

Gazeta Lekarska

PISMO IZB LEKARSKICH



POZ-wólcie
nam leczyć!

TECHNOLOGIE W SŁUŻBIE ZDROWIU



INTELIGENTNE ROZWIĄZANIA DLA DIAGNOSTYKI OBRAZOWEJ



UBEZPIECZENIE
5 LAT
LEPSZE NIŻ
GWARANCJA



Mar-Med jest dystrybutorem szerokiej oferty aparatury medycznej uznanych w Polsce i na świecie producentów.

MEDISON
ultrasonografia
i echokardiografia

GMM
sprzęt RTG

Planmed
mammografia

Neusoft
Beyond Technology
CT i MRI

OsteoSys
densytometri

medicom
wideokoposkopy

Bonie
aparatura
elektrochirurgiczna

medical ECONET
KTG i UDT

Naszą pełną ofertę, znajdą Państwo na naszej stronie internetowej.

Zapraszamy na www.mar-med.pl

Mar-Med Sp. z o.o., Al. Lotników 32/46, 02-668 Warszawa
Tel. (22) 853 14 11, (22) 847 30 08 (09), Fax: (22) 847 30 10
e-mail: info@mar-med.pl, www.mar-med.pl



W czarnych barwach

Od wielu lat, można powiedzieć – od zawsze, środowisko nasze zgłasza postulat, aby zawód lekarza był zawodem wolnym. Wprowadzenie systemu zatrudniania lekarzy w oparciu o umowę kontraktową miało nas przybliżyć do tego celu. Tymczasem nie tylko dalecy jesteśmy od realizacji tego postulatu, ale najbliższa przyszłość maluje się w dość czarnych barwach. Nie możemy pogodzić się z tym, że według niektórych zapisów nie jesteśmy lekarzami, tylko „świadczeniodawcami”, a nasi podopieczni to nie pacjenci, lecz „świadczeniobiorcy”. Być może już wkrótce przyjdzie nam pracować

nie w zakładach opieki zdrowotnej, ale w przedsiębiorstwach prowadzących „działalność medyczną”. Możemy natomiast spodziewać się, od czego nasz zawód wolny nie będzie. Otóż nie będzie on wolny od zagrożenia srogimi karami za banalne przewiny. W województwie łódzkim kilkoro lekarzy zostało ukaranych grzywnami po 10 000 zł za brak sprawozdań związanych z utylizacją odpadów medycznych. Podkreślam: nie za brak umowy z odpowiednią firmą, nie za wyrzucanie zakrwawionych strzykawek i igieł na śmietnik, ale za brak sprawozdania w tej sprawie, przesłanego w odpowiednim czasie. Urzędy marszałkowskie różnie podchodziły

do egzekwowania takich sprawozdań. Łódzki okazuje się bardzo pryncypialny, surowy i bezlitosny. Postępuje zgodnie z prawem, jednak wiadomo, że nie tylko litera prawa powinna się liczyć, ale także jego duch i intencja pra-

w projektach ustaw zdrowotnych. Zdaniem części prawników, skutkiem propozycji zapisanej w projekcie ustawy dotyczącej refundacji leków może być kara... kilkuletniego pozbawienia wolności dla lekarza, który niezgodnie

Nie tylko litera prawa powinna się liczyć, ale i jego duch i intencja prawodawcy.

wodawcy. Poinformuję Czytelników „Gazety”, jaki był los odwołań moich koleżanek i kolegów. Jeszcze groźniejsze konsekwencje mogą przynieść niektóre zapisy zawarte

z przepisami wystawiały recepty na lek refundowany! *O tempora, o mores*, ale także: *o lex specialis!*

Ryszard Golański
naczelnym@gazetalekarska.pl

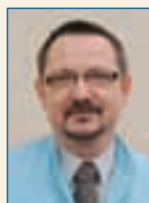
MIGAWKA



fot.: Grzegorz Rogiński/CIR

21 grudnia 2010 r. – spotkanie Jacka Krajewskiego i przedstawicieli „Porozumienia Zielonogórskiego” z premierem Donaldem Tuskiem i ministrami rządu oraz prezesem NFZ Jackiem Paszkiewiczem. Dopiero ta rozmowa przyniosła kompromis w sprawie kontraktowania świadczeń podstawowej opieki zdrowotnej w roku 2011.

- 3..... Wstępniak
Migawka
- 4-9 Temat miesiąca
Podstawowa Opieka Zdrowotna
- 10-11..... Rozmowa polityczna
Andrzej Sośnierz
- 12-13..... Dyrektywa UE
Transgraniczna opieka medyczna
- 14..... Badania kliniczne
Perspektywy rozwoju rynku w Polsce
- 15..... Okiem Prezesa
Maciej Hamankiewicz
- 16..... Z notatnika rzecznika
Katarzyna Strzałkowska
- 17..... Nasi w Europie
Konstanty Radziwiłł
- 18-19 Kształcenie
Potrzeby szkoleniowe lekarzy
- 20-21..... Moim zdaniem
Fasady – dorośliśmy?
- 22-23..... Komisja Stomatologiczna NRL
Nasz wizerunek zależy od nas samych
- 24-25..... Prawdziwe przyczyny
Tajemnica służby zdrowia
- 26-31..... Listy do redakcji
- 32-33 U stomatologów
Ceny rzeczywiste
- Kultura i sport
Kalendarz 2011
- 36-37 Zdrowie Polaków
Zadowolenie na wyrost
- 38-39 Przychodzi lekarz do prawnika
Sprzedaż leków
- 40-41..... Nowoczesna edukacja
Zakład Medycyny Ratunkowej CMKP
- 42-43 Profilaktyka
Uncja prewencji
- 44-45 Poradnik
Kasy fiskalne (6)
- 46-47 Felieton
Słuchawki i paragrafy
- 48-49 Indeks korzyści
Po jasnej stronie mocy...
- 50-51..... Biuletyn NRL
- 52-57..... Ogłoszenia, reklama
- 58..... Edukacja zdrowotna
Zwiększyć liczbę przeszczepów rodzinnych!
- 59 Diagnostyka molekularna
Klucz do raka płuc
- 60 Wydarzenia
75 lat Śląskiej Izby Lekarskiej
- 61-63..... Sport i medycyna
**Najlepsi medycy z Zabrze
Gdzie nie zaglądną nawet kondory**
- 64..... Kultura i medycyna
Śpiewający lekarze
- 65..... Epikryza
Orkiestra dyrygentów
- 66..... Jolka lekarska



Jesteśmy siłą,
z którą warto
rozmawiać

Z Jackiem Krajewskim, prezesem
„Porozumienia Zielonogórskiego”,
rozmawia Marzena Bojarczuk

Pod koniec roku sytuacja w POZ była dość napięta: spór z NFZ, negocjacje z MZ, w końcu spotkanie u premiera. O co to zamieszanie?

W połowie 2010 r. przedstawialiśmy prezesowi NFZ sugestie dotyczące zarządzenia, na podstawie

którego miały być kontraktowane usługi POZ. Projekt został przekazany do konsultacji, zgłosiliśmy do niego wiele uwag. W efekcie zmieniono kilka zapisów zupełnie nieistotnych, a nie uwzględniono spraw naprawdę ważnych. Konflikt dotyczył przede

Podstawowa opieka zdrowotna

Podstawa systemu czy wieczny konflikt?

Niemal tradycją stało się, że w grudniu lekarze podstawowej opieki zdrowotnej wchodzi w spór z Narodowym Funduszem Zdrowia.

Marzena Bojarczuk

21

grudnia 2010 r. spotkaniem przedstawiceli Federacji Związków Pracodawców Ochrony Zdrowia „Porozumienie Zielonogórskie” z premierem Donaldem Tuskiem zakończył się kon-

flikt lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej z NFZ. W spotkaniu wzięli udział także minister zdrowia Ewa Kopacz, wiceminister Jakub Szulc i prezes Narodowego Funduszu Zdrowia, Jacek Paszkiewicz. Lekarze wywalczyli to, co

chcieli – oprócz zwiększenia stawki kapitałowej. Od początku 2011 r. gabinety lekarzy rodzinnych pracowały jak zwykle, a pacjenci – zaniepokojeni informacjami środków masowego przekazu – nie musieli się już obawiać, że zostaną pozbawieni opieki swoich lekarzy.

Rocznie lekarze POZ udzielają prawie 140 mln porad, w 2009 r. wykonali ponad 84 mln badań. Nakłady NFZ na podstawową opiekę zdrowotną wynoszą niecałe 13% ogólnego budżetu płatnika, a **podstawowa miesięczna stawka kapitałowa to 8 zł – od 2008 r.**

pozostaje na niezmiennym poziomie.

Dla zdrowych i chorych

Podstawową opiekę zdrowotną w Polsce stanowią świadczeniodawcy o bardzo zróżnicowanej w skali kraju strukturze, funkcjonujący często w skrajnie różnych warunkach. We wsiach i niewielkich miejscowościach opiera się ona na małych gabinetach, niewielkich praktykach lekarzy rodzinnych, pielęgniarki-położnicy, w większych miastach to najczęściej niepubliczne za-

wszystkim dokumentacji sprawozdawczej, której zakres zwiększono. Powiększająca się biurokracja sprawia, że coraz więcej czasu musimy jej poświęcać kosztem pacjentów i jakości świadczonych usług. Postulat płacowy podnoszony był w tym kontekście. Ważną sprawą był też sposób prowadzenia weryfikacji przez NFZ. Zgadza się z tym, że sposób wydawania publicznych pieniędzy, powinien być transparentny i kontrole są uzasadnione. Niestety, Fundusz stworzył z tego narzędzia bicz na świadczeniodawców, stosując np. weryfikacje nawet do kilku lat wstecz. Teraz, po rozmowach z NFZ, ma się to zmienić.

Zastrzeżenia dotyczyły też harmonogramów pracy lekarzy POZ.

Harmonogramy narzucają lekarzom pracę od poniedziałku do piątku od 8.00 do 18.00. My proponujemy nie „od-do”, a „pomiędzy” – przecież tak organizujemy pracę naszych praktyk, żeby były one dostępne dla pacjentów. Najważniejsze jest to, by pacjent był zadowolony i nie miał ograniczonego dostępu do świadczeń, a to leży nie tylko w interesie NFZ, ale przede wszystkim naszym – to są nasze firmy. W trakcie rozmów z płatnikiem udało nam się dojść do porozumienia w tym zakresie.

Kogo „Porozumienie Zielonogórskie” miało po swojej stronie w czasie wszystkich negocjacji?

Przede wszystkim członków Federacji z 15 województw i prezesa NRL. Naszym stronnikiem był wiceminister Marek Twardowski, który m.in. z tego powodu odszedł z MZ. Popierali nas pracodawcy i byli prezes NFZ Andrzej Sośnierz oraz Kolegium Lekarzy Rodzinnych. Wobec braku możliwości porozumienia z NFZ poprosiliśmy o mediację minister Ewę Kopacz. Brak efektu spowodował, że zwróciliśmy się do premiera Donalda Tuska o spotkanie, które odbyło się 21 grudnia i okazało się przełomem.

Czy w grudniu tego roku „Porozumienie Zielonogórskie” znowu podniesie protest i zagrozi zamknięciem gabinetów lekarzy POZ?

Mam nadzieję, że nie – i jeżeli będzie dobra wola tych rozmów ze strony instytucji, to nie będzie potrzeby tak drastycznych działań. Protesty w takiej formie wynikają z tego, że się nas nie słucha. To nie jest także dla nas komfortowa sytuacja – groźby i protesty są wtedy, gdy nie ma już innych argumentów i jesteśmy zmuszani do pokazania tego, że w systemie ochrony zdrowia jesteśmy siłą, z którą warto rozmawiać i której nie można lekceważyć. ●



kłady opieki zdrowotnej, gdzie obok lekarza podstawowej opieki pacjenci mają do dyspozycji lekarzy specjalistów, zakład optyczny, aptekę itp.

POZ to jedna z niewielu specjalności, w której lekarze zajmują się nie tylko leczeniem, ale obejmują opieką również osoby zdrowe – to tam odbywają się szczepienia ochronne, bilanse zdrowych dzieci i w najszerszym zakresie wdrażana jest profilaktyka.

Coraz lepiej, ale... coraz gorzej

Od czasu początków prywatyzacji tej sfery opieki zdrowotnej i początków reformy systemu w POZ

zmieniło się wiele. Z pewnością są to praktyki w większości świetnie zorganizowane, w których nie ma kolejek, ponieważ pacjenci zapisywani są na wizyty na określone godziny, a lekarze dostępni są i rano, i w godzinach popołudniowych. Z drugiej strony na świadczeniodawców podstawowej opieki nakładane są coraz większe obowiązki, głównie te dotyczące sprawozdawczości i dokumentacji wymaganej przez Narodowy Fundusz Zdrowia. Stanowi to duży problem, zwłaszcza dla praktyk niewielkich, które prowadzone są przez jednego lekarza. Kilka lat temu Fundusz wymógł sprawoz-

dawczość w formie elektronicznej, co zmusiło wielu lekarzy do wyposażenia gabinetów w odpowiedni sprzęt, ale często także do powierzenia części obowiązków administracyjnych innym podmiotom – oczywiście, nie za darmo. Zwiększająca się z roku na rok liczba wymaganej przez Fundusz dokumentacji sprawia, że lekarze muszą spełniać te wymagania, angażując czas, który powinien być poświęcony pacjentom. To najprostsza droga do ograniczenia dostępu do świadczeń i obniżania ich jakości – a to nie jest korzystne ani dla płatnika, ani dla świadczeniodawcy, a przede wszystkim nie jest dobre



Warto w nas inwestować

Z dr. Maciejem Godyckim-Ćwirko, lekarzem rodzinnym, prezesem Kolegium Lekarzy Rodzinnych w Polsce, rozmawia Lucyna Krysiak

W Polsce jest ponad 10000 lekarzy rodzinnych. Jakie jest ich miejsce w systemie opieki zdrowotnej?

Nie mamy jasno określonych ram działania opieki zdrowotnej, więc to, co jest obecnie, trudno nazwać systemem. Mamy raczej do czynienia z rynkiem usług medycznych, na którym staliśmy się świadczeniodawcami. Jeśli jednak umówimy się, że istniejące ustawy określają system, to lekarze rodzinni są w nim traktowani marginalnie. Tymczasem medycyna rodzinna jest unikal-

na i ma wiele do zaoferowania. Jako jedyna spośród wszystkich specjalności zapewnia podstawę dla publicznej, równej, efektywnej, bezpiecznej i przyjaznej pacjentowi opieki zdrowotnej. Tymczasem publiczna opieka zdrowotna jest kompletnie nieuregulowana i czas, aby to zrobić, uwzględniając unikalność naszej specjalności.

Na czym ona polega?

Znany od dawna całej rodzinie lekarz jest w stanie zająć się każdym

z jej członków i udzielić pomocy w każdej sprawie dotyczącej zdrowia, z jaką się do niego zwróci. Zaledwie w jednym na 10 przypadków kieruje go w inne miejsce. Zapewnia udzielenie wielu świadczeń bez dodatkowych kosztów lub przy niewielkich kosztach, które w poradniach specjalistycznych i szpitalach kosztują znacznie więcej. Lekarz rodzinny zajmuje się dziećmi, ale w odróżnieniu od pediatrii w kontekście problemów zdrowotnych całej rodziny, choćby dotyczących chorób zakaźnych, molestowania czy uzależnień. Zajmuje się pacjentami w każdym wieku, także starszymi, biorąc pod uwagę nie tylko rodzinę, w której żyją, ale lokalną społeczność. Zapewnia ciągłość opieki medycznej, jej całościowość i koordynację, a także profilaktykę. To poważne argumenty za tym, że warto w nas inwestować.

Czy w pakiecie ustaw zdrowotnych oferowanych przez rząd jest miejsce dla medycyny rodzinnej?

W pakiecie ustaw promuje się działalność gospodarczą, rynek usług medycznych i ich producentów, a nie opie-



UBM Medica
www.ubmmedica.pl

Zawsze z lekarzem

PHARMINDEX®

Dla pacjenta

KRAMES®
PATIENT EDUCATION

dla pacjenta. Lekarze, prowadząc rozmowy z NFZ podkreślali, że podwyżka stawki kapitałowej, o którą toczył się spór, służyć ma właśnie zapewnieniu dodatkowych środków, które przeznaczone będą na pokrycie kosztów związanych z zapewnieniem rzetelnego wywiązywania się z obowiązków administracyjnych wobec płatnika. NFZ nie zgodził się na podwyżkę stawki, pozostawiając ją na niezmienionym od kilku lat poziomie. Osiągnięto za to porozumienie w zakresie obowiązkowej dokumentacji sprawozdawczej.

Prezes Porozumienia Zielonogórskiego, Jacek Krajewski zapewnia, że w grudniu tego roku nie będzie kolejnego protestu lekarzy POZ, jeżeli tylko rozmowy z płatnikiem będą przebiegały w atmosferze dobrej woli i chęci wzajemnego kompromisu. Odpowiedź na pytanie, czy rzeczywiście będą, poznamy za 10 miesięcy. ☉

Marzena Bojarczuk

kę zdrowotną. Stanowi to zagrożenie nie tylko dla medycyny rodzinnej, ale dla całej medycyny. Dlatego Kolegium Lekarzy Rodzinnych w Polsce zaprotestowało.

Może w obecnej, podzielonej na wąskie specjalizacje rzeczywistości, gdzie lekarz rodzinny jest kojarzony z rolą opiekuna, to przeżytek?

Przeciwnie. W większości krajów rozwija się medycynę rodzinną i jest ona filarem opieki zdrowotnej. Ekonomia zdrowia pokazuje, że opieka zdrowotna jest w stanie wchłaniać każde pieniądze. Medycyna rodzinna jest skuteczna, efektywna i wydajna. Łączy wiele działań, łącznie z doradztwem. Nie bez powodu Niemcy przekształcają system leczenia opieki zdrowotnej, kładąc nacisk na medycynę rodzinną, robi to również prezydent Stanów Zjednoczonych Barack Obama. My też to możemy zrobić. Potrzeba nam dobrej ustawy o zdrowiu lub opiece zdrowotnej, w tym opiece podstawowej, oraz środków odpowiednio dostosowanych do faktycznych potrzeb. ☉

UWAGA KOMUNIKAT

TERAZ BEZPŁATNY*
PHARMINDEX
BREVIER 2011/1

DLA KAŻDEGO LEKARZA!

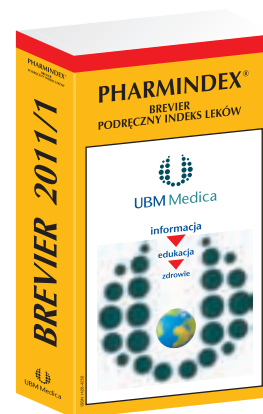
Zamówienia na bezpłatny Brevier przyjmujemy wyłącznie w **nowym** sklepie internetowym:

www.sklep.pharmindex.pl

Dodatkowo imienna karta Klienta gratis!

Zalety karty Klienta:

- bezpłatny Pharmindex Brevier*,
- bezpłatny Pharmindex dla Specjalisty,**
- bezpłatna baza leków on-line,
- specjalne oferty,
- zniżki.



*do odebrania na wybranych konferencjach medycznych lub wysłany pod wskazany adres po opłaceniu kosztów obsługi zamówienia (www.sklep.pharmindex.pl)

**dotyczy lekarzy o specjalizacjach: anestezjologia, dermatologia, ginekologia i położnictwo, neurologia, okulistyka, onkologia, psychiatria

mMedica

mppe®
Medyczna Platforma Edukacyjna



UBM Medica

UBM Medica Polska Sp. z o.o.
Plac Bankowy 2, 00-095 Warszawa

infolinia: 0 801 196 449,
(22) 531-16-66
fax: (22) 531-22-34
e-mail: sklep@pharmindex.pl



Z pacjentem trzeba rozmawiać

Z dr. hab. n. med. Przemysławem Kardasem, kierownikiem Pierwszego Zakładu Medycyny Rodzinnej UM w Łodzi, rozmawia Lucyna Krysiak

Jest Pan koordynatorem międzynarodowego projektu badawczego ABC.

Czego on dotyczy?

Przestrzegania zaleceń terapeutycznych. Skróót ABC znaczy *Ascertaining Barriers for Compliance – Ocena barier na drodze do przestrzegania zaleceń terapeutycznych*. Chodzi o badania, analizę i ocenę realizacji zaleceń terapeutycznych oraz skutków nieprzestrzegania

ich przez pacjentów. Badania mają odpowiedzieć na pytanie, jak dalece sięga to zjawisko, w jakim stopniu wpływa na stan zdrowia chorych i koszty ich leczenia. Projekt obejmuje 16 krajów europejskich i w tym roku zostanie zakończony. Wyniki badań posłużą osobom odpowiedzialnym za tworzenie polityki zdrowotnej do opracowywania takich programów, które

uwzględnią ten problem i pomogą pacjentom osiągnąć maksimum korzyści z prowadzonego leczenia. To także materiał do opracowania zaleceń dla lekarzy, jak mają rozmawiać z pacjentami, aby ściśle stosowali się do zaleceń terapeutycznych.

Czego należy się spodziewać po tych badaniach?

Wprawdzie na podsumowania zostało jeszcze trochę czasu, ale już wiemy, że nieprzestrzeganie zaleceń terapeutycznych jest zjawiskiem częstym, w Polsce dotyczy przeciętnie połowy pacjentów, zarówno w leczeniu chorób ostrych, jak i przewlekłych. Najczęściej polega na pomijaniu dawek leku i zbyt wczesnym zakończeniu kuracji. Tych grzechów jest

jednak znacznie więcej. Na liście znajduje się nierealizowanie recept, zaniechanie leczenia, opóźnianie rozpoczęcia leczenia, zmiana częstości dawkowania leków, pozostawianie niewykorzystanych leków na później i wykorzystywanie ich w niekontrolowanym samoleczeniu. Badania te dają rozeznanie, gdzie szukać przyczyn niepowodzeń leczenia, a także, gdzie topione są pieniądze zarówno pochodzące z finansowania lecznictwa, jak i bezpośrednio z kieszeni chorych.

Czy pacjenci nie przestrzegają zaleceń terapeutycznych świadomie, czy są inne powody tego rodzaju zachowań?

Jednym z powodów jest nieprzyjmowanie do wiadomości, że jest się

Piotr Olechno – rzecznik prasowy

W oddziałach wojewódzkich NFZ trwa proces podpisywania umów

Zgodnie z art. 159 ust. 2 ustawy z 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. z 2008 r., Nr 164, poz. 1027, ze zm.) umowę o udzielanie świadczeń w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej zawiera się ze świadczeniodawcą spełniającym warunki do zawarcia umowy określone przez prezesa NFZ. Postępowanie w sprawie zawarcia i realizacji umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w ro-

dzaju podstawowej opieki zdrowotnej, a także warunki wymagane od świadczeniodawców zainteresowanych zawarciem umowy w tym rodzaju, w odniesieniu do umów zawieranych na 2011 r. i lata następne określa zarządzenie prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia nr 74/2010/DSOZ z 1 grudnia 2010 r. Lekarz POZ, wybrany przez świadczeniobiorcę zgodnie z art. 28 ust. 1 cytowanej na wstępie ustawy, planuje i realizuje opiekę lekarską nad świadczeniobiorcą w zakresie udzielanych przez niego świadczeń opieki zdrowotnej w warunkach ambulatoryjnych i domowych oraz koordynuje udzielanie świadczeń podstawowej opieki zdrowotnej. Zgodnie z założeniami systemu opieki podstawowej lekarz POZ ma

pełnić rolę przewodnika pacjenta po systemie ochrony zdrowia.

Odnosząc się do sytuacji mającej miejsce pod koniec 2010 r., uprzejmie informuje, iż spowodowana ona była tym, że Federacja Związków Pracodawców Ochrony Zdrowia „Porozumienie Zielonogórskie” zgłosiła zastrzeżenia do treści zarządzenia Prezesa NFZ w sprawie zawarcia i realizacji umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju podstawowa opieka zdrowotna, w części dotyczącej wysokości stawek kapitałowych, czasu pracy lekarzy (szczegółowych harmonogramów pracy) oraz sprawozdawczości przekazywanej przez świadczeniodawców do Funduszu. Wskazując jednocześnie, iż nieuwzględnienie wniosków zgłaszanych przez Porozumienie Zielonogórskie może stanowić



chorym, szczególnie przewlekłe i branie leków jest konieczne przez dłuższy czas, a często do końca życia. Tak jest z nadciśnieniem tętniczym, cukrzycą typu 2 czy miażdżycą. Często w codziennym natłoku zajęć wiele osób zwyczajnie zapomina o lekach. Część z nich rezygnuje z leczenia, bo brakuje im pieniędzy na wykupienie recept, a często, by – jak mówią – nie obciążać wątroby. Jedną z przyczyn jest niewygodna forma leku, np. duże, trudne do połknięcia tabletki. Tych czynników wyróżniono ponad sto. Niezależnie jednak od tego czy są to działania świado-

me czy nieświadome, narażają system i pacjenta na koszty. Z tego powodu rośnie bowiem liczba zwolnień lekarskich, hospitalizacji, zgonów. Trzeba pamiętać, że na obecnym poziomie wiedzy medycznej wiele chorób można skutecznie nie tylko leczyć, ale przywrócić choremu możliwość normalnego funkcjonowania. Tak choćby jest w przypadku przebytego zawału serca. Wadliwym jest jednak przestrzeganie zaleceń terapeutycznych. Należy więc zrobić wszystko, aby trafić z tym przesłaniem do pacjentów. Problem jest zbyt poważny, aby można go było ignorować.

Co lekarz może zrobić, aby przekonać pacjenta, by przestrzegał zaleceń terapeutycznych?

Każdy sposób jest dobry, jeśli jest skuteczny. Może przepisywać pacjentowi tańsze leki, prostsze w zażywaniu. Muszą to być działania systematyczne, pacjentom trzeba pomagać cały czas. Często skutkuje rozmowa. To problem nie tylko osób, które nie przestrzegają zaleceń terapeutycznych i lekarzy, którzy łamią sobie głowy jak ich do tego przekonać. Z tego powodu cierpią także inni pacjenci, dla których nie starcza pieniędzy na badania diagnostyczne czy leczenie. ⊙

REKLAMA



ultrasonografy ECHOSON



- 18 lat niezawodnie z Wami
- 4500 instalacji w Polsce
- eksport do 33 krajów

ECHO-SON S.A.
24-100 Puławy; ul. Krakowska 5
tel.: 81 886 36 13; fax: 81 886 83 10
e-mail: info@echoson.com.pl

www.echoson.pl



MADE IN POLAND

Ministerstwa Zdrowia

Zgodnie z założeniami opieki podstawowej lekarz POZ ma pełnić rolę przewodnika pacjenta po systemie ochrony zdrowia.

podstawę problemów Funduszu z zawarciem na rok 2011 umów o udzielanie przedmiotowych świadczeń ze świadczeniodawcami zrzeszonymi w Federacji Porozumienie Zielonogórskie.

Mając na uwadze konieczność zabezpieczenia ciągłości omawianych świadczeń w Ministerstwie Zdrowia oraz Kancelarii Prezesa Rady Mi-

nistrów prowadzone były negocjacje z przedstawicielami Federacji Porozumienie Zielonogórskie w celu ustalenia warunków realizacji tych świadczeń w 2011 r. Efektem prowadzonych rozmów było podpisanie 22 grudnia 2010 r., porozumienia pomiędzy Federacją Porozumienie Zielonogórskie a Ministrem Zdrowia i Prezesem NFZ.

Zgodnie z podpisanym porozumieniem Prezes Narodowego Funduszu Zdrowia wydał zarządzenie Nr 87/2010/DSOZ z 29 grudnia 2010 r. zmieniające zarządzenie w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń w rodzaju: podstawowa opieka zdrowotna. Obecnie w oddziałach wojewódzkich NFZ trwa proces podpisywania umów o udzielanie świadczeń w rodzaju: podstawowa opieka zdrowotna w poszczególnych zakresach świadczeń na rok 2011 i lata następne. ⊙

» Minister powinien „oliwić” system «

* Z posłem Andrzejem Sośnierzem, członkiem ugrupowania Polska Jest Najważniejsza rozmawia Marzena Bojarczuk.



Jaki będzie 2011 r. dla polskiej ochrony zdrowia?

Mam nadzieję, że będzie to rok podejmowania istotnych decyzji i nareszcie jakiegoś przełomu w tym marazmie, który opanował służbę zdrowia i trwa od dobrych kilku lat. Moje nadzieje mogą się spełnić, bo to rok wyborczy. Mam nadzieję, że zostaną podjęte decyzje, które sprawią, że te zmiany będą mogły zaistnieć w niedługim czasie, np. już w 2012 r.

Podobają się Panu ministerialne projekty, które mają naprawić system ochrony zdrowia?

Więcej tu propagandy niż rzeczywistych zmian. Ważna jest ustawa o działalności leczniczej, ale w jej aktualnym kształcie nie porządkuje ona systemu, a wprowadza jeszcze większy bałagan. Przyznam, że z tego powodu jest dużym rozczarowaniem, bo ustawa o zakładach opieki zdrowotnej wymagała zmian porządkujących polski system. To jest mój główny zarzut pod adresem wielu ekip ministerialnych. System opieki zdrowotnej ma być systemem dlatego, że pacjent w większości przypadków nie jest w stanie otrzymać kompleksowego świadczenia w jednym miejscu, na jednym poziomie. Musi „wędrować” po systemie, przechodząc przez kolejne jego szczeble. Tymczasem w Polsce nikt nie zajmuje się systemem jako całością. Zajmujemy się poszczególnymi jego ogniwami: szpitalami, pogotowiem, podstawową i specjalistyczną opieką zdrowotną, ale nikt nie zwraca uwagi na to, jak wszystkie te ogniwa współfunkcjonują ze sobą.

I to jest najważniejszy problem polskiego pacjenta?

Problemem nie jest to, że nie ma sprzętu, fachowców, dostępnych terapii – to wszystko jest, często na najwyższym europejskim poziomie. Ale

FOT.: NORBERT TYSZKA

wszystkie te elementy „zgrzytają”, nie „grają” ze sobą. Właśnie dlatego, kiedy zachorujemy, nie bardzo wiadomo, jak sobie poradzić z podstawowymi rzeczami. Pierwszą myślą w sytuacji kryzysu zdrowotnego jest: czy znam kogoś, kto może pomóc, załatwić. Wszystko przez to, że system nie funkcjonuje tak, jak powinien.

Jaka powinna być w tym systemie rola ministra zdrowia?

Minister powinien sterować systemem, a nie kierować nim bezpośrednio. Oznacza to, że w swoich rękach powinien skupić mniej władzy bezpośredniej, a bardziej koncentrować się na tworzeniu reguł funkcjonowania systemu. Kiedyś, w kasach chorych, minister zdrowia szczęśliwie nie mógł wiele. Później stopniowo się to zmieniało, a obecnie wszystko właściwie podlega ministrowi, NFZ bez akceptacji ministra nie może zrobić nic! Minister powinien „oliwić” system. Nie może zajmować się incydentami, placami, kontraktami i wszystkimi innymi sprawami mniej lub bardziej istotnymi. To „oliwienie” systemu to określanie obowiązków i zasad funkcjonowania wszystkich elementów budujących ten system oraz tworzenie i wymuszanie wzajemnych relacji pomiędzy jego poszczególnymi ogniwami. I taka jest rola ministra do spraw zdrowia! Tymczasem kolejne ekipy zupełnie tego nie rozumieją, kolejni ministrowie pławią się we władzy, licząc na to, że ważne sprawy załatwią się same. Efektem jest interwencyjność, a kiedy w większości spraw trzeba interweniować, oznacza to klęskę systemu.

Wśród ministerialnych propozycji tzw. pakietu ustaw zdrowotnych są też te, które zmieniają sposób kształcenia lekarzy i lekarzy dentystów. Jaka jest Pana opinia na ich temat?

Jestem przywiązany do modelu, który funkcjonuje od wielu lat i uważam, że staż podyplomowy jest znacznie lepszym rozwiązaniem niż praktyka zawodowa na ostatnim roku studiów. Staż, który odbywałem, w dużej części miał znamiona „rzucania na głęboką wodę” i ma to większy sens niż „szkółka”, jaką zapewne stałaby się praktyka

w grupie kierowanej przez nauczyciela akademickiego. Z kolei Lekarski i Lekarsko-Dentystyczny Egzamin Państwowy, który był niechętnie przyjmowany, teraz jest mocno broniony przez młodych lekarzy jako dobre narzędzie obiektywnej weryfikacji wiedzy.

Czy opieka zdrowotna w takim kraju jak Polska powinna podlegać prawom wolnego rynku?

Powszechna reakcja na ewentualną komercjalizację placówek ochrony zdrowia, np. szpitali, to kolejny dowód na brak zrozumienia, czym jest system. Nie jest najważniejsze, czy szpital jest prywatny. Ważne jest to, w jakim systemie funkcjonuje, bo to system narzuca warunki tego funkcjonowania. Istota sprawy tkwi w konstrukcji umowy pomiędzy placówką a publicznym płatnikiem, niewłaściwie zbudowana umowa spowoduje, że każdy podmiot – niezależnie

» Kiedyś minister zdrowia, szczęśliwie, nie mógł wiele <<

od formy własności – będzie działał źle. Płatnik kupuje pakiet usług, ale narzuca też warunki ich wykonania. A pacjent nie pyta, czyje jest ogniwo systemu, tylko jak ono funkcjonuje. Forma własności może mieć znaczenia w tym, jak poszczególne ogniwa systemu będą się poddawały regułom gry narzuconym przez system. Podmiot prywatny zapewne będzie lepiej zarządzany, bo w trudnej sytuacji pozostanie zdany sam na siebie. Podmiotowi publicznemu częściej pomoże dziennikarz, starosta, wojewoda czy poseł. Z drugiej strony, podmiot prywatny nastawiony na zys częściej może rezygnować z niektórych form działalności i w ten sposób na przykład ograniczać dostępność małych dochodowych świadczeń. Najlepiej by było, by wszystkie formy własności mogły funkcjonować obok siebie, na równych prawach i obowiązkach, a rynek sam to zweryfikuje.

Czy jest w Polsce miejsce dla innych niż NFZ płatników – zarówno dla systemów alternatywnych, jak i uzupełniających?

Uzupełnienie polskiego systemu ubezpieczeniowego działającego jako system parabudżetowy o dodatkowe formy jest konieczne. Jednak, aby można było takie zmiany wprowadzić, trzeba zdecentralizować NFZ. Prywatnym ubezpieczycielom potrzebne jest także stworzenie koszyka świadczeń z precyzyjnym określeniem zakresu usług podstawowych. Czy to będzie system komplementarny, czy suplementarny, to już ma mniejsze znaczenie, każdy z nich zawiera inne rozwiązania i w każdym dodatkowe ubezpieczenia mogą istnieć. Zupełnym złudzeniem jest natomiast nadzieja, że to dobry sposób na to, by w systemie znacząco przybyło środków. Oczywiście, będzie ich więcej, ale będzie to zaledwie kilka lub kilkanaście procent i w skali potrzeb nie spowodują natychmiastowego dobrobytu.

