

Gazeta Lekarska

PISMO IZB LEKARSKICH



Serce...

...na wagę złota



Jest nadzieja

Wiemy nie od dziś, jak trudno jest nakłonić posłów, aby wysłuchali uwag samorządu lekarskiego w pracach nad ustawami dotyczącymi ochrony zdrowia. Dlatego z satysfakcją przyjąłem informację o efektach prac sejmowej podkomisji zajmującej się pakietem ustaw zdrowotnych. Niektóre

propozycje zawarte w projektach rządowych budziły wiele kontrowersji i obaw. Wiele o nich pisano na naszych łamach, sporo miejsca i czasu zajmowały w mediach, nie będę zatem ich przytaczał po raz kolejny. Należy się cieszyć, że argumenty zgłaszane przez przedstawicieli NRL w toku

prac podkomisji zostały wzięte pod uwagę i wpłynęły na zmianę zapisów. Więcej pisze na ten temat Prezes Hamankiewicz w „Okiem Prezesa”. Do uchwalenia ostatecznego kształtu ustaw jeszcze daleko – komisja zdrowia, plenarne posiedzenie Sejmu, Senat i podpis prezydenta – nie-

Izby Lekarskiej, dr Milan Kubek, w liście skierowanym do naszego samorządu informuje, że zostało podpisane porozumienie czeskich lekarzy z Republiką Czeską (!), reprezentowaną przez ministra zdrowia. Porozumienie dotyczy znaczących podwyżek wynagrodzeń od pierw-

karskie, między innymi przez nasz samorząd oraz Stały Komitet Lekarzy Europejskich. O szczegółach tego porozumienia napiszemy w kolejnym numerze „Gazety”.

W numerze 2/2011 „GL”, w relacji z obchodów jubileuszu 75-lecia samorządu lekarskiego na Śląsku, pominięte zostało nazwisko Kolegi Wojciecha Marquardta, prezesa Izby Śląskiej w II i III kadencji. Wyrażam z tego powodu ubolewanie i serdecznie przepraszam w imieniu redakcji zarówno Kolegę Marquardta, jaki i Koleżanki i Kolegów z Izby Śląskiej.

Ryszard Golański
naczelnym@gazetalekarska.pl

Jest nadzieja, że przynajmniej część naszych postulatów zostanie spełniona.

mniej jest nadzieja, że przynajmniej część naszych postulatów zostanie spełniona.

Powód do niekwestionowanej satysfakcji mają nasi Koledzy w Czechach. Prezes Czeskiej

szego marca bieżącego roku i gwarancji kolejnych podwyżek w przyszłości. List wyraża także podziękowanie za wsparcie czeskich Kolegów przez liczne organizacje le-

MIGAWKA

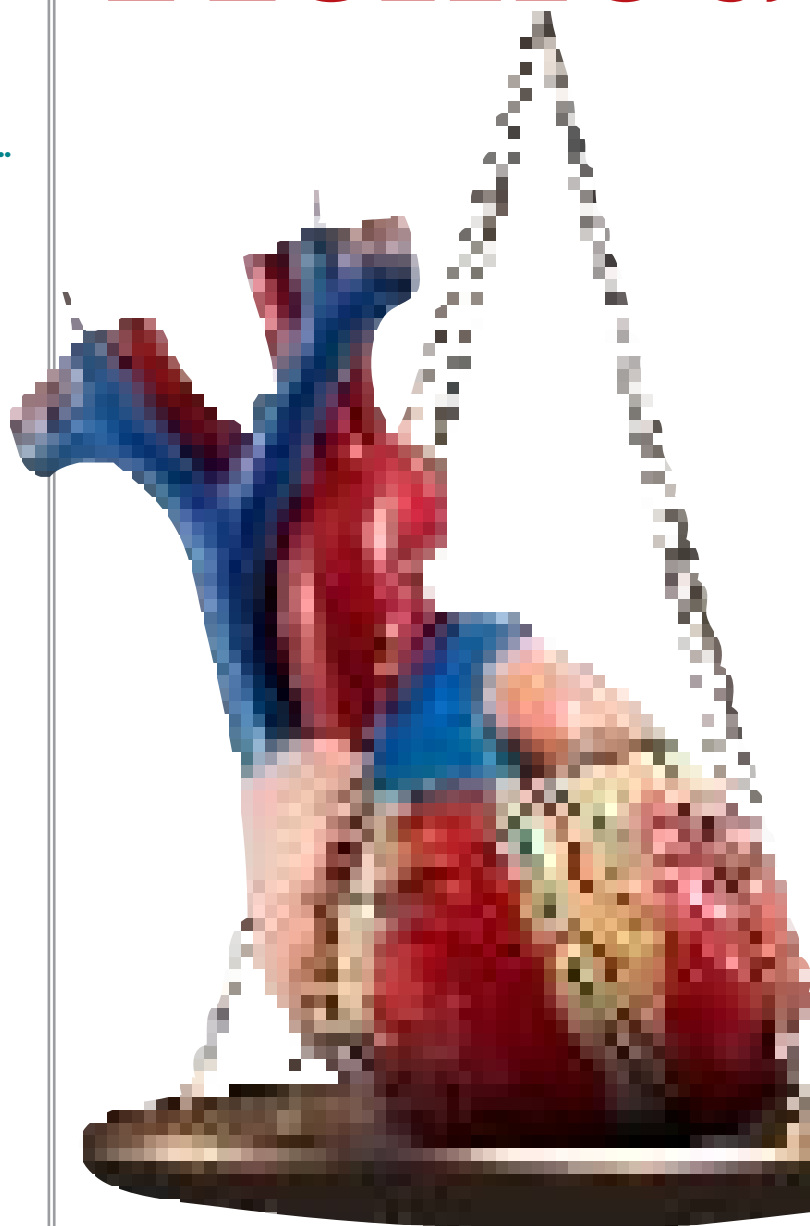


Fot.: Maciaga.pl

Z okazji Światowego Dnia Chorego w Warszawie odbyła się gala, podczas której wręczono nagrody św. Kamila. Uroczystość zaszczycili swoją obecnością m.in. prezydent RP Bronisław Komorowski z żoną i nuncjusz apostolski abp Celestino Migliore.

- 3..... Wstępniak
Migawka
- 4-9..... Temat miesiąca
Hemodynamika pod lupę
- 10-11..... Rozmowa polityczna
Stefan Niesiołowski
- 12-13..... Ośrodek Bioetyki NRL
Badania na ludziach muszą być bezpieczne
- 14..... Dobre imię
Jedna jaskółka wiosny nie czyni, ale...
- 15..... Okiem Prezesa
Maciej Hamankiewicz
- 16..... Z notatnika rzecznika
Katarzyna Strzałkowska
- 17..... Nasi w Europie
Anna Lella
- 18-19..... Kultura bezpieczeństwa
Bezpieczniej i bardziej po ludzku
- 20-21..... Odpowiedzialność zawodowa lekarzy
Postępowanie
- 22..... Lekarze w praktykach
Amputacja wskazana
- 23..... Program dla środowiska medycznego
Bezpieczny pacjent – bezpieczny lekarz
- 24-25..... Lekarze w UE (1)
CPME – europejska reprezentacja lekarzy
- 26..... Moim zdaniem
Zdrowko – potrzebne będą klony
- 28-29..... Profilaktyka
Od Kopciuszka do lidera
- 30-31..... U stomatologów
Polski wkład w światową naukę
- 32-33..... Ratownictwo medyczne
Na żywo jak w filmie
- 34..... Sukces roku w ochronie zdrowia
Wciąż można coś poprawiać i zwiększać efektywność
- 35..... Liderzy medycyny 2010
- 36-37..... Indeks korzyści
Skąpani w NIL-u
- 38-39..... Przychodzi lekarz do prawnika
Odpady medyczne
- 40-43..... Kasy fiskalne
Informator dla lekarzy (7)
- 44-45..... Felieton
Wolny zawód zniewolony
- 46-48..... Biuletyn NRL
- 49-59..... Ogłoszenia, reklama
- 60-61..... Kultura i medycyna
Melomani są wśród nas
- 62-63..... Sport i medycyna
**Za oceanem
Od morza po góry**
- 64..... Komunikaty
- 65..... Epikryza
Prawda medialna
- 66..... Jolka lekarska

Hemod



W Polsce działa 120 pracowni hemodynamiki i ich liczba wciąż rośnie. Istnieje obawa, że kardiologia inwazyjna rozwija się w sposób niekontrolowany.

ynamika pod lupę

R E K L A M A

Lucyna Krysiak

Powstawanie kolejnych ośrodków, które świadczą usługi z zakresu kardiologii interwencyjnej coraz częściej rodzi pytanie, czy będą one w stanie utrzymać wysoki standard procedur?

Drugie życie

Kardiologia inwazyjna to jedna z najbardziej dynamicznie rozwijających się specjalizacji. Choroby układu sercowo-naczyniowego, w tym zawał serca, są wciąż najczęstszą przyczyną zgonów i stanowią wyzwanie dla konstruktorów sprzętu medycznego i naukowców. To także wyzwanie dla służb medycznych, których zadaniem jest tak organizować pracę ośrodków, aby chorych z zawałem dowieźć tam jak najszybciej. Kiedy powstawały pierwsze pracownie hemodynamiki, w których przy użyciu cewników diagnozowało się naczynia wieńcowe, a w miejscach zwężonych przez blaszki miażdżycowe poszerzało je balonikiem, w najśmielszych wizjach nie przypuszczano, że za kilka lat te supernowoczesne metody staną się standardem. Przez lata udoskonalano te techniki, przełomem było wprowadzenie stentów, które pozwalały na dłużej zachować drożność naczynia. Problemem była zbyt mała liczba ośrodków i ich dostępność, a stało się jasne, że pacjent musi trafić tam w tzw. złotej godzinie, czyli w czasie, kiedy nie doszło jeszcze do rozległych zmian martwiczych w sercu. Wtedy ma szansę nie tylko przeżyć zawał, ale wrócić do zdrowia. Ci, którym się to

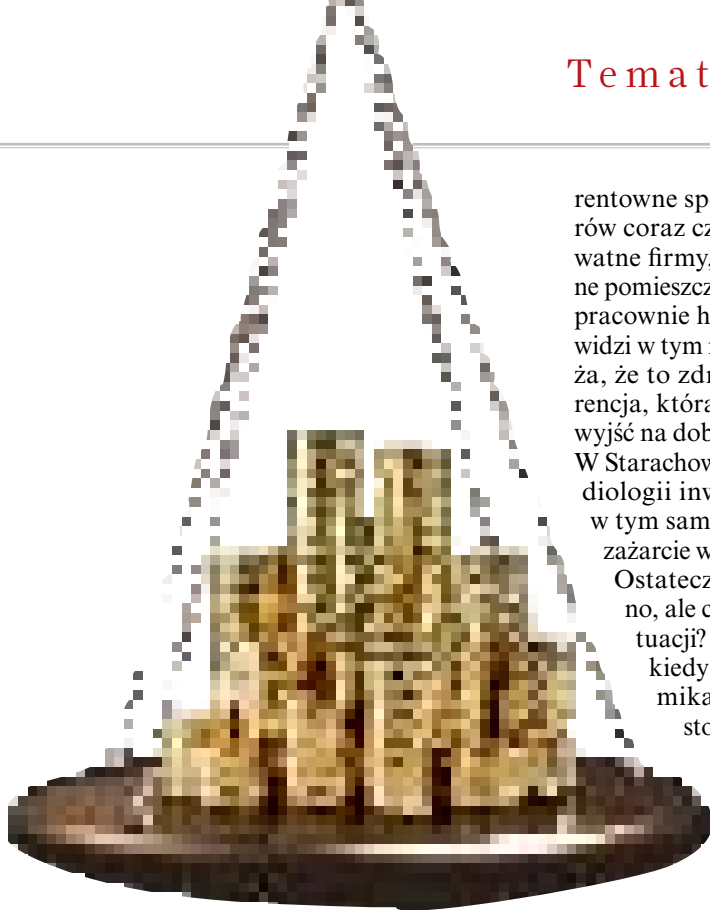
udało, uważają, że za sprawą kardiologii inwazyjnej dostali drugie życie.

Jak grzyby po deszczu

Widząc w kardiologii inwazyjnej sposób na zmniejszenie śmiertelności z powodu zawałów serca, zaczęto zabiegać o to, aby zwiększyć liczbę pracowni hemodynamiki. W miastach wojewódzkich powstawały całe ich sieci. Dzięki temu można było ustalać ostre całodobowe dyżury, by pacjenci ze świeżym zawałem lub stwierdzonym stanem przedzawałowym rzeczywiście trafiali do koronarografii i koronaroplastyki w tzw. złotej godzinie. Co roku w Polsce zawał serca przechodzi 100 000 osób, z czego 35 000 umiera – 80% mogło uniknąć śmierci, gdyby przykładali wagę do zdrowego stylu życia. Nie wszystko zależy więc od kardiologii inwazyjnej, ale od tego, jak żyjemy. Działania na rzecz zmniejszenia śmiertelności w wyniku zawałów muszą więc obejmować kilka dziedzin. Mimo to pracowni hemodynamiki przybywa, głównie prywatnych. Tylko w ubiegłym roku uruchomiono ich kilkanaście.

Ostra konkurencja

Straty związane z mniejszą wydajnością w pracy ludzi po zawale są o 400% wyższe niż koszty ich leczenia. Być może dlatego leczenie ostrych zespołów wieńcowych w pracowniach hemodynamiki nie jest limitowane przez NFZ. Oznacza to, że niezależnie od tego, ilu pacjentów przyjmie ośrodek, Fundusz bez szemrania zapłaci za każdego i to dobrze, bo są to jedne z najwyżej wycenianych procedur. Po co więc inwestować w mniej >>



rentowne specjalności? Do dyrektorów coraz częściej zgłaszają się prywatne firmy, chcąc wynająć szpitalne pomieszczenia, by otworzyć w nich pracownie hemodynamiki. NFZ nie widzi w tym niczego zdrożnego. Uważa, że to zdrowa, rynkowa konkurencja, która może pacjentowi tylko wyjść na dobre. Jest coraz ostrzejsza. W Starachowicach dwa oddziały kardiologii inwazyjnej znajdujące się w tym samym publicznym szpitalu zażarcie walczyły o kontrakt NFZ. Ostatecznie kontrakt podzielono, ale czy to dobre wyjście z sytuacji? Do konfliktu doszło też, kiedy powstawała hemodynamika w Polanicy, co oprotektowali dolnośląscy kardiologzy, zastrzegając, że kontrakt należy się sąsiadnemu Kłodzku. Obawiają się, że wzrost liczby pracowni hemodynamiki może doprowadzić do spadku licz-

Walka z zawałem nie zaczyna się i nie kończy na hemodynamice.

by procedur w przeliczeniu na jedną pracownię, a więc obniżenia jakości usług kardiologicznych. Mówiąc prościej – im więcej zawałów leczy się w ośrodku kardiologii inwazyjnej, tym większego doświadczenia nabiera się w przeprowadzaniu koronarografii i koronaroplastyki.

Co dalej?

Prawdą jest, że odkąd rynek medyczny nasycił się pracowniami hemodynamiki, umieralność szpitalna pacjentów z zawałami znacząco spadła. Wynosi obecnie ok. 4%, co stawia Polskę w europejskiej czołówce, jeśli chodzi o wyniki w leczeniu zawałów.

Jesteśmy w europejskiej czołówce!

Z prof. Marcinem Demkowem, kierownikiem Kliniki Choroby Wieńcowej i Strukturalnych Chorób Serca Instytutu Kardiologii w Warszawie, rozmawia Marzena Bojarczuk



W Polsce powstaje coraz więcej pracowni hemodynamicznych. Nie uważa Pan, że jest ich zbyt wiele?

Myszę, że nie można tak twierdzić. Polska jest jednym z lepiej zorganizowanych krajów w Europie w zakresie nowoczesnego leczenia ostrego zawału serca. Sieć około 100 dyżurujących całodobowo ośrodków sprawia, że praktycznie każdy pacjent z ostrym zawałem wymagający interwencji ma szansę dojechać do pracowni hemodynamicznej w wymaganym czasie 120 minut. Interwencyjne leczenie ostrych zespołów wieńcowych jest refundowane i nielimitowa-

ne przez NFZ, dlatego ośrodki zabiegają o pacjentów. W Polsce powstało wiele prywatnych pracowni hemodynamicznych, które zajmują się w znacznej części leczeniem choroby wieńcowej, przyjmując pacjentów do planowanych zabiegów koronarografii i angioplastyki. Większość z nich pełni także 24-godzinne dyżury i przyjmuje pacjentów z ostrymi zespołami wieńcowymi.

Jak szybko dokonuje się postęp w tej dziedzinie medycyny?

W kardiologii interwencyjnej medycyna przechodzi radykalne zmia-

ny co kilka lat: mamy do dyspozycji coraz lepsze technologie, farmakoterapię, zmienia się wiek i profil pacjentów. A to przekłada się bezpośrednio na wskaźniki śmiertelności, liczbę i rodzaj powikłań pozabiegowych oraz jakość życia chorych. Wiele zmieniło się w zakresie leczenia farmakologicznego wspierającego kardiologię interwencyjną. Mamy wiele nowych dobrych leków, ale jednocześnie mamy też coraz więcej doświadczenia i coraz więcej wiedzy. Dysponujemy znacznie lepszym sprzętem, który daje nam większe możliwości leczenia, ale także dia-

Paradoksalnie jednak nadal jest bardzo trudny dostęp do planowej diagnostyki i leczenia, w tym planowych zabiegów. Jednym słowem, aby się dostać do ośrodka kardiologii inwazyjnej na badania diagnostyczne i leczenie, niezbędny jest ostry zespół wieńcowy. Inaczej trzeba czekać w kolejce kilka miesięcy. Problemem jest także brak koordynacji transportu chorych z ostrymi zespołami wieńcowymi do właściwych ośrodków w poszczególnych województwach. Nowych rozwiązań wymaga też ambulatoryjna opieka kardiologiczna. W Polsce tysiące pacjentów kardiologicznych, musi być hospitalizowanych kilka razy w roku. Co zrobić, by tych kosztownych hospitalizacji było mniej? Walka z zawałem nie zaczyna się więc i nie kończy na hemodynamice. W standardach coraz bardziej podkreśla się rolę profilaktyki. Zmiana stylu życia musi być terapią komplementarną do implantacji stentu – twierdzą kardiolodzy. ☉

Lucyna Krysiak

gnozowania, np. za pomocą ultrasonografii wewnątrznaczyniowej i wielorzędowej tomografii komputerowej. W tym zakresie z pewnością jesteśmy w europejskiej czołówce i nie mamy powodu do jakichkolwiek kompleksów.

Czy zmienia się także świadomość społeczna?

W ostatnich kilkunastu latach wiele zrobiono w zakresie prewencji wtórnej choroby wieńcowej, świadczy o tym choćby fakt, że średni wiek pacjentów z chorobą wieńcową leczonych w pracowniach hemodynamicznych bardzo się podniósł. Zbliżamy się tym wynikiem do krajów wysoko rozwiniętych. Tu zmieniło się bardzo wiele i tzw. średni pacjent z chorobą wieńcową sprzed 20 lat znacznie różni się od pacjenta współczesnego. Zwiększa się świadomość społeczeństwa w zakresie pierwotnej prewencji, szczególnie znaczenia trybu życia, aktywności fizycznej, palenia tytoniu i sposobu odżywiania. ☉



O hemodynamice w Polsce:

Jerzy Górny konsultant wojewódzki w dziedzinie kardiologii w województwie warmińsko-mazurskim

W naszym województwie pracownie hemodynamiki są tak rozmieszczone, że ich praca nie koliduje ze sobą. Nie mam więc problemu placówek, w których pod jednym dachem funkcjonują dwie pracownie o różnym statusie własności i walczą ze sobą o kontrakt. Przeglądając się jednak temu, co dzieje się w innych województwach, obawiałbym się niekontrolowanego wzrostu liczby pracowni hemodynamiki. Dlatego uważam, że to konsultanci wojewódzcy w dziedzinie kardiologii powinni mieć głos w tej sprawie, bo najlepiej znają sytuację w swoich regionach i potrzebę zdrowotną pacjentów.

Andrzej Drzewiecki ordynator Oddziału Kardiologii Wojewódzkiego Szpitala Zespolonego w Płocku

Jest wolny rynek usług medycznych i nie mam nic przeciwko konkurowa-

niu na nim różnych podmiotów. Jeśli chodzi o liczbę pacjentów przypadających na jedną pracownię, znacznie przekroczyliśmy normy europejskie i należy się z tego cieszyć, bo przekłada się to na spadek umieralności z powodu zawału serca. Ponieważ na wykonywane tam zabiegi nie ma limitów, wiele osób w powstawaniu kolejnych pracowni upatruje chęć zysku. Nie mnie to oceniać. Jednak jako szef kardiologii pragnę zwrócić uwagę na niedoszacowanie przez NFZ innych procedur kardiologicznych. Widzę w tym poważne zagrożenie dla pacjentów.

Anna Orzechowska kierująca Oddziałem Kardiologii w Szpitalu Powiatowym w Zakopanem

Nasza pracownia powstała 4 lata temu i od tego czasu mamy rozwiązany problem nie tylko ostrych zespołów wieńcowych, ale także kolejek na planowane badania diagnostyczne i wstawianie stentów. Do niedawna chorych z zawałem serca woziliśmy 100 km do najbliższej pracowni hemodynamiki, a planowi chorzy na koronaro-

grafię i koronaroplastykę w krakowskich pracowniach musieli czekać około roku. Jestem zdania, że nie należy zakazywać powstawania nowych pracowni hemodynamiki tylko dlatego, że jest ich już wystarczająco dużo, ale trzeba przyjrzeć się, gdzie są naprawdę potrzebne.

Jarosław Hiczekiewicz Pracownia Kardiologii Inwazyjnej w szpitalu w Nowej Soli

Obawiam się, by w dyskusji na temat liczby pracowni hemodynamiki nie wylać dziecka z kąpielą i nie zepsuć tego, co działa dobrze. To, że dorośliśmy się wysokiego nasycenia pracowniami, w których leczy się ostre zespoły wieńcowe, jest ogromnym sukcesem. Oby nie było tak, że z powodu typowo polskiej cechy narodowej, jaką jest zawiść, sprzeniewierzmy to, co z takim trudem udało się zbudować. Nie obawiałbym się też o jakość i dotrzymywanie standardów. Tam, gdzie jest konkurencja, jest także jakość, bo to jest mechanizm, który ją wymusza.

☉
Zebrała: L. Krysiak

U W A G A ! W związku z przygotowywaniem materiału do kolejnego „Tematu miesiąca” nt. hobby lekarzy prosimy o kontakt Czytelników „GL”, którzy chcieliby opowiedzieć innym o swoich pasjach.

Prezes Polskiego Towarzystwa Lekarskiego
prof. Jerzy Woy-Wojciechowski
oraz Prezes Naczelnej Rady Lekarskiej dr med. Maciej Hamankiewicz
mają przyjemność i zaszczyt zaprosić na
Koncert w wykonaniu lekarzy „ARS MEDICI”,

który odbędzie się o godz. 18:00 4 kwietnia (poniedziałek) 2011 r.
w TEATRZE MUZYCZNYM „ROMA” w Warszawie przy ul. Nowogrodzkiej 49.

Prowadzenie: Grażyna Torbicka.

Goście specjalni: Ewa Wiśniewska, Jan Englert, Piotr Fronczewski, Janusz Gajos i Marian Opania odczytają wiersze lekarzy: Haliny Porębskiej (stomatolog, Gdańsk), Aldony Kraus (okulista, Warszawa), Bogdana Rybaka (dermatolog, Olsztyn).

W części pierwszej, poświęconej muzyce klasycznej, zapowiedzieli swój udział

pianiści: Cezary Olszewski (internista, Kraków), Prof. Andrzej Szczekliki (internista, Kraków), Antoni Sydor (nefrolog, Tarnów), **skrzypek:** Prof. Dariusz Kozłowski (kardiolog, Gdańsk), **śpiewaczki:** Hanna Zajączkiewicz (doktorantka, Białystok), Anna Kutkowska-Kass (pediatra, Warszawa),

Wanda Bargielowska-Bargeyllo (lekarz przemysłowy, Warszawa) oraz Prof. Krzysztof Bielecki (chirurg, Warszawa). **Wystąpią także połączone Chóry Lekarzy pod dyktando Beaty Herman:** Warmińsko-Mazurskiej Izby Lekarskiej w Olsztynie „Medici Pro Musica” (kierownik Małgorzata Wawruk), Chór Kameralny Wielkopolskiej Izby Lekarskiej w Poznaniu (kierownik Justyna Chęłmińska) i Chór OIL w Warszawie oraz Czarodziejski Kwintet Kardiologów dr. Marka Kani (Opole) i Orkiestra Lekarzy Sinfonia Medica Wielkopolskiej Izby Lekarskiej pod dyktando Dawida Sadowskiego. **W drugiej części, poświęconej muzyce rozrywkowej, swój udział zapowiedzieli pianiści:** Prof. Adam

Torbicki (kardiolog, Warszawa), Prof. Tadeusz Plusa (pulmonolog, Warszawa), Prof. Jerzy Woy-Wojciechowski (chirurg, specjalista medycyny nuklearnej, Warszawa). Na gitarze klasycznej ma zagrać Prof. Henryk Skarżyński (laryngolog, Kajetany). **Usłyszymy także śpiew w wykonaniu lekarzy:** Krystyny Wieczorek (okulista, Warszawa), Eweliny Sielskiej-Badurek (laryngolog-foniatra, Warszawa) i Kuby Sienkiewicza (neurolog Warszawa). Ponadto grupa kardiologów „Kardio Band” wykona bluesa. W scenografii przewidziano prezentację malarstwa i fotografii lekarzy.

Reżyseria: Wojciech Kępczyński, **scenariusz:** Jerzy Woy-Wojciechowski.

Honorowy patronat nad koncertem objęli: Prezydent Miasta Warszawy **HANNA GRONKIEWICZ-WALTZ**, Minister Zdrowia **EWA KOPACZ** i Prezes Naczelnej Rady Lekarskiej **MACIEJ HAMANKIEWICZ**. Patronat medialny: **1 PROGRAM TVP, GAZETA LEKARSKA, PULS, ŚWIAT LEKARZA**.

Wpływy ze sprzedawanych podczas Koncertu płyt, nagranych przez Dawida Zarzyckiego (syna lekarza z Białegostoku), z muzyką Fryderyka Chopina przekazane zostaną Hospicjum Onkologii Dziecięcej w Warszawie.

WEJŚCIÓWKI: MILENA KRUSZEWSKA, NIL TEL.: (22) 559 13 27 ORAZ TEATR ROMA TEL.: (22) 628 89 98 (WSTĘP BEZPŁATNY).
STROJE WIECZOROWE MILE WIDZIANE. PROGRAM KONCERTU MOŻE ULEC NIEWIELKIM ZMIANOM.

»Populizm nie sprzyja reformie«

* Ze Stefanem Niesiołowskim,
wicemarszałkiem Sejmu RP,
rozmawiają Ryszard Golański
i Lucyna Krysiak.



