

Gazeta Lekarska

PISMO IZB LEKARSKICH



Lekarze seniorzy poza kolejką czy poza nawiasem?



Dlaczego musimy?

Miesiąc temu pisałem o prezydencie pewnego miasta, który za sukces uznaje przekształcenie miejskiego szpitala w spółkę. Najwyraźniej wśród mieszkańców owego miasta zmiana formy własnościowej najważniejszej placówki medycznej nie budziła negatywnych emocji, bo wiem pan prezydent został ponownie wybrany, i to w pierwszej turze.

Tematem miesiąca tego numeru jest sytuacja lekarzy i lekarzy dentystów, którzy, po wielu latach ciężkiej pracy, są emerytami lub rencistami. Wszyscy znamy takie osoby. Wiemy, jaka bywa forma „pożegnania” lekarza i powiadomienia go

o tym, że przestaje być pracownikiem szpitala czy przychodni, w których spędził większość swego zawodowego życia. Często sceneria jest następująca: na korytarzu pani z działu kadr, z uśmiechem zażenowania na ustach, wręcza doktorowi dokument informujący o zakończeniu lekarskiej posługi. Wiele izb okręgowych, znając takie sytuacje, organizuje dla „nowo upieczonych” emerytów spotkania, podczas których słyszą słowa podziękowania za to, co robili dla pacjentów przez dziesiątki lat pracy. W grudniu otrzymałem najsmutniejsze w życiu życzenia świąteczne i noworoczne. Ich autorem był nasz Kolega z Lublina, który opisał, na swoim przykładzie, sytuację lekarzy rencistów. Istotą

listu jest żenująco niski poziom dochodów tych osób. Nasz Czytelnik, po 32 latach pracy, otrzymuje „świadczenie emerytalno-rentowe ZUS” w wysokości 661 zł miesięcznie! Oczekuje od samorządu lekarskiego interwencji w swojej

W grudniu, po raz kolejny, fiaskiem zakończyły się rozmowy pomiędzy przedstawicielami podstawowej opieki zdrowotnej a NFZ. Lekarze rodzinni nie wyrażali zgody na finansowanie leczenia pacjentów na poziomie z roku 2008 i dodat-

Nie mamy, niestety, wpływu na wysokość renty czy emerytury lekarzy.

sprawie. Wiemy, że nie mamy, niestety, wpływu na wysokość renty czy emerytury lekarzy, na szczęście w wielu izbach komisja bytowa, lub podobna, organizuje pomoc dla naszych kolegów znajdujących się w trudnej sytuacji finansowej.

kowe obowiązki. NFZ nie zgodził się na zmiany. Mediacja Pani Minister nic nie dała. Czy każdy początek roku pacjenci i lekarze POZ muszą zaczynać od takiego stresu?!

Ryszard Golański
naczelnym@gazetalekarska.pl

WYDARZENIE



9 grudnia konwent prezesów ORL oraz prezes NRL spotkali się z minister zdrowia Ewą Kopacz. Omawiano kwestię refundacji kosztów ponoszonych przez samorząd lekarski w związku z czynnościami przejętymi od administracji państwowej w 2010 r. MZ zwiększyło tę kwotę o 56%.



- 3..... Wstępniak
Migawka
- 4-9..... Temat miesiąca
Wszyscy będziemy seniorami
- 10-11..... Rozmowa polityczna o zdrowiu
Adam Fronczak
- 12..... Ustawy zdrowotne
Wspólne stanowiska
- 13..... Rewolucja czy marnotrawstwo pieniędzy
- 14..... Mediatorzy i mediacje
Szkolenia i warsztaty
- 15..... Okiem Prezesa
Maciej Hamankiewicz
- 16..... Z notatnika rzecznika prasowego
Katarzyna Strzałkowska
- 17..... Nasi w Europie
Anna Lella, Minister odpowiada
- 18-19..... Agresja
Najbardziej niebezpieczna praca?
- 20-21..... Komisja etyki NRL
Porozmawiajmy o etyce lekarskiej
- 22-23..... OZZL
Kapitalizm – tak, wypaczenia – nie!
- 24-25..... Moim zdaniem
Fasady – „dzieci we mgle” (2)
- 26-27..... UM w Poznaniu
90 lat tradycji
- 28-30..... Listy do redakcji
- 32-33..... Profilaktyka
Diagnostuj czerniaka złośliwego w najwcześniejszym stadium
- 34-35..... U stomatologów
L-DEP i staż podyplomowy a uznanie kwalifikacji w UE
- 36..... Edukacja zdrowotna
Zapewnić samowystarczalność
- 38-39..... Rzecznik praw lekarza
Doradca, mediator, koordynator
- 40-41..... Unia Lekarzy Specjalistów UE
Lepsza i szersza współpraca
- 42-43..... Informator dla lekarzy
Kasy fiskalne (5)
- 44-45..... Zmiany w przepisach
Wystawianie zaświadczeń lekarskich ZUS ZLA
- 46-47..... Felieton
Szczepionka z kieszonki
- 48-49..... Edukacja
Stypendia z Edynburga
- 50-59..... Ogłoszenia, reklama
- 60-61..... Indeks korzyści
Wierzyście wdzięczności
- 62-63..... Sport i medycyna
Łódź tenisową stolicą Polski
- 64..... Kultura i medycyna
Medici pro Musica w Pradze
- 65..... Epikryza
Reportaż z filiżanką
- 66..... Jolka lekarska

Wszyscy



Nie wszystko na tacy

Z Kazimierzem Kłodzińskim, przewodniczącym Komisji ds. Lekarzy Emerytów i Rencistów NRL, rozmawia Lucyna Krysiak.

Jak Pan postrzega obecną sytuację lekarzy i lekarzy dentystów na emeryturze?

Ich sytuację w pełni oddaje wynik ankiety, którą przeprowadziliśmy rok temu, nie będę więc rozwodził się nad wysokością rent i emerytur naszych seniorów, bo wyraźnie widać, że są niskie. Gorsza jest jednak trauma, jaką przeżywają, gdy odchodzą na emerytury lub gdy

ze względu na zły stan zdrowia zmuszeni są przechodzić na renty. To jest bardzo trudny czas dla każdego z nich, pojawia się nawet niebezpieczeństwo załamania nerwowego lub depresji i naszą rolą jest udzielić im wsparcia. Ta zmiana odbija się najbardziej na psychice lekarza. Zawód lekarza jest specyficzny i pożegnanie z gabinetem oraz pacjentami jest ogromnym przeżyciem.

będziemy seniorami



Jest ich w Polsce blisko 42 tysiące. Stanowią jedną czwartą 170-tysięcznej społeczności lekarzy.

Lucyna Krysiak

Nie o statystki tu jednak chodzi, ale o to, jakie powinny zajmować w niej miejsce. Mowa o seniorach lekarzach i lekarzach dentystach, którzy już zrobili swoje, w pracy ustąpili miejsca młodszemu i żyją z dala od szpitali, przychodni, a także spraw, które kiedyś pochłaniały ich bez reszty. Co robi samorząd lekarski, aby na emeryturach i rentach było im lżej, i co jeszcze może dla nich zrobić?

Czy senior musi być odstawiony na boczny tor? Czy z racji wieku i dolegliwości, z którymi borykają się osoby starsze, powinien siedzieć w domu i czuć się nikomu niepotrzebny?

Cenne doświadczenie

Pobierając niewiele ponad dwa tysiące złotych emerytury lub niewiele ponad tysiąc złotych renty, można mieć takie odczucie. Prof. Jan Stasiewicz w publikacji „Anatomia emery-

Czy ma Pan na myśli wsparcie psychologiczne?

Raczej terapie poprzez zaangażowanie się w działanie w innej dziedzinie, czasem w sprawy innych kolegów, którzy znaleźli się w podobnej sytuacji. Nasza pomoc dzieli się na dwie części. Pomoc socjalna, której udziela komisja działająca w strukturze samorządu wszystkim potrzebującym wsparcia materialnego, i komisja seniorów, która organizuje dla nich różnego rodzaju imprezy. Wychodzę jednak z założenia, że to nie my powinniśmy im proponować, w jaki sposób mają spędzać czas na emeryturze, a tym samym narzucać cokolwiek. Jak najmniej na tacy, inicjatywa powinna wyjść od nich samych. Wymaga to mobilizacji sił, czasu i większej aktywności. To najlepszy sposób na to, aby senior

znow zaczął żyć pełnią życia, choć jest ono odmienne od tego sprzed emerytury. Chodzi o to, aby mógł jeszcze się nim cieszyć.

Czy to oznacza, że w pomaganiu seniorom pojawiła się nowa jakość?

Nie, to oznacza, że trzeba wybierać takie formy pomocy, które są najbardziej skuteczne w danym momencie. Przyglądając się naszej społeczności seniorów, wyraźnie widzimy podział na osoby, które dopiero co przeszły na emeryturę, i na seniorów starszych, którzy są emerytami z dłuższym stażem. Tych pierwszych można więc zachęcić do większej aktywności, a nawet do pracy na część etatu. Chodzi o to, aby lekarz senior nie zajmował się wyłącznie wnukami, pracami domowymi, bo tkwi w nim ogromny potencjał intelektualny, etyczny i do-

świadczenie życiowe, które może jeszcze wykorzystać. Starsi seniorzy raczej wymagają innych form pomocy, związanych z warunkami ich egzystencji. Pomocą kolegom znajdującym się w trudnej sytuacji materialnej, w tym szczególnie seniorom, zajmuje się komisja bytowa.

Czy z myślą o nich buduje się domy seniora?

Domy seniora to kontrolowany temat, który ma zwolenników i przeciwników. Osobiście mam wątpliwości, czy tworzenie takich gett jest dobrym pomysłem na spędzenie reszty życia, jednak w niektórych sytuacjach być może jest to jakieś wyjście. Zwłaszcza dla osób, które naprawdę nie mają nikogo.

Czasy się zmieniły, zmieniło się też życie osób przebywających na emerytu-

rze. Czy zmieniły się też oczekiwania lekarzy seniorów?

Uważam, że co jakiś czas przewodniczący i członkowie komisji seniorów z izb okręgowych powinni się spotkać, aby wymienić opinie na ten temat. Przecież mamy do czynienia z prawdziwymi ludzkimi historiami, napisanymi przez życie, bez tej konfrontacji z rzeczywistością, odgórnie nie można tworzyć scenariuszy, które posłużyłyby za wzorzec. Jedno jest pewne, dziś seniorzy bardziej liczą na kontakt z drugim człowiekiem, środowiskiem, z którym byli związani przez całe życie zawodowe. Mniej ważna jest przy tym kawa i ciasteczko, choć także mile widziane. Seniorzy chcą uczestniczyć w sympozjach, zjazdach, a także mieć głos w sprawach istotnych dla działalności samorządu. ●

tury lekarza”, która ukazała się po V Nadzwyczajnym Krajowym Zjeździe Lekarzy w 2000 r. w Mikołajkach, napisał, że lekarz nierzadko emeryturę odbiera jako degradację w układach społecznych. Lekarz emeryt dla wielu znajomych staje się przeczysty, jakby był ze szkła. Ci sami koledzy, którzy jeszcze niedawno podchodzili, witali się, zagadywali, żartowali, wymieniali opinie, teraz go nie zauważają. Profesor tłumaczy to ogólnosiątkowym trendem, w którym zanika kult człowieka starego, mądrzejszego o doświadczenie życiowe, doradcy, bezstronnego krytyka. Uważa, że ekspansja pieniądza, młodości, nienagannego wyglądu eliminuje z życia społecznego osoby w wieku podeszłym, stwarzając im tylko warunki lepszej lub gorszej egzystencji. Ostatnio na szczęście zaczyna się dostrzegać potencjał tkwiący w seniorach. Szczególnie w małych zakładach. Są to wprawdzie jeszcze nieliczne przy-

Ostatnio na szczęście zaczyna się dostrzegać potencjał tkwiący w seniorach.

kłady, ale sygnalizują zmianę na korzyść. Coraz częściej odchodzi się od polityki zatrudnienia skoncentrowanego wyłącznie na pozyskiwaniu młodych, ambitnych pracowników i sięga się po doświadczone kadry. Nagłaśnia się problemy związane z niedocenianiem doświadczenia, wiedzy, umiejętności starszych pracowników, a nawet oferuje dotacje aktywizujące seniorów oraz nakłaniające pracodawców do zmiany postawy. Mentoring, bo tak się nazywa to zjawisko, ma szansę szerzej zaistnieć również w środowisku lekarskim. Lekarz emeryt to wybitny praktyk, który może wiele nauczyć młodego lekarza. Urszu-

la Rolczyk z biura NIL opiekująca się Komisją ds. Lekarzy Emerytów i Rencistów twierdzi, że ostatnio coraz więcej młodych lekarzy interesuje się seniorami. – Nawigując z nimi kontakty, pomagają im w trudnych, życiowych sytuacjach, ale też korzystają z ich doświadczenia – tłumaczy. – To dobry sposób, by ośwoić młodość ze starością, przed którą przecież nikt nie ucieknie – dodaje.

Wstydzą się biedy

Lekarz senior podlega ogólnym zasadom naliczania emerytur i rent. Można się więc domyślać, że są one zależne od średniej zarobków i stażu pracy. Nieprzespanych nocy na dyżurach, wezwań do nagłych przypadków, czasu i zaangażowania w kształcenie, podnoszenie kwalifikacji nikt do emerytur nie wlicza. Utrzymanie się z takiej renty lub emerytury graniczy z cudem. Niechętnie jednak przyznają się do tego, że biedują. Wstydzą się

Jak pomóc seniorom?

Krystyna Borysewicz-Charzyńska, przewodnicząca Koła Lekarzy Seniorów przy OIL w Łodzi:

W roku 2009 rozesłałam ankietę do naszych kolegów seniorów zrzeszonych w kole, w której mieli się wypowiedzieć, jakie mają oczekiwania. Jedna czwarta ankietowanych zadeklarowała chęć uczestnictwa w kursie komputerowym. Zorganizowaliśmy więc taki kurs, otrzymaliśmy na ten cel dotację z funduszu kształcenia i obecnie 32 osoby z naszego klubu posługują się już swobodnie komputerem. Potrafią pisać, wysyłać e-maile, korzystać z internetu. Oczywiście są to umiejętności na poziomie podstawowym, ale dla tych osób to zupełnie coś nowego, co ich absorbuje i otwiera okno na świat. Są już kolejni chętni i zamierzamy dalej działać w tym kierunku. Nie przypuszczałam nawet, jak wielką radość sprawi im nabycie takich umiejętności. Jedną z naszych

seniorek powiedziała, że ostatni raz czuła się tak przed egzaminem specjalizacyjnym. Najmłodszy nasz kursant miał ok. 70 lat, najstarszy 85. Większość trzymała pierwszy raz w życiu myszkę w ręce.

Ryszard Grabowski, przewodniczący Klubu Lekarzy Seniora przy OIL w Białymstoku:

W naszym klubie większość emerytów i rencistów to osoby samotne, które zaszyły się w swoich domach. Często są osowiali, na granicy depresji, niechętni do jakiegokolwiek aktywności. Postawiliśmy sobie za cel wyciągnąć ich z domów, zachęcić, żeby wyszli do ludzi. Nasi lekarze seniorzy upodobili sobie wspólne imprezy, wycieczki, tańce. Lubią też spotykać się w siedzibie izby. Powodzeniem cieszą się degustacje nalewek, które sami przyrządzają. Po każdym spo-

tkaniu organizowanym przez klub wyraźnie widać, że poprawia się ich samopoczucie psychiczne, że wychodzą stąd usatysfakcjonowani. Mamy z prawdziwego zdarzenia Dom Seniora, pierwszy w Polsce całkowicie zbudowany z funduszy izby. Są problemy, by utrzymać ten obiekt, ale też nie ma chętnych do zamieszkania, bo lekarze seniorzy, którzy znajdują się w najtrudniejszej sytuacji, kurczowo trzymają się swoich mieszkań i nie chcą ich opuścić. Często za sprawą rodziny, która liczy na spadek po nich. Dom Seniora służy więc za hotel specjalizującym się lekarzom.

Zdzisław Bednarek, przewodniczący Komisji ds. Lekarzy Emerytów i Rencistów NRL w minionej kadencji:

W Dolnośląskiej Izbie Lekarskiej we Wrocławiu seniorzy należący

swojej biedy, a prośba o pomoc materialną ledwo przechodzi im przez gardło. W najtrudniejszej sytuacji są osoby samotne, schorowane, opuszczone przez rodziny. Aby właściwie ocenić sytuację i dotrzeć z pomocą tam, gdzie jest najbardziej potrzebna, Komisja ds. Lekarzy Emerytów i Rencistów NRL rozesłała rok temu ankietę. Jej wyniki potwierdziły przypuszczenia, że materialnie seniorom żyje się trudno. Prawie 20% ankiet wypełnili seniorzy, którzy kiedyś byli ordynatorami, adiunktami, dyrektorami i ich emerytury są wyższe od przeciętnej, bo doliczono im zarobki z dyżurów i prac dodatkowych. 45% respondentów otrzymywało emerytury powyżej 2000 zł, 19% lekarzy emerytów i 51% emerytów dentystów otrzymywało poniżej 1500 zł, ok. 1% lekarzy i 5% lekarzy dentystów ma emerytury głodowe, które wynoszą poniżej tysiąca złotych. Najniższa emerytura wśród lekarzy wynosi 815 zł, a wśród leka- >>

do działającego tutaj koła są od kilkunastu lat zaprzyjaźnieni z seniorami z koła Wojskowej Izby Lekarskiej. Wspólnie wyjeżdżamy na wycieczki, pikniki, bawimy się. Wspólnie spotykamy się też na wigilijnym opłatku czy wielkanocnej święconce. Wśród wojskowych lekarzy emerytów nie ma kobiet, w czasie spotkań byłibyśmy więc skazani wyłącznie na własne, męskie towarzystwo. Wśród lekarzy seniorów Dolnośląskiej Izby Lekarskiej przeważają kobiety. Ten mariaż jest więc korzystny dla obu stron. W Polsce nie ma pomysłu na zagospodarowanie społeczności lekarzy na emeryturze. Wszystko, co robimy, nie wychodzi poza strukturę samorządu lekarskiego. Tymczasem w lekarzach seniorach tkwi ogromny potencjał. Państwo nie ma też koncepcji, co zrobić, aby lekarz na emeryturze nie przymierał głodem. Problem ten dotyczy głównie pokolenia, które pracowało w PRL, za chwilę jednak odczuje go pokolenie nowej Polski i nie zanoszą się na to, aby w wysokości emerytur coś się zmieniło na lepsze. ☉

rzy dentystów 690 zł. Zdaniem Zdzisława Bednarka, który przewodniczył wówczas Komisji ds. Lekarzy Emerytów i Rencistów NRL i opracowywał ankietę, porównując jej wyniki z danymi z roku 2000, sytuacja materialna seniorów nie poprawiła się od tego czasu. Nie stać ich na przyzwoite jedzenie, ubranie, leki, nie mówiąc o wczasach czy wycieczkach – wylicza dr Bednarek.

Chcą większego zainteresowania

W skargach i postulatach zawartych w ankietach najczęściej przewija się uzalanie na zdrowie, które lekarze oraz lekarze dentyści stracili w związku z wykonywanym zawodem, oraz na niskie emerytury. Seniorzy chcą zniesienia tzw. starego portfela i częstszej waloryzacji świadczeń emerytalnych. Najbardziej jednak boli ich to, że na przyjęcie do poradni POZ oraz na konsultacje do specjalistów czy do szpitali muszą czekać w kolejkach. – Lekarza upokarza fakt, że pracując

przez całe życie w służbie zdrowia, oddając tej pracy całe swoje serce i siły, nie ma dziś przywileju korzystania z usług medycznych bez kolejki – mówi Zdzisław Bednarek. – Pytają też, dlaczego samorząd lekarski nie walczy o nie dla kolegów seniorów – dodaje. Samorządowi nie udało się też dotąd uzyskać dla nich uprawnień do wypisywania dla siebie i najbliższych skierowań na bezpłatne wykonywanie podstawowych badań laboratoryjnych i wystawiania skierowania do specjalisty przynajmniej raz w roku. Uważają też, że powinno być więcej pieniędzy na zapomogi, dopłaty do leków i rehabilitację. Jak bumerang powraca sprawa budowy domów lekarza seniora. Opi-

Nie stać ich na przyzwoite jedzenie, ubranie, leki, nie mówiąc o wczasach czy wycieczkach.

nie na ten temat są podzielone. Wciąż nie ma jednoznacznej odpowiedzi na pytanie, gdzie miałyby takie domy powstać i jak je utrzymać. Domy lekarza seniora funkcjonują już w Warszawie, Sosnowcu, Bydgoszczy i Białymstoku. Jednak to wciąż za mało, aby otoczyć specjalną opieką wszystkich samotnych i schorowanych lekarzy. Roman Hajzik, który był współtwórcą Komisji ds. Lekarzy Emerytów i Rencistów NRL w 1994 r. i przez dwie kadencje jej przewodniczącym, już wtedy dostrzegał potrzebę stworzenia tego rodzaju miejsc dla lekarzy seniorów. Domy lekarza seniora pozostają jednak nierozwiązanym problemem.

Nie ma jak u siebie

Pomoc seniorom zarówno socjalno-bytowa, jak i aktywizowanie ich czy integrowanie tak naprawdę spada na poszczególne izby okręgowe. Tutejsze komisje najlepiej znają bolączki swoich emerytów i rencistów, ich oczekiwania, warunki, w jakich żyją. Formy działalności poszczególnych izb

Fot.: Jerzy Sawicz



Prof. Jerzy Kulczycki jest specjalistą neurologiem. W latach 1976-1998 był kierownikiem I Kliniki Neurologii w Instytucie Psychiatrii i Neurologii w Warszawie. Od 12 lat jest emerytem wciąż aktywnym zawodowo.

Od kilku lat jest Pan na emeryturze, ale nadal pracuje w klinice, w poradni. Nie może Pan żyć bez pracy?

Najważniejsze jest, by się nie izolować, nie zamykać w domu, trzeba być aktywnym tak długo, jak to tylko możliwe. Nie moż-

Różne w życiu bywają okresy

Z prof. Jerzym Kulczyckim rozmawia Marzena Bojarczuk

na też poświęcać się jednemu celowi, ukierunkowywać na jeden rodzaj działalności, nie tylko zawodowej. Wciąż ważny jest dla mnie kontakt z zawodem i z pacjentami, ale też z młodymi lekarzami, którzy – jeśli chcą – mogą czerpać z mojego doświadczenia i wiedzy. Bardzo chętnie im pomagam, konsultuję, służę radą, tłumaczę. Mogę o-

bić to tym bardziej, że ci młodzi lekarze są specjalistami z zakresu neurologii klinicznej, a ja mam jeszcze dodatkowe specjalności: neuroobrazowanie, cytologia płynu mózgowo-rdzeniowego i neuropatologia, która całe moje życie zawodowe ożywia. Ożywia, choć z życia w niej niewiele... Dobrze jest w życiu zawodowym nie ograniczać się

tylko do jednej dyscypliny, czasem bardzo wąskiej. Trzeba robić coś więcej! Ta wielodyscyplinarność sprawia, że kiedy teraz, po tylu latach pracy, spojrzę wstecz, to wiem, że to właśnie było najważniejsze dla mojego zawodowego rozwoju i sprawiło, że tyle mogłem osiągnąć.

Nadal Pan pisze, publikuje, występuje w roli wykładowcy na konferencjach i sympozjach naukowych. A co poza pracą? Na co ma czas lekarz emeryt, wciąż pracujący, ale mający już więcej czasu na życie prywatne?

Dużą wagę przywiązuję do aktywności fizycznej: raz w roku wyjeżdżam na narty, jeżdżę na rowerze, lubię rejsy żaglowcem po morzach i oceanach. Robię to od lat i staram się tak or-

Sprawy socjalno-bytowe są ważne, ale seniorzy najbardziej lubią spotkania koleżeńskie.

są więc różnorodne i dostosowane do potrzeb. Oprócz zapomóg, pożyczek bezzwrotnych, dopłat do posiłków i leków, pomagają im uzyskać pomoc z innych komisji samorządowych lub instytucji działających poza korporacją. Często jest to pomoc w umieszczeniu seniora w domu opieki społecznej czy hospicjum. Komisje współpracują z organizacjami pomocy społecznej, np. Caritasem i z samorządem terytorialnym. Seniorom coraz częściej pomagają wolontariusze. Są to studenci medycyny, młodzież szkolna, a także lekarze na emeryturze, którzy czują się jeszcze na tyle dobrze, by pomagać kolegom. Sprawy socjalno-bytowe są ważne, ale seniorzy najbardziej lubią spotkania ko-

leżeńskie. Oplątek wigilijny, jajko wielkanocne, pikniki, ogniska, jubileusze, wieczorki poetyckie, wystawy, wycieczki to okazja, aby wyjść z domu, choć na chwilę zapomnieć o chorobach. Przede wszystkim to okazja, aby porozmawiać, pobyć w czyimś towarzystwie. Dla lekarzy i lekarzy dentystów, którzy są jeszcze w dobrej formie fizycznej, organizuje się zawody sportowe, zajęcia rekreacyjne w klubach fitness. Seniorzy cenią też sobie spotkania z ciekawymi ludźmi, uczonymi, artystami. Chętnie wspólnie studiują na uniwersytecie III wieku, uczą się obsługi komputera, a także języków obcych. – To pozwala pozbyć się poczucia izolacji, co nie pozostaje bez wpływu na kondycję psychiczną – komentuje Urszula Rolczyk z biura NIL. Ma dobre rozeznanie, jak seniorzy odbierają i oceniają te formy pomocy. Piszą listy, przysyłają e-maile, telefonują. Nie szczędzą czasu na kontakt. To bardzo wzmacnia ich poczucie przynależności do korporacji. ☉

Lucyna Krysiak

ganizować życie prywatne i zawodowe, by zawsze mieć na to czas. Trzeba wykorzystywać możliwości, jakie niesie życie. W tym wszystkim ważni są ludzie, z którymi spędza się czas – tylko w dobrym towarzystwie może to sprawiać radość.

Wiele jest wśród lekarzy takich osób jak Pan?

Myślę, że tak, chociaż niektórzy rezygnują z aktywności fizycznej, tłumacząc to gorszym samopoczuciem i ograniczeniami wynikającymi z wieku, obawami o zdrowie. Tymczasem to działa w dwie strony: im człowiek jest bardziej aktywny i chce czerpać z życia, tym lepiej się czuje.

Czy zdarza się, że lekarze seniorzy są odsuwani na margines, wydają się niepotrzebni?

Tak, czasem da się odczuć taką atmosferę. Bywa, że niekiedy traktowani są jako swego rodzaju dodatek. Trudno, trzeba nad tym przejść do porządku dziennego. Jeśli jednak pracujemy i wciąż dużo z siebie dajemy innym, to zawsze znajdzie się ktoś, kto będzie chciał z tego skorzystać. I to jest ważne!

Jaką receptę na życie dałby Pan dzisiejszym młodym lekarzom?

W życiu zawodowym, jak wspominałem, trzeba być wielodyscyplinarnym – szczerze doradzałbym to każdemu! Trzeba się rozwijać i wciąż uczyć

czegoś nowego. Ważne jest, by zachować przyjazny, życzliwy stosunek do pacjentów i do ludzi w ogóle. Dobrze mieć rodzinę i przyjaciół, bo to oni w dużej mierze stanowią o wartości naszego życia. Przeszkadza mi we współczesnym świecie, że na wiele spraw patrzy się zbyt merkantylnie, co obniża wartość naszej pracy, życia i nas jako ludzi.

Czy czegoś w swoim życiu Pan żałuje i chciałby zmienić, gdyby była taka możliwość?

Nie, niczego nie żałuję. Różne w życiu bywają okresy, ale jeśli człowiek zachowuje się uczciwie i przyzwicie, to nie ma czego żałować. ☉

»» Wiele możemy zaproponować Europie <<

* Z wiceministrem zdrowia Adamem Fronczakiem rozmawiają Ryszard Golański i Marzena Bojarczuk.



W połowie roku rozpocznie się prezydencja Polski w Radzie Unii Europejskiej. Jakie to ma znaczenie dla ochrony zdrowia w Polsce?

Na pewno będziemy uczestniczyć w tzw. pracach kontynuowanych. Pewne projekty prawa unijnego tworzone są przez kilka lat i kolejne państwa przewodniczące Radzie UE na różnych etapach tego procesu organizują nad nimi pracę. Przykładem może tu być dyrektywa dotycząca opieki transgranicznej, czyli otwarcia całego europejskiego rynku usług medycznych dla wszystkich pacjentów z państw UE.