Decyzje kolejnych rządów dotyczące ochrony zdrowia są albo niepopularne i nieakceptowane społecznie, albo nieskuteczne. Czy ma Pan pomysł na tę sferę życia publicznego?

Myślę, że na systemie ochrony zdrowia trochę się znam. Z pewnością nie ma żadnego złotego ani szybkiego środka, a działać trzeba wielotorowo, żeby stworzyć system spójny i harmonijny, oparty na solidnych mechanizmach nakazowych lub rynkowych – oba z nich trzeba zastosować jednocześnie. Pomysł mam, ale od dawna żaden rząd nie jest zainteresowany wprowadzeniem zmian, którym przyświecałaby konkretna idea.

Czego życzyłby Pan na 2011 r. wszystkim tym, którzy na system ochrony zdrowia w Polsce mają jakiś wpływ?

Chciałbym, aby ci, którzy wiedzą, jak cały system powinien funkcjonować, mogli się spotkać, konstruktywnie dyskutować i żeby z tych dyskusji wynikało konkretne działanie. Aby chciało nam się zrobić jeszcze coś dobrego nie dla popularności czy rozgłosu, ale dla satysfakcji i z poczuciem sensu tych zmian. W sprawach ochrony zdrowia powinno być mniej decyzji politycznych, a więcej merytorycznych – zmian w tej sferze nie należy się bać! ●



Transgraniczna opieka medyczna

MARZENA BOJARCZUK

„Stworzenie
wszystkim
pacjentom
możliwości leczenia
w całej Europie
jest praktyczną
realizacją
podstawowych
praw obywateli
UE” – stanowisko
Prezydium NRL
z 11.06.2010 r.

*

Rada Unii Europejskiej we wrześniu 2010 r. przyjęła stanowisko w sprawie projektu dyrektywy dotyczącej praw pacjenta w transgranicznej opiece medycznej. Celem dyrektywy jest zapewnienie przejrzystych zasad i ram transgranicznej opieki zdrowotnej w całej Unii Europejskiej oraz usunięcie istniejących przeszkód korzystaniu z niej przez obywateli UE, a szczególnie utrudnień związanych z prawem do zwrotu kosztów świadczeń zdrowotnych. Przeciwno tej decyzji głosowali przedstawiciele rządów Polski i Słowenii.

***Trudnością może być
rzetelna wycena świadczeń
zdrowotnych.***

Stanowisko Rady zostało przekazane do prac w Parlamencie Europejskim. Jeżeli PE zaproponuje zmiany i poprawki w proponowanych zapisach, prace legislacyjne w tym zakresie będą kontynuowane – być może także pod przewodnictwem Polski, która w połowie tego roku przejmie prezydencję w Radzie UE.

Korzyści

Najważniejszą dla pacjentów zmianą wobec dotychczasowego porządku prawnego jest uznawanie recept wystawionych w innym państwie członkowskim i możliwość uzyskania zwrotu kosztów opieki zdrowotnej udzielonej w innym niż własne państwie UE do poziomu kosztów ponoszonych za dane świadczenie w kraju zamieszkania, także w przypadkach innych niż stany nagłe. Państwa członkowskie Unii będą zobowiązane do opracowania mechanizmów obliczania kosztów, które

Korzyści z wprowadzenia dyrektywy dotyczą pacjentów i systemów opieki zdrowotnej.

będą zwracane pacjentowi przez krajowy system ubezpieczeniowy za świadczenia udzielone za granicą.

Korzyści z wprowadzenia dyrektywy dotyczą nie tylko indywidualnych pacjentów, ale także całych systemów opieki zdrowotnej. Zapisy dyrektywy zobowiązują kraje członkowskie do współpracy w zakresie zdrowotnej opieki transgranicznej na poziomie regionalnym i lokalnym, przewidując m.in. tworzenie i rozwój europejskich sieci referencyjnych skupiających podmioty świadczące usługi medyczne w celu wykorzystania potencjału wyspecjalizowanej opieki zdrowotnej oraz przekazywania wiedzy i szkolenia pracowników ochrony zdrowia.

Obawy

Polski rząd obawia się negatywnego wpływu zapisów dyrektywy na budżet publicznego płatnika (Narodowy Fundusz Zdrowia). Zdaniem Ministerstwa Zdrowia zapisy dyrektywy prowadzące do wolnego wyboru świadczeniodawców także spoza systemów ubezpieczeń zdrowotnych przyczynią się do poważnego zachwiania stabilności finansowej NFZ.

Trudnością może także być konieczność rzetelnej wyceny świadczeń zdrowotnych, a w konsekwencji szczegółowe określenie tych świadczeń, na które wystarczy publicznych środków. To z kolei jest podstawą do stworzenia realnego koszyka gwarantowanych świadczeń zdrowotnych, wyboru priorytetów refundacyjnych (świadczeń i leków) oraz wdrożenia sprawnego systemu rejestracji udzielanych świadczeń i kontroli ich zasadności. Z tymi problemami od kilkunastu lat zmagają się kolejne rządy i zarządy NFZ – w dużej mierze bezskutecznie.

Prawa pacjenta

Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej przyjęło stanowisko wobec projektu dyrektywy w sprawie

stosowania praw pacjenta w transgranicznej opiece zdrowotnej. Wyrażając zadowolenie z przyjęcia projektu przez Europejską Radę ds. Zatrudnienia, Polityki Społecznej, Zdrowia i Ochrony Konsumentów (EPSCO), Prezydium NRL ma nadzieję, że przepływ pacjentów pomiędzy krajami przyniesie korzyść także polskiemu systemowi

ochrony zdrowia, również lekarzom i lekarzom dentystom. W stanowisku Prezydium czytamy także: Prezydium wyraża przekonanie, że wejście w życie dyrektywy służyć będzie poprawie jakości ochrony zdrowia i bezpieczeństwu opieki zdrowotnej, a także lepszemu poszanowaniu praw pacjenta we wszystkich krajach UE. ☉

REKLAMA

SKYTRON
FOCUSING ON QUALITY SINCE 1972

BLOK OPERACYJNY

NOWA GENERACJA

GEMED

Firma GEMED
www.gemed.pl

ul. Sowińskiego 50
40-018 Katowice

tel.: +48 32 350 04 18
tel.: +48 32 350 04 19
fax.: +48 32 251 18 35

Perspektywy rozwoju rynku w Polsce

Polski rynek badań klinicznych nowych leków jest największy w Europie Środkowo-Wschodniej i skupia 12% badań realizowanych w naszym regionie.

Marzena Bojarczuk

Z inicjatywy Związku Pracodawców Innowacyjnych Firm Farmaceutycznych oraz Stowarzyszenia na rzecz Dobrej Praktyki Badań Klinicznych (GCP) powstał raport „Badania kliniczne w Polsce – główne wyzwania”. Stanowi on analizę rynku badań klinicznych pod kątem głównych wyzwań, jakie napotykają podmioty zaangażowane w ten proces. W badaniu wzięło udział ok. 80 spółek z sektora farmaceutycznego i firm CRO. Autorzy raportu przeprowadzili także ponad 30 wywiadów z przedstawicielami wszystkich stron zaangażowanych w badania kliniczne w Polsce.

Szansa na dostęp do nowoczesnych leków i terapii

Ponad połowa (60%) przeprowadzanych w naszym kraju badań klinicznych dotyczy onkologii, kardiologii, reumatologii i immunologii. Główne korzyści z prowadzenia tych badań to dostęp pacjentów do nowoczesnych metod leczenia wykraczających poza standardową opiekę medyczną, dodatkowe wpływy do budżetu państwa oraz wzrost innowacyjności. Dzięki zaangażowaniu w proces badawczy lekarze otrzymują wiedzę o najnowszych terapiach oraz możliwość wymiany informacji z zagranicznymi ośrodkami, co bezpośrednio przekłada się na wzrost jakości opieki zdrowotnej w Polsce.

Autorzy raportu podkreślają, że w porównaniu z innymi krajami,

w Polsce w dalszym ciągu prowadzi się stosunkowo mało badań klinicznych. Najwięcej odbywa się ich nadal w USA i Europie Zachodniej.

Prawo bez barier

Rozwój tego rynku w Polsce uzależniony jest głównie od decyzji administracyjnych i obowiązujących przepisów. Jeśli pod tym względem atmosfera w Polsce byłaby bardziej sprzyjająca, to liczba prowadzonych badań mogłaby wzrosnąć o 20-30% i powiększyć wpływy do budżetu o 45-65 mln zł rocznie. Jednocześnie wprowadzenie regulacji, które będą zbyt restrykcyjne i sprzyjające tworzeniu prawnych i biurokratycznych barier, szybko doprowadzi do znacznego spadku zainteresowania Polską ze strony podmiotów zlecających badania kliniczne.

Eksperti szacują, że w związku z prowadzonymi badaniami klinicznymi nowych leków bezpośrednie wpływy do budżetu państwa wynoszą ok. 240 mln zł rocznie, a ponad 10% wartości rynku trafia do szpitali i ośrodków medycznych wykonujących badania. Najważniejszym motorem tego rynku w Polsce jest wielkość populacji, skuteczność rekrutacji pacjentów i wysoka jakość pracy.

Dodatkowe środki

Nasz kraj może pod tym względem pochwalić się bogatym doświadczeniem badaczy oraz rzetelnością gromadzonych danych. Jako wady polskiego rynku wymie-

nia się długo trwające i mało przewidywalne procedury rejestracji oraz nadmierną biurokrację. „Pospieszone wdrożenie unijnej dyrektywy dotyczącej badań klinicznych doprowadziło do tego, że obowiązująca ustawa i związane z nią rozporządzenia wykonawcze są jednymi z najbardziej restrykcyjnych w Europie. Obserwując rynek badań klinicznych po 2004 r., można zauważyć jego stagnację, którą udało się tylko częściowo odwrócić m.in. rozporządzeniem z 2008 r. w sprawie wzoru wniosku o rozpoczęcie badania klinicznego, przyspieszającego w praktyce rozpoczęcie badania” – podkreśla Piotr Iwanowski, wiceprezes Stowarzyszenia na rzecz Dobrej Praktyki Badań Klinicznych w Polsce.

Wnioski

Raport „Badania kliniczne w Polsce – główne wyzwania” jest analizą obecnej sytuacji w Polsce na tle innych krajów Europy i świata, wskazuje też na rozwiązania, których wprowadzenie mogłoby znacznie poprawić perspektywy rozwoju rynku badań klinicznych nowych leków w Polsce. Najważniejsze z nich to:

- wprowadzenie bardziej sprzyjającego otoczenia regulacyjnego, m.in. poprzez poprawę tempa i przejrzystości procedur administracyjnych,
- poprawa transparentności, szczególnie w zakresie podziału kompetencji między organami regulacyjnymi (Urząd Rejestracji Produktów Leczniczych i komisje bioetyczne),
- poprawa współpracy pomiędzy sponsorami a badaczami i ośrodkiem,
- zwiększenie jakości współpracy z placówkami medycznymi.



OKIEM PREZESA

Wielka Orkiestra Świątecznej Pomocy z roku na rok ustanawia swój rekord i zbiera coraz więcej pieniędzy, przeznaczając je na pomoc chorym. Społeczeństwo polskie pokazuje, że potrafi zebrać 40 milionów w ciągu jednego dnia, aby pomóc bliźnim. Słowa pełne podziękowań należy skierować do Jerzego Owsiaka, który pokazuje premierowi i rządowi, jak można zadbać o zdrowie innych. Aż się prosi zadać pytanie, jakie były koszty własne WOŚP – nie dlatego, aby komuś udowodnić rozrzutność, wręcz przeciwnie – aby pokazać, że mamy rozwią-

zanie na finansowanie ochrony zdrowia: codzienne wzajemne wspomaganie się z pieniędzy dobroczynnych bez kosztownych pośredników takich jak NFZ.

Ustawodawcy zaserwowali nam kolejną porcję emocji związanych ze zmianą podatku VAT. Narzucono skandalicznie krótki termin wejścia w życie ustawy oraz nie zachowano obowiązku zaopiniowania projektu przez NRL. Nie chciałbym, aby ta ustawa o podatku od towarów i usług była kolejnym przykładem lekceważenia przez państwo naszej grupy zawodowej. Dlatego też wystosowałem dwa pisma do ministra finansów, wnosząc m.in. o podjęcie przez MZ akcji informacyjnej oraz o niezwłoczne rozpoczęcie prac legislacyjnych i przywrócenie zwolnienia z VAT usług związanych z kształceniem podyplomowym lekarzy i lekarzy dentystów.

Choć niedługo sezon zachorowalności na gripę się skończy, nie ustaję w nadziei, że moje prośby kierowane we wrześniu i w styczniu do ministra zdrowia o zapewnienie osobom wykonującym zawód medyczny szczepień ochronnych przeciwko wirusowi grypy AH1N1 zostaną spełnione. Jestem pewien, że czytelników „Gazety Lekarskiej” nie muszę przekonywać o słuszności mojego uporu.

W czasie uroczystości wręczenia wyróżnienia „Najlepszy sportowiec roku 2010” wielu laureatów dziękowało za opiekę swoim trenerom i lekarzom. Nawet jeden z nich, Piotr Małachowski, mistrz Europy w rzucie dyskiem, podziękował swojemu doktorowi Robertowi Śmigielkiemu za dotychczasowe coroczne operacje (choć na nowy rok życzył sobie, by chociaż w tym jednym było się bez interwencji lekarskiej). Miło było słuchać tych

słów wdzięczności, które teraz Koleżankom i Kolegom przekazuję, bo dziś nasi podopieczni zapominają, że więzi pomiędzy lekarzem i pacjentem są budowane przez obydwie strony, a w ostatnich latach więcej było nieuzasadnionej krytyki niż pozytywnej oceny.

Jednym z zadań, które postawiono nam na Krajowym Zjeździe Lekarzy, była zmiana w obrębie „Gazety Lekarskiej”. Zadanie to jest w trakcie realizacji, ale już dzisiaj cieszymy się ze znaczącego wzrostu czytelnictwa. Trudno nie zauważyć nowej szaty graficznej, widać, że zmienia się też zawartość merytoryczna. Mam nadzieję, że każdy kolejny numer będzie zjednywał Koleżanki i Kolegów we wspólnej lekturze. Zastanawialiśmy się nad tym, abyście mogli być współtwórcami „Gazety”.

Maciej Hamankiewicz

R E K L A M A

OFERTA SPECJALNA



Mindray M5

z jedną sondą już od

54 900 PLN netto*

* Oferta ważna do 30.09.2011 r.

EUROMED)))
MEDICAL SOLUTION

Euromed Medical Solution Sp. z o.o. Sp. K.
60-149 Poznań, ul. Gwiaździsta 39 B

tel. (61) 843 90 59, 843 64 34

fax (61) 221 51 58

e-mail: euromed@euromed.net.pl

www.euromed.net.pl

mindray WYŁĄCZNY AUTORYZOWANY PRZEDSTAWICIEL W POLSCE



KOMPLEKSOWE
WYPOSAŻENIE ZAKŁADÓW DIAGNOSTYKI OBRAZOWEJ



KTG - F3



KTG - F6



KTG - F9



detektor SonoTrax

EDAN LIDER W ZAKRESIE ROZWIĄZAŃ MONITORINGU OKOŁOPORODOWEGO MATKI I PŁODU

ALOKA ProSound F75 to więcej niż klasa Premium



ProSound ALPHA7 ProSound ALPHA6

MIRO[®]

Warszawa tel. +48 22 518 43 00

Leszno tel. +48 65 525 93 00

Puławy tel. +48 81 888 02 72

www.miro-med.pl



Z notatnika rzecznika prasowego

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

VAT w ochronie zdrowia

Zmiana ustawy o podatku od towarów i usług obowiązująca od początku roku nie była jako projekt konsultowana z NRL, choć zmieniła w sposób zasadniczy system opodatkowania w zakresie ochrony zdrowia. Ustawa np. ogranicza zwolnienie z podatku VAT w zakresie edukacji i wpłynie na kształcenie podyplomowe lekarzy i lekarzy dentystów. Pojawiają się wątpliwości podatkowe dotyczące orzeczeń lekarskich, obdukcji, badania przydatności do pracy, zabezpieczenia imprez sportowych pod względem medycznym i inne. Wszystkie uwagi dotyczące zmian są na bieżąco przekazywane przez prezesa NRL ministrowi finansów. Listy na stronie www.nil.org.pl

Jeden lekarz, jedna umowa

NRL zaapelowała do ustawodawców o usunięcie zapisu ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych zakazującego zawieranie umowy o udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej z lekarzem, jeżeli udziela on świadczeń u świadczeniodawcy, który zawarł umowę z Funduszem. NRL wielokrotnie podnosiła brak uzasadnienia merytorycznego istnienia takiego zakazu. Uznała, że godzi on w prawo każdego podmiotu gospodarczego do równego traktowania i prowadzi często, w wąskich specjalnościach, do braku możliwości korzystania z określonych świadczeń przez pacjentów.

AH1N1

– szczepienia

Prezes NRL wystosował do ministra zdrowia prośbę

o pilne zapewnienie szczepień ochronnych przeciwko wirusowi grypy AH1N1 osobom wykonującym zawód medyczny. Pierwszy list w tej sprawie został wysłany we wrześniu – jeszcze przed sezonem zachorowalności na grype; drugi – w styczniu br. Chciałbym po raz kolejny zaznaczyć, że Naczelna Rada Lekarska już w listopadzie 2009 roku wskazywała na celowość zakupu szczepionek dla osób z grupy ryzyka. Nadmieniam, że nasz postulat, aby koszty tych szczepień ochronnych pokryte były ze środków publicznych, jest nadal aktualny – napisał prezes NRL.

Kalendarz NRL

Ustalono kalendarz posiedzeń NRL w 2011 r. Posiedzenia te zaplanowano kolejno na 4 lutego, 25 lutego, 1 kwietnia, 13 maja, 17 czerwca, 2 września, 7 października oraz na 16 grudnia.

Wybrano

Marta Klimkowska-Misiak została wybrana przez NRL na przewodniczącą Zespołu ds. Ubezpieczeń Lekarzy i Lekarzy Dentystów. Wybory przeprowadzono w związku z rezygnacją z tego stanowiska Andrzeja Cisły.

Halina Teodorczyk i Maciej Mrożewski zostali wybrani w wyborach uzupełniających do Komisji ds. Lekarzy Emerytów i Rencistów. Członkami Komisji są również: Stanisław Dziedziuchowicz, Irena Ułta, Ryszard Grabowski, Halina Piławska, Tadeusz Chowaniec, Maria Łyczywek-Zwierz, Małgorzata Pelka-Grzesik. Przewodniczy jej Kazimierz Kłodziński.

„Błąd” w projekcie Stanowisko NRL z października 2010 r. w sprawie

projektu ustawy o prawach pacjenta i rzeczniku praw pacjenta przedstawił 4 stycznia br. na posiedzeniu Podkomisji Zdrowia Sejmu RP wiceprezes Romuald Krajewski. NRL podkreślała m.in., że niewłaściwa jest przyjęta w projekcie jako podstawa odszkodowania konstrukcja „błędu medycznego”, wymagająca wykazania błędu, a zatem pośrednio udowodnienia winy osoby fizycznej odpowiedzialnej za błąd.

Wniosek do UOKiK

NIL czeka na odpowiedź na złożony do Urzędu Ochrony Konkurencji i Konsumentów wniosek o zbadanie, czy NFZ nie stosuje praktyk monopolistycznych w postępowaniu przy zawieraniu umów na świadczenia z praktykami lekarskimi i stomatologicznymi.

Zaproszenie



Polskie Towarzystwo Lekarskie wraz z Naczelną Izbą Lekarską zamierza zorganizować 4 kwietnia br. o godz. 18.00 koncert z cyklu „Muzyka i medycyna” w Teatrze Muzycznym Roma. W programie m.in. utwory Chopina, Wieniawskiego, Mozarta, Verdiego wykonane przez lekarzy-muzyków. Zapisy pod numerem telefonu 22-559-13-27.

k.stralkowska@hipokrates.org

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

4 głosy

Stały Komitet Lekarzy Europejskich (CPME) zmienił swój statut. W nowym mechanizmie głosowania Polska ma 4 głosy (dotychczas 1). W związku z tym stanowisko NIL będzie liczyć się bardziej – to większe uprawnienia, ale i większa odpowiedzialność za sprawy europejskie, które dotyczą przecież także polskich lekarzy.

Ważną sprawą, którą CPME obecnie się zajmuje, jest wszczęty przez Komisję Europejską proces nowelizacji Dyrektywy 2005/36/WE w sprawie uznawania kwalifikacji zawodowych. Dotyczy ona ponad 10 000 polskich lekarzy i lekarzy dentyistów, którzy zdecydowali się na pracę w którymś z krajów członkowskich UE i, w jeszcze większym stopniu, którzy to planują. Z punktu widzenia Polski i polskich lekarzy, gwarantując automatyczne uznawanie kwalifikacji, Dyrektywa działa dobrze. Zmieniając ją, należy:

- kontynuować zasadę automatycznego uznawania kwalifikacji lekarzy (z ewentualnymi korektami listy „specjalności europejskich”, np. poprzez dodanie medycyny rodzinnej),
- utrzymać akceptację krajowych zasad przyznawania dokumentów kwalifikacyjnych.

Dyrektywa powinna le-



piej regulować:

- przekazywanie informacji o lekarzach, w stosunku do których obowiązują decyzje o ograniczeniu, zawieszeniu lub pozbawieniu prawa wykonywania zawodu,

- przejrzystość nadzoru nad należyтым wykonywaniem zawodu w przypadku transgranicznego (także telemedycznego), czasowego i okazjonalnego świadczenia usług,
- znajomość języka kraju docelowego pod kątem troski o bezpieczeństwo pacjentów,
- wykorzystywanie nowoczesnych technik do przekazywania informacji i dokumentów pomiędzy instytucjami regulacyjnymi.

W tej i innych sprawach spotkałem się z komisarzem KE ds. zdrowia i ochrony konsumentów Johnem Dali. Obiecał współpracę nad kształtem nowych przepisów i zapewnił o dostrzeganiu przez KE problemów lekarskich. Podkreślał, że jednym z priorytetów Unii powinno być zapewnienie obywatelom opieki dobrze wykształconych i zadowolonych z warunków pracy lekarzy.

Konstanty Radziwiłł

➤ SonoScape S6

WIELOSPECJALISTYCZNY KOMPAKTOWY APARAT USG



- ▶ 15" kolorowy monitor LCD
- ▶ Obrazowanie harmoniczne
- ▶ Pełen zakres badań dopplerowskich
- ▶ Zaawansowane cyfrowe programy obróbki obrazu
- ▶ Waga tylko 9 kg
- ▶ 24 miesiące gwarancji



Szeroki wybór głowic specjalistycznych wykonanych w technologii 192-elementowej

➤ Nasza oferta



Oferta ważna do 15.03.2011. lub do wyczerpania puli promocyjnej. Niniejsza oferta nie stanowi oferty w rozumieniu przepisów Kodeksu Cywilnego oraz innych właściwych przepisów prawnych.



Xylion Medical Systems sp. z o.o. S.K.A.

ul. Piątkowska 161, 60-650 Poznań, tel. 061 842 06 42, fax. 061 847 92 40, info@xylion.pl

Pełna oferta:

www.xylion.pl

Akcesoria i materiały eksploatacyjne: www.medsklep.pl



Potrzeby szkoleniowe



Ośrodek Doskonalenia Zawodowego Lekarzy i Lekarzy Dentystów NIL (ODZ) stale prowadzi badania wśród uczestników szkoleń. Ich celem jest m.in. weryfikacja potrzeb edukacyjnych lekarzy i lekarzy dentystów.

KINGA WOJTASZCZYK

Kursy organizowane przez ODZ dotyczą kompetencji miękkich, takich jak: skuteczna komunikacja, sztuka bycia asertywnym, radzenie sobie ze stresem, techniki negocjacji, zasady wystąpień publicznych. Na zakończenie każdego szkolenia uczestnicy wypełniają ankietę ewaluacyjną, w której oceniają przydatność i organizację kursów oraz określają swoje potrzeby szkoleniowe.

Określenie potrzeb szkoleniowych

Badanie miało na celu uzyskanie informacji o oczekiwaniach odbior-

ców szkoleń i pomoc w podjęciu decyzji o organizacji nowych szkoleń w zakresie kompetencji miękkich oraz o zasadności kontynuacji dotychczasowych kursów. Przedstawione wyniki opracowano na podstawie 705 ankiet.

Zdaniem 86% lekarzy i lekarzy dentystów kursy w zakresie umiejętności psychospołecznych powinny dotyczyć komunikacji lekarz-pacjent, 82% uważa, że powinny one dotyczyć radzenia sobie ze stresem, 68% wskazało unikanie wypalenia zawodowego, 62% pracę w zespole, 51% organizację czasu, a 44% ankietowanych wymieniło wystąpienia publiczne.



Autorka jest pracownikiem ODZ Lekarzy i Lekarzy Dentystów NIL.

Ponadto uczestnicy szkoleń mogli sami wskazać umiejętności, w zakresie których powinny odbywać się szkolenia organizowane przez ODZ. Wiele osób proponowało organizację kursów w zakresie technik negocjacji zarówno w stopniu podstawowym, jak i zaawansowanym oraz asertywności na różnych poziomach zaawansowania. Dużym zainteresowaniem cieszyłyby się także szkolenia dotyczące psychomanipulacji.

Propozycje szkoleniowe ODZ

ODZ w 2011 r. będzie kontynuował dotychczasowe kursy. Zorganizowaliśmy również nowe szkolenia dotyczące zagadnień zgłaszanych przez uczestników. Będą dotyczyły następujących umiejętności:

Trening asertywności i rozwiązywania konfliktów w relacji lekarz-pacjent – poziom zaawansowany.

82% lekarzy i lekarzy dentystów uważa, że kursy powinny dotyczyć umiejętności radzenia sobie ze stresem.

Celem kursu jest pogłębienie umiejętności asertywnego zachowania w różnych obszarach i formach relacji pacjent-lekarz, czyli trening zachowań asertywnych, a także doskonalenie umiejętności pozwalających budować lepsze relacje z pacjentami i współpracownikami, zapobiegać konfliktom oraz rozwiązywać je w konstruktywny sposób.

Budowanie zespołu i praca w zespole. Celem szkolenia jest uwrażliwienie uczestników na specyfikę własnego zespołu medycznego (jego mocnych stron i słabości),

lekarzy

diagnoza kluczowych obszarów wymagających doskonalenia, które będą służyły zwiększeniu efektywności i skuteczności oraz poprawie własnej satysfakcji z pracy w środowisku medycznym.

Warsztaty skutecznych negocjacji. Celem warsztatu jest doskonalenie umiejętności komunikowania się w procesie negocjacji. Zdobytę w czasie kursu umiejętności mogą mieć zastosowanie nie tylko w negocjacjach, ale także w innych sytuacjach, w których spotykamy się z presją i manipulacją.

Psychomanipulacje. Szkolenie przeznaczone jest dla wszystkich, którzy chcą poznać mechanizmy wpływania na innych, oraz dla tych, którzy chcą umieć przeciwstawiać się manipulacjom. Lekarz w swojej praktyce zawodowej często jest narażony na manipulację pacjenta, ale także współpracowników. Dzięki zdobytej na szkoleniu wiedzy będzie potrafił skutecznie bronić się przed manipulacją oraz wykorzystywać i kreować czynniki otoczenia dla osiągnięcia zamierzonego rezultatu.

Ponieważ pracownicy ochrony zdrowia w swojej pracy spotykają się z różnymi formami agresji, m.in. ze strony pacjentów i towarzyszących im osób, ODZ rozpoczyna warsztaty „Analiza transakcyjna jako metoda reagowania na zachowania agresywne”. Celem warsztatów jest dostarczenie niezbędnej wiedzy o źródłach agresji, interakcji i komunikacji między ludźmi, a także nabycie umiejętności radzenia sobie z zachowaniami agresywnymi i reagowania na cudzą agresję. Warsztaty te zorganizowane będą we współpracy z Komendą Główną Policji oraz z ekspertami z Wyższej Szkoły Psychologii Społecznej.

Ponad połowa lekarzy i lekarzy dentystów uczestniczących w kursach wskazała pracę w ze-

spole jako jedną z istotnych umiejętności, w zakresie której powinny odbywać się szkolenia. Dlatego ODZ proponuje również kurs „**Mobbing – przemoc psychiczna w miejscu pracy – jak rozpoznawać, zapobiegać, postępować**”. Konflikty są nieodłącznym elementem pracy w zespole. Jeżeli są nierozpoznawane albo rozpoznawane źle i nieprawidłowo zarządzane, mogą rodzić przewlekłe patologie pracy zespołowej. Najczęstszą z nich i dającą najpoważniejsze konsekwencje dla osoby poszkodowanej, jej rodziny i zespołu, w którym pracuje, a w efekcie także dla pacjenta, jest mobbing – przemoc psychiczna w pracy.

Ponad połowa uczestników kursów wskazała na potrzebę warsztatów dotyczących pracy w zespole.

Zainteresowanych szkoleniami prosimy o wcześniejsze zgłaszanie się na planowane warsztaty, ponieważ liczba chętnych zawsze przekracza liczbę miejsc. ODZ stale prowadzi starania o zewnętrzne źródła finansowania szkoleń i – o dodatkowych terminach i szkoleniach będziemy na bieżąco informować na naszych stronach internetowych oraz na łamach „Gazety Lekarskiej”. Szkolenia odbywają się w siedzibie Naczelnej Izby Lekarskiej w Warszawie, są bezpłatne dla członków izb lekarskich, a uczestnicy otrzymują punkty edukacyjne. Szczegółowe informacje na temat organizowanych kursów można znaleźć na stronach ODZ (www.nil.org.pl/tematy/odz) oraz uzyskać w siedzibie ODZ w Warszawie, przy ul. Konduktorskiej 4, pod nr. tel.: 22-559-02-69, 22-559-02-86 albo skierować pytania na adres e-mail: odz@hipokrates.org ●

R E K L A M A

 **MEDICALNET**
proven partner

**AUTORYZOWANY
DYSTRYBUTOR
APARATÓW USG
FIRMY SIEMENS**

WWW.USG.PL



**OFERTA
SPECJALNA**
ważna do 28.02.2011 r.

ACUSON X150
APARAT Z DOPPLEREM PW
I JEDNĄ GŁOWICĄ

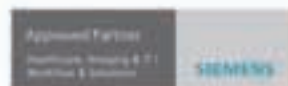
**59900 PLN
(BRUTTO)**



ACUSON X300 ACUSON Antares ACUSON S2000 ACUSON S2000 ABVS



SYSTEMY RENTGENOWSKIE



WWW.MARKETMEDYCZNY.PL

60-479 Poznań, ul. Strzeszyńska 31
tel. (61) 656 75 50, fax (61) 656 75 51
513 153 300, 513 121 741
e-mail: office@medicine.pl

Fasady – doro

Fasada 4. Mamy reaktywowany samorząd lekarski, ale co z tego wynika? Lekarzem stajemy się dopiero wtedy, gdy uzyskamy prawo wykonywania zawodu. Mamy obowiązek stosować się do uchwał organów izb lekarskich. Mamy opłacać składkę ustaloną przez NRL. Narzucono nam obowiązek płacenia składki. Kiedyś mogliśmy odpisywać składkę od podatku, ale od kilku lat płacimy

Lekarze wykonujący zawód w jakiegokolwiek formie umowy o pracę, z prawem wykonywania, powinni płacić składkę w pełnej wysokości.

Ten artykuł dotyczy spraw izby lekarskiej, a konkretnie trzech fasad. Czwartą fasadę zbudowali posłowie, ale piątą i szóstą zbudowaliśmy sami i możemy je zmienić.

WŁODZIMIERZ MAJEWSKI

wyższy podatek niż inni obywatele. To kolejny przejaw dyskryminacji lekarzy. Znowu uchwały, apele zjazdów, i co? Ano NIC. Obecna uchwała NRL o wysokości składki płaconej przez lekarzy jest zbyt skomplikowana, a powinna być prosta i przejrzysta. Każdy lekarz wykonujący zawód powinien płacić składkę. Kilka lat temu prezes Radziwiłł stwierdził, że wykonywaniem zawodu jest nawet wypisanie recepty dla siebie. NRL, jedyna uprawniona do określenia wysokości składki, powinna ją ustalić w zależności od „jako-

ści” prawa wykonywania zawodu i sposobu jego wykonywania. Z opłacania składki powinni być zwolnieni wyłącznie lekarze, którzy osiągnęli wiek „kardynalski” (75 lat), i ci, którzy na mocy dotychczasowych uchwał NRL zwolnienia uzyskali. Lekarze wykonujący zawód w jakiegokolwiek formie umowy o pracę, mający prawo jego wykonywania, powinni płacić składkę w pełnej wysokości. Lekarze mający ograniczone prawo zawodu, lekarze emeryci, renciści, niemający umowy o pracę w jakiegokolwiek formie umowy

KOMENTARZE REDAKCJI

Tekst dr. W. Majewskiego został napisany kilka miesięcy temu. Zdania dotyczące „Gazety Lekarskiej” były pochodną dyskusji na XI

Krajowym Zjeździe Lekarzy w styczniu 2010 r. Spory co do formy wydawania „Gazety” trwają od lat. Jednak zwolennicy wersji drukowa-

nej stanowią większość. Wiosną ubiegłego roku nastąpiły w „Gazecie” istotne zmiany. W ostatnich tygodniach otrzymujemy wiele informacji, że

zmiany graficzne i merytoryczne w naszym piśmie są przez lekarzy oceniane pozytywnie i jego poczytność znacząco wzrasta. ☉

Obowiązek opłacania składki członkowskiej obejmuje wszystkich członków samorządu lekarskiego, a wynika on z ustawy z 2 grudnia 2009 r. o izbach lekarskich. Ustawa przewiduje także, że nieopłacone w terminie składki podlega-

ją przymusowemu ściągnięciu (przez urzędy skarbowe). Zgodnie z uchwałą nr 8/08/V NRL z 4 kwietnia 2008 r. składka miesięczna wynosi 40 zł, natomiast lekarze stażysty, lekarze renciści i lekarze emeryci (kobiety po ukończeniu 60 lat, a mężczyźni

po ukończeniu 65 lat) płacą składkę w wysokości 10 zł. Lekarze renciści i lekarze emeryci mogą zostać zwolnieni przez okręgową radę lekarską z opłacania składki, jeżeli nie wykonują zawodu. Zwolnione mogą zostać także osoby nieosiągające przychodu (np.

matki na urlopie wychowawczym). Jak widać, zapisy uchwały dają możliwości zwolnień z opłacania składki lekarzom, którzy znaleźli się w trudnej sytuacji życiowej. Decyzje w tej sprawie podejmuje prezydium Okręgowych Rad Lekarskich. ☉

śliśmy?

o pracę mają pła-
cić składkę niższą.
Uchwała NRL powin-
na być logiczna, krót-
ka, bez możliwości
jakichkolwiek inter-
pretacji.