Jak z punktu widzenia pacjenta postrzega Pan obecną sytuację w polskim lecznictwie?

Trudno tutaj o obiektywizm, ponieważ mam żonę lekarzkę i w sytuacji jakiegось przeziębienia mogę liczyć na jej pomoc. Na szczęście zdrowie mi dopisuje i nie musiałem dotąd korzystać z usług szpitala czy poradni specjalistycznych. Jako pacjent nie mam więc dużego doświadczenia w tych sprawach. Do biura poselskiego przychodzą jednak ludzie z różnymi sprawami, głównie socjalnymi, a te często przekładają się na trudności z wykupieniem leków lub zapłaceniem za prywatną wizytę u lekarza czy lekarza dentysty. Mają mało pieniędzy na życie, a więc i na leczenie. Mimo to z różnych opinii wynika, że nie jest tak tragicznie, jak często próbują to przedstawiać media. To nie znaczy, że lecznictwo nie wymaga zmian. Wymaga, i to daleko idących. Wiem, że trzeba rozwiązać sprawę zadłużenia szpitali. Do mojego biura poselskiego przychodziły całe ekipy z prośbą o interwencję w tej sprawie. Wiem, że są kolejki do operacji. Interweniowałem w sprawie pacjenta, któremu wyznaczono zabieg okulistyczny za rok, a on prawie nie widział, więc przez ten rok nie mógłby pracować. Przykłady można mnożyć. Każda lub prawie każda taka interwencja oznaczać może jednak, że ktoś został w tej kolejce „przesunięty” na gorsze miejsce. W zasadzie problem opieki zdrowotnej to problem zamożności społeczeństwa i rozwoju ekonomicznego państwa.

Co Pana zdaniem jest największą bolączką obecnego systemu?

Kolejki do lekarzy specjalistów i zadłużenie szpitali oraz wszystko, co jest tego następstwem. Uważam, że tym należy zająć się najpierw. Odnoszę wrażenie, że obecnie nie ma już takiego nacisku na płace, jak przed

FOT.: Z. ARCHA, PO

kilkoma laty, sytuacja płacowa zarówno lekarzy, jak i pielęgniarek być może jeszcze daleka jest od ich oczekiwań, ale znacznie się poprawiła.

Czy w kwestii reformy ochrony zdrowia jest Pan radykałem, czy zwolennikiem zmian dokonywanych krok po kroku?

Reforma lecznictwa jest bardzo trudna nie tylko dla naszego kraju. To taka dziedzina, która jest w stanie pochłoniąć każde pieniądze, o czym świadczą przykłady bogatszych od nas państw. Jestem więc zdania, że trzeba dokonywać zmian krok po kroku, w sposób przemyślany, ale konsekwentny i mieć świadomość obiektywnych ograniczeń. Techniki medyczne są coraz bardziej skomplikowane i coraz droższe, ale dzięki nim ludzie żyją dłużej. Trzeba więc pogodzić możliwości medycyny z interesem pacjenta, licząc się jednak z tym, że zawsze trzeba będzie dokonywać wyborów. Nigdy nie dojdziemy do sytuacji, w której będzie jednakowy dostęp do najdroższych technik. Niestety, często z ust opozycji, a czasami także przedstawicieli środowisk medycznych padają takie demagogiczne sformułowania np. o złym rządzie, który z niejasnych, ale niemoralnych powodów celowo szkodzi chorym. To nieprawda, nie ma i nie było w Polsce takiego rządu. Jest to robienie z pacjenta pocisku w walce politycznej, co jest nieetyczne. Uważam, że reformy zdrowotne powinny być przeprowadzane w konsensusie politycznym. Wracając do pytania o drogę rewolucyjną, od powstania wolnej i niepodległej Polski w 1989 r. przestałem być rewolucjonistą. Rewolucja rzadko rozwiązuje istniejące problemy, najczęściej stwarza nowe, oznacza łązy, cierpienia, nędzę, często śmierć.

Ma Pan opinię polityka niepokornego, bezkompromisowego, który często nie przebiera w słowach, nazywając rzeczy po imieniu. Jak Pan ocenia polemikę wokół pakietu ustaw zdrowotnych?

Pierwsze to były głosy czysto polityczne, drugie – dajcie więcej pieniędzy i tego może domagać się każde środowisko – nauczyciele, przedstawiciele kultury... Negatywnie oce-

niam tych krzykaczy, którzy przy okazji reformy służby zdrowia chcą zrobić kariery polityczne. Było już paru takich, a kiedy zostali ministrami, sekretarzami stanu, posłami, senatorami, siedzieli jak trusie. A zawsze chodziło im o dobro pacjenta, lekarza czy systemu. Dla mnie to przykład demagogii, populizmu, a to jest nie do przyjęcia.

Z wcześniejszych wywiadów z naszymi rozmówcami politykami wynikało, że najczęściej kontrowersji budzi przekształcanie szpitali publicznych w spółki. Krytykowali brak wskazań, kto ma wyłożyć pieniądze na ten cel. Czy Pan podziela te obawy?

Po społecznych dyskusjach rząd poszedł na ustępstwa i z tego, co wiem, zrezygnował z obligatoryjnego przekształcania szpitali w spółki. Szpitale same będą mogły decydować o tym, co jest dla nich lepsze – spółka czy pozostanie w sektorze publicznym. Duża jest także w nowym systemie rola samorządów i to

go krytykującego, a jeszcze na dodatek staje się głównym moralistą, to ja pytam, co zrobił, kiedy był wiceministrem zdrowia, aby było lepiej. Trzeba być realistą, dzielić to, co jest, i patrzeć rozumnie na ten pakiet projektów, bo pieniądze w systemie nie przybędzie. Można podnieść wysokość składki, tylko to jeszcze bardziej obciąży obywateli, a nie ma co się łudzić, że przełoży się na krótsze kolejki czy mniejsze zadłużenie szpitali.

Czy wierzy Pan, że w zreformowanym systemie najubożsi nie pozostaną bez opieki medycznej?

Nie wyobrażam sobie, aby było inaczej. Zresztą lecznictwo przechodziło różne koleje losu i nigdy tak nie było, aby człowiek stary, chory, uboższy był pozbawiony pomocy. Tak jak w innych krajach ta pomoc będzie zróżnicowana, ale proszę pamiętać, że każda reforma, a w szczególności lecznictwa – to proces i zmiany na lepsze będą na-

» Każda reforma to proces «

dobra droga. Ale powtarzam, nikomu na świecie nie udało się stworzyć idealnego systemu ochrony zdrowia, bo to niemożliwe. Proszę zobaczyć, że z tym problemem nie mogą sobie poradzić nawet bogate Stany Zjednoczone.

Politycy lekarze z opozycji – poseł Bolesław Piecha z PiS i poseł Bartosz Arłukowicz z SLD – w przekształceniu widzą groźbę pozbawienia najmniej zamożnych dostępu do świadczeń medycznych, ponieważ – ich zdaniem – szpital jako spółka będzie szukać pacjentów przynoszących zysk. Czy to realne zagrożenie?

Każdy z nas był, jest albo będzie pacjentem i nie należy o tym zapominać. Widziałem w swoim życiu ludzi bardzo chorych, widziałem, jak trudno się nimi opiekować. Dlatego czuję niechęć, nawet wstręt do ludzi, którzy z tych ludzkich dramatów chcą zrobić kartę przetargową w rozgrywkach politycznych. Jeżeli pan poseł Bolesław Piecha wyrasta na główne-

stępować powoli. Ważne, aby podjąć ten wysiłek.

Nie jeden rząd połamano sobie zęby na reformowaniu służby zdrowia. Czy ten scenariusz może się powtórzyć?

Ta reforma to konieczność i nie ma od niej odwrotu. Potrzebna jest jednak nie tylko dobra podstawa legislacyjna, ale zmiana mentalności społeczeństwa, które uważa, że jeśli płaci składkę, to powinno za te pieniądze mieć zapewnione dosłownie wszystko. Tak nie jest i nigdy nie będzie. Część ludzi uważa, że za słowem prywatny kryje się chęć zysku, a państwo jako właściciel jest bardziej bezstronne. Ta wizja szpitali dla bogatych jest szkodliwa i utrudnia reformę, a zarówno PiS, jak i lewica ją podsycają. Nie musi tak być, o czym świadczą świetnie prosperujące prywatne szpitale na Zachodzie. Prywatne nie musi oznaczać złodziejskie, złe czy nieuczciwe. Jestem umiarkowanym optymistą.

Badania na ludziach muszą być bezpieczne

Z Markiem Czarkowskim, przewodniczącym Ośrodka Bioetyki Naczelnej Rady Lekarskiej, rozmawia Lucyna Krysiak.

Jak Pan ocenia prawo regulujące sprawy związane z bezpieczeństwem badań klinicznych?

Badania kliniczne to eksperymenty medyczne, których celem jest ocena skuteczności i bezpieczeństwa albo wyrobu medycznego, np. rozrusznika serca, protezy naczyniowej, protezy stawu, albo produktu leczniczego, np. preparatu, który – jeśli okaże się dobry – w przyszłości stanie się nowym lekiem. Są to badania interwencyjne, ale na ludziach można przepro-

które określa zasady finansowania, tryb i sposób działania komisji bioetycznych. Na temat badań nieinterwencyjnych polskie prawo milczy i nie wiadomo, czy powinny być opiniowane przez komisje bioetyczne, czy nie. Międzynarodowe wytyczne jednoznacznie wskazują na potrzebę takiego działania, ale nie są one w Polsce obowiązującym prawem. Pora to zmienić.

Ile jest w Polsce komisji bioetycznych i jakie miejsce wśród nich zajmuje Ośrodek Bioetyki NRL?

W Polsce jest ponad 50 komisji bioetycznych. Ośrodek Bioetyki Naczelnej Rady Lekarskiej nie jest częścią tej struktury. Komisje bioetyczne są powoływane przy wszystkich okręgowych izbach lekarskich, wyższych uczelniach medycznych oraz przy medycznych jednostkach badawczo-rozwojowych, czyli instytutach naukowo-badawczych, np. Centrum Zdrowia Dziecka, Instytut Kardiologii itp. W ich strukturze działa Odwoławcza Komisja Bioetyczna przy Ministrze Zdrowia, która rozpatruje odwołania od decyzji innych komisji bioetycznych. Ośrodek Bioetyki NRL z nimi współpracuje i pełni rolę konsultanta, ponieważ w Polsce nie ma żadnej innej instytucji, która mogłaby doradzać w rozstrzyganiu wątpliwości pojawiających się w opiniowaniu projektów. Organizuje też konferencje naukowe, gdzie na szerszym forum członkowie komisji mogą się spotykać i konfrontować swoje zdania.



Na portalu NIL można zapoznać się z informacjami przeznaczonymi dla osób uczestniczących w eksperymentach.

Obecnie w polskim prawie panuje zamieszanie.

wadzać wiele innych eksperymentów tzw. nieinterwencyjnych, np. badania epidemiologiczne, badania ludzkiego materiału biologicznego. Dobrze byłoby, aby przepisy uwzględniały interesy pacjentów biorących udział nie tylko w badaniach klinicznych, ale także w wielu innych badaniach interwencyjnych i nieinterwencyjnych. Obecnie w polskim prawie panuje zamieszanie. Zasady realizacji badań klinicznych są dość szczegółowo uregulowane – co nie znaczy dobrze – natomiast o realizacji innych typów eksperymentów medycznych przepisy mówią ogólnikowo. Takie zapisy znajdują się jedynie w ustawie o zawodach lekarza i lekarza dentysty oraz w rozporządzeniu ministra zdrowia z 1999 r.,

Jakie są możliwości oddziaływania Ośrodka Bioetyki NRL na komisje bioetyczne?

Właśnie zakończyliśmy tłumaczenie najnowszej wersji Deklaracji helsińskiej z 2008 r., która jest podstawowym dokumentem określającym zasady etycznej realizacji badań medycznych na ludziach. Dokument ten opracowało Światowe Stowarzyszenie Lekarzy, które skupia największe autorytety w tej dziedzinie. Za pośrednictwem „Gazety Lekarskiej” chcemy udostępnić go lekarzom. Każda komisja bioetyczna ma także poradnik dla badaczy „Świadoma zgoda na udział w eksperymencie”.

Ośrodek Bioetyki NRL współpracuje z innymi komisjami bioetycznymi i pełni rolę konsultanta.

mencie medycznym” wydany przez nasz ośrodek. Praca ta ma ułatwić bioetykom przygotowanie i przeprowadzenie jednej z najważniejszych czynności niezbędnych w każdym eksperymencie – świadomej zgody na udział w badaniu. Dzięki portalowi NIL www.bioetyka.net można także zapoznać się z informacjami przeznaczonymi dla osób uczestniczących w eksperymentach.

Komisje bioetyczne mają gwarantować bezpieczeństwo wykonywania badań klinicznych? Czy jest to wystarczająco szczelne sito?

Na komisjach bioetycznych ciąży wielka odpowiedzialność, ponieważ mają obowiązek sprawdzić zarówno zasadność naukową badania, jak i zdecydować, czy dany eksperyment medyczny jest dopuszczalny z etycznego punktu widzenia. W mojej ocenie wywiązują się z tego obowiązku. Trafiają się jednak coraz bardziej skomplikowane projekty. Ich ocena wymaga jeszcze wyższych kwalifikacji, dlatego coraz częściej mówi się o potrzebie szkolenia członków komisji bioetycznych. Sam w nich biorę udział i uważam, że zdobyta tam wiedza przydaje się w pracy komisji.

Wiele osób uważa, że taką gwarancję może zapewnić powołanie Narodowej Rady Bioetycznej. Jakie jest Pana zdanie na ten temat?

W Polsce były próby powołania takiej Rady, ale na próbach się skończyło. Jestem pełen obaw, czy rzeczywiście skupiałaby w swoim gronie ekspertów, dobrze przygotowanych do pełnienia funkcji, a nie polityków. W USA powoływane są komisje bioetyczne do każdego projektu z osobna. Kiedy komisja przygotowuje stanowisko lub raport, jest rozwiązywana. Ten zadaniowy system doskonale się sprawdza. Właśnie w taki sposób opracowano jeden z najlepszych dokumentów określających zasady prowadzenia badań na ludziach – Raport z Belmont. Nie mielibym nic przeciwko temu, aby skorzystać z tych wzorców. Wytyczne opracowane w raporcie można byłoby przekazać legislatorom, a politycy włączaliby się do tego procesu dopiero na etapie stanowienia prawa.

Komisje bioetyczne są opłacane przez sponsorów badań. Czy może wystąpić konflikt interesów?

Tak. Niestety, w obecnych przepisach dotyczących badań klinicznych i działalności komisji bioetycznych nie pojawia się pojęcie konfliktu interesów. Po raz pierwszy występuje ono w projekcie ustawy o badaniach klinicznych, gdzie jest podana definicja konfliktu

Niektóre komisje bioetyczne poruszają kwestię konfliktu interesów w swoich wewnętrznych regulaminach.

interesów i wyjaśnienie, w jakich sytuacjach może do niego dojść. Może pojawić się już na etapie, kiedy komisja jest powoływana, dlatego wszyscy kandydaci powinni złożyć oświadczenia dotyczące potencjalnego konfliktu interesów. Jeśli ktoś realizuje dużo projektów, jest badaczem, który ma bliskie kontakty z firmami farmaceutycznymi, często dla nich pracuje na zlecenie, prowadzi wykłady, szkolenia, w moim przekonaniu nie powinien zasiadać w komisji bioetycznej. Do konfliktu interesów dochodzi także, kiedy członek komisji bioetycznej jednocześnie jest badaczem, a chce opiniować projekt, który sam będzie realizował. Przepisy prawne tego nie zabraniają, a jednak to nadużycie. Niektóre komisje bioetyczne poruszają kwestię konfliktu interesów w swoich wewnętrznych regulaminach. To dobrze świadczy o postawie pracujących w nich kolegów.

A co na to Deklaracja helsińska?

Deklaracja helsińska z 2008 duży nacisk kładzie na zjawisko konfliktu interesów w badaniach na ludziach. Zobowiązuje badacza nie tylko do złożenia oświadczenia w tej sprawie, ale nakazuje mu, by poinformował potencjalnego uczestnika badania o tym fakcie. Konflikt interesów może występować w różnych innych sytuacjach i dlatego uważam, że ujęcie tego problemu w projekcie ustawy o badaniach klinicznych jest ważnym krokiem w dobrym kierunku. ☉

Jedna jaskółka wiosny nie czyni, ale...

W maju 2006 r. publikacja w dzienniku „Fakt”
* wywołała wzburzenie w środowisku lekarskim. *

Zbigniew Brzezina

Za taką „jaskółkę”, zauważoną nawet w ogólnopolskich mediach („Gazeta Wyborcza” z 21.01.2011 r.), można uznać wygrany przez Naczelną Izbę Lekarską proces przeciwko wydawcy dziennika „Fakt”.

Wielu z Państwa zapewne przypomina sobie artykuł z maja 2006 r. opublikowany w dzienniku „Fakt” pt. „Terrorysty wzięli dzieci za zakładników... Hańba...”. Na pewno artykuł pamiętają lekarze wymienieni z imienia i nazwiska, z podaniem miejsc pracy i zdjęciami, bo dla wielu z nich miało to przykre konsekwencje nie tylko zawodowe, ale i osobiste. Pamiętam, że publikacja wywołała wzburzenie i komentarze w całym środowisku lekarskim. Każdy z nas zdaje sobie sprawę, że szczególną troskę należy wykazać

przy organizowaniu i przeprowadzeniu strajku, że jest to dodatkowe obciążenie dla kolegów pełniących wówczas dyżury w izbach przyjęć. Tak też było w czasie ówczesnego strajku – lekarze nie pozostawiali bez opieki dzieci wymagające natychmiastowej pomocy i wykonywali zabiegi ratujące życie. Odsyłali jedynie pacjentów zgłaszających się na wizyty kontrolne i przekładali drobne zabiegi, które nie wymagały natychmiastowej interwencji. Publikacja była na tyle kuriozalna, że stała się przedmiotem krytyki medioznawców, a część dziennikarzy realizujących materiał



Autor jest członkiem Prezydium NRL i przewodniczącym Komisji Legislacyjnej

na Śląsku nie przynosiła się do autorstwa artykułu. Jeszcze w poprzedniej kadencji Naczelna Izba Lekarska wraz z pokrzywdzonymi lekarzami złożyła pozew do sądu przeciwko wydawcy „Faktu”. Do tej pory samorząd lekarski udzielał takiej pomocy, występując jako interwenient uboczny, tzn. wspierając powodów. W tym przypadku Naczelna Rada Lekarska uznała, że w obronie dobrego imienia całego środowiska lekarskiego zasadne będzie wystąpienie w roli powoda, czy-

li pokrzywdzonego, jak również wzięcie na siebie kosztów procesu. Prawie wszystkie roszczenia NIL zostały przez sąd uwzględnione, łącznie z żądaniem zamieszczenia przeprosin na powierzchni 90% strony okładowej gazety.

W mojej ocenie, zasadniczym elementem procesu było udowodnienie, że zostały naruszone nie tylko dobra osobiste lekarzy, ale interes całej korporacji zawodowej. W procesie powoływałem się na ustawowy zapis o obowiązku samorządu lekarskiego ochrony zawodu lekarza i występowania w obronie godności zawodu, w myśl

Może to być precedens, z którego korzystać będą rzecznicy praw lekarzy w sprawach o niesłuszne szkalowanie lekarzy.

art. 5 p. 14 ustawy o izbach lekarskich z 2 grudnia 2009 r. Do chwili oddania niniejszego tekstu do druku nie mieliśmy uzasadnienia wyroku, które moim zdaniem będzie interesującym dokumentem i może dać oręż do walki z podobnymi praktykami. Może to być w konsekwencji precedens, z którego mogą skorzystać rzecznicy praw lekarzy, gdy będą podejmowali się wystąpień w sprawach przeciwko mediom o niesłuszne szkalowanie lekarzy i lekarzy dentyków. ☉

Od redakcji: Wyrok w tej sprawie nie jest prawomocny (22.02.2011 r.).

Naruszone zostały nie tylko dobra osobiste lekarzy, ale interes całej korporacji zawodowej.



OKIEM PREZESA

Skończyły się prace sejmowej podkomisji zdrowia nad pakietem ustaw zdrowotnych. Staraliśmy się przekonać do naszych racji wszystkich posłów koalicji i opozycji.

Udało się nawet zdobyć przychylność strony rządowej i w ten sposób, w drodze konsensusu, uchwalony został Lekarski Egzamin Końcowy i Lekarsko-Dentystyczny Egzamin Końcowy. Egzamin będą zdawać absolwenci uniwersytetów medycznych i uwarunkuje on przyznanie prawa wykonywania zawodu. Zachowana zostanie jego rola porównująca jakość szkolenia na poszczególnych uczelniach. To dobre rozwiązanie. Pocieszające jest też przesunięcie terminu wejścia w życie ustawy na 1 października 2012 r., co pozwoli przygotować nowy system kształcenia przeddyplomowego. Mam nadzieję, że do tego czasu uda się ustalić pulę środków na ten cel, bo na razie planuje się rewolucję, nie wskazując systemu finansowania.

Z zadowoleniem przyjąłem informację, że rejestr gabinetów dalej będzie prowadzony przez izby lekarskie.

Powstaje nowa forma praktyki lekarskiej: „wyłącznie w szpitalu” z równoczesnym zakazem prowadzenia działalności w szpitalu praktykom „na wezwanie”. Zmienia to dosyć zabawną sytuację, w której szpital wzywał lekarza „w formie praktyki na wezwanie”, by pełnił w nim dyżur. W nowym pomysłu znaczenie słów nabrało realnego kształtu.

Uzyskaliśmy zgodę rządu i posłów koalicji na możliwość zatrudniania lekarzy i lekarzy dentyków przez specjalistyczne gabinety dentyków i lekarzy w celu umożliwienia im specjalizowania się bądź zdobywania umiejętności.

To rozwiązanie spotkało się z żarliwym sprzeciwem opozycji i nie udało się go osiągnąć w trakcie prac w podkomisji. Jednak będziemy w toku dalszych prac o to zabiegali zarówno w zapisach ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentystry,

jak również w ustawie o działalności leczniczej i przy zapisach prawnych o umiejętnościach.

Zabiegamy również o realny kształt ustawy o prawach pacjenta.

Cieszymy się ze zmiany tytułu, ale nadal, by uzyskać rekompensatę, pacjent będzie musiał wykazać czyjaś winę, a nie o to przecież chodziło. Należy zauważyć, że ubocznym skutkiem legislacyjnego zapału posłów jest powstanie nowego obowiązku ubezpieczeniowego. Dla mnie będzie to już piąta polisa ubezpieczeniowa zamiast wymarzonej jednej obejmującej wszystko.

Zasady wystawiania recept i kary za ich niewłaściwe wypisywanie zawsze budziły w nas spore emocje.

Podobnie jak niektórzy administracyjne ograniczenia niepozwalające nam spokojnie zajmować się leczeniem. Na co dzień spotykamy się z różnego rodzaju karami, biurokracją naszego zawodu i niedoręcznościami. Dlatego też stworzyliśmy indeks niedoręczności w ochronie zdrowia. Zapraszam Koleżanki i Kolegów do dokonywania wpisów.

Proces, który wytoczyła Naczelna Rada Lekarska wydawcy dziennika „Fakt” dobiega końca.

W 2006 r. nie potrafiliśmy pogodzić się z publika-

cją w dzienniku „Fakt”, w której nazwano lekarzy „terrorystami” oraz opublikowano ich nazwiska i zdjęcia. Wówczas walczyliśmy o godne wykonywanie zawodu lekarza i to zostało wykorzystane przeciwko nam. Potem walczyliśmy o obronę dobrego imienia środowiska lekarskiego. Teraz sąd potwierdza, że sformułowania dziennika godziły w nasze dobre imię. Cieszy ten wyrok, chociaż jeszcze nieprawomocny.

Lekarzowi nie wolno posługiwać się metodami uznanymi przez naukę za szkodliwe, bezwartościowe lub niezwyfikowanymi naukowo.

Nie wolno mu także współdziałać z osobami zajmującymi się leczeniem, a nie posiadającymi do tego uprawnień. Ten zapis naszego kodeksu powtarzam ostatnio bardzo często. Wróciły bowiem w mediach tematy związane ze środkami homeopatycznymi, bioenergoterapią, stosowaniem różnych zabiegów z dziedziny tzw. medycyny niekonwencjonalnej, faktami i mitami na jej temat. O tych ostatnich mówił w telewizji lekarz, profesor Mariusz Łapiński. Czy promował metody niekonwencjonalne? Czy złamał zapisy kodeksowe? A może to tylko żart? Aż strach pomyśleć, że to mógłby nie być żart.

Maciej Hamankiewicz



Z notatnika rzecznika prasowego

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

Pozwólcie lekarzom leczyć!

Indeks Niedorzeczności w Ochronie Zdrowia – taki pomysł powstał decyzją Naczelnej Rady Lekarskiej z 4 lutego br. Indeks

ma być narzędziem akcji „Pozwólcie lekarzom leczyć”, której podjęcie ma m.in. uświadomić pacjentom i całemu społeczeństwu niezgodności coraz bardziej szczegółowych i mnożonych ponad wszelką miarę wymagań biurokratycznych z zasadami wykonywania zawodów lekarza i lekarza dentysty. Do tych niezgodności prowadzi – zdaniem NRL – wykonywanie przez Narodowy Fundusz Zdrowia różnych ról: kreatora polityki zdrowotnej, administratora, twórcy standardów lub wytycznych postępowania, systemu informatycznego, płatnika oraz nienadzorowanego kontrolera systemu ochrony zdrowia.

Recepty i kary

NRL podjęła kolejne stanowisko (pierwsze było podjęte w październiku ub. roku) dotyczące projektu ustawy o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych. Projekt przewiduje nową sytuację obligującą lekarza do zwrotu kosztu nienależnej refundacji, gdy wypisze on receptę nieuzasadnioną udokumentowanymi względami medycznymi, oraz wprowadza do treści umów kary umowne, które nie są przewidziane w treści obecnie zawieranych umów upoważniających do wystawiania recept. NRL m.in. stanowczo sprzeciwiła się wprowadzeniu nieproporcjonalnej do stopnia winy odpowiedzialności lekarzy lub lekarzy dentystów za błę-

dy w wystawianiu recept refundowanych, niezależnie od faktycznej straty z tego tytułu poniesionej przez Narodowy Fundusz Zdrowia.