Jakie są najważniejsze aspekty i niebezpieczeństwa dla Polski wynikające z tej dyrektywy?

W Polsce funkcjonuje kontraktowy system finansowania świadczeń zdrowotnych. Wejście w życie przepisów dyrektywy mocno zachwiałoby nim, bowiem oznacza równość podmiotów kontraktowych i tych spoza systemów publicznych oraz całkowite otwarcie funkcjonujących systemów, także polskiego. Gdyby Polska nie dopuściła na równi do tego rynku wszystkich świadczeniodawców z Unii Europejskiej, w tym prywatnych praktyk, stałoby to w sprzeczności z prawem unijnym. Konsekwencją może być także konieczność otwarcia w ten sposób rynku świadczeń na polskie podmioty, które nie mają kontraktów z NFZ.

Jakie ważne zadania stoją przed polską ochroną zdrowia i Ministerstwem Zdrowia w związku z prezydencją?

Wiele różnych tematów pojawiało się w naszych dyskusjach dotyczących tego, co możemy zaproponować Europie. To przede wszystkim działania nowoczesne i niezbędne w wyrównywaniu nierówności w zdrowiu, które istnieją pomiędzy krajami UE. Potraktowaliśmy je jako I priorytet zdrowotny. Będzie on próbą stworzenia wspólnego wzorca unijnego w zakresie polity-

ki prewencji i kontroli niezakaźnych chorób przewlekłych. Chcemy zwrócić uwagę na to, jak można w krajach o gorszych wskaźnikach efektywnie monitorować sytuację i doprowadzić do lepszej wykrywalności tych chorób we wczesnych etapach. Są to przede wszystkim niezakaźne choroby układu oddechowego: astma, POChP i ich konsekwencje. Potraktowaliśmy prezydencję jako doskonałą okazję do pokazania, że do medycyny i zdrowia człowieka trzeba podejść w sposób holistyczny. Pokażemy Europie, że to, co teraz robimy dla małych dzieci, przyniesie wiele korzyści dla osób dorosłych i później dla starszych pokoleń. Stąd m.in. projekt przesiewowych badań narządu słuchu, wzroku i mowy u dzieci. Trzecim z priorytetów jest jakość życia w wieku podeszłym oraz związane z nim choroby mózgu i centralnego układu nerwowego. Nasza prezydencja będzie nieco odmienna od dotychczasowych, ponieważ nie będziemy sku-

działań skierowanych na zapobieganie chorobom oraz skuteczną promocję zdrowia. Chodzi o to, by stworzyć rozwiązania, które mogą być zastosowane przez różne instytucje zajmujące się zdrowiem i będą rozwiązaniami zunifikowanym, ponieważ istnieją różne niekompatybilne ze sobą systemy.

Które ze wszystkich spraw i zadań, stojących przed MZ i naszym krajem w związku z prezydencją są najtrudniejsze?

Niewątpliwie dużym wyzwaniem są sprawy organizacyjne, związane ze sprawnym i efektywnym przeprowadzeniem konferencji, zjazdów i spotkań. Jest ich w planach wiele. W kilku grupach roboczych toczą się prace legislacyjne w różnych obszarach. Zależy nam bardzo na tym, żeby pokazać, że Polska może być liderem, i wskazać Unii Europejskiej kierunki rozwiązywania problemów zdrowotnych w takim aspekcie, w jakim do tej pory na ten temat w ogóle nie dyskutowano. A przecież w tym czasie oprócz prezydencji toczyć się musi normalna praca resortu.

W jaki sposób sprawowanie przez Polskę prezydencji w Radzie Unii Europejskiej może się przełożyć na korzyści dla polskiego systemu ochrony zdrowia, dla polskiego pacjenta i lekarza?

Rezultatem wszystkich zaplanowanych działań będzie mierzalna poprawa wskaźników zdrowotnych w społeczeństwach o niższym statusie ekonomicznym, i oczywiście, poprawa w dalszej perspektywie czasowej. Istotne jest, że wdrożenie proponowanych przez nas rozwiązań będzie trwałym elementem poprawy wspomnianych wskaźników w polskim społeczeństwie. Owszem, w dużej mierze nasze zdrowie zależy od nas samych, ale także od jakości i wydolności systemu opieki zdrowotnej i wielu innych czynników. Po 20 latach transformacji ustrojowej w naszym kraju uzyskaliśmy bardzo dobre wskaźniki w wielu dziedzinach. Europa nas chwali, a my możemy pokazać, co jeszcze można zrobić, by te wskaźniki nadal poprawiać. Chwalimy się postępem, ale jest jeszcze wiele do zrobienia.

Czy jest w polskim systemie ochrony zdrowia dziedzina, która wymaga większych niż inne wysiłków, aby do równać do poziomu europejskiego?

Niewątpliwie jest nią onkologia. To ogromne wyzwanie, bo wciąż problemem jest dostępność procedur onkologicznych. Trzeba zwiększyć liczbę miejsc w szpitalach, zmniejszyć kolejki do badań diagnostycznych i różnych form terapii. Na to potrzeba pieniędzy: i na inwestycje w infrastrukturę, i na finansowanie procedur.

Niezwykle istotnym wątkiem w wymiarze długoczasowym jest profilaktyka. Czy ma ona tu swoje ściśle określone miejsce?

Profilaktyce w dużej mierze sprzyjają badania przesiewowe, zarówno w zakresie wykrywania wad słuchu, jak i niezakaźnych chorób układu oddechowego. Wiele, oczywiście, zależy od powszechności zachowań prozdrowotnych. W każdym społeczeństwie istnieje grupa ludzi, którzy nie dostosowują się do zaleceń dotyczących takich zachowań, dlatego tak ważna jest solidna informacja i powszechny dostęp do wiedzy. Jeżeli z taką informacją jesteśmy w stanie dotrzeć do obywateli – nie tylko do Polaków, ale wszystkich Europejczyków, to jest szansa, że część z nich podejmie działania na rzecz wczesnego wykrywania chorób. Mówienie o stanie zdrowia w szerokim aspekcie daje szansę na zwiększanie wiedzy nas wszystkich na temat zdrowia i na działania prozdrowotne, bo bez informacji i edukacji nigdy nie osiągniemy powszechnego sukcesu.

Czy prezydencja Polski w UE pozostawi trwały ślad w systemie opieki zdrowotnej w naszym kraju?

Jeżeli będziemy dużo mówić o tym, co robimy, to społeczeństwo dostrzeże naszą prezydencję, a przez takie działania, jak konferencje, spotkania, kampanie społeczne i właściwie płynące z nich przekaz medialny obywatele zrozumieją, jak wiele w sprawach zdrowia zależy od nich samych. Nie ma lekarstwa na wszelkie dolegliwości, które zlikwiduje i przyczynę, i objawy. Nie można przecież zachowywać się wobec własnego zdrowia nieracjonalnie szkodząc mu, a potem oczekiwać, że lekarz i medycyna przywróci je do stanu pierwotnego. Zdrowie to dobro dane przez naturę, ale dobro, na które mamy wpływ – i dobry, i zły. ●

» Prezydencja Polski w UE to szansa dla wszystkich Europejczyków «

piąć się na oddzielnych zadaniach, ale podejmiemy całościowo do problemu. Jest to tak interesujące dla poszczególnych krajów i organizacji światowych, że WHO regionu europejskiego, skupiająca 54 kraje, chce wspierać nasze działania, ponieważ przedstawione przez polskie MZ priorytety leżą także w centrum jej zainteresowania.

Pomiędzy I i III priorytetem jest jeszcze duży obszar działania...

Tu jest właśnie II priorytet, czyli umacnianie zdrowia publicznego w polityce zdrowotnej krajów UE, w tym doskonalenie mechanizmów współpracy instytucji unijnych z WHO. Oznacza to zintegrowanie działań wszystkich sektorów na rzecz zdrowia społeczeństw, co ma na celu usytuowanie zdrowia publicznego w centrum polityki zdrowotnej państw i konsekwentne wdrażanie

Wspólne stanowiska

W czasie trwania prac sejmowych nad projektami ustaw zdrowotnych środowiska medyczne podpisały dwa dokumenty.

Tego, że działalność leczniczą poddaje się prawom wolnego rynku, nie akceptuje wiele podmiotów reprezentujących środowiska medyczne. Podobnie z projektem likwidacji stażu podyplomowego.

W treści porozumień

We wspólnym stanowisku podpisanym 19 listopada 2010 r. dotyczącym projektu ustawy o działalności leczniczej uznano, że poddanie systemu ochrony zdrowia bezwzględny regulom rynku może zagrozić dostępności świadczeń zdrowotnych na terytorium Polski i bezpieczeństwu zdrowotnemu obywateli. Według sygnatariuszy fikcją jest przedstawione w uzasadnieniu twierdzenie, że proces przekształceń w spółki prawa handlowego ma charakter fakultatywny wobec stworzonych zachęt finansowych, które ten proces mają przyspieszyć.

W stanowisku poruszono również kwestie przekazania wojewodom zadania prowadzenia rejestru praktyk zawodowych lekarzy i lekarzy dentyków, a także praktyk zawodowych pielęgniarek i położnych oraz nadzoru nad nimi. Uznano, że brak jest jakiegokolwiek uzasadnienia dla tego pomysłu.

4 listopada ub. roku sygnatariusze porozumienia w sprawie projektu nowelizacji Ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentyki wyrazili pogląd, że likwidacja stażu zachwieje bardzo ważną relacją mistrz-uczeń, tak istotną w medycynie, oraz wyłączy możliwość praktycznego i czynnego udziału absolwentów – zwłaszcza kierunków

lekarskich – w procesach leczniczych. Podpisani podkreślili, że studia medyczne powinny trwać co najmniej 6 lat dla lekarzy i 5 lat dla lekarzy dentyków, oraz uznali niezbędną jednolitość w całym kraju, przeprowadzonego w tym samym czasie sprawdzianu wiedzy uzyskanej w trakcie studiów medycznych. Poparli jednocześnie modułową konstrukcję szkolenia specjalistycznego.

Sygnatariusze

Pod dokumentami podpisały się wraz z Naczelną Radą Lekarską: Naczelna Izba Pielęgniarek i Położnych, Federacja Związków Zawodowych Pracowników Ochrony Zdrowia i Pomocy Społecznej, Sekretariat Ochrony Zdrowia KK NSZZ „Solidarność”, Ogólnopolskie Porozumienie Doktorantów Uczelni Medycznych, Polskie Towarzystwo Stomatologiczne.

Pod dokumentem z 19.11.2010 r. w sprawie działalności leczniczej podpisała się też: Krajowa Izba Diagnostów Laboratoryjnych, Ogólnopolskie Porozumienie Związków Zawodowych, Kolegium Lekarzy Rodzinnych w Polsce, Izba Gospodarcza „Farmacja Polska”, Pracodawcy Rzeczypospolitej Polskiej; pod dokumentem z 4.11.2010 r. w sprawie zawodów lekarza i lekarza dentyki: Ogólnopolski Związek Zawodowy Lekarzy, Parlament Studentów RP, Stowarzyszenie Szpitali Niepublicznych i Instytut Onkologii. ☉

*opracowała Katarzyna Strzałkowska,
rzecznik prasowy NIL*

Rewolucja czy marnotrawstwo pieniędzy?

Lucyna Krysiak

Reforma lecznictwa
sygnowana pakietem
ustaw zdrowotnych
* znalazła się pod lupą
Komitetu Zdrowia
Krajowej Izby
Gospodarczej.

W siedzibie izby w Warszawie 19 listopada 2010 r. spotkali się eksperci Krajowej Izby Gospodarczej z przedstawicielami Ministerstwa Zdrowia i Narodowego Funduszu Zdrowia. W posiedzeniu uczestniczył także Maciej Hamankiewicz, prezes Naczelnej Rady Lekarskiej, który przedstawił stanowisko samorządu lekarskiego w sprawie rządowych propozycji zmian w opiece zdrowotnej.

Waldemar Skawiński, przewodniczący KZ KIG, powiedział, że ochrona zdrowia jest istotną ga-

jekty ustaw zmierzające w kierunku reformowania lecznictwa, ale środowisko przedsiębiorców ma do nich wiele zastrzeżeń. – Tylko kompleksowe działania oraz czytelne zasady funkcjonowania umożliwią stworzenie systemu opieki zdrowotnej, który będzie przyjazny dla pacjenta i jednocześnie racjonalny ekonomicznie, a pakiet ustaw przedstawiony przez rząd, chociaż zapowiada zmiany na lepsze, takich kryteriów nie spełnia – tłumaczył Waldemar Skawiński. – Chodzi o to, aby uzyskać najkorzystniejszy stosunek efektu do poniesionych nakładów – dodał.

Najwięcej zastrzeżeń budzi projekt ustawy o działalności leczniczej, która ma zastąpić starą ustawę o zakładach opieki zdrowotnej. Projekt ten – jak zauważyli eksperci – wprawdzie określa, kto w nowych realiach będzie odpowiadać za stan finansów swojego podmiotu leczniczego, ale brakuje odpowiedzi na pytanie, jak dalece sięgać ma ta odpowiedzialność. Przede wszystkim chodzi o zapewnienie konstytucyjnej dostępności do świadczeń medycznych i o wpływ na poziom ich finansowania przez płatnika. Ryszard Olshanowski, wiceprezes KZ KIG, oświadczył, że pakiet ustaw proponowany przez rząd wskazuje tylko kierunek zmian, nie przypisuje konkretnym strukturom państwowym zakresu kompetencji i obowiązków, jakie mają w stosunku do pacjentów. – Powinno być wyszczególnione, w jakim zakresie za stan zdrowotności społeczeństwa odpowiada Ministerstwo Zdrowia, marszałkowie, wojewodo-

wie, starostowie, wójtowie, którzy są właścicielami zakładów opieki zdrowotnej – podkreślił.

KIG krytycznie odniosła się też do projektu ustawy o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych. Szczególnie do zapisów tworzących nowe warunki ekonomiczne i relacje pomiędzy producentami a regulatorem rynku. Jeden z zapisów ustanawia wysokość budżetu refundacyjnego, drugi reguluje zasady zwrotu

***Pakiet ustaw
proponowany przez
rząd wskazuje tylko
kierunek zmian.***

do NFZ części przychodów w przypadku przekroczenia całkowitego budżetu na refundację. Projekt wprowadza także system finansowych kar dyscyplinujących producentów leków, których produkty są objęte systemem refundacji. Eksperci KIG zwrócili uwagę, że zapisy te tworzą nieprzyjazne środowisko ekonomiczne. Wbrew intencjom ustawodawców mogą uderzyć w krajowych producentów leków i osłabić ich zyski nawet o kilkanaście procent.

Niepokój budzi też projekt ustawy o systemie informacji w ochronie zdrowia, co do której Krajowa Izba Gospodarcza miała najwięcej uwag. Eksperci wytknęli brak spójności danych osobowych pacjenta gromadzonych zgodnie z jej zapisami z innymi ustawami. Uniemożliwia to wykorzystanie ich w celach statystyczno-epidemiologicznych. ●

***Najwięcej zastrzeżeń
budzi projekt ustawy
o działalności
leczniczej.***

łęzią gospodarki. Dysponuje poważnym majątkiem, a wydatki na lecznictwo stanowią znaczący element budżetu państwa. W kontekście wzrostu gospodarczego jest więc o co kruszyć kopie. Dodał, że KIG z zadowoleniem przyjęła pro-

Szkolenia i warsztaty

Ustawa z 2 grudnia 2009 r. o izbach lekarskich, art. 113 daje możliwość prowadzenia postępowania mediacyjnego.

Ewa Nowosielska, Małgorzata Rajca

Pod patronatem Naczelnego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej odbyło się spotkanie informacyjne na temat mediacji. Skierowane było przede wszystkim do okręgowych rzeczników odpowiedzialności zawodowej i ich zastępców, członków sądów lekarskich, mediatorów i zastępców naczelnego rzecznika.

Do pełnienia funkcji mediatora w izbach lekarskich powołano zespół lekarzy, którzy nie są profesjonalnymi mediatorami. Dlatego jednym z celów spotkania było wskazanie, jakimi cechami powinna odznaczać się osoba podejmująca tę funkcję i – jak podkreśliła Jolanta Orłowska-Heitzman – dostarczenie niezbędnych informacji lekarzom-mediatorom, by mogli zdecydować, czy odnajdą się w tej roli. Wskazano na możliwe sposoby radzenia sobie w trudnych przypadkach, omówiono zadania mediatora. Omó-

wiono przypadki, w których nie należy albo nie można mediować, a także korzyści wynikające z tej alternatywnej formy rozwiązywania konfliktów. Przedstawiono również podstawowe aspekty prawne dotyczące postępowania mediacyjnego.

Ewa Nowosielska i Małgorzata Rajca, pracujące w Biurze Naczelnego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej, które jednocześnie są profesjonalnymi mediatorkami, zwróciły uwagę na nieprawidłowości w prowadzonych przez rzeczników sprawach kierowanych do mediacji. Ich zdaniem należy przeprowadzić szkolenia w tym zakresie dla rzeczników odpowiedzialności zawodowej, członków sądów lekarskich i pracowników tych biur i mediatorów.

Jeszcze w sierpniu 2010 r. odbyło się w tej sprawie spotkanie z prof. Eleonorą Zielińską z Wydziału Prawa UW, do której Naczelny Rzecznik Odpowiedzialności Zawodowej zwrócił się z prośbą o przygotowanie wykładni prawnej postępowania mediacyjnego. Po przygotowaniu planu szkoleń przy współpracy dr Ewy Gmurzyńskiej, Jolanty Orłowskiej-Heitzman, Małgorzaty Rajcy i Ewy Nowosielskiej, zaproponowano następujący ich zakres: **40-godzinne szkolenie** prowadzone przez trenerów z Centrum Rozwiązywania Sporów i Konfliktów UW – zajęcia odbędą się w Warszawie w ciągu kolejnych dwóch weekendów lub tygodnia.

Uczestnicy otrzymają certyfikaty wydane przez Centrum Rozwiązywania Sporów i Konfliktów przy WPiA UW. Centrum proponuje

Do pełnienia funkcji mediatora w izbach lekarskich powołano lekarzy, którzy nie są profesjonalnymi mediatorami.

też, jako uzupełnienie, szkolenia w ko-mediacji w 3-4 mediacjach.

Poprowadzone przez mediatorki Ewę Nowosielską i Małgorzatę Rajcę: **4-godzinne spotkanie** informacyjne na temat mediacji w okręgowych izbach lekarskich,

6-godzinne szkolenie dla mediatorów, rzeczników, członków sądów na temat prowadzenia mediacji w ramach postępowań w zakresie odpowiedzialności zawodowej,

12-godzinne szkolenie z elementami warsztatów, głównie dla mediatorów, którego celem będzie nabycie i rozwinięcie praktycznych umiejętności mediacyjnych. ◎

Szczegółowe informacje o szkoleniach można uzyskać w Biurze Naczelnego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej NIL w Warszawie.

Mediatorki zwróciły uwagę na nieprawidłowości w prowadzonych przez rzeczników sprawach kierowanych do mediacji.



OKIEM PREZESA

Spotkaliśmy się w grudniu z minister Ewą Kopacz. Po trudnych rozmowach o dotacjach na czynności przejęte od administracji państwowej – osiągamy konsensus, którego jednym z przejawów jest zwiększenie kwoty o 1 300 000 zł. Rozumiem to jako wyraz uznania ministra dla roli, jaką pełni nasz samorząd. Wspólną decyzją jest powołanie zespołu ministerialno-izbowego do opracowania zasad

obliczania wysokości refundacji. Na spotkaniu tym omówiliśmy również wiele ważnych zagadnień związanych z pakietem ustaw zdrowotnych, co cieszy głównie dlatego, że pomалу znajdujemy rozwiązania satysfakcjonujące wszystkie zainteresowane strony.

Powtarzające się co roku postępowanie NFZ przy zawieraniu umów ze świadczeniodawcami, w tym praktykami lekarskimi i stomatologicznymi, skłoniło mnie do wystąpienia w imieniu lekarzy oraz lekarzy dentyistów świadczących usługi na terenie całego kraju, do Urzędu Ochrony Konkurencji i Konsumentów, z zarzutem monopolistycznego działania NFZ. Mimo, że nie jestem pierwszym składającym podobny wniosek ufam, że urząd – przyjmując kolejną argumentację – raz

jeszcze dokładnie zbada, czy NFZ nie stosuje praktyk monopolistycznych.

Od paru miesięcy prowadziliśmy korespondencję z Ministerstwem Zdrowia dotyczącą jego stanowiska w sprawie leczenia chorych na stwardnienie rozsiane za pomocą stentowania układu żylnego. Otrzymaliśmy od ministerstwa jednoznaczną odpowiedź, że procedura ta powinna być wykonywana jedynie w ramach kontrolowanego badania klinicznego.

Ustawa o przeciwdziałaniu przemocy w rodzinie jasno wskazuje, że my, lekarze i lekarze dentyści, jesteśmy zobowiązani do niezwłocznego zawiadomienia policji lub prokuratora, jeśli

w związku z wykonywaniem obowiązków służbowych lub zawodowych mamy podejrzenie o popełnieniu ściganego z urzędu przestępstwa z użyciem przemocy w rodzinie. Jest już gotowe rozporządzenie ze wzorem odpowiednich zaświadczeń, które przyjdzie nam wypełniać. Kolejne zaświadczenie, kolejna czynność administracyjna. Pozostaje jednak istotne pytanie: Kto nam za to zapłaci?

Na wiosnę zaplanowano koncerty z udziałem naszych izbowych chórów.

Wspólne głosy Koleżanek i Kolegów lekarzy mają zabrzmieć np. na koncercie z cyklu „Muzyka i medycyna” organizowanym w kwietniu wraz z PTL-em. Zachęcam wszystkich do takiej formy integracji.

Maciej Hamankiewicz



Z notatnika rzecznika prasowego

Katarzyna Strzałkowska rzecznik prasowy NIL 22-55-90-327, 660-763-725

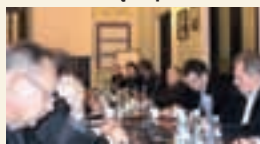
Kolejne porozumienie środowisk

19 listopada 2010 r. NRL podpisała wraz dziesięcioma podmiotami reprezentującymi środowiska medyczne wspólne stanowisko w sprawie projektu ustawy o działalności leczniczej.

Sygnatariusze zdecydowali się na podpisanie wspólnego stanowiska, gdyż przed jego podjęciem zgłosili wiele uwag do projektu ustawy, które nie zostały uwzględnione w toku konsultacji społecznych. Pełen tekst stanowiska został przekazany przez NIL posłom z Komisji Zdrowia Sejmu RP. 10 grudnia odbyło się publiczne odczytanie projektu ustawy, w którym czynnie uczestniczyli przedstawiciele NRL. Dokument przygotowany w związku z pakietem ustaw był już drugim podpisanym w listopadzie. Pierwszy dotyczył projektu nowelizacji ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty (patrz numer 12/2010). Dodatkowe opracowanie publikowane jest na str. 13 „GL”; pełne teksty porozumień znajdują się na stronie www.nil.org.pl.

Spotkanie z minister zdrowia

Prezes NRL, prezesi oraz przedstawiciele izb okręgowych spotkali się 9 grudnia 2010 r. z ministrem zdrowia Ewą Kopacz.



Spotkanie poświęcone było zwrotowi kosztów za czynności przejęte od administracji państwowej w 2010 r. Omówiono również tematy związa-

ne z projektami ustaw zawartymi w pakiecie, nad którymi obecnie pracuje Sejm RP.

Kalendarz Prezydium

Ustalono kalendarz posiedzeń Prezydium NRL w 2011 r. Posiedzenia zaplanowano na: 14 stycznia, 11 lutego, 18 marca, 15 i 29 kwietnia, 27 maja, 1 i 22 lipca, 19 sierpnia, 9 i 23 września, 21 października, 4 i 18 listopada, 2 grudnia oraz w każdym dniu posiedzeń NRL.

Komisja Etyki

Dyskusja na temat kompetencji i roli komisji etyki lekarskiej w funkcjonowaniu izby lekarskiej odbyła się na posiedzeniu Komisji Etyki NRL 5 listopada 2010 r.

W posiedzeniu uczestniczyli przewodniczący komisji z OIL. W wyniku dyskusji postanowiono poprosić OIL o przesłanie do NIL dokumentów określających zakres kompetencji komisji okręgowych. Zdecydowano również o zbieraniu dokumentów, stanowisk rad okręgowych, komisji dotyczących metody zapłodnienia pozaustrojowego w celu przeanalizowania ich treści na kolejnym posiedzeniu.

Konkurs rozstrzygnięty

Przed wakacjami NIL ogłosiła konkurs na najlepszą stronę internetową izb okręgowych. Wyniki konkursu ogłoszono pod koniec roku – zwycięzcą została OIL w Olsztynie, drugie miejsce zajęła OIL w Łodzi, a trzecie OIL w Krakowie.



Stenty – odpowiedź MZ

W grudniu 2010 r. nadeszła odpowiedź z Ministerstwa Zdrowia na wrzesniową prośbę prezesa NRL o zajęcie stanowiska

w sprawie metody leczenia chorych na stwardnienie rozsiane za pomocą stentowania układu żylnego. Jak podkreślił minister, na podstawie aktualnej wiedzy medycznej oraz informacji przekazanych przez prof. Danutę Ryglewicz, konsultanta krajowego w dziedzinie neurologii, wynika, że obecnie nie ma żadnych danych klinicznych potwierdzających zależność pomiędzy zaburzeniami krążenia żylnego a występowaniem i narastaniem objawów stwardnienia rozsianego. Procedura ta powinna być – czytamy w piśmie – wykonywana jedynie w ramach kontrolowanego badania klinicznego. Pełna korespondencja w tej sprawie znajduje się na stronie www.nil.org.pl.

Odpady – odpowiedź

Minister środowiska odpowiedział na zapytanie Prezesa NRL dotyczące odpadów wskazując, że obowiązek prowadzenia ewidencji odpadów i przekazywania zbiorczych zestawień danych dotyczących gabinetów lekarskich, w których w wyniku prowadzenia działalności wytwarzane są odpady inne niż odpady komunalne, w szczególności odpady medyczne. Komunikat w tej sprawie na stronie www.nil.org.pl.

k.stralkowska@hipokrates.org
Więcej informacji w Newsletterze NIL. Upzejmie informuję, że możliwość otrzymywania Newslettera NIL drogą elektroniczną następuje po zarejestrowaniu się na stronie internetowej www.nil.org.pl.

Pozytywnie

Czwarte wydanie tablicy wyników dla rynków konsumenckich wskazuje pozytywny stosunek Europejczyków do lekarzy dentystów.

Komisja Europejska opublikowała wyniki czwartego wydania tablicy wyników dla rynków konsumenckich. Wśród 50 analizowanych rynków były usługi stomatologiczne. W tablicy wyników rynki bada się na podstawie takich wskaźników jak porównywalność, zaufanie i satysfakcja konsumenta, problemy, skargi, łatwość zmiany dostawców lub produktów, ceny. Stomatologię określono



no jako jeden z najlepszych rynków, z największym poziomem zaufania i satysfakcji. Ogólny średni wynik satysfakcji wynosi 7,9 na 10; 65% pacjentów określiło stopień swojej satysfakcji na 8 lub wyżej, a tylko 6% na 4 lub niżej. Stomatologia znajduje się także wśród rynków z najwyższym poziomem zaufania

konsumentów: średni poziom wynosi 7,4 (na 10). Tylko rynek książek, czasopism i gazet uzyskał wyższy wynik (7,7). Jedynie 8% pacjentów zgłosiło problemy, które mogłyby być podstawą wystąpienia ze skargą (w porównaniu z 16% wobec usług prawnych, księgowych i notarialnych oraz 26% wobec usług internetowych). Co zrozumiałe, usługi stomatologiczne uzyskały niższe noty, jeśli chodzi o porównywalność usług pomiędzy usługodawcami (jedynie 6,9 na 10, a maksymalna nota dla wszystkich badanych rynków wyniosła 7,9, minimalna 5,8) i w zakresie porównywania cen w poszczególnych

państwach UE. Rada Europejskich Lekarzy Dentystów (CED) w liście wysłanym przed publikacją tablicy wyników przypominała Komisji Europejskiej o przyczynach tego, że porównywalność cen świadczeń stomatologicznych w UE nie została osiągnięta. Ze względu na swój szczególny charakter i różnice w organizacji systemu na poziomie krajowym i regionalnym stomatologia, podobnie jak inne sektory ochrony zdrowia, jest wyłączona z tzw. dyrektywy usługowej i nie powinna być oceniana według tych samych kryteriów, co usługi czysto konsumenckie.