Fasada 5. NRL wy-
daje „Gazetę Lekar-
ską” i Biuletyn Naczel-
nej Rady Lekarskiej.
Na ostatnim Krajow-
ym Zjeździe Leka-
rzy Krzysztof Bukiel
zapropozował, aby przestać wy-
dawać „Gazetę Lekarską” w do-
tychczasowej formie. Należałem
do oburzonych uczestników Zjaz-
du. Czas robi swoje. Ustawa nie mó-
wi, w jakiej postaci Biuletyn i „Ga-
zeta” mają być wydawane. W XXI
w., kiedy lekarze muszą posługiwać
się internetem, „Gazeta” i Biuletyn
powinny ukazywać się wyłącznie na
stronach NIL. Decyzje co do lokal-
nych biuletynów poszczególnych izb
podejmą one same na swoich zjaz-
dach. Mam nadzieję, że od stycznia
2011 r. „Gazeta Lekarska” o więk-
szej objętości będzie już tylko w In-



AUTOR BYŁ CZŁONKIEM
NACZELNEJ RADY LEKAR-
SKIEJ IV I V KADENCJI.

o Izbach Lekarskich ro-
lę Naczelnego Rzecznika
Odpowiedzialności
Zawodowej. Dotych-
czas był on jakby dru-
gą instancją (odwoław-
czą) od decyzji OROZ,
obecnie stracił te upraw-
nienia. Pracy dla NROZ
i jego zastępców jest po-
 prostu mniej. Krajowy
Zjazd Lekarzy ustala
liczbę zastępców NROZ.
Uważam, że w zaistnia-
łej sytuacji nie potrzeba
60 zastępców NROZ ani 41, jak
jest obecnie, wystarczy ich 20. Tak-
kiej zmiany może dokonać do-

**Nie potrzeba
60 zastępców NROZ
ani 41, jak jest obecnie,
wystarczy ich 20.**

piero sprawozdawczo-wyborczy
Krajowy Zjazd Lekarzy, pewnie
w styczniu 2014 r. Zmniejszą się koszy-
ty NROZ, a mniejszą liczbę zastę-
pców będzie można być może wy-
nagradzać za wykonaną pracę,
a na pewno umożliwić im god-
ne zakwaterowanie w hotelu
ze śniadaniem. Proponuję również
rozważyć wprowadzenie zapisu,
że zastępcą NROZ bez posiadania
mandatu delegata na zjazd można być
tylko przez dwie kadencje. Bez względu
na to należy zmienić zapis ustawy
o izbach lekarskich, tak aby członko-
wie ORL mogli być członkami orga-
nów NIL.

Zniesienie tych dwóch fasad będzie
doskonałym testem na to, czy **dorośli-**
śmy do normalności XXI w. ◎

**Zniesienie tych
dwóch fasad będzie
doskonałym testem na
to, czy dorośliśmy do
normalności XXI wieku.**

ternecie, redaktorzy lepiej opłaca-
ni, a przyroda będzie wdzięczna
za to, że chronimy lasy i nie zanie-
czyszczamy „Gazetą” środowiska.
Fasada 6. Zmieniono w ustawie

R E K L A M A

SUPER OKAZJA

teraz w wyjątkowej cenie*

głowice CONVEX, LINIOWA

cena: 84.000,- zł

głowice CONVEX, VAGINALNA

cena: 84.000,- zł

głowice CONVEX, VAGINALNA,
OBJĘTOŚCIOWA 4D

cena: 139.000,- zł

Suma opłat w ratach: - 102% - 2 lata
- 106% - 3 lata

ALOKA ProSound 3500SX
*(oferta ważna przy zwrocie aparatu USG czarno-białego)



Fotografia w niniejszej publikacji jest podglądowa
i nie przedstawia ofertowanych zestawów promocyjnych.

MIRO®

Warszawa tel. +48 22 518 43 00

Leszno tel. +48 65 525 93 00

Puławy tel. +48 81 888 02 72

www.miro-med.pl

Nasz wizerunek zależy od nas samych

Z Anną Lellą, przewodniczącą Komisji Stomatologicznej Naczelnej Rady Lekarskiej, rozmawia Lucyna Krysiak

Stomatologia, jako jedna z nielicznych specjalności w Polsce, jest w pełni sprywatyzowana. Wydawałoby się więc, że problemy POZ czy szpitali jej nie dotyczą. Jak jest naprawdę?

To, że lekarz dentysta jest właścicielem swojego miejsca pracy, nie oznacza, że wiecie sielskie życie. Jako przedsiębiorca i pracodawca niesie coraz trudniejszy do udźwignięcia ciężar rosnących kosztów, restrykcyjnych wymogów sanepidu, a jeśli współpracuje z NFZ – kłopotów z płatnikiem. Podobnie więc jak POZ czy szpitale jest uwikłany w trudną sytuację ochrony zdrowia. Problemy dotyczą całego leczenia i przenikają się, ponieważ wpływają z niskich nakładów finansowych oraz wadliwej organizacji systemu. Obejmują także stomatologię, która jest jej częścią.

Jakie szanse ma młody lekarz dentysta na otwarcie własnej praktyki?

Jeśli uzyskał prawo wykonywania zawodu i wystąpił o wpis do rejestru praktyk, nie ma przeszkód

formalnych, aby otworzył gabinet. Nie wszystkich jednak stać na samodzielne wyposażenie praktyki. Trudno dostępny kredyt, nawet jeśli zostanie udzielony, jest obciążeniem na długie lata. Poświęcając cały swój czas na pracę, aby go spłacić, niełatwo doskonalić się zawodowo. Dawne przychodnie stomatologiczne zniknęły z mapy polskiej ochrony zdrowia, a te, które pozostały, nie są w stanie wchłonąć wszystkich absolwentów. Stomatologia jest oparta na indywidualnych praktykach lekarskich, które wciąż nie mają prawa zatrudniać innego lekarza, więc stomatolog po studiach sam musi sobie taką szansę stworzyć. Musi znaleźć, wynająć lub kupić lokal, sprzęt i przede wszystkim pozyskać pacjentów, bo po kontrakt z NFZ nie ma co startować.

Czy chodzi tylko o pieniądze, czy o możliwości podnoszenia kwalifikacji?

O jedno i drugie. Dostęp do specjalizacji jest bardzo trudny. Na szczęście inne szkolenia w ramach kształcenia ustawicznego są do-

brze prowadzone w większości izb okręgowych. Poza tym są okazje do integracji i wzajemnego poznawania się lekarzy. Komisja Stomatologiczna NRL od lat zgłasza postulat przywrócenia możliwości zatrudnienia lekarza w praktyce lekarskiej, właśnie po to, aby pod kierunkiem bardziej doświadczonego kolegi móc się doskonalić. Fakt, że jesteśmy sprywatyzowani, to nasz sukces, ale też przeszkoda, która ogranicza specjalizowanie się w oparciu o specjalistyczne praktyki stomatologiczne. Światowa Federacja Kształcenia Medycznego (WFME) podkreśla, że „Środki finansowe konieczne do prowadzenia ustawicznego doskonalenia zawodowego muszą być zawsze postrzegane jako część kosztów operacyjnych sektora zdrowia”. Niestety, u nas tak się nie dzieje.

Stomatologia jest oparta na indywidualnych praktykach lekarskich, które wciąż nie mają prawa zatrudniać innego lekarza.

Jaki wpływ mają na kształtowanie wizerunku stomatologii komisje stomatologiczne?

Budują go przede wszystkim sami lekarze dentyści, a izba poprzez Kodeks Etyki. Wizerunek stomatologii zależy więc od ich postawy etycznej, mądrości i efektywności działania. Na zewnątrz jest budowany poprzez aktywność na rzecz stanu zdrowia obywateli, zwłaszcza najmłodszych, poprzez wyrażanie swojego zdania w kwestiach



Wyzwaniem dla nas jest koordynacja działań indywidualistów i komunikacja.

organizacji ochrony zdrowia, domaganie się kierowania funduszy publicznych na profilaktykę i leczenie dzieci, młodzieży, osób w podeszłym wieku, chorych przewlekłe, kobiet w ciąży, a więc najślabszych. Częścią tego wizerunku jest inicjowanie wspólnych działań w celu umożliwienia lekarzom denty stomom kształcenia podyplomowego w godziwych warunkach i nie za cenę przekraczającą ich możliwości. Szczególnie chodzi o młodych kolegów.

Co jest najsłabszą stroną tej specjalności?

Praca w rozproszeniu, czyli samotność zawodowa i oderwanie od środowiska, co niesie ze sobą brak konsolidacji, nieraz wiedzy o możliwościach, prawach, ale także i obowiązkach. Koordynacja działań indywidualistów i komunikacja jest więc dla nas wyzwaniem. Praca stomatologa może dać dużo satysfakcji i spełnienia, chociaż jest to zawód ciężki i obciążony ryzykiem licznych schorzeń zawodo-

wych. Pracujemy po prostu za dużo, za długo. W tej specjalności dość szybko następuje wypalenie zawodowe. Sprzyja temu wielogodzinna, stresująca, samotna praca, stała dyspozycyjność i wspomniany już brak możliwości zatrudnienia drugiego lekarza, choćby na czas choroby czy urlopu.

Czy obecnie funkcjonujące uregulowania prawne nadążają za tym, co niesie życie?

Absolutnie nie. Stworzone przed laty zasady organizowania praktyk lekarskich z nadzieją na korzystne oferty kredytowe, prawdziwy rynek ubezpieczeń zdrowotnych oraz przyjazne państwo nie przystają do rzeczywistości. Lekarzom, którzy własnym sumptem zorganizowali i wyposażyli swoje gabinety, doskwiera brak korelacji pomiędzy ustawą o swobodzie działalności gospodarczej a ustawą o zawodach lekarza i lekarza denty stomy, zasadami marketingu a Kodeksem Etyki Lekarskiej, pomysłami fiskusa a rosnącymi kosztami działalności. Nic dziwnego, że część kolegów nie wytrzymuje tej szarpaniny i wyjeżdża za granicę, gdzie może wcale nie jest łatwiej, ale bardziej przewidywalnie.

Jak układa się współpraca okręgowych komisji stomatologicznych z Komisją Stomatologiczną NRL?

W skład KS NRL wchodzi przedstawiciele izb okręgowych. Jej posiedzenia są otwarte dla wszystkich członków samorządu. KS NRL to forum wymiany doświadczeń, uczymy się od siebie nawzajem, zajmujemy się sprawami na poziomie centralnym. Są jednak zadania i sprawy do załatwienia

Pracujemy za dużo, za długo. W tej specjalności dość szybko następuje wypalenie zawodowe.

na gruncie lokalnym, z którymi muszą sobie poradzić samodzielnie koleżanki i koledzy pracujący w poszczególnych okręgach. Niektóre komisje stomatologiczne radzą sobie doskonale, choć prawie we wszystkich brakuje chętnych do pracy. Bardzo cenna jest wymiana doświadczeń pomiędzy komisjami okręgowymi. Ta forma porozumienia rozwija się coraz bardziej.

Jak lekarze denty stomi zrzeszeni w korporacji postrzegają działalność Komisji

Stomatologicznej NRL? Czy można mówić o pewnym niedosycie?

Przy obecnym, monopolistycznym systemie ubezpieczeniowym wiele komisji stomatologicznych z konieczności zajmuje się problematyką kontraktowania i finansowania świadczeń, ku niezadowoleniu lekarzy denty stomi, którzy kontraktami w obecnej formie nie są zainteresowani. Stąd może być odczuwalny niedosyt innych działań, do których samorząd lekarski jest powołany. Może on również wynikać z niewiedzy o tym, co dzieje się w okręgowych izbach, co samorząd może zrobić i co faktycznie robi. Lekarze denty stomi są naprawdę bardzo zapracowani. Tych jednak, którzy taki niedosyt odczuwają, zapraszam do współpracy. Zamiast bawić się w malkontenta, może lepiej zacząć działać. Tylko w ten sposób można współdecydować o naszych wspólnych sprawach i rozwiązywać problemy.

W jakim kierunku należy pójść, aby poprawić opiekę stomatologiczną?

Trzeba postawić na dobrze finansowaną i zorganizowaną profilaktykę, szczególnie w opiece nad dziećmi i młodzieżą. Wiąże się to z uświadamianiem lekarzom innych specjalności, a także społeczeństwu, jak ważny jest stan zdrowia jamy ustnej dla zdrowia ogólnego. Należy też określić priorytety w stomatologii naprawczej. W przyszłości działania te mogą przynieść oszczędności w finansach i znaczącą poprawę stanu zdrowia Polaków. ☉

Tajemnica służby z

Ostatnio media zachłystywały się coraz to nowymi sensacjami, zgonami w szpitalach.

CEZARY BURKIEWICZ

WGdańsku poleciały głowy dyrektorów, a przyczyna tego stanu to... przecież korupcja! Brak odpowiednich zarządzeń, uzgodnień itp. Społeczeństwo przeczyta. Część powie: była wina, będzie kara, czyli wszystko w porządku. Czyżby... Ośmielam się prognozować dalsze zgony, procesy o odszkodowania, lęk przed szpitalem. W końcu ogłoszą nas, lekarzy i pielęgniarki, wrogami społecznymi. Dlaczego? Bo nikt nie postarał się odsłonić prawdziwej przyczyny tych zaniedbań zawodowych, które „owocują” śmiercią nieraz nawet naszych najbliższych. Powód tego stanu rzeczy okrywa tajemnica, a mo-

Nikt nie postarał się odsłonić prawdziwej przyczyny zaniedbań zawodowych, które „owocują” śmiercią nieraz nawet naszych najbliższych.

że wstyd? A może nie wypada o tym mówić? Ale sprawa jest prosta, chodzi o relacje lekarz-pielęgniarka, sposób nadzoru nad pracą służby zdrowia. Oto przykłady, jak zmieniały się relacje zawodowe w służbie zdrowia.

– BYŁO:
Pokój lekarski. Noc. Śpi pan doktor. Budzi go pielęgniarka: „Ta Wiśniewska pod oknem w piątce ma bezdech, niech pan zobaczy!” Pan doktor

uprzejmie: „Nie budź mnie, Basiu!” „Niech pan wstanie!” Lekarz wstaje, idzie do chorej, załatwia sprawę.

– JEST:
Chora obok: „Siostró, ona coś tak charczy!” Odpowiedź: „No to co? Mam pięćdziesięciu chorych na dyżurze”. Było kilku innych wzywających i... tak zeszło. Obchód: chora charcząca nieprzytomna. Lekarz pyta: „Co było w nocy?” Pielęgniarka: „E, nic”. Błysk nienawiści w oczach chorej na sąsiednim łóżku.

– BYŁO:
„Panie doktorze – zwraca się pielęgniarka – mama mi zachorowała, potrzebna jest opieka szpitalna”. Doktor telefonuje do kolegi: „Janek, potrzebne mi łóżko na chirurgii dla mamy naszej pielęgniarki Basi. Za trzy dni... nie przesadzaj... no dobrze, jutro ją przyjmiesz!”

– JEST:
„Zapiszę pani mamę do kolejki”. „Ależ doktorze, to będzie za dwa tygodnie”. „Co ja poradzę – rozumie pani – limit, IV kwartał”. W odpowiedzi błysk nienawiści. Lekarz przychodzi do starszego kolegi z prośbą o konsultację. „Nie widzi pan, liczę punkty, przecież po każdej pracy trzeba to zrobić”. „No cóż, myśli młody uczeń Hipokratesa, ja też muszę liczyć punkty”.

– BYŁO:
„Chodźmy, kolego – to proszę wywiad...”

– JEST:
Pracownik firmy sprzątajacej myje szpitalny korytarz mopem. Prze-

chodząca pielęgniarka mówi: „Proszę sprzątnąć salę zabiegową”. Tenże pracownik wchodzi do sali zabiegowej i sprząta używanym sprzętem na korytarzu, a właściwie brudzi.

– BYŁO:
„Pani Zosiu, proszę przygotować salę do zabiegu”. Pani Zosia wykonywała swoją pracę pod okiem pielęgniarki, po przebraniu się i z właściwym sprzętem.

– JEST:
Chłopiec skrzył nogę. Boli. Dziadek wsiada do samochodu, jadą do szpitala. Godzina 20. Do dyżurnego ortopedy – według oceny biegłego sanitariusza – mały będzie przyjęty około godz. 1. w nocy. Dziadek znanym sobie sposobem załatwia RTG stawu skokowego i wyprasza obejrzenie wyniku przez lekarza. Są obsłużeni w godzinę. Zalecenie: kontrola za tydzień w przychodni. Telefon do przychodni w dniu przyjęcia: ortopeda przyjmuje od 17., ale zawsze ma komplet, zapisać się w rejestracji trzeba o 8. rano. Ludzie czekają od 3. w nocy, dziadek ma 76 lat, nie może ryzykować, jest zima, rodzice dziecka w pracy, chce prywatnie, ale przecież miał go obejrzyć ten sam ortopeda, a on nie pracuje prywatnie.

– BYŁO:
Każdy wie, czekało się godzinę, dwie godziny, ale nie było punktów w pażdzierniku, nie kończył się rok finansowy itd.

– JEST:
Kontrola Narodowego Funduszu Zdrowia – protokół pokontrolny. Stwierdzono nieodnotowanie w kartotece pacjenta kilkunastu recept. Postawiono zarzut lekarzowi i zażądano zwrotu refundacji za przepisane leki. Lekarz udowodnił, że ww. chory miał prawo do refundacji leków, wykupił je i wykorzystał według zalecenia lekarskiego. NFZ

zdrowia

domaga się jednak zwrotu pieniędzy za refundację od lekarza, mimo że w świetle dowodów nie poniósł żadnych strat. Według NFZ lekarz popełnił wykroczenie administracyjne, za które powinien ponieść odpowiedzialność, tj. za zagięcie strony kartoteki pacjenta (strona zaginęła w czasie remontu gabinetu).

Potrzebne jest wypracowanie propozycji normalnego systemu pracy służby zdrowia z zabezpieczeniem praw chorego.

Inny lekarz wystawił recepty na viagrę – koszt refundacji wynosił około 100 000 zł i NFZ zażądał zwrotu tych pieniędzy. W drugim przypadku mamy ewidentny dowód oszustwa (pisała o tym prasa). Jednak przestępstwo i wykroczenie administracyjne jest przez NFZ oceniane tak samo. Ten rodzaj postępowania wymaga właściwej oceny prawnej. Wchodzi to w zakres działania izb lekarskich – jako że narusza prawa ich członków. Przedstawione przykłady zdarzeń, niestety, nie są incydentalne – już słyszę głosy kolegów: „To nic, a u nas...” itp. Uważam, że potrzebne jest zwołanie właściwego organu izby lekarskiej w kraju i wypracowanie propozycji normalnego systemu pracy służby zdrowia z zabezpieczeniem praw chorego. To jeszcze jest możliwe – jutro może być za późno. Chcemy żyć pod opieką mądrych praw, cieszyć się przyjaźnią i szacunkiem ludzi za naszą odpowiedzialną i ciężką pracę. ☉

GRUDZIEŃ 2010

AUTOR JEST LEKARZEM,
CZŁONKIEM OKRĘGOWEJ IZBY LEKARSKIEJ
W GDAŃSKU.

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 PRYZNAWANE
LEKARZOM I LEKARZOM DENTYSTOM
ORAZ INNYM OSOBOM SZCZEGÓLNIE
ZASŁUŻONYM DLA SAMORZĄDU
LEKARSKIEGO.

WNIOSKI MOŻNA POBRAĆ ZE STRO-
NY 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
WYSYLAĆ 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

REKLAMA

OBRAZOWANIE
ELASTOGRAFICZNE
W CZASIE
RZECZYWISTYM



MIRO®

Warszawa tel. +48 22 518 43 00

Leszno tel. +48 65 525 93 00

Puławy tel. +48 81 888 02 72

www.miro-med.pl

Czyj to problem?

W Gazecie Lekarskiej” (nr 12/2010) ukazał się artykuł dr Justyny Zajdel dotyczący stosowania produktów leczniczych „off label”, czyli poza tzw. wskazaniami rejestracyjnymi. O ile, jak rozumiem, rzetelnie przedstawia on punkt widzenia prawników, to w zasadzie świadczy o ogromnym niebezpieczeństwie dla chorych wykreowanym przez tychże prawników. Wskazuje, że prawnicy nie rozróżniają wskazań lekarskich od wskazań rejestracyjnych i każde stosowanie leku poza wskazaniami rejestracyjnymi uważają za eksperyment medyczny. Otóż medycyna, w której lekarze lecząliby na podstawie wskazań rejestracyjnych sprowadzałaby się do tego, że wielu chorych w ogóle nie byłoby leczonych, gdyż w ich chorobach nie ma żadnego zarejestrowanego leku, natomiast w innych zarejestrowane wskazanie bywa błędem w sztuce lekarskiej, a wskazane jest leczenie lekiem, który nie ma takiej rejestracji i jej mieć nie będzie. Problem polega na

tym, że ludzie, którzy tworzą i interpretują to prawo, nie mają dostatecznej wiedzy o materii zagadnienia i utożsamiają wskazania rejestracyjne ze wskazaniami wynikającymi z aktualnej wiedzy medycznej. Z kolei nie ma systemu rejestracji wskazań lekarskich. Rozumiem, że można wymyślić prawo, zgodnie z którym samochody będą miały kwadratowe koła, ale na takich kołach się nie pojedzie.

Co to w ogóle są „wskazania rejestracyjne”? To potoczna nazwa wskazań zawartych w dokumencie zwanym charakterystyką produktu leczniczego (ChPL). Skąd się one biorą? **Otóż powstają z inicjatywy firm farmaceutycznych**, które mają wyłączne prawo ich zgłoszenia do właściwych urzędów i czynią to na podstawie sponsorowanych przez siebie badań. To oznacza, że tzw. wskazania rejestracyjne są z jednej strony projekcją handlowych interesów firmy farmaceutycznej, a z drugiej akceptacją tej projekcji przez właściwy dla danego kraju urząd, a obecnie w Polsce przez odpowied-



ni urząd europejski, czyli EMA, którego zadaniem jest sprawdzenie, na ile życzenia firmy są poparte dowodami zawartymi we wniosku. Wskazania i przeciwwskazania rejestracyjne dotyczą stanu wiedzy na okres bezpośrednio poprzedzający rejestrację i nie są aktualizowane równoległe z rozwojem wiedzy medycznej. To z kolei oznacza, że dla wielu dłużej stosowanych leków bywa ją wręcz niezgodne z tą wiedzą. Wreszcie, z takiego sposobu procedowania wynika, że zależnie od swojego postrzegania własnych interesów firma farmaceutyczna może jedno wskazanie rejestrować, a drugiego nie, może w ogóle odstąpić od rejestracji leku lub danego wskazania w określonym kraju. Wreszcie, wiele leków jest stosowanych w skojarzeniach wykorzystujących ich interakcje i to

też nie podlega żadnej rejestracji.

Aktualna wiedza medyczna, czyli wskazania lekarskie do stosowania leku, opiera się na całokształcie badań klinicznych i doświadczalnych. Przykładowo lek o nazwie rytuksymab ma wskazania rejestracyjne w 3 różnych rodzajach chłoniaków z komórek B, tj. chłoniaku grudkowego, chłoniaku rozlanym i przewlekłej białaczce limfocytowej oraz w RZS. Problem polega na tym, że jest jeszcze kilkanaście innych odmian chłoniaków z komórek B, w których zgodnie z wiedzą medyczną jest podobnie celowe zastosowanie tego leku, ale nie ma on w tych rozpoznaniach rejestracji (i nie będzie miał, gdyż są to choroby rzadkie i producent nie ma interesu finansowego, żeby o rejestrację się ubiegać). Podobnie jest z rozpoznaniem nienowotworowymi.

Prawnicy każde stosowanie leku poza wskazaniami rejestracyjnymi uważają za eksperyment medyczny.

Oprócz RZS rytuksymab jest wskazany w leczeniu wielu innych chorób z autoagresji, w tym małopłytkowości immunizacyjnej, niedokrwistości autoimmunizacyjnej, przewlekłej chorobie przeszczep przeciw gospodarzowi, ale znowu nie ma tu rejestracji.

Nie ma rejestracji, mimo że ta wiedza medyczna jest oparta na łącznie 1779 badaniach klinicznych dotyczących rytuksymabu, spośród których tylko kilka wzięto pod uwagę we wniosku rejestracyjnym.

Czyj to problem? Czy to problem lekarza? W sensie etycznym tak. Oto w zasięgu ręki jest skuteczny lek, który może uratować życie choremu. Jednak na przeszkodzie stoją względy prawne, finansowe (płatnik nie chce finansować leku) i administracyjne. Lekarz musi usiłować pokonać te przeszkody, ale dlaczego ma „załatwiać” choremu lek i pokonywać bariery, które stworzyła nie biologia i nie wiedza medyczna, ale politycy i prawnicy działający rzekomo w interesie chorego i w systemie demokratycznym również z jego mandatu? Sprawdziłem na wszelki wypadek mój dyplom i jak byk jest tam napisane: „lekarz”, nie jest napisane: „załatwiać”.

A problem jest jeszcze większy, nawet z rytuksymabem. Otóż w chłoniaku rozlanym jest on zarejestrowany do stosowania w skojarzeniu z protokołem chemioterapii określanym jako CHOP, a łącznie jako R-CHOP (i tak to jest również w tzw. koszyku). Ten protokół zawiera cytostatyki doksorubicynę, który jest kardiotoksyczny. Otóż rozpoznanie chłoniaka roz-

lanego nie daje immunitetu od chorób serca. Choremu z chłoniakiem i uszkodzonym sercem nie można podać doksorubicyny. Zgodnie z wiedzą medyczną można wtedy protokół CHOP zastąpić podobnie skutecznym protokołem R-DHAP. Ale jeśli nie można podać doksorubicyny, to zgodnie ze wskazaniami rejestracyjnymi nie można również podać rytuksymabu, a więc zostaje tylko sam DHAP, mniej skuteczny niż R-DHAP. Przez współistnienie uszkodzenia serca chory na chłoniaka jest pozbawiony dostępu do rytuksymabu tylko dlatego, że nie można mu podać doksorubicyny. Ten problem można obejść inaczej, gdyż istnieje preparat doksorubicyny, który nie jest kardiotoksyczny – doksorubicyna liposomalna. Jest jednak pewien kłopot. Ma ona rejestrację jedynie w raku piersi. Nie ma żadnych danych sugerujących, że może mieć jakiegokolwiek inne działanie przeciwnowotworowe niż konwencjonalna doksorubicyna, ale jest tym samym niedostępna dla chorych na chłoniaki. Czyj to problem?

Urząd Rejestracji Produktów Leczniczych, Wyrobów Medycznych i Produktów Biobójczych zmienił zapisy w charakterystyce produktu leczniczego dotyczące cysplatyny. Usunął wskazania w chłoniakach, które są nowotworami leczonymi przez hematologów, i wprowadził m.in. zapis, że lek może być stosowany wyłącznie przez onkologa. Problem polega na tym, że jeżeli chory na chłoniaka rozlanego nie może dostać R-CHOP, gdyż jest np. po zawale mięśnia sercowego, to powinien dostać przynajmniej DHAP. Ale

P w DHAP to jest cysplatyna, która nie ma wskazania rejestracyjnego w chłoniakach i nie może być przynajmniej zgodnie z charakterystyką produktu leczniczego podana przez hematologa. A HA to wysoko (high) dozowany arabinozyd cytozyny. Ten lek nie miał nigdy rejestracji w chłoniakach. Więc co ten chory ma dostać, żeby mieć jakieś szanse? Powiedzmy, że takich chorych z chłoniakiem i uszkodzonym sercem są najwyżej setki. Żadna sprawa dla polityka czy prawnika. Tylko jeden mały cmentarz. Ale sprawa jest poważniejsza, u większości chorych w jakiś czas po leczeniu R-CHOP choroba nawróci. Wtedy wszyscy oni zgodnie ze wskazaniami lekarskimi powinni otrzymać lecze-

nie 2. ułotki (dotyczące stosowania leku wyłącznie przez onkologa) nie stwarzają niebezpieczeństwa, na które Pan Profesor zwrócił uwagę”.

Chłoniaki z komórek B to kilka tysięcy zachorowań rocznie w Polsce. Co hematolog może im zalecić? Sterydy, gdyż „D” w DHAP to deksametazon? Owiniecie się w białe prześcieradło i czołganie na cmentarz? Pod warunkiem że istnieją „wskazania rejestracyjne” do takiego zastosowania białego prześcieradła.

Wszystkie wspomniane leki mają za sobą wiele lat stosowania klinicznego. Rytuksymab jest stosowany od 1997 r., cysplatyna od 1978 r., arabinozyd cytozyny jeszcze dłużej. Podane przykłady nie dotyczą eksperymentów medycznych, tylko rutyno-

Dlaczego lekarz ma się narażać, usiłując ratować komuś życie, jeśli ten ktoś wprowadził samobójcze przepisy?

nie II linii. A to jest znowu DHAP. Czyli tym samym wszyscy ci chorzy zostają pozbawieni standardowego leczenia II linii. Czyj to problem?

Indagowany w sprawie cysplatyny przez niżej podpisanego prezes Urzędu odpowiedział następująco: „eksperci kliniczni Urzędu ponownie ocenili dokumentację kliniczną i w wyniku oceny wskazania do stosowania (cysplatyny – przyp. mój) zostały ograniczone do obecnie zatwierdzonych dla produktu oryginalnego.

W związku z tym, że wskazania nie obejmują nowotworów hematologicznych tekst w punkcie 4.4 ChPL oraz tekst w punk-

wej praktyki lekarskiej opisanej w podręcznikach, która w rozumieniu przepisów omawianych przez dr Zajdel stała się nielegalna.

W dzisiejszych czasach, kiedy lekarz coraz częściej staje się zwierzyną łowną dla prawników, trzeba brać pod uwagę, że jego najlepsza wiedza i najlepsze chęci mogą być niezgodne z prawem i prowadzić go za kratki. Dlaczego lekarz ma się narażać, usiłując ratować komuś życie, jeśli ten ktoś wprowadził samobójcze przepisy? Problem tak naprawdę jest problemem chorych. Na kogo wypadnie, na tego być!

**WIESŁAW WIKTOR
JĘDRZEJCZAK**

Nauka i wiedza medyczna jest jedna

W nr. 1/2011 „Gazety Lekarskiej” ukazały się listy dr. hab. Andrzeja Lewandowicza i dr. Sławomira Graaфа na temat leczenia niepłodności metodą pozaustrojowego zapłodnienia. W imieniu Sekcji Płodności i Niepłodności Polskiego Towarzystwa Gi-

nekologicznego oraz Polskiego Towarzystwa Medycyny Rozrodu zwracamy się z prośbą o opublikowanie odpowiedzi na te oświadczenia w treści listy.

W Polsce potrzebna jest rzetelna, merytoryczna dyskusja nad ważnym problemem zdrowotnym młodych ludzi, jakim jest niepłodność, ale również nad po-

ważnym problemem demograficznym. Dyskusja demagogiczna nie rozwiąże żadnego problemu.

Nie służy temu dyskusja prowadzona w taki sposób i takim językiem, jak prowadzą to Autorzy wymienionych listów.

We współczesnej Europie jedna na 7 par ma problem z zajściem w ciążę. Podobnie jest w naszym kraju. Obniżona płodność lub niepłodność są wywołane wieloma czynnikami i mają bardzo różny obraz

ograniczają płodność całkowicie. Współcześnie problem z zajściem w ciążę spowodowany jest najczęściej czynnikiem męskim, a nie ma znanych sposobów poprawy jakości nasienia. Jak widać, dla dużej grupy pacjentów jedyną możliwą metodą leczenia jest metoda pozaustrojowego zapłodnienia. Zasluga R. Edwardsa jest poznanie wielu mechanizmów wczesnego rozwoju przedimplantacyjnego zarodków i wdrożenie do leczenia

R E K L A M A

Centrum Edukacji Ultrasonograficznej  **cedus**
zaprasza na kursy z ultrasonografią

Rabat dla stałych klientów i lekarzy rezydentów

Uczestnicy kursu otrzymują certyfikaty Izby Lekarskiej i Polskiego Towarzystwa Ultrasonograficznego



I połowa 2011 r.

SPRAWDŹ TERMINY

- USG w neonatologii, dr Michał Brzewski
- USG piersi, dr Małgorzata Stusińska
- Doppler żył kończyn dolnych, dr Piotr Kawecki
- USG stawów - kończyna dolna, dr Wojciech Krzyżanowski
- USG stawów - kończyna górna, dr Wojciech Krzyżanowski
- Ocena zdjęć RTG małego dziecka, dr Michał Brzewski
- Diagnostyka i leczenie niepłodności małżeńskiej
- - kurs praktyczny USG i diagnostyka laboratoryjna, dr Arkadiusz Kapliński
- Ultrasonografia w diagnostyce chorób szyi, dr Ewa Gorczyca-Wiśniewska
- Echokardiografia - poziom podstawowy/poziom zaawansowany, doc. Andrzej Cwetsch
- USG w ortopedii, dr Ludomira Rzepecka-Wejs
- Doppler - poziom podstawowy/poziom średnio zaawansowany, dr Grzegorz Małek
- Ultrasonografia wokół nerek, pęcherza moczowego, prostaty i moszny - kurs dla urologów, radiologów, nefrologów i onkologów, dr Ewa Gorczyca-Wiśniewska
- USG w reumatologii, dr Ludomira Rzepecka-Wajs
- USG jamy brzusznej - poziom zaawansowany, dr Andrzej Smereczyński
- USG jamy brzusznej - poziom podstawowy, dr Michał Elwertowski/doc. Urszula Lebkowska
- Podstawy diagnostyki dopplerowskiej dla niecierpiących fizyki, dr Michał Brzewski

Bliższe informacje na www.cedus.edu.pl
lub pod numerem telefonu +48 22 64 64 055

Miliony par, dawniej skazanych na bezdzietność, mogą przeżywać radość z własnego potomstwa.

kliniczny. Bardzo obszerna literatura wyraźnie wskazuje, że leczenie metodami chirurgicznymi i farmakologicznymi przynosi ograniczone wyniki przy trwałego usunięcia przyczyny niepłodności. Pomimo międzynarodowych programów prewencyjnych, odsetek niepłodności nadal wzrasta. Szacuje się, że w najbliższych 10 latach podwoi się odsetek par, które mają problemy z zajściem w ciążę. Wśród przyczyn niepłodności znajdują się te, które jedynie zmniejszają szansę na zajście w ciążę (gdzie możliwe jest leczenie zachowawcze), ale i te, które

niepłodności metody, dzięki której urodziły się 4 mln dzieci. Miliony par, dawniej skazanych na bezdzietność, mogą przeżywać radość z własnego potomstwa. Metoda ta została zaakceptowana jako sposób leczenia niezamierzonej bezdzietności w większości krajów. Również praktycznie wszystkie Kościoły i wyznania, oprócz rzymsko-katolickiego, akceptują ten sposób leczenia.

