EGZEMPLARZ BEZPŁATNY ISSN 0867-2146
02/03 · 2012

Gazeta Lekarska

PISMO IZB LEKARSKICH

Nadzwyczajny XI Krajowy Zjazd Lekarzy

1 marca

Ma zacząć obowiązywać zaktualizowana lista leków refundowanych. Projekt obwieszczenia ministra zdrowia w sprawie wykazu refundowanych leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych został umieszczony na stronie internetowej resortu zdrowia dopiero 25 lutego. Poprzednia lista zaczęła obowiązywać 1 stycznia 2012 r.

15 marca

Mija termin złożenia do marszałka województwa zestawienia danych za rok 2011 o rodzajach i ilości odpadów, sposobach gospodarowania nimi oraz o instalacjach i urządzeniach służących do ich odzysku i unieszkodliwiania.

23 marca

Rozpocznie się 6. kongres Top Medical Trends 2012 w Poznaniu; miejscem corocznego spotkania lekarzy, które potrwa do 25 marca, będzie Centrum Kongresowe Międzynarodowych Targów Poznańskich.

25 marca

Nastąpi zmiana czasu z zimowego na letni – wskazówki zegara będziemy musieli przestawić z godz. 2.00 na 3.00, co oznacza, że pośpimy o godzinę krócej.

W numerze

4 **Wstępniak:** Wołanie o normalność – Ryszard Golański

6 **Pierwszym głosem:** W mrocznej krainie absurdów – Maciej Hamankiewicz

8-9 **Skrining**

10 **Obserwacje:** Siła przekazu – Sławomir Badurek

11-14 **Temat miesiąca:** Chcemy współpracować i współdecydować – Lucyna Krysiak, Marta Jakubiak

15 **Nasi w Europie:** Poprawa jakości kształcenia – Romuald Krajewski

16-18 **Rozmowa o zdrowiu:** Naruszono zasadę vacatio legis

19-22 **Samorząd**: Izby lekarskie mają swoją tożsamość – Lucyna Krysiak

24 **Punkt widzenia:** Kobiety do polityki! – Jolanta Małmyga

25-27 **Stomatologia:** Chirurgia szczękowo-twarzowa w Polsce i Europie – Marek Szewczyński

28-29 **Prawo i finanse:** Ubezpieczenia OC – najnowsze przepisy – Małgorzata Serwach

30-31 **Nauka** – Sławomir Zagórski

32-33 **Praktyka lekarska:** Alarm dla antybiotykooporności – Lucyna Krysiak

36 **Listy do redakcji**

37-39 **Biuletyn NRL**

40 **Felieton:** Słaba płeć czy zimne dranie? – Andrzej Baszkowski

41-42 **Kobiety w medycynie:** Gdyby nie pomoc rodziny… – Lucyna Krysiak

43-44 **Indeks korzyści:** 8 marca: Dytyramb na Dzień Dziwoląga – Joanna Sokołowska

45 **Wspomnienie:** Prof. Andrzej Szczeklik – Jacek Musiał

46 **Wesoło jest:** A płuca sprawdziłeś? – Artur Andrus

48-50 **Sport**

51 **Kultura**

52-53 **Kalendarz kultura i sport w 2012 r.**

54-63 **Ogłoszenia**

64 **Komunikaty**

65 **Epikryza:** Taniec z gwiazdami – Jarosław Wanecki

66 **Jolka lekarska**

Na wstępie

Ryszard Golański
redaktor naczelny „GL”

Wołanie o normalność

Świat może istnieć bez polityków, ale nie może istnieć bez lekarzy. Te słowa Jana Gašiča, prezesa Słowackiej Izby Lekarsko-Dentystycznej, zostały nagrodzone owacją na Nadzwyczajnym XI Krajowym Zjeździe Lekarzy. Zjazd, zwołany przed dwoma laty, miał obradować nad zmianami w kształceniu lekarzy. Likwidacja stażu podyplomowego rewolucjonizuje kształcenie przeddyplomowe, zmuszając uczelnie medyczne do praktycznej nauki zawodu lekarza. Pominięcie w tym zdaniu lekarza dentysty nie jest przypadkowe. Panuje zgodna opinia, że wydziały stomatologiczne mogą być dla wydziałów lekarskich wzorcem do naśladowania. Modułowy system specjalizacji to znacząca zmiana w kształceniu podyplomowym. Samorząd lekarski od dawna postuluje, że powinien być instytucją odpowiedzialną za to szkolenie.

Te tematy oczywiście były dyskutowane podczas zjazdu, ważniejsza dla delegatów było jednak co innego. Od trzech miesięcy głośno jest o ustawie refundacyjnej i związanych z nią przepisach. Społeczeństwo dowiedziało się o nieprawidłowościach i zagrożeniach, które wynikają z zapisów tej ustawy, dzięki protestowi lekarzy. Fakt znowelizowania tego dokumentu przez parlament w ekspresowym trybie został przez jednych oceniony jako niekwestionowany sukces środowiska lekarskiego, przez innych – jako porażka rządu, ministra zdrowia, a nawet premiera w sporze z lekarzami.

Czy urzędnicy Ministerstwa Zdrowia wyciągnęli z tego jakieś wnioski? Wydarzenia ostatnich dni każą negatywnie odpowiedzieć na to pytanie. Zgodnie z prawem, nowe listy refundacyjne leków powinny być publikowane dwa tygodnie przed wejściem w życie. Lista obowiązująca od 1 marca została obwieszczona (na stronie internetowej Ministerstwa Zdrowia!) 25 lutego. Wiceminister Jakub Szulc stwierdził, że dzięki temu jest bardziej aktualna. Ważniejsze od terminu obwieszczenia jest to, że nowa lista nie przyniosła zmian oczekiwanych przez pacjentów i lekarzy.

Czy lekarze domagają się zbyt wiele, oczekując, że prawo pozwoli im normalnie leczyć pacjentów? ■

„Gazeta Lekarska – wydanie zjazdowe” to kilkadziesiąt stron zapisanych przez samo życie. Wydarzenia wokół kontrowersyjnej ustawy refundacyjnej trafiły na łamy naszego pisma, by dać świadectwo temu, jak ogromną walkę przez ostatnich kilka miesięcy musiało stoczyć środowisko lekarzy, by przeciwstawić się złym zapisom prawa i bronić interesów pacjentów. Wejdź na www.gazetalekarska.pl i zapoznaj się z tą wyjątkową publikacją.

Pierwszym głosem

W mrocznej krainie absurdów

Maciej Hamankiewicz
prezes NRL

Nadzwyczajny XI Krajowy Zjazd Lekarzy za nami. Dotychczas realizowaliśmy wiele postanowień zjazdu z 2010 r., teraz podjęliśmy sporo kolejnych stanowisk, apeli i uchwał, które będziemy realizować przez następne dwa lata. Zjazd postanowił skierować wiele zapisów różnych aktów prawnych do Trybunału Konstytucyjnego o stwierdzenie ich (nie)zgodności z Konstytucją RP. Czeka nas zapewne kolejny, trudny czas walki o nasze prawa. Przypomnę, że o niektóre walczymy od lat i ze zdziwieniem można zauważyć, jak aktualne są niektóre postulaty, na przykład z VIII Krajowego Zjazdu Lekarzy z 2006 r.

Wydaje się jednak, że rządzący nie chcą uporządkowanego państwa prawa i nie dążą do spokoju w ochronie zdrowia. Premier RP przeprasza za ustawę refundacyjną, a tymczasem Ministerstwo Zdrowia wydaje kolejny (absolutnie nie do przyjęcia) projekt rozporządzenia w sprawie recept. W efekcie tej nowelizacji to lekarze będą tłumaczyć pacjentowi, dlaczego nie dostaje on tego, co mu się należy. Nie będziemy twarzą nieudolności systemu! Profesor Jerzy Buzek przypomniał w wystąpieniu na zjeździe, że dodatkowo musimy przygotować się na „europacjenta" i nieuniknioną opiekę transgraniczną, a rząd nawet o naszych pacjentów nie potrafi prawidłowo zadbać. Przykłady można mnożyć, ale wszystkim, którzy pytają, co dalej, odpowiadam: walki naszej nie koniec.

Długo nie zapomnimy zeszłorocznej sytuacji, kiedy listy leków refundowanych były przedstawione w przeddzień wigilii Bożego Narodzenia i tuż przed Sylwestrem, co uznaliśmy za złamanie zasad dobrej legislacji, a potwierdziła Rzecznik Praw Obywatelskich. „Od 1 stycznia rozpoczynamy kolejny etap negocjacji, ale kiedy będzie się pojawiało nowe obwieszczenie, będziecie państwo informowani o wiele, wiele wcześniej, że tego i tego dnia się pojawi. Będę się starał, żeby działo się to jak najrzadziej i jak najbardziej skutecznie" – obiecał Naczelnej Radzie Lekarskiej 16 grudnia 2011 r. minister zdrowia Bartosz Arłukowicz. Na konferencji prasowej w ostatnich dniach minionego roku dodał, że będzie pilnował terminu 14 dni. I co mamy? 25 lutego, w sobotę, pojawia się kolejna lista, która ma obowiązywać od 1 marca. Nijak nie wychodzi mi 14, mimo że mamy rok przestępny.

Były dwie wypowiedzi byłej pani minister Ewy Kopacz, za które udało mi się ją pochwalić. Jedna dotyczyła zapewnienia miejsc rezydenckich zgodnie z oczekiwaniami lekarzy, druga – woli wprowadzenia alternatywnych ubezpieczeń. Jedno i drugie właśnie legło w gruzach. Liczba miejsc rezydenckich została ograniczona i znowu mamy wizję pogłębienia się problemu braku specjalistów. Nadal mamy też wszechwładny, wszystkowiedzący i dyktujący warunki Narodowy Fundusz Zdrowia, bez żadnej alternatywy. Trudno bowiem wierzyć w nowe obietnice ministra Arłukowicza złożone na zjeździe, że taki system jest planowany. Brakuje mi już słów na działania obecnego prezesa NFZ Jacka Paszkiewicza i na „komunikatową legislację", która pojawia się i znika, jest, a jakoby jej nie było, co sprawia, że ukarać zawsze można.

Od dawna przestrzegaliśmy pomysłodawców zniesienia stażu podyplomowego przed problemami związanymi z wprowadzeniem zajęć praktycznych do programu studiów. Obecni na zjeździe rektorzy uczelni medycznych wskazywali, że to pomysł bardzo drogi i niemożliwy do realizacji, gdyż nie ma ani warunków lokalowych, ani kadry medycznej. Z pewnością można tylko pomarzyć, że pomysł ten przyniesie oszczędności w wysokości ponad 160 mln zł, jak zakładał rząd. Studia medyczne jednego studenta, na które państwo wydaje obecnie 35 tys. zł rocznie, będą teraz kosztowały prawie dwa razy tyle. Kolejny dowód, że żyjemy w mrocznej krainie absurdów.

Konflikt interesów

Czy można korzystać ze sponsoringu producentów sprzętu medycznego, firm farmaceutycznych i jednocześnie być w zgodzie z Kodeksem Etyki Lekarskiej i wydawać obiektywne opinie na temat metod leczenia i leków? Tego rodzaju współzależność – konflikt interesów – występuje obecnie coraz częściej. Lekarze, którzy znaleźli się w takiej sytuacji, powinni go zadeklarować. Robią to jednak rzadko i niechętnie, ponieważ obawiają się posądzenia o stronniczość i przyjmowanie korzyści.

3 lutego Naczelna Izba Lekarska zorganizowała konferencję, która była próbą odpowiedzi na pytanie, czy konflikt interesów może być przeszkodą w kształceniu lekarzy. Uczestnicy byli zgodni, że ujawnianie korzyści i sytuacji, które mogą powodować konflikt interesów powinno być powszechne i odnotowywane w publikacjach naukowych. Także wykładowcy powinni ujawnić swe związki z firmami farmaceutycznymi, aby odbiorcy mogli bardziej obiektywnie ocenić przekazane im treści, najlepiej w trakcie szkoleń. Postulowano, aby to samorząd lekarski rozpoczął dyscyplinowanie lekarzy w tym zakresie, np. poprzez monitoring czasopism medycznych.

Konflikt interesów powstaje w wyniku dozwolonych działań i nie jest niczym nagannym. Jednak – zdaniem uczestników konferencji – działanie to powinno być transparentne. Należy zachęcać lekarzy do deklarowania konfliktu interesów oraz wymagać takich deklaracji przy akredytacji kształcenia podyplomowego. Aspekty etyczne i prawne konfliktu interesów są uregulowane przez prawo farmaceutyczne oraz Kodeks Etyki Lekarskiej – zgodnie z jego zapisami lekarz nie powinien przyjmować korzyści od przedstawicieli przemysłu medycznego, jeżeli może to ograniczyć obiektywizm jego opinii zawodowych lub podważyć zaufanie do jego zawodu. Może przyjąć zapłatę od producenta leków lub wyrobów medycznych za wykonaną pracę, prowadzenie szkoleń i badań, jeżeli jest ona współmierna do jego wkładu pracy. Nie może też odstąpić od podejmowania w pełni obiektywnych decyzji klinicznych lub działania w najlepszym interesie pacjentów i osób biorących udział w badaniach. Kodeks sugeruje lekarzom, że powinni ujawniać słuchaczom wykładów oraz redaktorom publikacji wszelkie związki z firmami lub subwencje z ich strony oraz inne korzyści mogące być przyczyną konfliktu interesów.