Dla czeskich lekarzy

Na początku roku Prezydium NRL wyraziło solidarność z czeskimi lekarzami, którzy walczą o godne warunki wykonywania zawodu w swoim kraju. Blisko cztery tysiące lekarzy złożyło wypowiedzenia z pracy i zagroziło wyjazdem z Czech w celu poszukiwania lepszych warunków pracy za granicą. Prezydium NRL zwróciło się do władz Czeskiej Republiki o zaprzestanie szkalowania lekarzy biorących udział w proteście i podjęcie poważnych negocjacji z protestującymi. Czeskie ministerstwo zdrowia odpowiedziało, że działania gospodarcze nie są pomocne wysiłkom ministerstwa, by zreformować system opieki zdrowotnej i w konsekwencji wykorzystać zyski z tego płynące na pomoc dla personelu medycznego. Co więcej – napisało ministerstwo – żądania związków medycznych zostały już przynajmniej częściowo spełnione poprzez przygotowaną reformę systemu studiów wyższych oraz przekazanie dwóch miliardów koron na złagodzenie kwestii wynagrodzeń.

LEK/LDEK

W lutym zakończono prace sejmowej podkomisji zdrowia dotyczące zmian ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty, w której uczestniczyli przedstawiciele NRL. Podstawowymi kwestiami, o jakie starał się samorząd, było utrzymanie stażu podyplomowego oraz egzaminów LEP/LDEP.

W toku prac podkomisji wprowadzono do projektu Lekarski Egzamin Końcowy i Lekarsko-Dentystyczny Egzamin Końcowy oraz przyjęto – popierany przez samorząd – modułowy system specjalizacji.

Sportowiec 2010



Marcin Wroński

Katarzyna Klimala

Najlepszymi lekarzami sportowcami roku 2010 zostali: Katarzyna Klimala

– lekarz dentysta z Częstochowy oraz Marcin Wroński – lekarz pediatra i alergolog z Krakowa. Pani doktor uprawia m.in. kolarstwo szosowe i górskie; pan doktor jest tenisistą. Tytuł Najlepszego Lekarza Sportowca corocznie przyznawany jest na wniosek Komisji Sportu NRL; kandydatury zgłaszane są pod koniec każdego roku przez okręgowe izby lekarskie.

XI KZL

Nadzwyczajny XI Krajowy Zjazd Lekarzy odbędzie się 24-25 lutego 2012 r.

Przedmiotem obrad Zjazdu będą m.in. problemy kształcenia przeddyplomowego i podyplomowego lekarzy i lekarzy dentystów, aktualna sytuacja w ochronie zdrowia, ocena realizacji uchwał przyjętych przez X Krajowy Zjazd Lekarzy, rozpatrzenie projektu uchwały „wyborczej”.

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

Dwie czy więcej?

Ile specjalizacji stomatologicznych będzie podlegało automatycznemu uznawaniu w państwach UE? Obecnie dwie – chirurgia stomatologiczna i ortodoncja. Inne specjalizacje lekarsko-dentystyczne podlegają jedynie uznaniu w ramach „systemu ogólnego”, postępowaniu zbliżonemu do nostryfikacji.

7 stycznia br. Komisja Europejska rozpoczęła konsultacje publiczne dotyczące dyrektywy 2005/36/WE skierowane do wszyst-



kich podmiotów zainteresowanych kwestiami uznawania kwalifikacji zawodowych w UE, zarówno do osób fizycznych, jak i jednostek organizacyjnych, osób wykonujących zawody regulowane, reprezentujących ich orga-

nizacji oraz władz odpowiedzialnych za regulację dostępu do określonych zawodów. To kolejny etap przeglądu dyrektywy – zebranie opinii o funkcjonowaniu i ewentualnej reformie systemu uznawania kwalifikacji zawodowych. Uwagi można przesyłać do 15 marca: http://ec.europa.eu/internal_market/consultations/2011/professional_qualifications_en.htm.

Jesienią 2011 r. ma zostać opublikowany końcowy raport, po którym powinna się ukazać tzw. Zielona Księga, czyli dokument, który przedstawi propozycje ewentualnych zmian legislacyjnych.

NIL od początku bierze czynny udział w tych pracach, we wrześniu 2010 r.

przekazaliśmy Komisji Europejskiej raport z doświadczeń w stosowaniu dyrektywy w procedurach uznawania kwalifikacji lekarzy i lekarzy dentystów. Prace, których efektem może być nowelizacja przepisów dyrektywy 2005/36/WE, wydają się m.in. okazywać do rozszerzenia zakresu specjalizacji lekarsko-dentystycznych podlegających automatycznemu uznaniu. Zasadność takiej nowelizacji została zgłoszona już przez samorząd w ww. raporcie. Podjęto wstępne działania odnośnie specjalizacji w dziedzinie periodontologii, jako że jest ona – oprócz specjalizacji objętych już automatycznym uznaniem – specjalizacją najczęściej spotykaną w państwach członkowskich.

Anna Lella

Bezpieczniej i bardziej po ludzku

Z prof. Dianne Parker, psycholog kliniczną z Uniwersytetu w Manchesterze, rozmawia Lucyna Krysiak

Termin kultura bezpieczeństwa opieki medycznej jest mało znany wśród lekarzy. Czy wprowadza nową jakość w lecznictwie?

Nie tyle nową, ile dotychczas mało popularną. Aby w sposób zrozumiały zdefiniować ten termin, należy rozzejrzeć się wokół siebie i zobaczyć, jak wykonujemy swoje obowiązki, jakie są nasze relacje ze współpracownikami, jak traktujemy pacjenta. Jednym słowem, chodzi o to, aby odpowiedzieć sobie na pytanie, w jakie wartości wierzymy, pracując w grupie, czym się kierujemy jako zespół, podejmując takie, a nie inne decyzje. Każda organizacja musi określić, w jaki sposób zarządza placówką jako strukturą. Kultura bezpieczeństwa odnosi się do tego, jak w tej strukturze zachowują się ludzie. Jednym słowem, odnosi się do praktyki. Okazuje się, że nie tylko od kwalifikacji zawodowych, ale właśnie od tych zachowań zależy bezpieczeństwo pacjenta. Niestety, z tymi zachowaniami bywa różnie i trzeba się ich uczyć.

Czy polscy lekarze mają z tym szczególny problem?

W mniejszym lub większym stopniu problem ten dotyczy wszystkich krajów. Kultura bezpieczeństwa nie jest jakąś odrębną cechą, którą samą w sobie można mierzyć, ale wy-

łania się z funkcjonowania organizacji, jest związana z zachowaniem osób i relacjami pomiędzy nimi. Dotyczy zarówno jednostek, jak i grup. W wielu organizacjach ustanawiana jest przez osoby wiodące, czyli liderów. Podwładni zwracają uwagę na to, jak oni się zachowują i ich naśladują.

Chodzi o to, aby odpowiedzieć sobie na pytanie, w jakie wartości wierzymy pracując w grupie.

Ważne jest więc, aby liderzy nie tylko mówili, jak powinno być, ale sami dawali przykład w przestrzeganiu procedur. Inaczej trudno budować kulturę bezpieczeństwa, a to przekłada się na jakość świadczonych usług, liczbę popełnionych błędów, niezadowolone pacjenta i koszty leczenia.

Jak tworzy się taką kulturę bezpieczeństwa i czy można nakreślić jej ramy?

Wiąże się to z podróżą, jaką musi przebyć organizacja. W tę podróż oczywiście są włączani nie tylko pra-

codawcy i pracownicy, ale i pacjenci. Warunkiem stworzenia ram kultury bezpieczeństwa w organizacji jest świadome współdziałanie, poddanie ocenie popełnionych błędów i próba ich eliminacji.

W opiece zdrowotnej nie dzieje się dobrze, ale winą za to obarcza się głównie system finansowania i zarządzania. Czy kultura bezpieczeństwa lub jej brak ma w tym swój udział?

Oczywiście. Na świecie kultura bezpieczeństwa opieki zdrowotnej w stosunku do gałęzi przemysłów z równie wysokim poziomem ryzyka jest daleko w tyle. Polska nie jest wyjątkiem. Mamy jednak okazję to zmienić, przygotowując kadry młodych lekarzy do myślenia w kategoriach kultury bezpieczeństwa. Jeśli w ich edukację wpasujemy wiedzę na ten temat, niewątpliwie z czasem to zaprocentuje. Wierzę, że moja wizyta w Regionalnym Ośrodku Kształcenia Lekarzy Rodzinnych w Łodzi zapoczątkuje ten proces. To dobry start. Projekt, który realizujemy wspólnie z Uniwersytetem Medycznym w Łodzi, stworzy podstawy do podzielenia się doświadczeniami na temat kultury bezpieczeństwa w medycynie rodzinnej na jej europejskim forum, podczas kongresu WONCA Europe, który jesienią odbędzie się w Warszawie.

Psychologia coraz śmielej wkracza w różne dziedziny naszego życia. Korzystają z niej biznesmeni, politycy, sportowcy. Na ile przydatna jest w opiece zdrowotnej?



Prof. Dianne Parker jest ekspertem w dziedzinie kultury bezpieczeństwa. Ostatnio gościła w Polsce na zaproszenie Uniwersytetu Medycznego w Łodzi, realizującego projekt LINNEAUS EURO-PC koordynowany przez Zakład Medycyny Rodzinnej i Medycyny Społeczności Lokalnych w ramach 7. Programu Ramowego Unii Europejskiej. Przeprowadziła 3 warsztaty w placówkach podstawowej opieki zdrowotnej testujące narzędzia oceny bezpieczeństwa pacjenta.

Niezależnie od tego, jaki zawód wykonujemy, znajdujemy się w relacjach z innymi ludźmi i od naszych zachowań zależy, jakie one będą. Psychologia społeczna ma bardzo wiele do zaoferowania, również w medycynie, np. rodzinnej, sądowej. Wciąż jednak myłona jest z psychologią kliniczną, która kojarzy się z kozetką, Freudem i manipulowaniem ludźmi. Tymczasem korzystając z tej oferty, nie tylko można wydajniej pracować, ale osiągać zadowolenie z tej pracy. Moja praca doktorska dotyczyła kultury bezpieczeństwa

***Kultura bezpieczeństwa
wyłania się
z funkcjonowania
organizacji,
jest związana
z zachowaniem osób
i relacjami pomiędzy
nimi.***

w ruchu drogowym. Badałam, jakie czynności podejmuje się, aby uniknąć wypadków. W pierwszej kolejności poprawiano w tym celu jakość sprzętu, pasów, organizację ruchu drogowego, w drugiej chodziło o przestrzeganie przepisów, włączając sankcje policji, jeśli doszło do ich złamania, ale to także nie ograniczyło liczby wypadków. Dopiero w trzecim podejściu, które dotyczyło zmiany zachowań kierowców, można było mówić o stworzeniu kultury bezpieczeństwa na drodze.

Jak doświadczenie to odnieść do opieki zdrowotnej?

Jeśli odniesiemy je do opieki zdrowotnej, na pierwszym poziomie bezpieczeństwa mamy kody paskowe identyfikujące pacjentów, pompy infuzyjne precyzyjnie odmierzające dawki leków, innymi słowy sprzęt. Na drugim poziomie mamy reguły i wytyczne, a także standardy, które mówią, jak postępować z chorym, ale nadal są popełniane błędy. Dopiero na trzecim poziomie przyglądamy się zachowaniom personelu pod kątem bezpieczeństwa pacjenta. I to jest miejsce, w którym wkracza psychologia społeczna. Schemat postępowania jest taki sam jak w przypadku bezpieczeństwa na drogach. Muszą zaistnieć wszystkie trzy poziomy. W tej dziedzinie jest bardzo dużo do zrobienia, ale trzeba zacząć. Ważna jest świadomość, jak wiele zależy od naszych zachowań. ●



Postępowanie w przedmiocie
* odpowiedzialności zawodowej *
składa się z czterech etapów.

== JOLANTA ORŁOWSKA-HEITZMAN ==

Odpowiedzialność zawodowa jest jednym z czterech rodzajów odpowiedzialności, jakiej podlegają lekarze (poza odpowiedzialnością karną – postępowanie prowadzą organy ścigania, cywilną – tylko z powództwa cywilnego przed sądem powszechnym i dyscyplinarną – za naruszenie przepisów kodeksu pracy, prowadzona przez przełożonego w zakładzie pracy).

Rozdział 5, poświęcony odpowiedzialności zawodowej, w nowej ustawie o izbach lekarskich, uchwalonej przez Sejm 2.12.2009 r., która weszła w życie 1.01.2010 r., reguluje w sposób bardzo szczegółowy i dokładny te kwestie. W przypadku braku uregulowań w ustawie organy prowadzące postępowanie mogą odwołać się do odpowiednich przepisów kodeksu postępowania karnego.

postępowanie

Postępowanie w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej składa się z czterech etapów:

- **czynności sprawdzających** – prowadzone są przez rzecznika odpowiedzialności zawodowej, a po ich zakończeniu rzecznik decyduje, czy odmówić wszczęcia, czy postępowanie należy wdrożyć,

- **postępowania wyjaśniającego** – prowadzonego przez rzecznika odpowiedzialności zawodowej, które może być zakończone umorzeniem lub skierowaniem wniosku o ukaranie do sądu lekarskiego,

- **postępowania przed sądem lekarskim** – w przypadku skierowania wniosku o ukaranie wdrożone jest postępowanie przed sądem lekarskim, które kończy się uniewinnieniem albo orzeczeniem o winie z wymierzeniem kary zgodnie z katalogiem kar wymienionych w art. 83 ustawy o izbach lekarskich,

- **postępowania wykonawczego** – pro-

Rozdział 5 nowej ustawy o izbach lekarskich reguluje w sposób szczegółowy kwestie odpowiedzialności.

wadzi je okręgowa rada lekarska, która z mocy ustawy wykonuje orze-



Naczelny Rzecznik
Odpowiedzialności
Zawodowej

czenia sądu lekarskiego, a NRL prowadzi Rejestr Ukaranych Lekarzy.

Według Ustawy z 2 grudnia 2009 r. definiującej „przewinienie zawodowe” – jest to naruszenie zasad etyki lekarskiej oraz przepisów związanych z wy-

konywaniem zawodu lekarza i lekarza dentysty.

Ustawa wprowadziła również, zapisane w art. 113, postępowanie mediacyjne, które może być doskonałym narzędziem pomocnym w rozstrzygnięciu spraw z zakresu odpowiedzialności zawodowej lekarzy zarówno przez rzeczników odpowiedzialności zawodowej, jak i przez sądy lekarskie.

Postępowanie mediacyjne w ramach odpowiedzialności zawodowej lekarzy, z uwagi na odwołanie w ustawie o izbach lekarskich do przepisów kodeksu postępowania karnego, traktowane jest w sposób analogiczny do postępowania mediacyjnego w sprawach karnych. Dane statystyczne za rok 2010 dotyczące pracy okręgowych rzeczników i Naczelnego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej znajdują się na stronie internetowej NIL. ☉

WSPÓŁPRACA
MALGORZATA RAJCA
I EWA NOWOSIELSKA,
BIURO NROZ

Postępowanie mediacyjne w ramach odpowiedzialności zawodowej lekarzy traktowane jest jak postępowanie mediacyjne w sprawach karnych.

Amputacja wskazana



Opowiem dwie historie, których początek jest podobny, ale zakończenie zupełnie inne.

Katarzyna Godlewska

Bohaterem pierwszej jest radca prawny, który rozpoczął działalność gospodarczą w formie kancelarii. Obroty rosły, radca prawny podjął decyzję o rozwinieciu działalności. Zatrudnił sekretarkę, aplikantów oraz innych radców prawnych. Druga historia jest o lekarzu, który zarejestrował indywidualną praktykę lekarską. Lekarz wynajął pomieszczenia, zainwestował w sprzęt medyczny. Zatrudnił też dwie osoby jako rejestratorki i...

...i na tym koniec, gdyż lekarz, w przeciwieństwie do radcy prawnego, nie mógł zatrudnić osoby wykonującej ten sam zawód.

Przeszkodą jest bowiem art. 53 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty, który stanowi, że lekarz wykonujący indywidualną



Autorka jest radcą prawnym w Warmińsko-Mazurskiej Izbie Lekarskiej w Olsztynie

lub indywidualną specjalistyczną praktykę lekarską może zatrudniać osoby niebędące lekarzami do wykonywania czynności pomocniczych (współpracy), o ile nie jest to praktyka wykonywana wyłącznie w miejscu wezwania oraz o ile lekarz nie wykonuje zawodu poza zakładem opieki zdrowotnej na podstawie umowy cywilnoprawnej. Lekarz dentysta wykonujący indywidualną

lub specjalistyczną praktykę lekarską wpisaną na liście podmiotów prowadzących staż podyplomowy może zatrudniać lekarza dentystę w celu odbywania tego stażu. Zarówno radca prawny prowadzący kancelarię, jak i lekarz wykonujący praktykę prowadzą działalność gospodarczą. Konstytucja RP stanowi, że ograniczenie wolności działalności gospodarczej jest dopuszczalne tylko w drodze ustawy i tylko

stanowiącej formę wykonywania zawodu na własny rachunek i na własną odpowiedzialność. Przekonujące?

A jakie są opinie lekarzy i lekarzy dentyistów, którzy opowiadają się za nowelizacją przepisu? Koncepcji jest wiele – m.in. umożliwienie lekarzom dentyistom prowadzącym praktyki zatrudnianie lekarzy dentyistów w celu odbywania specjalizacji lub w celu uzyskania umiejętności z zakresu węższych dziedzin medycyny.

Dlaczego radca prawny może zatrudnić osobę wykonującą ten sam zawód, a lekarz nie może zatrudnić innego lekarza?

ze względu na **ważny interes publiczny**.

Jakie jest więc uzasadnienie dla sytuacji, w której radca prawny może zatrudnić osobę wykonującą ten sam zawód, a lekarz nie może zatrudnić innego lekarza? Ministerstwo Zdrowia odpowiedziało kiedyś, że zatrudnienie innego lekarza przez lekarza wykonującego praktykę stałoby w sprzeczności z ideą praktyki lekarskiej,

Jeśli ktoś zapytałby mnie, co zrobić z art. 53, odpowiedziałabym: **Skreślić**. Uchylenie tego przepisu stworzyłoby bowiem klarowną sytuację, jednakową dla wszystkich prowadzących praktyki, bez różnicowania ze względu na wykonywany zawód. Pytanie tylko, czy i kiedy uda się przekonać ustawodawcę do przeprowadzenia takiego zabiegu

Uchylenie art. 53 stworzyłoby jednakową sytuację dla prowadzących praktyki, bez względu na wykonywany zawód.

Bezpieczny pacjent – bezpieczny lekarz

Negatywne konsekwencje błędów medycznych i zdarzeń niepożądanych w opiece zdrowotnej dotyczą nie tylko pacjentów.

PIOTR GAJEWSKI, ROMUALD KRAJEWSKI

Szukanie przyczyn każdego zdarzenia niepożądanego w naruszeniu zasad etyki zawodowej lub niekompetencji lekarza pogarsza bezpieczeństwo pacjentów, a nieufność do lekarzy podważa fundament terapeutycznej relacji pacjent-lekarz, jakim jest zaufanie.

Dotychczasowe działania w celu poprawy tych relacji są niewystarczające, dlatego powstał program „Bezpieczny pacjent – bezpieczny lekarz”. Główne jego cele to: popra-

wa bezpieczeństwa pacjentów przez zwiększenie wiedzy pracowników medycznych o zdarzeniach niepożądanych i sposobach zapobiegania im (działania „przed szkodą”) oraz poprawa komunikacji lekarzy i pracowników medycznych z pacjentami w sytuacji zdarzenia niepożądanego, w tym błędu (działania „po szkodzie”).

Program skierowany jest do lekarzy i innych pracowników medycznych oraz menedżerów ochrony zdro-

wia. Jego elementami są: artykuły edukacyjne („Medycyna Praktyczna”, portal Mponline), symposium dla praktykujących lekarzy „Dylematy etyczne w praktyce lekarskiej – jak lekarz powinien postąpić, gdy popełni błąd” (31.03., Warszawa), sesja „Odpowiedzialność lekarza za błędy medyczne i naruszenie praw pacjenta” podczas X Krajowej Konferencji Szkoleniowej Towarzystwa Internistów Polskich (2.04., Warszawa), konferencje dla menedżerów ochrony zdrowia „Bezpieczny pacjent – bezpieczny lekarz – bezpieczny szpital”, konferencja centralna (30.03., Warszawa) oraz konferencje regionalne, warsztaty dla lekarzy i pracowników medycznych w szpitalach, materiały edukacyjne.

AUTORZY PRZEWODNICZĄ RADZIE PROGRAMOWEJ PROGRAMU „BEZPIECZNY PACJENT – BEZPIECZNY LEKARZ”.

R E K L A M A



bezpieczny pacjent
bezpieczny lekarz

Program dla środowiska medycznego

Bezpieczny pacjent – bezpieczny lekarz – bezpieczny szpital

Konferencja dla menedżerów ochrony zdrowia

30 marca 2011 (godz. 10.00–16.00), Warszawa, Pałac Kultury i Nauki, Sala Starzyńskiego

Organizatorzy konferencji: Medycyna Praktyczna, Wolters Kluwer Polska

Współorganizator: Naczelna Izba Lekarska

Koszt uczestnictwa: 246 zł

zapraszamy osoby zarządzające zakładami opieki zdrowotnej i osoby nadzorujące przebieg procesu leczniczego (dyrektorzy ds. leczenia), a także osoby zapewniające obsługę prawną zakładów opieki zdrowotnej, rzeczników odpowiedzialności zawodowej i rzeczników praw pacjenta

W programie:

- Błędy medyczne z perspektywy Rzecznika Praw Pacjenta – Krystyna Barbara Kozłowska
- Zdarzenia niepożądane w opiece zdrowotnej – rodzaje, przyczyny i metody redukcji ryzyka – prof. Richard Cranovsky
- Zdarzenia niepożądane w polskich szpitalach – Halina Kutaj-Wąsikowska
- Zalecenia Rady Europy w sprawie bezpieczniejszej opieki zdrowotnej – dr Piotr Mierzewski
- Bezpieczeństwo pacjenta – rozwiązania europejskie – Barbara Kutryba
- Kultura bezpieczeństwa w relacjach pacjent–szpital – prof. Romuald Krajewski
- Bezpieczeństwo pacjentów – rozwiązania amerykańskie – prof. Albert Wu
- Postępowanie w szpitalu w przypadku zdarzenia niepożądanego – według koncepcji „Sorry Works!” – Douglas Wojcieszak
- Odpowiedzialność karna za błędy medyczne, w tym odpowiedzialność w zespołowym działaniu – dr n. prawn. Rafał Kubiak
- Ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej zakładów opieki zdrowotnej – dr n. prawn. Małgorzata Serwach
- Prawa pacjenta a naruszanie obowiązków pracowniczych przez personel medyczny – dr n. prawn. Dorota Karkowska

IV Symposium „Dylematy etyczne w praktyce lekarskiej – jak lekarz powinien postąpić, gdy popełni błąd”

Symposium dla praktykujących lekarzy

31 marca 2011 (godz. 13.00–18.00), Warszawa, Pałac Kultury i Nauki, Sala Koncertowa (piętro VI)

Organizator: Medycyna Praktyczna

Współorganizatorzy: Naczelna Izba Lekarska, Towarzystwo Internistów Polskich,

American College of Physicians

Udział bezpłatny, po wcześniejszej rejestracji i otrzymaniu potwierdzenia.

W programie:

- Błędy medyczne z perspektywy Rzecznika Praw Pacjenta – Krystyna Barbara Kozłowska
- Zalecenia Rady Europy w sprawie bezpieczniejszej opieki zdrowotnej – dr Piotr Mierzewski
- Nieuchronność zdarzeń niepożądanych w praktyce lekarskiej – prof. Richard Cranovsky
- Kultura bezpieczeństwa w relacjach pacjent–lekarz – prof. Romuald Krajewski
- Lekarz drugą ofiarą błędu medycznego – prof. Albert Wu
- Sorry works! – co każdy lekarz powinien wiedzieć o ujawnianiu błędów medycznych i przeprosinach – Douglas Wojcieszak
- Odpowiedzialność lekarza za błąd medyczny w świetle polskiego prawa – prof. Agnieszka Liszewska

Zgłoszenia:

Medycyna Praktyczna

ul. Krakowska 41, 31-066 Kraków

tel. 12 293 40 04

e-mail: bezpieczny@mp.pl

www.bezpieczny.mp.pl

Uczestnicy Konferencji i Symposium otrzymają punkty edukacyjne.

Partnerzy programu:

Rzecznik Praw Pacjenta
Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia
Towarzystwo Promocji Jakości Opieki Zdrowotnej w Polsce
Stowarzyszenie Menedżerów Opieki Zdrowotnej
Naczelna Izba Pielęgniarek i Położnych
Instytut Praw Pacjenta i Edukacji Zdrowotnej
Wolters Kluwer Polska

CPME – europejska reprezentacja lekarzy



W 1959 r. w Amsterdamie utworzono Stały Komitet Lekarzy Europejskich.

KONSTANTY RADZIWIŁŁ

W czasach dziś już historycznych, gdy w zachodniej Europie dopiero od dwóch lat kielkowała Wspólnota, sześć narodowych organizacji lekarskich (z Belgii, Francji, Holandii, Luksemburga, Niemiec Zachodnich i Włoch) utworzyło w 1959 r. podczas spotkania w Amsterdamie Stały Komitet Lekarzy Europejskich (CPME).

Swoboda wykonywania zawodu w UE

Głównym celem Komitetu było wtedy doprowadzenie do zagwarantowania swobody wykonywania zawodu lekarza we wszystkich krajach Wspólnoty poprzez automatyczne uznawanie ich kwalifikacji zawodowych. Ten dziś oczywisty (także dla korzystających z niego ponad 10 000 pol-

skich lekarzy) mechanizm w pełni zaczął obowiązywać dopiero w 1975 r. i jest wciąż doskonały. Także obecnie obowiązująca Dyrektywa 2005/36/WE z 7 września 2005 r. w sprawie uznawania kwalifikacji zawodowych jest właśnie teraz poddawana przeglądowi mającemu zainicjować zmiany. CPME, jako organizacja zrzeszająca najbardziej reprezentatywne dla całego zawodu lekarskiego organizacje na-

rodowe, jest postrzegana przez instytucje Unii Europejskiej przygotowujące zmiany jako jeden z głównych partnerów do konsultacji przyszłych rozwiązań które mają wpływ na praktykę lekarską w całej Europie.

„Wyspecjalizowana” współpraca

Od czasów założycielskich CPME znacznie powiększył swoje szeregi – obecnie zrzesza najbardziej reprezentatywne narodowe organizacje lekarskie z 27 państw europejskich oraz, na prawach obserwatorów, organizacje z Andory, Chorwacji, Izraela, Macedonii i Serbii. Stale współpracuje także z innymi „wyspecjalizowanymi” europejskimi organizacjami lekarskimi: Europejskim Stowarzyszeniem Starszych Lekarzy Szpitalnych (AEMH), Europejską Konferencją



Autor jest prezydentem CPME, wiceprezesem NRL

ejska ekarzy

CPME reprezentuje interesy lekarzy europejskich i zabiega o bezpieczną opiekę zdrowotną dla wszystkich Europejczyków.