Niepłodność to dziś nie tylko problem osobisty, ale również demograficzny. W wielu krajach myślących poważnie o dramacie mło-



dych ludzi spowodowanym niezamierzoną bezdzietnością, ale również w narodowym interesie, jakim są nowe urodzenia, leczenie niepłodności metodą pozaustrojowego zapłodnienia jest refundowane.

Problem niepłodności jest zatem na tyle poważny, że wymaga racjonalnego, medycznego spojrzenia, pozbawionego demagogii. Rozumiemy, że stanowisko obu autorów pryncypialnie broni doktryny. Nie wszyscy jednak w kraju podzielają ich poglądy. Tysiące par korzysta w Polsce z leczenia metodą pozaustrojowego zapłodnienia i dzięki tej metodzie ma upragnione zdrowe dziecko. Nikt nie zmusza do korzystania z leczenia metodami rozrodu wspomaganego medycznie. Zakaz nie spowoduje, że polskie pary przestaną się leczyć zgodnie z zasadami współczesnej wiedzy medycznej. Dziś Europa jest otwarta i pary te wyjadą do ościennych krajów. Czy autorzy chcą rozwoju tzw. turystyki rozrodczej?

W wielu krajach leczenie niepłodności metodą pozaustrojowego zapłodnienia jest refundowane.

W listach opublikowanych w „Gazecie Lekarskiej” autorzy powtarzają znane od lat, te same mity o niepłodności i pozaustrojowym zapłodnieniu. Ozdabiają swoje stanowisko ostrymi słowami (niegodziwa metoda, cywilizacja śmierci, złe działania, sprzeczna z obiektywnym prawem naturalnym, nabycie dziecka, wyprodukowanie dziecka, bioroboty, niewolnictwo prenatalne itd.).

Protestujemy przeciw obrażaniu wielu tysięcy młodych polskich obywateli urodzonych dzięki metodzie pozaustrojowego zapłodnienia! Protestujemy przeciw głoszeniu kłamstw medycznych! Tego typu język nie służy rozwiązaniu ważnego problemu społecznego i medycznego.

Ani sama metoda pozaustrojowego zapłodnienia, ani mrożenie nie powoduje zabijania zarodków. Większość wczesnych zarodków obumiera, ponieważ jest nosicielami zmian chromosomalnych wykluczających ich dalszy rozwój. Takie zjawiska zachodzą tak samo w ustroju. Wybór do transferu zarodków żywych, a nie martwych nie jest formą eugeniki. Formą eugeniki jest pozbawianie szansy na własne dziecko niepłodnej pary.

Ryzyko wad i powikłań u dzieci po pozaustrojowym zapłodnieniu jest wyższe niż populacyjne, ale nie jest to wzrost istotny. Ten wzrost odnotowują również ana-

lizy wad dzieci po naturalnym poczęciu w parach długo oczekujących na samoistną ciążę. Z zapłodnienia pozaustrojowego korzysta grupa pacjentek starszych, co jak wiadomo predysponuje do wystąpienia czynnika genetyczne-

Ani metoda pozaustrojowego zapłodnienia, ani mrożenie nie powoduje zabijania zarodków.

go. W klinice prof. Gadzińskiego przebywało dużo dzieci po pozaustrojowym zapłodnieniu (często byli to nasi pacjenci) i zapewniamy, że dzieci te nie stwarzały innych problemów neonatologicznych niż dzieci z ciąż poczętych naturalnie.

Trudno zrozumieć racje medyczne, którymi kierują się autorzy listów, a rozwiązanie problemu niepłodności widzą w rzekomo nowej metodzie naprotechnologii. Obaj mają stopnie naukowe, a więc doskonale wiedzą, że źródłem wiedzy medycznej są publikacje, analizy i rzetelnie opracowywane na tej podstawie rekomendacje, jak należy diagnozować i postępować w danej jednostce chorobowej. Szczerze wierzymy, że autorzy listów leczą pacjentów, korzystając z medycyny opartej na dowody. Czy zatem tylko względy ideologiczne powodują, że proponują inne sposoby postępowania w niepłodności? Należy bardzo dobitnie stwierdzić że w literaturze światowej pojęcie naprotechnologii nie istnieje i publikacji w powszechnie znanych pismach po prostu nie ma.

Co zatem chcą rozwijać w Polsce autorzy listu? Z jakich źródeł należy ko-

rzystać, proponując leczenie metodą naprotechnologii? Co o tej metodzie wiadomo, widać po wprowadzeniu „naprotechnology” jako słowa kluczowego w wyszukiwarce publikacji naukowych PUBMED (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed>). War-

to też sprawdzić wynik wyszukiwania dla terminu „in vitro fertilization”. Na pogłębienie wiedzy nigdy nie jest za późno, a przeszkodą nie powinno być posiadanie tytułów naukowych.

Wszyscy zgodzimy się chyba z tezą, że nauka i wiedza medyczna jest jedna. Jedną jest też medycyna rozrodu. Wydawało się, że czasy innej genetyki, innej ekonomii uwarunkowanej ideologicznie minęły bezpowrotnie. Okazuje się jednak, że nie. Dlatego zdecydowanie przeciwstawiamy się głoszeniu poglądów sprzecznych z wiedzą medyczną.

**PROF. RAFAŁ KURZAWA –
KIEROWNIK KLINIKI MEDYC-
NY ROZRODU I GINEKOLOGII,
POMORSKI UNIwersYTET
MEDYCZNY W SZCZECINIE,
PRZEWODNICZĄCY SEKCJI
PŁODNOŚCI I NIEPŁODNOŚCI
POLSKIEGO TOWARZYSTWA
GINEKOLOGICZNEGO.**

**PROF. SŁAWOMIR WOLCZYŃSKI
– KIEROWNIK KLINIKI
ROZRODCZOŚCI I ENDOKRYNO-
LOGII GINEKOLOGICZNEJ,
UNIwersYTET MEDYCZNY
W BIAŁYMSTOKU, PRZEWODNI-
CZĄCY POLSKIEGO TOWARZY-
STWA MEDYCZYNY ROZRODU.**

Uwagi na „Marginesie”

Tekst Andrzeja Baszkowskiego „Margines” („GL”

nr 12/2010) podsumowujący negocjacje kontraktów stomatologicznych nie do końca pasuje mi do relacji przedstawiciela interesów około 20 000 lekarzy dentystów pracujących w systemie NFZ, że o osobach powiązanych z nimi (personel) nie wspomnę.

Nie chodzi mi o to, czy przynębiający i pełen rezygnacji w swej wymowie tekst głównego negocjatora tak sporej grupy jest wystarczająco PR-owski. Nie jest – dowodzi znalezienia się pod ścianą, a to więcej mówi niż mowa ciała podczas negocjacji.

Nie miałbym cienia żalu z powodu braku pożądanego skutku negocjacji z NFZ, bo jest to rozmówca wyjątkowo ciężki do okazania gestu. Wspomniane notabene przez Andrzeja Baszkowskiego likwidacje utrudnień zapisanych w za-

rzędzeniach na rok 2010 są wynikiem nie dobrej woli NFZ, tylko zmiany rozporządzenia ministra zdrowia.

Nasuwa mi się jednak poważne wątpliwości co do tezy, że istotnie „ściana” była nam pisana. Nie będę gdybał, czy zarzucone szanse mogły dać sukces (na pewno nie od razu i na pewno nie tak łatwo), ale czy nie wymaga się od nas przede wszystkim wykorzystywania wszelkich szans.

Z pewnością powszechna zgoda jest dobrodziejstwem. Czasem jednak jest tak, że dobrodziejstwem losu jest też jasno wytyczona oś sporu czy dyskusji, i to tak jasno, aby można wybrać i nie mieć wątpliwości, czy rozumie się istotę dokonanego wyboru. W moim najgłębszym przekonaniu osoby negocjujące z NFZ dokonały wyboru strategii i oparły swe postulaty na żądaniu zagwarantowania „cen rzeczywistych”. Postulat piękny

Likwidacje utrudnień zapisanych w zarządzeniach na rok 2010 nie są wynikiem dobrej woli NFZ, tylko zmiany rozporządzenia ministra zdrowia.

i szczytny, nawet i podłoże teoretyczne by się znalazło (katalog Stylo), ale na tym plusy się niestety kończą. Tzw. wprowadzenie cen rzeczywistych, czyli ustalenie pułapu ceny punktu, poniżej którego nie można by zawrzeć umowy o udzielanie świadczeń stomatologicznych, ma się nijak do warunków konkursu, jakie przewiduje ustawa o świadczeniach.

Wiara w to, że dla stomatologów zostanie zmieniona specjalnie ustawa lub nawet określony w zarządzeniu prezesa NFZ sposób ustalania ceny oczekiwanej, jest niestety – delikatnie mówiąc – niczym niepodparta. Tymczasem opierając się na tej strategii polepszenia losów lekarzy dentyстів, zarzucono niepotrzebnie, moim zdaniem, bardziej obiecującą ścieżkę, i to opartą na istniejącej ustawie o podwyżkach wynagrodzeń (tzw. ustawa wedłowska). Piśze Andrzej Baszkowski, że w rozmowach w NFZ poruszono sprawy zgłaszane przez kolegów, wymieniając m.in. realizowanie właśnie tej ustawy. A czy mieliśmy na ten temat jakąś poważniejszą opinię prawną? Niestety, nie.

Czy otrzymaliśmy w tej sprawie pogłębioną opinię NFZ o powodach nierealizowania w stosunku do stomatologów ustawy podwyżkowej? Też nie, a tu akurat nasze argumenty są wyjątkowo mocne. Na przełomie roku 2008/2009 większość oddziałów w związku ze zmianą wielkości pensum etatu opisanym przez prezesa Paszkiewicza w zarządzeniach, w trakcie scalania dotychczasowych

Wiara w to, że dla stomatologów zostanie zmieniona specjalnie ustawa lub sposób ustalania ceny oczekiwanej jest niestety niczym nie podparta.

wych 3-składowych ceny punktu w stomatologii w jednolitą stawkę zamieniła cenę na liczbę świadczeń, dając być może te same pieniądze brutto na kontrakt, ale obwarowując to koniecznością wykonania 25% świadczeń więcej. W związku z tym cena punktu spadła o 25%. Mówiąc bardziej obrazowo, NFZ postanowił wówczas, że część środków otrzymywanych dotąd z tytułu tzw. podwyżki wedłowskiej i prac technicznych stomatologów będą sobie musieli odciąć sami wypracować.

I tak trwa to od 2 lat i stanowi pogwałcenie zarówno zwykłej uczciwości, jak i logiki, o duchu i literze ustawy podwyżkowej nie wspominając. Jest to zagadnienie, które należało postawić na ostrzu noża już 2 lata temu, gdyż właśnie ten manewr finansowy NFZ jest do dziś sednem kłopotów ze stawką za punkt w większości oddziałów. I tak - tam, gdzie realna cena punktu (uwzględniająca podwyżkę i prace techniczne) z roku 2008 wynosiła 1,15 lub 1,13 zł, lekarze muszą w 2011 r. toczyć krwawy bój (Podkarpacie, Małopolska) o stawkę 1,10, a proponuje im się 1,03.

Może jednak jest tak, że sposób prowadzenia pracy ciał demokratycznych nie pozostaje bez wpływu na efekty. O pod-

niesienie tego argumentu prawnego, do wagi którego zdają się przychylić obecnie prawnicy NIL, apelowałem w ubiegłym roku dwukrotnie w listach do dra. Baszkowskiego i do całej Komisji Stomatologicznej NRL. Nikt nie może oczekiwać, że zgłoszenie pomysłu będzie automatycznie równać się jego realizacji, ale należy się nad każdą drogą i pomysłem zastanowić, zwłaszcza kiedy zgłasza go członek własnego zespołu ustanowionego właśnie po to, aby poszukiwać najlepszych dróg i strategii.

Obradująca 10 stycznia Komisja Stomatologicz-

na NRL przyjęła stanowisko w tej sprawie, wierzę, że po długiej dyskusji na ten temat pomysł wykorzystania tego argumentu uzyskał w polityce NIL status obywatelstwa. Jest już co prawda po konkursach, ale nie jest powiedziane, że placówki stomatologiczne nie mogą dochodzić swych ustawowych praw na innej drodze niż negocjacje konkursowe.

Ponieważ taki „zator” w dialogu może zdarzyć się w innych dziedzinach, a mój nieco krytyczny komentarz chciałbym skierować nie do osoby, ale do sposobu działania, tym bardziej pozwalam sobie prosić: nie wymyślajmy demokracji „modo izby lekarskie”. ☉

LEK. DENT. ANDRZEJ CISŁO
PROWADZI SERWIS
www.autonomia-dent.pl
W OBECNEJ
KADENCJI JEST CZŁONKIEM NRL

METALOWY UNIT MIDI "PUCHATEK"

PRODUKT POLSKI

TURBINY KOMPATYBILNE Z NSK

TURBINA + SZYBKOSŁĄZKA = 600 zł

2 x TURBINA M4 NAKRĘCANA = 600 zł

2 x TURBINA ZE ŚWIATŁEM = 1 200 zł

3 LATA GWARANCJI

CENA Z WYPOSAŻENIEM 19 900,-

Redee

tel/fax 63 2887 276
e-mail [redes@redes.pl](mailto:redee@redes.pl)

www.polskimedyk.pl

Stawkaż Pytaj - Stawkaż Pracownicę

Nowy, interaktywny serwis pracy dla specjalistów medycznych.

Praca, Polska i zagrańca

mail: info@polskimedyk.pl
tel: 226 100 000



Ceny rzeczy

*

Którędy do godnych stawek?
Takie i inne pytania padały na spotkaniu
stomatologów w NIL.

HALINA PORĘBSKA

Pierwsze spotkanie w nowym roku nie ograniczyło się do życzeń, było raczej głęboką analizą dotychczasowych zmagania z NFZ i troską o najmłodszych pacjentów.

Utracona opieka szkolna i błędy w kontraktowaniu

Posiedzenie KS NRL 10 stycznia br. prowadzone przez przewodniczącą KS Annę Lellę, obfitowało w dyskusję na temat spraw mieszczących się w porządku obrad. Zagadnienia profilaktyki, omawiane przez. Ewę Szczutowską i komentowane przez gościa z Departamentu Matki i Dziecka Ministerstwa Zdrowia dr Elżbietę Małkiewicz, nie wzbudziły większych emocji, bowiem członkowie komisji są zgodni w ocenie niedostatku działań w tej dziedzinie ze strony samorządów lokalnych, a także Ministerstwa Zdrowia. Komisja debatowała jednak na temat priorytetów w stomatologii i utraconej opieki szkolnej. Wysłuchiwała także raportu Ewy Szczutowskiej, z którego wynikało, że aby zrealizować zapisy zawarte w przepisach, ponad 9 000 stomatologów poświęcić się powinno tylko pracy z dziećmi.

Najwięcej czasu zajęło omawianie finansowania świadczeń ze środków publicznych i nieprawidłowości w kontraktowaniu. Referowanie tego punktu powierzono Andrzejowi Baszkowskiemu, który jako przewodniczący grupy roboczej ds. współpracy z NFZ od wielu lat wraz z Jolantą Szczurko jest odpowiedzialny za tę część pracy KS NRL. W obecnej kadencji do zespołu dołączy-

li już prawie rok temu Małgorzata Lindorf, Marta Klimkowska-Misiak, Andrzej Cisko.

Frustracja i głos rozsądku

Można ogólnie powiedzieć, że w wypowiedziach dominowała frustracja dentystów współpracujących z NFZ. Podejmowane działania nie przynoszą oczekiwanych rezultatów w zderzeniu z monopolistą. Andrzej Baszkowski przytoczył smutną prawdę, że tylko raz lekarze wygrali z kasą chorych, niestety było to w okresie międzywojennym. Wracając do naszych obrad, podczas dyskusji ścierały się argumenty za i przeciw staraniom o dochodzenie do cen rzeczywistych w kontraktowaniu świadczeń stomatologicznych. Spór o tę kwestię toczył się właściwie wewnątrz zespołu ds. NFZ, którego członkowie nie uzgodnili dotąd stanowiska w sprawie strategii. Przewodniczący zespołu Andrzej Baszkowski oraz Jolanta Szczurko, pracujący od wielu lat w zespole, konsekwentnie kontynuują działania na rzecz dochodzenia do cen rzeczywistych, rozpoczęte przez poprzednich przewodniczących KS, Andrzeja Fortunę i Zbigniewa Żaka, przy udziale Roberta Stępnia. Temu celowi podporządkowane były decyzje o zamówieniu na koszt izby rzeczowych wyliczeń wykonanych przez mgr. Waldemara Stylo. W obecnej debacie pojawiła się jednak sugestia, aby rozważyć porzucenie tej drogi, bo prowadzi donikąd, i skupić się na udowodnieniu Narodowemu Funduszowi Zdrowia, że jego postępowanie jest niezgodne z obowiązującym prawem, co widać wyraźnie na

przykładzie ustawy tzw. wedłowskiej. Są to stanowiska skrajnie różne; brak wspólnego zdania w tym zakresie może w znacznym stopniu utrudniać pracę zespołu.

W tej sytuacji głosem rozsądku okazał się pogląd Krzysztofa Dębickiego, który postawił pytanie tylko z pozoru retoryczne, co jeszcze musi zrobić NFZ, jak bardzo poniżyć i zgnieść lekarzy dentystów, aby przekonać ich o konieczności zawierania umów z monopolistą. Na własnym przykładzie właściciela NZOZ-u, wieloletniego świadczeniodawcy, związanego umową z kasą chorych, potem z NFZ, Krzysztof Dębicki starał się wykazać, że pokorne godzenie się na każdy pomysł płatnika musi prowadzić do powiedzenia STOP i zaprzestania starań o kontrakt, jeżeli lekarz dentysta chce wykonywać swój zawód w pełni odpowiedzialnie i zgodnie z za-



wiste

sadami współczesnej wiedzy medycznej, do czego zobowiązuje go prawo i Kodeks Etyki. Pytanie kolegi z Malborka przyjęło początkowo z dużą rezerwą, potem jednak wywołało refleksje wśród członków komisji.

Część osób uważała nawet, że uświa-

Pokorne godzenie się na każdy pomysł płatnika musi prowadzić do powiedzenia STOP!

damianie tego poglądu kolegom powinno być jednym z kierunków pracy KS. Andrzej Baszkowski poddał pod dyskusję śmiałą propozycję, aby forsować w przepisach podział na lekarzy dentyków pracujących na zasadach umowy z płatnikiem kontraktującym świadczenia z funduszy publicznych i tych, którzy zajmują się wyłącznie praktyką prywatną. Jak się okazało, nie był odosobniony w tych poglądach. Przypominam, że taką tezę lansowano w samorządzie lekarskim na początku drogi przez mękę, jaką stały się kontrakty. Rzecznikiem takiego rozwiązania był swego czasu Wojciech Grabe.

Wydaje się, że sytuacja, którą obserwujemy na rynku świadczeń finansowanych ze środków publicznych, w pełni usprawiedliwia głosy wielu lekarzy dentyków. Krytykują oni KS, że zbyt często zajmuje się problemami kontraktowanych świadczeń stomatologicznych zamiast sprawami dotyczącymi całego środowiska stomatologicznego, to jest kłopotami wynikającymi z niespójnego prawa, utrudnieniami dla właścicieli małych przedsiębiorstw, restrykcyjnymi przepisami inspekcji sanitarnej, rosnącymi kosztami prowadzenia praktyki.

Licząc się z tymi głosami, pod obrady komisji wprowadza się wiele aktualnych problemów. Obecnie zajęto się m.in. wprowadzeniem kas fiskalnych dla

lekarzy oraz podatku VAT na niektóre usługi medyczne. Zreferował zagadnienie Wojciech Ratajczak z zespołu NRL ds. praktyk.

Kasy fiskalne, VAT i... standardy

W części legislacyjnej Halina Porębska omówiła nowe rozporządzenia ministra zdrowia w sprawie dokumentacji medycznej oraz w sprawie zakresu, sposobu i częstotliwości prowadzenia kontroli wewnętrznej i wynikające stąd obowiązki dla lekarzy prowadzących praktyki.

Przewodnicząca KS Anna Lella przedstawiła opinię prawną na temat przepisów dotyczących kontroli wewnętrznej. Wynika z niej, że celowa jest próba ustalenia zasad współpracy z organami Państwowej Inspekcji Sanitarnej na terenie działania OIL. Współpraca może polegać na organizowaniu szkoleń, opracowaniu wzorów dokumentacji lub procedur. Ze wspomnianych przepisów wynika, że w ramach kontroli dokonuje się oceny m.in. na podstawie wytycznych konsultantów krajowych w odpowiednich dziedzinach medycyny znajdujących zastosowanie w działalności świadczeniodawcy. Członkowie komisji zastanawiali się nad wystąpieniem do konsultantów o opracowanie wytycznych ułatwiających dokonywanie oceny w tym zakresie.

Ten problem wywołał powrót do zagadnienia standardów w stomatologii, omawianych szerzej na wrześniowym posiedzeniu KS NRL przez Ewę Miękus-Pączek. Cenny głos do dyskusji wniósł goszczący na posiedzeniu komisji wiceprezes NRL Romuald Krajewski.

Andrzej Cisko zwrócił uwagę na pilną potrzebę udostępnienia Naczelnej Radzie Lekarskiej projektu rozporządzenia w sprawie wymogów, jakim odpowiadać będą musiały pomieszczenia i urządzenia podmiotów leczniczych, Anna Śpiątek podzieliła się doświadczeniami Izby Gdańskiej w wypracowywaniu protokołu kontroli wewnętrznej we współpracy z Wojewódzką Stacją Sanitarno-Epidemiologiczną, a Agnieszka Ruchała-Tysler zwróciła uwagę na zmianę w podatku VAT, która może dotyczyć szkoleń.

W wyniku obrad przyjęto apele i stanowiska, które zostały zamieszczone na stronie KS NRL.

Autorka jest sekretarzem KS NRL.

R E K L A M A

TRIMED
ULTRASONOGRAFY
ECHOKARDIOGRAFY

ULTRASONIX

SonixTOUCH



Aparat nagrodzony
Złotym Eskulapem
Międzynarodowego
Salonu Medycznego
Salmed 2010



- Kanadyjska technologia i wykonanie
- Kompletny, wielodyscyplinarny system ultrasonograficzny
- Doskonała jakość obrazowania
- Zaawansowane rozwiązania technologiczne
- 3 lata gwarancji
- Ubezpieczenie w cenie
- Perfekcyjna pomoc techniczna i serwis

EDAN  MCKESSON
ZONARE

www.trimed.pl

TRIMED Sp. z o.o.
Kraków, ul. Biała 13, tel./+4812 622 72 00, fax +4812 626 01 74
biuro@trimed.pl
Warszawa, ul. Bruna 4A/10, tel./fax +4822 825 04 51
warszawa@trimed.pl

LUTY

4-5.02.

XIV Mistrzostwa Polski Lekarzy w Narciarstwie Alpejskim
Jurgów Harenda
Bartłomiej Chelmecki
609 611 059
barthelmecki@wp.pl

10.02.

IV Zimowe Mistrzostwa Polski Lekarzy w Triathlonie
Sandomierz
Jacek Łabudzki
603 914 107
drdjl@op.pl

20.02.

Otwarty Konkurs Literacki pod hasłem „Jestem stąd”, OIL Łódź
Barbara Szeffer-Marcinkowska
(42) 683 17 91
686 28 10
bsm20@wp.pl

25-27.02.

III Mistrzostwa Lekarzy Podkarpacia w Narciarstwie Alpejskim
ORW Bystre
Maria Szuber
(17) 853 58 37
607 365 537
OIL Rzeszów

Marzec

4.03.

XI Ogólnopolska Biesiada Literacka, Klub Lekarzy OIL Łódź
Barbara Szeffer-Marcinkowska
(42) 683 17 91
bsm20@wp.pl
OIL Łódź

11-12.03.

Mistrzostwa Polski Lekarzy w Tenisie Stołowym

Nowy Targ
Maciej Jachymiak

Marzec, rozstrzygnięcie kwiecień

II Ogólnopolski Konkurs Poetycki „Puls słowa”
OIL Warszawa
Maria Żywicka-Lucner
604 286 324
majkazywicka@wp.pl

Marzec

I Mistrzostwa Polski Lekarzy w Bowlingu,
OIL Kraków
Jacek Tętnowski
607 240 938
drjacek@su.krakow.pl

Marzec

VI Zimowe Igrzyska Lekarskie, Zakopane-Nowy Targ
Izabela Jachymiak
606 340 275

KWIECIEŃ

2.04.

XXI Żeglarskie Mistrzostwa Polski, Giżycko
Bogdan Kula
607 229 601
Warmińsko-Mazurska Izba

3.04.

XXVI Bieg „Sokoła” XIV Mistrzostwa Polski Lekarzy
Bukowiec Górny
Leszek Walczak
601 75 47 20,
Wielkopolska Izba

4.04.

Koncert Medycyna i Muzyka – Teatr Roma,
Jerzy Woy-Wojciechowski
601 212 530

13-16.04.

X Mistrzostwa Polski Lekarzy w Szachach oraz turniej rodzin, Ustroń
Jerzy Pabis
605 569 065
Śląska Izba

14-17.04.

IV Ogólnopolski Jurajski Złot Motocyklistów
Poraj
Mariusz Malicki
600 064 818
Rita Idziak
(34) 368 18 88
czestochowa@hipokrates.org
OIL w Częstochowie

16-17.04.

XI Mistrzostwa Polski Lekarzy w Siatkówce
Suchy Las
Marek Komar
604 111 083
Wielkopolska Izba

MAJ

6-8.05.

III Drużynowe Mistrzostwa Polski Izb Lekarskich w Golfie, Artur Czekierdowski
606 118 922
Jacek Grabski
605 332 041
Lubelska Izba

7-8.05.

Ogólnopolskie Mistrzostwa Lekarzy w Wędkarstwie, Szczecin/Bielinek/Cedynia, Oleksandr Vrublevskiy
781 394 618
Kamila Sidor
biuro@oil.szczecin.pl
OIL Szczecin

12-15.05.

Otwarcie sezonu

motocyklowego Klubu Lekarzy DOCTOR RIDERS, Tomasz Widawski
692 430 120
longus@wp.pl
Warmińsko-Mazurska Izba

13-15.05.

I Edycja Międzynarodowego Konkursu Piosenki Amatorskiej Lekarzy Śpiewających „Musica mores confirmat”
Grzegorz Czajkowski
606 246 446
Kamila Sidor
OIL Szczecin

20-22.05.

X Ogólnopolski Turniej Tenisa Ziemnego Lekarzy w Częstochowie, OIL Częstochowa, Lesław Rudziński,
601 913 381
Rita Idziak
OIL Częstochowa

26-29.05.

I Mistrzostwa Polski Lekarzy w Lekkiej Atletyce, Międzyzdroje
Maciej Mrozeński,
693 543 211
mrozevska@o2.pl
OIL Szczecin
OIL Kraków

27-30.05.

Ogólnopolski V Rajd Konny Lekarzy, OIL Łódź,
Wojciech Sędzicki,
722 28 27 50
Marek Kmiecik
501 23 09 91

27-29.05., zastępczy 10-12.06.

Ogólnopolskie Regaty Żeglarskie dla Lekarzy

Puck, Ryszard Tomaszczuk
Roman Budziński,
(58) 524 32 00,
OIL Gdańsk

28.05.

II Ogólnopolski Koncert Lekarzy
Czeladź, Aleksandra Bakun
502 071 853
Wielkopolska Izba

28.05., zastępczy 4.06.

X Mistrzostwa Polski Lekarzy w Wieloboju Lekkoatletycznym,
OIL Zielona Góra
Maciej Cerbiński,
601 790 707
Ryszard Choroś
601 768 359

Maj

Lekarski Rajd Żeglarski, Mazury
Maciej Mrozeński,
693 543 211
mrozevska@o2.pl

Maj

Autorska I Wystawa Fotograficzna „Podwodny Raj”, OIL Kraków
Piotr Kliszcz Przeworski,
Jacek Tętnowski
607 240 938

29.05.

XII Mistrzostwa Polski Lekarzy w biegu na 10 km
Maciej Pająkowski,
602 177 857

29.05., zastępczy 3.06.

IX Ogólnopolska Wystawa Malarstwa Lekarzy
OIL Łódź
Andrzej Święs
(42) 683 17 91
biuro@oil.lodz.pl

CZERWIEC

3.06.

II Ogólnopolski Konkurs Fotograficzny Lekarzy „Oknem Eskulapa”, Śląska Izba
Jacek Kozakiewicz,
605 107 737

3-4.06., zastępczy 11.06.

IX Mistrzostwa Polski Lekarzy w Kolarstwie Szosowym, Bychawa-Pszczela Wola
Krzysztof Matras
605 084 016
Mariusz Trus
697 111 238
Lubelska Izba

4-5.06., zastępczy 11-12.06.

IX Mistrzostwa Polski Lekarzy w Wędkarstwie Spławikowym, Oświęcim, Klaudiusz Komor
608 365 164
Beskidzka Izba

9-12.06.

V Mistrzostwa Polski Lekarzy w Siatkówce Piłkowej w Niechorzu, Niechorze, Maciej Lewandowski
606 980 888
Kamila Sidor
(91) 487 75 61
biuro@oil.szczecin.pl
OIL Szczecin

11-12.06.

IX Ogólnopolski Jurajski Rajd Rowerowy Lekarzy, Poraj
Tomasz Klimza
691 488 383
Rita Idziak, OIL
Częstochowa
(34) 368 18 88
czestochowa@hipokrates.org
OIL Częstochowa

12.06.

Redakcyjny Półmaraton Rolkar-ski „Mała Dylewska”, Mistrzostwa Polski Lekarzy we Wrotkarstwie na dystansie półmaratonów Radosław Szelc 604 773 458 Kujawsko-Pomorska Izba

17-18.06.

XI Mistrzostwa Polski lekarzy w Golfie, OIL Szczecin, Grzegorz Czajkowski 606 246 446 Kamila Sidor (91) 487 75 61 biuro@oil.szczecin.pl

18-19.06.

IV Ogólnopolskie Mistrzostwa Polski Lekarzy w piłce nożnej 6-osobowej OIL Częstochowa, Piotr Janik 602 380 957 Przemysław Klimas 604 792 574 Rita Idziak (34) 368 18 88

23-26.06.

XXI Mistrzostwa Polski Lekarzy w Tenisie, OIL Szczecin, Marcin Wroński 601 512 625

24-26.06.

VIII Ogólnopolskie Mistrzostwa Izby Lekarskiej w Żeglarskiej klasie Omega o Puchar Prezesa NRL, Jezioro Dąbskie, Halina Teodorczyk 604 416 864 Kamila Sidor

(91) 487 75 61 biuro@oil.szczecin.pl OIL Szczecin

25.06. Sztutowo, zastępczy 3.09.

Warszawa
X Mistrzostwa Polski Lekarzy i Pracowników Ochrony Zdrowia w Ringo, Krystyna Anioł-Strzyżewska 600 362 792 OIL Warszawa

Czerwiec

Mistrzostwa Polski w wędkarstwie muchowym Maciej Fortuna OIL Kraków

Lato

XI Ogólnopolski Plener Malujących Lekarzy Włodzimierz Cerański 602 121 084 OIL Warszawa

LIPIEC

15-17.07.
Ogólnopolski Tenisowy Turniej Lekarzy III Memoriał dr. Tomasza Teresińskiego Zamość Andrzej Semczuk 601 715 700 Janusz Kawałko 696 066 100 Ryszard Krawiec (84) 638 58 80 OIL Lublin

30.07.

Rajd Górski Służby Zdrowia „Bieszczady 2011”, Bieszczady Maria Szuber (17) 853 58 37 607 365 537 OIL Rzeszów

SIERPIEŃ

13.08.

II Letnie Mistrzostwa Polski Lekarzy w Triathlonie (1/2 dystansu olimpijskiego – sprint), Sandomierz, Jacek Łabudzki

26-28.08.

VII Ogólnopolski Motocyklowy Zlot Lekarzy, OIL Łódź Włodzimierz Dłużński 691 75 86 27

1.09.

Plener pokonkursowy, Anna Żelechowska 608 283 685

WRZESIEŃ

XII Mistrzostwa Polski Lekarzy w Strzelectwie Myśliwskim, Bydgoska Izba, Marek Jedwabiński 663 33 33 77 jedmar@ozzl.org.pl Witold Hryniewicz 602 43 28 92 rynce@logonet.com.pl

2-4.09.

XXI Żeglarskie Mistrzostwa Polski Lekarzy Giżycko, Bogdan Kula, 607 229 601 kula_ol@poczta.onet.pl Warmińsko-Mazurska Izba

2-4.09.

I Turniej Ogólnopolski Lekarzy w Tenisie Ziemnym, OIL Zielona Góra, Józef Saffian, 601 511 361

3.09., zastępczy 10.09.

Mistrzostwa Pol-

ski Lekarzy w Kolarstwie Górskim pod patronatem NIL, przy współpracy Śląskiej i Beskidzkiej Izby Lekarskiej Marek Paściak 693 583 232, Janusz Lewandowski, 606 235 361

8-11.09.

IX Igrzyska Lekarskie, Zakopane-Nowy Targ, Izabela Jachymiak 606 340 275

17.09.

X Mistrzostwa Polski Lekarzy w maratonie MTB „Michałki 2011” Wieleń, Tomasz Kaczmarek 672 561 550 OIL Kraków

17-18.09. zastępczy 24-25.09.

Zlot Motocyklowy Lekarzy w formule open, Baranów Sandomierski, Mariusz Janikowski 601 406 830 OIL Kraków

18.09.

XIV Mistrzostwa Polski Lekarzy w Półmaratonie Gniezno Wojciech Łacki 602 244 817 wojciechlacki@poczta.onet.pl Wielkopolska Izba

24.09.

X Mistrzostwa Lekarzy Pomorza i Kujaw w Tenisie Ziemnym, Kujawsko-Pomorska Izba, Aleksander Skop 604 267 343 skalek@poczta.onet.pl

bigniew Kula

606 464 455 zbigniew.kula@co.bydgoszcz.pl

PAŹDZIERNIK

I Koncert Polskiej Orkiestry Lekarzy. Ogólnopolska impreza – przy okazji muzyka. Zgromadzenie z całej Polski muzykujących lekarzy Wielkopolska Izba Katarzyna Bartz-Dylewicz

14-16.10.