Lucyna Krysiak

Szkodliwe dla pacjentów

Postulat zmiany w ustawie refundacyjnej kategorii dostępności „w całym zakresie zarejestrowanych wskazań i przeznaczeń" na „zgodnie z aktualną wiedzą medyczną" był zawarty w stanowisku podjętym 13 stycznia br. przez Naczelną Radę Lekarską. Sześć tygodni później oparciu systemu refundacji leków na wskazaniach rejestracyjnych sprzeciwił się Nadzwyczajny XI Krajowy Zjazd Lekarzy, wskazując, że administracyjne ograniczanie ordynacji leków do zarejestrowanych wskazań jest szkodliwe dla pacjentów. Zjazd zaapelował też do ministra zdrowia o przywrócenie konstytucyjnej odpowiedzialności rządu za prowadzenie polityki zdrowotnej państwa i poczucia bezpieczeństwa zdrowotnego obywatelom.

Mało rezydentur

Przydzielenie przez ministra zdrowia w sesji wiosennej 444 rezydentur spowodowało użycie przez zjazd sformułowania „tylko 444" i sformułowanie postulatu zwiększenia liczby etatów rezydenckich, stworzenia centralnej bazy miejsc akredytacyjnych do odbywania specjalizacji oraz zapewnienia środków do sfinansowania odpowiedniej liczby nowych etatów rezydenckich i rezydentur w toku.

W stanowisku zawarto również postulaty opłacania obowiązkowych dyżurów rezydentów (trzy razy w miesiącu) ze środków Ministerstwa Zdrowia oraz wprowadzenia wynagrodzenia dla kierowników specjalizacji.

Umiejętności lekarskie

Od sierpnia 2011 r. na dalszy etap legislacji czeka projekt zmiany ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty odnoszący się do szkolenia lekarzy w zakresie umiejętności obejmujących część zakresu danej dziedziny medycyny albo kilku dziedzin medycyny lub będących umiejętnością udzielania określonego świadczenia zdrowotnego. Zjazd uznał, że te umiejętności powinny powstać wyłącznie w dziedzinach należących do zakresu wielu spe-

cjalności lub niewymagających tytułu specjalisty.

NFZ: wymóg certyfikatu

Jedynym istotnym ograniczeniem wykonywania określonych czynności powinna być właściwa ocena własnych umiejętności. W ten sposób zjazd ustosunkował się do wymagania od lekarzy i lekarzy dentystów posiadania certyfikatów przy kontraktowaniu świadczeń zdrowotnych przez Narodowy Fundusz Zdrowia. W ocenie zjazdu NFZ ogranicza możliwość pracy osób nieposiadających wymaganych arbitralnie certyfikatów, które nie mają formalnego umocowania prawnego. Wymóg ich posiadania jest przejawem wszechobecnej biurokracji i w konsekwencji ogranicza dostęp pacjentów do różnych świadczeń.

Ubezpieczenia alternatywne

Zjazd opowiedział się za powszechnymi ubezpieczeniami zdrowotnymi finansowanymi przez konkurujące ze sobą instytucje ubezpieczeniowe. Miałyby one być wspierane i uzupełniane przez system dodatkowych ubezpieczeń zdrowotnych, przy jednoczesnym finansowaniu z budżetu państwa ratownictwa medycznego, szczególnie kosztownych wysoko specjalistycznych procedur medycznych i zdrowia publicznego.

Katarzyna Strzałkowska
rzecznik prasowy NIL
k.strzalkowska@hipokrates.org

Obserwacje

Siła przekazu

Sławomir Badurek
diabetolog, wiceprezes
Kujawsko-Pomorskiej OIL
w Toruniu, publicysta „Pulsu Medycyny"

Koniec drugiej dekady stycznia. Wieczorne wiadomości Telewizyjnego Kuriera Warszawskiego. Reportaż z apteki biorącej udział w godzinnej akcji strajkowej. Na ulicy zziębnięci, zdenerwowani pacjenci. Narzekają, że są trudności z realizacją recept, że drogo, że kto to słyszał, by oszczędzać na chorych ludziach. I podsumowanie spikerki: konflikt medyczno-farmaceutyczny trwa. Zaskoczenie wkręca mnie w podłogę. Ale tylko przez parę chwil. Przypominam sobie, w jaki sposób w poprzednich dniach relacjonowano protest farmaceutów. Niczym ze zdartej płyty słyszeliśmy w kółko, że aptekarze byli za dobrzy, pochopnie uwierzyli ministrowi, nie potrafili być tak twardzi jak lekarze i teraz mają za swoje. Wcześniej telewizje pokazywały nas, jak w poprzek recept przybijamy czerwone pieczątki, oburzamy się, tłumaczymy i wreszcie – ugrawszy swoje – chowamy stemple z adnotacją o refundacji do szuflady. W domyśle: ludzki farmaceuta i nieludzki lekarz. Konflikt medyczno-farmaceutyczny? Aż kusi, by przytaknąć. A jeszcze wcześniej, tuż przed końcem roku, media aż bulgotały o pazernych, bezdusznych firmach farmaceutycznych i ich służących w lekarskich kitlach. Poszły w Polskę różne przekazy, takie wprost i bardziej zakamuflowane, zależnie od adresata. Dlaczego lekarze protestują? – pytał marszałek Ewę Kopacz dziennikarz „Gazety Wyborczej". – Może ten spór to próba odroczenia wejścia w życie ustawy refundacyjnej, która uderza w interesy potężnych koncernów farmaceutycznych? – pytała w odpowiedzi była pani minister, rzecz jasna niczego nie sugerując...

Za to wiceminister Włodarczyk, dokładnie w tym samym czasie, nie tylko sugerował, ale mówił wprost o poważnych niebezpieczeństwach stosowania nowych leków na cukrzycę. Kilkaset tysięcy pacjentów mogło poczuć dumę z dzielnego urzędnika. Kilka tysięcy lekarzy, którzy na co dzień diabetyków leczą, mogło doświadczyć, jak w jednej chwili karleje ich autorytet. No bo jak oni w ogóle śmieli mówić chorym o zaletach analogów długo działających i leków inkretynowych? Na stronach Polskiego Towarzystwa Diabetologicznego prawie natychmiast wywieszono oświadczenie. Merytoryczne i nieugrzecznione. Solą komunikatu było zapewnienie chorych o potwierdzonym opiniami EMA, FDA i AOTM bezpieczeństwie terapii lekami inkretynowymi i analogami insulin. Pieprzem – stwierdzenie, że „PTD pozostaje w kontakcie ze swoim reprezentantem prawnym i analizuje, czy w trakcie wspomnianych wypowiedzi nie doszło do rozpowszechniania nieprawdziwych wiadomości mogących wywołać niepokój społeczny i czy nie zostały naruszone dobra osobiste członków PTD". Mówienie o niepokoju społecznym wydaje się trochę przesadzone, ale o dobrach osobistych lekarzy już nie. Tylko co z tego? Ile osób dotarło do informacji towarzystwa naukowego, a ile zbudowało swój pogląd, oglądając konferencję prasową?

Pytałem w kręgu znajomych lekarzy o ocenę naszego styczniowego protestu. Nie było nikogo, kto nie byłby rozczarowany. Nie wszystko poszło tak jak chcieliśmy, prawie codziennie słyszę pytanie: „To jak ja mam teraz pisać te recepty?", ale udało nam się wymusić istotne zmiany w ustawie, która „była nie do ruszenia", dlatego to nie efekty wymieniano jako główny powód zawodu. Rzecz w przekazie. Ten z medialnego mainstreamu okazał się zadziwiająco bliski nonsensownej, jak się wydawało, wypowiedzi premiera, wypominającej nam troskę o własny komfort. Nie wiem, czy to szef rządu wykazał się takim pijarowskim nosem, czy raczej wielu wpływowych dziennikarzy poszło za nim jak za panią matką, ale słowa wygłoszone zanim zaczęliśmy używać słynnych pieczątek odbiły się wielokrotnym echem. Wspomniany konflikt medyczno-farmaceutyczny to jeden z przykładów. Podobnie jak kłamliwe zarzuty, jakoby nasze środowisko nie zgłaszało uwag do ustawy przed wejściem jej w życie.

Słyszę postulat: zatrudnijmy profesjonalną agencję PR – niech dba o nasz wizerunek. Dobrze, tylko proszę nie łudźmy się, że pijarowcy, nawet najlepsi, będą w stanie znaleźć się bliżej uszu wpływowych mediów niż Donald Tusk i jego współpracownicy. Wiem natomiast, że my możemy być bliżej uszu pacjentów, niż politycy i dziennikarze. Zbyt słabo korzystamy z tej możliwości. Dlatego pomoc najwybitniejszych specjalistów od wizerunku i reklamy nie zwolni nas od większej aktywności.

reklama

Lucyna Krysiak
Marta Jakubiak

Chcemy współpracować i współdecydować

Nadzwyczajny XI Krajowy Zjazd Lekarzy podnosił temperaturę, ciśnienie i adrenalinę. W kuluarowych rozmowach wielu delegatów przyznało, że już dawno zjazd nie budził takich emocji.

fot. Ryszard Golański

W atmosferze napięcia, często padających cierpkich słów i ostrych wypowiedzi ad vocem toczyły się obrady Nadzwyczajnego XI Krajowego Zjazdu Lekarzy, który odbywał się 24 i 25 lutego w Warszawie. Jak bumerang wracał temat aktualnej sytuacji w ochronie zdrowia i miejsca lekarzy w nowych realiach stworzonych przez rząd. Są to: pakiet ustaw zdrowotnych, które m.in. zmieniają system kształcenia przed- i podyplomowego lekarzy, a także ustawa refundacyjna, która w ostatnim czasie wywołała burzę protestów w środowisku. W kuluarach mówiono, że dzięki dynamice obrad i szczerości wypowiedzi ten zjazd przejdzie do historii samorządu lekarskiego. Również ze względu na charakter wystąpień zaproszonych gości, w których mniej było kurtuazji, a więcej konkretów dotyczących sytuacji lekarzy i problemów, z którymi przyszło się im mierzyć.

Goszczący na zjeździe Jerzy Buzek, były premier RP i szef Parlamentu Europejskiego, przypomniał, że to za jego rządów dokonano pierwszej w wolnej Polsce odważnej reformy lecznictwa, ale później ją zaprzepaszczono, czego skutki są odczuwalne do dziś. Wprowadzone wówczas kasy chorych dały podwaliny nowego systemu, a składka na ubezpieczenie zdrowotne zapewniła stały dopływ pieniędzy. Najbardziej zaszkodziło tej reformie powołanie Narodowego Funduszu Zdrowia, który do dziś dzieli i rządzi, rośnie w siłę jako monopolista, nęka nakazami, zakazami, a często podpowiada rządzącym, jak i gdzie szukać

oszczędności w wydawaniu pieniędzy na leczenie i leki refundowane kosztem pacjentów i lekarzy.

Działania NFZ wywołują coraz większą niechęć ze strony zarówno pacjentów, jak i lekarzy, których spycha się do pozycji świadczeniodawców zmuszonych podporządkować się biurokratycznej przemocy tej instytucji. O tej niechęci świadczy fakt, że prezesa NFZ nie zaproszono na zjazd. Nawiązując do tej sytuacji, Otman Kloiber, sekretarz generalny Światowego Stowarzyszenia Lekarzy, podkreślił, że całej światowej medycynie zagraża obecnie próba komercjalizacji i zarządzania z pozycji politycznej. Na pierwszy rzut oka wydaje się, że nurty te są ze sobą sprzeczne, jednak w rzeczywistości uzupełniają się. W wielu krajach organizowane są na dużą skalę ataki na samorządność lekarzy przez zakłady ubezpieczeń społecznych, instytucje organizujące i finansujące opiekę zdrowotną, agendy rządowe. Próby te mają na celu pozbawienie lekarzy możliwości samoregulowania, niezależności klinicznej i zawodowej autonomii. Jak zastrzegł Otman Kloiber, nie chodzi jednak tylko o to, że medycyna jest degradowana z pozycji zawodu do poziomu usługi technicznej, ale o pozbawienie lekarzy narzędzi ochrony pacjentów i możliwości działania na rzecz zdrowia publicznego.