Izb Lekarskich (CEOM), Europejską Federacją Lekarzy Zatrudnionych (FEMS), Europejskim Stowarzyszeniem Studentów Medycyny (EMSA), Europejskimi Młodymi Lekarzami (PWG), Europejską Unią Lekarzy Ogólnych (UEMO), Europejską Unią Lekarzy Specjalistów (UEMS), Europejską Grupą Roboczą Lekarzy Wolno-praktykujących (EANA), Światowym Stowarzyszeniem Lekarzy (WMA) i Międzynarodową Federacją Studentów Medycyny (IFMSA).

Dobra marka europejskich lekarzy

Zakres zainteresowania CPME systematycz-

nie poszerzał się przez dziesięciolecia i obecnie obejmuje w praktyce całe spektrum spraw dotyczących praktyki lekarskiej i szeroko rozumianej ochrony zdrowia. W swoim działaniu CPME stara się reprezentować interesy lekarzy europejskich, promować dobre praktyki w zakresie organizacji ochrony zdrowia i zabiegać o najwyższej jakości, bezpieczną opiekę zdrowotną dla wszystkich Europejczyków. Wśród spraw, którymi zajmuje się Komitet, są: etyka lekarska, kształcenie przed- i podyplomowe, organizacja ochrony zdrowia na poziomie narodowym i Unii Europejskiej oraz problemy zdrowia publicznego.

Przez wielu polityków europejskich CPME jest rozpoznawany jako ekspert i poważny partner w sprawach ochrony zdrowia.



Konstanty Radziwiłł, John Dalli – Europejski Komisarz ds. Zdrowia, Brigid Beger – Sekretarz Generalny CPME

CPME jest od lat dobrą marką europejskich lekarzy i przez wielu polityków europejskich jest rozpoznawany jako ekspert i poważny partner w rozwiązywaniu spraw dotyczących ochrony zdrowia. Praktycznie nie zdarza się, by jakiegokolwiek działania którejkolwiek z instytucji

UE dotyczące ochrony zdrowia odbywało się bez udziału i istotnego wkładu CPME. Komitet należy do grona tych, którzy dla dobra pacjentów, lekarzy i wszystkich innych profesjonalistów medycznych nalegają na podniesienie rangi ochrony zdrowia w polityce europejskiej. ◎

R E K L A M A



Zdrówko

{ potrzebne
będą klony...

*Szlachetne zdrowie, nikt się nie dowie,
jako smakujesz, aż się zepsujesz...*

Jan Kochanowski

JOLANTA MAŁMYGA

Nikt nam nie obiecał życia zdrowego i szczęśliwego, więc to zdrówko nam się psuje i szwankuje. Żyjemy szybko i nerwowo w czasach szybko rozwijających się technologii, brakuje czasu na wszystko, a szczególnie na dbałość o własne zdrowie.

Co prawda, każdy z nas próbuje na miarę własnych potrzeb i możliwości, ale wielokrotnie przypominamy sobie o tym, gdy już jest za późno. Jesteśmy przekonani, że skoro płacimy za opiekę medyczną, to decydenci zadbają o nasze zdrówko i w razie potrzeby leczenie. A to błąd naszego myślenia! Ciągłe słyszymy, że pieniędzy jest za mało i brakuje ich na wszystko: na zdrowie, leczenie i profilaktykę, naprawę dziurawych dróg i budowę nowych, na uporządkowanie bałaganu organizacyjnego przewozów koleją.

Moim zdaniem przede wszystkim potrzeba ludzi trzeźwo myślących, którzy potrafiliby zorganizować i sprawnie zarządzać

tą strefą działalności państwa – nie pod publikę, dla popularności i rozgłosu, ale dla dobra jego obywateli. Zamiast produkować tony rozporządzeń regulujących działalność opieki medycznej, często wzajemnie się wykluczających i nic niewnoszących, wystarczy uporządkować to, co już istnieje.

Zapisano setki stron celami i priorytetami Narodowego Programu Zdrowia, wykonano monitoringi wielu aspektów zdrowia – tylko co z realizacją? Brakuje woli działania i jak zwykle pieniędzy. Obarczanie samorządów lokalnych dodatkowymi zadaniami bez

wskazania środków na ich realizację i twierdzenie, że znaczna część programów profilaktycznych realizowana jest z pieniędzy publicznych w ramach NFZ, w którym ponoć brakuje finansów na leczenie, to fikcja i obłuda!

Nie brakuje jednak w Narodowym Funduszu Zdrowia pieniędzy na budowę nowych systemów rejestrowania udzielanych świadczeń i kontrolę zasadności ich udzielania – zamiast zabiegania o szybkie stworzenie koszyka medycznych świadczeń gwarantowanych, oczywiście koszyka realnego. Budżet państwa nie jest z gumy, ale czy zawsze ilość funduszy przeznaczanych na inne dziedziny jest właściwa.

Prawdą jest, jak napisał mój kolega, że w polskiej opiece medycznej

brakuje dyrygenta. Jednak widzę światełko w tunelu. Mam pomysł: skoro trudno jest zarządzać z urzędu, to sklonujmy Jerzego Owsiaaka, który od tylu lat doskonale radzi sobie z organizowaniem dofinansowania i wyposażenia szpitali w nowoczesny sprzęt do leczenia chorych dzieci. To zadanie nadal pozostanie w gestii wzorca, czyli Jurka Owsiaaka. Dla poszczególnych działań wystarczy tylko ustalić priorytety, na jakie będą zbierane pieniądze.

Potrzebne będą klony. Moim zdaniem trzeba będzie je nieco rozmnożyć, bo zapotrzebowanie jest duże.

*Jesteśmy przekonani,
że skoro płacimy za opiekę
medyczną, to decydenci
zadbają o nasze zdrówko.*

Klon nr 1: profilaktyka chorób nowotworowych – proponuję zbiorke wśród parlamentarzystów naszego parlamentu i europosłów przeznaczających 1-2% swoich diet na ten cel, i to nie jednorazowo, ale corocznie. A przy okazji zorganizujemy konkurs: które ugrupowanie polityczne zbierze więcej pieniędzy.

Klon nr 2: profilaktyka chorób płuc – zbiórka wśród rządzących.

Klon nr 3: profilaktyka chorób serca i układu krążenia – zbiera cały naród.

I tak po kolei wszystkie cele profilaktyczne i lecznicze, chociażby zbiórka na wyposażenie szpitali w nowoczesny sprzęt diagnostyczny. Oczywiście podziałem środków zajmowałby się pomysłodawca – Jurek Owsiaak, żeby nie wymyślano nowych przepisów, które nie doczekają się realizacji. ☉

*Skoro trudno jest
zarządzać z urzędu,
to sklonujmy
Jerzego Owsiaaka.*



Autorka jest lekarzem
dentystą, wiceprezesem
Okręgowej Rady Lekarskiej
w Gorzowie Wlkp.

Od Kopciuszka do lidera

Czy prewencja chorób
serca i naczyń
w Polsce jest potrzebna?

WOJCIECH DRYGAS

Paul Dudley White, jeden z najwybitniejszych kardiologów XX w., osobisty lekarz kilku prezydentów USA, wielki entuzjasta prewencji chorób serca i regularnych ćwiczeń fizycznych, powiedział już w latach 60. ubiegłego stulecia: „Śmierć z powodu choroby serca przed 80. rokiem życia to wina człowieka, nie zaś wola Boga czy natury”.

Bliżej nam do Wschodu niż do Zachodu

Choroby układu krążenia (CHUK) są nadal najważniejszą przyczyną umieralności w większości państw europejskich. W naszym kraju każdego roku umiera z tego powodu prawie 170 000 osób (to niemal co drugi Polak!), w tym ok. 30% przed ukończeniem 65 roku życia. Mimo stałego zmniejszania się liczby zgonów z powodu CHUK w Polsce w latach 1991-2010, standaryzowane wskaźniki umieralności z tego powodu są ponad dwukrotnie wyższe niż w krajach Europy Zachodniej, zaś średnia długość życia mężczyzn pozycjonuje nasz kraj bliżej Białorusi czy Rumunii niż krajów Europy Zachodniej i USA.

Z badania WOBASZ wynika, że aż 46% mężczyzn i 21% kobiet należy do grupy najwyższego globalnego ryzyka CHUK, ok. 60% dorosłych Polaków ma nieprawidłowy lipidogram, 42% mężczyzn i 32% kobiet nadciśnienie tętnicze, 60% nadwagę lub otyłość, ponad 50% nie uprawia żadnych ćwiczeń fizycznych, a ponad 30% nałogowo pali papierosy.

Rzecz w prewencji

Najnowsze analizy ekspertów WHO wskazują że ok. 80% przypadków chorób serca, udarów mózgu oraz cukrzycy typu II, a także ok. 40% nowotworów można uniknąć, o ile uda się wyeliminować najważniejsze czynniki ryzyka. Konieczne są powszechne badania przesiewowe, wczesna diagnostyka nadciśnienia tętniczego, zaburzeń

lipidowych i cukrzycy oraz lepsza edukacja zdrowotna dorosłych i dzieci. Nawet najdoskonalsza szpitalna opieka kardiologiczna nie pozwoli wyeliminować umieralności z powodu CHUK. Co trzeci zgon z tego powodu ma miejsce, zanim pacjent zdąży trafić do szpitala, a w naszym kraju pacjenci z zawałami serca i udarami mózgu docierają do specjalistycznych ośrodków ciągle zdecydowanie za późno.

W latach 2004-2011 na łamach najbardziej prestiżowych pism me-

dycznych (NEJM, Circulation, Brit Med. J) opublikowano cykl prac przeprowadzonych przy zastosowaniu modelu IMPACT opracowanego przez S. Capewella z Uniwersytetu w Liverpool. Z badań wykonanych w 10 krajach, m.in. w Wielkiej Brytanii, USA, Finlandii, Szwecji, a ostatnio także w... Polsce (Bandosz, Zdrojewski, Drygas i wsp., 2010) wynika, że ok. 35-47% zasług w redukcji umieralności z powodu CHNS w ostatnich 15-20 latach można przypisać medycynie naprawczej, zaś ponad 50% wynika z korzystnych zmian poziomu czynników ryzyka w populacji, m.in. ograniczenie palenia tytoniu, redukcja poziomu cholesterolu i ciśnienia tętniczego.

Wiele programów, mało pieniędzy

W walce z epidemią chorób serca i naczyń w Polsce mamy obecnie wiele atutów, m.in. ponad 100 nowoczesnych ośrodków kardiologii inwazyjnej. Polska z roli europejskiego Kopciuszka w dziedzinie kardiologii interwencyjnej dołączyła w XXI w. do grupy liderów w zakresie diagnostyki i sku-

*Średnia długość życia
mężczyzn pozycjonuje
nasz kraj bliżej Białorusi
czy Rumunii niż krajów
Europy Zachodniej
i USA.*



Prof. dr hab. n. med.
Wojciech Drygas, dyrektor
Programu CINDI WHO
w Polsce, Instytut Kardiologii
w Aninie, Uniwersytet
Medyczny w Łodzi

Konieczne są powszechne badania przesiewowe, wczesna diagnostyka i lepsza edukacja zdrowotna.

teczności leczenia ostrych zespółów wieńcowych. Programy zdrowotne realizowane w latach 2003-2009, m.in. Polski Projekt 400 Miast, Program POLKARD Media „Pamiętaj o Sercu” (www.pamietajosercu.pl), Program „Szansa dla Młodego Serca”, są znane i wysoko oceniane w Europie i na świecie. Mamy bardzo dobre wytyczne i nowoczesne podręczniki

opracowane przez najlepszych specjalistów działających w ramach Polskiego Forum Profilaktyki (www.pfp.edu.pl). Wciąż jednak prewencja chorób serca i naczyń oraz promocja zdrowia traktowane są przez Ministerstwo Zdrowia oraz liczne grono lekarzy jako działania drugo- lub trzecioplanowe.

Ten archaiczny i szkodliwy dla zdrowia Polaków (także lekarzy!) pogląd powinien jak najszybciej się zmienić. Prewencja jest skuteczna, nie budzi zastrzeżeń moralno-etycznych i jest opłacalna! Trudno zatem zrozumieć, dlaczego w Polsce na działania z zakresu promocji zdrowia i profilaktyki chorób przewlekłych przeznaczona jest mniej niż 0,5% publicznych wydatków na ochronę zdrowia.



KOMENTARZ

Profilaktyka chorób serca

Szlachetne zdrowie, nikt się nie dowie jako smakujesz, aż się zepsuje...

To właśnie, niestety, jest chyba zasadniczy problem prewencji, a zwłaszcza prewencji w Polsce.

Motywacja przychodzi dopiero wówczas, kiedy pojawiają się objawy choroby.

To dlatego podczas akcji edukacyjnych i na piknikach prozdrowotnych w kolejce do stanowiska bezpłatnej oceny lipidogramu średnia wieku przekracza 70 lat... Na prewencję nigdy nie jest za późno, ale powinno się ją rozpoczynać od dziecka. Można dlatego widzieć tu szczególną rolę kobiet – matek i żon, ale także parlamentarzystek czy... ministrów zdrowia. Mają więcej zdroworozsądkowej wyobraźni i konstruktywnej troski o najbliższych, ale również na co dzień mają największe szanse wpływać niepostrzeżenie na standar-

dy żywienia i zachowania prozdrowotne w rodzinie. Dzięki prewencji można zyskać wiele. Nie tylko w odniesieniu do chorób sercowo-naczyniowych, ale także otyłości, cukrzycy, chorób metabolicznych, chorób układu oddechowego i niektórych nowotworów. Jednak nie można wyobrazić sobie skutecznego wpływu na zdrowie społeczeństwa bez odpowiednich nakładów finansowych na prewencję ze strony państwa. Nakłady te jednak zwrócą się dzięki redukcji liczby przedwczesnych zachorowań, absencji i inwalidztwa. Ich terapia pochłania przecież ogromne i coraz większe środki, nie zawsze doprowadza do wyleczenia, a czasami wręcz wywołuje niekontrolowany łańcuszek zdarzeń i eskalację kosztów. Aby w pełni zrozumieć korzyści prewencji – także ekonomiczne – trzeba

planować nie na lata, ale na dziesięciolecia. I planując wydatki, pamiętać, że... nic nad zdrowie ani lepszego, ani droższego, bo dobre mienie, perły, kamienie, także wiek młody i dar urody, miejsca wysokie, władze szerokie dobre są, ale – gdy zdrowie w cale... ●



Prof. dr hab. med. Adam Torbicki
kierownik
Kliniki Chorób
Wewnętrznych Klatki
Piersiowej Instytutu
Guźlicy i Chorób
Płuc w Warszawie,
wiceprezes Europejskiego
Towarzystwa
Kardiologicznego

Polski wkład w

Na Międzynarodowym Sympozjum „Terapia i diagnostyka fotodynamiczna w praktyce klinicznej” swoje osiągnięcia naukowe prezentowali także polscy stomatolodzy.

ANNA MARIA DOJS

Sympozjum zostało zorganizowane przez światowej sławy profesorów: Julio Joriego z Uniwersytetu w Padwie (Włochy), Herwiga Kostrona z Uniwersytetu w Innsbrucku (Austria) oraz Davida Russella z Uniwersytetu Norwich w Wielkiej Brytanii. Przebiegało w atmosferze naukowej, bez targów i wielkiego marketingu. Program sympozjum był bardzo bogaty, ale wykłady prezentowane były w jednej sali wykładowej, bez konieczności dokonywania wyboru równoległych sesji. W ciągu 2 dni przedstawiono 47 prezentacji w różnych kategoriach: 45-minutowe tzw. wykłady szkolne, wprowadzające w tematykę PDD, półgodzinne wykłady specjalne i kliniczne oraz krótkie komunikaty, tj. 15-minutowe prezentacje.

Nowoczesna diagnostyka i terapia

Diagnostyka PDD i terapia fotodynamiczna PDT to nowoczesny sposób diagnozowania i leczenia chorób pochodzenia bakteryjnego i neoplazmatycznego. Charakteryzuje się możliwością szybkiego i małoinwazyjnego obrazowania i leczenia chorych tkanek.

Diagnostyka fotodynamiczna wykorzystuje różnice właściwości optycznych tkanek zdrowych i chorych. Umożliwia wczesne uwidocznienie zmian przednowotworowych i nowotworowych jamy ustnej. Opiera się na analizie optycznej tkanek zdrowych i chorych mających różne właściwości fotofizyczne. Bardzo ważna jest też inna możliwość diagnostyczna, tj.

spektroskopia fluorescencji tkanek, oparta na analizie różnic występujących pomiędzy spektrum światła emitowanego ze zdrowych i patologicznie zmienionych komórek rakowatych. Wykorzystuje się tu kamery CCD o wysokiej spektralnej czułości, połączone z szybkimi komputerami.

Doświadczenie z diagnostyką fotodynamiczną w stomatologii dopiero się rozpoczęło.

Badania podstawowe i kliniczne wskazują, że terapia fotodynamiczna jest selektywną metodą leczenia w porównaniu z innymi onkologicznymi terapiami. Metoda ta jest także uznawana za efektywną w leczeniu stanów przednowotworowych i nowotworowych oraz wielu infekcji bakteryjnych w takich dziedzinach medycyny, jak: dermatologia, laryngologia, gastroenterologia, urologia i ginekologia, a od niedawna także stomatologia.

Interdyscyplinarnie i naukowo

Spotkanie lekarzy, biochemików i biofizyków z całego świata zajmujących się metodą fotodynamiczną pozwala na wysokospecjalistyczne zgłębianie tematu. Wśród najwybitniejszych nazwisk z całego świata

światową naukę

ta nie zabrakło również wykładowców z Polski. Jednym z nich był prof. zw. dr hab. med. Aleksander Sieroń – prorektor Śląskiej Akademii Medycznej oraz kierownik Katedry i Oddziału Klinicznego Chorób Wewnętrznych i Medycyny Fizykalnej SUM w Bytomiu z najnowocześniejszym Ośrodkiem Diagnostyki i Terapii Laserowej Nowotworów. Autorzy brazylijscy przedstawili prace dotyczące tematyki stomatologicznej. Zaprezentowali wyniki swoich badań z zastosowania metody PDT w zakażonych kanałach zębowych zębów woła, omawiając likwidację *Candida Albicans* oraz redukcję płytki nazębnej u chomików karmionych dietą wysokocukrową, a także pracę poświęconą antybakteryjnej terapii fotodynamicznej w leczeniu drożdżaków jamy ustnej pacjentów zakażonych wirusem HIV.

Polacy na forum międzynarodowym

W sesji plakatowej znalazło się aż 5 prac badawczych z polskich ośrodków naukowych. Trzyletnie doświadczenia w spektroskopii fluorescencyjnej w raku podstawnomórkowym, nowe procedury obrazowania spektralnego, a także zastosowanie obrazowania fluorescencji samoistnej w diagnozowaniu przypadków endoskopowych przedstawił ośrodek bytomski. Monitorowanie tlenu

Wśród najwybitniejszych nazwisk z całego świata nie zabrakło wykładowców z Polski.

W sesji plakatowej znalazło się aż 5 prac z polskich ośrodków naukowych.



Autorka jest dr. n. med., lekarzem dentystą, specjalistą periodontologiem

w guzach u myszowatych leczonych bakteriochloryną PDT zaprezentował ośrodek z Krakowa współpracujący z naukowcami z Coimbrzy. Zdolność fulerenów do fotoindukcji i peroksydacji lipidów w komórkach i liposomach to temat prezentacji Anny Głogowskiej z Krakowa – jej praca powstała przy współpracy H. Le, T. Whortona i H. Gali z USA. Praca z Wrocławia, z udziałem prof. P. Ziółkowskiego dotyczyła ekspresji metaloproteinaz *in vivo* i *in vitro* po terapii fotodynamicznej.

Wśród uczestników konferencji była i zanotowała te treści reprezentantka Katedry i Zakładu Propedeutyki i Fizykodiagnostyki Stomatologicznej Pomorskiego Uniwersytetu Medycznego w Szczecinie, którego kierownikiem jest pionierka w dziedzinie fizykoterapii stomatologicznej prof. dr hab. n. med. Krystyna Opalko. Doświadczenie z diagnostyką fotodynamiczną w stomatologii dopiero się rozpoczęło. Mamy nadzieję zebrać materiał diagnostyczny do następnego IV Międzynarodowego Sympozjum Fizykodiagnostyki i Fizykoterapii Stomatologicznej, które odbędzie się 1-3.09.2011 r. w Międzyzdrojach – do udziału w nim już dzisiaj zapraszamy wszystkich lekarzy dentystów oraz lekarzy innych specjalności zainteresowanych tą tematyką. ●



W piątkowy wieczór nastąpił atak „uzbrojonego szaleńca” w centrum handlowym. Po unieszkodliwieniu zamachowca ratownicy przystąpili do udzielania pomocy 72 rannym.



Każda z załóg musiała w ciągu dwóch dni zawodów wykonać pięć zadań. Wśród nich była między innymi pomoc rannym w kamieniołomie. Po każdym zadaniu wszystkie czynności wspólnie oceniał trzyosobowy zespół sędziowski.

Na ż jak w

Polscy ratownicy
zwyciężyli
w Szczyrku!

PIOTR ZAGÓRSKI

W dniach 27-30 stycznia odbyły się VI Zimowe Międzynarodowe Mistrzostwa w Ratownictwie Medycznym Szczyrk 2011. Honorowy patronat nad tegorocznymi zmaganiem objął minister zdrowia Ewa Kopacz oraz wojewoda śląski Zygmunt Łukaszczyk. Na liście uczestników znalazło się aż 60 załóg, wśród nich 16 zespołów z Anglii, Belgii, Grecji, Litwy, Niemiec, Ukrainy, Rumunii i USA.

Wszystkich uczestników i gości przywitani dyrektor Bielskiego Pogotowia Ratunkowego Ryszard Odrzywołek oraz starosta bielski Andrzej Płonka. Zaszczycił oficjalnego otwarcia zawodów

ywo v filmie

przypadł śląskiemu konsultantowi ds. ratownictwa medycznego prof. dr. hab. n. med. Krystynowi Sosadzie – komandorowi mistrzostw. Wśród gości nie zabrakło przedstawicieli Ministerstwa Zdrowia, NFZ, władz samorządowych, środowiska medycznego, jak również policji, straży pożarnej oraz GOPR-u.

„Na linii ognia, czyli filmowe sceny na żywo” – pod takim hasłem odbyła się część bardzo widowiskowych konkurencji mistrzostw. W piątkowy wieczór doszło do ataku „uzbrojonego szaleńca” w Centrum Handlowym Gemini Park w Bielsku-Białej. Po unieszkodliwieniu zamachowca przez antyterrorystów zespoły ratowników przystąpiły do pomocy 72 rannym podczas ataku osobom. Poza uczestnictwem w zdarzeniu masowym każda z załóg musiała w ciągu dwóch dni zawodów wykonać 5 zadań, wśród których była między innymi pomoc rannym w kamieniołomie czy też wypadek wojskowego

Na liście uczestników znalazło się aż 60 załóg, wśród nich 16 zespołów z Anglii, Belgii, Grecji, Litwy, Niemiec, Ukrainy, Rumunii i USA.



Jednym z pięciu zadań, z którymi musiały zmierzyć się załogi było udzielenie pomocy poszkodowanym w wypadku wojskowego Humvee. Wśród zagranicznych zespołów najlepsi byli zawodnicy z Kliniki Boris z Kijowa.

Humvee. Bardzo trudne zadanie mieli także sędziowie zawodów. Każda załoga oceniana jest przez 3-osobowy zespół sędziowski, który po zakończeniu zadania wspólnie ocenia wykonane czynności. „Daje to większą pewność, że niczego nie pominiemy” – opowiada Michał Van Der Coghen, sędzia podczas obu dni zmagania.

Po zakończeniu wszystkich konkurencji przyszedł czas na podsumowanie. Wyrównany poziom załóg sprawił, że różnice były naprawdę niewielkie. Zwycięzcą zostały ex aequo zespoły NZOZ Nowy Szpital w Nakle i Szubinie (stacja Nakło nad Notecią) oraz WPR w Katowicach (stacja w Pyskowicach). Tuż za nimi znaleźli się ratownicy z WPR Katowice (stacja Katowice), aktualni wicemistrzowie Europy, a 3. miejsce zajęli reprezen-

Pod hasłem „Na linii ognia czyli filmowe sceny na żywo” odbyła się część bardzo widowiskowych konkurencji mistrzostw.

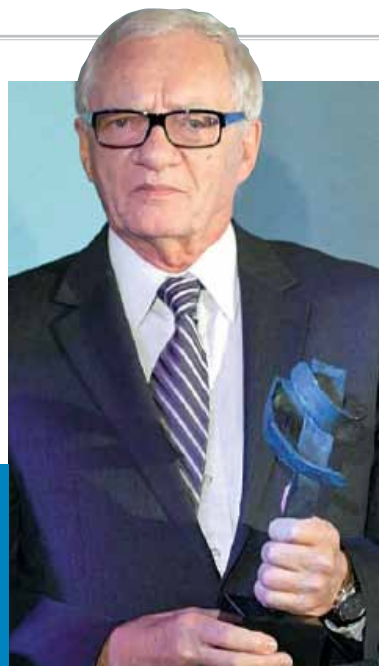
tanci Stacji Ratownictwa Medycznego w Chełmie. Wśród zespołów zagranicznych najwyżej sklasyfikowano załogę reprezentującą Klinikę Boris z Kijowa (10. miejsce).

Wielkie brawa należą się organizatorom mistrzostw, którzy w bardzo ciekawy i kreatywny sposób przygotowali poszczególne zadania. Kolejne Zimowe Mistrzostwa w Szczyrku już za rok. Do zobaczenia!

Fot.: Piotr Zagórski

Wciąż można coś poprawiać i zwiększać efektywność

Z prof. dr. hab. n. med. Witoldem Rużyłło, dyrektorem Instytutu Kardiologii w Warszawie, laureatem nagrody „Osobowość roku 2010” w konkursie „Sukces roku w ochronie zdrowia”, rozmawia Marzena Bojarczuk



Zarządzanie tak ważną placówką ochrony zdrowia, jaką jest Instytut Kardiologii, wymaga szczególnych umiejętności i szczególnych cech osobowości. Czego trzeba, by w tym zakresie osiągnąć sukces?

Jestem czynnym kardiologiem interwencyjnym i zajmuję się pracą naukową. Zawsze kierowałem dużymi zespołami ludzi, a w Instytucie Kardiologii prowadziłem liczny zespół klinicystów i pracownię hemodynamiczną z 3 salami zabiegowymi. Zawsze też miałem przekonanie, że wciąż można coś poprawiać, zwiększać efektywność. We współczesnej medycynie, także w kardiologii, powstaje wiele ściśle wyspecjalizowanych dziedzin – podspecjalności, które szybko się rozwijają. Uważam, że nie jest to zjawisko negatywne, ale istnieje konieczność integrowania ich wszystkich.