XVII Mistrzostwa Polski Lekarzy w Brydżu Sportowym OIL Warszawa Krzysztof Makuch 608 200 190 krzysztofmakuch@hipokrates.org

Aleksander Skop 604 267 343 skalek@poczta.onet.pl

15.10.

X Mistrzostwa Polski Medyków w Strzelectwie Sportowym Lech Dziedzic 602 778 317

16.10.

X Mistrzostwa Polski Lekarzy w Maratonie, Wielkopolska Izba Wojciech Łacki 602 244 817 wojciechlacki@poczta.onet.pl

23-28.10.

Ogólnopolska Wystawa Fotograficzna „Świat w obiektywie lekarskim” OIL Łódź Ryszard Golański 601 30 92 30

LISTOPAD

10-13.11.

XIV Halowe Mistrzostwa Polski Lekarzy, OIL Łódź Janusz Małarski 501 113 211

19.11.

Jubileusz 20-lecia Olsztyńskiego Chóru Lekarzy „Medici pro Musica”, Warmińsko-Mazurska Izba Aleksandra Bakun, 502 071 853

Listopad

XVII Mistrzostwa Polski Lekarzy w Halowej Piłce Nożnej „Mielec 2011” OIL Rzeszów Zbigniew Bober 508 202 626 (17) 853 58 37

GRUDZIEŃ

3.12., zastępczy 10.12.

I Halowe Mistrzostwa Lekarzy Pomorza i Kujaw w Tenisie Ziemnym, Bydgoska Izba Zbigniew Kula zbigniew.kula@co.bydgoszcz.pl Aleksander Skop 604 267 343 skalek@poczta.onet.pl

Termin zostanie opublikowany później

VII Mistrzostwa Polski Lekarzy w Pływaniu „Dębica 2011” Dębica, Janusz Bieniasz (14) 670 52 61 604 090 587 Lesław Ciepiela 602 758 441 OIL Rzeszów

Zadowolenie na wyrost

Najnowsze badania TNS OBOP wskazują,
* że aż 76% Polaków ocenia swój stan zdrowia *
jako dobry lub doskonały.

Lucyna Krysiak

Wyniki programu „Philips Index 2010. Jakość życia Polaków”, w ramach którego były przeprowadzone badania, wywołały poruszenie, gdyż z danych GUS oraz Narodowego Testu Zdrowia Polaków nie wynika, aby były powody do radości. Szczególnie jeśli chodzi o zapadalność i umieralność na choroby serca i układu krążenia oraz nowotwory. Tak duży procent zadowolonych respondentów może więc świadczyć albo o tym, że mgła niewiedzy zasnuła oczy Polakom, albo o ich braku wyobraźni.

Na bakier z profilaktyką i leczeniem

Sami badacze przypuszczają, że tak duży procent zadowolonych ankietowanych może wskazywać na słabość programów profilaktycznych, a także na to, że Polacy nie poddają się badaniom lub badają się sporadycznie. Biorąc pod uwagę fakt, jak niewielki odsetek kobiet odpowiedział na listowne zaproszenia wysyłane przez NFZ na badania cytologiczne czy mamograficzne, pogląd ten jest uzasadniony. Polacy nie badają też ciśnienia, poziomu cukru we krwi, cholesterolu. Użytkane przez TNS OBOP wyniki nie są więc obiektywną oceną zdrowia, a jedynie źródłem informacji o tym, w jakich obszarach życia Polacy czują się lepiej lub gorzej. Wyniki raportu nie

pozostawiają wątpliwości, że cenimy sobie wzrost jakości życia oraz oczekujemy jego dalszego polepszenia.

Zamiast badań profilaktycznych oraz wizyt u lekarza szukamy pozamedycznych możliwości poprawienia swojego samopoczucia. Korzystamy z ofert przemysłu farmaceutycznego, który oferuje liczne preparaty dostępne bez recepty. Dane są przerażające. Okazuje się, że 58% badanych przez TNS OBOP korzysta z tego rodzaju ofert i jeśli tylko może, szerokim łukiem omija gabinet lekarza. Aż 45% uważa, że większość problemów zdrowotnych można po prostu przeczekać. Powszechne jest przeświadczenie, że choroba jest wtedy, gdy ją widać, a nie wtedy, kiedy można ją wykryć. Kiedy już jednak zdecydują się na wizytę u lekarza, to 32% z nich ignoruje diagnozę lekarską, jeśli jest ona niezgodna z ich oczekiwaniami, a 47% nie zawsze przyjmuje przepisane przez lekarza leki. Nadal jednak dla ponad połowy Polaków (56%) to lekarz jest pierwszym źródłem porad medycznych. Częściej deklarują to osoby z wykształceniem podstawowym. Zdaniem psycholog Małgorzaty Ohme, wykładowcy i doktorantki Szkoły Wyższej Psychologii Społecznej w Warszawie, znakiem czasu jest, że 38% Polaków wątpliwości dotyczące zdrowia stara się wyjaśnić, korzystając z internetu. 42% respondentów chciałoby mieć możliwość zadania pytania

swojemu lekarzowi za pomocą poczty elektronicznej.

Na własne życzenie

Mimo powszechnego dostępu do coraz nowszych technologii medycznych ludność Polski w porównaniu z krajami Europy Zachodniej przeciętnie żyje krócej, zwłaszcza mężczyźni. Średnia długość ich życia wynosi 68,12 lat, kobiet – 76,57 lat. Tak było kilka lat temu. Obecnie nieznacznie dłużej żyją mężczyźni – w miastach 68,35 lat, na wsi 67,75 lat. Długość życia jest związana z nadumieralnością, zwłaszcza wśród mężczyzn w wieku produkcyjnym. Ta przedwczesna umieralność powodowana jest wieloma czynnikami. Prof. Witold Zatoński w wypowiedziach na ten temat zwraca uwagę na takie przyczyny zewnętrzne, jak: nadużywanie alko-

Aż 45% uważa, że większość problemów zdrowotnych można przeczekać.

holu i tytoniu, sposób odżywiania, ekspozycja na czynniki szkodliwe środowiska i miejsca pracy, brak ruchu. Do przyczyn wewnętrznych przedwczesnej umieralności zalicza też m.in. otyłość, nadciśnienie, niewłaściwy poziom cholesterolu.

Do pierwszej z wymienionych grup należą więc czynniki związane ze stylem życia, które można i należy eliminować. Główną przyczyną zgonów są choroby układu krążenia – 50,4%. Drugą przyczyną zgonów w Polsce są nowotwory – 20,7%. Częściej umierają na nie mężczyźni (243,2 na 100 000) niż kobiety (172,3 na 100 000). Ciągłe rośnie liczba zgonów zarówno mężczyzn, jak i kobiet z powodu nowotworów, zwłaszcza raka płuc. Wiąże się

ZDROWE KOŚCI 2011

Kliniczne zastosowanie bisfosfonianów



Organizator

Oddział Reumatologii i Osteoporozy
Szpitala im. Józefa Strusia w Poznaniu

Kierownik naukowy:

dr hab. med. Piotr Leszczyński

przy współudziale:

- Katedry Fizjoterapii, Reumatologii i Rehabilitacji Uniwersytetu Medycznego w Poznaniu
- Katedry Medycyny Rodzinnej Uniwersytetu Medycznego w Poznaniu

Plan konferencji:

Kliniczne zastosowanie bisfosfonianów

- Efekt biologiczny bisfosfonianów
- Miejsce preparatów dożylnych w leczeniu osteoporozy
- Choroby kości związane z nowotworowym procesem osteolitycznym
- Przypadki kliniczne osteoporozy – trudne pytania, praktyczne odpowiedzi, omówienie oraz wnioski na przyszłość
- Hyperkalcemia nie indukowana nowotworem
- Zastosowanie bisfosfonianów w reumatologii klinicznej i nie tylko – ekspercki panel dyskusyjny

- Gość specjalny – prof. Sokrates Papapoulos „Future and perspectives for bisphosphonates in osteoporosis” Uniwersytet w Leiden, Holandia Board Member International Osteoporosis Foundation

Grant edukacyjny



Wszelkie informacje dotyczące konferencji:

www.zdrowekosci2011.pl

tel.: 022 863 18 41-43, fax: 863 18 41 w. 108

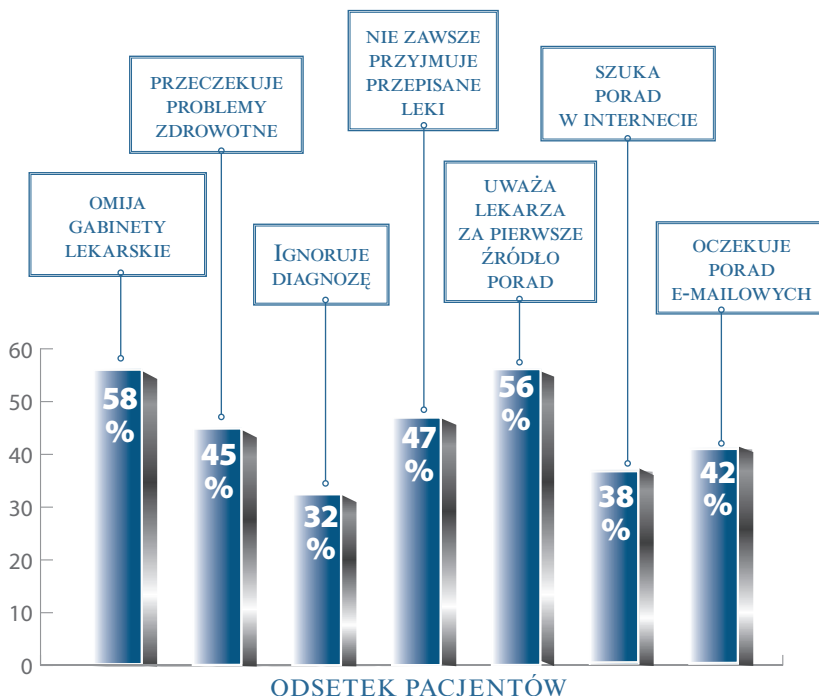
to z paleniem tytoniu oraz dużą liczbą osób palących, zwłaszcza coraz młodszych. Według GUS 40,9% mężczyzn i 19,4% kobiet w wieku 15 i więcej lat regularnie pali papierosy. Ponad połowę palaczy w wieku 30-69 lat stanowią osoby silnie uzależnione, wypalające ponad 20 papierosów dziennie. Natężenie zgonów mężczyzn jest wyższe niż kobiet, a w grupie wieku 50-59 lat nawet kilkakrotnie. Te różnice sprawiają, że rak płuc jest nadal jedną z najważniejszych przyczyn zgonów, powodujących przewagę umieralności mężczyzn nad kobietami. Natomiast w populacji kobiet w tej grupie chorób najczęściej przyczyną zgonów są nowotwory piersi i narządów rodnych. To dowód, że wiele chorób Polacy fundują sobie sami przez niezdrowy styl życia.

Zadowoleni na wyrost

Autorzy raportu zastrzegają, że jego celem było zbadanie, czy Polacy są zadowoleni z różnych aspektów życia, oraz uzyskanie informacji, jakie metody stosują, aby poprawić swoje zdrowie i samopoczucie. Po raz pierwszy poddano analizie tak szerokie spektrum zachowań, które mają wpływ na jakość życia. Raport ukazuje deklaracje Polaków w tej dziedzinie. Uzyskane wyniki nie są obiektywną oceną zdrowia, rzeczywistego wpływu nowych technologii na życie,

dostępności do lekarza lub problemów z uzyskaniem pracy, ale interesującym wskaźnikiem, w jakich obszarach życia Polacy czują się lepiej bądź gorzej. Z wyników zarówno Raportu, jak i Narodowego Testu Zdrowia Polaków można wnioskować, że przynajmniej 2/3 osób, które wypełniły ankiety, uważa się za zdrowe. Jest to jednak zadowolenie na wyrost. Prof. Zbigniew Gaciong z Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego, który był współorganizatorem NTZP, podkreśla, że ich wiedza dotycząca ryzyka występowania chorób układu krążenia, cukrzycy, nadciśnienia tętniczego jest niewielka. Test składający się z 20 pytań dotyczących stanu zdrowia i czynników ryzyka chorób układu krążenia i nowotworowych rozwiązał co 200. dorosły Polak, w sumie prawie 130 000 osób, jest więc on wiarygodny.

Badanie pokazało, że 44% ankietowanych, czyli prawie połowa Polaków, jest w grupie ryzyka związanego z wystąpieniem jakiejś choroby u najbliższych. Najczęściej jest to cukrzyca, zawał serca i udar mózgu. Nasuwa się pytanie, co zrobić, aby Polacy przetarli oczy, dostrzegli prawdę i wreszcie zaczęli dbać o swoje zdrowie. Na podstawie różnych raportów dotyczących tej tematyki można stwierdzić, że pora uderzyć na alarm. ☉



Sprzedaż leków

– czy można i za ile?

*Usługi medyczne nie mają
ustalonego kosztu – nie da się
ich wycenić, bo są bezcenne.*

AUGUSTUS CHARLES BERNAYS (1854-1907)

Justyna Zajdel



Autorka jest adiunktem
w Zakładzie Prawa
Medycznego UM w Łodzi

Zakaz sprzedaży produktów leczniczych powiązany jest ściśle z zakazem prowadzenia aptek ogólnodostępnych przez lekarzy, którzy czynnie wykonują zawód. Zgodnie z art. 99 ust. 4b Ustawy Prawo Farmaceutyczne – dalej UPF z 6.09.2001 r., tj. Dz. U. 2008 r., nr 45, poz. 271, ze zm., w przypadku gdy występującym o zezwolenie na prowadzenie apteki jest lekarz lub lekarz dentysta, zezwolenie wydaje się, jeżeli występujący przedstawi oświadczenie o niewykonaniu zawodu lekarza.

UWAGA! Lekarz może prowadzić aptekę, jeśli bezpośrednio sprzedaży dokonują osoby, które profesjonalnie zajmują się sprzedażą produktów leczniczych (np. technicy farmacji, farmaceutyci). Stanowisko takie zajął Wojewódzki Sąd Administracyjny w Warszawie w wyroku z 11.07.2005 r., sygn., I SA/Wa 1025/04, niepubl. Zasada, zgodnie z którą sprzedaż leków przez lekarzy jest zabroniona została wyrażona wprost w ustawie o zawodach lekarza i lekarza dentystry – dalej UoZL z 5.12.1996 r. (tj. Dz. U. 2008 r.). W myśl art. 46 ust. 1 UoZL lekarz nie może sprzedawać produktów leczniczych, wyrobów medycznych, przedmiotów ortopedycznych lub środków pomocniczych. Mimo, że zgodnie z ogólną zasadą lekarz nie może sprzedawać leków w ramach prywatnej praktyki lub w ZOZ-ach,

prawo przewiduje wyjątki, które dopuszczają detaliczną sprzedaż produktów leczniczych przez lekarzy. Detaliczna sprzedaż produktów leczniczych możliwa jest w niżej wymienionych przypadkach:

a. Produkt leczniczy zastosowany jest przez lekarza lub lekarza dentystę w sposób bezpośredni. Przez bezpośredni sposób zastosowania produktu leczniczego należy rozumieć użycie produktu w związku z udzielanym świadczeniem zdrowotnym, co ma bezpośredni wpływ na skuteczność podjętej terapii lub sytuację, gdy świadczenie zdrowotne może być udzielone wyłącznie w oparciu o konkretny rodzaj produktu leczniczego. Zgodnie z art. 68 ust. 4 UPF nie uznaje się za obrót detaliczny bezpośrednie zastosowanie u pacjenta przez lekarza, lekarza dentystę lub inną osobę wykonującą zawód medyczny produktów leczniczych (...).



Szczególny program ubezpieczenia

Prawnik dla Lekarza

W ramach limitu kosztów do - 1.000.000,00 zł
na jedno zdarzenie, program obejmuje wszystkie
lub wybrane przez lekarza n/w obszary ochrony prawnej:

1. Ochrona życia zawodowego lekarza w zakresie między innymi:

- postępowań cywilnych
- umów związanych z wykonywaniem zawodu (np. umowy ubezpieczenia OC, umowy z NFZ)
- postępowań dyscyplinarnych i administracyjnych związanych z wykonywaniem zawodu
- prawa karnego i wykroczeń
- dochodzenia własnych roszczeń odszkodowawczych

2. Ochrona prawna życia prywatnego lekarza oraz małżonka i niepełnoletnich dzieci w zakresie między innymi:

- dochodzenia własnych roszczeń odszkodowawczych
- prawa karnego i wykroczeń
- umów i praw rzeczowych, nie pozostających w związku z pojazdami

3. Ochrona prawna lekarza w zakresie komunikacji:

- prawa rzeczowego oraz umów (w tym umów ubezpieczenia)
- sprawy podatkowe związane z pojazdami zarejestrowanymi na ubezpieczonego
- dochodzenie własnych roszczeń odszkodowawczych z tytułu czynów niedozwolonych (przeciwko sprawcy bądź jego ubezpieczycielowi)
- prawo karne i wykroczeń, ochrona obejmuje wszelkie przestępstwa komunikacyjne, również umyślne i pod wpływem alkoholu

4. Ochrona stosunku pracy lekarza oraz małżonka w zakresie:

- prawa pracy i ubezpieczeń społecznych

Wyjątkowy
program
przygotowany przez:



Ubezpieczyciel:
CONCORDIA POLSKA
Towarzystwo Ubezpieczeń
Wzajemnych



Jeżeli jesteś zainteresowany

Szczegóły i możliwości zawarcia ubezpieczenia: **Medbroker Sp. z o.o.**
ul. Wiatraczna 9, 04-366 Warszawa, tel. (22) 740 94 80, 824 29 43,
www.medbroker.pl

ZADZWOŃ (22) 740 94 80
NAPISZ lekarz@medbroker.pl

b. Zastosowany produkt leczniczy był produktem (...) *wchodzącym w skład zestawów przeciwwstrząsowych, których potrzeba zastosowania wyniknęła z rodzaju udzielanego świadczenia zdrowotnego* – art. 68 ust. 4 UPF.

c. Produkt leczniczy lub wyrób medyczny został „dostarczony” pacjentowi doraźnie w związku z udzielaniem świadczenia zdrowotnego w nagłym przypadku – art. 46 ust. 2 UoZL. Przez przypadek nagły należy rozumieć sytuację niecierpiącą zwłoki, w której nieudzielenie właściwego świadczenia, jak również niewdrożenie odpowiedniego leczenia skutkowałoby lub z największym prawdopodobieństwem mogłoby skutkować uszkodzeniem ciała, rozstrojem zdrowia lub śmiercią pacjenta.

d. Produkt leczniczy został zastosowany doraźnie w związku z udzielanym świadczeniem zdrowotnym – art. 68 ust. 7 UPF. Do tego rodzaju produktów leczniczych należą m.in. leki miolityczne, przeciwbólowe, przeciwgorączkowe, leki podwyższające poziom stężenia glukozy, leki obniżające ciśnienie krwi. Pełny wykaz produktów leczniczych, które mogą zostać dostarczone doraźnie w związku z udzielanym świadczeniem został zamieszczony w rozporządzeniu MZ z 16.12.2002 r., w sprawie wykazu produktów leczniczych (...), Dz. U. 2002 r., nr 236, poz. 2000, ze zm.

We wszystkich wymienionych wyżej przypadkach pacjent może zostać obciążony kosztem użytego produktu leczniczego. Oczywiście nie dotyczy to sytuacji, gdy świadczenia

zdrowotne udzielane pacjentowi są refundowane w całości przez NFZ.

Na szczególną uwagę zasługują przypadki, w których świadczenie zdrowotne nie może zostać wykonane bez użycia ściśle określonego produktu leczniczego. Należą do nich m.in. sytuacje wymienione niżej:

a. pacjent decyduje się na szczepienie ochronne w oparciu o produkt inny niż produkt finansowany przez NFZ,

b. pacjent decyduje się na wykonanie szczepienia zalecanego, gdzie poddanie się samemu zbiegowi, jak i nabycie produktu leczniczego niezbędnego do jego wykonania uzależnione jest od swobod-

zeniem ryzyka zachorowania w danym okresie.

Zgodnie z 19 ust. 3 ustawy o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi z 5.12.2008 r., Dz. U. 2009 r., nr 234, poz. 1570 *osoba poddająca się zalecanemu szczepieniu ochronnemu ponosi koszty zakupu szczepionki*. Ustawa nie rozwiązuje problemu związanego z wysokością kwoty, jaką podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych może pobrać od pacjenta w związku ze sprzedażą szczepionki.

Wielu autorów podkreśla¹, że doliczanie marży do ceny zakupu produktu leczniczego jest niedopuszczalne, gdyż oznaczałoby czerpanie zysków, a co za tym

wykonujący zawód w ramach spółki partnerskiej dokonują zakupu 400 szczepionek przeciwko grypie. Zawierając umowę sprzedaży kupujący decydują się na ponoszenie kosztów przechowywania zakupionych produktów i kosztów ryzyka wynikającego z faktu, że nie istnieje pewność, że wszystkie szczepionki zostaną sprzedane. Oczywiście jest, że po okresie dedykowanym na wykonanie szczepienia produkty lecznicze nie mogą zostać wykorzystane w kolejnym sezonie.

Powstaje zatem pytanie, czy cena odsprzedawanego produktu może zostać zwiększona o koszt „ryzyka”, jakie ponosi podmiot kupujący produkty lecznicze.

Wydaje się, że cena produktów leczniczych może zostać podwyższona o „koszt ryzyka” w stosunku do pierwotnej ceny zakupu. Modyfikacja wyjściowej ceny produktu leczniczego nie może być w tym przypadku identyfikowana z doliczeniem marży, której bezpośrednim celem jest uzyskanie dodatkowego zysku. W omawianym przypadku nie można mówić o realnej możliwości zwiększenia przychodu w związku z modyfikacją pierwotnej ceny zakupu. Wynika to bezpośrednio z faktu, że ponoszenie ryzyka zakupu określonej liczby produktów, które być może nie zostaną zbyte w całości, a także koszt ich przechowywania stanowi sumę, która realnie obciąża podmiot dokonujący zakupu.

Należy przy tym podkreślić, że możliwość zakupu produktu leczniczego (np. szczepionki) u świadczeniodawcy, to duże ułatwienie dla pacjenta, a przede wszystkim oszczędność jego czasu, a czas to... pieniądź. ☉

Prawo przewiduje wyjątki, które dopuszczają detaliczną sprzedaż produktów leczniczych przez lekarzy.

nej decyzji pacjenta. W obu przypadkach produkt leczniczy w postaci szczepionki może zostać sprzedany pacjentowi przez lekarza, jeśli sprzedaż połączona jest z udzielanym świadczeniem zdrowotnym, to znaczy wykonaniem badania kwalifikacyjnego przez uprawniony podmiot i wykonaniem samego zabiegu szczepienia.

Dopuszczalność sprzedaży produktów leczniczych (w tym m.in. szczepionek) nie budzi wątpliwości, niemniej kontrowersyjne jest, czy produkt leczniczy musi zostać sprzedany pacjentowi po cenie zakupu, czy też cena produktu może być modyfikowana. Szczególne znaczenie ma to w przypadku szczepionek, których sprzedaż odbywa się sezonowo, w związku ze zwią-

idzie prowadzenie działalności o charakterze detalicznego obrotu produktami leczniczymi. Wydaje się, że stanowisko takie poddyktowane jest faktem, że podwyższanie ceny zakupu produktu leczniczego, którego sprzedaż odbywa się w związku z udzielanym świadczeniem zdrowotnym, oznaczałoby prowadzenie przez lekarzy lub NZOZ-y działalności identycznej z działalnością ogólnodostępnej apteki, która ma prawo modyfikacji ceny produktów leczniczych.

Nadal jednak niejednoznaczna jest odpowiedź na pytanie, czy modyfikacja ceny możliwa jest w związku z ponoszeniem „ryzyka” przez podmiot, który dokonuje zakupu określonej ilości produktów leczniczych.

Przykład: Lekarze POZ

¹ Zob., Żelichowski M., *Sprzedaż leków przez lekarza*, Medycyna Praktyczna, 2008, nr 4.



W siedzibie Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego przy ul. Marymonckiej w Warszawie odbyło się uroczyste otwarcie nowoczesnego Centrum Symulacji Zakładu Medycyny Ratunkowej.

R E K L A M A

Zakład Med Ratunkowy – Centrum

MARZENA BOJARCZUK

Nowocześnie wyposażone Centrum Symulacji CMKP składa się z dwóch sal: obserwacyjnej i szpitalnego oddziału ratunkowego (SOR) oraz symulatora ambulansu z pełnym wyposażeniem wraz z pomieszczeniem kontrolnym i systemem audio-wideo do rejestrowania i kontroli prowadzonej akcji ratunkowej. Wyposażenie pomieszczenia SOR to: defibrylatory, aparat EKG i USG z funkcją nauki i pomocy, kardiomonitor, respirator, wózki reanimacyjne i do transportu, zestawy do

ALS i BLS, a także system audio-wideo do rejestrowania przebiegu czynności wykonywanych przez szkolących się lekarzy.

Rodzina Sim

Wrażenie robią symulatory pacjentów: osoby dorosłej, dziecka i niemowlęcia - do złudzenia przypominające człowieka, oddychające, mrugające powiekami. Centrum dysponuje najnowocześniejszymi symulatorami SimMan 3G, SimMan i SimBaby zaprojektowanymi i wykonanymi tak, by zapewnić jak najbardziej realistyczny przebieg szkolenia.

Sim Man, uniwersalny, bezprzewodowy symulator pacjenta umożliwia trening czynności i procedur ratowniczych w rzeczywistych warunkach.

Pakiet ubezpieczenia OC dla Lekarza

Pakiet STANDARDOWY

- Obowiązkowe ubezpieczenie odpowiedzialności cywilnej
- Ochrona prawna w zakresie odpowiedzialności cywilnej
- Prawne call center

Pakiet LUX

- Obowiązkowe ubezpieczenie odpowiedzialności cywilnej
- Dodatkowe ubezpieczenie odpowiedzialności cywilnej z tytułu wykonywania zawodu (suma gwarancyjna 50 tys. euro)
- Ochrona prawna w zakresie odpowiedzialności cywilnej
- Prawne call center

Pakiet VIP

- Obowiązkowe ubezpieczenie odpowiedzialności cywilnej
- Dodatkowe ubezpieczenie odpowiedzialności cywilnej z tytułu wykonywania zawodu (suma gwarancyjna 100 tys. euro)
- Ochrona prawna w zakresie odpowiedzialności cywilnej oraz odpowiedzialności cywilnej życia zawodowego
- Prawne call center

Wyjątkowy
program
przygotowany przez:



Jeżeli jesteś zainteresowany

ZADZWOŃ (22) 740 94 80
NAPISZ lekarz@medbroker.pl

Szczegóły i możliwości zawarcia ubezpieczenia: **Medbroker Sp. z o.o.**
ul. Wiatraczna 9, 04-366 Warszawa, tel. (22) 740 94 80, 824 29 43,
www.medbroker.pl



ycyny ej CMKP Symulacji

SimMan to uniwersalny bezprzewodowy, nadzwyczaj realistyczny symulator pacjenta spełniający multidyscyplinarne wymagania edukacyjne.

Umożliwia trening zaawansowanych czynności i procedur ratowniczych w rzeczywistych warunkach. Ma system dróg oddechowych, pozwalający na ćwiczenie wszystkich istotnych i trudnych sytuacji związanych z leczeniem dróg oddechowych i realistyczny drenaż klatki piersiowej.

Posiada też symulowane ciśnienie krwi i bibliotekę EKG zawierającą ponad 2500 różnych wariantów rytmów serca, a także prawidłowe fizjologiczne tętno na tętnicach szyjnych, udowej, ramieniowej i promieniowej, realistyczne genitalia męskie lub żeńskie do procedur urologicznych oraz zaprogramowaną bibliotekę dźwiękową serca, płuc,

jelit i mowy pacjenta. Symulator SimMan 3G, poza licznymi zaletami, działając w trybie „Auto”, stanowi połączenie modeli fizjologicznych, zaprogramowanych przypadków medycznych i nowatorskiej metody kierowania symulacją opartą na modelach. Instruktorzy mogą korzystać z zaprogramowanych wcześniej reakcji farmakologicznych na ponad 100 leków.

SimBaby – zaawansowany symulator niemowlęcia – charakteryzuje się realizmem cech anatomicznych i funkcjonalnością umożliwiającą naukę skomplikowanych zabiegów medycznych na najmniejszych pacjentach.

Poza symulatorami pacjentów do dyspozycji osób szkolących się są: symulator urazowy, porodu, głowy i torsy do intubacji, fantom do odbarczania odmy i fantom do wkłuc centralnych. ●

OŚRODEK DOSKONALENIA ZAWODOWEGO LEKARZY I LEKARZY DENTYSTÓW NACZELNEJ IZBY LEKARSKIEJ ZAPRASZA NA SZKOLENIA:

WYSTĄPIENIA PUBLICZNE – WARSZTATY

2.02.2011 – I CZĘŚĆ 3.02.2011 – II CZĘŚĆ

2.03.2011 – I CZĘŚĆ 9.03.2011 – II CZĘŚĆ

14.06.2011 – I CZĘŚĆ 15.06.2011 – II CZĘŚĆ

TECHNIKI NEGOCJACJI – WARSZTATY

30.03.2011, 25.05.2011

JAK PRACOWAĆ Z TRUDNYM PACJENTEM – WSTĘP DO UMIEJĘTNOŚCI KOMUNIKACYJNYCH

11.03.2011, 23.03.2011, 20.05.2011, 10.06.2011, 30.06.2011

ASERTYWNOŚĆ I ROZWIĄZYWANIE KONFLIKTÓW

W RELACJI LEKARZ – PACJENT

24.02.2011, 22.04.2011, 26.05.2011

RADZENIE SOBIE ZE STRESEM I PRZECIWDZIAŁANIE

WYPALENIU ZAWODOWEMU

31.03.2011, 7.04.2011, 21.04.2011, 9.06.2011

WARSZTATY SKUTECZNYCH NEGOCJACJI

6.04.2011, 7.06.2011

PSYCHOMANIPULACJE

11.04.2011, 16.05.2011

ANALIZA TRANSAKCYJNA JAKO METODA REAGOWANIA

NA ZACHOWANIA AGRESYWNE

14.03.2011, 9.05.2011

MOBBING – PRZEMOC PSYCHICZNA W MIEJSCU PRACY

– JAK ROZPOZNAWAĆ, ZAPOBIEGAĆ, POSTĘPOWAĆ

13.03.2011

BUDOWANIE I PRACA W ZESPOLE

14.04.2011, 19.05.2011

TRENING ASERTYWNOŚCI I ROZWIĄZYWANIA

KONFLIKTÓW W RELACJI LEKARZ-PACJENT – POZIOM

ZAAWANSOWANY

20.04.2011, 28.04.2011, 2.06.2011

SZKOLENIA SĄ BEZPŁATNE DLA CZŁONKÓW IZB LEKARSKICH.

UCZESTNICY OTRZYMUJĄ PUNKTY EDUKACYJNE.

SZCZEGÓŁOWE INFORMACJE

POD NR TEL. 22-559-02-86, 22-559-02-69

W CELU ZAPISANIA SIĘ NA WYBRANY KURS

NALEŻY POBRAĆ FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY I PO

WYPEŁNIENIU PRZESŁAĆ DO ODZ E-MAILEM: odz@hipokrates.org

HIPOKRATES.ORG BĄDŹ FAKSEM: 22-559-02-70.

OŚRODEK DOSKONALENIA ZAWODOWEGO

LEKARZY I LEKARZY DENTYSTÓW

NACZELNA IZBA LEKARSKA

UL. KONDUKTORSKA 4

00-775 WARSZAWA

Uncja

Osteoporoza to poważny problem współczesnej

* medycyny i trudne wyzwanie dla pacjentów. *

do użytku densytometrii oraz dostępność wielu leków o udowodnionej skuteczności przeciwwłamanowej otworzyły nowe szanse.

Osteoporoza to choroba o „korzeniach tkwiących w dzieciństwie” (C. Dent, 1970), aby zapobiec tej cichej epidemii, musimy zwrócić uwagę już na dzieci i młodzież. Zasadnicza kwestia to prowadzenie skutecznej pierwotnej prewencji osteoporozy, tak by młody człowiek zbudował prawidłowy kościec. Kluczowy okres budowy kośćca to okres dojrzewania od 10. do 18. roku życia, wtedy uzyskujemy blisko połowę gęstości mineralnej kości. W tym czasie najważniejsze są aktywność fizyczna oraz spożycie wapnia. Znane są liczne czynniki ryzyka osteoporozy: płeć żeńska, zaawansowany wiek, zmiany trybu życia (mało ruchu, dieta niskowapniowa, używki), stosowanie leków (kortykosteroidy), wcze-

Ryzyko wystąpienia osteoporozy dotyczy głównie kobiet mało aktywnych fizycznie, stosujących leki (kortykosteroidy), niskowapniową dietę i używki.

WOJCIECH PLUSKIEWICZ

Jak każda choroba przewlekła wymaga specjalnego podejścia od strony lekarskiej i odpowiedniego przygotowania organizacyjnego systemu opieki zdrowotnej. Osteoporoza stanowi także trudne wyzwanie dla pacjentów; wymaga od nich zdyscyplinowania, zmiany wielu zwyczajów życiowych oraz wielolet-

niego stosowania terapii farmakologicznej. Osteoporoza jako pojęcie medyczne jest znana od dawna, ale do lat osiemdziesiątych ubiegłego wieku zainteresowanie tą chorobą sprowadzało się zwykle do postawienia rozpoznania. Wiązało się to z faktem, że nie było metod precyzyjnej diagnostyki, nie istniała także terapia farmakologiczna. Dopiero szersze wprowadzenie

Podstawowym celem terapii jest zapobieganie złamaniom. Monitorowanie ryzyka ich wystąpienia daje szansę na podjęcie działań zapobiegawczych.

prewencji

sna menopauza, złamania kości udowej u rodziców, przebyte złamanie osteoporotyczne, niektóre schorzenia oraz upadki; to podstawowe przyczyny warunkujące coraz częstsze występowanie osteoporozy. Profilaktyka jest zawsze tańsza niż terapia; może ona skutecznie opóźnić wystąpienie osteoporozy oraz jej klinicznej manifestacji w postaci złamań. Istotne są także edukacja chorych, kształcenie studentów medycyny oraz lekarzy w systemie kształcenia podyplomowego.

Kluczowym okresem budowy kośćca jest okres dojrzewania, od 10. do 18. roku życia. Wtedy uzyskujemy blisko połowę gęstości mineralnej kości.