O tym, jak groźne są wpływy czy naciski instytucjonalne na lekarzy mówiła także Monika Strus-Wołos, członek Naczelnej Rady Adwokackiej. – Lekarze nie są pupilkami władzy i coraz częściej będą doświadczać przerzucania na nich niewydolności systemu czy nieudolności urzędników – powiedziała. Dodała, że to, co działo się w styczniu było taką próbą obarczenia lekarzy skutkami wieloletnich zaniedbań. Powoływano się wówczas na przysięgę Hipokratesa, który wprawdzie nakazywał leczyć pacjentów, ale nie płacić za nich, jeśli nie są ubezpieczeni. – Samorząd adwokacki solidaryzuje się z samorządem lekarskim jak żaden inny, ponieważ również doświadczył skutków przerzucania niewydolności systemu. Opodatkowanie bezpłatnych porad prawnych można porównać do zapisu w ustawie refundacyjnej, nakazującej karanie lekarzy za pomoc medyczną nieubezpieczonym.

Nie zaprosiliśmy dziś prezesa Paszkiewicza, bo nie warto. Naczelna Rada uznała, że z tym człowiekiem nie da się pracować w ochronie zdrowia. (Maciej Hamankiewicz)

fot. Ryszard Golański x 2

Goście z zagranicy (od prawej): Otmar Kloiber, sekretarz generalny Światowego Stowarzyszenia Lekarzy; Milan Kubek, prezes czeskiej izby lekarskiej; Milan Dragula, prezes słowackiej izby lekarskiej; Miklas Burgo, wiceprezes słowackiej izby lekarskiej.

Minister otwarty na dialog

W przeciwieństwie do szefa NFZ, minister zdrowia Bartosz Arłukowicz, do którego delegaci mieli wiele pytań, był oczekiwanym gościem na zjeździe. Nie spotkał się jednak z entuzjastycznym przyjęciem – na sali słychać było buczenia i gwizdy. Niezrażony przekonywał delegatów, że cały czas jest otwarty na dialog z lekarzami. – Te ostatnie tygodnie, kiedy wielokrotnie toczyliśmy trudne rozmowy, wymienialiśmy się bardzo często odmiennymi poglądami, pokazały, że dialog, kompromis i szukanie dobrych rozwiązań skutkuje poprawą systemu – stwierdził. I zapowiedział kolejne reformy w ochronie zdrowia. Riposta na te deklaracje Macieja Hamankiewicza, prezesa Naczelnej Rady Lekarskiej, była jednoznaczna. Prezes zastrzegł, że ostatnio nie było szans na rozmowy, ponieważ kiedy w jednym gabinecie resortu trwało spotkanie z lekarzami, minister nawet do nich nie wyszedł z pomieszczenia obok.

Wystąpieniu Arłukowicza przez cały czas towarzyszyło odium protestu pieczątkowego i niedotrzymanych obietnic. Lekarze zawiesili protest tylko dlatego, że wierzyli jeszcze w dalszy dialog i zmianę ustawy refundacyjnej. Wszystko jednak wskazuje na to, że nowelizacji tej ustawy nie będzie, skończy się na kilku poprawkach wynegocjowanych pod naporem protestu. Lekarze domagają się kolejnych zmian w ustawie refundacyjnej, tak aby leki mogły być refundowane ze względu na aktualną wiedzę medyczną, a nie wskazania rejestracyjne. Sukcesem środowiska lekarskiego, otwierającym drogę do dalszych zmian legislacyjnych, jest usunięcie przepisów o karaniu lekarzy za złe wypisanie recepty w styczniowej nowelizacji ustawy refundacyjnej. Ale to nie rozwiązuje wszystkich problemów. Ustawa jest zła i jeśli nie zostanie zmieniona, niewykluczony jest powrót do protestu, być może jeszcze w lipcu tego roku.

W swoim wystąpieniu prezes Hamankiewicz podkreślił, że ostatnie

dwa lata były dla samorządu lekarskiego wyjątkowo trudne nie tylko ze względu na ustawę refundacyjną, ale cały pakiet ustaw zdrowotnych wprowadzonych jeszcze przez byłą minister zdrowia Ewę Kopacz. – Paradoksalnie ten pakiet skonsolidował środowisko, po raz pierwszy zebrali się na posiedzeniu Naczelnej Rady Lekarskiej wszyscy reprezentanci, ustalając wspólny protest przeciwko poszczególnym zapisom tego pakietu – zaznaczył. Dodał, że z ulgą lekarze przyjęli zmianę na stanowisku ministra zdrowia, licząc, że zrobi porządek i zreformuje dyskryminujący ich system kontroli NFZ, który będzie klarowny, przejrzysty. – Jesteśmy zgodni, że nadużycia powinny być karane, a absurdy likwidowane, ale po ostatnich posunięciach pana ministra widać, że bliżej mu do prezesa NFZ Paszkiewicza. Jeśli lekarz emeryt chorujący od lat na cukrzycę za przepisanie insuliny ma zapłacić karę w wysokości 258 tys. zł, to jest to śmierć cywilna człowieka – mówił prezes NRL.

O tym, jak absurdalne są przepisy NFZ dotyczące systemu kar świadczy fakt, że kary nałożone przez NFZ zostały umorzone po interwencji zespołu arbitrażowego NIL. Niepokojące jest także, że zespół powołany przez NRL ds. współpracy z resortem zdrowia, który miał współtworzyć przepisy prawa, aby na etapie ich powstawania uniknąć powtórki z ustawy refundacyjnej, został zamieniony na zespół ds. monitorowania ukazujących się aktów prawnych. Praktyką stało się też, że do uzgodnionych, zaopiniowanych projektów rozporządzeń, na chwilę przed ich podpisaniem dopisuje się nowe paragrafy. Przykładowo, do rozporządzenia o komisjach konkursowych na stanowiska kierownicze dopisano punkt, który zezwala dyrektorowi zakładu powołać do składu komisji od trzech do sześciu swoich przedstawicieli. – Oznacza to upolitycznienie stanowisk kierowniczych, co jest sprzeczne z zasadą uczciwości działania – ocenił Hamankiewicz.

Samorząd lekarski stworzył Indeks Niedorzeczności w Ochronie Zdrowia, który jest zbiorem absurdów prawnych i legislacyjnych paraliżujących prawidłowe działanie systemu lecznictwa.

Kształcenie przed i po dyplomie

Jednym z wiodących tematów zjazdu było kształcenie przed- i podyplomowe lekarzy. Zanim jednak omówiono europejskie ramy tego kształcenia i przedstawiono nowy program studiów lekarskich i lekarsko-dentystycznych, zastanawiano się, jakie cechy w kontekście zachodzących zmian systemowych powinien posiadać nowoczesny lekarz. Opracowany przez prof. Marka Szczepańskiego, socjologa z Uniwersytetu Śląskiego w Katowicach, szkic wskazuje, że najważniejszą cnotą lekarza jest profesjonalna wiedza zawodowa, rozbudowana aspiracja i potrzeba bycia dobrym w tym, co robi, a to wymaga edukacji przez całe życie.

Zadano wiele trudnych pytań i zgłoszono ważne wnioski.

Jak portret socjologiczny lekarza przedstawiony przez prof. Szczepańskiego odnosi się do obecnej reformy wyższego szkolnictwa medycznego i kształcenia podyplomowego? Zdaniem ekspertów uczestniczących w zjeździe, wprowadza ona przede wszystkim zmiany jakościowe z nastawieniem na kompetencje,

a nie na sam proces związany z kształceniem. Prof. Wojciech Maksymowicz, dziekan Wydziału Nauk Medycznych na Uniwersytecie Warmińsko-Mazurskim w Olsztynie, omawiając nowy program studiów powiedział, że już na pierwszym roku funkcjonuje laboratorium umiejętności klinicznych, towarzyszące studentowi medycyny przez cały tok studiów, a w nowej wersji, która przeszła już drogę legislacyjną, powinna być jeszcze wzmocniona. Po III roku studenci będą egzaminowani z przedmiotów przedklinicznych, a program IV i V roku zakłada komasację przedmiotów rozłożonych dotychczas do roku VI, który w nowej formule będzie poświęcony praktyce. Po likwidacji stażu podyplomowego będzie to najważniejsza zmiana, tym trudniejsza do przeprowadzenia, że zajęcia nie będą się odbywały w szpitalach czy przychodniach, jak na stażu podyplomowym, ale w murach uczelni. Wprowadzenie systemu ma kosztować 640 mln zł, a roczny koszt kształcenia studentów medycyny wyniesie 80 mln zł. Zdaniem prof. Maksymowicza, jeśli projekt ten miałby wejść w życie, uczelnie medyczne muszą zwiększyć liczbę etatów, przeprowadzić prace adaptacyjne dla celów zajęć praktycznych. – Wysoka jakość kształcenia w polskich uczelniach jest niepodważalna i nie poprawiamy systemu dlatego, że jest źle, ale by było jeszcze lepiej – zastrzegł prof. Maksymowicz. Tyle że rozwój kosztuje, a wszystko wskazuje na to, że na tej reformie szuka się oszczędności. Jeśli więc uczelnie w nowej formule będą działać za mniejsze pieniądze, może dojść do regresu.

W kształceniu podyplomowym wróciła sprawa likwidacji Lekarskiego Egzaminu Państwowego i Lekarsko-Dentystycznego Egzaminu Państwowego, które w tym roku będą zdawane po raz ostatni. Omówiono też nowy model szkolenia specjalizacyjnego i doskonalenia zawodowego z zakresu węższych dziedzin medycyny. Większości delegatom nie przypadł on do gustu, o czym świadczą podjęte na zjeździe uchwały i stanowiska.

Zawsze byłem dumny z poziomu wykształcenia i przygotowania polskich lekarzy. To między innymi oni zmienili wizerunek polskiego emigranta. (Jerzy Buzek)

Na początku lutego weszła w życie nowelizacja ustawy refundacyjnej. Zniosła ona kary dla lekarzy, którzy niewłaściwie wypisują recepty oraz wprowadziła abolicję dla aptekarzy realizujących recepty z błędami przed dniem wejścia w życie nowelizacji. Nie spełniła jednak wszystkich postulatów środowiska. W związku z tym Nadzwyczajny XI Krajowy Zjazd Lekarzy zarekomendował lekarzom i lekarzom dentystom, by nie zawierali umów na wystawianie recept refundowanych w przypadku, gdy nie zostanie uzgodniony z samorządem lekarskim satysfakcjonujący wzór umowy upoważniającej do wystawiania recept refundowanych. Jeśli zostanie utrzymana pozasądowa procedura karania świadczeniodawców za uchybienia formalne popełniane przez lekarzy przy wystawianiu recept refundowanych, od 1 lipca lekarze mają zamieszczać na receptach adnotację „Refundacja leku do decyzji NFZ".

Zjazd wyraził sprzeciw wobec wprowadzonego w ustawie o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych mechanizmu oparcia refundacji leków o wskazania rejestracyjne, a nie aktualną wiedzę medyczną, podkreślając, że administracyjne ograniczanie ordynacji leków do zarejestrowanych wskazań jest szkodliwe dla pacjentów.

Delegaci podjęli uchwałę o skierowaniu do Trybunału Konstytucyjnego wniosku o stwierdzenie, że przepisy § 29-31 załącznika do rozporządzenia ministra zdrowia z dnia 6 maja 2008 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz.U. Nr 81, poz. 484), które przewidują możliwość umieszczania w umowach podpisywanych przez NFZ ze świadczeniodawcami kar umownych w przypadku stwierdzenia niewykonania lub nienależytego wykonania umowy z przyczyn leżących po stronie świadczeniodawcy oraz w razie wystawienia recept osobom nieuprawnionym lub w przypadkach nieuzasadnionych – są niezgodne z art. 92 ust. 1 Konstytucji RP. Wynika to z faktu, że treść tych przepisów przekracza ustawowe upoważnienie, na podstawie którego rozporządzenie wraz z załącznikiem zostało wydane. Zjazd wystosował też apel do Naczelnej Rady Lekarskiej, by rozważyła – do 13 kwietnia 2012 r. – możliwość wystąpienia do Trybunału Konstytucyjnego z wnioskiem o zbadanie zgodności z konstytucją art. 2 i 3 ustawy z dnia 13 stycznia 2012 r. o zmianie ustawy o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych i niektórych innych ustaw.

Za wcześnie oceniać, czy zjazd spełnił oczekiwania środowiska lekarskiego. Zakończył się uchwałami i podjętymi stanowiskami, których projekty zgłosili delegaci. Jednak na to, aby przekonać się, jaki będzie ich odzew, trzeba poczekać.