Wydawało mi się, że potrafię to zrobić – stąd pomysł kierowania instytutem naukowo-badawczym

i podjęcie odpowiedzialności zarówno za jego działalność leczniczą, jak i rozwój naukowy tej dziedziny medycyny, którą reprezentuję. Najbardziej pociąga mnie właśnie połączenie nauki z kliniką na najwyższym poziomie. Bardzo ważne jest też to, że mogę pomóc w rozwoju naukowym i zawodowym wielu młodym zdolnym ludziom – to ogromna satysfakcja, że do tej placówki lgną ludzie chcący się specjalizować w trudnej, ale także fascynującej dziedzinie medycyny, jaką jest kardiologia.

Najbardziej pociąga mnie połączenie nauki z kliniką na najwyższym poziomie.

Co jest największym problemem?

Największym problemem jest chyba ciągły niedobór czasu. Najbardziej zgrany i samodzielny zespół współpracowników musi czuć obecność tego, kto nim kieruje – nie dlatego, żeby się bać, ale by mieć przekonanie, że ktoś czuwa nad wszystkim, zapewnia wsparcie i daje poczucie bezpieczeństwa. To doskonale integruje i sprzyja osiąganiu sukcesów w pracy zespołowej. Ważna jest tu osobowość szefa – musi być ta-

ka, żeby w zespole wszyscy czuli się dobrze i mogli w nim znaleźć swoje miejsce.

Jakie są największe i najważniejsze zadania stojące przed Panem w najbliższej przyszłości?

Kiedy obejmowałem stanowisko dyrektora Instytutu, moim celem było stworzenie tu diagnostyki obrazowej na najwyższym poziomie. Udało się to osiągnąć nie tylko dzięki zakupom najnowocześniejszego sprzętu, ale przede wszystkim dzięki wspaniałym fachowcom, którzy potrafią z tych możliwości korzystać. A jeśli chodzi o wyzwania, to największym jest chyba dążenie do zmniejszania inwazyjności leczenia, tzn. zastępowanie trudnych zabiegów chirurgicznych procedurami mniej inwazyjnymi, śródnaczyniowymi. W tym zakresie niezbędna jest współpraca kardiologów, kardiochirurgów i chirurgów naczyniowych – powstające w ten sposób ogromne możliwości pozwalają sprostać potrzebom starzejącego się społeczeństwa. To dobry kierunek na przyszłość, dlatego w połowie tego roku w Instytucie Kardiologii zacznie funkcjonować nowoczesna sala hybrydowa, w której będą przeprowadzane zabiegi chirurgiczne i interwencyjne, ale także procedury hybrydowe. Tym samym tworzymy w kardiologii nową interdyscyplinarną dziedzinę medycyny. ☉

Liderzy medycyny 2010

W Warszawie odbyła się w styczniu gala wręczenia statuetek „Liderzy Medycyny 2010”.

LUCYNA KRYSIAK

Decyzją Kapituły Osobowości Roku w ochronie zdrowia został prof. Witold Rużyło – dyrektor Instytutu Kardiologii w Warszawie, światowy autorytet w dziedzinie kardiologii interwencyjnej. Na Menedżera Roku w kategorii

publiczna służba zdrowia wybrano Romana Szełemeja – dyrektora Specjalistycznego Szpitala im. A. Sokołowskiego w Wałbrzychu, a w kategorii niepubliczna służba zdrowia – Ryszarda Szcząchora, właściciela i dyrektora Centrum Medycznego ALDEMED w Zie-

lonej Górze. R. Szełemej dokonał fuzji trzech szpitali, czym dowiódł, że można restrukturyzować zadłużone placówki. Ryszard Szcząchor stworzył kilkunastołożkowy szpital, w którym nie tylko leczy się chorych, ale także prowadzi badania kliniczne w zakresie alergologii.

W kategorii zdrowie publiczne statuetkę „Lidera Medycyny” wręczono Andrzejowi M. Falowi – kierownikowi Katedry Zdrowia Publicznego Akademii Medycznej we Wrocławiu. Jest on autorem wielu programów, m.in. zwalczania

otyłości u dzieci i młodzieży. Za działalność edukacyjno-szkoleniową w ochronie zdrowia statuetką uhonorowano firmę farmaceutyczną Eli Lilly Sp. z o.o., która uruchomiła w Polsce cukrzycowe centra edukacji. W dziedzinie działalności charytatywnej statuetka „Lidera Medycyny” przypadła Dorocie Rabczewskiej, gwiazdzie muzyki pop. Statuetki otrzymali też dziennikarze telewizji publicznej Iwona Schymalla i Mariusz Gujski za wieloletnią realizację nowatorskich programów poświęconych zdrowiu i medycynie.

R E K L A M A



Skąpani

Coraz ostrzejsza dyskusja na temat roli samorządu lekarskiego, jego zadań wobec środowiska, nadziei i beznadziei jakie są pokładane w działalności delegatów na poszczególnych szczeblach, powinna dotknąć także stref raczej nietykalnych.

JAROSŁAW WANECKI

Spróbujmy zapytać: Jakie korzyści niesie z sobą obowiązkowa przynależność do izby? Czy korzystają na tym wszyscy, czy tylko nieliczni? Czy samorząd to korporacja? Czy korporacja to nadal samorząd?

Historia izb lekarskich jest zbyt słabym argumentem według oponentów na rzecz ich istnienia, odbieranego w dużej mierze jako nieprzydatne. To zdanie nikogo nie obraża, ale alarmuje, że idea, która przyświecała odrodzeniu samorządu przed prawie 22 laty, nie została utrwalona, a może w potoku spraw i natłoku polityczno-społecznych wydarzeń wręcz wypaczona. Jakże często spotykam się z pytaniami: A co wy tam w tych izbach robicie? Co z tego macie? Po co to wszystko? A na co mi ta wasza izba? Nie uwierzę działaczom, którzy nie spotkali się z takimi problemami, nie tłumaczyli się w pokoju lekarskim albo podczas towarzyskich biesiad z aktualnej sytuacji, polityki zdrowotnej, odpowiedniej lub nieodpowiedniej reakcji na bieżące wydarzenia. W wielu wypadkach to, co izba uznaje za korzyść lekarza, odbierane jest jako szykana, utrudnienie, komplikacja.

Zacznijmy więc od początku, czyli od składek, które są kością niezgody w wielu przypadkach. O pieniądze pokłócić się najłatwiej, wywołują najwięcej sporów. Ciągłe jest ich zbyt mało na realizację wyznaczonych zadań albo

wyznaczone zadania nie spełniają oczekiwań zwykłego wyborcy. A składki to przecież podstawa majątku, który jest wspólną własnością środowiska. Biura, rejestry, wymiar sprawiedliwości i archiwa służą do realizacji wymogów ustawy, ale sale wykładowe, klubowe, biblioteki są dla nas, dla zainteresowanych. Tworzą zaplecze, bez którego kształcenie i żadna inna aktywność na dłuższą metę nie są możliwe. Składamy się w ten sposób na pomoc seniorom i artystom, współfinansujemy projekty sportowe i integracyjne, wydajemy pisma, które powinny być nie tylko głosem władzy, ale także miejscem dyskusji i odrębnych stanowisk.

W wielu wypadkach to, co izba uznaje za korzyść lekarza, odbierane jest jako szykana, utrudnienie, komplikacja.

Czy korzystamy z tych wszystkich praw, które daje nam nasza składka? Nie, w większości przypadków po prostu nie bierzemy udziału nawet w wyborach. Rezygnujemy z korzyści, jaką daje wspólnota dwóch zawodów medycznych. A składkę traktujemy jako przymusową.

W N I L - u



Jak bumerang powraca sprawa punktów edukacyjnych. Brak zaangażowania w zbieraniu certyfikatów tłumaczymy złym prawem podatkowym pozbawionym ulg. Oczekujemy urlopów naukowych, refinansowania szkoleń. Wszystkie kwestie są zasadne, ale niepodważalny jest wymóg stałego kształcenia, który zawsze działa na naszą korzyść. Nawet jeśli jest ułomny.

Podobnie rzecz ma się z ubezpieczeniami. One nie chronią izby, ale poszczególnych jej członków na stanowiskach pracy, podczas ratowania zdrowia i życia pacjenta, czynności powszechnie uznawanej za niełatwą, mimo intensywnego kursu dla internautów-samouków. Obowiązkowe ubezpieczenie, które załatwiła izba, wa ustawa, daje nam większe bezpieczeństwo materialne, na wszelki wypadek, z ostrożności procesowej. Obowiązek, który poszerza nasze możliwości prawne, powinniśmy zapisać po stronie pozytywów.

Nie zawsze izba przysparza korzyści wszystkim. Samorząd staje w obronie prestiżu zawodu lekarza, a rzecznik odpowiedzialności zawodowej i sąd muszą rzetelnie opisać proces decyzyjny, którego zasadność została zanegowana. Z takich sytuacji każdy wychodzi poobijany, sfrustrowany. Także koleżanki i koledzy, którzy wypełniają niewdzięczną dyscyplinującą rolę. Jeśli potrafimy wy-

ciągać wnioski i uczyć się na błędach, ból może być mniejszy, a sygnał dla innych bardzo korzystny.

Inaczej odnosimy się do zysków indywidualnych. Od czasu do czasu wyczuwam w rozmowach podtekst, który sugeruje, że sednem działalności samorządowej jest obrona interesów wąskich grup lub wręcz pojedynczych osób. NIL dla wielu adwersarzy, a nieraz i samych pretendentów jest rzeką dobrobytu, wszechmocy i trampoliną do popularności.

Prawda jest bardziej złożona i wymaga niezwykle ostrożności w ocenie pracowitości i zasług poszczególnych osób. Łatwiej oczernić niż wybielić, chociaż zdarzają się przypadki skrajne, oczekiwanie przywilejów, mylenie służby ze służalczością. Samorządność bywa długą wędrówką po cienkim lodzie.

Kończąc, a właściwie zaczynając ewentualne polemiki, chciałbym dodać własne zdanie, że dopóki działalność samorządowa będzie pasją i dobrze pojętym społecznikostwem, dopóty nie grozi nam „korporacyjność” w złym tego słowa znaczeniu. Pozostańmy w przekonaniu, że izba lekarska znaczy współodpowiedzialność, dzięki której korzyść ogółu zwycięża nad korzyściami jednostek. Indeks nie stanie się wtedy częścią oświadczenia majątkowego, a jedynie interesującą kolumną w „Gazecie”. ●

Odpady medyczne



Zasady dotyczące postępowania z odpadami medycznymi zostały uregulowane w rozporządzeniu ministra zdrowia z 30 lipca 2010 r. w sprawie szczegółowego sposobu postępowania z odpadami medycznymi (Dz.U. 2010 r., nr 139, poz. 940) – dalej **RwSOM**. Obowiązuje ono od 19 sierpnia 2010 r.

Schemat postępowania z odpadami zakaźnymi

Odpady niebezpieczne, z wyjątkiem odpadów o ostrych końcach i krawędziach, muszą zostać zebrane do pojemników lub worków jednorazowego użycia **koloru czerwonego** z folii polietylenowej, nieprzezroczystych, wytrzymałych, odpornych na działanie wilgoci i środków chemicznych, z możliwością jednokrotnego zamknięcia (§3 ust. 1 **RwSOM**). Worki jednorazowego użycia należy umieścić na stelażach lub w sztywnych pojemnikach (jednorazowego lub wielokrotnego użycia) w sposób pozwalający na uniknięcie zakażenia osób mających kontakt z workiem lub pojemnikiem. Odpady medyczne poszczególnych rodzajów należy w miarę możliwości grupować (§3 ust. 4 **RwSOM**). Pojemniki lub worki należy zapełniać do 2/3 ich objętości w sposób umożliwiający bezpieczne zamknięcie. Niedopuszczalne jest otwieranie raz zamkniętych pojemników lub worków jednorazowego użycia (§3 ust. 6 **RwSOM**).

UWAGA! Odpady medyczne o ostrych końcach i krawędziach zbiera się w pojemnikach jednorazowego użycia, sztywnych, odpornych na działanie wilgoci, mechanicznie odpornych na przekłucie bądź przecięcia. Pojemniki muszą mieć kolor czerwony (§3 ust. 5 **RwSOM**).

Justyna Zajdel

ODPADY ZAKAŹNE	ODPADY SPECJALNE	POZOSTAŁE ODPADY
O KODACH 18 01 02*, 18 01 03*, 18 01 82*	O KODACH 18 01 06*, 18 01 08*, 18 01 10*	O KODACH 18 01 01, 18 01 04, 18 01 07, 18 01 09
Definicja – Odpady niebezpieczne, które zawierają żywe mikroorganizmy lub ich toksyny, o których wiadomo lub co do których istnieją wiarygodne podstawy do przyjęcia, że wywołują choroby zakaźne u ludzi lub innych żywych organizmów. Do tej grupy odpadów zaliczane są części ciała i organy, pojemniki na krew, zużyte materiały opatrunkowe, strzykawki, materiały medyczne, szpatułki, rękawiczki jednorazowe, dreny, sondy, kaniule, cewniki, ssaki, fartuchy jednorazowe, próbówki do pobierania krwi itp., igły, skalpele i inne ostre narzędzia jednorazowe oraz inne odpady zawierające żywe drobnoustroje chorobotwórcze lub ich toksyny.	Definicja – Odpady niebezpieczne, które zawierają substancje chemiczne, o których wiadomo lub co do których istnieją wiarygodne podstawy do twierdzenia, że wywołują choroby niezakaźne u ludzi lub innych żywych organizmów albo mogą być źródłem skażenia środowiska. Do tej grupy odpadów zaliczane są chemikalia, w tym odczynniki chemiczne, leki cytotoksyczne i cytostatyczne, odpady amalgamatu dentystycznego.	Definicja – Odpady medyczne nieposiadające właściwości niebezpiecznych. Do grupy tej zaliczane są m.in. nieskażone narzędzia i ich resztki, chemikalia niezawierające substancji niebezpiecznych, leki z wyjątkiem leków cytotoksycznych i cytostatycznych, opakowania po lekach, szczepionkach oraz inne odpady niezakaźne i niezawierające substancji niebezpiecznych.



Magazynowanie odpadów o kodzie 18 01 02* może odbywać się tylko w temperaturze do 10 °C, a czas ich przechowywania nie może przekroczyć 72 godzin (§ 6 ust. 1 RwSOM). Z kolei magazynowanie odpadów o kodach 18 01 03* i 18 01 82* może odbywać się (w temperaturze od 10 do 18 °C) tak długo, jak pozwalają na to ich właściwości, jednak nie dłużej niż 72 godziny. Jeżeli odpady o kodach 18 01 03* i 18 01 82* magazynowane są w temperaturze poniżej 10 °C, mogą być przechowywane maksymalnie 30 dni (§6 ust. 2 RwSOM).

Odpady specjalne

Odpady specjalne, z wyjątkiem odpadów o ostrych końcach i krawędziach, zbiera się do worków jednorazowego użycia z folii polietylenowej, koloru żółtego, nieprzezroczystych, wytrzymałych, odpornych na działanie wilgoci i środków chemicznych, z możliwością jednokrotnego zamknięcia. Magazynowanie odpadów medycznych o kodach 18 01 06*, 18 01 08*, 18 01 10* może odbywać się w temperaturze od 10 do 18 °C tak długo, jak pozwalają na to ich właściwości, jednak nie dłużej niż 72 godziny. Odpady ze wskazanymi kodami mogą być przechowywane maksymalnie 30 dni, jeżeli temperatura wynosi mniej niż 10 °C.

UWAGA! W ciągu 12 miesięcy od dnia wejścia w życie RwSOM, czyli do 19 sierpnia 2011 r., odpady mogą być gromadzone w workach lub pojemnikach dowolnego koloru - §10 RwSOM.

Należy podkreślić, że odpady medyczne (odpady zakaźne, odpady specjalne) powstałe w wyniku udzielania świadczeń zdrowotnych w miejscu wezwania (np. podczas wizyt domowych) powinny zostać usunięte przez osoby udzielające świadczeń zdrowotnych i z zachowaniem odpowiednich środków ostrożności. Zgodnie z § 5 ust. 1 RwSOM *dopuszczalne jest magazynowanie odpadów medycznych, w odpowiednio przystosowanych do tego celu (...) przenośnych urządze-*

niach chłodniczych, przeznaczonych wyłącznie do magazynowania odpadów medycznych. Przenośne urządzenie chłodnicze jest przeznaczone do magazynowania niewielkiej ilości odpadów. W myśl § 5 ust. 4 RwSOM przenośne urządzenie chłodnicze powinno posiadać wewnątrz wykonane z materiałów gładkich, łatwo zmywalnych i umożliwiających dezynfekcję, być zabezpieczone przed dostępem owadów, gryzoni oraz innych zwierząt, być zabezpieczone przed dostępem osób nieupoważnionych.

Zbiórce zestawienia danych

Od 1 stycznia 2011 r. **obowiązuje rozporządzenie ministra środowiska z 8 grudnia 2010 r. w sprawie zakresu informacji oraz wzorów formularzy służących do sporządzania i przekazywania zbiorczych zestawień danych o odpadach** – dalej RwSWF, które odnosi się między innymi do odpadów medycznych.

Przez odpady medyczne należy rozumieć (...) *odpady powstające w związku z udzielaniem świadczeń zdrowotnych oraz prowadzeniem badań i doświadczeń naukowych w zakresie medycyny* – art. 3 ust. 3 pkt 5 UoOM.

UWAGA! Zbiórce zestawienia danych o odpadach za rok 2010 należy sporządzić na podstawie dotychczasowych wzorów formularzy, które znajdują się w załącznikach do rozporządzenia ministra środowiska z 25 maja 2007 r. w sprawie zakresu informacji oraz wzorów formularzy służących do sporządzania i przekazywania zbiorczych zestawień danych (Dz.U. 2007 r., nr 101, poz. 686).

Podmioty, które nie dopełnią obowiązku złożenia zbiorczego zestawienia danych o odpadach, zagrożone są karą pieniężną wynikającą z ustawy o odpadach medycznych. Zgodnie z art. 79c ust. 3, *jeżeli posiadacz odpadów lub transportujący odpady, będąc obowiązany do prowadzenia ewidencji odpadów lub przekazywania*

wymaganych informacji lub sporządzania i przekazywania zbiorczego zestawienia danych lub sporządzania podstawowej charakterystyki odpadów lub przeprowadzania testów zgodności, nie wykonuje tego obowiązku albo wykonuje go nieterminowo lub niezgodnie ze stanem rzeczywistym, podlega karze pieniężnej w wysokości 10000 złotych.

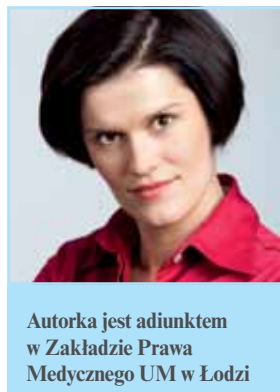
Należy podkreślić, że zbiorcze zestawienia danych (dalej sprawozdanie) musi zostać przekazane marszałkowi województwa właściwemu ze względu na miejsce wytwarzania odpadów, w terminie do 15 marca danego roku, za poprzedni rok kalendarzowy.

UWAGA! Lekarz, który nie wiąże się z obowiązkiem sprawozdawczości lub sporządzi i złoży sprawozdanie po terminie przewidzianym przez przepisy prawa, podlega karze pieniężnej. W kontekście obowiązku sporządzenia sprawozdania szczególnie istot-

na jest odpowiedź na pytanie, czy zestawienia zbiorcze mają obowiązek przekazywać wszyscy lekarze wykonujący zawód w ramach prywatnej praktyki lekarskiej, czy tylko ściśle określone grupy.

Mając na uwadze regulacje ustawy o odpadach medycznych i RwSWF, należy przyjąć, że obowiązek sprawozdawczości

polegającej na sporządzeniu i dostarczeniu właściwemu podmiotowi zbiorczego zestawienia danych dotyczących odpadów odnosi się do każdego lekarza, który wykonując prywatną praktykę, „generuje” odpady medyczne. Nie ma przy tym znaczenia ilość i rodzaj odpadów. Oznacza to, że obowiązkowi sprawozdawczemu nie mają na przykład lekarze, którzy w ramach prywatnej praktyki lekarskiej udzielają świadczeń zdrowotnych polegających wyłącznie na wydawaniu opinii i orzeczeń lekarskich, oraz lekarze, którzy udzielają świadczeń związanych z udzielaniem porad lekarskich. ◎



Autorka jest adiunktem w Zakładzie Prawa Medycznego UM w Łodzi

Jak „współpraca z urządzeniem rejestrującym?”

W przedostatnim odcinku poradnika poruszamy niektóre zagadnienia związane z obsługą urządzeń rejestrujących.

zobowiązany do udostępnienia książki serwisantowi urządzenia, aby ten mógł dokonać tam odpowiednich wpisów, związanych z fiskalizacją, przeglądem, naprawą itp. urządzenia. W przypadku utraty książki kasy podatnik powinien zwrócić się niezwłocznie do podmiotu prowadzącego serwis kas z prośbą o wydanie duplikatu książki. Musi także powiadomić o tym naczelnika swojego urzędu skarbowego. W takim wypadku na stronie tytułowej nowej książki musi być umieszczony napis „Duplikat”.

MARZENA BOJARCZUK

Wiele pytań kierowanych do redakcji „Gazety Lekarskiej” w sprawie obowiązku instalowania kas fiskalnych w gabinetach lekarskich dotyczy programowania i obsługi urządzeń rejestrujących. W tym odcinku poradnika zebraliśmy najczęściej powtarzające się pytania.

Co to jest fiskalizacja kasy i kto powinien dokonać tej operacji?

Dokonanie fiskalizacji kasy rejestrującej oznacza jednokrotną i niepowtarzalną czynność inicjującą pracę modułu fiskalnego kasy wraz z pamięcią fiskalną kasy. Czynność ta kończy się wydrukiem pierwszego dobowego raportu fiskalnego. Fiskalizację kasy powinien przeprowadzić upoważniony pracownik serwisu, tzn. taki, który legitymuje się identyfikatorem nadanym przez producenta lub importera urządzenia rejestrującego. Producent lub importer ka-

sy odpowiedzialny jest za warunki zorganizowania i prowadzenia serwisu kas i to on (przy zakupie kasy) powinien wskazać serwis właściwy dla określonego typu kasy.

Skąd wziąć książkę kasy i co zrobić w przypadku jej zagubienia lub zniszczenia?

Książka kasy dołączana jest przez sprzedawcę do każdego urządzenia. To swego rodzaju „dowód rejestracyjny” posiadanego urządzenia, który należy okazać w przypadku kontroli właściwym organom. Podatnik jest również

Producent lub importer kasy odpowiedzialny jest za warunki zorganizowania i prowadzenia serwisu kas.

Jak często należy oddawać urządzenie rejestrujące do przeglądu?

Kasy rejestrujące powinny być zgłaszane do obowiązkowego przeglądu technicznego u właściwego serwisanta (tylko takiego, który ma stosowne uprawnienia i dokumenty je poświadczające!) raz na 2 lata. Wyjątkiem jest sytuacja, kiedy kasa zostanie utracona (np. skradziona), a następnie odzyskana. Wówczas przeglądu należy dokonać niezwłocznie po odzyskaniu urządzenia. W czasie używania kasy, także niezwłocznie, należy zgłaszać do punktu serwisowego wszelkie zauważone nieprawidłowości w jej działaniu.

...ować”

Książka kasy dołączana jest przez sprzedawcę do każdego urządzenia. To swego rodzaju „dowód rejestracyjny” posiadanego urządzenia.

Czy w trakcie użytkowania kasy można zmieniać miejsce jej serwisowania?

Czy taka zmiana związana jest z określonymi obowiązkami lub opłatami?

Zmiana podmiotu prowadzącego serwis urządzenia, która nie wynika z naruszenia warunków jego prowadzenia i/lub naruszenia obowiązującego prawa, może

być dokonana bezpłatnie na wniosek podatnika za zgodą producenta lub importera kasy – nie może on jednak odmówić zgody na zmianę prowadzącego serwis kas, jeżeli warunki (w tym warunki finansowe) są korzystniejsze dla właściciela urządzenia. O zmianie tej producent lub importer musi zawiadomić naczelnika właściwego urzędu skarbowego w terminie 7 dni od jej dokonania.

Jakie informacje powinny znajdować się na paragonie (wydruku) z kasy?

Zgodnie z § 5 ust. 1 pkt 6 rozporządzenia Ministra Finansów z 28 listopada 2008 r., paragon fiskalny drukowany przez kasę musi (z pewnymi wyjątkami) zawierać następujące informacje:

- imię i nazwisko lub nazwę podatnika, adres miejsca sprzedaży (miejsca świadczenia usług), a dla sprzedaży prowadzonej w miejscach niestałych – adres siedziby lub miejsca zamieszkania podatnika,
- numer identyfikacji podatkowej (NIP) podatnika,
- numer kolejny wydruku,
- datę i czas (godzinę i minutę) sprzedaży usługi,



Obowiązujące akty prawne związane z prowadzeniem ewidencji za pomocą kas rejestrujących:

- Ustawa z 11 marca 2004 r. o podatku od towarów i usług (Dz.U. nr 54, poz. 535 z późn. zm.) – art. 111.
- Rozporządzenie Ministra Finansów z 19 grudnia 2008 r. w sprawie odliczania i zwrotu kwot wydatkowanych na zakup kas rejestrujących (Dz.U. nr 228, poz. 1509).
- Rozporządzenie Ministra Finansów z 23 grudnia 2009 r. w sprawie zwolnień z obowiązku prowadzenia ewidencji przy zastosowaniu kas rejestrujących (Dz.U. nr 138, poz. 930).
- Rozporządzenie Ministra Finansów z 28 listopada 2008 r. w sprawie kryteriów i warunków technicznych, którym muszą odpowiadać kasy rejestrujące oraz warunków ich stosowania (Dz.U. nr 212, poz. 1338).
- Ustawa z 10 września 1999 r. Kodeks karny skarbowy (Dz.U. z 2007 r. nr 111, poz. 765 z późn. zm.) – art. 60 § 1 i 62 § 4.



SZANOWNI PAŃSTWO, KOLEŻANKI I KOLEDZY!

ZWRACAMY SIĘ DO WAS Z GORĄCYM APELEM O POMOC

2 STYCZNIA 2011 R. NASZ KOLEGA, CHIRURG – GRZEGORZ KOMAROWSKI („KOMAR”), W DRODZE Z DYŻURU LEKARSKIEGO ULEGŁ WYPADKOWI KOMUNIKACYJNEMU, W WYNIKU KTÓREGO DOZNAŁ URAZU WIELONARZĄDOWEGO, W TYM BARDZO POWAŻNEGO USZKODZENIA RDZENIA KRĘGOWEGO. PROCES LECZENIA I REHABILITACJI GRZEGORZA BĘDZIE DŁUGOTRWAŁY I BARDZO KOSZTOWNY. GRZEGORZ OFIARNIE NIÓSŁ POMOC INNYM. MA TYLKO 36 LAT. TERAZ TO DZIĘKI NAM BĘDZIE MIAŁ SZANSĘ NA WALKĘ O NORMALNE ŻYCIE. POMOC – 1% PODATKU, MOŻNA PRZEKAZYWAĆ NA KONTO ORGANIZACJI POŻYTKU PUBLICZNEGO – STOWARZYSZENIA CENTRUM WSPOMAGANIA OSÓB NIEPEŁNOSPRAWNYCH „BRATEK”, KTÓREGO GRZEGORZ STAŁ SIĘ PODOPIECZNYM. W TYM CELU NALEŻY WPISAĆ NR KRS STOWARZYSZENIA 0000066678 W ZEZNANIU ROCZNYM, KONIECZNIE DOPISUJĄC: „DLA GRZEGORZA KOMAROWSKIEGO NA LECZENIE I REHABILITACJĘ”. WSZELKIE INNE NIŻ 1% PODATKU WPŁATY FINANSOWE MOŻNA PRZEKAZYWAĆ NA INDYWIDUALNE KONTO ZAŁOŻONE DLA GRZEGORZA W RAMACH STOWARZYSZENIA CENTRUM WSPOMAGANIA OSÓB NIEPEŁNOSPRAWNYCH „BRATEK”, NR: 43116022020000000065203139 (BANK MILLENIUM S.A.)