Ocena ryzyka złamań to jeden z najważniejszych problemów dotyczących chorych z osteoporozą. Podstawowym celem terapii jest zapobieganie złamaniom, zatem monitorowanie ryzyka wystąpienia złamań daje szansę na podjęcie działań zapobiegawczych. Dysponujemy dziś metodami obliczania tzw. 10-cioletniego ryzyka złamań, ale nie opublikowano dotąd żadnego badania dokumentującego, jak to ryzyko zmienia się w czasie. Można założyć, że skuteczne postępowanie lekarskie powinno zmniejszyć ryzyko wystąpienia złamań, a wzrost tego ryzyka to przesłanka do zmiany dotąd stosowanego postępowania. Zapraszam do udziału w programie badawczym *Prospektywna ocena ryzyka złamań*, którego idea polega na wypełnianiu formu-

larza pacjenta diagnozowanego pod tym kątem. Takie informacje można uzyskać tylko dzięki współpracy wielu lekarzy prowadzących diagnostykę i leczenie osteoporozy.

Te dane będą zbierane raz w roku, u dotąd nieleczonych kobiet i mężczyzn po 40. roku życia. Warunkiem objęcia obserwacją jest dostępność do densytometrii kości udowej. Czas wypełniania formula-

rza to zaledwie parę minut. Wieloletnia obserwacja daje szansę na zebranie unikalnych danych w skali światowej w istotny sposób poprawiających jakość niesionej chorym pomocy. Wszystkim zainteresowanym wysłę szczegółowe informacje drogą elektroniczną.

Niech mottem programu i naszej wspólnej pracy będzie stwierdzenie badacza amerykańskiego R. Lindsaya „Uncja prewencji jest więcej warta niż jakakolwiek ilość terapii”.

Autor jest profesorem, kierownikiem Zakładu Chorób Metabolicznych Kości Śląskiego UM w Katowicach, osteolesna@poczta.onet.pl

PROFILAKTYKA OSTEOPOROZY – KOMENTARZ

Ogólne zasady profilaktyki powinny być znane lekarzom różnych specjalności.

Problemem jest sposób przekazania tej wiedzy pacjentom. Media, w tym internet, wydają się szczególnie atrakcyjne pod warunkiem profesjonalnego nadzoru lekarskiego nad takimi programami. Pomocne mogą być drukowane materiały edukacyjne, a także stowarzyszenia pacjentów z osteoporozą. W Polsce istnieje taka organizacja – STENKO (Stowarzyszenie Zdrowej Kości z Konieczności). Kolejny etap profilaktyki osteoporozy dotyczy osób z obecnymi czynnikami ryzyka. Właściwa kwalifikacja do badań to zadanie głównie dla lekarzy pierwszego kontaktu. Określenie wskazań do badań jest ważne ze względu na ograniczone możliwości diagnostyczne. W za-

kończącej w 2010 r. „De-kadzie Kości i Stawów 2000-2010” udało się polskiemu towarzystwom osteoporotycznym zaawansować prace, nie przygotowano jednak jednolitego ostatecznego stanowiska. Jednym z głosów w dyskusji jest propozycja postępowania wypracowana w Krajowym Centrum Osteoporozy w Warszawie w ramach prowadzonego od 2006 r. programu POMOST (Propozycja i Ocena Modelu postępowania diagnostyczno-leczniczego w Osteoporozie). Wyniki naszych doświadczeń można znaleźć na stronie www.osteoporoza.drukarz.net. Ostatni etap profilaktyki dotyczy osób z rozpoznaną osteoporozą, ale bez złamań kości. Tu decyzja dotyczy głównie kwalifikacji do leczenia farmakologicznego, najczęściej podejmują ją le-

karze specjaliści. Nad ustaleniem jednolitych zasad leczenia pracują krajowe towarzystwa osteoporotyczne. Również w tej kwestii Krajowe Centrum Osteoporozy przedstawiło swoje stanowisko.

Profilaktyka osteoporozy jest skuteczna, kiedy współistnieje świadomość pacjentów z jednoczesnym zaangażowaniem lekarzy i konsekwentnym stosowaniem wypracowanych przez środowisko lekarskie zaleceń dotyczących kwalifikacji do badania, leczenia i sposobów oceny jego skuteczności.

dr hab. med. Jerzy Przedlacki – dyr med. Krajowego Centrum Osteoporozy w Warszawie, Katedra i Klinika Nefrologii, Dializoterapii i Chorób Wewnętrznych, WUM jprzedlacki@amwaw.edu.pl

Kasa fiskalna – a jeśli jej nie będzie?

Po 30 kwietnia 2011 r. wybrane grupy lekarzy będą miały obowiązek posiadania kasy fiskalnej i ewidencjonowania przychodu osiągniętego ze sprzedaży konsumenckiej z jej wykorzystaniem.

Justyna Zajdel

W związku z nowo powstałym obowiązkiem rodzi się pytanie, czy lekarzom, którzy nie wprowadzą kas fiskalnych do swojej działalności gospodarczej lub rozpoczną ewidencjonowanie przychodu z opóźnieniem grożą jakiejkolwiek sankcje.

Podatnik, który nie wprowadzi kasy fiskalnej mimo, że osiągnięty przez niego przychód ze sprzedaży konsumenckiej przekroczył 40 000 zł w 2010 r. lub zacznie używać kasy później (np. 1 czerwca 2011 r.), naraża się na odpowiedzialność karno-skarbową. Odpowiedzialność karno-skarbowa została określona w art. 60 § 1 Kodeksu Karnego Skarbowego z 10.09.1999 r., tj. Dz. U. 2007 r., nr 111, poz. 765, ze zm. – dalej k.k.s. i art. 62 § 4 k.k.s. Zgodnie z art. 60 § 1 k.k.s. *kto wbrew obowiązкови nie prowadzi księgi, podlega karze grzywny do 240 stawek dziennych*. Należy podkreślić, że błędy (nieprawidłowości) związane z ewidencjonowaniem sprzedaży przy użyciu kasy fiskalnej karane są identycznie jak błędy wynikające z prowadzenia księgi podatkowej. Z kolei w myśl art. 62 § 4

k.k.s., karze grzywny do 180 stawek dziennych, (...) *podlega także ten, kto wbrew przepisom ustawy dokona sprzedaży z pominięciem kasy rejestrującej albo nie wyda dokumentu z kasy rejestrującej, stwierdzającego dokonanie sprzedaży*. Oznacza to, że na odpowiedzialność karno-skarbową narażeni się nie tylko podatnicy, którzy nie zaczęli używać kasy fiskalnej mimo ciążącego na nich obowiązku, ale także podatnicy, którzy ewidencjonując sprzedaż z wykorzystaniem kasy nie wydali konsumentowi (pacjentowi) paragonu.

Jeżeli podatnik nie zacznie używać kasy fiskalnej, mimo upływu terminu, jaki był przewidziany na wprowadzenie kasy fiskalnej, naczelnik urzędu skarbowego lub organ kontroli skarbowej może nałożyć szczególną sankcję.

Sankcja polega na ustaleniu dodatkowego zobowiązania podatkowego w wysokości odpowiadającej 30% kwoty podatku naliczonego przy nabyciu towarów i usług – art. 111 ust. 2 ustawy o podatku od towarów i usług z 11 marca 2004 r., Dz. U. 2004 r., nr 54, poz. 535, ze zm. Do-

datkowe zobowiązanie ustalane jest za cały okres, który upłynął od momentu powstania obowiązku posiadania kasy fiskalnej do momentu rzeczywistego rozpoczęcia ewidencjonowania przychodów z wykorzystaniem kasy.

Uprawnienie organów podatkowych w tym zakresie było wielokrotnie dyskutowane i oceniane z punktu widzenia zgodności z prawem wspólnotowym. W wyroku z 29 lipca 2009 r. Europejski Trybunał Sprawiedliwości orzekł jednak, że polski fiskus może nakładać na podatników dodatkowe zobowiązanie, co nie stanowi naruszenia prawa unijnego (wyrok w sprawie C-188/09).

Należy zaznaczyć, że osoby fizyczne prowadzące działalność gospodarczą, które nie rozpoczęły ewidencjonowania sprzedaży przy użyciu kas rejestrujących w wymaganym terminie nie mogą zostać ukarane dwiema karami jednocześnie. Oznacza to, że na osobę fizyczną nie może zostać nałożona kara za wykroczenie lub przestępstwo skarbowe i dodatkowe zobowiązanie podatkowe.

Zdaniem Trybunału Konstytucyjnego stosowanie wobec jednej osoby dwóch jednoczesnych sankcji za ten sam czyn stanowiłoby naruszenie Konstytucji (wyrok z 4.09.2007 r., sygn., P 43/06).

Uwaga! Na kary opisane wyżej narażeni są analogicznie podatnicy, którzy nie zastosują kasy rezerwowej w sytuacji, gdy pierwsza kasa uległa awarii. Odpowiedzialność nie powstanie, jeżeli podatnik nie używa kasy rezerwowej, ale jednocześnie nie prowadzi sprzedaży usług. ☉

Listy Czytelników

Mąż jest osobą fizyczną i ma zarejestrowaną działalność gospodarczą (NZOZ Poradnia Stomatologiczna i Protetyczna). Żona (czyli ja) świadczy w NZOZ usługi leczenia stomatologicznego pacjentów, realizując umowę z NFZ. Z systemu komputerowego za wykonane świadczenia

w ramach kontraktu z NFZ generowany jest co miesiąc rachunek dla NFZ. Sprzedaż dla indywidualnych pacjentów zaś jest odnotowywana w zeszycie ewidencji sprzedaży nieudokumentowanej i w roku 2010 nie przekroczyła kwoty 40 000 zł. Czy w tej sytuacji można skorzy-

stać z możliwości wpływających z ustawy i nie posiadać kasy fiskalnej?

Tak. Jeżeli wysokość sprzedaży w tzw. obrocie konsumpcyjnym (czyli usługi świadczone na rzecz indywidualnych pacjentów) nie przekroczyła w 2010 r. kwoty 40 000 zł, nie

ma obowiązku instalowania kasy fiskalnej w gabinecie.

W lutym 2010 r. przeszedłam na wcześniejszą emeryturę i otworzyłam działalność gospodarczą. Pracuję w kilku spółdzielniach NZOZ i wystawiam im co miesiąc rachunki. Kwoty na tych rachunkach łącznie przekraczają 40 000 zł rocznie. Czy muszę mieć kasę fiskalną,

czy też kilka – dla każdej spółdzielni oddzielnie? Do tej pory rachunki pacjentom wystawiała spółdzielnia, która 50% kwoty wypłacała mi. Czy teraz (tzn. od 1 maja br.) ja mam wystawiać rachunek osobno i spółdzielnia osobno? Jak to praktycznie ma wyglądać? Gdzie kupić kasę i jak ją obsługiwać? W tym przypadku nie ma obowiązku zaku-

pu kasy fiskalnej, ponieważ nie został spełniony warunek tzw. obrotu konsumpcyjnego. Usługi są wykonywane na rzecz indywidualnych pacjentów, ale podmiotem je świadczącym są niepubliczne zakłady opieki zdrowotnej (spółdzielnie), a lekarz udziela świadczeń niejako w ich imieniu. Stronami „transakcji” są w tym przypadku lekarz i NZOZ, a pacjent jest „klientem” NZOZ-u, a nie prywatnie praktykującego lekarza.

oprac. Marzena Bojarczuk
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@hipokrates.org są do Państwa dyspozycji. Odpowiadamy tylko na pytania dotyczące kas fiskalnych w gabinetach lekarskich, a odpowiedzi udzielamy na łamach „Gazety Lekarskiej”.

OPROGRAMOWANIE MEDYCZNE



RABAT -25%

z kasą do pary
z drukarką w duecie *



* Ceny producenta, gwarancja bezpieczeństwa zakupu u autoryzowanego dystrybutora.
W cenie urządzenia dostawa i uruchomienie kasy/drukarki.

www.pl-med.pl

Informacja handlowa:

☎ 531 918 918 ☎ 531 917 917 ☎ 531 916 916

Słuchawki i para

Jest to szczególnie ważne w demokratycznym państwie prawa, pozwala bowiem skutecznie unikać kłopotów i bronić się w razie nieoczekiwanego zdarzenia. Moje kontakty z Temidą są skromne – w ciągu już 66-letniego życia byłam w sądzie zaledwie kilka razy. Raz, z racji naturalnych kolei losu, na sprawie spadkowej i trzykrotnie jako świadek w związku z wykonywaniem zawodu lekarza.

Będąc młodą lekarką

W pierwszej sprawie związanej z wykonywaniem zawodu sąd chciał wiedzieć, czy przebywająca pod moją wieloletnią opieką matka koleżanki-emigrantki była w stanie odbyć podróż lotniczą.

Kolejny *case study* dotyczył złodzieja, którego skutecznie złapałam podczas dyżuru. No, może trochę się zagalopowałam – fizycznie złapał go szatniarz, ale ja przyczyniłam się do sfinalizowania sprawy przed sądem. Po skutecznym pościgu za złodziejem, który usiłował ukraść cenne futro z szatni, zawołano mnie, abym jako lekarz dyżurny postanowiła, co dalej robić. Wprawdzie byłam na tym terenie osobą *urzędową* i według ówczesnego prawa nawet pełniłam obowiązki dyrektora szpitala, ale cóż ze mnie był za dyrektor? Niespełna 30 lat, nie więcej niż 50 kg wagi, dziewczę nieźle znające choroby wewnętrzne, ale prawo? Skuteczne działanie? Reagowanie w sytuacjach kryzysowych? Były to sprawy w zaawansowanym stopniu mi nieznane. Poszukując nerwowo w myślach scenariusza, jak należy się zachować, przypomniałam sobie,



Autorka jest doktorem nauk medycznych, internistą – hipertensjologiem.

Znajomość przepisów obowiązuje każdego obywatela.

KRYSZYNA KNYPL

że kolega, który odbył podyplomową służbę wojskową i trochę poznał zasady okazywania władzy, radził, aby zawsze zaczynać od wylegitymowania delikwenta.

Moimi atrybutami władzy były tylko lekarski fartuch i słuchawki na szyi. Najbardziej surowym tonem, na jaki mogłam się zdobyć, powiedziałam: „Dowodzik poproszę!” Nie wiem, czy obecna policja tak zwraca się do obywatela, ale ówczesna Mili-

cja Obywatelska miała zwyczaj używać takiego właśnie zwrotu. Zaskoczony tym urzędowo brzmiącym poleceniem niedoszły złodziej odruchowo podał mi dowód. Dzierżąc dokument w ręku, oznajmiłam: „Proszę usiąść na ławce, a ja zawołam milicję”. Dowód oczywiście zatrzymałam. Władza przybyła szybko, ale złodziej wykorzystał związane z tym

zamieszanie i zwał. Jednak na podstawie danych w dowodzie szybko go namierzono i wniesiono do sądu sprawę o usiłowanie kradzieży. Ja, jako bohaterka dyżurna, musiałam opowiedzieć, co się zdarzyło.

Sprawy merytoryczne i sądy

Kolejna sprawa miała charakter *stricte* merytoryczny. Początki mojej praktyki lekarskiej przypadały na lata siedemdziesiąte – inwazyjne badania naczyniowe dopiero wdrażano. Przez krótki czas byłam lekarzem prowadzącym 40-letniej pacjentki, drobnej

budowy, skarżącej się na bóle w klatce piersiowej. Z powodu urlopu przekazałam chorą innemu lekarzowi, a po powrocie dowiedziałam się, że podczas wykonywania angiografii wieńcowej doszło do zatoru tętnicy kończyny dolnej, a w dalszej konsekwencji – do amputacji kończyny powyżej kolana. Sprawa bezdyskusyjnie nad wyraz przykra, niemająca prawa się zdarzyć, ale jak wiadomo, powikłania i działania niepożądane nie dotyczą tylko ludzi, którzy nie trafiają do szpitala i nie są leczeni lub diagnozowani. Pacjentka pozwała szpital do sądu i zażądała wysokiego odszkodowania. Na liście osób wezwanych przed oblicze wymiaru sprawiedliwości znalazł się, poza moim szefem, chirurg, który kończynę amputował (będący wówczas także dziekanem), lekarz, który przejął ode mnie pacjentkę, oraz mój bezpośredni przełożony na oddziale. Mocno stremowani tym, co ma nastąpić, zebraliśmy się na bojową naradę w pokoju lekarskim.

Choć upłynęło wiele, wiele lat, widzę, gdzie kto siedzi, i słyszę oskarżycielskie stwierdzenie moje-

Nowe rozporządzenie w sprawie dokumentacji medycznej nakłada na nas obowiązek bardzo sformalizowanego prowadzenia dokumentacji medycznej.

grafy

go przełożonego: „Pani, pani Krystyno, opiekowała się pacjentką w okresie KRYTYCZNYMI!” I do dziś brzmi mi w uszach moja odpowiedź: „W okresie BEZKRYTYCZNYM, szefie”. Mój oddziałowy nadzorca zdziwiony zapytał: „Co chce pani przez to powiedzieć?” Wiedząc i czując przez skórę, że zaistniała próba psychologicznego urobienia najmłodszej z grona wezwanych przed sąd osoby, odparłam dość stanowczo: „W okresie gdy opiekowałam się panią X, pacjentka miała obie nogi”. Oddaliwszy skutecznie próbę wstępnego nominowania mnie na skazaną w atmosferze sądu polowego, już w miarę spokojnie przysłuchiwałam się dalszej dyskusji moich starszych kolegów.

Sama po nauki, jak zachować się przed sądem, udałam się do mojej ciotki prawniczki. Ciozia Zosia dała mi bezcenną radę: „Mów krótko, prosto, wyłącznie na temat”. Jako ilustrację niewłaściwego zachowania przytoczyła sprawę ze swojej praktyki, gdy reprezentowała pewnego chłopca, któremu ukradziono rower. Chłop tak zawile zeznawał, że sąd doszedł do wniosku, że to on ukradł komuś rower. Rada mojej ciotki Zosi jest ponadczasowa: w sądzie należy wyłącznie odpowiadać na pytania, posługując się językiem prostym i zwięzłym.

Nowe ustawy

Wchodzą w życie nowe ustawy zdrowotne. Ich wydźwięk jest surowy. Choć w chwili, gdy piszę te słowa, znane są tylko projekty, to nie ma najmniejszej wątpliwości, że ustawy zostaną uchwalone. Będąc świadoma tego, jak wiele prawo będzie znaczyło w nadchodzącym czasie, postanowiłam uzyskać status dziennikarza akredytowanego przy Sejmie RP. Złożyłam wymagane dokumenty i oczekuję decyzji szefa Biura Prasowego. Zamierzam często

bywać w Sejmie, jest to bowiem ważne miejsce. Będę chciała osobiście poznać i poczuć atmosferę, w jakiej powstaje prawo, które ma nas obowiązywać. Trzymajcie za mnie kciuki i za moje nowe wcielenie dziennikarza sejmowego – nie ukrywam, jestem trochę stremowana. Trzymajcie też kciuki, abym nie musiała nigdy wcielać się w rolę dziennikarza sądowego.

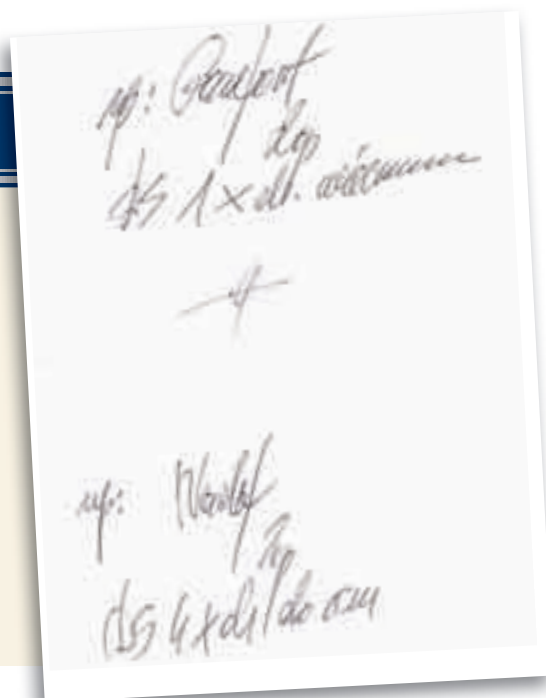
Dopuszcza się prowadzenie dokumentacji w sposób określony w przepisach dotychczasowych do końca czerwca 2011 r.

21 grudnia zostało opublikowane na stronach internetowych Ministerstwa Zdrowia (<http://www.mz.gov.pl/wwwmz/index?mr=q491&ms=383&ml=pl&mi=383&mx=0&mt=&my=734&ma=016586>) rozporządzenie w sprawie dokumentacji medycznej. Każdy przyjmujący pacjentów lekarz powinien się zapoznać z jego treścią. Nakłada ono na nas obowiązek bardzo sformalizowanego prowadzenia dokumentacji

medycznej. Wszystkie historie choroby, wypełnione zgodnie z wymogami rozporządzenia, powinny zawierać następujące dane: przebyte choroby, choroby przewlekłe, pobyty w szpitalach, zabiegi chirurgiczne, szczepienia, uczulenia oraz obciążenia dziedziczne. W wypadku historii chorób szpitalnych powszechnie praktykowane było odnotowywanie, kto jest upoważniony do otrzymywania informacji o stanie zdrowia pacjenta; obecnie jest to również zalecane w odniesieniu do dokumentacji ambulatoryjnej. Podane są wytyczne, jak powinna wyglądać dokumentacja medyczna różnych oddziałów, izby przyjęć, listy oczekujących itp. Warto wiedzieć, że w każdej ambulatoryjnej historii choroby (a tych wypełniamy najczęściej) wizyta pacjenta powinna być opisana z uwzględnieniem następujących elementów: data, wywiad, badanie przedmiotowe, rozpoznanie, zalecenia, podpis, pieczęć. Oczywiście nie zapominamy o odnotowaniu wydanych recept, liczbie opakowań, sposobie dawkowania. Dopuszcza się prowadzenie dokumentacji w sposób określony w przepisach dotychczasowych przez okres nie dłuższy niż 6 miesięcy od dnia wejścia rozporządzenia, czyli od 1 stycznia 2011 r. ☉

ROZSZYFRUJ RECEPTĘ

Zamieszczony w poprzednim numerze opis badania dna oczu nie nastręczył Czytelnikom większych trudności i szybko zaczęły nadchodzić prawidłowe rozpoznania. Laureatką zostaje dr Anna Goleniowska-Król, którą proszę o podanie adresu pocztowego, na który zostanie przesłana nagroda książkowa. Choć zadanie z okulistyką w tle było łatwe, to pozostaniemy chwilę w obrębie tej specjalności. Wspomniany okulista poza opisem dna oczu zlecił pacjentowi leki i zadaniem Państwa jest rozszyfrowanie, jakie to leki. Rozwiązania proszę nadsyłać na adres: krystyna.knypl@compi.net.pl



Po jasnej stro

Zimowe przesilenie skłania do refleksji, dokonywania rozliczeń, składania obietnic – w nadziei na ich spełnienie w nadchodzących, coraz dłuższych dniach.

JOANNA SOKOŁOWSKA

Ztroski o dobre tsamopoczucie noworocznych obietnic sobie ani innym nie składam. Trochę pod presją myśli przewodniej tego cyklu, a trochę z natury zodiakalnej Panny, postanowiłam za to podsumować swoje dotychczasowe zawodowe aktywa i pasywa.

By uniknąć banału, nie chcę pisać o tym, jak fajnie jest robić to, co się lubi. Bo fajnie... W moim biesiadno-dyskusyjnym domu pieniądze, być może z powodu ich ciągłego braku, zawsze były wyrzucane poza nawias życiowych profitów. Szczęścia, które jest czasem ważniejsze niż zdrowie, nie dają, czego dowodzi przykład bogatych i zdrowych podróżnych z Titanica, toteż i tutaj pozwoliłam sobie kwestie finansowe okryć milczeniem. O innych policzalnych dobrach tego świata już w tym cyklu pisano.

W mojej karierze, wciąż niestarej lekarki na rubieżach północnego Mazowsza, wręczane przez pacjentów i przedstawicieli medycznych dowody wdzięczności i/lub przekupstwa miały wartość raczej jako przedmiot towarzyskiej wymiany myśli satyrycznej niż złotego runa, więc i tę kwestię mogę pominąć.

W moim biesiadno-dyskusyjnym domu zawsze najbardziej liczył się partner do biesiady i dyskusji.

Szpital, z punktu widzenia stworzenia stadnego, jest miejscem atrakcyjnym. Daje nieograniczoną możliwość zawierania znajomości i pozwala na prowadzenie obserwacji godnych pióra mistrza reportażu.

Na izbie przyjęć, jak na antycznej agorze, krzyżują się drogi medyków wszystkich pokoleń i specjalizacji. Przybývają pacjenci – przybysze z innego świata, obdarzeni często etnograficznym wdziękiem, niosący w sobie tajemnicę ciekawego przypadku medycznego. To tu dochodzi do intensywnej wymiany myśli i wrażeń. Niekoniecznie medycznych. To tu rodzi się plotka, ale również pełna uroku anegdota, która czasem przekroczywszy szpitalny próg, urasta do rangi miejskiej legendy.

Pracuję na oddziale noworodkowym, który pozornie pozostaje nieco z boku wartkiego nurtu szpitalnych wydarzeń. Nie brak jednak emisariuszy, którzy ratują nas przed towarzyskim wykluczeniem. Okazuje się, że nieocenionym źródłem wiadomości jest każdy, kto przekroczy próg bloku operacyjnego. A że przedstawiciele specjalności zabiegowych, głównie mężczyźni, przecież nie

Szpital daje nieograniczoną możliwość zawierania znajomości i pozwala na prowadzenie obserwacji godnych pióra mistrza reportażu.

plotkują, informacje przez nich przekazywane, a opatrzone klauzulą poufności, mają rangę faktów.

Na dyżurach odnajdują się bratnie dusze, rodzą się przyjaźnie. Również

IMAGYNE DOPPLER

- ZNAKOMITY OBRAZ
- CZUŁY DOPPLER
- 4D
- MADE IN FRANCE

HONDA 4000

HONDA 2100

- NAJLEPSZY PRZENOŚNY CYFROWY ULTRASONOGRAF B/W NA ŚWIECIE
- WYPRODUKOWANY W 100% W JAPONII
- 3 LATA GWARANCJI
- MADE IN JAPAN

KTG DO CIĄŻY BLIŹNIACZEJ

polrentgen

03-287 Warszawa, ul. Skarbka z Gór 67/16
tel. 22/855 52 60, fax. 22/855 52 61
kom. 695 980 190
www.polrentgen.pl e-mail: polrentgen@polrentgen.pl
NIP: 521-03-35-459

nie mocy...



z pacjentami. O czym zaświadczam własnym przykładem.

Był maj. Zwyczajny dyżur. Kolejny poród. Obecność rodziny – obowiązkowa. Jedna z koleżanek zwykła mówić, że wraz z łożyskiem odchodzi część rozumu. Strata jest fizjologiczna i przejściowa. Jako matka Polka zaświadczam, że nie do uniknięcia. Ucieka na parę dni możliwość racjonalnej oceny sytuacji, zachowania stają się, eufemistycznie mówiąc, niebanalne. Zaskakujące, że proces ten dotyczy również ojców obecnych na sali porodowej. W pełni świadoma powyższego, z cierpliwością udzielam codziennie odpowiedzi na nieco drażniące pytania świeżo upieczonych tatusiów o „stan mojego małego”, „ilość apgarów” i zamykające każdą rozmowę „a poza tym wszystko w porządku?”.

Tak miało być i tym razem. Po korytarzu „mojego” oddziału, powiewając obowiązkowym w tym okresie żółtym fartuchem przeznaczonym dla odwiedzających i szurając foliowymi kapciami, przemknął Lord Vader.

Dzień dobry, jestem prawnikiem – wysapał Lord Vader głosem Lorda Vadera – szukam mojego syna! Już wiedziałam, że ta inwokacja na zawsze trafi do kolekcji oddziałowych anegdot. Nie przeczułam jednak, że stanie się

początkiem bliższej znajomości. Szybko ustaliliśmy, że Lord Vader oprócz zawodu ma również nazwisko, po którym już bez problemu zidentyfikowaliśmy poszukiwane dziecko i jego matkę.

Na dyżurach odnajdują się bratnie dusze, rodzą się przyjaźnie.

Również z pacjentami.

Dolegliwości okresu niemowlęcego zetknęły nas jeszcze kilkakrotnie w kolejnych miesiącach. Zostałam w odwecie za „Lorda Vadera” domową „doktor Kildare”, a nasze rozmowy zaczęły dotyczyć nie tylko tematów pediatrycznych. Rodziny Vaderów i Kilderów zaczęły się spotykać. Wystawiliśmy się na próbę wspólnych wakacji. To było łatwe... Nasza znajomość, potem przyjaźń trwająca od kilkunastu lat została poddana kilkakrotnie testowi szpitalnej rzeczywistości. To łatwe nie było... Wierzę, że przetrwamy jeszcze niejedną reformę systemu opieki zdrowotnej.

I niech moc będzie z nami... ☺



UNIA POLSKICH PISARZY LEKARZY

UPRZEJMIE INFORMUJE, ŻE
XI OGÓLNOPOLSKA BIESIADA
LITERACKA UPPL ODBĘDZIE SIĘ
W KLUBIE LEKARZA OIL W ŁODZI,
UL. CZERWONA 3 – DNIA 4 MARCA
(PIĄTEK) 2011 R.
POCZĄTEK GODZ. 17.00.

SERDECZNIE ZAPRASZAMY
AUTORÓW-LEKARZY Z CAŁEJ POLSKI
DO CZYNNEGO UDZIAŁU
W TEJ TRADYCYJNEJ IMPREZIE,
A SZANOWNYCH GOŚCI, MIŁOŚNIKÓW
ŻYWEGO SŁOWA,
ZACHĘCAMY DO
„WSPÓLBIESIADOWANIA”.

OSOBY, KTÓRE PODCZAS SPOTKANIA
PRAGNĄ ZAPREZENTOWAĆ WŁASNE
UTWORY, PROSZĄ SIĘ
O NADESLANIE ZGŁOSZEŃ
UCZESTNICTWA ORAZ
PROPONOWANYCH DO WYGŁOSZENIA
TEKSTÓW (wydruki w dwóch
egzemplarzach) NAJPOŹNIEJ DO
12 LUTEGO BR., POD ADRESEM:
ZG UPPL, 93-005 ŁÓDŹ,
UL. CZERWONA 3 (Z DOPISKIEM NA
KOPERCIE „BIESIADA LITERACKA”).

UWAGA! W ZGŁOSZENIU
KONIECZNE JEST PODANIE SWEGO
AKTUALNEGO ADRESU POCZTOWEGO
(EW. TEŻ E-MAIL) ORAZ NUMERU
TELEFONU KONTAKTOWEGO –
STACJONARNEGO/KOMÓRKOWEGO.

CZŁONKOWIE UNII POLSKICH
PISARZY LEKARZY PROSZENI SĄ
TAKŻE O JEDNOCZESNE PRZESŁANIE
SWYCH TEKSTÓW INTERNETEM
(W PLIKU, JAKO ZAŁĄCZNIK
DO E-MAILA) POD ADRESEM:
BSM3@TLEN.PL

ISTNIEJE MOŻLIWOŚĆ REZERWACJI
NIEDROGICH NOCLEGÓW W HOTELU
ASYSTENCKIM PŁ (TUŻ OBOK
KLUBU LEKARZA).

INFORMACJE: OIL W ŁÓDZI,
NR TEL. 42-683-17-91 W. 110.

BIULETYN

Nr 1 (132) Rok XXII

NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ

Warszawa, II 2011

Redaktor Naczelny: Mariusz Janikowski

Posiedzenie NRL – 17 grudnia 2010 roku

UCHWAŁA Nr 39/10/VI NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ z dnia 17 grudnia 2010 r.

w sprawie budżetu Naczelnej Izby Lekarskiej na rok 2011

Na podstawie art. 39 ust. 1 pkt 14 ustawy z dnia 2 grudnia 2009 r. o izbach lekarskich (Dz.U. Nr 219, poz. 1708) uchwala się, co następuje:

§ 1.

Ustala się budżet Naczelnej Izby Lekarskiej na rok 2011 stanowiący załącznik do niniejszej uchwały.

§ 2.

Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

SEKRETARZ
Mariusz Janikowski

PREZES
Maciej Hamankiewicz

Załącznik do Uchwały NRL Nr 39/10/VI z dnia 17 grudnia 2010 – www.nil.org.pl

UCHWAŁA Nr 40/10/VI NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ z dnia 17 grudnia 2010 r.

w sprawie terminów posiedzeń Naczelnej Rady Lekarskiej w roku 2011

Na podstawie art. 39 ust. 1 ustawy z dnia 2 grudnia 2009 r. o izbach lekarskich (Dz. U. Nr 219, poz. 1708), uchwala się, co następuje:

§ 1.

Ustala się terminy posiedzeń Naczelnej Rady Lekarskiej w roku 2011: 4 lutego, 25 lutego, 1 kwietnia, 13 maja, 17 czerwca, 2 września, 7 października, 16 grudnia.

§ 2.

Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

SEKRETARZ
Mariusz Janikowski

PREZES
Maciej Hamankiewicz

UCHWAŁA Nr 41/10/VI NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ z dnia 17 grudnia 2010 r.

w sprawie zasad kierowania za granicę przedstawicieli Naczelnej Izby Lekarskiej

Na podstawie art. 39 ust. 1 w zw. z art. 5 pkt 22 ustawy z dnia 2 grudnia 2009 roku o izbach lekarskich (Dz. U. Nr 219, poz. 1708) uchwala się, co następuje:

§ 1.

Skierowanie przedstawiciela Naczelnej Izby Lekarskiej na wyjazd zagraniczny w celu reprezentowania Naczelnej Izby Lekarskiej następuje na podstawie uchwały Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej, zwanej dalej „uchwałą”.

§ 2.

Uchwała określa termin i miejsce wydarzenia, na które kieruje się przedstawiciela Naczelnej Izby Lekarskiej, jego zadania oraz zakres pełnomocnictwa.

§ 3.

1. Z zastrzeżeniem przepisów § 4-5 przedstawicielowi Naczelnej Izby Lekarskiej z tytułu wyjazdu za granicę na podstawie uchwały przysługują należności na pokrycie kosztów związanych z podróżą określone w rozporządzeniu Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 19 grudnia 2002 r. w sprawie wysokości oraz warunków ustalania należności przysługujących pracownikowi zatrudnionemu w państwowej lub samorządowej jednostce sfery budżetowej z tytułu podróży służbowej poza granicami kraju (Dz. U. 236, poz. 1991).
2. Należności, o których mowa w ust. 1, są pokrywane ze środków Naczelnej Izby Lekarskiej z wyłączeniem tych należności, które pokrywa organizator zagraniczny.
3. Prezydium może zawrzeć w uchwale, że ze środków Naczelnej Izby Lekarskiej zostaną pokryte inne niż wymienione w ust. 1, określone przez organizatora zagranicznego koszty uczestnictwa przedstawiciela Naczelnej Izby Lekarskiej w danym wydarzeniu.

§ 4.