Anna Lella

Minister odpowiada

Ministerstwo Środowiska rozwiewa wątpliwości dotyczące nowych zapisów ustawy o odpadach.

Marzena Bojarczuk

Zapisy znowelizowanej ustawy o odpadach, dotyczące m.in. lekarzy prowadzących indywidualne praktyki oraz niepublicznych zakładów opieki zdrowotnej, nakładają na te podmioty szczegółowe obowiązki w zakresie ewidencji i gospodarki odpadami (pisaliśmy na ten temat w „Gazecie Lekarskiej” 12/2010). W związku z niejasnościami w interpretacji zapisów, prezes NRL Maciej Hamankiewicz zwrócił się do ministra środowiska z prośbą o wyjaśnienie, które praktyki lekarskie objęte są obowiązkami wynikającymi z ustawy.

W odpowiedzi Departamentu Gospodarki Odpadami Minister-

stwa Środowiska czytamy: „(...) obowiązek prowadzenia ewidencji odpadów i przekazywania zbiorczych zestawień danych dotyczy tych gabinetów lekarskich, w których w wyniku prowadzenia działalności wytwarzane są odpady inne niż odpady komunalne, w szczególności odpady medyczne. Natomiast jeżeli w wyniku prowadzenia działalności nie powstają odpady inne niż komunalne, to prowadzący taką działalność jest zwolniony z w/w obowiązków”.

Pełen tekst pisma z Departamentu Gospodarki Odpadami Ministerstwa Środowiska dostępny na stronie internetowej NIL (www.nil.org.pl).

KOLEŻANKO I KOLEGO LEKARZU I LEKARZU DENTYSTO!

Jeśli prowadzisz praktykę lekarską, jesteś posiadaczem odpadów, sprawdź w jednostce terytorialnej zajmującej się ochroną środowiska na Twoim terenie, czy do 15 marca 2011 r. nie musisz złożyć odpowiedniego sprawozdania.



Najbardziej niebezpieczna praca?

Na pytanie o najbardziej niebezpieczny zawód na pewno nie ma jednej dobrej odpowiedzi, ale gdyby wziąć pod uwagę tylko wielkie grupy zawodowe, to okazałoby się, że w ścisłej czołówce znajduje się... ochrona zdrowia.

Wydaje się to dziwne. Do pracowników ochrony zdrowia ludzie zwracają się po pomoc i w ogromnej większości przypadków ją uzyskują. Jednak w krajach, w których istnieją dokładne statystyki, to właśnie w placówkach ochrony zdrowia, w szpitalach, przychodniach, praktykach, przy udzielaniu pomocy doraźnej pracownicy są najczęściej ofiarami przemocy.

Znieważanie, pomawianie, groźby

Trochę niespodziewane są również wyniki analizy miejsc, w których dochodzi do przemocy. Na pierwszym miejscu zawsze są izby przyjęć (u nas obecnie szpitalne oddziały ratunkowe), miejsca, gdzie przyjmuje się i leczy osoby chore psychicznie i uzależnione, ale równie często domy opieki i inne miejsca, gdzie leczą się starsi ludzie. Wśród grup zawodowych pracujących w ochronie zdrowia najbardziej narażone są pielęgniarki, a na drugim miejscu lekarze.

Romuald Krajewski

W Polsce nie mamy dokładnych informacji o częstotliwości przemocy w ochronie zdrowia. Przeprowadzono tylko badania o niewielkim zasięgu. Wskazują one, że z różnymi formami agresji pacjentów i towarzyszących im osób spotyka się w ciągu roku około połowy pracowników. Najczęstsza jest agresja słowna, czyli znieważanie, pomawianie, groźby. Przemoc fizyczna jest na szczęście znacznie rzadsza i rocznie doświadcza jej około 10% pracowników.

Osoby stykające się z przemocą w pracy najczęściej są słabo przygo-

towane do takich sytuacji. Programy studiów nie obejmują tego zagadnienia, w miejscu pracy bardzo rzadko zdarzają się szkolenia na temat postępowania w razie agresji. Miejsce pracy rzadko jest organizowane z myślą o zapobieganiu agresji, a większość przypadków przemocy nie jest nikomu zgłaszana. Pracownicy muszą sami sobie poradzić z problemami, jakich doświadczają jako ofiary agresji.

Czy jest więc tak bardzo źle? Nie wydaje się, by w polskiej ochronie zdrowia było znacznie gorzej niż w innych krajach, ale dość powszechne jest poczucie narastającego zagrożenia i wrogości. Przypadki agresji, nawet jeżeli nie są liczne, budzą bardzo duże emocje, stwarzają poczucie zagrożenia i negatywnie wpływają na podejście do pacjentów, a wobec tego nie powinny być traktowane jako zło konieczne. Należy im zapobiegać oraz ograniczać skutki, kiedy już do agresji dojdzie.

Wśród grup zawodowych pracujących w ochronie zdrowia najbardziej narażone są pielęgniarki, a na drugim miejscu lekarze.

ej czna

Dlatego samorządy zawodowe lekarzy i pielęgniarek oraz Biuro Prewencji KG Policji nawiązały współpracę, której celem jest wspólne organizowanie różnych działań mających na celu poznanie najczęstszych przyczyn agresji w ochronie zdrowia, identyfikację miejsc, w których zagrożenie jest największe, szkolenie pracowników w sposobach reagowania na agresję, szkolenie zarządzających i pomoc w bezpieczniejszej organizacji miejsc pracy, unikanie postępowania i sytuacji prowokujących do agresywnego zachowania.

Monitorowanie agresji

W publikacjach dotyczących problemu przemocy w ochronie zdrowia podkreśla się znaczenie bardzo ścisłej współpracy personelu medycznego z organami porządkowymi, przede

Właśnie w placówkach ochrony zdrowia, w szpitalach, przychodniach, praktykach, przy udzielaniu pomocy doraźnej pracownicy są najczęściej ofiarami przemocy.

wszystkim z policją. Zwykle myśli się tu o jak najszybszych i skutecznych interwencjach w sytuacjach kryzysowych, ale jeszcze ważniejsze są stałe kontakty w sprawach organizacyjnych, pomoc w szkoleniach i działania prewencyjne. NIL i NIPiP utworzyły internetowy system: Monitorowanie Agre-

sji w Ochronie Zdrowia (MAWOZ). Pod adresem www.nil.org.pl/MAWOZ pielęgniarki i lekarze, którzy byli ofiarą lub świadkiem agresji wobec innego pracownika ochrony zdrowia, mogą zgłaszać informacje o tych zdarzeniach. Po zarejestrowaniu większej liczby zgłoszeń będzie można dokładniej ocenić wielkość problemu, główne przyczyny i zidentyfikować najbardziej narażone miejsca, co będzie podstawą do podejmowania celowych działań. Poprzez te strony można również nawiązać kontakt z osobami zajmującymi się pomocą poszkodowanym.

Ośrodek Doskonalenia Zawodowego NIL rozpoczyna bezpłatne dla lekarzy warsztaty na temat indywidualnego postępowania w przypadku agresji zorganizowane we współpracy z KGP oraz z ekspertami z WSPS. Szczególnie lekarze pracujący w najbardziej zagrożonych agresją miejscach powinni być zainteresowani udziałem w tych szkoleniach. Drugi rodzaj kursów jest skierowany do lekarzy pełniących funkcje kierownicze. Dotyczy on przede wszystkim zagadnień organizacyjnych, sposobów zabezpieczenia miejsc pracy, współpracy z organami porządkowymi. Skrócone wersje tych szkoleń będą również udostępnione w formie wykładów.

Kolejnym wspólnym działaniem będzie publikowanie materiałów informacyjnych i edukacyjnych dla pracowników ochrony zdrowia, policjantów i pacjentów. Celem jest poprawa znajomości problemu, dostarczenie informacji o właściwych działaniach w przypadku agresji, zachęcanie do reagowania na agresję, zgłaszania tego rodzaju zdarzeń, domaganie się właściwej ochrony.

Różnie wyrażana agresja jest częścią naszego codziennego doświadczenia i w najbliższej przyszłości na pewno jej nie wyeliminujemy. Dlatego musimy zadbać o wymienione powyżej działania w naszych miejscach pracy, które zmniejszą ryzyko występowania agresywnych zachowań. Jeżeli jednak one się zdarzą, koniecznie zgłaszajmy je i korzystajmy z pomocy. Ponieważ udowodniono, że agresja budzi agresję, pomyślmy też o naszych zachowaniach. Liczne aspekty naszej pracy są coraz bardziej irytujące, ale byłoby bardzo niedobrze, gdyby prowadziły do nieporozumień z naszymi pacjentami. ☉

Autor jest wiceprezesem Naczelnej Rady Lekarskiej.

Porozmawiajmy o etyce lekarskiej

Ze Stefanem Bednarzem, przewodniczącym Komisji Etyki Naczelnej Rady Lekarskiej, rozmawia Jolanta Małmyga.

Zarówno w Naczelnej Radzie Lekarskiej, jak i w radach okręgowych powołano komisje etyki. Jakie są i jakie powinny być zadania tych komisji? Jakiej mają one uprawnienia?

Zgodnie z ustawą o izbach lekarskich do zadań samorządu lekarskiego należy ustanawianie obowiązujących nas wszystkich zasad etyki i deontologii zawodowej oraz dbałość o ich przestrzeganie. Za uchwalanie zasad odpowiada Krajowy Zjazd Lekarzy, ale ich przestrzeganie jest zadaniem wielu organów izby, w tym szczególnie zajmujących się odpowiedzialnością zawodową, tj. rzeczników, sądów lekarskich, ale również komisji etyki. Co prawda, komisje te nie mają takiego umocowania prawnego jak wymienione wcześniej organy (powoływane są komisje do określonych celów przez okręgowe rady lekarskie oraz Naczelną Radę Lekarską), jednak chociażby z mocy znaczenia etyki i deontologii mogą i odgrywają istotną rolę w wypracowywaniu i opiniowaniu zachowań moralnych członków naszej korporacji. Odnosi się to również do spraw ogólnych dotyczących całego społeczeństwa, np. uczestniczenie lub zajmowanie stanowiska w dyskusji nad nagłaśnianymi przez media problemami, którymi okresowo interesuje się cały kraj. Trzeba zaznaczyć, że inne zadania spoczywają na komisjach etyki izb okręgowych, a inne na Komisji Etyki NRL. Te pierwsze, po-

za wypowiedzianiem się w sprawach ogólnych (deontologicznych), zajmują się wieloma jednostkowymi przypadkami dotyczącymi szczególnie konfliktów pomiędzy lekarzami, rzadziej lekarzem a pacjentem, współdziałają w tym zakresie m.in. z radą okręgową, rzecznikami odpowiedzialności zawodowej, organizują też z dużym sukcesem konferencje naukowo-szkoleniowe. Wymienię tu chociażby dwie: „Etyczne aspekty transplantacji” w Krakowie i XIII już konferencję we Wrocławiu poświęconą sytuacjom ryzykownym w zawodach medycznych. Komisja NRL spełnia zadania określone przez Radę bardziej ogólnie, m.in.

Zdarza się, że lekarze godzą się na posiedzeniu KE i wydaje się, że spór jest już zakończony, a po tygodniu jedna ze stron wycofuje się z zawartej ugody, pisze nowe obraźliwe słowa pod adresem kolegi i sprawa znajduje zakończenie u rzecznika.

koordynuje pracę komisji okręgowych i opiniuje projekty aktów prawnych oraz opracowuje projekty uchwał i stanowisk NRL w sprawach dotyczących etyki.

O jakie zadania należałoby poszerzyć działalność Komisji Etyki NRL?

Mam nadzieję, że uda nam się realizować ideę Marii Ossowskiej, która twierdziła, że „świadomość moralną kształci się nie poprzez formułowanie bezapelacyjnych nakazów albo zakazów, ale poprzez dyskusję i wdrożenie do refleksji moralnej”. Chciałbym, żeby nasza komisja była inicjatorem czy też miejscem zaczynów dyskusji w wielu kwestiach deontologicznych i moralnych dotyczących przecież zróżnicowanego światopoglądowo środowiska. Początkiem tego, mam nadzieję, będzie konferencja planowana na rok 2011 na temat klauzuli sumienia, a ostatnie dyskusje z kolegami z komisji etycznych wskazują nawet na oczekiwania cykliczności takich spotkań.

Czy uważa Pan, że w sprawach dotyczących łamania przepisów KEL lub rozwiązywania konfliktów między lekarzami zawsze postępowanie wyjaśniające powinien prowadzić rzecznik? Może powinno to być zadanie komisji etyki?

Jak już wspominałem, to zadanie rzecznika, obecnie również mediatora, ale też okręgowych komisji



Jak słusznie zauważył profesor Andrzej Zoll, już jesteśmy spóźnieni w wielu sprawach (dotyczących pogranicza prawa i etyki) o kilkadziesiąt lat.

Fot.: Jerzy Sawicz

etycznych. Na ostatnim spotkaniu KE NRL z udziałem przewodniczących komisji etyki rad okręgowych wymienialiśmy na ten temat swoje uwagi i spostrzeżenia. W zasadzie komisje chcą się tym zajmować, chociaż dotychczasowe doświadczenie uczy pokory w tych sprawach – zdarza się bowiem, że lekarze godzą się na posiedzeniu KE i wydaje się, że spór jest już zakończony, a po tygodniu jedna ze stron wycofuje się z zawartej umowy, pisze nowe obraźliwe słowa pod adresem kolegi i sprawa znajduje zakończenie u rzecznika. Komisje etyki mogą zapraszać do siebie zwaśnione strony, nie mogą jednak ich wzywać, tzn. od początku konieczna jest dobra wola obu stron. Pomimo tych prawnych uwarunkowań i trudności uważam, że komisje okręgowe mają dużą rolę do spełnienia w tym obszarze, a wiele konfliktów udało się zażegnać dzięki mediacji komisji etyki.

Etyka z greckiego Etos – zwyczaj, obyczaj, czyli ustalone zasady postępowania i zachowań człowieka, które mają wpływ na losy jednostek i społeczeństw. Etyka lekarska, wynikająca ze specyfiki wykonywania zawodu lekarza, określa relacje między lekarzem a pacjentem i wzajemne relacje między lekarzami. Kodeks etyki lekarskiej, znowelizowany w 2003 roku, jest dla lekarzy najważniejszym aktem prawnym. Sprawowanie pieczy nad należytym i sumiennym wykonywaniem zawodu lekarza oraz upowszechnianie zasad etyki wśród lekarzy jest zadaniem samorządu zawodowego.

Jaka jest, Pana zdaniem, rola mediatora, którego powołanie nakazuje ustawa o izbach lekarskich? Osobiście nie zgadzam się z opinią, że mediator wyłącza komisje etyki z rozwiązywania konfliktów między lekarzami.

Mediator i jego zadania są ściśle określone prawem. Dotychczas, co prawda, istniała możliwość polubownego załatwiania spraw, niemniej jednak wprowadzenie do

ustawy zapisów o mediatorach wzmacnia znaczenie mediacji w naszym środowisku, ale zwracam uwagę, że mediator będzie podejmował działalność po porozumieniu głównie z sądem lekarskim i – w mniejszym stopniu – z rzecznikiem. Dlatego zgadzam się z Pani opinią, że komisje etyki mogą nadal odgrywać istotną rolę jako rozjemcy w konfliktowych sytuacjach, przed skierowaniem ich do rzecznika.

Nowe realia życia i rozwój nowych technik w medycynie rodzą nowe problemy i kwestie moralne. Etyka winna wyprzedzać prawo i mieć możliwość jego kształtowania. Kodeks etyki lekarskiej jest prawem stanowionym, powinien być zgodny z aktualnie obowiązującymi przepisami prawa. Czy nie należałoby się zastanowić nad jego aktualizacją i dostosowaniem do współczesnego życia i osiągnięć nauki?

Zasady i normy moralne wciąż się zmieniają, może poza pewnymi dogmatami religijnymi, a w ostatnich latach szczególnie szybko, co z kolei wymusza wypracowywanie nowych standardów deontologicznych naszego środowiska. Ostatni zjazd krajowy uznał, że Kodeks etyki lekarskiej jest na tyle aktualny, że nie zalecił prac nad jego nowelizacją. Ale już ostatnia dyskusja w komisji etyki i wypowiedzi prezesa NRL, jak również szerokie dyskusje medialne, poświęcone np. zapłodnieniu pozaustrojowemu, postępowaniu w stanach terminalnych, wymagają co najmniej podjęcia dyskusji nad tym, czy zapisy Kodeksu nie będą rozmijać się z zapisami prawnymi albo samym życiem. Bo jak słusznie zauważył w jednym z ostatnich wywiadów profesor Andrzej Zoll, już jesteśmy spóźnieni w wielu sprawach (dotyczących pogranicza prawa i etyki) o kilkadziesiąt lat, a spóźnieni są i prawnicy, i etycy... Korporacja lekarska również nie może chować głowy w piasek, a zamiatanie pod dywan spraw trudnych zawsze źle się kończy. Problem uaktualniania zasad Kodeksu etyki lekarskiej uważam za otwarty i dlatego na naszym nadzwyczajnym zjeździe o deontologii i etyce będziemy, mam nadzieję, więcej mówić niż na ostatnim zjeździe lekarzy. ●

Kapitalizm tak, wypaczenia – nie!

Ustawa o działalności leczniczej, przedstawiona w ramach tzw. jesiennej ofensywy legislacyjnej rządu, traktowana jest często jako urynkowienie publicznej służby zdrowia.



Autor jest przewodniczącym Ogólnopolskiego Związku Zawodowego Lekarzy.

Krzysztof Bukiel

Ma o tym świadczyć przede wszystkim przepis przewidujący, że szpitale – prędzej czy później – staną się spółkami prawa handlowego, oraz uznanie działalności leczniczej za formę działalności gospodarczej. Większość krytyków tej ustawy gani ją właśnie za ów „liberalizm” gospodarczy i „poddanie systemu ochrony zdrowia bezwzględny regułom rynku”. Ich zdaniem może to zagrozić dostępności do świadczeń zdrowotnych i bezpieczeństwu zdrowotnemu obywateli. Takie m.in. stwierdzenia znalazły się we wspólnym stanowisku wielu związków i samorządów zawodowych zawodów medycznych, przyję-

tym 19 listopada 2010 r. na spotkaniu w siedzibie NIL w Warszawie.

Ogólnopolski Związek Zawodowy Lekarzy podziela opinię, że wprowadzenie wspomnianej ustawy będzie szkodliwe dla pacjentów i pracowników ochrony zdrowia. Może też przynieść chaos i niepokój społeczny.

Rząd nie chce urynkować publicznej służby zdrowia, ale udoskonalić zasadę ekonomicznego wyzysku.

Przyczyną tego stanu nie będzie jednak „poddanie systemu ochrony zdrowia bezwzględny regułom rynku”, bo tego ustawa o działalności leczniczej nie przewiduje, podobnie jak i pozostałe proponowane ustawy. Rząd nie chce urynkować publicznej służby zdrowia, ale udoskonalić zasadę ekonomicznego wyzysku – podstawę obecnego systemu lecznictwa. Zasada ta polega na tym, że państwo (w postaci NFZ) nakłada na szpitale i innych świadczeniodawców obowiązek dostarczenia społeczeństwu odpowiedniej liczby określonych świadczeń po cenie, jaką podyktuje płatnik. Cena musi być jak najniższa, aby pieniędzy NFZ starczyło na kupno jak największej liczby świadczeń, bo państwo obiecuje ludziom, że zapewni każdemu każde leczenie

– bezpłatnie. Narzędziem do stosowania tego wyzysku jest tzw. kontraktowanie świadczeń przez NFZ na drodze konkursu ofert. Mechanizm ten w istocie przypomina tzw. dostawy obowiązkowe (kontyngent), jaki na rolników indywidualnych nakładali komuniści (aż do połowy lat siedemdziesiątych XX w.), a wcześniej okupanci hitlerowscy.

Szpitale, aby nie upaść, będą musiały zmniejszyć liczbę personelu medycznego, bo jest to jedyny sposób redukcji kosztów.

W tej dobrze pomyślonej konstrukcji jest jednak pewna wada – owa „nieszczelność”, o której wiele razy wspominała pani minister. Jest nią możliwość bezkarnego zadłużania się szpitali i konieczność pokrycia tych długów – ostatecznie – przez budżet państwa. To powoduje,

że cały trud państwowego „wyzyskiwacza” bierze w łeb: co z tego, że zaniżył ceny za świadczenia, co z tego, że zmusił dyrektorów szpitali, aby dali lekarzom niskie płace, jeżeli na końcu i tak musi zapłacić za szpitalne długi, dodając do tego niemałe odsetki? Z tego bufora (jakim była możliwość zadłużania się) łagodzącego niedobór pieniędzy przeznaczanych na leczenie korzystali i pacjenci leczeni w ramach „nadlimitów”, i pracownicy dostający płace wyższe, niżby to logicznie wynikało z przyznanych środków.

Powszechne przekształcenie szpitali w spółki prawa handlowego ma spowodować zlikwidowanie tej „nieszczelności” w mechanizmie wyzysku. To nie jest żadne „poddanie systemu ochrony zdrowia regułom rynku”, bo jedynym „rynkowym” elementem mają być owe spółki, reszta pochodzi z oręża gospodarki nakazowo rozdzielczej. Cóż to za wolny rynek, na którym urzędnik decyduje, ile dane przedsiębiorstwo może sprzedać swoich

produktów i po jakiej cenie? Gdzie tu wolna konkurencja, jeżeli urzędnik dopuszcza przedsiębiorstwa do rynku albo je dyskwalifikuje, rozdziela dowolnie limity (określając w ten sposób, kto jest „dobry”, a kto „zły”), narzuca ceny?

W polskim systemie publicznej opieki zdrowotnej nie ma żadnych mechanizmów stojących na straży jakości świadczeń.

Taka sytuacja rzeczywistości może stanowić zagrożenie dla pacjentów. Szpitale – spółki nie będą bowiem miały możliwości wpływania na swoje przychody (ceny „produktów”, wielkość „sprzedaży”), a jedynie na koszty. W takiej sytuacji szpitale, aby nie upaść, będą musiały zmniejszyć drastycznie liczbę personelu medycznego, bo jest to jedyny sposób istotnej redukcji ich kosztów. Musi to doprowadzić w końcu do obniżenia jakości leczenia i zagrożenia bezpieczeństwa pacjentów. Już są przykłady takich skutków nadmiernego obniżania kosztów szpitali, jak głośny ostatnio przypadek jednego z warszawskich szpitali, gdzie zabrakło lekarza umiającego opisać badanie TK. W polskim systemie publicznej opieki

zdrowotnej nie ma żadnych mechanizmów stojących na straży jakości świadczeń! Ani mechanizmów rynkowych, jak wolna konkurencja o pacjenta (bo jest limitowanie świadczeń i tzw. konkurs ofert), ani administracyjnych, np. w postaci norm zatrudnienia, poniżej których nie można zejść. Jedyną logiczną konsekwencją przyjętego przez rządzących sposobu myślenia jest tworzenie szpitali samoobsługowych, w których liczbę personelu medycznego można by – bez szkody dla pacjentów – zredukować maksymalnie.

To nie rynek będzie źródłem wspomnianych niebezpieczeństw, ale jego wypaczenia. Prawdziwy rynek, przy wolnych cenach, wolnej konkurencji szpitali o pacjenta, przy braku limitów i wielości płatników nie tylko dba o oszczędne funkcjonowanie, ale także o jakość usług i ich odpowiednią podaż. Nic nie stoi na przeszkodzie, aby na takim rynku państwo kupiło świadczenia zdrowotne tym obywatelom, których na leczenie nie stać. Nic nie stoi na przeszkodzie, aby stworzyć w ramach takiego rynku ubezpieczenia zdrowotne non profit, np. w ramach ubezpieczeń wzajemnych. Nic nie stoi na przeszkodzie, aby na takim rynku funkcjonowały także non profit szpitale lub zakłady charytatywne, aby potrzebującym pomagały instytucje dobroczynne albo poszczególne osoby. Rynek (kapitalizm) – tak, wypaczenia – nie! ☉

7 grudnia 2010 r.

KOMUNIKAT

KAPITUŁY ODZNACZENIA MERITUS PRO MEDICIS

SZANOWNE KOLEŻANKI, SZANOWNI KOLEDZY!

*ZAPRASZAM WSZYSTKICH
CZŁONKÓW IZB LEKARSKICH DO
ZGŁASZANIA KANDYDATUR OSÓB,
KTÓRE W SZCZEGÓLNY SPOSÓB
ZASŁUŻYŁY SIĘ DLA NASZEGO
SAMORZĄDU I WASZYM ZDANIEM
ZASŁUGUJĄ NA ODZNACZENIE
MERITUS PRO MEDICIS.*

*WNIOSKI O NADANIE ODZNACZENIA
MOGĄ SKŁADAĆ TAKŻE ORGANY IZB
LEKARSKICH.*

*MOŻE ONO BYĆ PRYZNANAWANE
LEKARZOM I LEKARZOM DENTYSTOM
ORAZ INNYM OSOBOM SZCZEGÓLNIE
ZASŁUŻONYM DLA SAMORZĄDU
LEKARSKIEGO.*

*WNIOSKI MOŻNA POBRAĆ ZE STRONY
INTERNETOWEJ NACZELNEJ IZBY
LEKARSKIEJ: [HTTP://WWW.NIL.ORG.
PL/XML/NIL/ODZNACZENIA/MPM](http://www.nil.org.pl/xml/nil/odznaczenia/mpm), NA
KTÓREJ JEST WIĘCEJ INFORMACJI
O ODZNACZENIU I ZASADACH JEGO
NADAWANIA.*

*WYPEŁNIONE WNIOSKI NALEŻY
WYSYŁAĆ NA ADRES:
NACZELNA IZBA LEKARSKA,
UL. SOBIESKIEGO 110,
00-764 WARSZAWA,
Z DOPISKIEM NA KOPERCIE:
MERITUS PRO MEDICIS LUB
urszula.rolczyk@hipokrates.org,
W TERMINIE DO 28 LUTEGO 2011 R.*

ROMUALD KRAJEWSKI
KANCLERZ KAPITUŁY
ODZNACZENIA
MERITUS PRO MEDICIS

***Cóż to za
wolny rynek, na
którym urzędnik
decyduje, ile dane
przedsiębiorstwo
może sprzedać
swoich produktów
i po jakiej cenie?***

Fasady – „dzieci we mgle” (2)

Dla tych Czytelników, którzy nie czytali tekstu Włodzimierza Majewskiego w poprzednim numerze „GL”, wyjaśnienie: tytułowe fasady to według autora akty prawne, głównie ustawy, których zapisy uniemożliwiają normalne funkcjonowanie ochrony zdrowia w Polsce.

Włodzimierz Majewski

Fasada 3 – art. 68 ust. 7 Ustawy prawo farmaceutyczne: *Minister określa w drodze rozporządzenia wykaz produktów leczniczych, które mogą być doraźnie dostarczane w związku z udzielanym świadczeniem zdrowotnym, uwzględniając rodzaj udzielanego świadczenia.*

W wydanym rozporządzeniu i załącznikach wykonawca woli postów nie uwzględnił tego, że anestezjodzy muszą mieć leki do znieczulenia ogólnego, dentyści zaś do znieczulenia miejscowego. ZOZ-y i NZOZ-y kupują leki w hurtowniach, a wymienieni wyżej, mający praktyki lekarskie, muszą je kupować w aptekach z marżami (tylko jak kupić w aptece produkt leczniczy przeznaczony do stosowania w lecznictwie zamkniętym?). Od czasu wejścia w życie ustawy o swobodzie działalności gospodarczej indywidualna praktyka lekarska to działalność gospodarcza i taki sam podmiot jak ZOZ czy NZOZ. Mamy więc do czynienia z dyskryminacją i pogwałceniem art.

32 ust. 2 Konstytucji RP – *Nikt nie może być dyskryminowany w życiu politycznym, społecznym lub gospodarczym z jakiejkolwiek przyczyny.*

Lenistwo ministra i niechlujstwo w wydanym rozporządzeniu dyskryminują wielu lekarzy wykonujących zawód w formie prywatnej praktyki.



