia
w nowym obiekcie
Poznań – Ogrody
Kontakt: tel. 508 242 459
lange@profit.hofmann.pl**

**Sprzedam
dom jednorodzinny
z gabinetem
stomatologicznym**

w Borku Wlkp.
Tel. 603 173 855

PRZYCHODNIA STOMATOLOGICZNA W RAWICZU

zatrudni od zaraz

Lekarzy dentystów

praca w ramach NFZ oraz prywatnie
Bardzo atrakcyjne warunki finansowe

Kontakt tel. 519 370 164

Szpital Miejski im. Franciszka Raszei
w Poznaniu
zatrudni

lekarza anestezjologa do pracy na Oddziale Anestezjologii i Intensywnej Terapii

Informacji udziela Ordynator Oddziału
tel. +48 61 224 53 57 lub +48 61 224 53 67

Sąd Okręgowy w Poznaniu
poszukuje
**lekarzy medycyny
do pełnienia funkcji
stałych biegłych sądowych
i lekarzy sądowych**

w okręgu Sądu Okręgowego w Poznaniu.
Pełnienie obu funkcji jest odpłatne.

Niezbędne informacje znajdują się na stronie internetowej
Sądu Okręgowego w Poznaniu www.poznan.so.gov.pl
w zakładce: Struktura organizacyjna – lekarze sądowi, – biegli
oraz pod numerami telefonów: 61 62 83 052 i 61 62 83 055

**LIKwidACJA GABINETU
STOMATOLOGICZNEGO**

**ODSPRZEDAM
CAŁY
LUB NA CZĘŚCI
516 516 112**

poniżej link ze zdjęciami

www.tinyurl.com/gabinet-stomatologiczny

PILNIE

Sprzedam
**sprzęt
gabinetu
stomatologicznego**
10 km od Piły
z możliwością
kontraktu

tel. 604 52 49 51



Rodzinny Rajd Samochodowy Poznań - Wolsztyn

27 maja 2017 r.

START godzina 8:00

- przejazd rajdu po wyznaczonych punktach na mapie,
- zwiedzanie Parowozowni w Wolsztynie,
- dla najmłodszych liczne atrakcje, zabawy i konkursy,
- na zakończenie wspólne ognisko.

Spytów kajakowy i rajd rowerowy w Boszkowie Szlak Konwaliowy

17 czerwca 2017 r. START godzina 8.00

Druga edycja Kajaków Świętojańskich Bukowiec - Wągrowiec

24 czerwca 2017 r. START godzina 8.00



Pierwsze spotkanie organizacyjne lekarskiej sekcji Miłośników Gór

Sala Klubowa Wielkopolskiej Izby Lekarskiej

al. Niepodległości 37, Poznań

7 czerwca 2017 r. godzina 17.00

Zapraszamy wszystkich, dla których góry są prawdziwą pasją

Pierwsze spotkanie organizacyjne miłośników Bractw Kurkowych

Sala Klubowa Wielkopolskiej Izby Lekarskiej

al. Niepodległości 37, Poznań

7 czerwca 2017 r. godzina 17.30

Zapraszamy wszystkich miłośników fortyfikacji, historii, strzelectwa



Pierwsze spotkanie Amatorskiej Ligi Tenisowej członków WIL

Sala Klubowa Wielkopolskiej Izby Lekarskiej

al. Niepodległości 37, Poznań

7 czerwca 2017 r. godzina 18:00

Zapraszamy wszystkich pasjonatów tenisa ziemnego