Zjazd był okazją do wręczenia odznaczeń „Meritus pro Medicis" wybitnym działaczom samorządowym oraz Nagród dla Lekarzy Sportowców. Odznaczenia „Meritus pro Medicis" otrzymali: **Teresa Bachanek** (OIL Lublin), **Józef Janusz Dobrecki** (OIL Gdańsk), **Zyta Kaźmierczak-Zagórska** (OIL Bielsko Biała), śp. **Anna Mackiewicz** (OIL Zielona Góra), **Mariusz Malicki** (OIL Częstochowa), **Jerzy Nosarzewski** (OIL Warszawa), **Wojciech Ratajczak** (OIL Gdańsk), **Anna Tarkowska** (OIL Warszawa), **Barbara Wiejowska** (OIL Kraków), **Marek Zasadny** (OIL Kraków).
Nagrody dla Lekarzy Sportowców otrzymali:
Katarzyna Jędrycka z Łodzi, **Jan Paradowski** z Krakowa, **Beata Warzecha** z Gdańska, **Agnieszka Bolesta- Zarzeczny** z Warszawy i **Julian Pełka** z Torunia.

fot. Ryszard Golański

reklama

Romuald Krajewski

Poprawa jakości kształcenia

Na początku stycznia odbyło się pierwsze posiedzenie nowego Zarządu Europejskiej Unii Lekarzy Specjalistów (UEMS), na którym staraliśmy się ustalić zasady funkcjonowania oraz określić najważniejsze zadania w rozpoczętej kadencji. Jest ich coraz więcej i na pewno nie wszystkim damy radę się zająć. Dużo czasu i wysiłku zajmie nam aktualizowanie europejskich programów specjalizacji. Są one opracowywane przez sekcje UEMS i towarzystwa naukowe i mają bardzo duże znaczenie praktyczne – w większości krajów programy kształcenia specjalizacyjnego są przynajmniej w dużej części oparte na programach europejskich. Niektóre specjalności bardzo aktywnie unowocześniają programy w swojej dziedzinie, wprowadzają też nowe elementy kształcenia i monitorowania rozwoju specjalizujących się, jak ocena umiejętności praktycznych poprzez obserwację wykonywania najważniejszych w danej specjalności procedur czy ocena profesjonalizmu. Pojawiły się też inicjatywy włączenia do tworzenia programu specjalizacji stowarzyszeń pacjentów w celu wskazania tych aspektów kształcenia i umiejętności, na których pacjentom najbardziej zależy.

Trwają prace UEMS nad elektroniczną platformą zawierającą zasady kształcenia specjalizacyjnego i materiały edukacyjne oraz dokumentującą przebieg szkolenia, wyniki okresowych ocen i testów. W najaktywniejszych specjalnościach (np. kardiologia, anestezjologia) są one już bardzo zaawansowane. Cały czas dyskutujemy, czy to jest przyszłość kształcenia wszystkich specjalistów w Europie, czy raczej tylko oferta dla najlepszych, najbardziej aktywnych. Na razie przeważa ta druga opinia, co wcale nie kłóci się z możliwością wykorzystywania programu i egzaminów europejskich przez systemy krajowe. Sytuacja zapewne będzie ulegać zmianie, gdyż wejście w życie dyrektywy o opiece transgranicznej wymusi ocenę jakości świadczeń, której częścią – obok warunków i wyposażenia – jest przygotowanie zawodowe lekarzy i innego personelu. Harmonizacja kształcenia mogłaby też poprawić warunki mobilności zawodowej młodych lekarzy, która jak dotąd jest niewielka.

Poprawa jakości kształcenia i innych aspektów rozwoju zawodowego lekarzy specjalistów na zasadzie dobrowolnych, oddolnych inicjatyw opracowywanych przez lekarzy z całej Europy jest w UEMS uważana za jedno z podstawowych zadań m.in. dlatego, że rozwiązania administracyjne są często niezgodne z oczekiwaniami środowiska (skąd my to znamy). Zamiast więc czekać, co wymyślą politycy, trzeba mieć własne, dopracowane i uzgodnione propozycje. I to staramy się w UEMS robić.

Naruszono zasadę vacatio legis

O kulisach wprowadzenia ustawy refundacyjnej, wykazu leków refundowanych i rozporządzenia w sprawie recept lekarskich z prof. Ireną Lipowicz, Rzecznikiem Praw Obywatelskich, rozmawiają Ryszard Golański i Lucyna Krysiak

fot. Archiwum

Ustawa refundacyjna od początku budziła złe emocje. NRL zwracała uwagę na jej represyjny charakter, mówiono o niezgodności z konstytucją niektórych zapisów, a nawet o szkodliwości społecznej. Jak z punktu widzenia sprawowanego urzędu Rzecznika Praw Obywatelskich ocenia pani sytuację?

Nie chodzi tylko o ustawę refundacyjną, ale o akty wykonawcze do tej ustawy. Opracowując i wprowadzając je, nie dochowano obowiązujących standardów demokratycznego państwa prawnego. Oczywiście sama ustawa refundacyjna może budzić kontrowersje i protesty, ale to już jest często problem polityczny, ja się tym bezpośrednio nie zajmuję. Mnie natomiast interesuje fakt, że w przypadku aktów wykonawczych do tej ustawy mamy do czynienia z naruszeniem zasady vacatio legis, czyli niedochowaniem właściwego terminu od wydania aktu normatywnego do jego wejścia w życie. Naruszono tu zasady poszanowania zaufania obywateli do organów państwa, które muszą być bezwzględnie przestrzegane. Obywatel nie może być zaskakiwany stanowionymi normami, a tu mieliśmy do czynienia z sytuacją, w której wejście w życie aktu prawnego stanowiącego prawa i obowiązki dla obywateli, w tym lekarzy, nastąpiło z dnia na dzień. Sposób ogłoszenia rozporządzenia do ustawy refundacyjnej budzi więc moje duże zastrzeżenia.

Jaka była pani reakcja?

Biuro Rzecznika Praw Obywatelskich wystosowało w tej sprawie pisma do ministra zdrowia, w których podkreśliłam, że podane przez resort przyczyny opóźnień są niewystarczające. Nic nie usprawiedliwia łamania standardów prawnych, nawet zamęt wywołany protestami wokół wprowadzenia ustawy refundacyjnej. W sytuacji, kiedy trwały protesty, można było negocjacje doprowadzić do pewnego stanu, zamknąć na tym etapie i ogłosić niezbędne rozporządzenia do ustawy w normalnym trybie, a później kontynuować rozmowy.

Czym Ministerstwo Zdrowia tłumaczy złamanie zasady vacatio legis?

Koniecznością przeprowadzenia konsultacji społecznych oraz protestem samorządu lekarskiego, aptekarskiego, organizacji związkowych, pacjentów. W moim przekonaniu tłumaczenia resortu zdrowia nie stanowią rzeczywistych powodów naruszenia przepisów ustawy o ogłaszaniu aktów normatywnych

i niektórych innych aktów prawnych. Prace legislacyjne nad wykazem leków refundowanych i rozporządzeniami w sprawie recept lekarskich oraz w sprawie informacji gromadzonych przez apteki i przekazywanych NFZ, powinny być podjęte znacznie wcześniej. Nie doszłoby wówczas do patowej sytuacji i tłumaczeń, że prace nie mogły zostać zakończone w terminie pozwalającym na opublikowanie rozporządzeń do ustawy refundacyjnej co najmniej dwa tygodnie przed wejściem jej w życie. Naruszenie tego ustawowego obowiązku wydaje się ewidentne.

Jak toczył się pisemny dialog prowadzony przez pani urząd z Ministerstwem Zdrowia?

W odpowiedzi na moje pismo ministerstwo przytaczało różne argumenty, m.in. wskazywało na wymóg powołania komisji ekonomicznej, która prowadzi negocjacje z producentami i dystrybutorami produktów leczniczych w zakresie urzędowych cen zbytu leków i objęcia ich refundacją. Zwróćmy jednak uwagę, że ustawę uchwalono w maju. Zarządzenie w tej sprawie weszło w życie 1 października 2011 r., pierwsze posiedzenie komisji, na którą powoływał się minister odbyło się 19 października ubiegłego roku, a więc nie spieszono się, mimo że do wynegocjowania było około 3,5 tys. leków. Ponieważ argumenty dotyczące opóźnień nie wytrzymywały konfrontacji z tymi faktami, wystosowałam kolejne pismo w sprawie rozporządzeń do ustawy refundacyjnej. Resort dalej dowodził, że trzymał się terminów, gdyż rzeczone rozporządzenia wydał 30 grudnia 2011 r. Po sprawdzeniu okazało się, że rzeczywiście data się zgadza, ale godzina ich wydania wskazuje, że nastąpiło to pięć minut przed północą, na dodatek tylko w elektronicznej wersji. Lekarze i aptekarze mieli więc tylko jeden dzień na zapoznanie się z ich treścią, i to pod warunkiem, że mieli dostęp do internetu.

Warto jeszcze zwrócić uwagę na fakt, że obwieszczenie zostało zamieszczone 30 grudnia na stronach internetowych Ministerstwa Zdrowia, w zakładce „aktualności". Lekarze tam zazwyczaj nie zaglądają, wykazy ściągają sobie z fachowych czasopism „Praktyka Lekarska" czy „Medycyna Praktyczna", a tam ich nie było. Na dodatek w ministerialnej zakładce „legislacja" jest zastrzeżenie, że informacje pojawiające się na tych stronach nie stanowią źródła prawa. Wskazują tylko, że aby do nich dotrzeć w prawidłowej formie, trzeba wejść na stronę internetową Kancelarii Premiera, ale pod wskazanym adresem nie ma informacji o dostępie do Dziennika Urzędowego Ministra Zdrowia. Dlatego uważam, że lekarze i farmaceuci nie mieli dostatecznej szansy na uzyskanie niezbędnych informacji na ten temat.

Te szczegóły są ujawniane po raz pierwszy...

Ujawniam je, ponieważ tego wywiadu udzielam czasopismu dla fachowców. Mówienie o nich w mediach popularnych mijałoby się z celem. Dla lekarzy i farmaceutów stanowią one opis przyczyn ich nocnej i uciążliwej wędrówki internetowej w poszukiwaniu źródeł. Chcę, aby wiedzieli, że 30 i 31 grudnia minionego roku zespół pracowników Biura RPO pilnie śledził sytuację. Efektem tego było właśnie pismo do Ministerstwa Zdrowia, a potem ponowne zwrócenie się do ministra z prośbą o udzielenie wyjaśnień i poinformowanie, jakie środki podjął resort zdrowia, aby zapobiec naruszeniom prawa w przyszłości.

Należałoby powołać zespół monitorujący zmiany prawne, który tworzyłyby wszystkie zawodowe środowiska samorządowe.

Czy to znaczy, że to resort zdrowia ponosi winę za wpadki związane z trybem wprowadzenia ustawy refundacyjnej?

Nikogo nie oskarżam, chcę tylko zasygnalizować, że mamy do czynienia z zasłanianiem przez ministrów osób odpowiedzialnych. Ciągle słyszymy: to się zdarzyło wcześniej, za poprzedniego ministra, bądź jeszcze poprzedniego, ale nigdy obecnego. Przykładem tego rodzaju praktyk jest choćby wprowadzenie w 2004 r. elektronicznej karty pacjenta na Śląsku, której do tej pory, mimo ustawowego nakazu, nie wprowadzono nigdzie indziej, a rozwiązałoby to wiele problemów, m.in. nadużyć związanych z wypisywaniem

recept na leki refundowane, jak i odpowiedzialności za wiarygodność danych o ubezpieczonym. Ktoś naraził więc skarb państwa na straty i nie poniósł konsekwencji. Z drugiej strony słabo działa też samorządowy system samoregulacji i samooczyszczania środowiska lekarskiego. Odpowiedzialność lekarska jest wyjątkiem, co daje ustawodawcom argument, by stosować wobec lekarzy restrykcyjną politykę ustawodawczą.

Jak często dochodzi do naruszenia zasady vacatio legis?

Naruszenie vacatio legis, niestaranna legislacja czy niewykonywanie przez lata upoważnień ustawowych, to jedna z uporczywych plag naszego państwa. Sprawa ustawowego wprowadzenia elektronicznej karty pacjenta trwa już 12 lat, to jest chyba rekord. Również w przypadku ustawy refundacyjnej i rozporządzeń można było uniknąć błędów. Chcę wiedzieć, dlaczego ustawę wprowadzono z czteromiesięcznym opóźnieniem, narażając obywateli na niedogodności, a pacjentów i lekarzy na konflikt, poczucie zagrożenia i niepewności. Tym bardziej że najwięcej skarg na wadliwą legislację wpływa do mnie od lekarzy. Uważam, że należałoby powołać zespół monitorujący zmiany prawne, który tworzyłyby wszystkie zawodowe środowiska samorządowe. Samorząd prawniczy byłby tu bardzo pomocny. Gdyby w sprawie ustawy refundacyjnej był alarm już w czerwcu czy lipcu, sytuacja społeczna byłaby dziś inna. To nikogo nie rozgrzesza z odpowiedzialności za to, co się stało, ale jest lekcją na przyszłość. Jeśli parlament musi coś nowelizować po paru dniach, to znaczy, że przy uchwalaniu tej ustawy został gdzieś popełniony błąd w sztuce. Trzeba więc się przyjrzeć, w którym miejscu zawiódł proces legislacyjny i ustalić osoby odpowiedzialne. Muszę jednak zaznaczyć, że zapisy ustawy dotyczące polityki zdrowotnej państwa mogą być zmienione przez parlament, Rzecznik Praw Obywatelskich nie ma takich uprawnień. Ja mogę podjąć tylko interwencję, jeśli oczywiście udowodnię, że zostały naruszone prawa obywatelskie.