Autor był członkiem Naczelnej Rady Lekarskiej IV i V kadencji.

Uchwały zjazdów, NRL, interwencje prezesa Radziwiłła i moje w osobistych rozmowach z kolejnymi ministrami zdrowia kończyły się na obietnicach zmiany rozporządzenia i zapewnieniach o dobrych chęciach kierownictwa resortu zdrowia. Mimo licznych interwencji samorządu lekarskiego, nie uczyniono nic, aby zmienić tę sytuację. Wystarczyło listę sporządzoną przez ówczesnego konsultanta krajowego ds.

anestezjologii – prof. Ewę Mayzner-Zawadzką – nazwać załącznikiem nr 2 do rozporządzenia i problem przestałby istnieć.

1/2 fasady – rozporządzenie stanowiące, że w poradniach specjalistycznych mają pracować specjaliści, część poradni zlikwidowało, a pacjentów pozbawiło specjalistycznej opieki. Nie pomyślano choćby o okre-

się dostosowawczym. Tytułomania kwitnie, specjalizacji mamy chyba najwięcej w Europie. Pacjent do lekarza „nieszpecjalisty” nie chce iść, bo z sercem to do kardiologa, z nerwami to do nefrologa itp. Przypadek jednego z najwybitniejszych polskich hematologów, który musiał skończyć pracę w poradni hematologicznej, bo nie miał specjalizacji z hematologii (choć połowa polskich hematologów u niego się szkoliła, pisała doktoraty i habilitacje), jest dowodem na nonsens tak szybkiego wdrożenia rozporządzenia. Podobnie jest z tytułami naukowymi, które w praktyce codziennej lekarza nie mają częstokroć żadnej przydatności, a decydują o obejmowaniu stanowisk kierowniczych. Umiejętności i doświadczenie kliniczne oraz (co nie jest doceniane) umiejętność podejmowania decyzji i znajomość zasad zarządzania ludźmi

My, członkowie samorządu, zmobilizujemy się i ponówmy nasze postulaty.

i firmą powinny się liczyć przede wszystkim. Opisałem 3 i ½ fasady, 3 kolejne zostawiam do następnej publikacji, a będą dotyczyły wyłącznie spraw izby lekarskiej. Pisząc ten artykuł, chcę zachęcić samorząd – NAS WSZYSTKICH – do walki o zmianę zapisów ww. aktów prawnych, tak by były logiczne. My, członkowie samorządu, zamiast aktów strze-listych: apeli, uchwał, rezolucji i stanowisk zjazdów i NRL, zmobilizujemy się i ponówmy nasze postulaty, a nie kompromitujemy się, jak to już dwa razy uczyniliśmy, nie zbierając 100 000 podpisów pod projektami zmian w ustawach dotyczących naszej codzienności. Zbliżają się kolejne wybory. Rozliczmy lekarzy, członków samorządu będących posłami, a nie błakajmy się, udając „dzieci we mgle”. ☉

R E K L A M A

90 lat tradycji

90 lat temu spełniło się marzenie wielu pokoleń światłych Polaków.

Marek Ruchała

Spełniło się też marzenie patrona Uniwersytetu Medycznego dr. Karola Marcinkowskiego, by utworzyć szkołę medyczną w Poznaniu.

Z inicjatywy założyciela i pierwszego rektora Uniwersytetu Poznańskiego – lekarza ginekologa prof. Heliodora Święcickiego – 19 listopada 1920 r. odbyło się pierwsze posiedzenie Rady Wydziału Lekarskiego. Ta symboliczna data wyznacza początek studiów lekarskich w Poznaniu, których tradycję przejął Uniwersytet Medyczny.

Rektor Jacek Wysocki wręcza doktorat *honoris causa* prof. Antoniemu Pruszeviczowi.

Wielkiemu wydarzeniu w życiu naszej uczelni, jakim jest jubileusz 90-lecia studiów lekarskich w Poznaniu, towarzyszyły podniosłe uroczystości. Zgodnie z uniwersytecką tradycją odbyło się spotkanie dziekanów wydziałów lekarskich wszystkich polskich uczelni medycznych. W obradach uczestniczyli rektor UM w Poznaniu prof. Jacek Wysocki oraz gość honorowy prof. Roman Danielewicz, dyrektor Departamentu Nauki i Szkolnictwa Wyższego Ministerstwa Zdrowia.

W nowym Centrum Kongresowo-Dydaktycznym UM w Poznaniu prof. Jacek Wysocki oraz dr hab.



Odsłonięcia pomnika dr. Krzysztofa Komedy Trzcńskiego dokonala jego siostra, dr Irena Orłowska, w towarzystwie rektora Jacka Wysockiego, dziekana Wydziału Lekarskiego II Andrzeja Tykarskiego i rzecznika prasowego UMP Marka Ruchały.



prof. UM Ryszard Marciniak otworzyli wystawę fotograficzną poświęconą historii studiów lekarskich. Towarzyszące tym wydarzeniom hasło „Ludzie, czas i miejsca” to symboliczne odniesienie do sukcesów absolwentów, którzy są współtwórcami polskich i światowych osiągnięć naukowych w dziedzinie medycyny oraz pozostałych osób kreujących wysoką pozycję uczelni w kraju i za granicą.

W ramach uroczystości rocznicowych społeczność akademicka postanowiła uczcić pamięć naszego wybitnego absolwenta dr. Krzysztofa Trzcńskiego, znanego muzyka. Chociaż był on dobrze zapowia-

Odślonięto pierwszy w świecie pomnik lek. med. Krzysztofa Komedy Trzcńskiego.



Fot. UM Poznań

dającym się laryngologiem, to jego największe sukcesy nie były związane z medycyną, ale ze sztuką. Uroczystość odślonięcia pierwszego w świecie pomnika lek. med. Krzysztofa Komedy Trzcńskiego odbyła się przed Collegium Stomatologicum na reprezentacyjnym placu kampusu akademickiego. Wstęgę przecięła siostra naszego absolwenta dr Irena Orłowska wraz z prof. Jackiem Wysockim i prof. Andrzejem Tykarskim. Odczytano listy wybitnych przyjaciół Komedy, m.in. Romana Polańskiego, Jerzego Skolimowskiego i Andrzeja Krakowskiego.

Ważnym punktem obchodów było wspólne posiedzenie senatu oraz wszystkich rad wydziałów uczelni, co nadało temu świętu podniosły charakter i godną oprawę. Wraz z obecnymi władzami w uroczystości wzięli udział byli rektorzy i dziekani. Była to również doskonała okazja do wręczenia licznych wyróżnień podkreślających zasługi wybitnych

ludzi związanych z naszą Alma Mater. Wiele pokoleń lekarzy, którzy opuścili mury uczelni, na co dzień daje świadectwo poznańskiego nauczania medycyny na najwyższym poziomie.

Otwierając posiedzenie Rad Wydziału Lekarskiego I, Wydziału Lekarskiego II, Wydziału Farmaceutycznego i Wydziału Nauk o Zdrowiu, rektor prof. Jacek Wysocki mówił o historii, teraźniejszości, ale także o planach uczelni na przyszłość. Uniwersytet zatrudnia ponad 2000 osób, z tego połowę stanowi kadra dydaktyczna wysoko wyspecjalizowanych nauczycieli akademickich. Prawie 200 pracowników naukowych z tytułem profesora i 100 z tytułem doktora habilitowanego umożliwia prowadzenie badań i kształcenie studentów na najwyższym poziomie. Na studia uczęszcza 8500 słuchaczy, a ponad 100 z nich to cudzoziemcy.

Wiele pokoleń lekarzy, którzy opuścili mury uczelni, na co dzień daje świadectwo poznańskiego nauczania medycyny na najwyższym poziomie.

Podczas uroczystości odbywających się w auli UAM dziekan Wydziału Lekarskiego I dr hab. prof. UM Ryszard Marciniak przedstawił historię minionych 90 lat tworzenia, rozwoju i ciągłego doskonalenia akademickiego nauczania sztuki lekarskiej w grodzie Przemysława. Także dziekan Wydziału Lekarskiego II prof. Andrzej Tykarski odniósł się do zasług wspaniałych postaci związanych z uniwersytetem. W uznaniu wybitnych osiągnięć naukowych w dziedzinie medycyny wręczono doktoraty *honoris causa* prof. Włodzimierzowi Januszewiczowi oraz prof. Antoniemu Prusiewiczowi. Nowym wyróżnieniem uczelnianym – Złotym Laurem Akademickim – uhonorowany został prof. Zygmunt Szmeja. ●

*Autor, prof. UM,
jest rzecznikiem prasowym UM
im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu.*

R
E
K
L
A
M
A

W numerze 11/2010 „Gazety Lekarskiej” zamieszczona została informacja na temat przyznania Nagrody Nobla w dziedzinie medycyny. Brytyjski naukowiec Robert G. Edwards otrzymał ją za opracowanie metody zapłodnienia pozaustrojowego in vitro. Zarówno sam artykuł, jak i opublikowane komentarze wzbudziły duże zainteresowanie naszych Czytelników. Publikujemy fragmenty listów, które nadesłano do redakcji, w tym m.in. odpowiedź na komentarz prof. Mariana Szamatowicza.



Dlaczego jestem przeciw in vitro?

Postęp technologiczny w medycynie otwiera coraz więcej możliwości. Jednak przyjmowanie zasady: co technicznie możliwe jest również moralnie godziwe, nie zawsze może być usprawiedliwione (...). Najbardziej aktualnym zagadnieniem bioetycznym jest obecnie procedura in vitro. Paradoksalnie, środowiska walczące z płodnością i wspierające antykoncepcję (...) wspierają również sztuczne zapłodnienie. A może logika tych sprzecznych działań

wcale nie jest nedoręczna – na jednym i drugim można zarobić. Kto odważy się to głośno wypowiedzieć? Dodam jednak, że chodzi o coś więcej niż tylko pieniądze. Owe praktyki wchodzą w obręb „kultury śmierci” według słów Jana Pawła II (...). Dokument papieski „Dignitas personae” odnoszący się całościowo do zagadnień moralnych wokół in vitro może stać się tłem merytorycznej dyskusji (...). Za „Instrukcją Dignitas personae dotyczącą niektórych problemów bioetycznych”: „Zapłodnie-

nie in vitro związane jest dosyć często z zamierzonym niszczeniem embrionów. Niektórzy uważali, że ma to związek z techniką, częściowo jeszcze niedoskonałą. Natomiast późniejsze doświadczenie wykazało, że wszystkie techniki zapłodnienia in vitro są stosowane faktycznie tak, jak gdyby

ludzki embriion był zwykłym zbiorem komórek, które są używane, selekcjonowane i odrzucane. Nigdy eksperymenty na ludziach, których założeniem w historii miało być powszechne »szczęście ludzkości« (ta retoryka przewija się również w obecnej dyskusji o in vitro, odwołując się do

Nikt nie ma prawa panować nad drugim człowiekiem, decydując o jego poczęciu in vitro lub śmierci czy zamrożeniu.

»szczęścia rodziców«), nie przyniosły tego szczęścia. Nikt nie ma prawa panować nad drugim człowiekiem, decydując o jego poczęciu in vitro lub śmierci czy zamrożeniu (...). Tak jak niegdyś Kościół katolicki sprzeciwiał się niewolnictwu, dziś sprzeciwia się »nowoczesnemu« niewolnictwu prenatalnemu, narażając się na agresywną krytykę ze strony nie tylko polityków, ale biznesu in vitro obracającego miliardami dolarów». Za „Instrukcją Dignitas personae dotyczącą niektórych problemów bioetycznych: Zapłodnienie in vitro (...) jest ze swej istoty techniką niegodziwą: powoduje całkowite oddzielenie prokreacji od aktu małżeńskiego. (...) Oddaje więc życie i tożsamość embrionów w ręce lekarzy i biologów (...)”. W kwestii zagadnień biologiczno-medycznych powołam się na prof. Stanisława Cebrata, kierownika Zakładu Genomiki Uniwersytetu Wrocławskiego, cytując jego niezwykle ważną, kluczową wypowiedź w sprawie zaburzeń piętnowania rodzicielskiego mających miejsce podczas procedur in vitro: „Każde dziecko otrzymuje zestaw genów od matki i od ojca. (...) Niektóre geny z pary są jednak aktywne, jeżeli pochodzą od ojca, a inne tylko jeżeli pochodzą od matki. Geny jakby pamiętają swoje pochodzenie. (...) Jeżeli jednak tę pamięć się zaburzy, to może dojść do bardzo poważnych defektów rozwojowych. Zapłodnienie in vitro powoduje, że ta informacja – które geny pochodzą od ojca, a które od matki – może zostać uszkodzona. Objawia się to np. tym, że rodzą się dzieci

o dużej masie urodzeniowej z wieloma defektami rozwojowymi (...). Dlaczego więc bagatelizowany jest problem rozwojowych wad wrodzonych? (...) Osiągnięcia w medycynie nie mogą być okupione kosztem ludzkiego życia, nawet gdyby ich skuteczność, będąca dla niektórych miernikiem doraźnych korzyści, miała wynieść 100%”. Jako lekarz i biochemik dziękuję za wszelkie wypowiedzi przedstawicieli Kościoła katolickiego, dziś ganionego przez prof. Szamatowicza na łamach „Gazety Lekarskiej” za przypominanie oczywistych faktów niezmiennych norm prawa naturalnego. Chciałbym podziękować prof. Januszowi Gadzinowskiemu, kierownikowi Katedry i Kliniki Neonatologii UM w Poznaniu, za jego stanowczy protest przeciwko tej niegodzwej metodzie, za co spotkało go wiele przykrości. Nie dziwię się, że Nagroda Nobla dla twórcy in vitro jest plastrzem na sumienie prof. Szamatowicza, o czym świadczy Jego tekst na łamach „GL” i że została przyjęta z entuzjazmem przez branżę in vitro. Nie może być ona jednak certyfikatem moralności (...). Żadna nagroda przyznawana przez ludzkie gremia nie zmieni oceny moralnej złych działań, sprzecznych z obiektywnym prawem naturalnym. Jeśli autentycznym celem osób zaangażowanych obecnie w in vitro jest pomoc niepłodnym małżeństwom, dlaczego nie zaangażują się w ulepszanie naprotechnologii obecnie przez nich dyskredytowanej, która nie stwarza dylematów jak in vitro?

dr hab.

*Andrzej Lewandowicz,
Warszawa*

Nabycie dziecka

Szanowny Panie Profesorze, z wielkim podziwem dla Pana jako pioniera w Polsce metody ludzkiego zapłodnienia pozaustrojowego oraz uznając wagę opracowania tej metody przez Edwarda, śmiem twierdzić, że było to, tak jak Pan Profesor stwierdził, największe odkrycie XX w. w **medycynie, ale nie klinicznej, a doświadczalnej**. Sam Nobel nie przypuszczał, jak negatywne skutki militarne spowodu-

Do ciąży dochodzi w sposób sztuczny, a nie przez naturalne poczęcie.

je jego odkrycie. Podobnie jest z postępem biotechnologicznym, np. w dziedzinie zakładania ciąży in vitro skutkujących produkcją zarodków ludzkich i zamianną prokreacji człowieka na jego przedmiotową multiplikację metodą industrialną. Pary uznawane za wcześniej niepłodne nie stają się płodnymi po nawet homologicznym zapłodnieniu pozaustrojowym, gdyż do ciąży dochodzi w sposób sztuczny, a nie przez naturalne poczęcie (...). W efekcie umożliwia się tym parom nabycie dziecka, jak gdyby naturalne prawo w czasie, gdy niewolnictwo już nie istnieje, dawało komukol-

wiek przywilej posiadania drugiego człowieka. Dawać parom szansy na posiadanie dzieci nie jest działaniem z kręgu medycyny, w przeciwieństwie do leczenia bezpłodności, jaką jest pomniejszana przez Pana Profesora naprotechnologia. Przecistawia Pan Profesor ideologię nauce. Pozwól sobie zauważyć, że istnieje filozofia medycyny, stanowiąca ośnowę kierunków rozwoju wszelkich nauk medycznych. Istotą każdej filozofii jest jej ideologia. Nie można powiedzieć, że akurat w Polsce Kościół katolicki nie akceptuje zapłodnienia pozaustrojowego ludzi, gdyż ideologia ta jest cechą powszechną prawa naturalnego na całym świecie wynikającą z podmiotowego traktowania ludzi (...). Zatem pytania lekarzy, naukowców o to, jak skuteczniej i bezpieczniej leczyć metodą in vitro, są faktem, który nie może jednak zmieniać nieuleczalnej, nawet najnowszymi osiągnięciami naprotechnologii, bezpłodności w podstawę do prawa stosowania metodą in vitro procedury obdarzania par wyprodukowanymi dziećmi. Nie ma gwarancji i na to, że w przyszłości ludzie poczęci metodą in vitro będą traktowani przedmiotowo, jako np. rodzaj „birobotów”. A może jest Pan Profesor gotów przeciwstawić się chociażby tej ostatniej tezie?

*dr n. med. Sławomir
Graff, Bielsko-Biała*



Izba Nie-Lekarska

Zainteresowaniem przeczytałem informację o spotkaniu prezesa Macieja Hamankiewicza z ministrem Kopacz i ministrem Twardowskim („Gazeta Lekarska” nr 11/2010). W szczególności zaciekały mi bardzo negatywne opinie ministra Twardowskiego o izbach lekarskich. A jaki jest wizerunek samorządu wśród szeregowych lekarzy? Chciałbym odpowiedzieć na to pytanie na swoim przykładzie.

Lekarzem i członkiem OIL w Warszawie jestem od 7 lat. Byłem pierwszym rocznikiem zdającym LEP. Mimo różnego rodzaju „syllabusów”, będących w rzeczywistości niewiele wnoszącym spisem treści, egzamin wprowadzony był bez żadnego przygotowania, listy obowiązujących podręczników, przykładowych pytań testowych. Mimo to izby popierały wprowadzenie LEP-u. Tłumaczono to koniecznością zweryfikowa-

nia wiedzy i umiejętności lekarzy, zapominając o egzaminach zdawanych przez nas podczas studiów. Obecnie LEP okrzepł i słusznie jest jedynym kryterium kwalifikującym na specjalizację. Ale niestety, na początku samorząd nie działał w naszym – młodych lekarzy – interesie. Co więcej, od zakończenia stażu do zdawania LEP-u było ok. 2 miesiące, kiedy to nie mając prawa wykonywania zawodu, nie można było podjąć pracy. W związku z tym młodzi lekarze masowo rejestrowali się w urzędach pracy jako bezrobotni, aby posiadać ubezpieczenie zdrowotne. Wówczas jeden z najwyższych działaczy samorządu lekarskiego stwierdził, że rejestrować się w urzędzie pracy lekarzowi nie przystoi. Nie zaproponował jednak, aby to izby opłaciły młodym lekarzom ubezpieczenie zdrowotne. Po zdaniu LEP-ie nadszedł czas na pierwszą pracę (jako pełnoprawny le-

Samorząd aktywnie poparł wprowadzenie obowiązku doskonalenia lekarzy. Ale nie poszły za tym żadne działania, które to doskonalenie mogłyby ułatwić, a więc np. płatny urlop szkoleniowy.

karz). Do tego potrzebne było Prawo Wykonywania Zawodu (PWZ). Na ów dokument czekać trzeba było dość długo, kilka tygodni, aż do uroczystego wręczenia. W zamian izba wydawała tymczasowe zaświadczenia, które niezbyt chętnie były honorowane przez pracodawców. PWZ – owszem, wydrukowane były, ale odbiór możliwy był dopiero na owym uroczystym wręczeniu. Trzeba było czekać. Niestety zapomniano, że te dokumenty i izba lekarska mają służyć nam, młodym lekarzom, a nie odwrotnie.

Samorząd aktywnie poparł wprowadzenie obowiązku doskonalenia lekarzy. Ale nie poszły za tym żadne działania, które to doskonalenie mogłyby ułatwić, a więc np. płatny urlop szkoleniowy. Wielu doświadczonych, starszych stażem lekarzy z mniejszych ośrodków zostało więc zmuszonych do „pogoni za punktami”. Sęk

w tym, że izby nie powinny szkodzić swoim członkom, a więc nakładać dodatkowych obowiązków. Samorząd nie powinien być władzą, która wie lepiej, co dobre. Z drugiej strony, dość przykra była bierność samorządu podczas słynnej medialnej i politycznej nagonki na środowisko. To temat na zupełnie inny artykuł. I jeszcze kamyczek do ogródka. Prowadzę indywidualną praktykę lekarską w miejscu wezwania. Zmiana adresu w urzędzie gminy nie kosztuje nic, zaś w izbie – kilkaset złotych. Czysto biurowa formalność, gdyż jest to praktyka w miejscu wezwania i wizytacja nie jest konieczna. Pozostawię to bez komentarza. Mam nadzieję, że mój list zostanie opublikowany i sprowokuje dyskusję o samorządzie – oby konstruktywną i z pożytkiem dla nas wszystkich.

Lekarz KS

(imię i nazwisko do wiadomości redakcji)

Zmiana adresu w urzędzie gminy nie kosztuje nic, zaś w izbie – kilkaset złotych. Czysto biurowa formalność, gdyż jest to praktyka w miejscu wezwania i wizytacja nie jest konieczna.

Diagnostuj czerniaka w najwcześniejszym

Agata Bulińska

W Polsce co roku wykrywa się 2200 nowych zachorowań na czerniaka złośliwego, z czego 1100 kończy się zgonem. Wskaźnik śmiertelności wynosi więc 50%, podczas gdy we Francji i Australii odpowiednio 20 i 10%.

Liczba zachorowań na nowotwory skóry gwałtownie wzrasta. U osób o jasnej karnacji z Europy, USA, Australii, Nową Zelandii, u jednej na pięć rozwinię się rak skóry. Promocja zdrowia powinna więc obejmować wszystkich lekarzy, zwłaszcza POZ, którzy mają najczęstszy kontakt z pacjentem. W czerniakach złośliwych ma to kluczowe znaczenie, bo postacie *in situ* są uleczalne w 100%. Oprócz szkoleń pod kątem wykorzystania dermatoskopii w badaniu ważna jest prewencja pierwotna.

W rakach skóry przyczyną ich powstawania jest najczęściej zwiększona ekspozycja na promieniowanie

ultrafioletowe, zarówno słoneczne, jak i sztuczne. Prewencja polega więc na unikaniu słońca i solariów. Są trzy główne typy złośliwych wykwitów skórnych. Raki podstawnokomórkowe nie mają skłonności do tworzenia przerzutów i rzadko zagrażają życiu. Raki kolczystokomórkowe, częstsze u osób starszych latami intensywnie opalających się, jak przekroczą 2 mm grubości mogą rozsiewać się i dawać przerzuty. Czerniaki złośliwe są najgroźniejszą grupą nowotworów skóry. Są nagminne w krajach o wysokiej ekspozycji UV, u ludzi z jasną karnacją i korzystających z solariów. Usunięte chirurgicznie w stadium przedinwazyjnym nie tworzą przerzutów.



Czerniak czerniakowi nierówny

Z prof. Jackiem Jassemem, kierownikiem Katedry i Kliniki Onkologii i Radioterapii Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego, rozmawia Lucyna Krysiak.

Czerniak kojarzy się ze zmianami na skórze w związku z narażeniem na promieniowanie słoneczne. Atakuje jednak oko, jamę ustną, okolice odbytu. Dlaczego?

Ryzyko zachorowania na czerniaka złośliwego szerzącego się powierzchownie oraz czerniaka wywodzącego się z plamy soczewi-

cowatej typu lentigo są związane z ekspozycją na promieniowanie ultrafioletowe zawarte zarówno w promieniach słonecznych, jak i wytwarzanych przez lampy stosowane w solariach. Niektóre czerniaki, w tym postać guzkowa, kończynowo-lentiginalna, rozwijająca się na dłoniach i stopach czy też

czerniaki wywodzące się z błon śluzowych, np. w jamie ustnej, pochwie, okolicach sromu lub odbytu, mają inną, dotychczas mało poznaną etiologię. Mówi się o predyspozycjach genetycznych, ale mogą to być inne czynniki. Z kolei tylny odcinek błony naczyniowej oka narażony jest na dawkę promieniowania

ultrafioletowego zintensyfikowanego skupiającymi właściwościami soczewki i w tym przypadku promienie słoneczne mogą wywoływać złośliwą transformację komórek.

Co oprócz dermatoskopii i wideodermatoskopii nowoczesna medycyna ma do zaoferowania?

złośliwego stadium

ciekową ich ryzyko wzrasta wraz z grubością guza. Przy grubości 0,75 a 1,5 mm wskaźnik przeżycia w okresie 10 lat wynosi 90%. W przypadku czerniaków złośliwych (w skali Breslowa) o grubości 4 mm wskaźnik spada do 40%. Wyzwaniem jest więc wykrywanie ich w fazie *in situ*. By osiągnąć wysoki poziom dokładności diagnostycznej pacjent powinien zwracać uwagę na nowe, zmieniające się wykwity skórne. Lekarz musi trafnie je ocenić, aby wykonać biopsję oraz przekazać informację patologom (łącznie z wynikiem badania dermatoskopowego).

W Polsce, gdzie w porównaniu z Australią czerniaki złośliwe występują 10 razy rzadziej, umieralność jest wyższa. W Australii pacjenci i lekarze uważają na zmiany skórne, a patolodzy mają wprawę w ich rozpoznawaniu. Dermatoskopia,

która jest standardową metodą badania skóry w Australii i Nowej Zelandii, zwiększyła dokładność rozpoznania czerniaków złośliwych. Musi być jednak wyposażona w odpowiednie algorytmy. Idealny do szybkiego zastosowania jest algorytm „Chaos i Wzory”, przy użyciu którego wzrasta diagnostyczna dokładność zarówno wczesnych postaci czerniaków złośliwych, jak i *in situ* barwnikowych odmian raków podstawno- i kolczystokomórkowych. Włączając tę metodę do codziennej praktyki lekarskiej można przyczynić się do spadku umieralności z powodu złośliwych nowotworów skóry w Polsce. ☉

Więcej informacji na stronie

www.melanomasignature.blogspot.com

Autorka jest specjalistką dermatologiem-wenerologiem w Gdańsku i wykładowcą na University of Queensland, Brisbane, Australia.

Niestety niewiele, oprócz doświadczenia klinicznego lekarzy. Jedyną naukowo potwierdzoną metodą pozwalającą na wykrywanie wczesnych postaci, a co za tym idzie poprawę wyleczalności czerniaka złośliwego, jest dermatoskopia. Nie istnieją żadne magiczne „detektory” czerniaka złośliwego. Niektórzy zalecają tworzenie fotograficznej dokumentacji skóry osób z podwyższonym ryzykiem zachorowania na czerniaka złośliwego, ale nie udowodniono skuteczności tych działań mierzonych poprawą wyników leczenia.

Czy w przyszłości będzie można przewidywać, że ognisko stanie się czerniakiem złośliwym, zanim pojawią się zmiany na skórze?

Według niektórych ekspertów czerniaki złośliwe powstają najczęściej *de novo*. Jednak tylko około połowa czerniaków zaczyna się rozwijać w prawidłowej skórze, a połowa z melanocytów znamion barwnikowych, ale nie są znane zmiany prekursorowe ani sposoby ich identyfikacji. Nie ma możliwości wykrycia złośliwej zmiany w fazie bezobjawowej. Najmniejszy do tej pory wykryty czerniak złośliwy miał wielkość 1,6 mm i też

został rozpoznany przy użyciu dermatoskopii.

Jak najskuteczniej leczyć się czerniaka, czy wciąż najlepszą metodą jest chirurgia?

W przypadku czerniaka złośliwego nie ma skuteczniejszej metody leczenia niż właściwie wykonany zabieg chirurgiczny. Musi on być jednak przeprowadzony we wczesnym etapie, zanim wytworzy on przerzuty lub wniknie w głąb skóry właściwej. Obecnie tam naczynia krwionośne i limfatyczne ułatwiają bowiem szerzenie się nowotworu i jego rozsiew w organizmie. ☉

L-DEP i staż podyp a uznawanie kwalifikacji

Czy planowane zniesienie stażu
podyplomowego i L-DEP-u wpłynie
* na uznawanie kwalifikacji polskich lekarzy
dentystów w Unii Europejskiej? *

Marek Szewczyński

W związku z planowaną nowelizacją ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty przewidującą m.in. zniesienie stażu podyplomowego i L-DEP-u pojawia się pytanie, czy taka decyzja może mieć wpływ na zasady uznawania kwalifikacji polskich lekarzy i lekarzy dentystów w innych państwach Unii Europejskiej.