Prezydium może zawrzeć w uchwale, że osobie niebędącej pracownikiem Naczelnej Izby Lekarskiej z tytułu wyjazdu za granicę na podstawie uchwały będą przysługiwać ze środków Naczelnej Izby Lekarskiej jedynie niektóre, wymienione w uchwale, należności albo że skierowanie takiej osoby za granicę ogranicza się do upoważnienia tej osoby do występowania jako przedstawiciela Naczelnej Izby Lekarskiej i nie obejmuje pokrycia ze środków Naczelnej Izby Lekarskiej kosztów związanych z podróżą.

§ 5.

1. W odniesieniu do osoby zajmującej stanowisko funkcyjne w międzynarodowej organizacji lekarskiej lub lekarsko-dentystycznej, której członkiem jest Naczelna Izba Lekarska, skierowanej uchwałą na wyjazd związany z zajmowaniem tego stanowiska funkcyjnego, koszty związane z podróżą mogą być pokrywane ze środków Naczelnej Izby Lekarskiej jedynie w przypadku gdy nie pokrywa ich właściwa organizacja międzynarodowa.
2. Osoba, o której mowa w ust. 1, przedstawia zasady pokrywania kosztów obowiązujące w danej organizacji międzynarodowej w przypadku danego wyjazdu jako załącznik do projektu uchwały PNRL.
3. Ze środków Naczelnej Izby Lekarskiej można wstępnie opłacić koszty związane z podróżą osób, o których mowa w ust. 1, pokrywane przez organizację międzynarodową. W takim przypadku Naczelna Izba Lekarska niezwłocznie występuje do właściwej organizacji międzynarodowej o zwrot poniesionych kosztów.

§ 6.

1. Po zakończeniu wyjazdu zagranicznego przedstawiciel Naczelnej Izby Lekarskiej składa sprawozdanie z przebiegu wyjazdu obejmujące informacje o jego przebiegu i rezultatach. W przypadku skierowania na dany wyjazd więcej niż jednego przedstawiciela Naczelnej Izby Lekarskiej wystarczy złożyć jedno, wspólne sprawozdanie.
2. Sprawozdanie, o którym mowa w ust. 1, składa się Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej.

§ 7.

Traci moc uchwała Nr 86/97/II Naczelnej Rady Lekarskiej z dnia 14 lutego 1997 r. w sprawie zasad kierowania za granicę przedstawicieli Naczelnej Izby Lekarskiej (Biuletyn NRL 3/35/1997).

§ 8.

Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

SEKRETARZ
Mariusz Janikowski

PREZES
Maciej Hamankiewicz

**UCHWAŁA Nr 42/10/VI
NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ
z dnia 17 grudnia 2010 r.**

**zmieniająca uchwałę w sprawie powołania
przewodniczących komisji i zespołów
Naczelnej Rady Lekarskiej**

Na podstawie art. 39 ust.1 pkt 5 i 6 ustawy z dnia 2 grudnia 2009 r. o izbach lekarskich (Dz.U. Nr 219, poz. 1708) i § 6 ust. 1 Regulaminu Naczelnej Rady Lekarskiej, stanowiącego załącznik do uchwały Nr 14 X Krajowego Zjazdu Lekarzy z dnia 29 stycznia 2010 r. w sprawie regulaminu Naczelnej Rady Lekarskiej uchwała się, co następuje:

§ 1.

W § 1 uchwały Nr 5/10/VI z dnia 12 lutego 2010 r. w sprawie powołania przewodniczących komisji i zespołów Naczelnej Rady Lekarskiej wprowadza się następującą zmianę:

- pkt 8 otrzymuje brzmienie:

„8/ Zespołu ds. Ubezpieczeń - Martę Klimkowską-Misiak”.

§ 2.

Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

**SEKRETARZ
Mariusz Janikowski**

**PREZES
Maciej Hamankiewicz**

**UCHWAŁA Nr 43/10/VI
NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ
z dnia 17 grudnia 2010 r.**

**zmieniająca uchwałę w sprawie składu komisji
i zespołów Naczelnej Rady Lekarskiej**

Na podstawie art. 39 ust.1 pkt 5 i 6 ustawy z dnia 2 grudnia 2009 r. o izbach lekarskich (Dz.U. Nr 219, poz. 1708) i § 6 ust. 1 Regulaminu Naczelnej Rady Lekarskiej, stanowiącego załącznik do uchwały Nr 14 X Krajowego Zjazdu Lekarzy z dnia 29 stycznia 2010 r. w sprawie regulaminu Naczelnej Rady Lekarskiej uchwała się, co następuje:

§ 1.

W § 1 uchwały Nr 14/06/VI z dnia 26 marca 2010 r. w sprawie składu komisji i zespołów Naczelnej Rady Lekarskiej wprowadza się następujące zmiany:

- pkt 4 otrzymuje brzmienie:

„Komisja d.s. Lekarzy Emerytów i Rencistów

Przewodniczący: Kazimierz Kłodziński

Członkowie: Stanisław Dzieciuchowicz, Irena Utrata, Ryszard Grabowski, Halina Piławska, Tadeusz Chowanec, Maria Łyczewek-Zwierz, Małgorzata Pełka-Grzesik, Halina Teodorczyk, Maciej Mroźewski”.

§ 2.

Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

**SEKRETARZ
Mariusz Janikowski**

**PREZES
Maciej Hamankiewicz**

**UCHWAŁA Nr 44/10/VI
NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ
z dnia 17 grudnia 2010 r.**

**w sprawie ustalenia kosztów czynności Naczelnego
Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej w 2010 r.
przejętych od organów administracji państwowej**

Na podstawie art. 39 ust. 1 ustawy z dnia 2 grudnia 2009 r. o izbach lekarskich (Dz.U. Nr 219, poz. 1708) oraz uchwały Nr 18 VIII Krajowego Zjazdu Lekarzy z dnia 21 stycznia 2004 r. w sprawie zwrotu kosztów poniesionych przez samorząd lekarski na realizację zadań przejętych od organów administracji państwowej, uchwała się, co następuje:

§ 1.

Koszty czynności Naczelnego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej przejętych od organów administracji państwowej w 2010 r. (za 1 sprawę) wyniosły:
1/ sprawy rozpoczęte w 2009 r. i zakończone w 2010 r. – 1363 zł

2/ sprawy wszczęte w 2010 r.:

a/ wyłączenie okręgowego rzecznika odpowiedzialności zawodowej i wyznaczenie innego – 1000 zł,

b/ przejęte z urzędu do prowadzenia przez Naczelnego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej – 10000 zł,

c/ rozpatrzone zażalenia na przewlekłość postępowania okręgowego rzecznika odpowiedzialności zawodowej – 4000 zł,

d/ prolongaty postępowań wyjaśniających prowadzonych przez okręgowych rzeczników odpowiedzialności zawodowej – 500 zł

§ 2.

Traci moc pkt. 3 ppkt b w § 1 uchwały Nr 26/07/V z dnia 14 grudnia 2007 r. w sprawie ustalenia kosztów czynności przejętych od organów administracji państwowej.

§ 3.

Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

**SEKRETARZ
Mariusz Janikowski**

**PREZES
Maciej Hamankiewicz**

**UCHWAŁA Nr 45/10/VI
NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ
z dnia 17 grudnia 2010 r.**

**w sprawie zmiany budżetu Naczelnej Izby Lekarskiej
na 2010 r.**

Na podstawie art. 39 ust. 1 pkt 14 ustawy z dnia 2 grudnia 2009 r. o izbach lekarskich (Dz.U. Nr 219, poz. 1708) uchwała się, co następuje:

§ 1.

Przyjmuje się zmianę budżetu Naczelnej Izby Lekarskiej na rok 2010 w brzmieniu stanowiącym załącznik do niniejszej uchwały.

§ 2.

Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

**SEKRETARZ
Mariusz Janikowski**

**PREZES
Maciej Hamankiewicz**

Załącznik do Uchwały NRL Nr 45/10/VI z dnia 17 grudnia 2010 - www.nil.org.pl

**Apel 1/10/VI
Naczelnej Rady Lekarskiej
z dnia 17 grudnia 2010 r.**

**w sprawie nowelizacji art. 132 ust.3 ustawy z dnia
27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej
finansowanych ze środków publicznych**

Naczelna Rada Lekarska wnosi o usunięcie z art. 132 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych ust. 3 zakazującego zawieranie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej z lekarzem, jeżeli udziela on świadczeń u świadczeniodawcy, który zawarł umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej z Funduszem.

Naczelna Rada Lekarska wielokrotnie podnosiła brak uzasadnienia merytorycznego, czy wreszcie finansowego istnienia tego zakazu. Godzi on także w prawo każdego podmiotu gospodarczego do równego traktowania, bowiem oznacza zakaz ubiegania się o kontrakt lekarza prowadzącego prywatną praktykę, który udziela świadczeń (w tym w innym zakresie – np. w różnych specjalnościach) u innego świadczeniodawcy, który zawarł kontrakt z Funduszem.

Prowadzi to często, w wąskich specjalnościach, do braku możliwości korzystania z określonych świadczeń przez pacjentów, w konsekwencji może naruszać bezpieczeństwo zdrowotne obywateli.

Naczelna Rada Lekarska stwierdza jednocześnie, że nie tylko zakaz przewidziany w art. 132 ust. 3 budzi zastrzeżenia, ale dodatkowo jego interpretacja dokonywana przez niektóre oddziały wojewódzkie NFZ, zmierzająca do wyeliminowania z konkursu ofert np. zoz-ów prowadzonych w formie spółki, gdy jednym z udziałowców jest lekarz udzielający świadczeń w ramach kontraktu z innym świadczeniodawcą. Są to działania wymierzone nie tylko w lekarzy, ale również pacjentów.

**SEKRETARZ
Mariusz Janikowski**

**PREZES
Maciej Hamankiewicz**

UWAGA UWAGA UWAGA

Upzejmie informujemy, że ogłoszenia do „Gazety Lekarskiej” przyjmujemy pod numerami telefonów:
(22) 232 05 68, (22) 232 18 01, (22) 22 232 17 91

Ostateczny termin przysyłania zamówień upływa 7. dnia miesiąca poprzedzającego ukazanie się ich w druku. Ogłoszenia przesłane po tym terminie ukażą się w następnym miesiącu. Warunkiem zamieszczenia ogłoszenia jest dołączenie do zamówienia dowodu wpłaty.

Cennik ogłoszeniowy: • Konkurs na ordynatora 1650,00 zł + VAT (22%)
• Zatrudnię lekarza, drobne: 9,00 zł za słowo + VAT (22%) •

Konto Nr IBAN: PL 39188000090000001100128110

Wpłaty dokonane na inne konto niż podane nie będą uwzględniane.

Bez załączonego dowodu wpłaty zamówienie nie będzie zakwalifikowane do druku. Przyjmujemy także ogłoszenia przesyłane drogą elektroniczną:

mateusz.gajda@axelspringer.pl, malgorzata.galazka@axelspringer.pl, magda.maj-nowisz@axelspringer.pl

KONKURSY NA ORDYNATORÓW

Dyrektor Szpitala Miejskiego im. J. Brudzińskiego w Gdyni, ul. Wójta Radtkego 1 81-348 Gdynia w porozumieniu z Okręgową Izbą Lekarską w Gdańsku ogłasza konkurs na stanowisko

- » **ORDYNATORA SZPITALNEGO ODDZIAŁU RATUNKOWEGO,**
- » **ORDYNATORA ODDZIAŁU REHABILITACJI NEUROLOGICZNEJ**

Wymogi kwalifikacyjne określa rozp. MZIOS z 29.03.1999 r. (Dz.U. Nr 30, poz. 300). Kandydaci 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.) i regulaminie konkursu przyjętym przez Komisję Konkursową: - Podanie o przyjęcie na stanowisko objęte konkursem; - Dokumenty stwierdzające kwalifikacje zawodowe wymagane do zajmowania danego stanowiska, - Prawo wykonywania zawodu; - Opisany przez kandydata przebieg pracy zawodowej; - Krótką, pisemną koncepcję funkcjonowania oddziału; - Opinię z pracy z okresu ostatnich 3 lat oraz dodatkowo co najmniej dwie opinie o kwalifikacjach zawodowych kandydata; - Inne dokumenty potwierdzające dorobek i kwalifikacje zawodowe kandydata. Dokumenty należy składać w terminie do 30 dni od daty ukazania się ogłoszenia w „Gazecie Lekarskiej” pod adresem: **Szpital Miejski im. J. Brudzińskiego w Gdyni, ul. Wójta Radtkego 1, 81-348 Gdynia** z adnotacją na kopercie: Konkurs na stanowisko: Ordynatora. O terminie przeprowadzenia konkursu kandydaci zostaną powiadomieni indywidualnie.

Dyrekcja Wielospecjalistycznego Szpitala Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej w Nowej Soli w porozumieniu z Okręgową Izbą Lekarską w Zielonej Górze ogłasza konkurs na stanowisko

- » **ORDYNATORA ODDZIAŁU NEUROLOGII z PODODDZIAŁEM UDAROWYM**

Wymagane kwalifikacje zgodnie z Rozp. MZIOS z

dn. 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). Kandydaci zgłaszający się do konkursu powinni złożyć dokumenty wymienione w § 11 Rozp. MZIOS z dn. 19.08.1998 r. (Dz.U. Nr 115, poz. 749 z późn. zm.): - podanie o przyjęcie na stanowisko objęte konkursem; - dokumenty potwierdzające kwalifikacje zawodowe wymagane do zajmowanego stanowiska; - prawo wykonywania zawodu; - opisany przez kandydata przebieg pracy zawodowej; - opinię o pracy z ostatnich 3 lat; - co najmniej dwie opinie o kwalifikacjach zawodowych kandydata; - inne dokumenty, w szczególności potwierdzające dorobek i kwalifikacje zawodowe kandydata. Oferty w zamkniętych kopertach z napisem „Konkurs na stanowisko Ordynatora Oddziału Neurologii z pododdziałem udarowym” z podaniem imienia, nazwiska oraz adresu składającego ofertę należy złożyć w terminie 30 dni od daty opublikowania ogłoszenia w „Gazecie Lekarskiej” pod adresem: **Wielospecjalistyczny Szpital Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej, 67-100 Nowa Sól, ul. Chałbińskiego 7**. O terminie konkursu kandydaci zostaną powiadomieni indywidualnie.

Dyrekcja Zespołu Opieki Zdrowotnej w Busku-Zdroju w porozumieniu ze Świętokrzyską Izbą Lekarską ogłasza konkurs na stanowisko

- » **ORDYNATORA ODDZIAŁU CHIRURGII OGÓLNEJ,**
- » **ORDYNATORA ODDZIAŁU GINEKOLOGICZNO-POŁOŻNICZEGO**

Kandydaci spełniający wymagania kwalifikacyjne określone w rozp. MZIOS z 29.03.1999 r. (Dz.U. Nr 30 poz. 300) proszeni są o składanie dokumentów określonych w rozp. MZIOS z dnia 19.08.1998 r. (Dz.U. Nr 115, poz. 749 z późn. zm.) w terminie 30 dni od daty ukazania się ogłoszenia w „Gazecie Lekarskiej” pod adresem: **Zespół Opieki Zdrowotnej ul. Boh. Warszawy 67, 28-100 Busko-Zdrój**; tel. 41 378 24 01 tel./fax 41 378 27 68, w zamkniętej

kopercie z adnotacją „Konkurs na stanowisko...” z podaniem imienia, nazwiska oraz adresu do korespondencji. O terminie konkursu kandydaci zostaną powiadomieni indywidualnie.

Dyrektor Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej w Lubartowie ogłasza konkurs na stanowiska

- » **ORDYNATORA ODDZIAŁU CHIRURGII OGÓLNEJ**
- » **ORDYNATORA ODDZIAŁU NEONATOLOGII**

Kandydaci zgłaszający się do konkursu powinni posiadać kwalifikacje określone w §10 Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 17 maja 2000 r. w sprawie wymagań, jakim powinny odpowiadać osoby na stanowiskach kierowniczych w zakładach opieki zdrowotnej określonego rodzaju (Dz.U. Nr 44 poz. 520 z późn. zm.) oraz złożyć dokumenty określone w §11 ust. 1 Rozp. MZIOS z dnia 19 sierpnia 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 późn. zm.), oraz opisać przebieg pracy zawodowej w ankiecie opracowanej przez Komisję ds. konkursów ORL w Lublinie. Ponadto kandydaci na stanowisko Ordynatora Oddziału Neonatologii powinni posiadać specjalizację z neonatologii i 5-letni staż pracy w oddziale neonatologii. Za dokumenty potwierdzające kwalifikacje zawodowe uważa się oryginały lub kopie uwierzytelnione. Oferty wraz z dokumentami należy składać w terminie 30 dni od daty opublikowania ogłoszenia na adres: **Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Lubartowie, ul. Cicha 14, 21-100 Lubartów**. Przewidywany termin rozpatrzenia zgłoszonych kandydatur na Ordynatora Oddziału Chirurgii Ogólnej – nie później niż 60 dni od daty zakończenia składania ofert, na Ordynatora Oddziału Neonatologii – nie później niż 90 dni od daty ukazania się ogłoszenia. O miejscu i terminie przeprowadzenia konkursu kandydaci zostaną powiadomieni pisemnie.

Dyrekcja Wielkopolskiego Centrum Onkologii w Poznaniu, ul. Garbary 15 w porozumieniu z Wielkopolską Izbą Lekarską ogłasza konkurs na stanowisko

- » **ORDYNATORA ODDZIAŁU CHEMioterapii**

Kandydaci ubiegający się o ww. stanowisko powinni być lekarzami z prawem wykonywania zawodu w Rzeczypospolitej Polskiej, posiadający tytuł specjalisty w zakresie chemioterapii nowotworów lub onkologii klinicznej oraz posiadać co najmniej 8-letni staż pracy. Oferty zawierające dokumenty określone w rozporządzeniu MZIOS z dnia 19 sierpnia 1998 r. (Dz.U. Nr 115 z 1998 r. poz. 749, ze zmianami Dz.U. Nr 45 z 2000 r. poz. 530) prosimy składać w terminie do 30 dni od daty opublikowania ogłoszenia w „Gazecie Lekarskiej” pod adresem: **Wielkopolskie Centrum Onkologii, ul. Garbary 15, 61-866 Poznań**. Na kopercie kandydat umieszcza swoje imię, nazwisko i adres oraz adnotację „Konkurs na stanowisko Ordynatora Oddziału Chemioterapii”. Kopie dokumentów muszą być uwierzytelnione notarialnie lub przez właściwą Okręgową Izbę Lekarską albo przez upoważnioną przez kierownika zakładu ogłaszającą

tego konkursu do przyjmowania dokumentów. Przewidywany termin rozpatrywania ofert – 30 dni po terminie składania ofert. O terminie i miejscu konkursu kandydaci zostaną powiadomieni indywidualnie.

Dyrektor Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej Szpitala Wielospecjalistycznego w Jaworznie w porozumieniu ze Śląską Izbą Lekarską w Katowicach ogłasza konkurs na stanowisko

- » **ORDYNATORA ODDZIAŁU CHIRURGII DZIECIĘCEJ**
- » **ORDYNATORA ODDZIAŁU UROLOGII**

Kandydaci spełniający wymogi kwalifikacyjne określone w rozporządzeniu MZIOS z dnia 29 marca 1999 r. (Dz.U. Nr 30, poz. 300) proszeni są o nadsyłanie ofert wraz z dokumentami określonymi w rozporządzeniu MZIOS z dnia 19 sierpnia 1998 r. (Dz.U. Nr 115 poz. 749 z późn. zm.) w terminie 30 dni od daty ukazania się ogłoszenia na adres: **SP ZOZ Szpital Wielospecjalistyczny ul. Chelmońskiego 28, 43-600 Jaworzno** z adnotacją na kopercie: „Konkurs na stanowisko ordynatora oddziału”. Przewidywany termin konkursu do 6 miesięcy od daty ukazania się ogłoszenia. O terminie przeprowadzenia konkursu kandydaci zostaną powiadomieni indywidualnie. Warunki pracy i płacy zgodnie z Regulaminem Wynagradzania Pracowników SP ZOZ Szpitala Wielospecjalistycznego w Jaworznie. Regulamin konkursu jest do wglądu w Dziale Kadr Szpitala Wielospecjalistycznego w Jaworznie oraz w Śląskiej Izbie Lekarskiej w Katowicach.

Dyrekcja Samodzielnego Publicznego Zespołu Opieki Zdrowotnej w Zduńskiej Woli w porozumieniu z Okręgową Izbą Lekarską w Łodzi ogłasza konkurs na stanowiska

- » **ORDYNATORA ODDZIAŁU WEWNĘTRZNEGO**
- » **ORDYNATORA ODDZIAŁU DZIECIĘCEGO**
- » **ORDYNATORA ODDZIAŁU OPIEKI PALIATYWNEJ**

Kandydaci spełniający wymagania kwalifikacyjne określone w rozporządzeniu MZIOS z dnia 29.03.1999 r. (Dz.U. Nr 30 poz. 300) proszeni są o składanie dokumentów określonych w § 11 rozporządzenia MZIOS z dnia 19.08.1998 r. (Dz.U. Nr 115 poz. 749 z późn. zm.). Oferty prosimy kierować w zamkniętych kopertach w terminie 30 dni od daty ukazania się ogłoszenia pod adresem: **Samodzielny Publiczny Zespół Opieki Zdrowotnej w Zduńskiej Woli, ul. Królewska 29, 98-220 Zduńska Wola** z adnotacją na kopercie: „Konkurs na stanowisko Ordynatora Oddziału”. O terminie przeprowadzenia konkursu kandydaci zostaną powiadomieni indywidualnie.

Dyrektor Szpitala Zachodniego im. Jana Pawła II w Grodzisku Mazowieckim w porozumieniu z Okręgową Izbą Lekarską w Warszawie ogłasza konkurs na stanowiska

- » **ORDYNATORA ODDZIAŁU KARDIOLOGII INWAZYJNEJ**

KONKURSY NA ORDYNATORÓW

3-stanowiskowy w Bielsku-Białej – ścisłe centrum, lokal 80 m², budynek partelowy, trzy kontrakty z NFZ na lata 2011-2013 sprzedam, lub inne propozycje, tel. +48 600 918 000.

Zaufaj naszemu doświadczeniu!
Wyjechało z nami już prawie 1 000 lekarzy i dentystów.

OFERUJEMY:

- Stałe zatrudnienie: Dania, Francja, Niemcy, Norwegia, Szwecja
- Locum: Dania, Wielka Brytania, Irlandia

ZAPEWNIAMY:

- gwarancję zatrudnienia na zasadzie równych szans
- intensywny, stacjonarny, całkowicie bezpłatny kurs językowo-przygotowawczy
- wsparcie finansowe podczas kursu
- sesje językowe dla rodzin
- pomoc w rejestracji i przeprowadzce

Aktualne, szczegółowe oferty na:

www.paragona.com

A także: tel. 22 653 66 83

e-mail: kamila.pomacho@paragona.com



Wir suchen für ein christliches Ordens- und Lehrkrankenhaus mit mehr als 500 Betten in mitten einer reizvollen Umgebung in der Nähe von Salzburg (Österreich) eine(n)...

**OBERÄRZTIN / OBERARZT für
GYNÄKOLOGIE und GEBURTSHILFE**

Die Abteilung führt jährlich 850-900 Geburten mit vielen Risikoschwangerschaften durch (Ultraschall 3D/4D, Doppler, Elternschule). Ein Perinatalzentrum Level 2 ab der 27. Schwangerschaftswoche ist zugehörig.

In der Gynäkologie liegen die Leistungsschwerpunkte bei vaginalen und abdominalen Eingriffen mit entsprechendem onkologischem Anteil. Es werden Mammakarzinome mit 80 % Organerhaltung behandelt, sowie Sentinel-Lymphknoten und Hystero-/Laparoskopien durchgeführt.

Systemische Therapien werden angewandt, ein interdisziplinäres Tumorboard besteht, ebenso eine Urogynäkologische Ambulanz mit Messplatz, TVT/TOT und Meshes.

Geboten wird:

- ein sicherer Arbeitsplatz mit Entwicklungsmöglichkeiten
- Freizeitausgleich nach Nachtdiensten
- Ambulanz- und Chefarzt-Poolbeteiligung

Wenn Sie eine abgeschlossene Facharztausbildung haben, teamfähig, flexibel und loyal sind, dann **bewerben Sie sich!**

Ihre Bewerbung richten Sie bitte per Mail oder Post an:

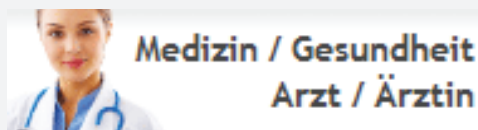
GRPconsult MMAG. PETER GRILL

4060 Leonding / Austria Steiglandweg 1

TEL: + 43 699 1075 2909 FAX: +43 732 671 500

MAIL: office@grpconsult.at WEB: www.grpconsult.at

DR. BORZYCH
CONSULTING



www.kariera-w-niemczech.pl/lekarz

Tutaj czekają na Ciebie atrakcyjne oferty pracy, specjalizacji i kariery.

www.karriere-in-deutschland.de/arzt

Dr. Borzych Consulting należy do liderów w zakresie rekrutacji polskich

- lekarzy specjalistów
- lekarzy w trakcie specjalizacji oraz
- lekarzy pragnących rozpocząć specjalizację

w wszystkich dziedzinach medycyny do pracy w wiodących klinikach, centrach medycznych i praktykach lekarskich na terenie całych Niemiec.

Oferujemy doradztwo kariery, atrakcyjne warunki pracy i rozwoju zawodowego, wysokie wynagrodzenie, pomoc w uzyskaniu prawa wyk. zawodu lekarza, uznaniu specjalizacji, załatwieniu innych formalności i pozyskaniu mieszkania. Nasze usługi są dla lekarzy nieodpłatne.

Znajdź interesującą Cię ofertę pracy i specjalizacji na Twoim Portalu Kariery Zawodowej w Niemczech www.karriere-in-deutschland.de/arzt. Chcesz otrzymać indywidualną ofertę pracy, przyslij nam swoje CV lub zadzwon (mówimy po polsku). Zadbamy o Twój sukces w Niemczech.

E-Mail: arzt@karriere-in-deutschland.de

Dr. Borzych Consulting e. K., D-40670 Meerbusch (b. Düsseldorf)
Tel. +49 2159 813 95, www.karriere-in-deutschland.de



www.pro-medicus.org

poszukujemy pilnie lekarzy specjalistów zainteresowanych podjęciem pracy w Niemczech, w klinikach lub centrach medycznych (lecnictwo otwarte), posiadamy również oferty objęcia stanowisk ordynatora lub zastępcy ordynatora. Poszukujemy również lekarzy zainteresowanych otwarciem lub kontynuacją specjalizacji. Posiadamy oferty umożliwiające uzyskanie subspecializacji na terenie Niemiec. Obecnie poszukujemy lekarzy zainteresowanych pracą w następujących kierunkach medycznych:

1. Anestezjologia i Intensywna Terapia
2. Chirurgia ogólna
3. Chirurgia naczyniowa
4. Chirurgia klatki piersiowej
5. Chirurgia dziecięca
6. Chirurgia plastyczna
7. Chirurgia twarzowo-szczękowa
8. Interna - Gastroenterologia, Kardiologia, Diabetologia, Pulmonologia, Geriatria
9. Kardiochirurgia
10. Ginekologia i położnictwo
11. Neurologia
12. Neurochirurgia
13. Onkologia
14. Ortopedia, chirurgia urazowa
15. Patologia
16. Pediatria
17. Psychiatria i psychoterapia
18. Psychiatria i psychoterapia dziecięca
19. Psychosomatyka
20. Radiologia
21. Rehabilitacja ortopedyczna
22. Rehabilitacja neurologiczna
23. Rehabilitacja kardiologiczna
24. Rehabilitacja medyczna
25. Urologia

Kliniki preferują osoby ze znajomością języka niemieckiego lub zainteresowane udoskonaleniem tej znajomości w najbliższym okresie czasu. Bardzo chętnie postaramy się również uzyskać miejsce na specjalizację lub subspecializację zgodnie z Państwa oczekiwaniami. Jesteśmy firmą z wieloletnim doświadczeniem w zakresie organizacji dla Państwa pracy i specjalizacji w Niemczech. Chętnie udzielimy Państwu naszej nieodpłatnej pomocy na każdym etapie naszej współpracy. Pomożemy Państwu w załatwieniu wszelkich formalności.

Informacje: telefon 0602 813 298

E-Mail info@pro-medicus.org

Zapraszamy Państwa serdecznie do współpracy z nami.



Großes ambulant operatives Zentrum mit breitem Leistungsspektrum und retinologischem Schwerpunkt: u.a.
>1000 Netzhaut/Glaskörper-OPs/Jahr
>2500 Cat-OPs/Jahr
refraktive Chirurgie
Glaukomchirurgie
Lidchirurgie

Fachärztin/Facharzt für Anästhesie

zur Verstärkung eines dynamischen Teams mit angenehmer Arbeitsatmosphäre. Geregelte Arbeitszeit. Keine Wochenenddienste. Deutschkenntnisse nötig.

MVZ Universitätsallee GmbH
Parkallee 301, 28213 Bremen
www.augenkl. universitätsallee.de
Antworten bitte per E-Mail an:
info@augenkl. universitätsallee.de

Wir suchen
für Bremen/
Deutschland:



Wir sind als überörtliche Berufsausübungsgemeinschaft im Raum Kassel/Eschwege (Hessen) auf dem Gebiet der konservativen und operativen Augenheilkunde tätig. Wir suchen kurzfristig einen/eine

Augenarzt / Augenärztin

der/die nach einer Probezeit evtl. auch an einer langfristigen Partnerschaft interessiert ist. Weitere Informationen zu der Stelle finden Sie auf www.karriere-in-deutschland.de/arzt | ID-Nr. 293. Bitte nehmen Sie den ersten Kontakt mit unserem Berater Herrn Dr. Tadeusz Borzych auf: Tel. +49 (0) 21 59 81 395 oder

E-Mail: arzt@karriere-in-deutschland.de

Dr. Borzych Consulting e. K., D-40670 Meerbusch (b. Düsseldorf)

Suche für unsere Privatpraxen in München

Fachärzte für Gynäkologie,
Internisten und Zahnärzte.
Bitte überdurchschnittliche Bezahlung,
Dienstwagen und Dienstwohnung.
Gerne auch Kollegen ab 50 Lebensjahr.
Helfe mit Deutsch.

Tel.0049 1713487816

Mail:gynmarek@yahoo.de

Dr Schuscik, Dr Trivax

Experienced Ophthalmic Surgeons Wanted

Optimax is a leading UK provider of refractive surgery offering a choice of procedures. To support our UK expansion we are recruiting experienced eye surgeons. The ideal candidate should speak good English and have excellent patient bedside manners.

Training in Excimer Laser Eye Surgery will be provided to the right candidates. Potential to earn up to £250,000 per year after the end of training.

If you enjoy a challenge in the UK private sector please email your CV and covering letter to: beata.mcmanus@optimax.co.uk or post to Mrs Beata McManus, Optimax, 128 Finchley Road, London NW3 5HT



Zwiększyć liczbę przeszczepów rodzinnych!

Program edukacyjny „Bliscy sobie” to pomysł na zwiększenie liczby przeszczepów rodzinnych.

Marzena Bojarczuk

W wyniku współpracy dyrektorów medycznych największych stacji dializ zrzeszonych w „Nefron” – Sekcji Nefrologicznej Izby Gospodarczej Medycyna Polska, oraz prof. Wojciecha Rowińskiego, krajowego konsultanta ds. transplantologii opracowany zostanie program edukacyjny dla lekarzy koordynatorów ds. przeszczepów rodzinnych. Jego pierwszym etapem jest kampania „Bliscy sobie”, a celem wzrost liczby przeszczepów rodzinnych, które obecnie stanowią w Polsce zaledwie 3% ogółu transplantacji.

„Nefron” – Sekcja Nefrologiczna Izby Gospodarczej Medycyna Polska powstała w czerwcu 2008 r. Jest częścią Krajowej Izby Gospodarczej, obecnie zrzesza operatorów ok. 160 (z ok. 250) publicznych i niepublicznych stacji dializ w Polsce. Przy sekcji powołano Komitet Naukowy złożony z wybitnych przedstawicieli środowiska nefrologicznego w kraju. Jednym z nich jest prof. Wojciech Rowiński – znany orędownik

przeszczepów rodzinnych i inicjator wielu działań w tej dziedzinie.

Wszechstronna edukacja

„W programie zamierzamy położyć nacisk na edukację na różnych poziomach – chcemy, by pacjenci byli informowani o przeszczepach rodzinnych zarówno przez lekarzy, pielęgniarki, jak i rodziny, które są żywym przykładem na to, że decyzja o oddaniu narządu ciężko chorującym bliskim jest słuszną i godną naśladowania” – mówi dr Dariusz Aksamit, prezes sekcji „Nefron”. W kolejnym etapie kampanii wybrani lekarze będą edukować personel stacji dializ, aby specjaliści na co dzień spotykający się z chory-

Przeszczep rodzinny przynosi wiele korzyści nie tylko biorcy, ale także dawcy.

mi mogli skutecznie informować i przekonywać do przeszczepów rodzinnych. Program będzie wdrażany w stacjach dializ oraz wśród pacjentów przed włączeniem do programu dializ, a także ich rodzin. W wyniku prowadzonych systematycznie działań w ramach kampanii „Bliscy sobie” każdy chory zdobędzie pełną wiedzę na temat przeszczepów rodzinnych. Planowane jest m.in. organizowanie w stacjach dializ spotkań informacyjnych z pacjentami i ich rodzinami, na które będą zapraszani także rodzeni dawcy i biorcy nerek.

Wbrew mitom i stereotypom

„Wiele osób utrwała stereotypy związane z przeszczepianiem narządów, zwłaszcza od dawcy żywego. To mity, które nie mają żadnego potwierdzenia w medycynie” – podkreśla prof. Wojciech Rowiński. „Człowiek ma dwie nerki, jednak do pełni zdrowia wystarczy praca jednego, nieobciążonego schorzeniami narządu. Niewielka liczba

przeszczepów rodzinnych w Polsce bierze się głównie z niewiedzy. Należy uświadomić społeczeństwo, że przeszczep rodzinny przynosi wiele korzyści nie tylko biorcy, ale także i dawcy” – dodaje. Dawcy żyją dłużej, gdyż przez 10 lat po pobraniu narządu znajdują się pod opieką szpitala, przechodzą regularne badania i bardziej dbają o zdrowie.