Jeśli parlament musi coś nowelizować po paru dniach, to znaczy, że przy uchwalaniu tej ustawy został gdzieś popełniony błąd w sztuce.

Jest propozycja, by doraźnie wprowadzić system elektronicznej weryfikacji pacjentów online.

Do weryfikacji uprawnień pacjenta tak naprawdę wystarczy dowód osobisty i numer PESEL. Dobrze byłoby, aby był do tego specjalny czytnik, ale bez czytnika też jest to możliwe. Zawsze będą osoby nieujęte w systemie, w wątpliwych sytuacjach jest jednak RMUA, a także oświadczenie pacjenta. Po co mnożyć byty? Mamy już świetnie działający system w jednym województwie (śląskim), tylko trzeba go wreszcie uruchomić w całym kraju.

Lucyna Krysiak

Izby lekarskie mają swoją tożsamość

Historia samorządu lekarskiego w Polsce sięga lat 20. minionego stulecia. Po wojnie izby lekarskie zostały zlikwidowane, a ich reaktywacja nastąpiła dopiero w latach 1989-1990, kiedy runął dawny system polityczny i formował się nowy.

Umożliwiła to ustawa o izbach lekarskich z 17 maja 1989 r., która zapoczątkowała współczesny proces umacniania się wspólnoty zawodowej lekarzy w demokratycznej Polsce. W efekcie tych zmian najpierw powstało 11 okręgowych izb lekarskich, później było ich 14, a ostatecznie ich liczba wzrosła do 23, powstała też Wojskowa Izba Lekarska w Warszawie, która posiada status prawny izby okręgowej, ale działa na terenie całego kraju. Wszystkie izby zrzeszają w swoich regionach blisko 170 tys. lekarzy i lekarzy dentystów.

Na początku izby zoorganizowano w oparciu o ówczesny obszar oddziaływania uczelni medycznych. Choć kryterium to było logiczne, okazało się sztuczne. Wielu lekarzy nie godziło się wejść w skład tak dużej struktury. Obawiali się przypisania ich do regionu, z którym historycznie i kulturowo nie czuli się związani. Chcieli autonomii i w krótkim czasie, obok dużych okręgowych izb lekarskich, powstały mniejsze izby – w Gorzowie Wielkopolskim, Koszalinie, Płocku, Tarnowie, Zielonej Górze oraz Bielsku-Białej. Najmłodszą jest izba częstochowska, która powstała 10 lat temu.

Proces tworzenia i kształtowania się izb zarówno z punktu widzenia historycznego, jak i uwarunkowań kulturowych czy socjalnych, jest bardzo interesujący.

reklama

Warto więc przyjrzeć się każdej izbie z bliska. W każdym kolejnym numerze „Gazety Lekarskiej" chcemy prezentować ich dokonania. Jednak nie w formie suchych sprawozdań czy rysu historycznego, ale od strony najbardziej nurtujących je problemów, wzlotów, upadków, klimatów związanych z regionem, warunków, w jakich żyją i pracują lekarze. Każda z izb jest specyficzna, ma własną tożsamość i odrębność oraz wizję rozwijania własnej działalności i umacniania statusu lekarskiej wspólnoty.

Każda z izb jest specyficzna, ma własną tożsamość i odrębność oraz wizję rozwijania własnej działalności i umacniania statusu lekarskiej wspólnoty.

Przywilej, nie obowiązek

Czym są izby dla lekarzy i lekarzy dentystów? Jaką rolę spełniają w ich życiu zawodowym? Czy zaspokajają ich oczekiwania? Te pytania zadawane są na każdym kroku – zarówno podczas oficjalnych narad, zjazdów, jak i towarzyskich spotkań, i nie ma na nie jednoznacznych odpowiedzi. Działalność izb jest często krytykowana, jednak negatywne opinie wyrażane przez lekarzy niejednokrotnie świadczą o tym, że zapewne niewiele oni wiedzą na temat znaczenia i aktywności izb. Zazwyczaj lekarzy denerwuje obowiązek przynależności do izby i płacenia składki. Zadają pytanie: a co ja z tego mam? Zacznijmy więc od początku.

Podstawę do tworzenia samorządów zawodowych daje Konstytucja RP. Zgodnie z jej zapisami, samorządy mogą tworzyć tzw. zawody zaufania publicznego i są one organizacjami, do których przynależność jest obligatoryjna. Znaczy to, że warunkiem wykonywania określonego zawodu jest zapisanie się do samorządu. To są konstytucyjne podstawy zrzeszania wspólnoty zawodowej. Celem utworzenia takiej wspólnoty jest reprezentowanie własnych interesów wobec państwa.

Szczegółowe zasady funkcjonowania izb lekarskich oraz zadania, jakie mają one do spełnienia wobec swoich członków, muszą być określone ustawowo. Kiedy w maju 1989 r. uchwalano ustawę o izbach lekarskich, była ona wydarzeniem zarówno dla społeczności lekarskiej, jak i Sejmu, posłów zasiadających w jego ławach oraz dla całego społeczeństwa. To był spektakularny sukces grupy zawodowej lekarzy.

Prof. Henryk Rafalski, wielki zwolennik reaktywacji samorządu lekarskiego i autor pracy „Izby lekarskie w Polsce", powiedział wówczas, że ustawa ta wychodzi naprzeciw potrzebom lekarzy i wyzwaniu społecznemu. Stanowi wzbogaconą twórczo kontynuację trzech swoich poprzedniczek, tj. ustaw z 1921, 1934 i 1938 r. Jednocześnie wyraźnie precyzuje zadania samorządu, zakres jego działania i warunki wcielenia w życie postanowień ustawowych (źródło: „Kronika Izb Lekarskich w Polsce 1945-2005" w opracowaniu Zygmunta Wiśniewskiego). Inni lekarze komentujący to wydarzenie zgodnie podkreślali, że żadna z wcześniejszych przedwojennych ustaw nie dawała im tak szerokich prerogatyw, wyzwolonych z pęt administracji ministerialnej.

Zachwyt nie trwał jednak zbyt długo. Wraz ze zmieniającą się rzeczywistością okazało się, że ustawa za nią nie nadąża. Na przestrzeni 20 lat dokonano aż ośmiu nowelizacji tej ustawy. Zawsze były to jednak zmiany cząstkowe.

fot. Bartosz Nowak

13 stycznia 2012 r. – posiedzenie Naczelnej Rady Lekarskiej w Łodzi, na którym zostają ustalone nowe rekomendacje dotyczące wypisywania recept.

Nowelizacja przestała wystarczać

Tymczasem problemy poszczególnych izb, choć różnorodne, dotyczą całego środowiska, wymagają więc takich rozwiązań prawnych, które potraktowałyby je kompleksowo. Każda kolejna nowelizacja tego nie zapewniała, a sytuacja w ochronie zdrowia stawała się coraz bardziej skomplikowana. Zmieniały się i rynek usług medycznych, i oczekiwania wobec lekarzy, co wymuszało na nich konieczność ciągłego kształcenia podyplomowego. Nastąpiły też zmiany w prawie. Wejście do Unii Europejskiej wymagało dostosowania polskiego prawa do przepisów unijnych. Ustawa z 1989 r. miała charakter ogólny, a przepisy szczegółowe regulujące pracę organów odpowiedzialności zawodowej znajdowały się w przestarzałym rozporządzeniu ówczesnego Ministerstwa Zdrowia i Opieki Społecznej, które dawno już nie istnieje. Opieranie się na rozporządzeniach nieistniejącego już resortu stało się niedorzeczne. W 2009 r. uchwalona została więc nowa ustawa o izbach lekarskich, która weszła w życie 1 stycznia 2010 r.

– Poprawek było tyle, że kolejna nowelizacja mijała się z celem – tłumaczy Jolanta Orłowska-Heitzman, naczelny rzecznik odpowiedzialności zawodowej NRL, współtworząca projekt nowej ustawy o izbach lekarskich.

Nowa ustawa od swojej poprzedniczki różniła się głównie tym, że wszystkie zapisy dotyczące izb lekarskich zawarto w tym jednym akcie prawnym, bez konieczności wydawania rozporządzeń wykonawczych. Znacząca większość zapisów, które się w niej znalazły, to propozycje samorządu lekarskiego. – Wprawdzie nasz projekt samorządowy różnił się od projektu resortowego, jednak to on stał się podstawą dla dalszych prac legislacyjnych w Sejmie i to było satysfakcjonujące – wspomina Jolanta Orłowska-Heitzman.

Ustawa doprecyzowała zadania samorządu lekarzy, przez co stała się aktem prawnym bardziej kompleksowo regulującym jego działalność. Komentując ten fakt, ówczesny wiceminister zdrowia, Marek Twardowski, podkreślił, że wprawdzie tradycja izb lekarskich liczy sobie 90 lat, jednak obecnie funkcjonują one w zupełnie nowym wymiarze jakości. Zaznaczył, że izby przedwojenne miały ustawowo wpisane tylko pięć zadań, a teraz jest ich 20. Oznacza to wzrost rangi, ale i odpowiedzialności, jaką na swoich barkach niosą izby lekarskie.

O wizerunek i poziom kształcenia

Podczas zorganizowanej z okazji 90. rocznicy ustanowienia izb lekarskich uroczystości, która odbyła się 1 października 2011 r. w Warszawie, wielokrotnie podkreślano, że izby lekarskie to nie tylko przedstawicielstwo broniące interesów służb medycznych, ale zabiegające o dobro pacjenta i najwyższy poziom usług. Mają temu sprzyjać wprowadzone za sprawą nowej ustawy zmiany w zasadach funkcjonowania samorządu, m.in. dotyczące systemu odpowiedzialności zawodowej lekarzy. Wpłyną na lepsze sprawowanie funkcji nadzorczych samorządu, umożliwią jego szerszy udział w doskonaleniu zawodowym lekarzy

reklama

oraz spowodują poprawę przestrzegania praw pacjentów.

Rzeczywiście, nowa ustawa uściśla zakres działania rzeczników odpowiedzialności zawodowej lekarzy, definiuje pojęcie przewinienia zawodowego, wskazuje dokładnie czynności organów odpowiedzialności zawodowej oraz czas trwania wykonywanych przez nie działań, charakteryzuje strony postępowania w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej, zmienia także uprawnienia Naczelnego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej, m.in. przenosząc rozpatrywanie spraw w II instancji do okręgowego sądu lekarskiego. W nowej ustawie rozszerzono również katalog kar orzekanych przez sąd lekarski. Rozprawa przed sądem lekarskim jest jawna, czyli mogą w niej uczestniczyć nie tylko członkowie samorządu lekarskiego. Stronom postępowania ustawa daje możliwość wniesienia kasacji od orzeczenia Naczelnego Sądu Lekarskiego do Sądu Najwyższego. Warto podkreślić, że uprawnienie takie przysługuje również ministrowi zdrowia oraz prezesowi Naczelnej Rady Lekarskiej. Niestety nie wszystkie zapisy nowej ustawy sprawdzają się w praktyce, nieuniknione są więc dalsze zmiany.

Najwyższym organem jest zjazd

Nie chodzi o to, aby szczegółowo analizować po kolei wszystkie zapisy nowej ustawy o izbach lekarskich, ale pokazać, jak na przestrzeni ostatnich 20 lat wraz ze zmieniającą się rzeczywistością stawały się one bliższe życiu: jak pod ich wpływem zmieniał się obraz izb, zakres i podstawy prawne ich działalności; jak rósł ich status w środowisku lekarskim i społeczeństwie; jak uniezależniały się one od czynników politycznych i administracyjnych.

Najwięcej lekarzy i lekarzy dentystów wykonujących zawód zarejestrowanych jest w Okręgowej Izbie Lekarskiej w Warszawie – ponad 28 tysięcy, najmniej w Okręgowej Izbie Lekarskiej w Gorzowie Wielkopolskim – ponad tysiąc. Naczelna Izba Lekarska oraz izby okręgowe posiadają osobowość prawną i są niezależnymi jednostkami samorządu lekarskiego, które podlegają jedynie przepisom prawa. Naczelna Izba Lekarska reprezentuje samorząd lekarzy i lekarzy dentystów na szczeblu państwowym, natomiast izby okręgowe na szczeblu władz regionalnych. Nowa ustawa jasno określiła, że najwyższym organem Naczelnej Izby Lekarskiej jest Krajowy Zjazd Lekarzy, a okręgowych izb lekarskich – okręgowe zjazdy lekarzy. Wcześniej zjazd był najwyższą władzą, ale nie organem. Art. 14 ustawy wskazuje też, co należy zrobić, kiedy wygaśnie mandat rzecznika odpowiedzialności zawodowej.