Dokumenty potwierdzające posiadanie kwalifikacji zawodowych wydawane w poszczególnych państwach członkowskich są wskazane w Załączniku V do regulującej zasady uznawania kwalifikacji zawodowych Dyrektywy 2005/36/WE. Odpowiednie wpisy dotyczące dokumentów wydawanych w Polsce zostały wpro-

wadzone do dyrektyw obowiązujących w 2004 r. w jednym z aktów dotyczących przystąpienia Polski do UE.

Traktat akcesyjny m.in. stanowi, że warunki przyjęcia i wynikające z niego dostosowania w traktatach stanowiących podstawę Unii są przedmiotem aktu przystąpienia dołączonego do traktatu akcesyjnego. Akt przystąpienia stanowi zaś, że akty wymienione w załączniku II są dostosowane w sposób określony w tym załączniku. Dotyczy to m.in. zmian w dyrektywach o uznawaniu kwalifikacji w zawodach medycznych i paramedycznych, m.in. w zawodzie lekarza dentysty. Jedną ze zmian przewidzianych w tej części było dodanie w załączniku A ówczesnie obowiązującej Dyrektywy Rady 78/686/EWG pozycji: „Polska. Dyplom ukończenia studiów wyższych z tytułem lekarz dentysta; 1. Akademia Medyczna, 2. Uniwersytet Medyczny, 3. Collegium Medicum Uniwersytetu Jagiellońskiego. Lekarsko-Dentystyczny Egzamin Państwowy”. Podobnie dodano odpowiednie pozycje dotyczące dyplomów w zakresie specjalizacji lekarsko-dentystycznych.

*Harmonizacja kształcenia
dotycząca kształcenia
przeddyplomowego, które
musi spełniać
określone wymogi.*

R
E
K
L
A
M
A

lomowy w UE

Dodanie tych pozycji miało charakter nowelizujący obowiązujące akty prawne. Ich ewentualna zmiana nie oznacza więc zmiany traktatu akcesyjnego w trybie przewidzianym dla zmian prawa pierwotnego UE. *De facto* zmiana taka formalnie już nastąpiła poprzez przyjęcie nowej Dyrektywy 2005/36/WE regulującej uznawanie kwalifikacji zawodowych i ponowne dokonanie odpowiednich wpisów w załączniku V do dyrektywy.

W odniesieniu do tzw. zawodów sektorowych, m.in. zawodu lekarza dentysty, zasada automatycznego uznawania kwalifikacji opiera się na harmonizacji minimalnych wymogów w zakresie kształcenia.

Harmonizacja ta dotyczy kształcenia przeddyplomowego, które musi spełniać określone wymogi – w odniesieniu do zawodu lekarza dentysty sprowadzają się one w praktyce do określenia minimalnego 5-letniego okresu studiów w pełnym wymiarze godzin oraz wskazania przedmiotów, które muszą być objęte programem studiów.

Oznacza to, że minimalne wymogi określone w dyrektywie są spełnione, jeżeli studia prowadzące do uzyskania dyplomu spełniają powyższe warunki. Jednocześnie państwa

członkowskie mogą określać dodatkowe wymogi, które absolwenci studiów muszą spełnić, aby uzyskać pełne kwalifikacje do wykonywania zawodu; mogą się one wiązać

np. z koniecznością odbycia stażu zawodowego (podyplomowego) lub złożenia egzaminu państwowego. Jeżeli w danym państwie przewidziane są dodatkowe wymogi, dokumenty potwierdzające ich spełnienie są wskazane w odpowiednim załączniku do Dyrektywy 2005/36/WE jako dokumenty towarzyszące dyplomowi. Wynika z tego, że osoby,

które uzyskały dyplom w tym państwie, powinny spełniać te dodatkowe wymogi także przy ubieganiu się o uznanie kwalifikacji zawodowych w innym państwie członkowskim, ponieważ może ono w świetle dyrektywy wymagać nie tylko dyplomu, ale również spełnienia tych dodatkowych wymogów.

W Polsce są nimi staż podyplomowy oraz egzamin państwowy, a dotyczą zawodu lekarza dentysty, a także zawodu lekarza, co odzwierciedlają odpowiednie wpisy do załącznika V do dyrektywy. Określenie tego rodzaju wymogów

nie jest koniecznością. Państwo członkowskie może w pewnym momencie z nich zrezygnować i nie jest w takim przypadku konieczna zgoda Komisji Europejskiej. Konieczne jest zaś dokonanie odpowiedniej notyfikacji w celu uwzględnienia zmiany w załączniku V do dyrektywy (wykreślenia wpisu o dokumencie towarzyszącym dyplomowi). W świetle do-

tychczasowych

uwag można stwierdzić, że z punktu widzenia zgodności z prawem unijnym, zniesienie w Polsce stażu podyplomowego oraz złożenie

Skutkiem wprowadzenia praktyki zawodowej będzie faktyczne skrócenie studiów do 4 lat.

nia L-DEP-u jest dopuszczalne pod warunkiem, że tego rodzaju decyzja nie wpłynie na wprowadzenie zmian w kształceniu przeddyplomowym, które zostaną uznane za obniżenie wymogów tego kształcenia, prowadzące do niezgodności z minimalnymi wymogami określonymi w Dyrektywie 2005/36/WE. Czy takiego skutku nie będzie miało wprowadzenie do programu studiów lekarsko-dentystycznych praktyki zawodowej, przewidzianej przez projekt ustawy? Pojawiły się głosy zarówno nauczycieli akademickich, jak i prawników, że skutkiem wprowadzenia praktyki zawodowej będzie faktyczne skrócenie studiów (dydaktycznych zajęć teoretycznych) do 4 lat, co spowoduje, że kształcenie przestanie spełniać wymogi określone Dyrektywą 2005/36/WE. ◎



Autor jest aplikantem radcowskim, pracownikiem Ośrodka Uznawania Kwalifikacji Naczelnej Izby Lekarskiej.



Zapewnić samowystarczalność

Kampania społeczna „Twoja krew – Moje życie” jest częścią programu zdrowotnego „Zapewnienie samowystarczalności Rzeczypospolitej Polskiej w zakresie krwi, jej składników i produktów krwiopochodnych”, który będzie realizowany do 2014 r.

Marzena Bojarczuk

Z badań wynika, że 10% społeczeństwa błędnie sądzi, iż oddawanie krwi szkodzi dawcy, a blisko 25%

uważa, że krew można sztucznie wyprodukować. Około 80% Polaków jest gotowych oddać krew z jakiegokolwiek powodu,

a 99% w sytuacji, gdy jest ona potrzebna komuś z rodziny lub bliskiej osobie. Tylko 14% osób informuje, że w ostatnim roku oddało krew.

Dane dotyczące zapasów krwi w całym kraju monitorowane są na bieżąco, a informacja o stanie rezerw przekazywana jest do Narodowego Centrum Krwi. Utrzymywana jest również stała współpraca Regionalnych Centrów Krwiodawstwa i Krwiolecznictwa w zakresie zapewnienia pełnego zabezpieczenia zapasów krwi i jej składników.

– Systematyczny wzrost zapotrzebowania na krew, jej składniki i preparaty krwiopochodne stanowi ogromne wyzwanie dla służby zdrowia. Zużycie składników krwi w Polsce jest nadal o ok. 30% niższe niż w starych krajach Unii Europejskiej. Jestem przekonana, że realizacja ogłoszonego programu oraz towarzysząca mu kampania społeczna przyczynią się do sprostania temu wyzwaniu – powiedziała minister zdrowia Ewa Kopacz.

Kampania „Twoja krew – Moje życie” to unikatowy program społeczno-edukacyjny, realizowany przez Ministerstwo Zdrowia i Narodowe Centrum Krwi. Jego celem jest uświadomienie opinii publicznej konieczności zwiększenia liczby stałych dawców krwi, co w niedalekiej perspektywie czasowej zapewni Polsce samowystarczalność.

To część programu zdrowotnego „Zapewnienie samowystarczalności Rzeczypospolitej Polskiej w zakresie krwi, jej składników i produktów krwiopochodnych”, ogłoszonego w czerwcu 2009 r. przez MZ.

Do osiągnięcia samowystarczalności zobowiązuje także status członka Unii Europejskiej. Dodatkowo kwestie samowystarczalności zostały określone w zaleceniach Komitetu Ministrów Rady Europy i zaleceniach WHO.

Symbolem kampanii jest rubin obrazujący drogocenną kroplę krwi – klejnot i bezcenny dar, którego nie można wyprodukować, musi go podarować człowiek. Kampanię wspiera wiele znanych osób, m.in.: Beata Tyszkiewicz, Katarzyna Skrzynecka, Urszula Dudziak, Monika Pyrek, Ryszard Kalisz, Zbigniew Wodecki, Rafał Bryndał i Magdalena Stужиńska.☉

Słownik pojęć i terminów fiskalnych

W kolejnym odcinku poradnika dla Czytelników „Gazety Lekarskiej” ELZAB S.A., wiodący polski producent kas fiskalnych, przedstawia podstawowe terminy związane z fiskalizacją. Ich znajomość ułatwi użytkownikom kas prowadzenie rozmów zarówno ze sprzedawcą urządzeń, jak i z pracownikami serwisu i Urzędu Skarbowego.

Producent/importer (ELZAB SA)

Firma, która wyprodukowała lub dokonała importu i wprowadziła do obrotu kasy rejestrujące. ELZAB SA – wiodący w Polsce producent kas rejestrujących. Przedsiębiorstwo posiada ponad 40-letnie doświadczenie w projektowaniu, produkcji i dystrybucji urządzeń elektronicznych. Spółka giełdowa, której akcje są notowane na Warszawskiej Giełdzie Papierów Wartościowych od 1998 r., sprzedała ponad 450 tys. urządzeń fiskalnych.

Kasa rejestrująca

Urządzenie elektroniczne służące do rejestracji obrotu oraz podatku należnego VAT. Podstawowe rodzaje kas rejestrujących to kasa fiskalna i drukarka fiskalna.

Drukarka fiskalna (ELZAB Mera E)

Rodzaj kasy rejestrującej. Urządzenie podłączone do komputera i ściśle współpracujące z programem sprzedaży. ELZAB Mera E – bezawaryjna drukarka z elektronicznym zapisem kopii paragonów o funkcjonalnej i starannie dopracowanej konstrukcji. Dodatkowe zalety drukarki to prosta i szybka wymiana papieru (*easy load*), niskie koszty eksploatacji (oszczędność papieru) oraz zindywidualizowane wydruki нефiskalne.

Kasa fiskalna (ELZAB Mini E)

Rodzaj kasy rejestrującej. Samodzielne urządzenie do prowadzenia sprzedaży. ELZAB Mini E – kasa przenośna z intuicyjną obsługą przygotowana do sprzedaży usług medycznych oraz z bezpiecznym i łatwym do odczytu zapisem elektronicznym. Dodatkowe zalety kasy to małe wymiary i waga, pyłoszczelna klawiatura oraz prosta i szybka wymiana papieru (*easy load*).

Kasa rezerwowa

Zapasowa kasa fiskalna, bez której w przypadku awarii kasy podstawowej należy zaprzestać sprzedaży. Za zakup kasy rezerwowej dokonany wraz z zakupem pierwszego urządzenia fiskalnego można uzyskać zwrot wydanej kwoty, nie więcej jednak niż 700 zł.



Fiskalizacja (ufiskalnienie)

Nieodwracalne uaktywnienie pamięci fiskalnej. Od tego momentu wszystkie dane o operacjach prowadzonych na kasie zapisywane są w jej pamięci. Fiskalizacji dokonuje uprawniony pracownik serwisu, który powinien posiadać legitymację wydaną przez producenta kasy.

Książka kasy

Dostarczana jest wraz z kasą. Autoryzowany serwisant dokonuje w niej wszelkich adnotacji dotyczących kasy. Książka kasy musi znajdować się w miejscu prowadzenia sprzedaży.

Moduł fiskalny

Zabezpieczony element kasy rejestrującej zapamiętujący w pamięci fiskalnej dane o obrotach. Zapisanie sprzedaży w module fiskalnym następuje po zatwierdzeniu paragonu.

Nie ma możliwości wycofania zapisu. Pojemność pamięci fiskalnej określona w rozporządzeniu Ministra Finansów wynosi minimum 5 lat.

Numer ewidencyjny kasy

Numer nadawany przez właściwy Urząd Skarbowy. Powinien być naniesiony na kasę w sposób trwały oraz odnotowany w książce kasy.

Numer unikatowy kasy

Numer nadawany przez producenta, wpisany do pamięci fiskalnej w trakcie ufiskalnienia.

Paragon fiskalny

Od zwykłego paragonu różni się specjalnym symbolem fiskalnym, po którym następuje numer unikatowy kasy. Nagłówek paragonu zawiera nazwę, adres i NIP użytkownika kasy oraz numer kasy. Na paragonie znajdują się dane o sprzedanym towarze/usłudze (nazwa, cena, stawka podatku, kwoty netto i brutto), data i godzina wystawienia.

Paragon kontrolny

Drugi egzemplarz paragonu, który stanowi materiał dowodowy w ewentualnych postępowaniach przed Urzędem Skarbowym. W zależności od urządzenia zapis kopii paragonu możliwy jest na elektronicznych nośnikach danych lub na papierowej rolce kontrolnej.

Raport fiskalny

Raport drukowany z urządzenia fiskalnego. Może obejmować różne okresy czasu – obligatoryjne są dobowe i miesięczne raporty fiskalne. Stanowią one podstawę do prowadzenia zapisów księgowych.

PLU

Liczba towarów/usług, jakie można zdefiniować w kasie fiskalnej.

Serwis kasy

Czynności obejmujące fiskalizację kasy, jej naprawy i konserwacje oraz przeglądy techniczne prowadzone zgodnie z wymogami rozporządzenia Ministra Finansów.

Doradca, mediator, koordynator

Z Krzysztofem Kordelem, rzecznikiem praw lekarza Naczelnej Rady Lekarskiej, rozmawia Lucyna Krysiak.

W założeniu rzecznik praw lekarza ma udzielać pomocy prawnej lekarzom – członkom samorządu lekarskiego w sprawach związanych z wykonywaniem zawodu. Na jaką pomoc mogą liczyć?

Z mojego doświadczenia w działalności w korporacji wynika, że znajomość prawa nie jest mocną stroną świata medycznego. Głównym zadaniem rzecznika praw lekarzy będzie więc edukacja. Naszym kolegom będziemy uświadamiać, jak działa polskie prawo. Niewiele z nich wie, że zarówno kodeks karny, jak i kodeks cywilny dają lekarzom szerokie możliwości dochodzenia swoich praw w przypadkach bezpodstawnych pomówień, ataków słownych, a także fizycznych ze strony pacjentów czy ich rodzin. Również w wielu przypadkach pomocna może być znajomość prawa prasowego. Rzecznika powołano, by lekarze mieli do kogo zwrócić się z problemami, również pracowniczymi. Nie zapominajmy, że nie wszyscy są zrzeszeni w związkach zawodowych. Inne sprawy to utrudnianie przez sze-

fów zdobywania wiedzy medycznej. Może rzecznik jako doradca czy mediator potrafi taki problem rozwiązać. Zresztą przyszłość pokaże, z jakimi tematami przyjdzie mi się zmierzyć.

Każdy, kto został poszkodowany, będzie mógł się zgłosić, nawet anonimowo.

Ostatnio narasta agresja wobec lekarzy ze strony pacjentów, mediów, ale i różnych służb. Czy rzecznik ma narzędzia, by chronić lekarzy przed takimi atakami?

Jak już wcześniej wspomniałem, polskie prawo stwarza wystarczające mechanizmy służące obronie godności każdego obywatela, także lekarza. Trzeba tylko umieć umiejętnie z nich skorzystać. Rzecznik praw lekarzy nie ma możliwości załatwiania spraw jednostkowych.

Służy natomiast pomocą prawną. Mogę interweniować w sytuacjach, kiedy naruszana będzie godność nas wszystkich, ale nie mam podstaw prawnych, by reprezentować konkretnego lekarza. O wystąpieniu na drogę sądową musi w takiej sytuacji każdy zdecydować sam. Także o tym, czy zechce skorzystać z usług prawnych kancelarii, z którą jako rzecznik praw lekarza współpracujemy, czy będzie szukał prawników na własną rękę. Ze swojej strony mogę jedynie zapewnić, że chciałbym, aby nasz głos w przypadkach bezpodstawnych ataków na lekarzy był słyszalny, i myślę, że to się już dzieje. Mimo że jestem rzecznikiem praw lekarza dopiero od kilku miesięcy, już parę takich spraw trafiło do mediów. Posłuży się przykładem młodej lekarki z Poznania, której pijany pacjent złamał rękę. Co z tego, że kiedy wytrzeźwiał, przyszedł z koszem kwiatów i przeproszał. Poszkodowana musiała przejść długotrwałą rehabilitację. Skala tego zjawiska rośnie i dotyczy głównie dużych miast. Poprzez nagłaśnianie takich spraw chcemy też wychowywać pacjen-



Rolą rzecznika praw lekarza jest doradzać, pomagać.

tów, ale nieraz najlepszą drogą jest sala sądowa. Pilotuję wiele tego typu spraw, którymi niebawem zajmie się sąd. Naczelna Izba Lekarska zaczyna prowadzić ankiety wśród pracowników służby zdrowia. Każdy, kto został poszkodowany przez agresywnych pacjentów, media czy różne służby, będzie mógł się zgłosić, nawet anonimowo. Jeżeli ktoś będzie oczekiwał pomocy rzecznika, to ją otrzyma. Toczą się rozmowy z kancelarią adwokacką, której będzie można powierzyć sprawę lekarzy.

Jakich zmian wymaga obecne prawo, by w przyszłości lekarze mogli liczyć na sprawiedliwe traktowanie?

Nie można powiedzieć, że dzisiaj lekarze są niesprawiedliwie traktowani. Zawsze tak było, że zawody zaufania społecznego znajdowały się i znajdują się na tzw. świeczniku i trzeba liczyć się z konsekwencjami. Media chętnie donoszą o naruszeniach zasad etyki przez nas.

Interesują się jednak nie tylko lekarzami, piszą także o negatywnych zachowaniach członków palestry, polityków. Bardzo często jednak na bazie jednostkowego zdarzenia są wysnuwane uogólnienia dotyczące wszystkich lekarzy, całego naszego środowiska. W takiej sytuacji bezwzględnie będziemy interweniować. Media mają też tendencję wymierzania wyroków, niestety, nie wysłuchują racji drugiej strony. Mam nadzieję, że czasami, choćby dla równowagi, napiszą także o tym, jak pacjenci zachowują się wobec lekarzy. Mam zamiar przyglądać się także procesom legislacyjnym, które ograniczałyby prawa naszej grupy zawodowej. Zamierzam aktywnie włączyć się w prace legislacyjne dotyczące praw środowiska lekarskiego, aby do tego nie dopuścić, jeśli byłyby takie zakusy.

Czy każdy lekarz, który popadł w konflikt z prawem, może schować się za plecami rzecznika, wierząc, że ten wyciągnie go z tarapatów?

Zdecydowanie nie. Nie taka jest rola rzecznika praw lekarza. Lekarz, jak każdy obywatel, jeśli popadnie w konflikt z prawem, podlega procedurom prawnym powszechnie stosowanym, niezależnie od tego, czy jest dyrektorem szpitala, ordynatorem, czy pracuje w przychodni. Nie chciałbym, aby moje działanie było postrzegane jako przeciwwaga dla rzecznika praw pacjentów, jako że nie jest wymierzone przeciwko pacjentom. Nie będzie nim również obrona lekarzy, którzy są na bakier z etyką naszego zawodu. Będę natomiast reagował w sytuacjach, kiedy bezpodstawnie oskarżony człowiek nie ma zapewnionego prawa do obrony, jest szargana jego opinia i cała korporacja. Aby bronić się przed tego rodzaju oskarżeniami, koledzy sugerują, by traktować każdego pracującego lekarza jak funkcjonariusza publicznego. Obecnie taką ochronę mają tylko niektórzy medycy, np. pracujący w pogotowiu lub dyrektorzy szpitali. Do takiej kategorii zaliczają się również lekarze, którzy udzielają pomocy pacjentom w stanie zagrożenia życia. W takich przypad-

kach jest to kwalifikowana postać przestępstwa. Lekarz może wytoczyć proces cywilny osobie, która go obraziła.

Resort zdrowia przedstawił projekt nowelizacji ustawy o prawach pacjenta i rzeczniku praw pacjenta, który zakłada powstanie wojewódzkich komisji do spraw orzekania o błędach medycznych. Czy ta zmiana będzie korzystna dla obu stron?

Moim zdaniem oprócz sądów o błędach medycznym nie powinna decydować żadna inna instancja czy urząd. Sama idea tej nowelizacji, czyli przyspieszenie drogi wypłaty odszkodowań ofiarom błędów medycznych, jest naturalnie słuszna, ale wskazany w projekcie sposób realizacji, moim zdaniem, nie. Wspomniane komisje mogłyby zajmować się np. sprawami dotyczącymi zakażeń szpitalnych, gdzie sprawy nie są skomplikowane i łatwiej je wyjaśnić. Co do błędów lekarskich, to rozprawy sądowe nie są oczywiście konieczne. Można rozwiązać problem na innej płaszczyźnie, ale wówczas bez orzekania o winie.

Większość izb lekarskich w Polsce ma już swoich rzeczników praw lekarza. Czy nie sądzi pan, że powołanie tej instytucji przez Naczelną Radę Lekarską to mnożenie bytów?

Wciąż jeszcze nie wszystkie izby mają swoich rzeczników. Myślę jednak, że obrona dobrego imienia członków izby jest jednym z zadań jej prezesa. Nie mam więc zamiaru zastępować rzeczników działających już w izbach albo wyřęcać prezesów w ich działalności. Moją rolą jest doradzać, pomagać, a także w jakimś sensie koordynować ich poczynania.

Kryzys ekonomiczny dotyka nas wszystkich i samorząd lekarski także skrupulatnie liczy pieniądze...

Powiem krótko – jestem z Poznania i nie mam skłonności do bizantyjskiego przepychu. Kierując pracami Wielkopolskiej Izby Lekarskiej, doskonale wiem, ile i na jakie cele są wydawane pieniądze pochodzące z naszych składek. ◎

Lepsza i szersza współpraca

W Pradze odbyło się kolejne posiedzenie Rady Europejskiej Unii Lekarzy Specjalistów (UEMS). Podjęte tam decyzje będą miały duży wpływ na współpracę europejskich lekarzy.

R E K L A M A

Romuald Krajewski

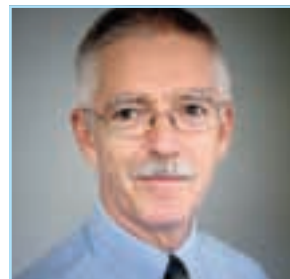
UEMS jest najstarszą (poza niektórymi towarzystwami naukowymi) i obecnie największą organizacją europejskich lekarzy. Jej podstawę stanowi 37 sekcji specjalistycznych reprezentujących specjalności wymienione w dyrektywie 2005/36/EC w sprawie uznawania kwalifikacji. Poza sekcjami działa 10 komisji interdyscyplinarnych, zajmujących się dziedzinami, które należą do dwóch lub więcej specjalności. Spośród wszystkich europejskich organizacji lekarzy UEMS najmniej zajmuje się polityką i jej aktywność koncentruje się na zagadnieniach związanych z kształceniem specjalistycznym i ustawicznym.

Relacje sekcji oraz Rady składającej się z przedstawicieli krajowych organizacji tworzących UEMS były często dyskutowane, ponieważ sekcje domagały się większego udziału w decyzjach dotyczących całej organizacji. Było to przedmiotem prac grupy roboczej i na październikowym posiedzeniu w Pradze po raz pierwszy w 52-letniej historii wdrożono zalecenie wspólnych obrad Ra-

dy i prezesów sekcji. Już po pierwszym posiedzeniu wiadomo, że na pewno ułatwi to przekaz informacji oraz poprawi spójność i sprawność organizacji.

**Europejski
Dom Lekarzy**

Zaakceptowano propozycję zakupienia w Brukseli siedziby UEMS. To do-



AUTOR JEST WICEPREZEMEM
UEMS

bra wiadomość również dla innych organizacji europejskich lekarzy, które będą mogły skorzystać z możliwości posiadania swoich biur w tym samym miejscu. Byłoby ono czymś w rodzaju Europejskiego Domu Lekarzy. To dobra wiadomość również dla polskich lekarzy, gdyż każda krajowa organizacja ma proporcjonalny do udziału w UEMS udział w jej majątku. Polska jest jednym

z krajów, w których specjalistów jest wielu, i udział ten byłby znaczny.

Europejskie akredytacje

Powołano zarząd stałej grupy roboczej zajmującej się europejską akredytacją doskonalenia zawodowego. Ta część działalności UEMS stale i szybko się rozwija. Europejska Rada Akredytacyjna Medyczne-

czy nawet reklamy. W Europie jest z tym mniej problemów niż w USA, dlatego zapewne nie słyszymy tu tak radykalnych jak w USA propozycji całkowitego zerwania kontaktów. Dla zachowania wiarygodności i bezstronności konieczne jest jednak ściśle przestrzeganie przyjętych zasad.

Rośnie zainteresowanie projektem akredytacji kształcenia specjalistycz-

daje szansę na wprowadzenie profesjonalnego, obiektywnego i organizowanego przez lekarzy dla lekarzy systemu ogólnoeuropejskiego, który działałby na zasadzie dobrowolności i byłby bardziej dostosowany do realiów praktyki lekarskiej niż pomysły politycznych administratorów ochrony zdrowia. Sekcje specjalistyczne już rozpoczynają testowanie systemu.

Ocena jakości praktyki

Patrząc w przyszłość, można dostrzec również potrzebę oceny jakości praktyki lekarskiej. Takie działania już podjęto w niektórych krajach europejskich, chociaż zdecydowana większość nadal ogranicza się do wymaganego obowiązku gromadzenia punktów edukacyjnych. Kiedy w mediach pojawiają się narzekania na jakość ochrony zdrowia, politycy chętnie deklarują konieczność poprawienia jakości pracy lekarzy, np. przez egzaminy powtarzane przez całe życie zawodowe, kontrole i inne sposoby „zapewnienia najwyższej jakości”. Wobec rosnącego zapotrzebowania na kadry medyczne i coraz wyraźniejsze w UE tendencje do skracania kształcenia, stawianie im bardzo wysokich wymagań wydaje się nie-realne. Wprowadzenie dobrowolnego (podobnie do wszystkich działań akredytacyjnych UEMS) systemu stworzyłoby zachęty do stałego podwyższania jakości.

Onkologiczna komisja interdyscyplinarna

W Polsce istnieje wiele specjalizacji, a o celowości takich jak onkologia kliniczna, chirurgia onkologicz-

na czy ginekologia onkologiczna rzadko się dyskutuje. Żadna z nich nie istnieje w dyrektywie 2005/36/EC, a więc nie są one „specjalizacjami europejskimi”. Przedstawiciele kilku krajów i sekcji zwracali uwagę, że onkologia jest częścią niemal każdej specjalności i tworzenie odrębnych struktur jest niecelowe. Inni podkreślali interdyscyplinarny charakter onkologii i konieczność integracji wielu specjalności uczestniczących w leczeniu nowotworów. Ostatecznie Rada zdecydowała o utworzeniu komisji w UEMS, ale przebieg dyskusji wskazuje, że wpisanie specjalności onkologicznych do dyrektywy nadal będzie wzbudzało kontrowersje w EC.

Polscy lekarze są bardzo mobilni zawodowo i przedstawione problemy będą miały coraz większy wpływ na naszą pracę. Doświadczenia z pracy w krajach UE wskazują, że w większości jesteśmy dobrze przygotowani do wykonywania zawodu, a Polacy zdają bardzo dobrze egzaminy europejskie. Dobrowolny udział w inicjatywach UEMS i stopniowe wprowadzanie europejskich standardów do naszego kształcenia specjalistycznego, egzaminów i akredytacji zapewniły formalne potwierdzenie tego stanu i ułatwią polskim lekarzom zdobywanie wysokich i cenionych stanowisk w całej UE. Dlatego gorąco zachęcam do aktywnego udziału, szczególnie w pracach sekcji specjalistycznych UEMS, które ze swej strony wielokrotnie przekazują prośby o delegatów z Polski. Mijmy więc nadzieję, że nasza reprezentacja w UEMS i w innych europejskich organizacjach lekarzy będzie się stale powiększać. ●

UEMS jest najstarszą i największą organizacją europejskich lekarzy.