**KONIECZNIE DOPISUJĄC
„DLA GRZEGORZA KOMAROWSKIEGO”.**

DZIĘKUJEMY

ŻONA DR HANNA KOMAROWSKA, KOLEŻANKI I KOLEDZY Z ODDZIAŁU CHIRURGII OGÓLNEJ I KOŁOREKTALNEJ SZPITALA PRZY UL. SZWAJCARSKIEJ W POZNANIU, PRZYJACIELE.

DODATKOWE INFORMACJE: DLA OSÓB FIZYCZNYCH PROWADZĄCYCH DZIAŁALNOŚĆ GOSPODARCZĄ ORAZ OSÓB PRAWNYCH ISTNIEJE MOŻLIWOŚĆ ODLICZENIA PRZEKAZANYCH DAROWIZN OD DOCHODU (ODPOWIEDNIO 6 I 10%).

STOWARZYSZENIE CENTRUM WSPOMAGANIA I REHABILITACJI OSÓB NIEPEŁNOSPRAWNYCH „BRATEK”, ORGANIZACJA POŻYTKU PUBLICZNEGO, NR KRS 0000066678,

UL. SZYDLÓWSKA 14A, 60-651 POZNAŃ,

WWW.BRATEK-OPP.ORG.PL

SZCZEGÓŁOWE INFORMACJE ZNAJDĄ PAŃSTWO OD 25.01.2011 R. NA STRONIE INTERNETOWEJ GRZEGORZA: WWW.KOMAR.ORG.PL

- nazwę towaru lub usługi, ewentualnie opis towaru lub usługi, który jest rozwinięciem tej nazwy,
- cenę jednostkową usługi (świadczenia),
- ilość (liczbę wykonanych usług) i wartość sprzedaży,
- wartość sprzedaży i kwoty podatku według poszczególnych stawek podatku (usługi medyczne nie są objęte podatkiem VAT),
- wartość sprzedaży zwolnionej z podatku,
- łączną kwotę podatku,
- łączną kwotę należności do zapłaty przez świadczeniobiorcę (pacjenta),
- kolejny numer paragonu fiskalnego,
- kolejny numer kasy i oznaczenie kasjera (w przypadku więcej niż jednego stanowiska kasowego),
- logo fiskalne oraz unikatowy numer kasy,
- oznaczenie waluty (przynajmniej przy łącznej kwocie należności), w której dokonywana jest rejestracja sprzedaży.

Podatnik (właściciel kasy) nie musi samodzielnie konstruować układu i wzoru paragonu, ponieważ są to informacje zapisane w programie działania kasy. Podatnik samodzielnie lub (najczęściej) z pomocą serwisu programuje tzw. bazę, w której wpisuje się nazwy towarów i usług występujących w jego ofercie. Program kasy umożliwia ich wydruk na oryginale i kopii paragonu. Paragony mogą się różnić w zależności od typu kasy, nie ma to jednak znaczenia – najważniejsze, by znalazły się na nim wymagane informacje.

Kasy rejestrujące powinny być zgłaszane do obowiązkowego przeglądu technicznego u właściwego serwisanta raz na 2 lata.

Programując nazwę usługi, która drukowana będzie na paragonie, trzeba pamiętać, by nie była ona zbyt rozbudowana, ale jednocześnie pozwalająca na zidentyfikowanie danej usługi. W przypadku wielu rodzajów świadczeń lub ich różnorodności, można w nazwie zawrzeć symbol odwołujący się do pozycji z cennika lub katalogu usług (świadczeń). I tak np. w praktykach stomatologicznych można wykaz swoich usług oprzeć na wykazie świadczeń NFZ.

Jak często należy sporządzać raporty kasowe i jakie są obowiązki w zakresie przechowywania dokumentów kasowych?

Użytkownik kasy jest obowiązany sporządzać dobowy raport fiskalny po zakończeniu sprzedaży w danym dniu, ale nie później niż przed dokonaniem pierwszej sprzedaży w dniu następnym. Ma on także obowiązek sporządzania miesięcznego raportu fiskalnego po zakończeniu sprzedaży w ostatnim dniu danego miesiąca,

nie później jednak niż przed rozpoczęciem sprzedaży w miesiącu kolejnym. Dokumenty kasowe powinny być przechowywane przez okres wymagany w ustawie o podatku od towarów i usług (tj. do czasu upływu terminu przedawnienia zobowiązania podatkowego) oraz w ustawie z 29 sierpnia 1997 r. Ordynacja podatkowa, zgodnie z warunkami określonymi w ustawie z 29 września 1994 r. o rachunkowości. W okresie przejściowym, na zasadzie wyjątku, kopie dokumentów sporządzonych przez kasę na nośniku papierowym, potwierdzających dokonanie sprzedaży do 31 grudnia 2011 r. podatnicy są obowiązani przechowywać nie krócej niż przez 2 lata, licząc od końca roku, w którym nastąpiła dana sprzedaż.

Co zrobić, kiedy kasa się zepsuje, a jej naprawa trwa dłużej – czy na ten czas należy zaprzestać świadczenia usług?

Zgodnie z art. 111 ust. 3 ustawy o podatku od towarów i usług, w przypadku gdy z przyczyn niezależnych od podatnika, np. wskutek uszkodzenia lub awarii kasy, nie można za jej pomocą dokonywać ewidencji sprzedaży, podatnik ma obowiązek używać tzw. kasy rezerwowej. Jeżeli jej nie posiada, nie może przyjmować pieniędzy za świadczone usługi. ☉

**Współpraca: Wydział Prasowy
Ministerstwa Finansów**

Wolny zawód zniew

Doświadczenie życiowe i wiele lat praktyki lekarskiej powinny obowiązywać mnie do powściągliwości w demonstrowaniu uczuć oraz do podejmowania roztropnych decyzji. Pomna tych ograniczeń odczuwam jednak potrzebę pewnego wyznania: warunki pracy w zawodzie lekarza z dnia na dzień stają się tak trudne do zaakceptowania, że medycyna i ja zaczynamy przypominać raczej małżeństwo z rozsądku niż związek pełen gorących uczuć.

Stan dodany

Jak to w małżeństwie z rozsądku bywa, trzyma mnie przy medycynie irracjonalne poczucie obowiązku, inercja emocjonalna, przyzwyczajenie oraz niechęć do gwałtownych decyzji w ważnych sprawach. W jednym małżeństwie z rozsądku jest jednak miejsce na jakieś emocjonalne wartości dodane, które pozwalają na optymistyczny osąd tego, co nas otacza.

Pisanie o medycynie z punktu widzenia lekarza jest w moim wypadku owym dodanym stanem emocjonalnym. Rozgrzeszam się i pocieszam jednocześnie, że ludzką rzeczą jest popadać czasem w nieoficjalne uczucia, na które – jak to definiuje język potoczny – nie mamy papierów. W kwestii umiejętności pisania jestem stuprocentowym samoukiem i żadnych dyplomów, studiów, a nawet ukończonych najkrótszych kursów weekendowych nie mam. Co więcej, skłonna jestem dzielić ludzi piszących na tych, którzy trochę potrafią – zwykle są oni samoukami właśnie, oraz tych, którzy wszystko wiedzą – ci często mają

Do wykonywania zawodu lekarza i do pisania potrzebny jest pewien rodzaj powołania.

KRYSZYNA KNYPL

liczne dyplomy poprawiające im samopoczucie nadpsute świadomością, że stosunkowo niewiele potrafią. Na szczęście pisać, a także śpiewać czy malować wolno bez dyplomów i często twórcy wielkich dzieł nie byli absolwentami uniwersyteckich wydziałów rodzimych filologii czy uczelni artystycznych. Podnosi mnie na duchu też fakt, że szlak przemieszczania się od medycyny ku pisaniu został już przetarty przez tak sławnych twórców, jak Antoni Czechow, Boy-Żeleński czy Stanisław Lem. Jest więc na kim się wzorować!



Autorka jest doktorem nauk medycznych, internistą – hipertensjologiem.

Dla odmiany sprawy z prawem do uprawiania medycyny mają się bardzo rygorystycznie – wszystkie zawody medyczne na całym świecie stale wymagają dyplomów i licencji. Mimo tego powszechnego i, zdawałoby się,

oczywistego wymogu otaczają nas całe chmary pseudoznawców, którzy wszystko wiedzą lepiej od nas, lekarzy. Ludzie ci niezłomnie wierzą, że wiedzą lepiej, jak należy wykonywać nasz zawód, a co gorsza, próbują swoje szkodliwe pomysły wprowadzić w życie.

Miedzy innymi te okoliczności powodują, że urodę współczesnej medycyny postrzegam inaczej i nie wywołuje ona we mnie szczególnie pozytywnych uczuć i coraz mniej mnie zachwycą. Medycyna z czasów mojej młodości lekarskiej, choć nie dysponująca tak fantastycznymi lekami

czy możliwościami diagnostycznymi jak współczesna, była bardziej urodziwa oraz bardziej w moim typie. Ta dzisiejsza wydaje się mieć urodę mocno amatorską, przez co należy rozumieć, że chętni na romans z medycyną zawsze będą, ale ich szeregi staną się coraz mniej liczne.

Zbędni pośrednicy

Jestem przekonana, że zarówno do wykonywania zawodu lekarza, jak i do pisania potrzebny jest pewien rodzaj powołania. Inaczej mówiąc, podejmowanie tych aktywności dzieje się za sprawą sił wyższych lub decyzji losu. Zawsze interesowałam się zagadnieniem powołania, rozmawiałam wielokrotnie z różnymi osobami, także spośród moich pacjentów, mogącymi przybliżyć mi to skomplikowane zagadnienie. Jeden z pacjentów, sędzia sądu metropolitalnego oraz doktor prawa kanonicznego, powiedział mi kiedyś, że powołanie jest łaską Ducha Świętego. Spodobała mi się ta konkluzja.

Sądzę, że Duch Święty jest tak potężnym bytem, iż nie potrzebuje żadnych pośredników w realizacji swoich postanowień. Tymczasem męczy mnie nadmiar samozwańczych pośredników, bo to nie na nich, ale na mnie spływa owo po-

Samozwańczy pośrednicy to osoby przekonane, że wiedzą, co oznacza być lekarzem.

olony

wołanie. Powiem więcej, często są to osoby tą łaską nie obdarzone, ale przekonane, że wiedzą, co oznacza być lekarzem, i z pasją na różnych stanowiskach paramedycznych lub menedżerskich „bawią się w doktora”. Niestety, zabawa trwa i trwa w najlepsze, a rozbawionych jest coraz więcej.

Ostatnio gorącym tematem jest psychoterapia – wielu absolwentów socjologii, biologii, inżynierii oraz paru innych wydziałów chciałoby sprawdzić swoje umiejętności oraz zrealizować się w – jak to określają – niesieniu pomocy ludziom. Uzyskanie takiej kwalifikacji zawodu jest przepustką do kontraktów finansowanych przez NFZ. Projekt ustawy opracowanej pod kierunkiem Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego, której współautorem jest prof. Aleksander Araszkievicz, jest krytykowany przez Polską Radę Psychoterapii. Postanowiła ona wesprzeć się innym profesorskim autorytetem. Kim? Ano innym profesorem, i to w dodatku otoczonym aureolą europejskich, wysokich urzędów. Profesor Danuta Hübner, absolwentka wydziału handlu zagranicznego, z zapalem wspiera starania psychoterapeutów, pisząc: podziela Państwa przekonanie o potrzebie wyodrębnienia zapisów dotyczących psychoterapii z projektu ustawy o niektórych zawodach medycznych (<http://psychoterapiawpolsce.pl/pdf/D.Hubner.pdf>). Zapal urzędników Unii Europejskiej do wypowiadania się na wszystkie tematy jest powszechnie znany. Skoro stworzyli przepisy na temat krzywizny ogórków, dlaczego nie mieliby pokusić się o zabranie głosu w kwestii psychoterapii?

Drugie rozumienie terminu powołanie, z którym można się spotkać, mówi, że jest to rodzaj przymusu do wykonywania danego zawodu, niedającego się opanować

w żaden sposób. Najwyraźniej wiele osób taki rodzaj nie dającego się opanować przymusu odczuwa, jednak zapomina o pewnym ważnym fakcie – wszystkie zawody medyczne są zawodami licencjonowanymi. Nie jest tak z pisanie, śpiewaniem, malowaniem czy tańcem – do wykonywania zawodu artystycznego wystarczy talent. Dobrze jest, gdy zawody medyczne uprawiają ludzie utalentowani, ale poza talentem muszą mieć jeszcze dyplom, aktualizowaną wiedzę oraz stosowną urzędową licencję.

Wolny zawód?

Jedną z tradycji przedstawicieli wolnego zawodu jest zwracanie się do siebie per „kolego”. Z jednej strony to miła tradycja, z drugiej czuje jej kaidany. W stosunku do wielu osób bardziej odpowiadałoby mi określenie, że jesteśmy absolwentami tego samego wydziału lekarskiego. Co więcej, nie używałabym określenia, że jesteśmy absolwentami tej samej uczelni. Ciągłe czuję się absolwentką akademii medycznej, a nie uniwersytetu medycznego i pewnie już tak zostanie.

Wszystkie zawody medyczne są zawodami licencjonowanymi.

Będąc lekarzami, wykonujemy wolny zawód, przynajmniej ciągle chciałabym w to wierzyć, ale nie ukrywam, że moja wiara maleje każdego dnia i z każdym opisem nowych regulacji dotyczących warunków wykonywania naszego zawodu. Jak wiadomo, wolny zawód charakteryzuje posiadanie wysokich kwalifikacji teoretycznych i praktycznych, osobiste wykonywanie czynności zawodowych, istnienie specjalnej więzi między wykonawcą a odbiorcą świadczeń, a także zaufania między nimi. Obrazu wolnego zawodu dopełnia wysoki poziom moralny, samodzielność w podejmowaniu decyzji i osobista odpowiedzialność. Tymczasem co daje nam otaczająca nas rzeczywistość? Wygląda na to, że mamy zawód wolny, ale coraz bardziej zniewolony. ☉

ROZSZYFRUJ RECEPTĘ

Zagadki okulistyczne zamieszczone w poprzednich dwóch numerach okazały się niezbyt trudne i znakomita większość Czytelników prawidłowo je rozszyfrowała.

Powrócił po raz kolejny problem podawania rozwiązań – pragnę więc przypomnieć, że rozwiązania przesyłane są drogą e-mailową wszystkim, którzy spróbują zmierzyć się z konkretną zagadką. Często Koledzy rozszyfrowują prezentowane recepty podczas urlopów, na które zabierają zagadki publikowane nawet przed kilkoma miesiącami i z tego względu, między innymi, nie podaję na ogół rozwiązań na łamach „GL”. Laureatem zostaje dr Beata Białobrzeska – proszę o nadesłanie adresu pocztowego, na który prześlę nagrodę książkową. Jak zawsze czekam na rozwiązania kolejnej zagadki pod adresem: krystyna.knypl@compi.net.pl

Rp. Hecivum 400
ta 1g
Clamiose 400
ta 1g

BIULETYN

Nr 2 (133) Rok XXII

NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ

Warszawa, III 2011

Redaktor naczelny: Mariusz Janikowski

Posiedzenie NRL – 4 lutego 2011 roku

UCHWAŁA Nr 1/11/VI NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ z dnia 4 lutego 2011 r.

w sprawie podjęcia akcji „Pozwólcie lekarzom leczyć!”

Na podstawie art. 5 ust. 13 i 14 oraz art. 39 ust. 1 pkt 3 ustawy z dnia 2 grudnia 2009 r. o izbach lekarskich (Dz.U. Nr 219, poz. 1708) uchwala się, co następuje:

§ 1.

Naczelna Rada Lekarska postanawia podjąć akcję „Pozwólcie lekarzom leczyć!” i nadać jej logo stanowiące załącznik do uchwały.

§ 2.

Podjęcie akcji uzasadnione jest brakiem troski o zapewnienie warunków do prawidłowego, zgodnego z interesem chorych wykonywania zawodów lekarza i lekarza dentystry ze strony instytucji odpowiedzialnych za organizację ochrony zdrowia. Nadmierne wymagania administracyjne związane z udzielaniem świadczeń zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych prowadzą do licznych utrudnień i ograniczeń zarówno dla pacjentów jak i dla pracowników medycznych, co wynika między innymi z:

- przyzwolenia na stosowanie przez Narodowy Fundusz Zdrowia praktyk monopolistycznych;
- dowolnego kształtowania przez NFZ warunków zawierania umów bez uwzględnienia realiów praktyki lekarskiej i funkcjonowania zakładów opieki zdrowotnej;
- arbitralnych i autorytarnych procedur kontrolnych płatnika, które ze względu na nieprawidłowo określone wymagania oraz brak właściwych procedur odwoławczych mają charakter jednostronnych decyzji;
- posuniętej do wymiarów absurdu biurokratyzacji pracy lekarzy i zakładów opieki zdrowotnej, wprowadzanej pod pretekstem poprawy jakości;
- powierzenia zadań o charakterze akredytacji świadczeniodawców instytucji powołanej do finansowania świadczeń zdrowotnych;
- narzucania cen świadczeń nieodpowiadających rzeczywistym kosztom;
- niewłaściwych definicji licznych JGP, nieuwzględniających aktualnej praktyki medycznej i złożoności procedur oraz z braku mechanizmu stałej weryfikacji i aktualizacji systemu JGP;
- systematycznego biurokratyzowania procedury wystawiania recept na leki refundowane z wymaganiem sprawdzania przez lekarzy i lekarzy dentystrów licznych informacji nie mających nic wspólnego z leczeniem oraz odmawiania realizacji i refundacji recept pod każdym pretekstem;
- represji za niezawinione błędy w wystawianiu niepotrzebnie skomplikowanych i czasochłonnnych druków ZUS-ZLA;
- nieuzasadnionego i szkodliwego wymagania obciążającej wszystkich lekarzy i lekarzy dentystrów drobiazgowej sprawozdawczości, która jakoby ma służyć wykrywaniu nadużyć (popelnianych przez nielicznych);
- działań administracji zakładów opieki zdrowotnej zmuszonej do przyjmowania warunków narzucanych przez NFZ.

§ 3.

Celem akcji jest uświadomienie pacjentom i całemu społeczeństwu, że wykonywanie przez Narodowy Fundusz Zdrowia roli kreatora polityki zdrowotnej, administratora, twórcy standardów lub wytycznych postępowania, systemu informatycznego, płatnika oraz nienadzorowanego kontrolera systemu ochrony zdrowia prowadzi do nadużyć, oraz niezgodności coraz bardziej szczegółowych i mnożonych ponad wszelką miarę wymagań biurokratycznych z zasadami wykonywania zawodów lekarza i lekarza dentystry. Efektem tej sytuacji są liczne utrudnienia i ograniczenia dla pacjentów. Jest ona też zasadniczo niezgodna z ideą demokratycznego społeczeństwa obywatelskiego, w którym podział zadań i kompetencji pozwala na zachowanie równowagi

zainteresowanych podmiotów w najlepiej rozumianym interesie obywateli.

§ 4.

NRL postanawia utworzyć publikowany na stronie internetowej Naczelnej Izby Lekarskiej Krajowy Indeks Niedorzeczności w Ochronie Zdrowia (KINOZ). Rada zwraca się do członków samorządu lekarskiego, zarządzających placówkami opieki zdrowotnej oraz pacjentów o zgłaszanie (na adres kinoz@hipokrates.org) konkretnych przykładów barier biurokratycznych i nieracjonalnych rozwiązań utrudniających lekarzom i lekarzom dentystrów normalne wykonywanie pracy a pacjentom dostęp do opieki zdrowotnej, powodujących niepotrzebne, niepoprawiające jakości leczenia obciążenia dla pacjentów i personelu lub zagrażające jakości leczenia i bezpieczeństwu pacjentów.

§ 5.

Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

SEKRETARZ
Mariusz Janikowski

PREZES
Maciej Hamankiewicz

UCHWAŁA Nr 2/11/VI NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ z dnia 4 lutego 2011 r.

w sprawie zwołania Nadzwyczajnego XI Krajowego Zjazdu Lekarzy

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

§ 1.

1. Zwołuje się Nadzwyczajny XI Krajowy Zjazd Lekarzy, zwany dalej „Zjazdem”, w dniach 24-25 lutego 2012 r.
2. Ustalenie miejsca Zjazdu powierza się Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej.

§ 2.

Przedmiotem obrad Zjazdu będą:

- 1) problemy kształcenia przeddyplomowego i podyplomowego lekarzy i lekarzy dentystrów,
- 2) aktualna sytuacja w ochronie zdrowia,
- 3) ocena realizacji uchwał przyjętych przez X Krajowy Zjazd Lekarzy,
- 4) rozpatrzenie projektu uchwały zmieniającej uchwałę w sprawie regulaminu wyborów do organów izb lekarskich, na stanowiska w organach i trybu odwoływania członków tych organów i osób zajmujących stanowiska w tych organach oraz wyborów komisji wyborczych, przygotowanego przez Krajową Komisję Wyborczą.

§ 3.

Zorganizowanie Zjazdu powierza się Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej.

§ 4.

Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

SEKRETARZ
Mariusz Janikowski

PREZES
Maciej Hamankiewicz

UCHWAŁA Nr 3/11/VI NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ z dnia 4 lutego 2011 r.

zmieniająca uchwałę 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) uchwała się, co następuje:

§ 1.

W uchwale Nr 40/10/VI Naczelnej Rady Lekarskiej z dnia 17 grudnia 2010 r. w sprawie terminów posiedzeń Naczelnej Rady Lekarskiej w roku 2011 w § 1 odwołuje się termin posiedzenia z dnia 25 lutego 2011 r.

§ 2.

Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

SEKRETARZ
Mariusz Janikowski

PREZES
Maciej Hamankiewicz

STANOWISKO Nr 1/11/VI NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ z dnia 4 lutego 2011 r.

w sprawie projektu ustawy o zmianie ustawy o izbach
lekarskich oraz niektórych innych ustaw autorstwa
Komisji Ustawodawczej Senatu RP
(druk nr 1038)

Naczelna Rada Lekarska po zapoznaniu się z projektem ustawy o zmianie ustawy o izbach lekarskich oraz niektórych innych ustaw autorstwa Komisji Ustawodawczej Senatu RP nadesłanym w dniu 31.12.2010 wyraża sprzeciw wobec propozycji przewidzianych w tym projekcie. Przeciwno przyjęciu zaproponowanych przez Komisję Ustawodawczą Senatu zmian w ustawach dotyczących samorządu lekarzy i lekarzy dentyistów oraz samorządów innych zawodów zaufania publicznego przemawia wiele argumentów, które wynikają zarówno z analizy wyroku Trybunału Konstytucyjnego przywołanego w uzasadnieniu projektu, jak i z oceny obowiązującego obecnie stanu prawnego.

Wyrok Trybunału Konstytucyjnego z dnia 29 czerwca 2010 r. (sygn. akt P 28/09) nie zawiera ani w tezie, ani w uzasadnieniu zobowiązania do podejmowania takiej inicjatywy ustawodawczej. Co więcej, Trybunał zauważył, że obowiązująca obecnie nowa ustawa o izbach lekarskich z dnia 2 grudnia 2009 r. zawiera regulacje „odpowiadające standardom konstytucyjnym”.

Zawarta w projekcie propozycja zastąpienia kasacji odwołaniem do sądu apelacyjnego - sądu pracy i ubezpieczeń społecznych spowodowałaby powrót do rozwiązania zastosowanego w ustawie z dnia 23 listopada 2002 r. o Sądzie Najwyższym (Dz. U. z 2002 r. Nr 240, poz. 2052), z rozszerzeniem zakresu orzeczeń podlegających apelacji. Rozwiązanie to było powszechnie krytykowane jako zmieniające w trakcie tego samego postępowania tryb ze zbliżonego do karnego, stosowanego w postępowaniach w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej w Polsce, na tryb cywilny, odmienny proceduralnie i mający odmienny przedmiot rozpatrywanych spraw. Między innymi dlatego w toku prac nad nową ustawą o izbach lekarskich Sejm oraz Senat zdecydowały, iż w odniesieniu do postępowania w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej lekarzy i lekarzy dentyistów nadzór sądowy wykonywany w formie prawa wniesienia kasacji do Sądu Najwyższego jest zasadny i wypełnia służny postulat nadzoru sądowego nad tym postępowaniem.

Dodatkowo należy wskazać, że taki sam nadzór w formie kasacji obowiązuje w postępowaniu odpowiedzialności zawodowej adwokatów, radców prawnych, notariuszy, a zmiany tych przepisów nie proponuje się.

Równie bezzasadny jest argument, iż zakres podstaw kasacji jest zbyt wąski (pkt 3.2 uzasadnienia). Zgodnie z obecnie obowiązującą ustawą kasacja może być wniesiona z powodu uchybień wymienionych w art. 439 § 1 Kodeksu postępowania karnego, innego rażącego naruszenia prawa, a także z powodu niewspółmierności kary. Niewspółmierność można zarzucać każdemu orzeczeniu kary, zaś wprowadzenie klauzuli generalnej „rażącego naruszenia prawa” nieograniczenie otwiera podstawy kasacyjne, a więc opinia jakoby obecne rozwiązanie zamykało drogę sądową niejako „z góry” jest niesłuszną i nietrafną.

Naczelna Rada Lekarska nie uznaje także za zasadną przewidzianą w art. 6 projektu propozycji możliwości zaskarżenia prawomocnych orzeczeń o ukaraniu karą upomnienia lub nagany, wydanych przed 1 stycznia 2010 r. do sądu. Zasadniczym argumentem jest tu brak wskazania przez Trybunał Konstytucyjny konieczności lub potrzeby wprowadzenia takiej możliwości. Należy także zwrócić uwagę, że zgodnie z art. 110 ust. 3 pkt 1 w związku z art. 118 ust. 7 ustawy z dnia 2 grudnia 2009 r. o izbach lekarskich kary upomnienia (stanowiące około 60% orzekanych przez sądy lekarskie kar) orzeczone przed 1 stycznia 2010 r. uległy już zatarciu. Mając powyższe na względzie, Naczelna Rada Lekarska stwierdza, że przedmiotowy projekt ustawy o zmianie ustawy o izbach lekarskich oraz innych ustaw jest bezzasadny i wnosi o zaprzestanie prac nad nim.