– Rzecznik odpowiedzialności zawodowej jest organem jednoosobowym. Stara ustawa uniemożliwiała przejęcie jego roli przez któregoś z zastępców. Życie zaczęło podpowiadać nam kierunki zmian w ustawie o izbach lekarskich, a nowa forma tego zapisu pozwala ominąć zwoływanie zjazdu w sytuacji, kiedy np. któryś z rzeczników utraci mandat, przykładowo wskutek nagłej śmierci, co się kiedyś rzeczywiście zdarzyło – tłumaczy Jolanta Orłowska-Heitzman.

W okresie między krajowymi zjazdami lekarzy działalnością Naczelnej Izby Lekarskiej kieruje Naczelna Rada Lekarska, natomiast okręgowych izb lekarskich – okręgowe rady lekarskie. We wspólnym samorządzie lekarze i lekarze dentyści mają równe prawa. Lekarze dentyści posiadają swoją reprezentację na wszystkich szczeblach organizacyjnych izb okręgowych, a ich liczba w organach samorządowych izb okręgowych jest proporcjonalna do liczby lekarzy, również w Naczelnej Radzie Lekarskiej. Wyraźnie widać, że są izby duże i małe. Czy od ich liczebności zależy, jak im się wiedzie? Czy liczniejsze izby są bogatsze i w związku z tym mają większą siłę przebicia, czy też może lepiej jest tym mniejszym, bo trudniej im się zgubić w tłumie? Spróbujemy odpowiedzieć na te pytania w naszych kolejnych prezentacjach. Ustawa nie jest doskonała i samorządowcy znów widzą potrzebę jej nowelizacji, jednak jej zapisy są dostosowane do obowiązującego obecnie w Polsce prawa, a np. przy uznawaniu kwalifikacji zawodowych są także odniesienia do prawa unijnego. Ale izba to także miejsce, gdzie lekarze się integrują, mają wspólne zainteresowania sportowe, kulturalne. To miejsce, gdzie można liczyć na pomoc w trudnych sytuacjach.

„umarli są niewidzialni, ale nie nieobecni...”

Z głębokim smutkiem i żalem
żegnamy naszą Koleżankę
Śp.

dr Danutę Szkoła-Zawadzką

wieloletniego działacza samorządu lekarskiego,
Przewodniczącą Okręgowego Sądu Lekarskiego
Świętokrzyskiej Izby Lekarskiej VI kadencji,
wspaniałego i serdecznego Człowieka
Rodzinie i Bliskim Zmarłej
wyrazy głębokiego współczucia składa
Przewodniczący i Zespół
Naczelnego Sądu Lekarskiego

„Ludzie, których kochamy, zostają na zawsze, bo zostawili ślady w naszych sercach”

Panu

dr. Adamowi Buschowi

Wiceprzewodniczącemu Naczelnego Sądu Lekarskiego

szczere wyrazy głębokiego współczucia i żalu oraz słowa otuchy w trudnych chwilach
po śmierci

MAMY

składają
Przewodniczący i Zespół
Naczelnego Sądu Lekarskiego

Punkt widzenia

Kobiety do polityki!

Jolanta Małmyga
wiceprezes ORL
w Gorzowie Wlkp.

„W wolnym kraju każdy może wyrażać własne zdanie i nikt nie musi tego słuchać".

Norman Collie

Możliwość wyrażenia swoich opinii to przywilej demokracji. Prawo do wypowiedzi mamy wszyscy i nie chodzi o mówienie o sprawach błahych, których nikt nie ma potrzeby słuchać, ale o sprawy decydujące o w miarę normalnym funkcjonowaniu społeczeństwa naszego kraju. Chyba nie tylko dla mnie ważną sprawą jest i będzie pakiet ustaw zdrowotnych. Prawo do wypowiedzi mieli ustawodawcy, nie dając możliwości wypowiedzenia się tym, którzy muszą wypełniać zalecenia wydumanych i niedorzecznych przepisów. Ale czy zgłaszanych zastrzeżeń na pewno nikt nie musi słuchać? Na tym przecież polegają konsultacje społeczne. Niestety tak nie jest w przypadku tych, którzy własne pomysły wcielają w życie z racji piastowanych funkcji i wprowadzają jako obowiązujące przepisy.

Byłoby dobrze, gdybyśmy niektórych pomysłów rządzących nie tylko nie musieli słuchać, ale również się im podporządkowywać. Tylko że to nie byłaby już demokracja, lecz bezprawie. W dzisiejszym świecie brutalnej i agresywnej polityki, twórcy lepszych ponoć przepisów prawa ułatwiającego życie tym, którzy ich wybrali, w ogóle nie liczą się ze zdaniem wyborców. Zachowują się tak, jakby to, co wymyślą, ich nie dotyczyło i nie obowiązywało.

„...do ludzi nigdy nie trafia, co im się mówi, muszą odkrywać to sami..."

Paulo Coelho

Zawsze najbardziej kontrowersyjne są rewolucyjne poprawki dotyczące ochrony zdrowia. Na całym świecie nikt nie wymyślił dobrego wzorca, ale nasi ustawodawcy to potrafią, i to jeszcze przy niewielkich pieniądzach, jakie budżet państwa przeznacza na ten cel. Zamiast na leczenie, lepiej przeznaczyć pieniądze na rozbudowę systemu kontroli i karania za rzekome błędy w papierologii, to nowa specjalność polskiej medycyny. Ideałem zapewne byłoby zastosowanie jednego leku na wszystkie choroby dla każdego pacjenta, najlepiej pełnopłatnego. A od lat mimo zapowiedzi nie uporządkowano bałaganu z centralnym wykazem ubezpieczonych, który w prosty sposób umożliwiłby weryfikację i uprościł pracę lekarzom. W twórczym zapale absurdalnych zapisów ustawodawcy są z siebie bardzo zadowoleni, wierzą w swoją wielkość i mądrość, a tak naprawdę zabiegają tylko o siebie z myślą o wygraniu następnych wyborów. Zapominają jednak, że nie zawsze to się udaje i wkrótce sami mogą stać się wyborcami z problemami zdrowotnymi, bez możliwości korzystania z przywilejów. Zastanawiam się, czy wówczas też nie będą chcieli, aby nie tylko wysłuchano ich racji, ale także wzięto je pod uwagę, żeby uprościć trudy życia, szczególnie tym najbardziej potrzebującym?

Myślę, że w polityce mamy za mało kobiet i wcale nie dlatego, że marzec kojarzy się z naszym świętem. Gdyby więcej kobiet zajmowało się rządzeniem i polityką, wiele problemów udałoby się rozwiązać spokojniej i bez przywódczych zapędów. Kobiety są bardziej pragmatyczne i trzeźwo myślące, oczywiście poza niektórymi wyjątkami, gdy próbują być bardziej męskie niż panowie. Uważam, że warto wysłuchać tego, co mają do powiedzenia i zaufać kobiecej intuicji.

Chirurgia szczękowo-twarzowa w Polsce i Europie

Marek Szewczyński
radca prawny
kierownik Ośrodka Uznawania Kwalifikacji przy NIL

Zakres specjalizacji chirurgicznych w stomatologii i zasady ich uzyskiwania przez lekarzy dentystów są w poszczególnych państwach europejskich uregulowane w sposób bardzo zróżnicowany.

W niektórych państwach lekarze dentyści mogą uzyskiwać specjalizacje w dwóch formalnie odrębnych dziedzinach chirurgicznych: chirurgii stomatologicznej oraz chirurgii szczękowo-twarzowej (np. na Litwie). W innych państwach, i jest to sytuacja częściej spotykana, chirurgia szczękowo-twarzowa jest specjalizacją wyłącznie lekarską, zaś specjalizacją lekarsko-dentystyczną jest chirurgia stomatologiczna. W takiej sytuacji bardzo często w celu uzyskania tytułu specjalisty w dziedzinie chirurgii szczękowo-twarzowej lekarz musi dodatkowo posiadać także dyplom lekarza dentysty (np. w Niemczech specjalistą w dziedzinie chirurgii szczękowo-twarzowej może zostać tylko osoba, która ukończyła zarówno studia na kierunku lekarskim, jak i lekarsko-dentystycznym). Posiadanie przez lekarza specjalizującego się w chirurgii szczękowo-twarzowej dyplomu lekarza dentysty zaleca także Sekcja Chirurgii Szczękowo-Twarzowej Europejskiej Unii Lekarzy Specjalistów.

W Polsce specjalizacja w dziedzinie chirurgii szczękowo-twarzowej jest specjalnością zarówno lekarską, jak i lekarsko-dentystyczną. Tytuł specjalisty w tej dziedzinie może więc uzyskać:

- osoba posiadająca prawo wykonywania zawodu lekarza – obecnie w Centralnym Rejestrze Lekarzy (CRL) zarejestrowanych jest 36 lekarzy specjalistów (29 wykonuje zawód);

reklama

• osoba, która ukończyła studia na kierunku lekarsko-dentystycznym – w CRL jest 246 takich lekarzy (220 wykonuje zawód);
• a także osoba posiadająca prawa wykonywania obydwu zawodów (z ukończonymi studiami na obu kierunkach: lekarskim i lekarsko-dentystycznym) – takich specjalistów mamy 80 (70 wykonuje zawód).

W poszczególnych sytuacjach występują różnice w programie i czasie trwania szkolenia specjalizacyjnego. Lekarze i lekarze dentyści bez specjalizacji odbywają szkolenie według programu podstawowego, który trwa 72 miesiące, natomiast lekarze posiadający jednocześnie dyplom lekarza i dyplom lekarza dentysty odbywają szkolenie według programu podstawowego trwającego 60 miesięcy.

Odmienne rozwiązania w zakresie chirurgii szczękowo-twarzowej w Europie są uwarunkowane różnymi czynnikami dotyczącymi organizacji systemu ochrony zdrowia, kształcenia oraz zasad wykonywania zawodów medycznych (np. mogą wiązać się z faktem, że w niektórych krajach jeszcze do niedawna zawód lekarza dentysty nie był odrębną profesją, a rodzajem specjalizacji lekarskiej). Oczywiście nie ma w tym niczego niezwykłego, jako że poszczególne państwa we własnym zakresie określają rodzaje i zakres specjalizacji medycznych, które mogą uzyskiwać lekarze i lekarze dentyści. Nie stoją temu na przeszkodzie także przepisy Unii Europejskiej, które jedynie określają w odniesieniu do niektórych dziedzin medycyny minimalną długość szkolenia specjalizacyjnego, ale pozostawiają państwom członkowskim swobodę w zakresie szczegółowego określania kompetencji specjalistów.

Niestety taka sytuacja może powodować szereg niejasności i komplikacji w zakresie ustalenia równorzędności kwalifikacji chirurgów szczękowo-twarzowych z różnych państw i możliwości oraz warunków wzajemnego uznawania tych kwalifikacji. Także zakresy kompetencji i uprawnień zawodowych chirurgów szczękowo-twarzowych mogą się w poszczególnych państwach różnić.

Poszczególne państwa we własnym zakresie określają rodzaje i zakres specjalizacji medycznych, które mogą uzyskiwać lekarze i lekarze dentyści.

Sytuacja jest na tyle skomplikowana i niejasna, że na poziomie europejskim co jakiś czas pojawiają się wątpliwości, które krajowe i międzynarodowe organizacje lekarsko-dentystyczne starają się wyjaśniać, choć nie zawsze z w pełni satysfakcjonującym efektem.

W listopadzie 2010 r. Greckie Stowarzyszenie Stomatologiczne za pośrednictwem Rady Europejskich Lekarzy Dentystów prosiło organizacje z innych państw o informacje na temat zasad, na jakich uznaje się w nich specjalizację greckich lekarzy dentystów w dziedzinie chirurgii szczękowo-twarzowej. Zebrane odpowiedzi nie do końca dały przejrzysty obraz sytuacji, ale wyraźnie potwierdzały rozbieżności istniejące w Europie – w części państw specjaliści z Grecji mogliby zostać zarejestrowani jako lekarze dentyści, a w części mogliby się ubiegać o rejestrację tylko jako lekarze.