Jej podstawę stanowi 37 sekcji specjalistycznych i 10 komisji interdyscyplinarnych.

go Kształcenia Ustawicznego (EACCME) zapewnia wiarygodną i sprawną akredytację wydarzeń edukacyjnych o charakterze międzynarodowym. Dominują duże konferencje i kongresy, ale w tym roku wzrasta liczba akredytowanych programów kształcenia internetowego. Punkty edukacyjne przyznane przez EACCME są uznawane w Europie i USA. Codzienne zarządzanie EACCME stanowi niemałe wyzwanie ze względu na dużą liczbę otrzymywanych wniosków, potrzebę sprawnej ich oceny oraz konieczność porozumiewania się z osobami uczestniczącymi w całym procesie. Zadaniem grupy roboczej będzie dalsze usprawnianie procedur oraz opracowywanie i przestrzeganie zasad współpracy z przemysłem, który jest bardzo aktywny w dziedzinie kształcenia lekarzy – często trudno odróżnić kształcenie od marketingu

nego. UEMS zajmuje się tym, ponieważ duża mobilność zawodowa lekarzy wywołała w wielu krajach UE pytania o przygotowanie zawodowe lekarzy specjalistów. System uznawania za równoważne tytułów zawodowych tylko na podstawie opisu programu i czasu trwania kształcenia jest powszechnie krytykowany. Lekarz specjalista powinien posiadać wiedzę, umiejętności i właściwe podejście do pacjenta – wszystkie trzy elementy profesjonalizmu. Ocena tych aspektów (tzw. ocena 360°) powinna odbywać się na podstawie jednolitych standardów i metodologii. Wykorzystanie doświadczenia UEMS w prowadzeniu specjalistycznych egzaminów europejskich, doświadczeń Rady Oceny Europejskich Lekarzy Specjalistów (CESMA – obecnie część UEMS) oraz platformy elektronicznej monitorującej przebieg kształcenia

Paragon z kasy a faktura VAT

Od 1 maja br. lekarz udzielający świadczeń w ramach prywatnej praktyki stanie się podmiotem wykonującym „usługi dla ludności”.

R E K L A M A

Marzena Bojarczuk

Na mocy rozporządzenia Ministra Finansów prawie wszyscy przedsiębiorcy świadczący usługi na rzecz osób fizycznych podlegają obowiązkowi rejestrowania przychodów za pomocą urządzeń rejestrujących, np. kas fiskalnych. Do końca kwietnia 2011 r. niektóre grupy podatników są zwolnione z tego obowiązku. Do grupy podmiotów zwolnionych czasowo (do 30.04.2011 r.) z obowiązku posiadania kasy fiskalnej należą lekarze prowadzący indywidualne praktyki, w ramach których udzielają świadczeń zdrowotnych.

Wydruk z kasy fiskalnej a faktura VAT

Paragon, czyli wydruk z kasy (albo drukarki) fiskalnej, jest dowodem wykonania usługi (świadczenia). Po konsultacji lekarskiej lub innej usłudze wykonanej na rzecz pacjenta lekarz ma obowiązek zarejestrować przychód z tego tytułu za pomocą urządzenia rejestrującego,

tzn. „nabić” na kasę fiskalną określony rodzaj i cenę usługi, wydrukować paragon i wręczyć go pacjentowi. Paragon jest dowodem dla pacjenta, dla lekarza dowodem jest zapis w pamięci kasy fiskalnej i wydruk w postaci raportu. Oczywiście, mowa o tych transakcjach, kiedy lekarz w prywatnym gabinecie wykonuje świadczenie na rzecz indywidualnego pacjenta i od niego bezpośrednio pobiera za to świadczenie opłatę. Zdarza się jednak, że pacjent żąda wystawienia faktury za wykonane świadczenie. Jeśli jest on osobą fizyczną prowadzącą działalność gospodarczą, to fakturę wystawia się na prowadzoną przez pacjenta działalność i wówczas nie trzeba rejestrować na kasie fiskalnej przychodu z tego tytułu. Jeżeli faktura wystawiana jest na osobę fizyczną, to przychód jest rejestrowany, ale pacjent otrzymuje oryginał faktury, a wydruk z kasy (paragon) należy dołączyć do kopii faktury, która pozostaje w dokumentacji księgowej lekarza.



Pytania Czytelników

Jestem lekarzem specjalistą położnictwa i ginekologii. Od wielu lat prowadzę indywidualną specjalistyczną praktykę lekarską (nigdzie nie jestem zatrudniony na etacie). Sam opłacam składki ZUS. W ramach praktyki prowadzę w miejscu zamieszkania swój gabinet, w którym przyjmuję pacjentki trzy razy w tygodniu po 2 godz. Obrót roczny w ramach gabinetu jest niski, poniżej 20 000 rocznie. Jako indywidualna specjalistyczna praktyka lekarska mam też umowę o współpracy z NZOZ. Wykonuję na terenie NZOZ-u codziennie po ok. 7 godz. badania USG pacjentów posiadających skierowania w ramach NFZ i pacjentów prywatnych, którzy NZOZ-owi muszą zapłacić za badanie. Zgodnie z umową dwa razy w miesiącu wystawiam rachunek dla NZOZ za wykonane usługi. NZOZ zapłatę przelewa mi na konto bankowe. Jest to mój główny dochód. Czy w takiej sytuacji muszę kupować kasę fiskalną? Jeżeli tak, to jak trzeba rozliczać usługi świadczone dla NZOZ?

W tej sytuacji nie ma obowiązku instalowania kasy fiskalnej. Co prawda, występuje obrót konsumencki, ale nie przekracza on ustalonego na 40 000 zł limitu.

Prowadzę indywidualną praktykę stomatologiczną, w roku 2009 miałam przychód z praktyki w wysokości ok. 12 000 zł. Od kwietnia 2010 r. jestem na kontrakcie z NFZ i przychód będzie większy, bo już np. na wrzesień z gabinetu i kontraktu wynosi ok. 34 000 zł. Moje pytanie: czy praktyka, która osiąga przychód poniżej 40 000 zł, musi zakupić kasę fiskalną i czy przychód z kontraktu z NFZ sumuje się z przychodem z praktyki prywatnej z tytułu pobierania pieniędzy od pacjentów? Bardzo proszę o wyjaśnienie.

Jeżeli nie zostanie przekroczony limit 40 000 zł rocznego obrotu z tytułu świadczeń dla osób fizycznych,

nie ma obowiązku posiadania kasy fiskalnej. Przychód z praktyki za świadczenia dla osób indywidualnych i przychód z kontraktu z NFZ nie sumują się przy wyliczaniu przychodu do ustalenia limitu 40 000 zł.

Proszę o odpowiedź, czy prowadząc praktykę stomatologiczną w dwóch lokalizacjach, gdzie druga lokalizacja jest filią działalności głównej, mam obowiązek posiadania dwóch kas fiskalnych – osobno dla każdego adresu, czy wystarczy jedna kasa przenośna? Drugie pytanie: czy w razie awarii kasy muszę mieć zapasową? Jeśli tak, to czy ona również podlega refundacji?

Jeżeli podatnik podlega obowiązkowi rejestrowania przychodów za pomocą kasy fiskalnej, to urządzenie takie musi być zainstalowane w każdym miejscu, w którym prowadzona jest działalność. W razie awarii urządzenia warto mieć zapasowe, ponieważ nie można udzielać świadczeń i ich nie rejestrować. Jeżeli nie mamy kasy zapasowej (rezerwowej), to na czas awarii kasy głównej, zgodnie z przepisami, zawieszają się świadczenia usług. Refundacji podlegają koszty każdego zakupionego urządzenia – zarówno kasy (lub kas) głównej, rezerwowej, jak i drukarki fiskalnej. Na ten temat pisaliśmy już w pierwszej części poradnika w sierpniowo-wrzesniowym wydaniu gazety (nr 8-9/2010).

Konsultacja:

mgr Agnieszka Tubielewicz

Dziękujemy za wszystkie nadesłane do redakcji pytania na temat kas fiskalnych i zachęcamy do zadawania kolejnych. Adres redakcji i adres e-mailowy: m.bojarczuk@bipokrates.org są do Państwa dyspozycji. Jednocześnie informujemy, że odpowiadamy wyłącznie na pytania dotyczące kas fiskalnych w gabinetach lekarskich, a odpowiedzi udzielamy tylko na łamach „Gazety Lekarskiej”.

Wystawianie zaświadczeń lekarskich ZUS ZLA

Zmienione zasady zaczną obowiązywać
12 stycznia 2011 r.

Bogdan Jakubski

Rozporządzeniem ministra pracy i polityki społecznej z 1 października 2010 r. (Dz. U. nr 189, poz. 1270) uproszczone zostają druki ZUS ZLA, na których poświadczają się czasową niezdolności do pracy. Zmienione zasady zaczną obowiązywać od 12 stycznia 2011 r., tj. po upływie 3 miesięcy od daty ogłoszenia rozporządzenia. W nowych drukach zaświadczeń lekarskich nie ma już następujących elementów: liczba dni niezdolności do pracy, imię i nazwisko lekarza, NIP zakładu opieki zdrowotnej, nazwa płatnika składek.

Na formularzu zaświadczenia pojawia się dodatkowy rodzaj ubezpieczenia: „4 – ubezpieczony w innym państwie”, zmie-

niono miejsca wpisywania dotychczas obowiązujących kodów, a także danych adresowych ubezpieczonego, które teraz wpisywane będą w kratkach, a nie na wolnym polu.

Dane adresowe ubezpieczonego mają dotyczyć aktualnego miejsca pobytu w okresie trwania niezdolności do pracy, a datę urodzenia trzeba wpisać tylko w przypadku, gdy ubezpieczone-

mu nie nadano numeru PESEL. Zaświadczenia wystawiane na formularzach według wzorów określonych w dotychczas obowiązujących przepisach mogą być wystawiane do czasu wyczerpania ich zapasów. Pozostałe zasady wystawiania zaświadczeń lekarskich o czasowej niezdolności do pracy pozostają bez zmian:



AUTOR JEST GŁÓWNYM LEKARZEM ORZECZNIKIEM W ODDZIALE ZUS-U W ZIELONEJ GÓRZE.

1. Zaświadczenie lekarskie o czasowej niezdolności do pracy z powodu choroby lub konieczności sprawowania przez pracownika opieki nad chorym członkiem rodziny wystawia się wyłącznie po przeprowadzeniu bezpośredniego badania stanu zdrowia ubezpieczonego lub chorego członka rodziny.

2. Przy wystawianiu ubezpieczonego zaświadczenia lekarskiego o czasowej niezdolności do pracy należy brać pod uwagę stan jego zdrowia, uwzględniając jednocześnie rodzaj i warunki wykonywanej pracy.

3. Zaświadczenie lekarskie wystawia lekarz, lekarz dentysta, starszy felczer lub felczer prowadzący leczenie na okres, w którym ubezpieczony ze względu na stan zdrowia powinien powstrzymać się od pracy, jednak nie dłuższy niż do dnia, w którym niezbędne jest przeprowadzenie ponownego badania stanu zdrowia chorego. Starszy felczer i felczer mogą wystawiać zaświadczenia lekarskie o czasowej niezdolności do pracy jednorazowo na okres do 7 dni, przy czym łącznie orzeczony okres niezdolności do





Występując do ZUS o nadanie stosownych uprawnień, lekarz zobowiązuje się do stosowania i przestrzegania określonych zasad.

pracy nie może przekraczać 14 dni.

4. Zaświadczenie o czasowej niezdolności do pracy wystawia się od dnia, w którym przeprowadzono badanie lub od dnia bezpośrednio następującego po dniu badania. W niektórych przypadkach zaświadczenie może być wystawione na okres rozpoczynający się po dniu badania.

5. Zaświadczenie za okres wsteczny może obejmować okres nie dłuższy niż 3 dni poprzedzające badanie, jeżeli jego wyniki wykazują, że ubezpieczony był w tym czasie niewątpliwie niezdolny do pracy. Ograniczenie to nie dotyczy zaświadczeń wystawianych przez lekarza psychiatrę w razie stwierdzenia lub podejrzenia przez niego zaburzeń psychicznych, ograniczających zdolność chorego do oceny własnego postępowania.

6. Zaświadczenie lekarskie stwierdzające pobyt chorego w stacjonarnym zakładzie opieki zdrowotnej wystawia się w dniu wypisania ubezpieczonego z tego zakładu.

7. Zaświadczenie lekarskie wystawia się na formularzach ZUS ZLA. W razie za-

trudnienia w dwóch lub więcej zakładach pracy, na wniosek ubezpieczonego wystawiający zaświadczenie winien wydać ich odpowiednią liczbę. W razie zagubienia zaświadczenia lekarz, który je wydał, na wniosek ubezpieczonego winien sporządzić wypis zaświadczenia lub kserokopię z kopii z bloczku lekarza i potwierdzić ją „za zgodność z oryginałem”.

8. W zaświadczeniu lekarskim o czasowej niezdolności do pracy informacje podaje się z zastosowaniem następujących kodów: kod A oznacza niezdolność do pracy powstałą po przerwie, nieprzekraczającą 60 dni, spowodowaną tą samą chorobą, która była przyczyną niezdolności do pracy przed przerwą, kod B niezdolność do pracy przypadającą w okresie ciąży, kod C niezdolność spowodowaną nadużyciem alkoholu, kod D niezdolność spowodowaną gruźlicą, kod E niezdolność spowodowaną chorobą zakaźną o długim okresie wylegania.

9. Po 30 dniach niezdolności do pracy prowadzący leczenie, przed wystawieniem ubezpieczonemu zaświad-

czenia o dalszej niezdolności, winien ocenić, czy stan zdrowia ubezpieczonego uzasadnia potrzebę przeprowadzenia rehabilitacji leczniczej.

10. Nie później niż na 60 dni przed zakończeniem okresu zasiłkowego lekarz winien przeprowadzić badanie i ocenę, czy stan zdrowia ubezpieczonego uzasadnia zgłoszenie wniosku o ustalenie prawa do świadczenia rehabilitacyjnego lub do renty z tytułu niezdolności do pracy. Stosownie do wyników oceny, należy wystawić odpowiednie zaświadczenie.

Do stosowania i przestrzegania tych zasad lekarz zobowiązuje się, występując do ZUS-u o nadanie stosownych uprawnień. Ich nieprzestrzeganie, a także wystawianie zaświadczeń bez przeprowadzenia bezpośredniego badania ubezpieczonego i udokumentowania rozpoznania może być podstawą do czasowego cofnięcia nadanych uprawnień na okres do 12 miesięcy. ☉

Podstawa prawna: art. 60 ustawy z 25 czerwca 1999 r. o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa (tekst jednolity z 2005 r. Dz. U. nr 31, poz. 267).

Szczepionka z kies

Na licznych posiedzeniach zastanawiają się, jak zachęcić nie tylko pacjentów, ale i lekarzy do poddania się temu zabiegowi. W ubiegłym roku w Polsce zaszczepiło się nieco ponad 6% lekarzy, podczas gdy w Stanach Zjednoczonych ponad połowa środowiska lekarskiego. Przy tak wymownych rozbieżnościach warto się dogłębnie zastanowić nad sednem problemu.

Parę przypomnień

Nie ma w medycynie zabiegów, które można by rekomendować wszystkim bez wyjątku i bez namysłu. Na skalę populacyjną warto zalecać jedynie zdrowy styl życia. Za mało mówi się o właściwym zachowaniu podczas infekcji zarówno osoby chorej, jak i osób z najbliższego otoczenia, prawie nie pisze się o tzw. etykietce kaszlu oraz myciu rąk. Zawężanie profilaktyki przeciwgrypowej jedynie do corocznego szczepienia kojarzy mi się z zastępowaniem mycia nóg kupowaniem nowych skarpetek.

Szczepienia nieobowiązkowe ciągle są zabiegiem przeprowadzanym na indywidualne zlecenie lekarza dla konkretnego pacjenta. Nie są postępowaniem, któremu powinien poddać się cały naród na zlecenie komitetów naukowych czy autorów wytycznych. Wyrazem tego, że nie jest to zabieg, o którym wszyscy myślą jednakowo, jest mająca się odbyć w Berlinie pod koniec stycznia 2011 r. konferencja „Controversies in Vaccination in Adults”.

Osobiście uważam, że język promocji szczepień przeciwgrypowych wymaga zdecydowanej zmiany – wołałabym więcej twardych argumentów naukowych, mniej populistycznej propagandy. Niestety, „grypolodzy” tkwią w tym samym języku od lat. Nie

Komitety ekspertów obradują nad małą popularnością szczepień przeciw grypie.

KRYSTYNA KNYPL

odpowiada mi też to, że każdy, kto ma wątpliwości lub inne zdanie, jest uważany za niedouczony ciemnogród.

Pomysły i wymysły

Ostatnio wśród ekspertów zrodził się pomysł przepisywania szczepionek na „P” w celu zwiększenia odsetka chorych pulmonologicznych poddających się szczepieniu. Pomysł, aby pacjent wyjmował szczepionkę z kieszonki, o nieznanym łańcuchu temperaturowym, i był nią szczepiony, uważam za jeden z bardziej niebezpiecznych i *de facto* antyszczepionkowy. Czy autorzy tego pomysłu wezmą

na siebie odpowiedzialność za ewentualne powikłania? Bo pobierane przez niektóre gabinety pisemne oświadczenie pacjenta, że przechowywał szczepionkę zgodnie z zaleceniami producenta, może być łatwo zakwestionowane. Już słyszę argumenty: pacjent nie rozumiał, co podpisuje, myślał, że to zgoda na zabieg, nie wiedział o konieczności przechowywania szczepionki w ściśle określonych warunkach itp. To już w momencie otrzymania recepty na „P” pacjent powinien podpisać oświadczenie, że został poinformowany o zasadach przechowywania szczepionki i zobowiązuje się ich przestrzegać. Robi się z tego biurokracja, którą bardzo trudno zrealizować w pełnym pracy sezonie zimowym.

Za równie chybione uważam szczepienie się przez osoby publiczne przed kamerami TV w studiu. Szczepienie

jest zabiegiem medycznym i powinno być wykonywane wyłącznie w gabinecie zabiegowym, spełniającym wymogi obowiązujące placówki medyczne.

Co mnie nie przekonuje?

Nie przekonuje mnie promowanie działań profilaktycznych oparte na wzbudzaniu uczucia strachu. Gdy wątpliwe argumenty merytoryczne zastępowane są żądaniem wprowadzenia administracyjnego przymusu szczepień wśród lekarzy, odwołaniami do etyki lekarskiej, budzą się we mnie wątpliwości. Gdy sugestie podania informacji o konflikcie interesów przez osoby publiczne promujące szczepienia kwitowane są stwierdzeniem, że „to nie mieści się w naszej kulturze”, moje zaufanie do ich rekomendacji gwałtownie maleje, niezależnie od tego, jak wysoka jest wiedza merytoryczna takich osób.

Osobiście uważam, że język promocji szczepień przeciwgrypowych wymaga zdecydowanej zmiany.

Są więc zamysły wprowadzenia prawnego obowiązku szczepień przeciwgrypowych dla pracowników ochrony zdrowia. Rzecz jednak w tym, że medycyna powinna posługiwać się argumentami naukowymi, a nie dekretemi, których finansowanie przerzucane jest na barki osób poddanych przymusowemu szczepieniu. Jedno zarządzenie MZ, które finansujemy



Autorka jest doktorem nauk medycznych, internistą – hipertensjologiem.

zonki

z własnych środków, już mamy. Jest to zarządzenie o ciągłym szkoleniu podyplomowym.

Pilny uczestnik takiego szkolenia wie, że wymieniane w piśmiennictwie amerykańskich wytycznych AHA/ACC badanie FLUVACS, przeprowadzone na 301 pacjentach metodą pojedynczo ślepej próby, nie oceniało skuteczności szczepienia jako formy zapobiegania grypie. Nie wiadomo więc, czy zwiększone ryzyko zgonu w grupie kontrolnej było efektem częstszych infekcji, czy innych okoliczności. Nie bez powodu w przeglądzie Cochrane jakoś dowodów płynących z tego badania oceniono jako średnią.

Badanie FLUCAD przeprowadzono na 658 osobach metodą podwójnie ślepej próby i jest ono podstawowym badaniem, do którego odwołują się z kolei wytyczne europejskie. Podczas obserwacji w badaniu FLUCAD zarówno w grupie szczepionej, jak i placebo stwierdzono po 2 zgony, zmniejszenie incydentów wieńcowych w grupie szczepionej ($p = 0,047$) oraz nieznamienną tendencję do zmniejszenia częstości zgonów sercowo-naczyniowych, zawałów serca i rewaskularyzacji. Uczestnik ciągłego szkolenia podyplomowego, który potrafi sięgnąć do oryginalnego piśmiennictwa umieszczonego pod wytycznymi, popada w konfuzję. Czy te anemiczne dowody o korzystnym wpływie szczepień przeciwgrypowych na pacjentów kardiologicznych można ekstrapolować na całą populację kontynentu amerykańskiego lub europejskiego w formie zaleceń?

Sprawa komplikuje się o tyle, że opublikowane ostatnio dane z Kaiser Permanente Vaccine Study Center, obejmujące okres od 1997 do 2008 roku, nie wykazują korzystnego wpływu szczepień na przebieg chorób układu krążenia. Dr R. Baxter i współpracownicy po przeanalizowaniu 68000 przypadków pneumonii piszą, że szczepienie było skojarzone z niż-

szym ryzykiem hospitalizacji z powodu zapalenia płuc i występowało nawet przed sezonem grypowym (!), prawdopodobnie z powodu działania czynników niemierzalnych oraz nie zaobserwowano znaczącego wpływu na hospitalizację z powodu choroby niedokrwiennej serca, niewydolności krążenia, chorób odnaczyniowych mózgu. Co więcej, T. Jefferson i współpracownicy we wnioskach końcowych raportu The Cochrane Library (http://www.cochranejournalclub.com/vaccines-for-preventing-influenza-clinical/pdf/CD001269_abstract.pdf) dotyczą-

Trudno o bardziej chybione prognozy niż te, które słyszeliśmy w ubiegłym roku.

cych 50 badań klinicznych, w których uczestniczyło ponad 70 000 osób, piszą: *Influenza vaccines have modest effect in reducing influenza symptoms and working day lost. There is no evidence that they affect complications such as pneumonia or transmission.* Celowo przytaczam konkluzję w oryginale.

Wobec takich wniosków trzeba wykonać badania, które rozstrzygną wątpliwości i rozbieżności. Produ-

cenci szczepionek powinni nauczyć się patrzeć dalej niż na koniec bieżącego sezonu epidemicznego. Próba wymuszenia na rządach przejęcia odpowiedzialności za ewentualne powikłania poszczepienne, podejmowana w 2009 r., oraz zmiana definicji pandemii tylko pogłębiły negatywne wrażenia o polityce promocyjnej szczepień przeciwgrypowych. Trudno o bardziej chybione prognozy niż te, które słyszeliśmy w ubiegłym roku – szacowano, że na grypę pandemiczną umrze na świecie 7 milionów osób, zmarło na szczęście znacznie mniej: nieco ponad 18 tysięcy.

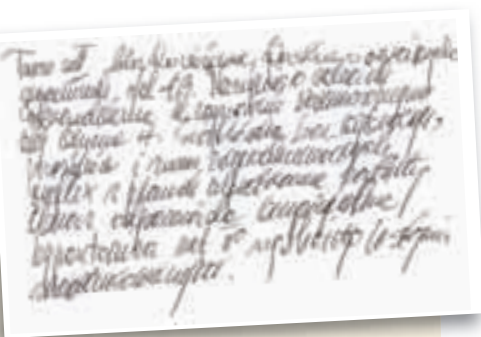
Metoda corocznego straszenia ludzi, że wybuchnie epidemia na skalę hiszpańską, podczas której zabraknie respiratorów, nie kojarzy mi się z argumentacją merytoryczną, lecz z bajką o Czerwonym Kapturku. Jaki jest rezultat takiej strategii? Mamy oto bajkę o żelaznym wilku, w której główną rolę gra Kozucha Kłamczucha.

PS. Objąśnianie, co autor miał na myśli, jest zawsze kłopotliwe, ale tym razem pragnę podkreślić, że **mój felieton nie jest skierowany przeciw szczepieniom jako takim, ale przeciw nietrafnemu doborowi argumentów w promocji szczepień nieobowiązkowych.** Nie od dziś wiadomo, że złe dobrane słowa bywają nie mniej groźne niż najgroźniejsze wirusy. ☉

ROZSZYFRUJ RECEPTĘ

Poruszony w poprzednich numerach temat – przedstawiciele jakiej specjalności mają najbardziej nieczytelny charakter pisma – pozostaje nierozstrzygnięty.

Może nie jest łatwo jednoznacznie o tym orzec, bo z jednej strony jesteśmy zarzuceni papierkową robotą, z drugiej nie od dziś wiadomo, że zabiegowcy nie lubią pisać i unikają tej czynności. Może więc grupy pracujące z różnym obciążeniem pisaniną nie powinny być porównywane – z pewnością tak orzekliby zwolennicy badań prowadzonych wg reguł EBM. Pozostaje zatem snucie luźnych rozważań. W czasach mojej praktyki w poradni specjalistycznej w zestawie wyników badań, jaki przynosił pacjentowi na pierwszą wizytę, było m.in. badanie dna oczu. Rozszyfrowując opisy, byłam



przekonana, że okuliści piszą najbardziej nieczytelnie, długo tkwiłam w tym przeświadczeniu, dopóki nie spotkałam przedstawicieli tej specjalności piszących bardzo wyraźnie. Jak wyglądały takie opisy? Dokładnie tak jak dzisiejsza zagadka.

Laureatką zostaje dr Ewa Myszor – proszę o nadesłanie adresu pocztowego, na który zostanie przesłana nagroda książkowa. Jak zawsze czekam na korespondencję oraz rozwiązania zagadki pod adresem: krystyna.knypl@compi.net.pl



Na zdjęciu: prof. Jacek Wachowiak, Patrycja Marciniak-Stepak, dr Maria Długolecka-Graham, Joanna Grabia.

Fot.: Marzena Bojarczuk

Joanna Grabia, stażystka w Szpitalu Wojewódzkim w Poznaniu:

Pojechałam na stypendium po to, by zdobyć wiedzę, zobaczyć ciekawe miejsca i sprawdzić samą siebie. Ciekawa byłam, jak sobie dam radę w kontaktach w obcym języku z pacjentami i jak poradzę sobie w codziennym życiu w obcym kraju. To był bardzo edukacyjny wyjazd – w szerokim tego słowa znaczeniu. Ogromnie się cieszę, że miałam możliwość osobistego poznania dr Marii Graham, która jest niezwykle ciekawym człowiekiem. Pracowałam w Edynburgu na oddziale kardiologicznym, dlatego teraz odbywając staż, mogę tę pracę porównać z tym, co robię w Polsce. Myślę, że często narzekania na opiekę zdrowotną w Polsce są przesadzone, bo nie jest tak źle. Oczywiście, jest jeszcze mnóstwo aspektów, które wymagają udoskonalenia, ale zwykle są one powiązane ze środkami finansowymi przeznaczanymi na funkcjonowanie całego systemu, które w Wielkiej Brytanii są większe niż w Polsce. Po zakończeniu stażu chcę specjalizować się w zakresie chorób wewnętrznych albo kardiologii – praktyka w Edynburgu niewątpliwie pomogła mi w tym wyborze.

Stypendia z Edynburga

Rozpoczął się kolejny nabór do programu stypendialnego Polish School of Medicine Memorial Fund Uniwersytetu w Edynburgu.

Marzena Bojarczuk

Polski Wydział Lekarski (PWL) na Uniwersytecie w Edynburgu powstał po klęsce wrześniowej przy współudziale rządu polskiego oraz władz brytyjskich i rozpoczął działalność w marcu 1941 r. Jego organizatorem był prof. Antoni Tomasz Jurasz – były dziekan i prorektor Wydziału Lekarskiego Uniwersytetu Poznańskiego. Przez 8 lat istnienia wydziału immatrykulowano 341 studentów, dyplomowano 246, a 227 z nich uzyskało dyplom lekarza.