SEKRETARZ
Mariusz Janikowski

PREZES
Maciej Hamankiewicz

STANOWISKO Nr 2/11/VI NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ z dnia 4 lutego 2011 r.

w sprawie koniecznej nowelizacji przepisu art. 79 c ust. 3
ustawy z dnia 27 kwietnia 2001 r. o odpadach

Naczelna Rada Lekarska stoi na stanowisku, iż niezbędna jest nowelizacja przepisu art. 79 c ust. 3 ustawy z dnia 27 kwietnia 2001 r. o odpadach (Dz. U. z 2007, Nr 39, poz. 251, z późn. zm.), polegająca na określeniu granic wymiaru kary pieniężnej, przewidzianej w tym przepisie, w ramach której organ wydający decyzję o nałożeniu kary byłby uprawniony do miarkowania jej wysokości w zależności od rodzaju naruszenia obowiązków.

Przepis art. 79 c ust. 3 ustawy o odpadach, dodany ustawą z dnia 22 stycznia 2010 r. o zmianie ustawy o odpadach oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. Nr 28, poz. 145, z późn. zm.) stanowi, że jeżeli posiadacz odpadów, będąc obowiązany do prowadzenia ewidencji odpadów lub przekazywania wymaganych informacji lub sporządzania i przekazywania zbiorczego zestawienia danych lub sporządzania podstawowej charakterystyki odpadów lub przeprowadzania testów zgodności, nie wykonuje tego obowiązku albo wykonuje go nieterminowo lub niezgodnie ze stanem rzeczywistym podlega karze pieniężnej w wysokości 10 000 zł.

W oparciu o powyższy przepis lekarze i lekarze dentyści zostali ukarani karą pieniężną w wysokości 10 000 zł. Sprzeciw budzi nie sam fakt wprowadzenia przez ustawodawcę kary pieniężnej, lecz to, iż organ, w którego kompetencjach leży wydawanie decyzji administracyjnej o nałożeniu tej kary nie ma żadnej możliwości ustalania jej wysokości w zależności od stopnia naruszenia obowiązków nałożonych na posiadaczy odpadów. Prowadzi to do sytuacji, w której kara w takiej samej wysokości zostanie nałożona zarówno na podmiot, który spóźnił się o jeden dzień ze złożeniem zbiorczego zestawienia danych, jak i ten, który w ogóle takiego zestawienia nie złożył.

Decyzje o nałożeniu tak surowych kar są jaskrawym przykładem nieadekwatności konsekwencji administracyjnych do stopnia naruszenia obowiązujących przepisów. Brak przekazania wymaganych dokumentów sprawozdawczych nie oznacza, bowiem stwierdzenia dowodu na istnienie jakichkolwiek uchybień przedsiębiorcy w całym procesie postępowania z odpadami medycznymi.

Naczelna Rada Lekarska wyraża również uzasadnione wątpliwości, co do zgodności z konstytucją art. 19 ustawy z dnia 22 stycznia 2010 r. o zmianie ustawy o odpadach oraz niektórych innych ustaw Dz.U.2010.28.145; w zakresie, w jakim przepis ten wprowadził 14-dniowe vacatio legis dla art. 1 ust. 1 pkt 49 ww. ustawy (rozdział o karach pieniężnych, tj. art. 79c w tekście jednolitym ustawy o odpadach z dnia 27 kwietnia 2001 r.). Wejście w życie nowych regulacji prawnych po tak krótkim czasie od ich publikacji jest szczególnie niezrozumiałe w kontekście: długiego okresu obowiązywania poprzedniego stanu prawnego, wagi i surowości wprowadzonych zmian, momentu wejścia w życie zmian i braku wprowadzenia przepisów przejściowych w tym zakresie.

Wobec powyższego, ustawodawca nie zapewnił odpowiedniego czasu na zapoznanie się z nowymi przepisami, wbrew zasadzie pewności prawa i zaufania obywatela do prawa, wyrażonej w art.2 Konstytucji RP. Naczelna Rada Lekarska stoi na stanowisku, że wydanie decyzji o nałożeniu kary (proporcjonalnej do stopnia naruszenia obowiązków) powinno być poprzedzone wezwaniem posiadacza odpadów (wytwórcy odpadów) do wykonania obowiązku, zgodnie z art. 23 ust. 1 ustawy o odpadach, który obliuguje organ w przypadku naruszenia ustawy do wcześniejszego wezwania adresata normy prawnej do zaniechania naruszeń.

SEKRETARZ
Mariusz Janikowski

PREZES
Maciej Hamankiewicz

STANOWISKO Nr 3/11/VI NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ z dnia 4 lutego 2011 r.

w sprawie przyjęcia przez Parlament Europejski
dyrektywy w sprawie stosowania praw pacjenta
w transgranicznej opiece zdrowotnej

Naczelna Rada Lekarska z satysfakcją przyjmuje fakt uchwalenia w dniu 19 stycznia 2011 r. przez Parlament Europejski dyrektywy **w sprawie stosowania praw pacjenta w transgranicznej opiece zdrowotnej**. Rada przypomina, że wraz z innymi organizacjami lekarzy i pacjentów zachęcała polskich posłów do PE do poparcia projektu przygotowanego przez Komisję Europejską i wyraża podziękowanie wszystkim, którzy przyczynili się do jego uchwalenia.

Dyrektywa realizuje wielokrotnie potwierdzaną opinię Europejskiego Trybunału Sprawiedliwości, który kładł nacisk na prawa pacjenta, a jednocześnie dbał o stabilność narodowych systemów opieki zdrowotnej. Według wielu komentatorów stanowi ona „Zdrowotne Schengen” przybliżając zwykłym obywatelom państw członkowskich możliwość skorzystania z dobrodziejstwa życia w Unii Europejskiej. Przepisy wspierają osoby, które wybiorą leczenie w innym państwie Unii na przykład z powodu długiego czasu oczekiwania lub braku odpowiednich specjalistów w swoim kraju.

Zwiększenie możliwości wyboru miejsca leczenia jest dla pacjentów ogromną korzyścią, która stwarza nadzieję na upowszechnienie w polskim społeczeństwie informacji o metodach, warunkach i kosztach leczenia w innych krajach, a także na bardziej aktywny i świadomy udział pacjentów w tworzeniu zasad funkcjonowania systemu ochrony zdrowia. Dyrektywa nie tylko będzie sprzyjać realizacji prawa chorych do lepszego dostępu najwyższej jakości opieki zdrowotnej, ale także przyczyni się do rozwoju:

- koordynacji tworzonych systemów informatycznych wspierających ochronę zdrowia,
- opieki nad pacjentami chorującymi na rzadkie i bardzo rzadkie choroby,
- współpracy świadczeniodawców z różnych krajów członkowskich,
- możliwości udzielania świadczeń zdrowotnych na rzecz pacjentów i płatników z innych państw.

Naczelna Rada Lekarska zdaje sobie sprawę, że wdrożenie przepisów dyrektywy, tak żeby weszły one w życie w Polsce w 2013 r. wymagać będzie dużego wysiłku i licznych zmian legislacyjnych i organizacyjnych. Rada wyraża wolę aktywnego uczestnictwa w tym procesie. Jednocześnie Rada z rozczarowaniem przyjmuje nie pasujące do powszechnego w Unii entuzjazmu w tej sprawie głosy niezadowolonych z podjętej decyzji płynące z ust ważnych polityków odpowiedzialnych za ochronę zdrowia w Polsce. Z tym większym niepokojem Rada odbiera zapowiedzi próby podjęcia działań zmierzających do niewprowadzania dyrektywy w życie na terenie Polski, a co za tym idzie odebrania polskim obywatelom prawa do korzystania z jej dobrodziejstw. Naczelna Rada Lekarska wzywa środowiska medyczne, pacjentów i środki masowego przekazu do wspólnej akcji na rzecz wprowadzenia dyrektywy w Polsce w korzystny dla polskich obywateli jak najszerszy sposób.

SEKRETARZ
Mariusz Janikowski

PREZES
Maciej Hamankiewicz

STANOWISKO Nr 4/11/VI NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ z dnia 4 lutego 2011 r.

w sprawie projektu ustawy o weteranach działań poza
granicami państwa

Naczelna Rada Lekarska, po zapoznaniu się z rządowym projektem ustawy o weteranach działań poza granicami państwa, nadesłanym przy piśmie Szefa Kancelarii Sejmu z dnia 5 stycznia 2011 r., znak GMS-WP-173-3/11, zgłasza następujące uwagi do przedmiotowego projektu:

- 1) do katalogu osób uprawnionych do tytułu weterana powinni być włączeni pracownicy medyczni (lekarze, pielęgniarki, ratownicy medyczni), biorący udział w akcjach ratowniczych i humanitarnych za granicą, organizowanych również przez służby cywilne, a organem właściwym dla zajmowania się sprawami wynikającymi z ustawy w odniesieniu do tych osób mogłby być minister właściwy do spraw zdrowia;
- 2) świadczenia dla weteranów poszkodowanych powinny być finansowane z budżetu państwa (a nie ze środków Narodowego Funduszu Zdrowia).

SEKRETARZ
Mariusz Janikowski

PREZES
Maciej Hamankiewicz

STANOWISKO Nr 5/11/VI Naczelnej Rady Lekarskiej z dnia 4 lutego 2011 r.

w związku z parlamentarnymi pracami nad
rządowym projektem ustawy o refundacji leków,
środków spożywczych specjalnego przeznaczenia
żywnościowego oraz wyrobów medycznych
(druk sejmowy nr 3491)

Naczelna Rada Lekarska

- podtrzymując swoje stanowisko Nr 15/10/VI z dnia 8 października 2010 r. w sprawie projektu ustawy o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych,
- mając na względzie zmiany dokonane w projekcie podczas procesu legislacyjnego,
- obserwując prace nad projektem dotyczące się w Podkomisji nadzwyczajnej do rozpatrzenia rządowego projektu ustawy o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych Komisji Zdrowia Sejmu RP,

ponownie zauważa, że projekt ustawy zawiera wiele pozytywnych zmian dotyczących przekształcenia systemu refundacyjnego, zmierzających do bardziej racjonalnego użycia leków. Jednocześnie Rada krytycznie ocenia zawarty w projekcie mechanizm tzw. paybacku, który w zaproponowanej formie może nie tylko zagrozić stabilności krajowych producentów leków generycznych, ale przede wszystkim poprzez swoje oddziaływanie może doprowadzić do ograniczenia dostępu do niektórych leków dla pacjentów. Rada stwierdza, że taki sposób ograniczania użycia leków, nieuwzględniający rzeczywistych potrzeb chorych jest niedopuszczalny.

Naczelna Rada Lekarska podtrzymuje swoją negatywną ocenę przewidywanej w projekcie ustawy (art. 45 ust.1) możliwości wystawiania recept refundowanych jedynie przez lekarzy lub lekarzy dentyistów, którzy podpiszą z Narodowym Funduszem Zdrowia odpowiednie umowy. Oznacza to rozszerzenie dotychczasowych zasad zawierania umów na lekarzy/lekarzy dentyistów ubezpieczenia zdrowotnego, co istotnie zwiększa ich obciążenia administracyjne. Jednocześnie przewiduje się obarczenie całkowitą odpowiedzialnością za błędy przy przepisywaniu recept także lekarzy lub lekarzy dentyistów zatrudnionych w ramach umowy o pracę, co stoi w sprzeczności z art. 120 Kodeksu pracy, nakładającym na pracodawcę obowiązek naprawienia szkody wyrządzonej przez pracownika.

Naczelna Rada Lekarska stanowczo sprzeciwia się wprowadzeniu nieproporcjonalnej do stopnia winy odpowiedzialności lekarzy lub lekarzy dentyistów za błędy w wystawianiu recept refundowanych, niezależnie od faktycznej straty z tego tytułu poniesionej przez Narodowy Fundusz Zdrowia. Projekt (art. 45 ust. 6) nakłada obowiązek zwrotu równowartości refundacji leku wraz z odsetkami w przypadku wypisania recepty niezgodnej z uprawnieniami świadczeniobiorcy lub nieudokumentowania względów medycznych. Umożliwia to nałożenie na lekarza/lekarza dentyistę kary także w razie niezawinionego błędu (np. przy okazaniu fałszywego lub zawierającego błędy dokumentu potwierdzającego uprawnienia pacjenta) oraz w razie niewielkiej pomyłki w dokumentacji medycznej pomimo istnienia wskazań do przepisania leku. Wymiar kary, odpowiadający zawsze kwocie refundacji leku, jest niezależny od stopnia przewinienia lekarza i straty poniesionej przez Narodowy Fundusz Zdrowia. Należy jeszcze raz stanowczo podkreślić, że otrzymanie leku refundowanego jest uprawnieniem chorego i ograniczanie tego uprawnienia poprzez nakładanie kolejnych wymagań na lekarzy, którzy mają ściśle i wnikliwie sprawdzać uprawnienia, używać coraz bardziej biurokratyzowanych recept i odpowiadać za niezgodności, których nie są w stanie sprawdzić jest działaniem szkodzącym pacjentom.

Krytycznej ocenie należy poddać art. 51 ust. 1 projektu wprowadzające szczególne uregulowania karne związane z czynnościami „wywierającymi wpływ na poziom obrotu lekami refundowanymi i wyrobami medycznymi”, a więc także czynnościami lekarzy i lekarzy dentyistów. Taka niedookreśloność dyspozycji normy karnej wywołuje uzasadnione wątpliwości co do praktyki stosowania tego przepisu już na etapie jego tworzenia. Brak definicji korzyści majątkowej i osobistej umożliwi arbitralną i dowolną interpretację przepisów, mogącą skutkować nakładaniem na lekarzy lub lekarzy dentyistów kar za przyjmowanie materiałów informacyjnych od firm farmaceutycznych lub za udział w konferencji naukowej sponsorowanej przez firmę farmaceutyczną. Sprzeciw Naczelnej Rady Lekarskiej budzi również art. 51 ust. 2 projektu przewidujący możliwość nałożenia kary pozbawienia wolności do 8 lat na lekarza i lekarza dentyistę przyjmującego korzyść w zamian za wystawianie recept na leki podlegające refundacji. Wysokość kary w ocenie Rady jest zupełnie nieproporcjonalna do stopnia przewinienia.

SEKRETARZ
Mariusz Janikowski

PREZES
Maciej Hamankiewicz

Melomani są wśród nas

W Zakopanem pod koniec września
ubiegłego roku odbył się
II Międzynarodowy Festiwal Muzyki
* Kameralnej „Muzyka na szczytach”,
sztandarowe przedsięwzięcie
Stowarzyszenia
im. Mieczysława Karłowicza.

TADEUSZ DESZKIEWICZ
TOMASZ SZTENCEL

Już po pierwszej edycji festiwal wpisał się w kalendarz znaczących europejskich imprez muzycznych. We wrześniu 2009 r. do stolicy Tatr zjechało wielu najwybitniejszych artystów z Polski, Europy i USA.

Zaproszenie organizatorów przyjął światowej sławy kwartet smyczkowy Kronos Quartet, który w obecności prof. Henryka Mikołaja Góreckiego wykonał skomponowany przez niego III Kwartet smyczkowy. Kolejny festiwal „Muzyka na szczytach” nie obniżył poziomu dzięki

występom takich artystów światowej sławy, jak: Olga i Natalia Pasiecznik, Pablo Marquez, Jonathan Plover, laureatka wyróżnienia w Międzynarodowym Konkursie im. Fryderyka Chopina z 1965 r. Eva Maria Žuk, Janusz Widzyk, Jakub Jakowicz, Bartosz Kozia, Janusz Wawrowski, Anna Maria Staśkiewicz, Piotr Lato, Orkiestra kameralna „Aukso” pod dyktando Marka Mosia i inni, o których można dowiedzieć się na stronie internetowej www.karlowicz.org, www.muzykanaszczytach.com.

Powstanie Stowarzyszenia im. Mieczysława Karłowicza w Zakopanem i zorgan-



Do stolicy Tatr zjechało wielu najwybitniejszych artystów z Polski, Europy i USA.



wizacja w Zakopanem i zorganizowanie wspomnianych wydarzeń było efektem starań małżeństwa zakopiańskich lekarzy Danuty i Tomasza Sztencelów, których wsparli Bogumiła Dziel Wawrowska, Janusz Wawrowski, Tadeusz Deszkiewicz i Jakub Sztencel.

Z prawdziwą przyjemnością organizatorzy spotrzegli wśród słuchaczy licznych przedstawicieli naszego zawodu, którzy, jak się okazało, specjalnie przyjechali z odległych miast, aby

wysłuchać festiwalowych koncertów. Dodatkowo wsparli oni Stowarzyszenie im. Mieczysława Karłowicza finansowymi datkami. Chwała im za to.

Zapraszamy koleżanki i kolegów na kolejną „Muzykę na szczytach” 17-24 września 2011 r. Oprócz informacji zawartych na naszych stronach internetowych można otrzymywać je również na osobisty adres e-mailowy po wcześniejszym przesłaniu go na skrzynkę: info@karlowicz.org ☉

IX OGÓLNOPOLSKA WYSTAWA MALARSTWA LEKARZY

ODBĘDZIE SIĘ W DN. 29 MAJA-3 CZERWCA BR. W KLUBIE LEKARZA W ŁODZI.

KOLEŻANKI I KOLEGÓW ZAINTERESOWANYCH UDZIAŁEM PROSIMY O DOSTARCZENIE SWYCH DZIEL DO OIL W ŁODZI (93-005 ŁÓDŹ, UL. CZERWONA 3) DO 13 MAJA BR. PRACE, KTÓRE ZOSTANĄ DOSTARCZONE W TYM TERMINIE, BĘDĄ UMIESZCZONE W KATALOGU WYSTAWY. OBRAZY OPATRZONE NASTĘPUJĄCYMI DANymi: TYTUŁ, IMIĘ I NAZWISKO AUTORA, RODZAJ JEGO SPECJALIZACJI, MIEJSCOWOŚĆ ZAMIESZKANIA, MOGĄ BYĆ WYKONANE W DOWOLNYCH TECHNIKACH I FORMATACH. PRZYJMujemy MAKSYPALNIE 4 PRACE OD 1 AUTORA ZE WZGLĘDU NA OGRANICZENIA POWIERZCHNI WYSTAWIENNICZEJ. WERNISAŻ ODBĘDZIE SIĘ 29 MAJA BR. (NIEDZIELA) O GODZ. 17.00 W KLUBIE LEKARZA W ŁODZI PRZY UL. CZERWONEJ 3, A WYSTAWA POTRWA DO 3 CZERWCA.

KONTAKT: IWONA SZELEWA, TEL. 42-683-17-93 W. 110, FAKS 42-683-13-78, E-MAIL: BIURO@OIL.LODZ.PL

OGÓLNOPOLSKI RAJD KONNY LEKARZY

odbędzie się w dniach
16-19 czerwca 2011 r.

UWAGA! - NASTĄPIŁA ZMIANA
TERMINU. ZAPRASZAMY
LEKARZY Z ICH RODZINAMI ORAZ
PRZYJACIÓLMI DO WSPÓLNEJ ZABAWY
NA LONIE PRZYRODY. ISTNIEJE
MOŻLIWOŚĆ WYPOŻYCZENIA KONI.
TRASA RAJDU BĘDZIE PROWADZIŁA
PRZEZ KOMPLEKS LASÓW SPALSKO-
ROGOWSKICH. TERMIN ZGŁOSZEŃ:
DO KOŃCA KWIETNIA.

INFORMACJE:

WOJCIECH SĘDZICKI
tel. 722 28 27 50

MAREK KMIĘCIAK
tel. 501 23 09 91

ADRES E-MAIL:
stajniamikolow@wp.pl

„Reanimacja” – promocja nie-podręcznika

Powieść Danuty Mikołajewskiej to nie
podręcznik dla adeptów intensywnej terapii,
jej tytuł ma znaczenie metaforyczne.

Zaproszenie do Biblioteki Raczyńskich, neoklasycystycznego gmachu o tradycji sięgającej XIX w., jest dla widzów przyjemnością, a dla autora nobilitacją. We wtorkowy wieczór 18 stycznia br. zaszczyt spotkania autorskiego w tym historycznym miejscu spotkał lekarke Danutę Mikołajewską, autorkę „Reanimacji”.

Filozoficzno-refleksyjny charakter powieści nie przeszkadza temu, że fabuła rozwija się szybko, a bogata galeria ludzkich typów, zwłaszcza lekarzy, pozwala i wzruszać się, i dobrze bawić. „Reanimacja” jest realistyczną powieścią o medycynie i jej misji, ale też me-

taforycznym tekstem o miłości i poszukiwaniu Boga.

– „Reanimacja” zdejmuje ze środowiska tabu z pewną premedytacją, ponieważ to środowisko nie musi się ono niczego wstydzić. Lekarski los bywa piękny, ale bywa też tragiczny. Pomimo różnic ma pewne cechy wspólne. Prawdopodobnie udało mi się je w tej książce uchwycić, skoro tylu lekarzy identyfikuje się z tą częściowo wymyśloną, a częściowo podpatrzoną w życiu historią – mówi autorka, dr med. Danuta Mikołajewska.

Powieść objęta została patronatem prezesa Wielkopolskiej Izby Lekarskiej. ☉



Organizatorzy:

Naczelna Izba Lekarska

Komisja Kultury Sportu
i Turystyki OIL
w Warszawie

SZPZLO Warszawa
Praga-Północ

Patronat medialny:
Gazeta Lekarska
Puls
Zdrowa Praga

Informacji udziela:
Maria Żywicka-Luckner
tel. 0 22 619 42 31
0 604 286 324
e-mail:
majkazywicka@wp.pl

II Ogólnopolski Konkurs Poetycki PULS SŁOWA

Regulamin konkursu

- Warunkiem uczestnictwa w konkursie jest nadesłanie **pięciu utworów poetyckich o dowolnej tematyce, w czterech egzemplarzach maszynopisu**. Prace nie mogą być wcześniej nagradzane lub publikowane. Każdy utwór powinien być opatrzony godłem.
- Do zestawu należy dołączyć zaklejoną kopertę, podpisaną tym samym godłem, zawierającą dane autora: imię i nazwisko, adres, numer telefonu, e-mail oraz godło.
- Prace należy nadsyłać do dnia 30. 04. 2011 (decyduje data stempla pocztowego) na adres: **Redakcja „Zdrowej Pragi” 03-719 Warszawa ul. Jagiellońska 34 z dopiskiem Konkurs poetycki „Puls słowa”**.
- Jury, w skład którego wejdą znani literaci i krytycy oraz przedstawiciele komitetu organizacyjnego przyzna następujące nagrody:
– **nagroda I stopnia - 700 zł**
– **nagroda II stopnia - 500 zł**
– **nagroda III stopnia - 300 zł**
oraz trzy wyróżnienia w formie nagrody rzeczowej
- Jury zastrzega sobie prawo do innego podziału nagród.
- O dokładnym terminie i miejscu ogłoszenia wyników konkursu i wręczenia nagród wszyscy laureaci zostaną powiadomieni specjalnym zaproszeniem.
- Odbiór nagrody możliwy jest wyłącznie podczas imprezy finałowej.
- Nadesłanych prac organizatorzy nie zwracają.
- Organizatorzy dołożą wszelkich starań aby nagrodzone prace i wyróżnienia zostały opublikowane.
- Organizatorzy nie zwracają kosztów przyjazdu na uroczystość wręczenia nagród.

BARDZO SERDECZNIE ZAPRASZAMY DO UDZIAŁU W KONKURSIE.

Organizatorzy

II OGÓLNOPOLSKIE REGATY DLA LEKARZY W PUCKU

**27-29 MAJA BR. NA TERENIE HARCER-
SKIEGO OŚRODKA MORSKIEGO (HOM),
W KLASIE PUCK (ŻAGŁÓWKI TYPU OMEGA)**

AKWEN ZATOKI PUCKIEJ. ZAŁOGI
3-4-OSOBOWE, MOGĄ UCZESTNICZYĆ RO-
DZINY, OSOBY TOWARZYSZĄCE I ZNAJO-
ME. DLA SINGLI POMOŻEMY ZNALEŹĆ
MIEJSCE W ZAŁODZE. ISTNIEJE MOŻ-
LIWOŚĆ ZAREZERWOWANIA NOCLE-
GÓW I WYŻYWIENIA. PROSIMY O SZYB-
KIE ZAPISYWANIE SIĘ I INFORMOWANIE
O REZERWACJI. IŁOŚĆ MIEJSC MOŻE BYĆ
OGRA NICZONA LICZBĄ JACHTÓW.
INFORMACJE, ZAPISY TELEFONICZNIE
I E-MAILOWE W OIL W GDAŃSKU:
58-524-32-00,

oil@gdansk.oil.org.pl

PRZYSTĘPNE KOSZTY UCZESTNICTWA,
DOFINANSOWANIE KOMISJI KULTURY,
SPORTU I REKREACJI. NAGRODY
I UPOMINKI DLA UCZESTNIKÓW.
IMPREZY TOWARZYSZĄCE.
RYSZARD TOMASZCZUK, PRZEWODNI-
CZĄCY KOMISJI KULTURY, SPORU
I REKREACJI ORL W GDAŃSKU

I MISTRZOSTWA POLSKI LEKARZY W LEKKOATLETYCE

2-5 CZERWCA 2011 R. – MIĘDZYZDROJE

ORGANIZATORZY: KOMISJE SPORTU
NRL, ORL W SZCZECINIE I KRAKO-
WIE. MIEJSCE ZAWODÓW: STADION LEK-
KOATLETYCZNY, UL. GRYFA POMORSKIE-
GO 61. KONKURENCJE: W ZALEŻNOŚCI
OD ZGŁOSZEŃ ZAWODNIKÓW. INFORMA-
CJE I ZGŁOSZENIA: MACIEJ MROŻEWSKI,
91-461-22-51, 693-543-211,
mrozewska@o2.pl; JACEK TĘTNOWSKI,
607-240-938, 12-43-00-766,
drjacek@su.krakow.pl
MICHAŁ SUTYŁA – MIĘDZYZDROJE,
TEL/FAKS 91-32-80-768, 91-32-80-209,
office@vikingtour.com.pl
ZGŁOSZENIA DO 15 KWIETNIA.

XI MISTRZOSTWA POLSKI LEKARZY W PIŁCE SIATKOWEJ

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

ZGŁOSZENIA ZESPOŁÓW DO 31 MARCA
(MAKSYMALNIE 10 DRUŻYN, DECYDUJE KO-
LEJNOŚĆ ZGŁOSZEŃ, WPISOWE 500 ZŁ OD
DRUŻYNY). INFORMACJE I ZGŁOSZENIA:
MAREK KOMAR, TEL. 604-111-083,
e-mail: komarmarek1@gmail.com



Najlepsi narciarze-lekarze XX Polonijnych Mistrzostw Lekarzy w Narciarstwie Alpejskim. Od lewej: Juliusz Pawłowski, Bronisław Orawiec, Andrzej Gacek.