Zgodnie z przepisami Unii Europejskiej regulującymi zasady uznawania kwalifikacji zawodowych, automatycznemu uznaniu w państwach członkowskich UE podlegają aktualnie jedynie dwie specjalizacje lekarsko-dentystyczne – chirurgia stomatologiczna i ortodoncja. Warto tu dodać, iż przedstawiony przez Komisję Europejską w grudniu 2011 r. projekt nowelizacji dyrektywy zgodnie z postulatami stomatologów przewiduje, że specjalizacje lekarsko-dentystyczne, które są wspólne dla przynajmniej 1/3 państw członkowskich, będą mogły zostać objęte automatycznym uznaniem w trybie tzw. aktów delegowanych przyjmowanych przez Komisję Europejską, czyli w sposób prostszy niż dotychczas. Byłoby to znacznym uproszczeniem aktualnych procedur uznawania kwalifikacji zawodowych lekarzy dentystów specjalistów i podkreśleniem ich dodatkowych kwalifikacji zawodowych.

Tymczasem dyrektywa 2005/36/WE przewiduje, że automatycznemu uznawaniu – ale jako specjalizacja lekarska – podlegają specjalności w dziedzinie chirurgii szczękowo-twarzowej oraz w dziedzinie chirurgii zębowej, jamy ustnej i szczękowo-twarzowej. W rozumieniu przepisów dyrektywy 2005/36/WE chirurgia szczękowo-twarzowa jest specjalnością o minimalnym okresie szkolenia wynoszącym 5 lat, którą uzyskują osoby po ukończeniu studiów lekarskich,

natomiast chirurgia zębowa, jamy ustnej i szczękowo-twarzowa jest specjalnością o minimalnym okresie szkolenia wynoszącym 4 lata, uzyskiwaną przez osoby po studiach lekarskich oraz lekarsko-dentystycznych. Polska specjalizacja w dziedzinie chirurgii szczękowo-twarzowej została uwzględniona w dyrektywie jako specjalność o minimalnym okresie szkolenia wynoszącym 5 lat, którą uzyskują osoby po studiach lekarskich. W świetle postanowień dyrektywy 2005/36/WE można w szczególności stwierdzić, że:

1. uzyskiwana w Polsce specjalizacja w dziedzinie chirurgii szczękowo-twarzowej podlega automatycznemu uznaniu w 13 innych państwach UE (tj. w Bułgarii, Czechach, Hiszpanii, Francji, we Włoszech, na Łotwie, Litwie, w Luksemburgu, na Węgrzech, w Austrii, Portugalii, Słowenii oraz na Słowacji) jako specjalizacja lekarska, czyli w sytuacji gdy specjalizację tę uzyskała osoba wykonująca zawód lekarza;
2. jeżeli specjalizację w dziedzinie chirurgii szczękowo-twarzowej uzyskała w Polsce osoba posiadająca zarówno prawo wykonywania zawodu lekarza, jak i lekarza dentysty, o automatyczne uznanie tej specjalizacji we wskazanych w pkt. 1 państwach może się ubiegać jako lekarz, a nie lekarz dentysta, a więc tytułem specjalisty w tej dziedzinie będzie się mogła posługiwać w danym państwie w ramach wykonywania zawodu lekarza;
3. specjalizacja w dziedzinie chirurgii szczękowo-twarzowej uzyskiwana w Polsce przez lekarzy dentystów nie podlega uznaniu w innych państwach członkowskich w sposób automatyczny;
4. jednakże może podlegać uznaniu w innych państwach członkowskich na zasadach systemu ogólnego (czyli systemu zbliżonego do nostryfikacji polegającej na porównaniu programu odbytego kształcenia) w tych państwach, w których również istnieje odpowiednia specjalizacja lekarsko-dentystyczna;
5. przepisy unijne z zakresu uznawania kwalifikacji nie mają wpływu na krajowe uprawnienia lekarzy specjalistów i lekarzy dentystów specjalistów w danej dziedzinie. Lekarze i lekarze dentyści specjaliści, którzy uzyskali tytuły w Polsce, mają w Polsce takie uprawnienia, jakie wynikają z przepisów polskich, bez względu na to, czy dana specjalizacja podlega uznaniu w innych państwach.

Automatycznemu uznaniu w państwach członkowskich UE podlegają aktualnie jedynie dwie specjalizacje lekarsko-dentystyczne – chirurgia stomatologiczna i ortodoncja.

reklama

Ubezpieczenia OC – najnowsze przepisy

dr Małgorzata Serwach
Uniwersytet Medyczny
w Łodzi i Uniwersytet Łódzki

Przedmiotem ubezpieczenia OC jest odpowiedzialność cywilna lekarza za szkody wyrządzone pacjentowi lub osobom bliskim w przypadku jego śmierci, w związku z udzielaniem świadczeń opieki zdrowotnej. A celem jest ochrona integralności stanu majątkowego w postaci pasywów, czyli potencjalnych długów.

Chodzi o obowiązek naprawienia szkody, która zostanie wyrządzona w przyszłości, a więc dług nieistniejący jeszcze w chwili zawarcia umowy ubezpieczenia OC. Z góry nie można jednak ustalić, czy zobowiązanie do naprawienia szkody w ogóle powstanie, a jeśli tak – nie sposób wskazać kiedy i w jakiej wysokości. Prawidłowość ta jest jednym z elementów wpływających na istotę, ale też trudność wyboru odpowiedniego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej.

Charakterystyczne dla ubezpieczeń OC jest także to, że ubezpieczyciel odpowiada tylko wtedy i tylko w takim zakresie, w jakim odpowiedzialność za szkodę ponosi ubezpieczony lekarz. Innymi słowy, w przypadku gdy nie ma podstaw do przyjęcia odpowiedzialności lekarza (np. z powodu braku błędu w sztuce), wyłączona jest również odpowiedzialność jego ubezpieczyciela, chociażby osoba trzecia faktycznie poniosła szkodę. Ubezpieczenie OC nie obejmuje mienia lekarza czy wyposażenia jego gabinetu. Aby objąć je zakresem ochrony, konieczne jest zawarcie odrębnej umowy ubezpieczenia mienia od kradzieży, ognia, pożaru, powodzi lub innych zdarzeń losowych.

Trzy różne polisy

Ubezpieczenia OC lekarzy powstają na podstawie umowy pomiędzy ubezpieczającym i wybranym przez niego ubezpieczycielem. Mogą one mieć charakter ubezpieczeń obowiązkowych lub dobrowolnych. Do końca 2011 r. funkcjonowały równolegle obok siebie trzy ubezpieczenia OC o charakterze obowiązkowym. Regulowane były w kilku aktach wykonawczych:

- rozporządzeniu ministra finansów z 23 grudnia 2004 r. w sprawie obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej podmiotu przyjmującego zamówienie na świadczenia zdrowotne (ubezpieczenie to obowiązywało od 1 stycznia 2005 r.);
- rozporządzeniu ministra finansów z 28 grudnia 2007 r. w sprawie obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej świadczeniodawcy udzielającego świadczeń opieki zdrowotnej (weszło w życie 9 stycznia 2008 r. i odnosiło się do wszystkich lekarzy, którzy zawierali kontrakty z oddziałami wojewódzkimi NFZ);
- rozporządzeniu ministra finansów z 26 kwietnia 2010 r. w sprawie obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej lekarzy i lekarzy dentystów wykonujących zawód na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej (obowiązywało od 12 czerwca 2010 r. i odnosiło się do wszystkich lekarzy, nawet tych, którzy posiadali jedynie prywatne gabinety, czyli przeprowadzali świadczenia zdrowotne komercyjnie).

Przyjęte rozwiązanie powodowało, że lekarz w niektórych przypadkach posiadał jedno ubezpieczenie, w innych dwa, a niekiedy nawet trzy ubezpieczenia obowiązkowe – w zależności od tego, czy udzielał świadczeń zdrowotnych komercyjnie czy także w ramach „publicznej służby zdrowia".

Dwa rodzaje ubezpieczeń

W 2011 r. uchwalone zostały nowe przepisy, które w sposób zasadniczy wpływają na kształt obowiązkowych ubezpieczeń OC kierowanych do lekarzy. Regulacje wprowadzone do ustawy o działalności leczniczej oraz wydane na jej podstawie rozporządzenie wykonawcze ministra finansów z 22 grudnia 2011 r. (Dz.U. 2011, nr 293, poz. 1729) uchylają dotychczasowe przepisy. Zgodnie z aktualnym stanem prawnym przewidziane są dwa rodzaje ubezpieczeń:

- **odpowiedzialności cywilnej** obejmujące szkody będące następstwem udzielania świadczeń zdrowotnych albo niezgodnego z prawem zaniechania udzielania świadczeń zdrowotnych;

Odpowiedzialność ubezpieczyciela nie ma charakteru bezwzględnego, ograniczona jest do określonych kwot, czyli sum gwarancyjnych.

• **z tytułu zdarzeń medycznych** określonych w przepisach ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta. Obowiązek posiadania tego ubezpieczenia, tzw. ubezpieczenia na rzecz pacjenta, dotyczy tylko szpitali w znaczeniu, jakie nadaje temu terminowi ustawa o działalności leczniczej.

Z punktu widzenia lekarzy, decydujące znaczenie mają przepisy rozporządzenia ministra finansów z 22 grudnia 2011 r. w sprawie obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej podmiotu wykonującego działalność leczniczą. Określają one szczegółowy zakres ochrony ubezpieczeniowej za szkody będące następstwem udzielania świadczeń zdrowotnych albo niezgodnego z prawem zaniechania udzielania świadczeń zdrowotnych. Ubezpieczeniem OC jest objęta odpowiedzialność cywilna podmiotu wykonującego działalność leczniczą na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej za szkody wyrządzone działaniem lub zaniechaniem ubezpieczonego, które miało miejsce w okresie trwania ochrony ubezpieczeniowej.

Odpowiedzialność ubezpieczyciela nie ma charakteru bezwzględnego, ograniczona jest do określonych kwot, czyli sum gwarancyjnych. Wynoszą one w stosunku do lekarzy oraz lekarzy dentystów 75 000 euro w odniesieniu do jednego zdarzenia oraz 350 000 euro w odniesieniu do wszystkich zdarzeń podmiotów wykonujących działalność leczniczą w formie jednoosobowej działalności gospodarczej jako indywidualna czy specjalistyczna oraz jako grupowa praktyka lekarska. Nie ma znaczenia, czy lekarz wykonuje działalność leczniczą w formie jednoosobowej działalności gospodarczej jako indywidualna praktyka lekarska, indywidualna praktyka lekarska wyłącznie w miejscu wezwania, wyłącznie w przedsiębiorstwie podmiotu leczniczego, czy też specjalistyczna praktyka lekarska o podobnym charakterze. Analogiczne kwoty zostały przewidziane dla lekarzy dentystów wykonujących działalność leczniczą w formie spółki cywilnej, spółki jawnej bądź spółki partnerskiej jako grupowa praktyka lekarska.

Jeżeli dany podmiot wykonuje więcej niż jeden rodzaj działalności leczniczej albo wykonuje tę działalność w więcej niż jednej formie, wysokość minimalnej sumy gwarancyjnej ubezpieczenia OC tego podmiotu stanowi równowartość najwyższej minimalnej sumy gwarancyjnej określonej dla wykonywanych rodzajów działalności leczniczej albo form wykonywanej działalności leczniczej. Kwoty podanych sum gwarancyjnych ustalane są przy zastosowaniu średniego kursu euro ogłoszonego przez NBP po raz pierwszy w roku, w którym umowa ubezpieczenia OC została zawarta.

Czego nie obejmuje ubezpieczenie OC

Ubezpieczenie OC nie obejmuje wszystkich szkód. Poza zakresem ochrony pozostają szkody:

• wyrządzone przez podmiot wykonujący działalność leczniczą po pozbawieniu lub w okresie zawieszenia prawa do prowadzenia działalności leczniczej;
• polegające na uszkodzeniu, zniszczeniu lub utracie rzeczy;
• polegające na zapłacie kar umownych;
• powstałe wskutek działań wojennych, stanu wojennego, rozruchów i zamieszek, a także aktów terroru.

Przepisy rozporządzenia w sposób szczególny regulują ponadto odpowiedzialność ubezpieczyciela za szkody będące wynikiem świadczeń z zakresu chirurgii plastycznej lub estetycznej. Ubezpieczenie OC obejmuje szkody będące następstwem zabiegów chirurgii plastycznej lub zabiegów kosmetycznych tylko wtedy, gdy są udzielane w przypadkach będących następstwem wady wrodzonej, urazu, choroby lub następstwem jej leczenia. A jak należy traktować obowiązujące umowy ubezpieczenia, zawarte jeszcze w ubiegłym roku na podstawie starych przepisów? Postanowienia rozporządzenia stosuje się do umów ubezpieczenia OC zawartych od dnia wejścia w życie rozporządzenia. Jeżeli umowa ubezpieczenia OC została zawarta na podstawie dotychczas obowiązujących przepisów, a okres, na który została zawarta, upływa po dniu wejścia w życie rozporządzenia, nową umowę ubezpieczenia OC zawiera się najpóźniej w ostatnim dniu okresu obowiązywania dotychczasowej umowy, nie później jednak niż w okresie 12 miesięcy od dnia wejścia w życie rozporządzenia. Przypomnijmy, że rozporządzenie weszło w życie z dniem 1 stycznia 2012 r.