Ogromne zasługi w rozpowszechnianiu historii i pielęgnowaniu tradycji Polskiego Wydziału Lekarskiego miał doc. Wiktor Tomaszewski – internista z Kliniki Chorób Wewnętrznych przedwojennego Uniwersytetu Poznańskiego i wykładowca PWL w Edynburgu. To on był głównym inicjatorem powstania Polish School of Medicine Memorial Fund i utworzenia programu stypendialnego (na ten cel ofiarował w swoim testamentie 200 000 funtów). Program ten wciąż jest intensywnie zasilany przez byłych wychowanków i absolwentów PWL. Mogą z niego korzystać wszyscy młodzi pracownicy naukowcy uniwersytetów medycznych w Polsce spełniający kryteria kwalifikacyjne określone w programie.

Koordinatorem Polish School of Medicine Memorial Fund wraz z programem stypendialnym ze strony Uni-

wersytetu w Edynburgu jest dr Maria Długolecka-Graham, która od wielu lat pełni tę rolę z ogromnym zaangażowaniem. Opiekuje się stypendystami z Polski po ich przyjeździe do Edynburga, wspiera ich i pomaga im. Jak podkreśla dr Maria Graham, Memorial Fund jest unikalnym akademickim przedsięwzięciem. – Ta praca daje mi wiele satysfakcji i radości – wiem, że niewiele osób ma możliwość, by angażować się w coś tak unikalnego i wspaniałego. Zrobię wszystko, co mogę, by młodzi lekarze korzystający ze stypendiów i przyjeżdżający do Edynburga czuli się tu dobrze, wykorzystali w pełni ten czas i wracali bogatsi o wiedzę i wspaniałe wspomnienia – mówi dr Graham. – Poznański Uniwersytet Medyczny jest pierwszym, z którym podpisaliśmy umowę, by rozwijać wzajemną współpracę naukową. Współpracujemy z innymi uczelniami medycznymi w Polsce i chcemy tę współpracę pogłębiać – to dobre i bogate doświadczenie także dla ludzi z Uniwersytetu w Edynburgu. Chcemy zachęcać lekarzy, żeby dzielili się wiedzą i zdobytym doświadczeniem, którego prawdopodobnie by nie mieli, gdyby studiowali tylko w jednym miejscu i w jednym języku – dodaje. Nabór do programu na rok akademicki 2011/2012 trwa do 31 marca 2011 r. Szczegółowe informacje na temat stypendiów, formularze zgłoszeniowe i dane kontaktowe koordynatorów dostępne są na stronie internetowej Uniwersytetu Medycznego w Poznaniu: www.ump.edu.pl



PROF. JACEK WACHOWIAK,
KOORDYNATOR PROJEKTU.

Unikalny program dla wyjątkowych ludzi

Z prof. Jackiem Wachowiakiem, polskim koordynatorem programu stypendialnego Polish School of Medicine Memorial Fund rozmawia Marzena Bojarczuk.

Czy wiele jest podobnych programów, z których mogą skorzystać młodzi lekarze?

Program stypendialny Polish School of Medicine Memorial Fund jest unikalny – tak unikalny, jak unikalny był Polski Wydział Lekarski na Uniwersytecie w Edynburgu. Fundacja została założona w 1986 r. przez grupę wyjątkowych osób, absolwentów tego wydziału. Celem programu jest umożliwienie młodym pracownikom naukowym wszystkich wydziałów polskich uniwersytetów medycznych, a zatem nie tylko lekarzom, skorzystania z tego, co oferuje Wydział Lekarski Uniwersytetu w Edynburgu, jeden z najlepszych

wydziałów w Europie, a w szerszej perspektywie – zgodnie z zapisami aktu założycielskiego Fundacji – poprawa stanu zdrowia Polaków.

Do kogo skierowana jest ta oferta?

Wyłącznie do naukowców, tzn. osób zatrudnionych na uniwersytetach medycznych, w instytutach badawczych prowadzących badania w dziedzinie nauk medycznych. Do tych osób, które już są pewne, że karierę zawodową chcą związać z pracą naukową i dydaktyczną w tej dziedzinie. Ostatnio pojawiła się także możliwość udziału w kursach z zakresu nauczania medycyny oraz studenckich praktyk wa-

kacyjnych. Co więcej, planuje się dalsze rozszerzenie oferty stypendialnej. Jest to możliwe dzięki temu, że w ostatnich latach kapitał fundacji znacznie wzrósł, ponieważ kolejni absolwenci Polskiego Wydziału Lekarskiego zapisują znaczne środki na rzecz fundacji i jej programu stypendialnego. Stypendia finansowane są z odsetek od kapitału fundacji.

Dlaczego więc zainteresowanie stypendiami nie jest duże?

Przyznam, że trochę dziwię się i zupełnie nie rozumiem, dlaczego zainteresowanie tym programem jest niewielkie. Oczywiście, kryteria kwalifikacyjne są bardzo wysokie

i ściśle przestrzegane – chodzi przecież o to, by wybrać najlepszych – ale nie wydaje mi się, by to było największą barierą. Zapewne jednym z powodów jest to, że sytuacja w Polsce zmieniła się na tyle w ostatnich latach, że nawet tak korzystna oferta nie jest już tak bardzo atrakcyjna jak kilka czy kilkanaście lat temu. Dlatego ta oferta jest szczególnie interesująca dla osób realizujących studia doktoranckie, które mają wyjątkową motywację do pracy naukowej i są zainteresowane poznaniem nowoczesnego warsztatu badawczego, wymianą doświadczeń, zrealizowaniem części badań w bardzo dobrym ośrodku i nawiązaniem z nim trwałej współpracy naukowej, a ze względu na skromne stypendium doktoranckie także względami finansowymi. Intencją fundatorów było, by stypendyści korzystający z tego programu wrócili do Polski, do swoich oddziałów i klinik, wdrali i popularyzowali zdobyte umiejętności i wiedzę na rzecz polskich chorych i dalszej współpracy z Uniwersytetem w Edynburgu. ●

Patrycja
Marciniak-Stępak,
doktorantka
w Klinice Onkologii,
Hematologii
i Transplantologii
Pediatricznej
Uniwersytetu
Medycznego
im. Karola
Marcinkowskiego
w Poznaniu:

Zawsze lubiłam wyzwania i przede wszystkim dlatego zainteresowała mnie ta oferta. Chciałam spróbować i pomimo wysokich kryteriów, jakie należało spełnić, nie zniechęcałam się. Znałam już wcześniej tradycję Uniwersytetu w Edynburgu i tamtejszego Polskiego Wydziału Lekarskiego i wiedziałam, że to bardzo dobra szkoła – to była dodatkowa motywacja. Najpierw wyjechałam na studencką praktykę wakacyjną. Po podjęciu studiów doktoranckich, na których zobowiązana jestem m.in. do prowadzenia zajęć dydaktycznych, pojechałam do Szkocji na kurs na temat dydaktyki medycznej. Chciałam także kontynuować moje badania naukowe, dlatego po raz kolejny aplikowałam – tym razem na półroczne stypendium naukowe. Kontakty

polsko-szkockie są w Edynburgu silne i to widać nie tylko w pracy, ale także w życiu codziennym. Czy było trudno? Powiedziałabym, że raczej ciekawie. Dlatego nawet przez chwilę nie żałowałam podjętej decyzji, a tylko tego, że czas tak szybko mija i pobyt tam dobiega końca. Miałam niecodzienną okazję porównania funkcjonowania polskiego z brytyjskim systemem opieki zdrowotnej. Mogłam uczyć się od najlepszych, a teraz być może niektóre tamtejsze rozwiązania uda się przenieść do polskiej rzeczywistości, szczególnie w zakresie interdyscyplinarnego podejścia i opieki nad pacjentem. Poza tym wspaniałym przeżyciem było poznanie Szkocji i Szkotów oraz oglądanie tamtejszych pięknych krajobrazów, nawet przy chimerycznej pogodzie.

oraz opinię z ostatnich 3 lat pracy lub świadectwo pracy z okresu ostatnich 3 lat (w razie gdy stosunek pracy ustał lub został rozwiązany) i oświadczenie o niekaralności, w tym za przewinienia zawodowe, oraz inne dokumenty w szczególności potwierdzające dorobek i kwalifikacje zawodowe kandydata. Dokumenty należy składać w kopercie podpisanej imieniem i nazwiskiem oraz adresem, w terminie 30 dni od daty opublikowania ogłoszenia, na adres szpitala. O terminie posiedzenia Komisji Konkursowej kandydaci zostaną powiadomieni indywidualnie.

**Dyrektor Zespołu Opieki
Zdrowotnej w Rydułtowach
w porozumieniu ze Śląską Izbą
Lekarską w Katowicach ogłasza
konkurs na stanowisko:**

» **ORDYNATORA Oddziału Anestezjologii i Intensywnej Terapii.**

Kandydaci spełniający kwalifikacje określone w Rozp. MZiOS z 29.03.1999 r. w sprawie kwalifikacji wymaganych od pracowników na poszczególnych stanowiskach pracy w publicznych zakładach opieki zdrowotnej (Dz.U. Nr 30, poz. 300) proszeni są o złożenie dokumentów określonych w § 11 ust. 1 Rozp. MZiOS z 19.08.1998 r. (Dz.U. Nr 115, poz. 749 z późn. zm.). Oferty wraz z dokumentami należy składać w terminie 30 dni od daty ukazania się niniejszego ogłoszenia pod adresem: **Zespół Opieki Zdrowotnej w Rydułtowiu, 44-280 Rydułtowy, ul. Plebiscytowa 47 z adnotacją na kopercie: „Konkurs na stanowisko ordynatora Oddziału Anestezjologii i Intensywnej Terapii”** wraz z imieniem, nazwiskiem i adresem korespondencyjnym. O terminie i miejscu przeprowadzenia konkursu kandydaci zostaną powiadomieni indywidualnie. Przewidywany termin rozpatrzenia ofert 60 dni. Mieszkajń nie zapewniamy.

**Dyrektor Zespołu Opieki
Zdrowotnej w Oławie
w porozumieniu z Dolnośląską
Izbą Lekarską we Wrocławiu
ogłasza konkurs
na stanowisko:**

» **Ordynatora Oddziału Ginekologiczno-Położniczego.**

Kandydaci zgłaszający się do konkursu proszeni są o składanie dokumentów określonych w § 11 ust. 1 rozporządzenia MZIOZ z 19.08.1998 r. w sprawie szczegółowych zasad przeprowadzania konkursu na niektóre stanowiska kierownicze w publicznych zakładach opieki zdrowotnej, składu komisji konkursowej oraz ramowego regulaminu przeprowadzania konkursu (Dz.U. z 1998 r. nr 115, poz.749 ze zm.). Wymagane kwalifikacje zgodnie z rozporządzeniem MZIOZ z 29.03.1999 r. w sprawie kwalifikacji wymaganych od pracowników na poszczególnych stanowiskach pracy w publicznych zakładach opieki zdrowotnej (Dz.U.nr 30, poz.300). Oferty prosimy składać w terminie 30 dni od daty określonej w „Gazecie Lekarskiej” pod adresem: **ZOZ Oława, ul.Baczyńskiego 1, 55-200 Oława, z dopiskiem „Konkurs na stanowisko ordynatora oddziału...”** oraz nazwiskiem, imieniem i adresem do korespondencji. Przewidywany

termin rozpatrzenia zgłoszonych kandydatur: 30 dni od dnia upływu składania dokumentów. O terminie i miejscu przeprowadzenia konkursu kandydaci zostaną powiadomieni indywidualnie. Mieszkania nie zapewniamy.

**Dyrektor Międzyzleskiego Szpitala
Specjalistycznego w Warszawie
w porozumieniu z OIL w Warszawie
ogłasza konkurs na stanowiska:**

» Ordynatora Oddziału II Wewnętrzne-
go i Pulmonologii.

Kandydaci zgłaszający się do konkursu powinni posiadać kwalifikacje zgodnie z Rozp. MZiOŚ z dnia 29 marca 1999 r. (Dz. U. Nr 30 poz. 300) tj. specjalizację II^o oraz minimum 8 lat pracy w zawodzie, wskazane posiadanie stopnia naukowego. Kandydaci proszeni są o złożenie dokumentów określonych Rozp. MZiOŚ z dnia 19 sierpnia 1998 r. (Dz. U. Nr 115 poz 749) i Dz. U. Nr 45 poz. 530 z 30 maja 2000 r. tj: podanie , odpis dyplomu, przebieg pracy zawodowej, prawo wykonywania zawodu, specjalizacje, stopnie i tytuły zawodowe, publikacje, dwie opinie o kwalifikacjach zawodowych, oraz opinię z ostatnich 3 lat lub świadectwa pracy zawodowej z okresu ostatnich 3 lat (w razie gdy stosunek pracy ustał lub został rozwiązany), i oświadczenie o niekaralności w tym za przewinienia zawodowe. Dokumenty należy składać w kopercie podpisanej imieniem, nazwiskiem oraz adresem, w terminie 30 dni od daty opublikowania ogłoszenia w „Gazecie Lekarskiej” pod adresem: **Międzyleski Szpital Specjalistyczny w Warszawie, 04-749 Warszawa, ul. Bursztynowa 2 z dopiskiem: Dotyczy Konkursu na stanowisko: Ordynatora Oddziału II Wewnętrzznego i Pulmonologii.** O terminie posiedzenia Komisji konkursowej kandydaci zostaną powiadomieni indywidualnie.

**Dyrektor Samodzielnego
Publicznego Zakładu Opieki
Zdrowotnej Wojewódzkiego
Szpitala Zespołowego
im. J. Śniadeckiego
w Białymstoku ogłasza konkurs
na stanowisko:**

» **Ordynatora Oddziału Kardiologii.**

Kandydaci zgłaszający się do konkursu proszeni są o składanie dokumentów określonych w Rozporządzeniu MZIOS z dnia 19 sierpnia 1998 r. w sprawie szczegółowych zasad przeprowadzenia konkursu na niektóre stanowiska kierownicze w publicznych zakładach opieki zdrowotnej, składu komisji konkursowej oraz ramowego regulaminu przeprowadzenia konkursu (Dz.U. Nr 115, poz. 749, ze zm. w 2000 r. Dz. U. nr 45 poz. 530). Wymagane kwalifikacje zgodne z rozporządzeniem MZIOS z dnia 29.03.1999 (Dz.U. Nr 30, poz. 300). Oferty prosimy kierować w terminie 30 dni od daty ukazania się ogłoszenia pod adres: SP ZOZ Wojewódzki Szpital Zespolony im. J. Śniadeckiego, 15-950 Białystok, ul. M. Skłodowskiej-Curie 26 z dopiskiem na kopercie: „Konkurs na stanowisko Ordynatora Oddziału Kardiologii” oraz nazwiskiem, imieniem i adresem korespondencyjnym. Przewidywany termin rozpatrzenia założeń

szonych kandydatur nastąpi w ciągu 60 dni od dnia upływu terminu składania ofert. O terminie i miejscu przeprowadzenia konkursu kandydaci zostaną powiadomieni indywidualnie.

**Dyrektor Zespołu Opieki
Zdrowotnej w Nysie ogłasza
konkurs na stanowiska:**

» **Ordynatora Oddziału Okulistycznego Szpitala w Nysie.**

Kandydaci zgłaszający się do konkursu powinni posiadać kwalifikacje zgodne z rozporządzeniem MZIOS z dnia 29 marca 1999 r. (Dz. U. Nr 30, poz. 300) i złożyć dokumenty określone w Rozporządzeniu MZIOS z dnia 19 sierpnia 1998 r. (Dz. U. Nr 115, poz. 749 z późn. zm.). Oferty należy składać w ciągu 30 dni od daty ukazania się ogłoszenia pod adresem: **Zespół Opieki Zdrowotnej w Nysie, ul. Św. Piotra 1, 48-300 Nysa** z adnotacją na kopercie: „**Konkurs na stanowisko Ordynatora Oddziału Okulistycznego**”. Możliwość otrzymania mieszkania z puli Samorządu. O terminie i miejscu przeprowadzenia konkursu kandydaci konkursu zostaną powiadomieni pisemnie.

**Dyrekcja Wojewódzkiego
Szpitala Zespólnego
w Skierniewicach w porozumieniu
z Okręgową Izbą Lekarską
w Łodzi ogłasza konkurs
na stanowiska Ordynatorów:**

» Oddziału Chorób Wewnętrznych I,

» Oddziału Chorób Wewnętrznych II,

» Oddziału Nefrologii ze Stacją Dializ (ogłoszenie ponowne).

Kandydaci zgłaszający się do konkursu powinni posiadać kwalifikacje określone w rozp. MZiOS z 29.03.1999 r. (Dz. U. nr 30, poz. 300). Kandydaci proszeni są o składanie dokumentów określonych w rozp. MZiOS z 19.08.1998 r. (Dz. U. nr 115, poz. 749 z późn. zm.). Kandydat winien dołączyć zgodę na przetwarzanie danych osobowych niezbędnych dla potrzeb procedury konkursowej zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. 2002, nr 101, poz. 936 z późn. zm.) w terminie 30 dni od daty ukazania się ogłoszenia w „Gazecie Lekarskiej” na adres: **Wojewódzki Szpital Zespolony w Skierniewicach, ul. Rybickiego 1** z adnotacją na kopercie „konkurs na stanowisko „...” i adresem do korespondencji. O terminie przeprowadzenia konkursu kandydatów powiadomimy indywidualnie.

**Dyrektor Zespołu Opieki
Zdrowotnej w Lidzbarku
Warmińskim w porozumieniu
z Okręgową Izbą Lekarską
w Olsztynie ogłasza konkurs
na stanowisko:**

» **Ordynatora Oddziału Ginekologiczno-Położniczego.**

Kandydaci zgłaszający się do konkursu winni posiadać kwalifikacje zgodnie z rozporządzeniem MZIOS z dnia 29.03.1999 r. w sprawie kwalifikacji wymaganych od pracowników na poszczególnych stanowiskach

pracy w publicznych zakładach opieki zdrowotnej (Dz. U. Nr 30, poz. 300) oraz rozporządzeniem MZIOS z dnia 17.05.2000 r. w sprawie wymagań jakim powinny odpowiadać osoby na stanowiskach kierowniczych w zakładach opieki zdrowotnej określonego rodzaju (Dz. U. Nr 44, poz. 520). Kandydaci proszeni są o złożenie dokumentów określonych w § 11 ust. 1 rozporządzenia MZIOS z dnia 19.08.1998 r. w sprawie szczegółowych zasad przeprowadzania konkursu na niektóre stanowiska kierownicze w publicznych zakładach opieki zdrowotnej, składu komisji konkursowej oraz ramowego regulaminu przeprowadzania konkursu (Dz. U. Nr 115, poz. 749 z późniejszymi zmianami). Dokumenty należy składać w zamkniętej kopercie podpisanej imieniem i nazwiskiem wraz z adresem zamieszkania (z dopiskiem – konkurs na stanowisko Ordynatora Oddziału Ginekologiczno-Położniczego), w terminie 30 dni od daty ukazania się niniejszego ogłoszenia w „Gazecie Lekarskiej”, pod adresem: **Zespół Opieki Zdrowotnej w Lidzbarku Warmińskim, ul. Bartoszycka 3, 11-100 Lidzbark Warmiński**. O terminie i miejscu przeprowadzenia konkursu kandydaci zostaną powiadomieni indywidualnie.

Dyrektor Wojewódzkiego Szpitala Zespołowego w Koninie, ul. Szpitalna 45 w porozumieniu z Wielkopolską Izbą Lekarską ogłasza konkurs na stanowisko:

» **Ordynatora Oddziału**

Laryngologoicznego,

» **Ordynatora Oddziału Chorób Płuc**

» **Ordynatora Oddziału Dziecięcego**

» **Ordynatora Oddziału Noworodkowego.**

Kandydaci zgłaszający się do konkursu przesłani są o składanie dokumentów określonych w rozporządzeniu MZIOS dnia 19.08.1998 r. (Dz. U. Nr 115, poz. 749 z późniejszymi zmianami). Kandydaci powinni posiadać kwalifikacje określone w rozporządzeniu MZIOS z dnia 29.03.1999 r. (Dz. U. Nr 30, poz. 300). Kandydaci winni składać dokumenty potwierdzające kwalifikację w oryginałach lub uwierzytelnione notarialnie lub przez Okręgową Izbą Lekarską albo przez osobę upoważnioną przez kierownika zakładu ogłaszającego konkurs. Oferty prosimy składać w terminie do 28.02.2011 r. na adres: Wojewódzki Szpital Zespolony, 62-504 Konin ul. Szpitalna 45. Na kopercie kandydat powinien umieścić swoje imię i nazwisko, adres oraz adnotację „Konkurs na stanowisko Ordynatora Oddziału ...”. Rozpatrzenie ofert nastąpi w terminie nie krótszym niż 2 miesiące od zakończenia okresu składania dokumentów. O terminie przeprowadzenia konkursu kandydaci zostaną powiadomieni pisemnie.

**Dyrekcja Zespołu Zakładów
Opieki Zdrowotnej w Oświęcimiu
w porozumieniu z Beskidzką Izbą
Lekarską w Bielsku-Białej ponownie
ogłasza Konkurs na stanowisko:**

» Ordynatora Oddziału

» Oddziału Chorób Płuc i Gruźlicy.

Wymagane kwalifikacje zgodnie z rozporządzeniem MZiOS z dn. 29.03.1999 r. (Dz. U. Nr 30 poz. 300). Oferty wraz z dokumen-

ul. Langiewicza 2, 25-531 Kielce,
tel. 41 361-55-25, wew. 292, 338 lub kiero-
wać na adres mailowy: magda.widlak@wp.pl

**Ośrodek Rehabilitacji
Kardiologicznej, Szpital „Eskulap”
w Rymanowie Zdroju
zatrudni lekarza**

– specjalizacje: internista, kardiolog, rehabilitacja medyczna, mieszkanie służbowe 70 m²;
http://www.uzdrowisko-rymanow.com.pl/ola-banc@gmail.com +48 601866355.

**Samodzielny Wojewódzki Szpital
dla Nerwowo i Psychicznie Chorych
im Ks. Biskupa Józefa Nathana
w Branicach, ul Szpitalna 18,
48-140 Branice, woj. Opolskie
zatrudni:**

małżeństwo psychiatrów, lub małżeństwo psy-
chiatra – neurolog, psychiatra – internista, leka-
rzy w trakcie specjalizacji lub chętnych do spe-
cjalizacji w zakresie psychiatrii. Oferujemy bardzo
dobre warunki placowe oraz nowe mieszkanie
służbowe (ok. 100 m²). Kontakt pod numerem
telefonu: 77/4034 307 lub e-mail:
sws.kadry@op.pl

**Dyrekcja Wojewódzkiego
Szpitala Zespołowego im. Ludwika
Perzyny w Kaliszu pilnie
zatrudni lekarza**

specjalistę w dziedzinie otolaryngologii do pracy
w Oddziale Otolaryngologicznym. Bliższe infor-
macje można uzyskać w Dziale Służb Pracowni-
czych, tel. 062-7651353. Oferty prosimy skła-
dać na adres: Wojewódzki Szpital Zespołowy im.
L. Perzyny, 62-800 Kalisz, ul. Poznańska 79.

Dolnośląska Szkoła Ultrasonografii,
kursy: Diagnostyka USG Jamy Brzuszej, Cy-
todiagnostyka. Informacja: usg@webd.pl, tel:
606 350 328.

**Apolanka. Zakopane,
ul. Bogdańskiego 16D.**

Apartamenty, pokoje z łazienkami i aneksem
kuchennym. Tel. 601-529-277, tel. 18-541-
60-84, www.apolanka.pl

**Miejski Zespół Opieki Zdrowotnej
we Wrocławku dysponuje trzema
wolnymi gabinetami do wynajęcia,**

w tym jeden gabinet zabiegowy po
remontach. Gabinety ulokowane są
w Przychodni Nr 5 przy ul. Żytniej 55
(Os. Kazimierza Wielkiego). Kontakt:
Miejski Zespół Opieki Zdrowotnej, ul.
Kilińskiego 16, 87-800 Wrocław. Tel.

54 231 10 33; kom. 502 275 369. Fax
54 232 56 15.

**Gabinet stomatologiczny
3-stanowiskowy w Bielsku-Białej
– ścisłe centrum, lokal 80 m²,**

budynek parterowy, trzy kontrakty z NFZ na
lata 2011-2013 sprzedam, lub inne propo-
zycje, tel. +48 600 918 000

**Echokardiografy
HP Sonos 5500,**

7500 od producenta, rekondukcjonowane,
gwarancja, zakup po sprawdzeniu w kraju, do
45 000 zł, tel. 501553299.

**USG Medison SA9900
(URANUS) 2006 r.**

Najnowsze oprogramowanie 3D/4D. 4 Son-
dy. Używany tylko 3 godz/dz. C. 55000 PLN.
Tel.: 601366208.

OGŁOSZENIA DROBNE

**Ośrodek Akupunktury i Terapii
Laserowej w Białymstoku organizuje
szkolenie dla lekarzy:**

12-13 marca 2011 r. "Praktyczne stosowa-
nie laserów biostymulujących w medycynie fi-
zykalnej i laseropunkturze.". Zgłoszenia i infor-
macje: tel. (85) 652-18-71 lub 503-629-208.

**Aparat USG Medison
3200 oraz 3 sondy.**

Stan bardzo dobry. 20.000, kontakt: lecznica-
marszałkowska@gmail.com

**2 gabinety lekarskie z zapleczem,
Warszawa-Śródmieście tel. 798624042.**

**Sprzedam spółkę
lekarsko-stomatologiczną**

w Warszawie lub część udziałów tel. 604 988
773, 602 701 712.

Druki medyczne

www.pekamed.com.pl

**Wynajmę lub sprzedam pawilon
rehabilitacyjny w Józefowie.**

Tel.: 693-107-111.

SPRZEDAM

**Sprzedam elektromiograf
„Viking Quest” EMG/NCS**

wersja demonstracyjna, bardzo mało używa-
ny, tel. 660 531 545.

**Indywidualną praktykę lekarza
medycyny pracy oraz
budynek (300 m²)**

w którym znajduje się przychodnia (7 gabi-
nów lekarskich) oraz mieszkanie o pow.
100 m² sprzedam. Lokalizacja: Staszów,

woj. Świętokrzyskie, kontakt:
tel. 604 247 557, e-mail: drena@wp.pl

Sprzedam gabinet chirurgiczny

w centrum Warszawy. W pełni wyposażona
sala operacyjna, 3 sale pooperacyjne
(5 miejsc), Gabinet konsultacyjny i zabiegowy
z rejestracją i poczekalnią. Tel. 602406424.

**Używany i powystawowy
sprzęt medyczny i stomatologiczny**

www.medical-elektro.pl
Tel.: 89 741 03 51, 605 530 351

Wierzyciele wdzięczności

Korzyści, które przypisuje środowisku
lekarzemu opinia publiczna,
są nieograniczone.

Jarosław Wanecki

Mimo to, zapewne w wyniku poprawności politycznej, a może strachu przed medialną nagonką, jesteśmy świadkami dziwnego zjawiska: pacjenci – respondenci dają coraz więcej, a sondowani lekarze nie odczuwają owej zwiększonej aktywności w uznaniu swych dokonań. Nikt nie odgadł jeszcze, skąd bierze się taka różnica zdań i doręczeń. Orzeczenie Sądu Najwyższego sprzed 35 lat zezwala pacjentowi obdarzyć swojego lekarza „zwyczajowym dowodem wdzięczności”, pod warunkiem że ma to miejsce po zakończeniu czynności diagnostyczno-terapeutycznych i pozostaje w sferze podarunku o symbolicznej wartości pieniężnej. Niczym nowym nie są kwiaty, bombonierki, wydawnictwa książkowe w rozsądnej cenie, upominki charakterystyczne dla danego regionu, miasta

lub wioski, a także alkohol, którego różnokształtne opakowania szklane wypełniają szafki, jak oskarżenie, że „doktor za kołnierz nie wylewa”. Inną grupą darczyńców są przedstawiciele firm farmaceutycznych, którzy pełnymi garściami pozostawiają po sobie różnobarwne reklamowe długopisy, karteluski, breloczki. Czasem kubek z oryginalnym rysunkiem znanego satyryka wychwalający stosowanie leku na niestrawność. A wszystkie te „pierdółki” w dużej mierze mijają się z estetyką i dobrym smakiem. I o ile o gustach raczej się nie dyskutuje, to i o korzyściach w tym wypadku raczej mowy nie ma. Możemy, oczywiście, zaliczyć do zysków pusty śmiech na widok kolejnej pozytywy, która udaje kaszel krtaniowy; taniej czekolady z wytłoczonym wizerunkiem lekarza w kitlu i ze stetoskopem na szyi; podgrzewacza do rąk; pudełka z chusteczkami higienicznymi wyciąganymi bezpretensjonalnie z plastikowego nosa; żetonu do koszyka w supermarkecie; latarki do oglądania gardła i niebieskiej tabletki na dobry początek. Z zadumą można popatrzeć na klepsydry z oleistą kolorową cieczą, która odmierza czas stracony na wymyślaniu niczemu niesłużących gadżetów.