Fot.: W. Łysiński, B. Orawiec

Za oceanem

Na stoku Wilmot Mt. w stanie Wisconsin 23 stycznia
* rozegrano XX Jubileuszowe Polonijne Mistrzostwa
Lekarzy w Narciarstwie Alpejskim.

BRONISŁAW ORAWIEC

Zawodnikom dopisała słonecz-
na, wspaniała pogoda oraz
wysmienite warunki śnie-
gowe. Honorowy patronat
nad mistrzostwami sprawował Konsu-
lat RP w Chicago z konsulem general-
nym Zygmuntem Matynią na czele. Im-
prezę zorganizował honorowy prezes
Związku Lekarzy Polskich w Chicago
Bronisław Orawiec.

Trasę przygotowała szkoła narciar-
ska z Wilmot Mt., a bramki do slalomu
giganta ustawił Evan Blosson. Otwar-
cia zawodów dokonali świetni polonij-
ni narciarze z Klubu „Tatry”: Artur Be-
reziński – były członek kadry polskich
alpejczyków, Andrzej Mach – założy-
ciel Klubu „Tatry” oraz Matt Świątkow-
ski. Na doskonale przygotowanej trasie
slalomu giganta pierwsze wystartowa-
ły dzieci rodzin lekarskich, a następnie
grupy pań i panów. Wśród dzieci I miej-
sce zajęła Stefania Gacek. W grupie
pań zwyciężyła debiutantka mistrzostw
Irena Gula, II miejsce zdobyła Jolanta
Kloc, a III – Halina Anioł.

W kategorii starszej panów trium-
fował Bronisław Orawiec, który rów-
nież uzyskał najlepszy czas dnia
oraz łączny czas dwóch przejazdów.
Drugie miejsce zajął Marek Rud-
nicki, a III pozycję zdobył Wojciech
Łysiński. W grupie młodszej pa-
nów zwyciężył Andrzej Gacek, na II
miejscu znalazł się Juliusz Pawłow-
ski, a na III – Jerzy Fiszer. W zaciętej
walce o Puchar Przechodni – głów-
nie z Andrzejem Gackiem oraz Ju-

liuszem Pawłowskim – zwyciężył
Bronisław Orawiec. W ostatnich la-
tach najszybszymi narciarzami wśród
lekarzy byli: B. Orawiec (2002-04,
2006, 2008-11), S. Marecik (2005) oraz
J. Pawłowski (2007).

W konkurencji rodzin lekarskich
(2 osoby, w tym jeden lekarz) zwycięży-
ła rodzina Gacków – Andrzej z córką
Stefanią, którzy otrzymali okazały Pu-
char Przechodni Orawca na rok. Na II
miejscu znalazła się rodzina Łysińskich
– Wojciech z synem Adamem.

Najlepszą sportsmenką wśród pań
w roku 2010 po raz trzeci została Jolan-
ta Kloc, a wśród panów po raz osiem-
nasty – Bronisław Orawiec. Puchary dla
sportowców roku zostały zgodnie z wie-
loletnią tradycją Klubu uroczyste wrę-
czone na 61. Bału Lekarzy, który od-
był się w Hotelu Trump Tower 5 lutego.
Sponsorem pucharów dla Sportowców
Roku jest po raz pierwszy Konsulat
Generalny RP w Chicago. Bezpośred-
nio po zawodach odbyło się uroczy-
ste zakończenie mistrzostw. Okaza-
łe trofea w postaci pucharów i medali
3 najlepszym zawodnikom w poszcze-
gólnych grupach oraz Puchary Prze-
chodnie Klubu Sportowego „Bronek”
Związku Lekarzy Polskich w Chicago
wręczył organizator wspólnie z Haliną
Anioł oraz Bożeną Witek.

W tym roku nasza sportowa lekar-
ska rodzina powiększyła się o świetną
narciarkę Irenę Gulę, która została ser-
decznie i owacyjnie przyjęta do Klubu.



Od morza po góry

Na trasach Stacji Narciarskiej Hawrań w Jurgowie 4-5 lutego, odbyły się XIV Mistrzostwa Polski Lekarzy w Narciarstwie Alpejskim.

BARTŁOMIEJ HELMECKI, SZYMON BANAK

Lekarze z całej Polski, od morza po góry zjechali pod Tatry. W pierwszym dniu, przy sztucznym oświetleniu, odbył się slalom specjalny, drugiego dnia zawodnicy rywalizowali w slalomie gigancie. Poziom sportowy zawodów był jak zwykle bardzo wysoki i z roku na rok jest coraz lepszy. niespodzianek nie było, najlepszymi zawodnikami mistrzostw zostali: Alicja Leś-Smolarczyk wśród kobiet i Jakub Gałaszek wśród mężczyzn. Niewielkie figle płał organizatorom wiejący bardzo silnie wiatr halny –

w pierwszym dniu na kilka minut zapadły egipskie ciemności, w drugim uniemożliwił organizację slalomu giganta na trasie czarnej oraz wprowadzał zamieszanie w obliczeniach – przez co naszej najlepszej alpejce na moment szybciej zabiło serce. Najwięcej medali zdobyli zawodnicy ze Śląska, po raz kolejny podkreślając swoją dominację na stoku.

Szczególne podziękowania należą się prezesowi Stacji Narciarskiej Hawrań Milanowi Modle, który czyni z Jur-

gowa miejsce bardzo przyjazne lekarzom. Jeszcze raz dziękujemy wszystkim zawodnikom za liczne przybycie i stworzenie niepowtarzalnej atmosfery sportowej. Obserwując wyniki jakie osiągają na arenie krajowej i światowej polscy medycy, amatorzy, można odnieść wrażenie, że narciarstwo w Polsce jest niemal sportem narodowym. Panowie z PZN, może czas zacząć konsultować się z polskimi medykami. Informacje o wynikach na stronie: www.nil.org ☉

Organizatorami mistrzostw byli Autorzy relacji oraz Tatra Group. Pomocy finansowej udzieliły Komisje Sportu NRL i ORL w Krakowie.

Najwięcej medali zdobyli zawodnicy ze Śląska.

Turnieje Tenisowe Lekarzy w 2011 roku z akredytacją PSTL
www.pstl.org

Ogólnopolski Turniej Tenisowy Lekarzy
Częstochowa
20-22. 05. 2011

XXI Mistrzostwa Polski Lekarzy Lexus Cup 2011
Warszawa
23-26. 06. 2011

Ogólnopolski Turniej Tenisowy Lekarzy „Memorial dr. Tomasza Teresińskiego”
Zamość
15-17. 07. 2011

41 Mistrzostwa Świata Lekarzy w Tenisie
Karlovy Vary Czechy
20-26. 08. 2011

Ogólnopolski Turniej Tenisowy Lekarzy
Zielona Góra
02-04. 09. 2011

XIV Halowe Mistrzostwa Polski Lekarzy w Tenisie
Pabianice
10-13. 11. 2011

VII MISTRZOSTWA POLSKI LEKARZY W PŁYWANIU DĘBICA 28-30 KWIETNIA 2011

ZGŁOSZENIA DO 16 KWIETNIA BR.
NA ADRES: OIL W RZESZOWIE,
35-026 RZESZÓW, UL. REFORMACKA 10,
TEL. 17-853-58-37, FAKS 17-853-94-31,
OILRZ@PRO.ONET.PL, RZESZOW@HIPOKRATES.ORG, WWW.RZESZOW.OIL.ORG.PL,
WWW.MPLWP.XT.PL LUB NA ADRES ORGANIZATORÓW: JANUSZ BIENIASZ,
39-200 DĘBICA, UL. GROTTGERA 2B,
TEL. 14-670-52-61; KOM.+48 604-090-587,
E-MAIL: BIENJAN@OP.PL; ADRES SŁUŻBOWY: SOR SP ZOZ DĘBICA,
UL. KRAKOWSKA 91, TEL. SŁUŻBOWY: 14-680-84-73, FAKS 14-670-33-00;
LESŁAW CIEPIELA, 39-200 DĘBICA, UL. RUCHU OPORU 4,
TEL. 14-677-80-18, KOM. +48 602-758-441.
W TRAKCIE MISTRZOSTW ZORGANIZOWANA ZOSTANIE VI KONFERENCJA NAUKOWA „POSTĘPY W MEDYCYNIE SPORTOWEJ”.
KAŻDY UCZESTNIK MISTRZOSTW OTRZYMA CERTYFIKAT I PKT. EDUKACYJNE PRZYZNANE PRZEZ ORL W RZESZOWIE. KOMUNIKAT, FORMULARZE ZGŁOSZENIA DO POBRANIA NA STRONACH INTERNETOWYCH OIL W RZESZOWIE I MISTRZOSTW
www.rzeszow.oil.org.pl
www.mplwp.pl

KURSY

Ośrodek Doskonalenia Zawodowego Lekarzy i Lekarzy Dentystów Naczelnej Izby Lekarskiej zaprasza na szkolenia:

„Wystąpienia publiczne – warsztaty”
14.06.2011 – I część,
15.06.2011 – II część
„Techniki negocjacji – warsztaty”
25.05.2011
„Jak pracować z trudnym pacjentem – wstęp do umiejętności komunikacyjnych”, 23.03.2011, 20.05.2011, 10.06.2011, 30.06.2011
„Asertywność i rozwiązywanie konfliktów w relacji lekarz – pacjent”
26.05.2011
„Budowanie i praca w zespole”
19.05.2011

„Radzenie sobie ze stresem i przeciwdziałanie wypaleniu zawodowemu”

07.04.2011, 21.04.2011, 09.06.2011

„Warsztaty skutecznych negocjacji”

07.06.2011

„Trening asertywności i rozwiązywania konfliktów w relacji lekarz – pacjent – poziom zaawansowany”

28.04.2011, 02.06.2011

Szkolenia są bezpłatne dla członków izb lekarskich. Uczestnicy otrzymują punkty edukacyjne. W celu zapisania się na wybrany kurs należy pobrać formularz zgłoszeniowy ze strony internetowej www.odz.nil.org.pl i po wypełnieniu przesłać na adres e-mail: odz@hipokrates.org bądź faksem: 22-559-02-70.

ZJAZDY KOLEŻEŃSKIE

Absolwenci AM we Wrocławiu, rocznik 1968

Program Zjazdu (Wrocław, 3-4 czerwca br.):

Piątek, 3 czerwca

Godz. 17.30 rejs statkiem po Odrze na Wyspę Opatowską. Godz. 18.45 zakończenie rejsu. Rozpoczęcie i zakończenie – przystań k. Halli Targowej.

Sobota, 4 czerwca

Godz. 11.00 śniadanie studenckie, Collegium Anatomicum. Godz. 12.00 wykłady okolicznościowe: Prof. Jan Miodek, Prof. dr hab. Wojciech Witkiewicz. Godz. 13.00, wspólne zdjęcia pamiątkowe. Po południu czas wolny. Godz. 19.00 bankiet – restauracja SPIŻ, Wrocław-Rynek.

Wydział Lekarski AM w Lublinie, rocznik 1971-76

Z okazji 35 rocznicy uzyskania dyplomów lekarza odbędzie się Zjazd Koleżeński Roczника 1971-76 Wydziału Lekarskiego

AM w Lublinie w Domu Pracy Twórczej, ul. Małachowskiego 17 w Kazimierzu Dolnym, w dn. 16-18 września br. Przewidywany koszt uczestnictwa: 500,00 zł. Wpłaty na konto numer: 80 1160 2202 0000 0000 6017 9231; Wojciech Konera, do 30 czerwca br., z dopiskiem: Zjazd Koleżeński Roczника 1971-76. Kserokopię dowodu wpłaty prosimy przesłać na adres Elżbieta Walas-Skrzat, ul. Harcerska 13, 21-040 Świdnik. Informacje: Elżbieta Walas-Skrzat, 605-933-118, Alina Wesołowska-Przystupa, 605-084-042, Wojciech Konera, 501-273-130, e-mail: wkonera@go2.pl

Wydział Lekarski AM w Lublinie, rok 1981

Spotkanie koleżeńskie z okazji 30. rocznicy ukończenia Wydziału

Lekarskiego AM w Lublinie

odbędzie się 28 maja br. w hotelu „Zajazd Piastowski” w Kazimierzu Dolnym, ul. Słoneczna 3. Przewidywany koszt kolacji 200 zł (bez noclegu). Zgłoszenie uczestnictwa oraz ew. rezerwacja hotelu bezpośrednio w recepcji hotelu pocztą elektroniczną: zajazd@zajazdpiastowski.pl lub telefonicznie: 81-889-09-00. Potwierdzeniem zgłoszenia jest dokonanie całościowej wpłaty (kolacja + ew. nocleg) do 20 kwietnia br. na konto hotelu: Fortis Bank Polska S.A. 51 1600 1446 0003 0517 8008 2001 tytułem: opłata uczestnictwa w zjeździe koleżeńskim – rocznik 1981. Przy rezerwacji hotelu Panie prosimy o podanie nazwiska obecnego oraz z okresu studiów (do sporządzenia identyfikatorów). Informacje: Janusz Klatka, tel.: 81-750-31-09 (po 20.00), kom. 603-59-32-59, e-mail: januszklatka.zjazd@wp.pl

Absolwenci AM w Gdańsku (obecnie Gdański UM), rocznik 1957-63

W dn. 27-29 maja br. organizujemy kolejne spotkanie koleżeńskie w naszym stałym miejscu w Juracie, w WDW „Delfin”. Przewidywany całkowity (łącznie z 2 noclegami) koszt uczestnictwa najprawdopodobniej wyniesie ok. 350 zł. Prosimy o zgłaszanie i potwierdzenie uczestnictwa. Informacje: Julita (Augustowska) Nowak, tel.: 58-551-43-95, Małgorzata Herrmann-Jankau, e-mail: m.a.jankau@wp.pl

Wydział Lekarski, rok 1971 i Stomatologii, rok 1970 AM w Poznaniu

Tych, którzy jeszcze się nie zgłosili prosimy o pilny kontakt telefoniczny z Alą Kaczmarek-Michalewicz: 61-867-33-37 i 603-50-10-33.

BESKIDZKA IZBA LEKARSKA ORAZ SZPITAL CHIRURGII MAŁOINWAZYJNEJ I REKONSTRUKCYJNEJ W BIELSKU-BIAŁEJ ZAPRASZAJĄ NA



KONFERENCJA ODBĘDZIE SIĘ 26 MARCA 2011 R. W PARK HOTEL VIENNA W BIELSKU-BIAŁEJ, UL. BYSTRZAŃSKA 48, SALA KONFERENCYJNA NA 5 PIĘTRZE.

KOMITET NAUKOWY: PROF. DR HAB. MED. ZBIGNIEW GACIÖNG, PROF. DR HAB. MED. BARBARA ZAHORSKA-MARKIEWICZ, PROF. DR HAB. KRYSZYNA PIERZCHAŁA-KOZIEC, DR HAB. N. MED. MARIUSZ WYLEŻOŁ, DR ZYTA KAŻMIERZAK-ZAGÓRSKA.

ZGŁOSZENIA NA STRONIE WWW.BIL.BIELSKO.PL

X JUBILEUSZOWE MISTRZOSTWA POLSKI LEKARZY W SZACHACH

ODBEDĄ SIĘ W DN. 19-22 MAJA BR. W HOTELU „ZIEMOWIT” W USTRONIU, UL. SZPITALNA 88.

ZGŁOSZENIA I REZERWACJA MIEJSC W HOTELU DO 12 MAJA BR.

INFORMACJE I ZGŁOSZENIA: biuro@zabrze.org.pl;

SĘDZIA GŁÓWNY ALFRED MAŚLANKA,

TEL. 32-278-10-34, KOM. 514-231-907;

DYREKTOR MISTRZOSTW JERZY PABIS,

41-819 ZABRZE, UL. FRANCISZKAŃSKA 30B/9,

KOM. 605-569-065.

IX MISTRZOSTWA POLSKI LEKARZY W WĘDKARSTWIE SPŁAWIKOWYM

KŁUB WĘDKUJĄCYCH LEKARZY FISH-MED ZAPRASZA NA IX MISTRZOSTWA POLSKI LEKARZY W WĘDKARSTWIE SPŁAWIKOWYM, KTÓRE ODBĘDĄ SIĘ W DN. 4-5 CZERWCA BR. W OŚWIECIMIU. TYM RAZEM ZAWODY BĘDĄ DWUDNIOWE – PIERWSZY DZIEŃ NA KANAŁE DWORY (WODA PŁYNĄCA), A DRUGI NA ZBIORNIKU KRUKI (WODA STOJĄCA).

ZGŁOSZENIA PRZYJMUJE KLAUDIUSZ KOMOR, TEL. 608-365-164, e-mail: kkomor@op.pl

Sprostowania

W „GL” nr 1/2011 w artykule pt. „90 lat tradycji” błędnie podano liczbę cudzoziemców będących studentami Uniwersytetu Medycznego w Poznaniu – jest ich 1000, a nie jak podano – 100. W „GL” nr 2/2011 w „Kalendarzu. Kultura i sport w 2011 r.” błędnie podano organizatorów imprez. Dr Maciej Mrozeński (OIL w Szczecinie) nie jest organizatorem Lekarskiego Rajdu Żeglarskiego na Mazurach w maju, a organizator XXI Mistrzostw Polski Lekarzy w Tenisie Dr Marcin Wroński jest członkiem OIL w Krakowie. Zamieszczono też błędną i niepełną informację – powinno być: 1.09. – rozstrzygnięcie I Ogólnopolskiego Konkursu Fotograficznego „Kóło życia”. 15.10 – wernisaż pokonkursowy. Anna Zelechowska, 608-283-685. Za pomyłki serdecznie przepraszamy.

Zdarzenia pokazywane z rozmachem przez telewizję i opisane w prasie często nie mają nic wspólnego z rzeczywistością. Nawet występujący w nich rozmówcy po obejrzeniu dziennikarskiego dzieła stwierdzają, że o czym innym mówili, a jak się okazało, co innego powiedzieli.

Prawda medialna

» Na czwartym piętrze czynszowej kamienicy odbywała się alkoholowa libacja, której początku nikt już nie pamiętał, a końca niewielu zmęczonych mieszkańców się spodziewało. Tej nocy zaszła jednak niespodziewana zmiana, kiedy przed oknami sąsiadów przeleciał cień spadającego ciała młodej dziewczyny, a po kilkunastu minutach zjawiała się hałaśliwie karetka pogotowia.

» Nic w tym zdarzeniu nie byłoby zapewne zaskakującego, gdyby nie media, które już nad ranem poinformowały o okrutnym ataku bandyckim na spokojne lokatorki w środku wielkiego blokowiska i powtarzały pytanie: czy możemy czuć się w tym państwie bezpieczni? Kolejne wywiady. Politycy. Socjologowie. Prokuratorzy. Policjanci. Wszyscy opowiadali o problemie, nie wiedząc, że dziewczę płocze „uczyło się latać” po kilkudniowym ciągu wódczanym dzielonym z przygodnymi przyjaciółmi, którzy przynosili datki, w zamian otrzymując romantyczne wspomnienia.

» Powiemy: news. Z bra-



ku ciekawszych spraw postanowiono podjąć ważne społeczne kwestie przy okazji jednego z wielu nieszczęśliwych wypadków. Otóż nic podobnego!

» Kiedy reporterzy zorientowali się, że porządna rodzina wcale nie jest taka porządna, a ocalona cudem pannica razi promilami w szpitalnej salce, postanowili pokolorować świat. Wyprowadzono matkę nieszczęśliwie upadłej i poddano kilkunastogodzinnemu recyklingowi. Kąpiel. Manicure. Fryzjer. Kosmetyczka. Stylistka. Mieszkanie niestety nie nadawało się do pokazania w kamerze, w związku z czym opla-

cono pokaz innego lokalu w tym samym budynku, sąsiadki obok, która przez lata znosiła burdy cierpliwie, aż doczekała się telewizyjnej premiery swoich wnętrz, wzbogaciwszy się ponadto o kilka złotych.

» Przed blokiem ustawiono kamery. Jedna pokazywała okno. Druga tłumy osiedlowiczów, którzy zbiegli się ciekawie, stając się bohaterami programów informacyjnych komercyjnej stacji. Trzecia nie odstępowała krążącego reportera relacjonującego swoją wersję wydarzeń sprzed 18 godzin i przepytującego kolejnych gości, oskarżając służby o nieodpowiednią ochronę dóbr

zwykłych obywateli. Była więc i histeria zaniepokojonej starszej pani, że pora umierać. Był pan wymachujący łagą i wyrokiem: Tych wszystkich bandytów trzeba powiesić albo zesłać do pracy w kamieniołomach. Przypadkiem przechodził polityk, który przygotowywał się do startu wyborczego i mógł obiecać poprawę jakości życia natychmiast, jeśli od niego zależeć będą losy każdego z nas. Były deklaracje. Lamenty. Ważne pytania. Filmik z izolatki na chirurgii. I ani jednego prawdziwego słowa.

» Kamera i długopis potrafią udoskonalić wszystko. Nie liczą się z niczym i nikim. Pozostawiają wrażenie, przekonanie, kształtują poglądy, radykalizują stanowiska. Walcząc o spokój i prawdę, wnosząc zamieszanie i fałsz. Nakręcają i już nigdy nikt nie pozna prawdy. Zostanie zapis taśmy i publikacja. Historycy odnajdą opis, który potraktują jako doskonałe źródło pracy nad przeszłością przywołanych ludzi. Pomyślą się, na szczęście tylko w tym jednym przypadku.

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 Bakowska

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 Badoński (Olsztyn)

Stanisław Ciechowicz (Łódź)

Krystyna Knypl (Warszawa)

Anna Lella (Olsztyn)

Justyna Zajdel (Łódź)

Adres redakcji:

00-775 Warszawa, ul. Kondutorska 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: aldonac.ciosek@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

Dodatki tematyczne: **Krystyna Gdera**

tel. 22-232-17-98, 668-526-225

e-mail: krystyna.gdera@axelspringer.pl

Koordinacja wydawnicza: **Alicja Micuła**

tel. 22-232-00-17

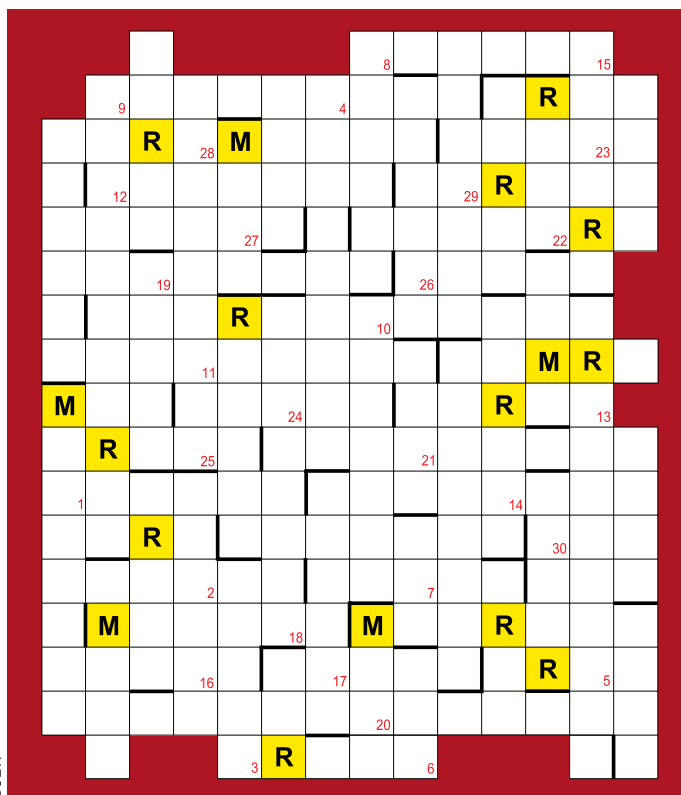
e-mail: alicja.micula@axelspringer.pl

Projekt graficzny: **Bogusław Kalwala**

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



JOLKA LEKARSKA 164



Objaśnienia

71 haseł podano w przypadkowej kolejności.

W diagramie ujawniono wszystkie litery M i R.

Na ponumerowanych polach ukryto

30 liter hasła, które stanowi rozwiązanie.

Należy je przesłać na karcie pocztowej

na adres redakcji do 10 kwietnia br.

Wśród autorów prawidłowych rozwiązań

rozlosujemy nagrody

książkowe (prosimy o podanie specjalizacji).

nauka z narkozą i reanimacją • 1-Majowy • stolica Heilongjiang • stare z duszą • biblijny lament, skarga • kariokineza somatyczna • autor teorii względności • mecz Wisły z Cracovią • strefa • minister, zięć Mussoliniego • przed podrzutem • nad głową świętego • koczownicy z Indii • towarzysza Kalego • raj • dzielnica Gdańska z kąpieliskiem • lew, tygrys lub ryś • promowy partner Świnoujścia • filmowy kochanek • komendant reduty na Woli • napad • drobnostka, drobiazg • najdłuższa rzeka Chile • sławny gdański astronom • nicpoń, łobuz • ocephalus • wieloostrowe narzędzie skrawające • celnik na jerychońskiej sykomorze • wartość logiczna fałszu • imię Gotta • spółkowanie (łac.) • Robert, nowojorski taksówkarz • tokijskie Okęcie • afrykańskie ursony • moskiewska ulica z powieści Rybakowa • aesthesia • łączenie zakuwką • płynie w Chabówce • Łazarza, w 4 dni po śmierci • ostrze strzały • tamponik z waty • koleżanka Gucia • pierścienica z dna zimnych mórz • statek Jazona • ma imieniny 12 II i 15 VIII • Ulf Svante, fizjolog, noblista z 1970 • medykament • arena zapaśnika • między Dniestrem a Bohem • duży, niezgrabny powóz • poprzednik Putina • łuki interpunkcyjne • przypadek, zdarzenie (łac.) • 1-e i 2-e projektu ustawy • Al-Hamada al-, pustynia w zach. Libii • dźwignia w zawieszeniu auta • żarliwy prorok, wróg Achaba i Jezabel • żółty lub pleśniowy • appetitus • dowodzona przez Szuchewycza • w cerkwi lub na ekranie monitora • wicekról Abisynii do 1941 • wodny czyli filigran • arcydzieło Nabokova • Rosenbacha czyli różycza • Scomber scomber • miasto Sfinks i piramid • Mammalia • stolica Suomi • odchody morskich ptaków • uraemia

Rozwiązanie Jolki lekarskiej nr 162 („GL” nr 1/2011)

Wiedza bez działania to bezpłodna przyjemność. Hirschfeld

Nagrody otrzymują: Konrad Kaaz (Wrocław), Jerzy Klimaszewski (Działdowo),

Małgorzata Krzaklewska (Wrocław), Edward J. Łukosz (Lubliniec),

Ludmiła Wojtkowska (Białystok), Zbigniew Sznura (Kędzierzyn-Koźle).

Nagrodami za prawidłowe rozwiązania są książki wydawnictw: medipage, WEXEL („Reanimacja” Danuty Mikołajewskiej) i ZNAK („Lepiej” Atula Gawande). Nagrody prześlemy pocztą.