Sama operacja pobrania narządu jest bezpieczna dla dawcy, a groźne dla zdrowia powikłania zdarzają się bardzo rzadko. Statystyki medyczne pokazują, że pobranie narządu od dawcy żywego

W Polsce przeszczepy rodzinne stanowią zaledwie 3% zabiegów.

zwiększa szanse na powodzenie przeszczepu, a organ służy biorcy znacznie dłużej niż pacjentom, którzy otrzymali narząd od zmarłego. Jednak w Polsce przeszczepy rodzinne stanowią zaledwie 3% zabiegów przeszczepiania narządów, podczas gdy np. w Norwegii odsetek ten wynosi 45%, a w USA przeszczepiane nerki pochodzą w większości od dawców żywych. W Polsce przeszczepia się wszystkie dostępne nerki – liczba transplantacji zależna jest wyłącznie od liczby dawców, a nie biorców oczekujących na przeszczepienie. Zwiększyć liczbę przeszczepianych nerek można więc tylko poprzez zwiększenie liczby dawców. ◎

Klucz do raka płuca



Rak płuca należy do najczęstszych nowotworów złośliwych.

Lucyna Krysiak

Pod względem częstości występowania wśród mężczyzn znajduje się na pierwszym miejscu, wśród kobiet na trzecim. Od roku 2007 na raka płuca umiera więcej młodych kobiet niż z powodu raka piersi, co wynika z coraz bardziej popularnego wśród nich palenia papierosów. Co roku notuje się 24 000 nowych zachorowań. Mimo wysiłków lekarzy większość osób dotkniętych tym rakiem umiera.

Dzieje się tak, bo rak płuca za późno jest rozpoznawany. Tylko u 14% na tyle wcześnie, aby można było przeprowadzić operację. Szczególnie dramatyczna jest sytuacja w województwie podlaskim – w roku 2009 w powiatach łomżyńskim i suwalskim żaden z kilkudziesięciu chorych nie kwalifikował się do operacji z powodu dużego zaawansowania choroby. 19 listopada 2010 r. w Warszawie na IV Konferencji Naukowej Polskiej Grupy Raka Płuca lekarze specjalizujący się w tej dziedzinie debatowali, co zrobić, aby zmienić tę sytuację. Postęp dostrzegają w walce z paleniem tytoniu, edukacji prozdrowotnej społeczeństwa i diagnostyce molekularnej, dzięki której wykrywanie raka płuca będzie możliwe na zdecydowanie wcześniejszym etapie. Metoda ta jednak w Polsce dopiero

raczkuje. Jest zaledwie kilka ośrodków w kraju, gdzie można wykonać tego rodzaju badania – w Warszawie, Gdańsku i Wrocławiu. W 2010 r. przeprowadzono tam blisko 600 oznaczeń markerów wskazujących na obecność raka płuca, umożliwiających ocenę dalszych rokowań dla tych chorych oraz zastosowanie terapii celowanej. Zdaniem ekspertów należałoby ich wykonać 8000, aby móc mówić o przełomie, bo o powszechnej dostępności do tego rodzaju badań na razie można pomarzyć. Przyszłość należy jednak do diagnostyki molekularnej.

Prof. Tadeusz Orłowski, prezes Polskiej Grupy Raka Płuca i krajowy konsultant w dziedzinie chirurgii klatki piersiowej, potwierdza, że obecnie u większości pacjentów choroba jest wykrywana zbyt późno, kiedy nie można już wprowadzić leczenia chirurgicznego, ale jedy-

Gdyby raka rozpoznano wcześniej i chorych poddano w tym czasie operacji, przeżyłoby ich 50%. Diagnostyka molekularna jest do tego kluczem. Umożliwia terapię ukierunkowaną.

nie leczenie farmakologiczne. Tymczasem farmakologia wydłuża czas przeżycia do 5 lat zaledwie 15% chorych. Gdyby raka rozpoznano wcześniej i chorych poddano w tym czasie operacji, przeżyłoby ich 50%. – Diagnostyka molekularna jest do

tego kluczem, bo umożliwia znacznie większej liczbie pacjentów z rakiem płuca zakwalifikowanie się do operacji i prowadzenie terapii ukierunkowanej, zgodnej z obowiązującymi wytycznymi – tłumaczy profesor.

W Polsce tylko 14% pacjentów zgłasza się w tak wczesnym stadium, aby raka można było usunąć chirurgicznie. U pozostałych stosuje się radio- i chemioterapię oraz terapie celowane. Leki przeciwnowotworowe nowej generacji – inhibitory kinazy tyrozynowej (TKI) stosowane w leczeniu celowanym pomagają tylko w raku gruczołowym płuca i tylko u około 10% chorych. Jednak w przypadku tej mutacji korzystnie reaguje na nie od 70 do 80% pacjentów i u nich diagnostyka molekularna jest nieoceniona. W opinii specjalistów oprócz niewielkiej liczby ośrodków diagnostycznych szersze stosowanie tej metody ogranicza niewłaściwe pobieranie materiału do badań. Zdaniem prof. Joanny Chorostowskiej-Wynimko, kierującej Samodzielną Pracownią Diagnostyki Molekularnej w Instytucie Gruźlicy i Chorób Płuc w Warszawie, często możliwości leczenia ogranicza też zbyt późna reakcja lekarza opieki podstawowej na typowe objawy raka płuc, takie jak kaszel, krwiotłucie czy chudnięcie. Zanim pacjent trafi do ośrodka onkologicznego, przez kilka miesięcy jest bezskutecznie leczony antybiotykami, a jedynym badaniem diagnostycznym jest wykonanie zdjęcia rentgenowskiego płuc. Tymczasem niewielka zmiana w płucach jest trudna do wykrycia zwykłym rentgenem, a nawet tomografem komputerowym. ◎



75 lat Śląskiej Izby Lekarskiej

GRAŻYNA OGRODOWSKA

26 lipca 1934 r. minister zdrowia i opieki społecznej wydał rozporządzenie o ustanowieniu Śląskiej Okręgowej Izby Lekarskiej z siedzibą w Katowicach.

Kilka dat

Pierwsze wybory do władz izby przeprowadzono w maju 1935 r. Jednak już po 16 latach, w maju 1951 r., zlikwidowano samorząd lekarski. Na całych 38 lat. W 1989 r. samorząd lekarski zaczął od nowa pisać swoją historię. 1 grudnia 2010 r. w Domu Lekarza w Katowicach, podczas uroczystego posiedzenia ORL, obchodziliśmy uroczysty jubileusz.

Kilka postaci

Przewodniczącym ORL pierwszej, przedwojennej kadencji został Ignacy Nowak (1887-1966), lekarz ginekolog z Chorzowa. Pierwszy prezes odrodzonego samorządu Zygfried Wawrzynek jest rówieśnikiem ŚIL,

urodził się bowiem w 1935 r. Podkreśla, że zawsze starał się naśladować swoich poprzedników. Prezes śląskiej ORL (przez dwie kadencje) Maciej Hamankiewicz został wybrany na prezesa Naczelnej Rady Lekarskiej w styczniu 2010 r. Od listopada 2009 r. samorządowi lekarskiemu na Śląsku przewodniczy Jacek Kozakiewicz.

W czasie grudniowej uroczystości wręczono złote Odznaki Honorowe za Zasługi dla Województwa Śląskiego. Otrzymało je trzech lekarzy, członków Śląskiej Izby Lekarskiej, wieloletnich działaczy samorządu: dr Danuta Korniak, dr Janusz Heyda oraz prof. Stanisław Nowak.

Kilka wystąpień

Nie zabrakło znakomitych gości, także spoza regionu, polityków, duchownych, przedstawicieli samorządów zawodowych, uczelni medycznych, izb lekarskich. Były okolicznościowe statuetki, serdeczne życzenia, ciepłe słowa i podziękowania dla leka-

rzy działających na rzecz ŚIL od wielu lat. Prezes Jacek Kozakiewicz przypomniał historię, współczesne dokonania i liczne sukcesy izby, zaś prezes NRL Maciej Hamankiewicz przybliżył postać patrona dr. Andrzeja Miełckiego. Dr Janusz Heyda w imieniu odznaczonych mówił o etosie zawodu lekarza.

Bardzo ważnym, wyważonym głosem rozsądku nazwano wykład honorowego gościa jubileuszu, rzecznika praw obywatelskich prof. Ireny Lipowicz. Pani profesor podkreślała m.in., jak trudne zadania mają izby lekarskie, które nie mogą dziś rezygnować z „walki o akceptację społeczną, bo to z niej wypływają późniejsze decyzje parlamentu i rządu”. Mówiła też, że izby lekarskie nie są instytucją doskonałą, muszą więc zdać sobie sprawę z konieczności zmiany wizerunku i walczyć o zrozumienie dla dylematów lekarza w polskim społeczeństwie, bo „jeszcze nigdy dotąd nie stały przed takim wyzwaniem i jeszcze nigdy dotąd nie były aż tak potrzebne”.

Podziękowanie od arcybiskupa Damiana Zimonia przekazane przez ks. Krzysztofa Tabatha, archidiecezjalnego duszpasterza służby zdrowia, wpisało się w głosy, które było sły-chać podczas jubileuszu, o biurokracji, urzędniczej nowomowie i problemach lekarzy. Ksiądz Tabath, dziękując lekarzom za to, co robią dla chorych, przypomniał, że Jezus uzdrawiając, nie robił żadnej procedury... ☉



TAKA IMPREZA TO TAKŻE SYMPATYCZNY SPOSÓB RODZINNEGO SPĘDZANIA WOLNEGO CZASU, BO CZĘŚĆ ZAWODNIKÓW ZABIERA NA MISTRZOSTWA RODZINY.

Najlepsi medycy z Zabrze

Lekarze po raz szesnasty spotkali się na mieleckim boisku.

ANETA DYKA-URBAŃSKA

Trzyście lekarskich drużyn, wielkie emocje, zacięta walka o podium, ale także miniwiderowisko sportowe z udziałem dzieci – XVI Mistrzostwa Polski Lekarzy w Halowej Piłce Nożnej, które odbyły się w grudniu w Mielcu, przyniosły złoty medal drużynie z Zabrze.

Po zaciętej rywalizacji na podium stanęły również ekipy PPMK Łódź oraz lekarze z Torunia, a czwarte miejsce zajęli medycy z Krakowa.

„Impreza ma bardzo duży walor integrujący środowisko medyczne, które coraz lepiej się poznaje, świetnie się razem bawiąc. Poza tym oczywiście promujemy powiat mielecki i sam Mielec, który utrwała się w pamięci ponad 150 ludzi i ich rodzin jako ośrodek, w którym sport ma wciąż bardzo duże znaczenie.

Są tu obiekty i ludzie, którzy chcą i potrafią zorganizować świetną imprezę piłkarską” – mówi Zbigniew Bober, dyrektor pogotowia ratunkowego w Mielcu, jeden z organizatorów.

Z kolei Leszek Kołacz, dyrektor Szpitala Powiatowego w Mielcu, podkreśla ogromną rolę mistrzostw w budowaniu siły mieleckiego szpitala. „Trzeba sobie zdać sprawę, że bez wielu rozmów, podpowiedzi, ustaleń, wskazówek doświadczonych lekarzy, które tu padły, nie byłoby niektórych nowych oddziałów szpitala. To życzliwość medyków, którzy przyjeżdżając tu, chcą się nie tylko bawić, ale również służyć swoją wiedzą, sprawiła, że tworząc szpitalne jednostki, szukając fachowców do pracy, kupując sprzęt, wiedzieliśmy, jak to zrobić najlepiej” – mówi dyrektor.

Organizatorzy są zachwyceni, bo co roku zainteresowanie uczestników

jest bardzo duże, a na pytanie, czy idea powinna być kontynuowana i czy mecze wciąż powinny odbywać się w Mielcu, odpowiedź medyków jest jednoznaczna: tak. „To pokazuje, jak taka impreza jest środowisku potrzebna. To także sympatyczny sposób rodzinnego spędzania wolnego czasu, bo część zawodników zabiera na mistrzostwa rodziny. Dzieci mają okazję, zgodnie z naszą tradycją, zaprezentować się na boisku. Jeśli jest ich zbyt mało, żeby rozegrać mecz, maluchy pokazują swoje talenty, próbując strzelić bramkę doświadczonemu bramkarzowi” – mówi Leszek Kołacz.

Ciekawostką było, że załoga z Torunia odegrała ważną rolę nie tylko na boisku, ale również na drodze, gdzie zdarzył się wypadek (w okolicach Jasłan). Nim przybyło pogotowie, rannej kobiecie została udzielona pomoc. „W przyszłym roku drużyna z Torunia może liczyć na nagrodę FAIR PLAY” – zapowiada Zbigniew Bober.

Najlepszym zawodnikiem mistrzostw okazał się Konrad Korniluk z Medyka Zabrze, a najlepszym bramkarzem Grzegorz Golański z OIL Łódź. Najwięcej bramek strzelili: Michał Kaczyński, Konrad Korniluk, Tomasz Wanielista i Dawid Grochała. W drodze rzutów karnych wyłoniono króla strzelców, którym został Dawid Grochała z Łodzi.

Mistrzostwa zakończyły się uczczeniem minutą ciszy pamięci doktora Grzegorza Rachwała, chirurga z Mielca, który odszedł w 2010 r. Był dwukrotnym mistrzem Polski w halowej piłce nożnej. ◎



Rozmowa z szybowcowym mistrzem świata dr. Sebastianem Kawą

Gdzie nie zaglądają nawet kondory

Osiągnął Pan wiele sukcesów, zdobył tytuły mistrza świata i mistrza Europy, jednak miniony rok był w Pana karierze wyjątkowy.

Tak, był z pewnością niezwykły. Udało mi się osiągnąć to, czego nie dokonał nikt przede mną – w jednym roku zdobyłem dwa tytuły mistrza świata. W styczniu wygrałem rozgrywane w Andach mistrzostwa świata w wyścigach szybowcowych, a w lipcu, na Słowacji, wywalczyłem złoty medal klasycznych mistrzostw. Jest to już moje dziesiąte zwycięstwo w najważniejszych zawodach szybowcowych. Rok ten zęnałem także w Andach, ale po

przeciwnej stronie, gdzie zmagalem się z wichrami Patagonii. To miejsce wyjątkowe. Piękna, dzika kraina. Potężne wiatry z południowego Pacyfiku uderzają wściekle w barierę Andów. Towarzyszą temu niezwykle zjawiska. Wiatry przekraczające 180 km/h wywołują fale, które sięgają w stratosferę. Lataliśmy na wysokościach ok. 6-8000 m, w temperaturze spadającej z wysokością nawet do minus 56 °C, niemal cały czas z użyciem aparatury tlenowej. Nie brakowało mocnych przeżyć. Tętno rejestrowane podczas lotów rzadko spadało nam poniżej 100/min, a w momentach krytycznych parametry krążenia

osiągały wartości krańcowe. Podczas 3-4-dniowych okresów aktywności „jet-streamów” nie było czasu na sen, bo lataliśmy po 14-15 godzin dziennie. Wyprawa ta dostarczyła mi niesamowitych doświadczeń. Poprawiłem kilka rekordów Polski. W jednym z lotów, jako pierwszy Polak, wykonałem przelot zamknięty długości 2163 km, a w innym przelot na dystansie ponad 1000 km ze średnią prędkością bliską 240 km/h, czyli tak jakby w cztery godziny przelecieć z Bielska-Białej do Gdańska i z powrotem. Wielokrotnie latałem z prędkościami odcinkowymi przekraczającymi 400 km/h. I to wszystko bez silnika.



Które z ubiegłorocznych zawodów były najtrudniejsze?

Obydwa starty były niezwykle trudne. W Andach zderzyłem się z ogromem gór i zjawiskami, których dotąd nie doświadczyłem w swojej karierze. W takich skalnych pustkowiach lata się często, niemal rysując skrzydłem kamienne ściany, ze świadomością, że granica między sukcesem a katastrofą to czas kilku minut, a nawet sekund. Tam w Chile musiałem szybko poznać przed zawodami ogromne przestrzenie gór, do których nie zaglądają nawet kondory, i uczyć się wielu nowych rzeczy. Z kolei w lecie na Słowacji występowałem w roli faworyta, ale to ogromne obciążenie, bo przeciwko liderowi grają wszyscy, a zawody trwają aż dwa tygodnie. Szczególnie zmobilizowali się żądni rewanżu Niemcy. Wykorzystując niuanse regulaminowe, wystawili aż pięciu zawodników

i wciągnęli do współpracy kilku innych. W przeciwieństwie do wyścigów, podczas klasycznych zawodów szybowcowych piloci dowolnie wybierają czas odlotu na trasę. Dawało to takiemu świetnemu zespołowi, wspomaganemu dodatkowo z ziemi przez ekipę ekspertów, wiele atutów. Musiałem z nimi rywalizować w pojedynkę. Wygrałem te zawody ryzykownymi posunięciami, na które nie zdecydowali się moi konkurenci, ale tylko towarzyszący mi w zawodach ojciec wie, ile to kosztowało potu i emocji.

Który sukces dał Panu najwięcej satysfakcji?

Najbardziej cenię zwycięstwa w wyścigach szybowcowych. To najtrudniejsze mistrzostwa, bo rozgrywane je w skalistych górach i według zasad wymuszających ostrą rywalizację. Pierwsze rozgrywane w Alpach, drugie w Nowej Zelandii, a trzecie w Chi-

le. U nas nie ma takich gór i nie miałem, tak jak reprezentanci bogatszych krajów, możliwości wcześniejszego poznawania kolejnych aren, więc każdy start stawiał przede mną nowe wyzwania. Mimo to wygrałem wszystkie trzy mistrzostwa świata rozegrane dotąd według tych reguł.

Jakie znaczenie miało dla Pana, osoby tak utytułowanej, przyznanie przez Komisję Sportu NRL wyróżnienia dla lekarza sportowca?

Jestem z niego dumny. Cieszę się, że tak egzotyczny dla większości ludzi sport jak szybownictwo znalazł uznanie w oczach NRL.

Czy udaje się Panu pogodzić wyczynowe uprawianie szybownictwa i praktykę lekarską?

Nie jest to łatwe. Rola reprezentanta Polski zabiera mi kilka miesięcy w roku, toteż od dwu lat pracuję tylko okresowo, jako wolontariusz szpitala.

Jakie są Pana plany na ten rok?

O wiele skromniejsze niż w poprzednim sezonie. W marcu będę na mistrzingu mistrzów w Afryce. W lipcu będę brał udział w mistrzostwach Europy, rozgrywanych w cyklach dwuletnich, naprzemiennie z mistrzostwami świata. A jeszcze czeka mnie udział w mistrzostwach Polski i paru innych zawodach. Jeśli zdobędę odpowiednie środki, to polecę na rekonesans do Teksasu, bo tam za rok będzie kolejny światowy finał.

ROZMAWIAŁ RYSZARD GOŁAŃSKI

**W DN. 16-17 KWIETNIA BR.
W SUCHYM LESIE K. POZNANIA
ODBĘDĄ SIĘ**

XI MISTRZOSTWA LEKARZY W PIŁCE SIATKOWEJ

ZGŁOSZENIA ZESPOŁÓW
DO 31 MARCA (MAKS. 10 DRUŻYN, DECYDUJE
KOLEJNOŚĆ ZGŁOSZEŃ, WPISOWE 500 ZŁ
OD DRUŻYNY). INFORMACJE I ZGŁOSZENIA:
MAREK KOMAR, TEL. 0604-111-083,
komarmarek1@gmail.com





Śpiewający lekarze

28 maja w Czeladzi na Festiwalu Ave Maria odbędzie się II Ogólnopolski Koncert Lekarzy.

Realizując hasło wspólnego muzykowania członkowie Kameralnego Zespołu Muzycznego przy WIL Operacja Muzyka pragną zachęcić wszystkich grających lekarzy do wzięcia udziału w tworzeniu Polskiej Orkiestry Lekarzy na wzór EDO lub EMSO. Koncert odbędzie się w Poznaniu 16 października 2011r. **Wszystkich chętnych prosimy o zgłaszanie się do Wielkopolskiej Izby Lekarskiej na adres: rejestr@wil.org.pl lub Dobrochny Martenki na adres: dobrochnamartenka@gmail.com**

Sprostowanie

16 października 2010 r. w Olsztynie odbył się I Ogólnopolski Koncert Lekarzy, w którym udział wzię-

li: Chór Lekarzy Medici pro Musica przy WMIL w Olsztynie pod kierunkiem Małgorzaty Wawruk, Chór Lekarzy Remedium przy OIL w Szczecinie prowadzony przez Ryszarda Handke, Chór Lekarzy Medicantus przy OIL w Warszawie pod kierunkiem Beaty Herman, Orkiestra Kameralna Operacja Muzyka przy WIL w Poznaniu prowadzona przez Dobrochnę Martenkę, Orkiestra Kameralna Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego pod kierunkiem Beaty Herman.

Artyści wystąpili pod batutą Jacka Kraszewskiego, wykonując mszę Józefa Haydna „Missa Sancti Nicolai in G”.

Przepraszamy wszystkich uczestników biorących udział w tym wspaniałym przedsięwzięciu za błąd, który pojawił się w informacji opublikowanej w grudniowej „Gazecie Lekarskiej”. ☉

KRYSTYNA BARTZ-DYLEWICZ

„BEZPIECZNY PACJENT – BEZPIECZNY LEKARZ”

Problem zdarzeń niepożądanych w opiece nad pacjentami jest coraz częściej podnoszony w środkach masowego przekazu. Niewłaściwe podejście do tych spraw podważa zaufanie pacjentów – fundament terapeutycznej relacji pacjent-lekarz. Konieczne jest budowanie kultury bezpieczeństwa, zaufania i otwartości między pacjentami i lekarzami. Z inicjatywy „Medycyny Praktycznej”

powstał niniejszy program. Obejmuje on m.in.: • konferencję dla menedżerów ochrony zdrowia pt. „Bezpieczny pacjent – bezpieczny lekarz – bezpieczny szpital” (Warszawa, 30.03.2011) • symposium „Dylematy etyczne w praktyce lekarskiej – jak lekarz powinien postąpić, gdy popełni błąd” (Warszawa, 31.03.2011) Do udziału w realizacji programu włączyły się liczne organizacje środowiska medycznego i pacjentów. Szczegółowe informacje można znaleźć na stronie internetowej www.bezpieczny.mp.pl

ZJAZD KOLEŻEŃSKI

WYDZIAŁ LEKARSKI
KATOWICE I ZABRZE
ŚLAM, ROCZNIK 1975-81

W DN. 3-5 CZERWCA BR. W HOTELU „JAWOR”

W JAWORZNIE K. BIELSKA ODBĘDZIE SIĘ
ZJAZD ABSOLWENTÓW Z OKAZJI 30 ROCZNICY
UKOŃCZENIA STUDIÓW. KOSZT UCZESTNICTWA

350 ZŁ. ZAKWATEROWANIE PŁATNE

WE WŁASNYM ZAKRESIE (REZERWACJA PO
WPLACENIU KOSZTÓW UCZESTNICTWA, NR
KONTA 34 1050 1214 1000 0022 9035 3990,

Z DOPISKIEM „ZJAZD”). PROGRAM ZJAZDU

PRZEKAŻĘ NA ADRES DOMOWY PODANY NA

PRZEKAZIE (W PLANIE: W PIĄTEK RANO

UROCZYSTOŚCI NA NASZEJ ALMA MATER,

WIECZOREM UROCZYSTY BANKIET, SOBOTA

ZAJĘCIA W PODGRUPACH, WIECZOREM

WSPÓLNE GRIOLOWANIE). ZAINTERESOWANYCH

PROSZĘ O SZYBKIE DOKONANIE WPLATY.

INFORMACJE: MACIEK KAJOR,

TEL. 0502-272-110, E-MAIL:

MACIEJ_KAJOR@POCZTA.ONET.PL

R E K L A M A

CZWARTA CHARYTATYWNA GALA KARNAWALOWA
PRZYJACIÓŁ FUNDACJI LEKARSKIEJ

5 lutego 2011 roku
w hotelu Marriott

LICZNE ATRAKCJE
LOTTERIA FANTOWA I LICZTAGIE

Gwiazda wieczoru:
Natasza Urbańska - występ charytatywny

Wystąpi:
Zespół Drugi Tydzień

Wieczór poprowadzą:
Monika Richardson
Jacek Borkowski

Informacje i rezerwacje: Fundacja "Pro Paciente"
ul. Dąbrowskiego 141, 01-031 Warszawa, tel.: 0-22-611-811, 0-22-611-812
www.fundacja-pro-paciente.pl

Wstęp na Gala Fundacji jest wolny (nie ma limitu miejsc)

www.pro-paciente.pl

Miałem zaszczyt uczestniczyć w spotkaniu z Jerzym Maksymiukiem.

Mistrz, mimo bankietowej raczej atmosfery, nie rozstawał się z batutą, tłumacząc słuchaczom niuanse zakończonego przed chwilą koncertu. Nie było wątpliwości, kto orkiestrą i rozmową dyryguje.

Orkiestra dyrygentów

» Od dziewiętnastu lat przyglądamy się inicjatywie wspólnego działania na rzecz zdrowia i życia najmłodszych Polaków. Wielka Orkiestra Świątecznej Pomocy, oparta głównie na entuzjazmie dzieci i młodzieży poszukujących autorytetów, ale także przygody i zabawy, włącza całe rodziny do zbieractwa puszkowego z godłem czerwonego serduszka. Na czele wydawałoby się chaotycznej i zakręconej imprezy, przezywanej siemaniem i innymi pozdrowieniami, stoi niezmiennie Jerzy Owsiak, który z niesłychaną precyzją wprowadza do gry kolejne instrumenty i wydobywa dobre emocje.

» Polska ochrona zdrowia nerwowo poszukuje dyrygenta. Wypatrujemy go od lat, wskazujemy kandydatów wśród polityków, ekonomistów, lekarzy i lekarzy dentystów, którzy w lepszy niż inni sposób radzą sobie z trudną sztuką zarządzania medycyną. Wielu z nas w rozmowach, a także w publicznych dyskusjach prezentuje doskonale patenty na rozwiązanie wszelkich bolączek. Wiadomo nie od dziś, że znamy się nie tylko na medycynie, ale także na pra-



wie i trenowaniu piłkarzy. » Ostatni konwent prezesów izb lekarskich odbył się w salach Ministerstwa Zdrowia. Ze ścian przyglądali się naszej rozmowie ministrowie minionych kadencji, a nawet epok. Niektórzy, zanim poznali zawile korytarze Miodowej 15, zmieniali miejsce pracy, inni mieli dłuższą możliwość kierowania resortem, którego decyzje w wielu wypadkach wpływały i będą wpływać na wyborcze preferencje obywateli. Przecież zdrowie, zwłaszcza kiedy go zabraknie, jest najważniejsze. A słuch społeczny w tym wypadku jak zawsze doskonały.

» Kiedy zaczynałem pracę,

podczas stażu podyplomowego, nie miałem żadnych wątpliwości, kto kieruje pracami oddziału. Ordynator w sposób surowy wymagał wypełnienia wszelkich obowiązków wobec pacjentów. Oczywiście czasy były inne. Chorzy mieli znacznie mniej praw, pozbawieni byli wiedzy dostępnej jedynie w podręcznikach specjalistycznych, nie uczestniczyli w internetowej wymianie poglądów i przekazywaniu cudownych metod ozdrowieńczych oraz blogowaniu o personelu medycznym. Może z tego powodu utrzymanie nazwiska, posłuchu kadry medycznej i bycie wyrocznią wśród podopiecznych było łatwiej-

sze. Dzisiaj w jednej minucie potrafimy podważyć każdą decyzję, różnymi metodami, nie zawsze etycznymi. Sposobem na życie stało się funkcjonowanie bez poszanowania zdania i wiedzy innych. O zewnętrznym kierowaniu naszym losem, pracą zawodową, praktyką lekarską i karierą nie ma w tym momencie już żadnej dyskusji. Orkiestra samych dyrygentów.

» Jerzy Maksymiuk cierpliwie wyjaśniał, jak długo dochodził do prawidłowego wykonania stylizowanego na góralską nutę utworu Wojciecha Kilara. Ciągle coś było nie tak. Poszukiwał rozwiązań z najlepszymi muzykami, aż wreszcie wpadł na pomysł zmiany miejsc w klasycznym układzie orkiestronu. Wzbudziło to niemałe zamieszanie. Hierarchia skrzypiec i kontrabasów została zaburzona, możliwe, że w poczuć wielu estetów i melomanów zaburzona niedopuszczalnie. Wszyscy jednak milczeli, gdyż batutę może trzymać tylko jeden dyrygent, odpowiadający za każdy fałsz, ale i burzę braw, która podrywa widowisko do owacji na stojąco. ☉

KONKURS Z FILIŻANKĄ Przypominamy! Kolegium Redakcyjne „Gazety Lekarskiej” ogłosiło konkurs dziennikarski na reportaż o samorządzie lekarskim, którego regulamin znajduje się na stronie internetowej „GL”. Teksty zawierające nie więcej niż 5000 znaków edytorskich wraz ze spacjami należy przysyłać w jednym egzemplarzu na adres: „Gazeta Lekarska”, ul. Konduktorska 4, 00-755 Warszawa, z dopiskiem „REPORTAŻ Z FILIŻANKĄ” oraz na adres e-mail: konkurs@gazetalekarska.pl do 30 maja 2011 r. Zwycięski reportaż opublikujemy, wypłacimy honorarium autorskie, a na grudniowym posiedzeniu Naczelnej Rady Lekarskiej wręczymy porcelanową filiżankę, czyli nagrodę główną.



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

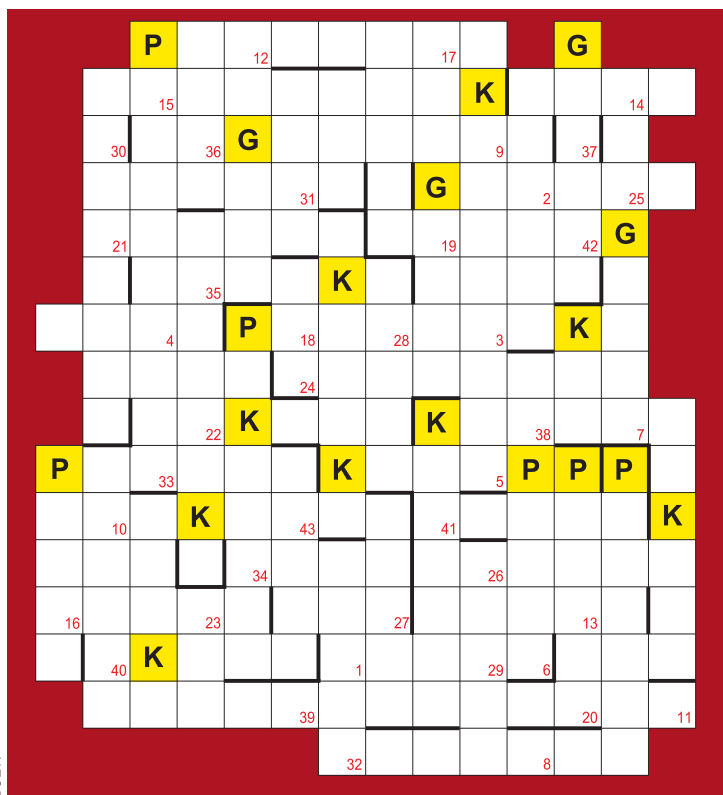
Reklama i ogłoszenia:
Kierownik sprzedaży: **Aldona Ciosek**
e-mail: aldonaciosek@axelspringer.pl
Mateusz Gajda
tel. 22-232-05-68, 600-064-140
e-mail: mateusz.gajda@axelspringer.pl
Małgorzata Gałązka
tel. 22-232-18-01, 668-276-630
faks +48 22 232 55 54
e-mail: malgorzata.galazka@axelspringer.pl
Magdalena Maj-Nowisz
tel. 22-232-17-91, 668-304-346
e-mail: magda.maj-nowisz@axelspringer.pl

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

Projekt graficzny:
Bogusław Kalwala

Materiał nie jest zamawianym przez redakcję i nie zwraca sobie
prawo do skrótnych, adiacji, zmiany tytułów. Redakcja nie odpo-
wieda za treść reklam - ogłoszeń. Autorów prosimy o przysyłanie
tekstów zapisanych na CD, e-mail w edytorze pracującym w śro-
dowisku Windows. Publikacja ta przeznaczona jest tylko dla osób
uprawnionych do wystawiania recept oraz osób prowadzących
obróty 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 163



BJER

Objaśnienia 63
hasel podano
w przypadkowej
kolejności.
W diagramie
ujawniono wszystkie
litery G, K i P.
Na ponumerowanych
polach ukryto
43 litery hasła, które
stanowi rozwiązanie.
Należy je przesłać
na kartce pocztowej
na adres redakcji
do 10 marca br.
Wśród autorów
prawidłowych
rozwiązań
rozlosujemy
nagrody książkowe
(prosimy o podanie
specjalizacji).

Córki Miłosierdzia, związane ze szpitalami • nadal konieczna do USA • bliscy
mówili mu Ziuk • sutura • anatema • największe jezioro Australii • piewik • grzyb
na substancji organicznej • radio jak globulka • Berber środkowosaharyjski •
rara • wielkość określona cyfrowo • dzierzawa • lewotyroksyna (Berlin-Chemie)
• godło Izraela • stolica Turcji • tkanina na wyspy • zboże na piwo • muza
z kitarą • w bucie, książce lub zupie • krzepnięcie wewnątrzmaczyniowe
rozsiane • ogon muflona • płynie przez Nebraskę • żmija z białym krzyżem
na głowie • rumuńska gerontolog, wynalazła Gerovital H3 • sprawa sądowa •
skolopendrium • vulnus • krzyż na piersiach kardynałów • góry w pld. Turcji •
wawrzyn • circa • oślepiiony przez Krzywoustego • Baskonia i Wolność • pem-
phigus • despotyczne rządy jednostki • mieszka w Bangkoku • wiedza, teoria •
pseudomembrana • nieroby, obiboki • talon, czek • partner Guerina przy
szczepionce BCG • Sezamkowa • założenie do udowodnienia • nadmorskie uz-
drowisko w pld. Azerbejdżanie • żółtakowatość (łac.) • pręt z gwintem i łbem •
produkuje dziurawki i sitówki • pseudotwórcy „Czterdziestolatka” • zapłodniona
komórka jajowa • najdłuższy dopływ Dunaju • islandzka fontanna • górnicze
wstrząsy podziemne • resuscytacyjny lub do prób wysiłkowych • zboże na bułki
• trzecia wyspa Malty • imię Kurosawy • obręcz (łac.) • zespół wyróżniających
się • Stalin lub Saakaszwili • pingwin z Antarktydy i Szetlandów • kierowana
przez proboszcza • książdz Sebastian, hydroterapeuta

Rozwiązanie Jolki lekarskiej nr 161 („GL” nr 12/2010)

Dopóki człowiek działa, błędzi. Faust. Goethe

Nagrody otrzymują: Magdalena Buczkowska (Warszawa), Władysław Burakowski
(Ciepłówek), Beata Kaczyńska (Lubin), Kamila Kruczkowska (Białystok), Justyna Madej (Kielce),
Anna Wójtowicz (Katowice).

Nagrodą za prawidłowe rozwiązania jest książka Danuty Mikołajewskiej „Reanimacja”
(Oficyna Wydawnicza WEXEL). Nagrody prześlemy pocztą.