***Wdzięczność ludzka,
podobnie jak
niewdzięczność,
nie zna granic.***

Znamy również bardziej wyrafinowane formy oddziaływania producentów leków. Sponsorowane wykłady, które gwarantują możliwość spotkań szkoleniowych w niejednej polskiej miejscowości, z dobrym wykładowcą i godnym poczęstunkiem, są niewątpliwą korzyścią. Konferencje naukowe otoczone straganami i prezentacjami produktów zachęcających do weryfikacji dotychczas stosowanego receptariusza już mniej. Współfinansowanie podróży w tę i z powrotem, czasami dokąds, a cza-

***Żyjemy w czasach
wzajemnych
wdzięczności, zobowiązań,
niedomówień.***



sami donikąd, pozostawia wiele znaków zapytania.

A wszystko mieści się na cienkiej linii między dozwolonym a niedozwolonym, akceptowanym społecznie i moralnie a wątpliwym etycznie. Rozdroże pozostało w nas z czasów biedy i gospodarki niedoborów. Czy tylko podświadomie?

W niedalekiej przeszłości z wielką precyzją na łamach prasy, w radiu, telewizji, internecie, ale przecież i w wyniku doniesień prokuratorskich śledziliśmy wszechogarniający układ interesów. Indeks korzyści, które można byłoby osiągnąć dzięki zajmowanemu stanowisku, zaczął się niebywale kurczyć, dziwić polityków, działaczy sportowych, aktywistów samorządowych w miasteczkach i metropoliach, także medyków, urzędników, nauczycieli i menedżerów biznesu. Wszędzie panoszyła się korupcja.

Rozwiązanie jest jednak znacznie prostsze i o wiele trudniejsze zarazem.

Żyjemy w czasach wzajemnych wdzięczności, zobowiązań, niedomówień i sobie tylko znanych tajemnic. To zachowanie ludzkie i prawdopodobnie niezniszczalne, nawet jeżeli zastosuje się najdoskonalsze prawne filtry przepisów i procedur dotyka ono wszystkie narody i grupy społeczne. Jesteśmy wychowani w poczuciu odwzajemnień, nie tylko uśmie-

Jesteśmy wychowani w poczuciu odwzajemnień, nie tylko uśmiechów, ale także uczynków, przysług, spełnionych próśb i fałszywie pojmowanej przyzwoitości.

Orzeczenie Sądu Najwyższego sprzed 35 lat zezwala pacjentowi obdarzyć swojego lekarza „zwyczajowym dowodem wdzięczności”.

chów, ale także uczynków, przysług, spełnionych próśb i fałszywie pojmowanej przyzwoitości, o zachowaniach ponadstandardowych nie wspominając. W ten sposób powstaje wierzytelność spłacana w formie upominków, gotówki, talonów na buty i mięsa poza kolejką w przeszłości reglamentowanej przez państwo. Współcześnie dochodzą do tego manipulacje marketingowe, zaplanowane działania psychologiczne, które zamieniają korzyść iluzoryczną w fortuny spółek giełdowych.

Wdzięczność ludzka, podobnie jak niewdzięczność, nie zna granic. Człowiek nie lubi samotności, żyje w określonych strukturach społecznych i przyjmuje zasady narzucane przez ogół. Nikt nie jest samowystarczalny, potrzebuje nie tylko ciepła, miłości, przyjaźni, ale także akceptacji w szerokim tego słowa znaczeniu. Nie chce uchodzić za gburą. Nie chce zatrząskować się w niedostępnej skorupie, z której nie widać szczerego podziękowania, zwykłego i niekonunkturalnego. W ten sposób staje się dłużnikiem, chociaż wydawało mu się dotąd, że to u niego dług został zaciągnięty. Koło się zamyka, a weksel krąży w przemilczeniach niejasnych powiązań; w plotkach, które nigdy nie znajdują rozwiązania w procedurze karnej; w wypieraniu informacji niekorzystnych i obciążających, a dotyczących depozytariuszy wzajemnych powiązań.

Lepiej siedzieć cicho, a nuż będziemy sobie nawzajem potrzebni. Ale czy to jest wówczas materiał prasowy tylko o lekarzach?

Niekoniecznie...



Łódź tenisową stolicą Polski

Najmłodszy uczestnik turnieju z prezesem PSTL Marcinem Wrońskim oraz Januszem Malarskim, organizatorem mistrzostw



19 medali łodzian w XIII Halowych MP
Lekarzy w Tenisie,
11-14 listopada 2010 r.

Janusz Malarski

Mistrzostwa odbyły się jak zwykle w gościnnej hali MOSiR w Pabianicach. Honorowy patronat nad imprezą objęli wiceminister zdrowia Adam Fronczak i prezydent Pabianic Zbigniew Dychto. Tym razem padł rekord, zgłosiło się 86 uczestników z całej Polski oraz dwóch kolegów z Niemiec. Reprezentacja OIL w Łodzi liczyła 16 koleżanek i kolegów, co jest również rekordem, a zarazem okazała się najlepszą ekipą.

Postanowiliśmy upamiętnić naszego kolegę z kortów, wielokrotniego mistrza Polski i mistrza świata lekarzy w tenisie Andrzeja Jasińskiego, ustanawiając puchary Jego imienia, którymi na zakończenie

mistrzostw wyróżniono Annę Balicką z Piotrkowa Tryb. i Ryszarda Stawickiego z Poznania. Puchary wręczyła żona Andrzeja, nasza koleżanka Ewa Jasińska.

Nagrodę dla najmłodszego uczestnika MP otrzymała Magdalena Witkowska z OIL w Łodzi. Podczas uroczystości otwarcia prezes PSTL Marcin Wroński wręczył Honorową Złotą Odznakę PSTL prorektorowi UM w Łodzi ds. klinicznych prof. Marianowi Brockiemu. Honorową Złotą Odznakę PSTL wręczono Jakubowi Ruszkiewiczowi. Sędzią naczelnym był Andrzej Kobierski. Był to czternasty turniej tenisowy lekarzy organizowany przez naszą izbę (najwięcej w Polsce). Serdecznie zapraszam za rok na XIV MP. ☉

WYNIKI

PANIE GRY POJEDYNCZE. Kategoria do 45 lat: I miejsce Anna Balicka, II miejsce Jolanta Cicha, III miejsce Magdalena Witkowska, III miejsce Anna Zubrzycka. Kategoria 45 +: I miejsce Krystyna Drzewicka-Bieleś, II miejsce Bożenna Kędzierska, III miejsce Grażyna Martini-Kamińska, III miejsce Anna Suchecka. **PANOWIE GRY POJEDYNCZE.** Kategoria do 35 lat: I miejsce Klaudiusz Ciepliński, II miejsce Jan Wierciński, III miejsce Bartłomiej Ptak, III miejsce Robert Łamasz. Kategoria 35 +: I miejsce Piotr Gomuła, II miejsce Robert Telega, III miejsce Zbigniew Żęgota, III miejsce Wojciech Służalec. Kategoria 45 +: I miejsce Ryszard Stawicki, II miejsce Marcin Wroński, III miejsce Sławomir Stawicki, III miejsce Wojciech Pietrzak. Kategoria 50 +: I miejsce Bogusław Rataj, II miejsce Marek Pudefko, III miejsce Tomasz Maziak, III miejsce Wiesław Bąba. Kategoria 55 +: I miejsce Zdzisław Hryniewicz, II miejsce Kazimierz Bujak, III miejsce Jerzy Talarczyk, III miejsce Daniel Leonczyk. Kategoria 60 +: I miejsce Janusz Malarski, II miejsce Lesław Rudziński, III miejsce Janusz Styczyński, III miejsce Jan Mroczek. Kategoria 65 +: I miejsce Wiesław Krakowski. Kategoria 70 +: I miejsce Józef Safian, II miejsce Kadet Stemplewski, III miejsce Bogdan Solarski, III miejsce Zbigniew Jabłoński. Kategoria 75 +: I miejsce Stanisław Kaczmarek, II miejsce Bogdan Ostapowicz, III miejsce Zbigniew Freszkowski. **PANIE GRA PODWÓJNA:** I miejsce Anna Balicka/Bożenna Kędzierska, II miejsce Wioletta Czarnecka/Magdalena Witkowska, III miejsce Hanna Marciniowska/Jolanta Cicha, III miejsce Joanna Gałuszka-Garnuszek/Dorota Grudzień. **PANOWIE GRA PODWÓJNA.** Kategoria do 45 lat: I miejsce Robert Telega/Piotr Gomuła, II miejsce Bartłomiej Ptak/Marcin Nagórski, III miejsce Paweł Machała/Wojciech Służalec, III miejsce Klaudiusz Ciepliński/Andrzej Semczuk. Kategoria 45 +: I miejsce Marcin Wroński/Ryszard Stawicki, II miejsce Bogusław Rataj/Jerzy Glabisz, III miejsce Sławomir Stawicki/Wojciech Pietrzak, III miejsce Wiesław Bąba/Jan Józefczuk. Kategoria 60 +: I miejsce Janusz Malarski/Daniel Leonczyk, II miejsce Dariusz Obin/Zdzisław Hryniewicz, III miejsce Piotr Kołodziej/Kazimierz Bujak, III miejsce Janusz Styczyński/Jan Gawur. Kategoria 65 +: I miejsce Stanisław Kaczmarek/Józef Safian, II miejsce Stanisław Świerad/Kadet Stemplewski, III miejsce Zbigniew Jabłoński/Bogdan Ostapowicz, III miejsce Wiesław Krakowski/Bogdan Solarski. **GRA MIESZANA (MIXTY):** I miejsce Jolanta Cicha/Robert Łamasz, II miejsce Grażyna Martini-Kamińska/Janusz Malarski, III miejsce Krystyna Drzewicka-Bieleś/Bartłomiej Ptak, III miejsce Renata Banaś-Samson/Andrzej Semczuk.

**ZJAZD
KOLEŻEŃSKI
WYDZIAŁ
LEKARSKI AM
WE
WROCŁAWIU,
ROCZNIK 1981**

**Uwaga! Zmiana miejsca
noclegów.**

Serdecznie
zapraszamy na
spotkanie koleżeńskie
z okazji 30 rocznicy
ukończenia Wydziału
Lekarskiego AM
we Wrocławiu, w dn.
27-29 maja 2011 r.,
pensjonat BEATA
w Polanicy-Zdroju,
ul. Rybna 9. Opłata
od absolwenta/osoby
towarzyszącej:
piątek-niedziela
z noclegami 400 zł,
sobota-niedziela
z noclegiem 300 zł,
piątek-niedziela
bez noclegów 250 zł,
piątek-sobota
z noclegiem 200 zł.

Wpłaty na konto DIL
we Wrocławiu: 17 1540
1030 2001 7753 6075
0001, do 31.01.2011 r.,
z dopiskiem „Zjazd
1981” lub bezpośrednio
w DIL we Wrocławiu
(II p., pok. 1).
Panie prosimy
o podanie nazwiska
obecnego oraz z okresu
studiów.

Informacje:

**Leszek Ujma,
601-894-942, e-mail:
leszekujma@op.pl;
Patrycja Malec,
DIL we Wrocławiu,
71-79-88-068,
e-mail:
patrycja.malec@
dilnet.wroc.pl,
patka.malec@wp.pl.**

**Za Komitet
Organizacyjny
Mariusz
Markuszewski,
Mariola Sędzimirska,
Leszek Ujma**

ZAKAŻENIA UKŁADU ODDECHOWEGO

Warszawsko-Otwocki Oddział Polskiego Towarzystwa Chorób Płuc organizuje
22 stycznia 2011 r. w Warszawie, Novotel Airport, ul. 1 Sierpnia 1, w godz. 9.30-17.30,
kolejną sesję Szkoły Pneumonologii nt. „Zakażenia układu oddechowego”. Wstęp
bezpłatny, punkty edukacyjne OIL. Informacje: na stronie www.ptchp.home.pl;
kierownik kursu: Tadeusz M. Zielonka 0501-143-324, tmzielonka@wp.pl; sekretarz:
Jacek Jagodziński 0604-957-483, jacjagod@mediclub.pl; sekretariat: Iza Misiak 01-138
Warszawa, ul. Płocka 26, tel./faks 22-43-12-158.

Medici pro Musica w Pradze

Praga
przywi-
tała nas
mroźną,
słoneczną
pogodą.



Nasz zespół
wystąpił
w kategorii
chórów
kameralnych.

26-28 listopada 2010 r.
uczestniczyliśmy w XX
Festiwalu Pieśni Adwentowej
i Bożonarodzeniowej w Pradze.

Małgorzata Sławińska

Było to dla nas wyzwanie i sprawdzian, w którym mieliśmy wykazać się pracowitością i determinacją. Konkurs wypadł bowiem zaraz po Pierwszym Ogólnopolskim Koncercie Lekarzy, do którego przygotowania trwały długo. Ze względu na rangę przedsięwzięcia bardzo nas absorbowały, dlatego czasu na pracę nad repertuarem konkursowym nie było wiele. Na domiar złego, tuż przed wyjazdem naszą dyrygentkę, Małgorzatę Wawruk, dotknęły kłopoty ze zdrowiem i nie mogła z nami pojechać. Znalazła jednak godnego zastępcę w osobie swego męża, Marcina Wawruka, dyrygenta znakomitego olsztyńskiego zespołu ProForma.

W praskim konkursie uczestniczyło 36 grup wokalnych z 13 krajów, występujących w kilku kategoriach. Nasz zespół wystąpił w kategorii chórów kameralnych (do 24 uczestników). Przesłuchanie koncertowe przypadło, niezbyt szczęśliwie, biorąc pod uwagę dyspozycję głosową, na sobotę rano. Trzyosobowe jury wysłuchało pięciu wybranych przez nas utworów: *Północ już była*, *O Magnum Mysterium*, *Gdy śliczna panna*, *Śledzik*, *Gaudete*. Każdy z jurorów przygotował na piśmie opinię na temat wystąpienia chóru. Jak się okazało, nasz koncert – mimo pewnych niedoskonałości – spodobał się jurorom. I tak, konkurując z 19 zespołami, zdobyliśmy srebrny dyplom (*silver diploma*), który w czasie uroczystej gali w wypełnionej

wielojęzycznym tłumem sali kongresowej Top Hotelu w Pradze odebrali wspólnie prezes naszego chóru Ola Bakun oraz dyrygent Marcin Wawruk. Wśród laureatów festiwalu (w różnych kategoriach) znalazły się także inne polskie zespoły – zdobywcą Grand Prix został Chór Mieszany Wydziału Dyrygentury Chóralnej, Edukacji Muzycznej i Rytmiki Akademii Muzycznej w Gdańsku.

Wrażeniom muzycznym towarzyszyły oczywiście także inne estetyczne uniesienia. Praga, w której część z naszych chórzystów była po raz pierwszy, przywitała nas wprawdzie mroźną, lecz zarazem słoneczną pogodą, odsłaniającą w pełni urodę miasta. Ponieważ krótki program pobytu nie obejmował zwiedzania z przewodnikiem, staraliśmy się na własną rękę poznawać zabytki stolicy Czech. Udało się nam zobaczyć historyczną dzielnicę Hradczany ze słynnym kompleksem zamkowym, wpisanym do Księgi rekordów Guinnessa jako największy na świecie pod względem zajmowanej powierzchni, ze wspaniałą Katedrą św. Wita. Podzi-

wialiśmy także architekturę starego miasta, popijaliśmy na rynku wyborne grzane miody, zjadaliśmy smażony syr i kosztowaliśmy słynnego czeskiego piwa. Ponieważ w drugim dniu festiwalu koncertowaliśmy w kościele św. Salvatora w pobliżu starówki, spacerowaliśmy po mieście z nutami, a jeden z naszych tenorów, który w czasie wykonania *Gaudete* akompaniował nam na bębnie, był także zmuszony dźwigać futerał z instrumentem. Zawilosci czeskiego języka wyjaśniał przydzielony nam młody opiekun, Dymitrij, ale czasami robiła to także nasza superzdolna alcestka Marta, która z radością tłumaczyła czeskie reklamy na billboardach i snuła opowieści w nieznanym sobie, lecz brzmiącym całkiem przekonująco „czeskim” języku.

Festiwal za nami, a przed nami czas kołędowania. Pieśni, które przygotowaliśmy na praski konkurs, zabrzmiały w olsztyńskich kościołach i szpitalach. Bogatsi o nowe doświadczenia i fachowe wskazówki jurorów rozpoczynamy przygotowania do kolejnych koncertów. ●

Zmiany w „Gazecie Lekarskiej” rozbudziły apetyty autorów pragnących przedstawić środowisku swoje przemyślenia. Niestety najczęściej w gatunkach, które wykorzystujemy już w naszym piśmie. Dlatego postanowiliśmy ogłosić konkurs na reportaż o samorządzie lekarskim.

Reportaż z filiżanką

» Panuje powszechne przekonanie, że tak jak śpiewać każdy może, tak samo pisanie nie sprawia żadnej trudności. Jest łatwe, lekkie i popłatne. Piszą więc gwiazdy telewizyjne, piosenkarze i sportowcy, naukowcy nienaukowo, artyści nieartystycznie, historycy sensacyjnie, lekarze poetycko, poeci raczej „od wódki” niż po wódce, a wszyscy pokazują, jak żyć. To fenomenalne zjawisko rozgrywa się w chwili, kiedy statystycznie czytamy mniej niż kiedyś, a półki księgarskie i katalogi nie mogą pomieścić coraz to nowych, bestsellerowych propozycji wydawniczych. Nasze dzieci tymczasem uczone są w szkołach „czytania ze zrozumieniem”, w odróżnieniu od kursu, który przeszło nieco starsze pokolenie, chętnie się umiętnością „rozumnego czytania”. Nie zna czy to jednak, że wtórny analfabetyzm, przekręcanie dostarczonych faktów i wyciąganie wniosków sprzecznych z przedstawionym materiałem li-



terackim nie dotknęło także osób sprzed epoki „czterech wielkich reform”. Niekiedy zdaje się, że nie tylko czytanie, ale także słuchanie pozostaje w dużym dysonansie z rzeczywistością, co sprawia, że niebawem dotąd byty mnożą się ponad miarę.

» Dzielenie się swoimi przemyśleniami, wnioskami, doświadczeniami, prezentacja niezliczonych przykładów i anegdot, poszukiwanie nowych epitetów, które uderzą w urzędników i polityków, są bardzo modne. Pamiętajmy jednak, że

aby zostać komentatorem, należy najpierw być zwykłym dziennikarzem. A to już nie jest takie łatwe. Zbieranie materiału źródłowego, potwierdzanie autentyczności zgromadzonych treści, ciułanie pojedynczych wypowiedzi, kompleksowe nakreślenie problematyki, ilustracja literacka i ewentualny serwis zdjęciowy wymagają czasu, ale przede wszystkim ciekawego pomysłu.

» W ramach poszukiwania lepszej komunikacji ze środowiskiem medyków, które nie tylko po-
trafi biegle czytać,

ale także nieźle pisać, kolegium redakcyjne ogłasza konkurs dziennikarski na reportaż „Gazety Lekarskiej” o tematyce samorządowej. Postrzeganie izb jest bardzo różne. Niekiedy skrajnie różne. W samorządzie dość dobrze czują się działacze, a pozostali nie zawsze wiedzą, „po co to wszystko?”.

Nawet bardzo wysoko postawieni decydenci nie widzą pracy, jaka nie tylko w wyniku administracyjnej delegacji odbywa się z dnia na dzień. Warto to pokazać. Nie jako relację, ale reportaż właśnie, który powinien unaoczniać osoby, miejsca, czas, akcję i interakcję bohaterów prezentowanego tematu. Odważnie! Regulamin konkursu znajduje się na stronie internetowej „Gazety Lekarskiej”.

A co w zamian?

Nagrodą za najlepszy reportaż będzie porcelanowa filiżanka. Zwycięzcy otrzymają honoraria oraz zaproszenia na profesjonalne szkolenie dziennikarskie z udziałem autorytetów rzemiosła prasowego. ○



Wydawca: Naczelna Rada Lekarska
Dla członków izb lekarskich bezpłatnie
Nakład 156 500 egz.

Redaktor naczelny:
Ryszard Golański
tel. 600-909-382
e-mail: naczelny@gazetalekarska.pl

Kolegium redakcyjne:
Jarosław Wanecki (przewodniczący)
Ryszard Golański
Mariusz Janikowski
Jolanta Małmyga
Wojciech Marquardt
Katarzyna Strzałkowska

Sekretarz redakcji:
Urszula Bąkowska
tel. 22-559-02-67
e-mail: u.bakowska@gazetalekarska.pl

Redaktor prowadzący:
Marzena Bojarczuk
tel. 22-559-02-68, 606-440-100
e-mail: m.bojarczuk@hipokrates.org

Dziennikarz:
Lucyna Krysiak
e-mail: l.krysiak@gazetalekarska.pl

Sekretariat:
Elżbieta Mon
tel. 22-559-02-62
e-mail: redakcja@gazetalekarska.pl

Faks: 22-559-02-61

Redaktor naczelny Biuletynu NRL:
Mariusz Janikowski
tel. 600-909-381

Redaktor wydania sieciowego:
Romuald Krajewski
e-mail: wwwgl@hipokrates.org

Stale współpracują:
Jerzy Badowski (Olsztyn)
Stanisław Ciechowicz (Łódź)
Krystyna Knypl (Warszawa)
Anna Lella (Olsztyn)
Justyna Zajdel (Łódź)

Adres redakcji:
00-775 Warszawa, ul. Konduktorska 4
www.gazetalekarska.pl
e-mail: lekarska@hipokrates.org

**Projekt graficzny, skład,
druk, kolportaż, reklama:**
ringier
axel springer

02-672 Warszawa, ul. Domaniewska 52

Reklama i ogłoszenia:
Kierownik sprzedaży: **Aldona Ciosek**
e-mail: aldona.ciosek@axelspringer.pl

Mateusz Gajda
tel. 22-232-05-68, 600-064-140
e-mail: mateusz.gajda@axelspringer.pl

Małgorzata Gałazka
tel. 22-232-18-01, 668-276-630
faks +48 22 232 55 54
e-mail: malgorzata.galazka@axelspringer.pl

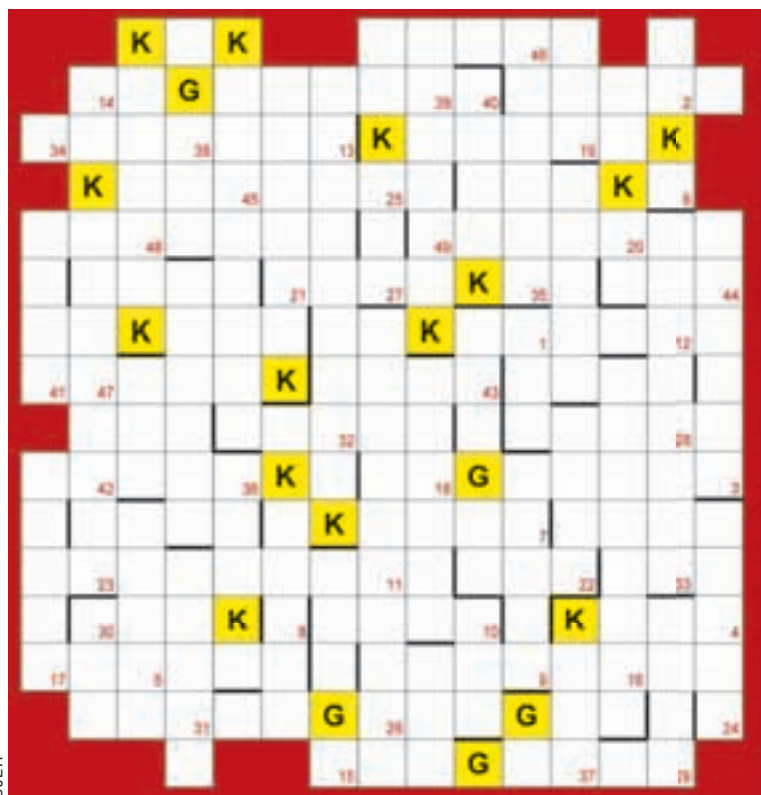
Koordynacja wydawnicza:

Alicja Micuła
tel. 22-232-00-17
e-mail: alicja.micula@axelspringer.pl

Projekt graficzny:
Bogusław Kalwala

Materiałów nie zamówionych redakcja nie zwraca i zastrzega sobie prawo do skrótnych, adaptacji, zmiany tytułów. Redakcja nie odpowiada za treść reklam - ogłoszeń. Autorów prosimy o przysyłanie tekstów zapisanych na CD, e-mail w edytorze pracującym w środowisku Windows. Publikacja ta przeznaczona jest tylko dla osób uprawnionych do wystawiania recept oraz osób prowadzących obrót produktami leczniczymi w rozumieniu przepisów ustawy z 6 września 2001 r. - Prawo Farmaceutyczne (Dz. U. nr 126, poz. 1381, z późn. zmianami i rozporządzeniami).

JOLKA LEKARSKA 162



Objaśnienia
75 haseł podano w przypadkowej kolejności. W diagramie ujawniono wszystkie litery G i K. Na ponumerowanych polach ukryto 49 liter hasła, które stanowi rozwiązanie. Należy je przesłać na karcie pocztowej na adres redakcji do 15 lutego 2011 r. Wśród autorów prawidłowych rozwiązań rozlosujemy nagrody książkowe (prosimy o podanie specjalizacji).

Aptekarz nafiarcz • pierwszy zabójca • port na pn. od Santiago de Compostela • prognoza stanu pacjenta • kucharz okrętowy • węgierskie morze • rower na płozach • nauka o gardle i krtani • George lub George Walker • skrzywienie pręta siłą • pochodne kwasów i alkoholi • przetak, rzeszoto • stolica przemysłu samochodowego • plan wydatków budowlanych • szpara (łac.) • ogórkowy • kraina z Saragossą • tkanina na ręczniki • sławna mucha afrykańska • Ill Walezy • wielki na prezenty • fundus • Krzysztof, gwiazda Polsatu • płynię w Perigueux • zda je egzamin ucząc się poza szkołą • pośmiertna lub przeciwigazowa • Bettino, premier skazany za korupcję • piłka za linią • pylica azbestowa • gobelin wawelski • płynię w Segedynie • koalicjant PO • kostny, łzowy lub nerkowy • Tomasz, mistrz biathlonu • święto patrona • skalpel • dawny bucik bez cholewy • mieszką w pn. Iraku • indyjska złotówka • haemorrhagia • partia Hitlera • wyspa Odysa • japońska gra planszowa • lecznica, centrum • nie pomoże umarłemu • szewski gwóźdź • dawniej rak jasnokomórkowy nerki • lanca piechura • kraj Nyerere • pakt, umowa • wytwarza ozon z tlenu • stan z działaniem automatycznym • płynię na zach. od Olenioka • olej z kozłka i lawendy • nasz producent leków • szkic, cecha • biały baran na czerwonym polu • skrzydło (łac.) • przewodnik turystyczny • drugie za ładogą • wiadomość z komórki • umyte Piłata • tygodnik Urbana • odkrył cieśninę między M. Arafura a Koralowym • urok • mysli głos • dobroć, miękkość • stan z Salem • warstwa złoża węgla • patron aldosteronizmu pierwotnego • bogini miłości i płodności czczona w Uruk • trzecia wyspa Balearów • dziobaty stekowiec • pas skoszonej trawy • patron tańca w piasawicy

Rozwiązanie Jolki lekarskiej nr 160 („GL” nr 11/2010)

Ziemia zabiera wszystko, co zrodziła. Lukan

Nagrody otrzymują: Witold Draber (Poznań), Ewa Głodowska (Bielawa), Adam Górnik (Radzyń Podlaski), Joanna Kludkowska (Gdańsk), Iwona Zawadzka (Bydgoszcz), Helena Żurek (Czechowice-Dziedzice).

Nagrodami za prawidłowe rozwiązania są książki wydawnictw: Cornetis, Elipsa-Jaim, medipage, Urban & Partner, PZWL. Nagrody prześlemy pocztą.