Nauka

Będzie szczepionka przeciwko HIV?

Sławomir Zagórski

Eksperymentalna szczepionka chroni małpy przed zakażeniem małpim wirusem upośledzenia odporności. Czyżby wreszcie pojawiła się nadzieja na opracowanie podobnie skutecznego preparatu dla ludzi?

O wynikach prac poinformowało 4 stycznia br. „Nature". Eksperymenty przygotowywał zespół uczonych pod kierunkiem dr. Dana Baroucha z Harvard Medical School i MIT. Wzięli w nich udział także m.in. badacze z Duke Univeristy, Uniwersytetu Kalifornijskiego w Irvine, Narodowego Instytutu Alergii i Chorób Zakaźnych w Bethesdzie i amerykańskiego Wojskowego Programu Badań nad HIV w Silver Spring.

Naukowcy prowadzili prace na rezusach *(Macacca mulata)* pochodzących z Indii. Poddawali je różnym domięśniowym szczepieniom (w każdym eksperymencie uczestniczyło 40 małp – samców i samic), a następnie sześć miesięcy później zakażali je doodbytniczo zjadliwym szczepem małpiego wirusa upośledzenia odporności SIV (od Simmian Immunodeficency Virus; szczep MAC 251). Działanie ochronne szczepionek oceniano, biorąc pod uwagę, ile razy trzeba zakażać zwierzęta, by doszło do infekcji (wirusa podawano sześciokrotnie), a także sprawdzając wielokrotnie poziom wirusowego RNA we krwi zwierząt.

Wyniki prac napawają optymizmem. Badaczom udało się bowiem udowodnić, że niektóre ze szczepionek są w stanie zabezpieczyć małpy przed infekcją w porównaniu z placebo aż w 80-83 proc. Co niezwykle istotne, zwierzęta zakażono zupełnie innym (heterologicznym), surowym szczepem zjadliwego wirusa, niż te, których antygenów użyto do produkcji szczepionek. I coś takiego wykazano po raz pierwszy.

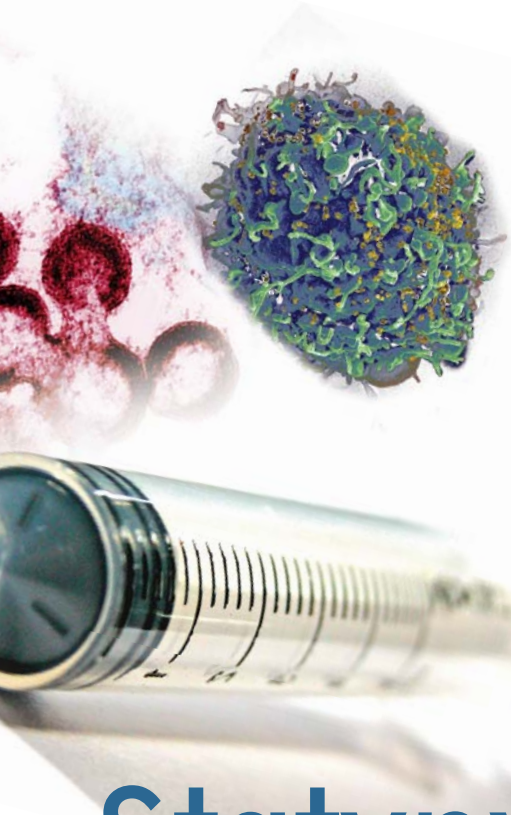
Naukowcy wykazali również, że krytycznym antygenem jest wirusowe białko Env (od Envelope – otoczka). Ochrona przed infekcją była ściśle skorelowana z produkcją specyficznych przeciwciał przeciw Env. – To ważna wskazówka dla przyszłych prac z ludzką szczepionką – podkreślają autorzy pracy, zastrzegając, że dokładny mechanizm przeciwwirusowego działania przeciwciał rozpoznających Env jest wciąż niejasny.

Badacze udowodnili ponadto, że te spośród małp, które pomimo szczepienia uległy zakażeniu, miały znacznie mniej kopii wirusa SIV we krwi, a zatem potencjalnie były mniej zakaźne. Naukowcy twierdzą, że wyniki ich badań stanowią mocny dowód na to, iż mechanizm obrony organizmu przed zakażeniem różni się istotnie od mechanizmu utrzymywania wirusa w ryzach, tj. spowalniania jego replikacji.

Uczeni mają już w planach przeprowadzenie na małą skalę podobnych badań na ludziach. Oczekiwanie na skuteczną szczepionkę przeciwko HIV jest od lat ogromne. Mimo że mamy dziś świetne leki na AIDS, opracowanie szczepionki pozostaje wciąż priorytetem.

W maju ubiegłego roku „New England Journal of Medicine" doniósł co prawda, iż leki antyretrowirusowe przyjmowane przez osoby zakażone HIV zmniejszają ryzyko heteroseksualnej transmisji wirusa aż o 96 proc. A zatem terapia antyretrowirusowa przynosi podwójną korzyść, tj. chroni przed rozwojem AIDS osobę zakażoną, a jednocześnie zabezpiecza seksualnego partnera lub partnerkę przed zakażeniem groźnym wirusem. Jednak to dopiero opracowanie szczepionki ostatecznie uwolni świat od AIDS – przekonują eksperci. Żeby chronić siebie samego przed chorobą, a do tego swojego partnera przed zakażeniem, trzeba bowiem przede wszystkim znać swój status. By leki działały, trzeba też zażywać je latami. Środki te mają ponadto różne działania niepożądane, no i wreszcie trzeba mieć na nie pieniądze. A zatem, choć trzymanie wirusa w szachu za pomocą leków jest fantastycznym osiągnięciem medycyny, to nie lekarstwa uwolnią nas ostatecznie od tej choroby – wyrokował niedawno tygodnik „Science".

Próby z opracowaniem szczepionki dla ludzi trwają od wielu, wielu lat, ale wciąż palą na panewce. Jedną z przyczyn niepowodzeń jest to, że wirus niezmiernie szybko mutuje. Dlatego niektórzy twierdzą, że szczepionki przeciwko HIV nie da się opracować nigdy, że to zadanie niewykonalne. Miejmy nadzieję, iż świeżo opublikowana praca na naszych kuzynach rezusach przybliży nas jednak do happy endu w tym względzie.



2011 – dobry rok dla przeszczepów

Według wstępnej statystyki Centrum Organizacyjno-Koordynacyjnego ds. Transplantacji „Poltransplant", w 2011 r. dokonano łącznie 1411 przeszczepień narządów od zmarłych dawców (przeszczepiono m.in. 1002 nerki, 282 wątroby i 80 serc pobranych od 553 dawców). To najlepszy wynik od kilku lat i wyraźny objaw wyjścia z zapaści z roku 2007, kiedy przeszczepiono zaledwie 943 narządy. W ten sposób polska transplantologia wraca do dobrych czasów, kiedy to liczba przeszczepów od zmarłych dawców sięgała prawie 1400 (w roku 2005 – 1383). Polska ma dziś ambitny wieloletni Program Rozwoju Medycyny Transplantacyjnej, którego celem jest wzrost tej liczby do co najmniej 2000, potrzeby są bowiem ogromne. Na krajowej liście oczekujących 31 grudnia 2011 r. na nerkę czekało 1469 osób, na wątrobę 129, na serce 274 osoby, na płuco 30.

Nasz kraj szkoli od pewnego czasu koordynatorów przeszczepów (docelowo mają pracować w 400 szpitalach). Pomimo ostatnich sukcesów, polska medycyna transplantacyjna ma nadal wyraźne bolączki – niechęć części środowiska lekarskiego do tej metody leczenia, wielkie nierówności regionalne w pobieraniu narządów od zmarłych dawców (dla przykładu w 2010 r. w województwie podkarpackim było 3,3 dawców/milion mieszkańców, a w zachodniopomorskim 27,6 dawców/milion mieszkańców). Polska nadal słabo sobie radzi z pobraniami wielonarządowymi. Ponadto mamy wciąż bardzo niski odsetek przeszczepów nerek od dawców żywych. (SZ)

reklama

Statyny
a ryzyko cukrzycy

Miliony kobiet po pięćdziesiątce zażywających statyny narażają się na zwiększone ryzyko rozwoju cukrzycy. Taki wniosek płynie ze świeżo opublikowanych danych na łamach „Archives of Internal Medicine" (pracę udostępniono online 9 stycznia br.). Zespół badaczy ze Szkoły Medycznej Uniwersytetu Massachusetts pod kierunkiem dr. Yushenga Ma przeanalizował dane z Women's Health Initiative, wielkiego amerykańskiego programu badawczego finansowanego przez Narodowe Instytuty Zdrowia, w ramach którego przez 15 lat śledzono losy 161 808 kobiet w wieku 50-79 lat. Uczeni z Massachusetts wyłączyli z badań 7968 pań, które w chwili rozpoczęcia obserwacji chorowały już na cukrzycę i skupili się na pozostałych 153 840. Okazało się, że po uwzględnieniu wszystkich możliwych poprawek ryzyko rozwoju cukrzycy u kobiet zażywających statyny było o 48 proc. wyższe w porównaniu do tych, które nie korzystały z leków obniżających poziom cholesterolu (w sumie na cukrzycę zachorowało ponad 10 tys. spośród obserwowanych kobiet).

Naukowcy zapowiadają dalsze badania. – Statyny zażywa dziś co czwarty Amerykanin (liczba ta zwiększyła się przez ostatnie 20 lat dziesięciokrotnie), dlatego musimy koniecznie ocenić korzyści i ryzyko zażywania tych leków przez mężczyzn, kobiety i przedstawicieli różnych grup etnicznych – przekonuje dr Ma.

Komentujący wyniki badania eksperci podkreślają jednak, że opublikowane w „Archives of Internal Medicine" wyniki badań nie zmieniają na razie niczego w praktyce klinicznej. Podobnego zdania są również sami autorzy pracy. (SZ)

Alarm dla

O nadużywaniu antybiotyków i narastającej oporności drobnoustrojów na nie z prof. Walerią Hryniewicz, konsultantem krajowym w dziedzinie mikrobiologii lekarskiej, przewodniczącą Narodowego Programu Ochrony Antybiotyków, rozmawia Lucyna Krysiak

Pani profesor, niepokojąco wzrasta oporność drobnoustrojów na antybiotyki. Co nas czeka?

Antybiotyki tracą skuteczność, przez co mamy ich do dyspozycji coraz mniej. W każdej chwili możemy więc znaleźć się w sytuacji, kiedy chorzy z zakażeniem bakteryjnym zostaną bez pomocy, mimo że aktywność antybiotyków nie zmieniła się. Jednak narastająca oporność drobnoustrojów na antybiotyki sprawia, że leki te stają się wobec nich nieaktywne. Najbardziej obawiamy się tego, że nie będzie czym leczyć chorób wywoływanych przez pneumokoki, które są odpowiedzialne za zakażenia układu oddechowego, sepsę, zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych. Skutkują one najwyższą śmiertelnością i największą liczbą powikłań. Jeśli chodzi o odsetek pneumokoków opornych na penicylinę i cefalosporyny III generacji, należymy do czołówki europejskiej. Wysoka jest także oporność tych drobnoustrojów na meropenem i makrolidy oraz kotrimoksazol. Lekarzom już teraz jest coraz trudniej „trafić" z właściwym lekiem bez wykonania antybiogramu, a będzie jeszcze gorzej. Zresztą jeśli nawet wykonamy antybiogram, to wybór możliwych terapii jest niewielki.

Czy to znaczy, że lekarze nadużywają antybiotyków, nieprawidłowo je ordynują?

Jedno i drugie. Najczęściej zapominają, jaka jest etiologia zakażenia. Zapalenie ucha, zatok, ostre zapalenie oskrzeli wywołują głównie wirusy. Powikłanie bakteryjne sięga kilku procent. Podstawą powinien być staranny wywiad oraz badanie przedmiotowe i podmiotowe. Jeśli stan pacjenta jest ciężki i istnieje podejrzenie zakażenia bakteryjnego, dopiero wtedy należy wprowadzić antybiotyk. Zetknęłam się z powszechnym miejscowym stosowaniem antybiotyków przez ginekologów, mimo że wskazania do tego rodzaju leczenia są rzadkie. To niedopuszczalne. W początkach antybiotykoterapii firmy farmaceutyczne wprowadzały coraz to nowsze grupy antybiotyków. Lekarze myśleli, że tak będzie zawsze. W związku z narastającą opornością, sięgali po cięższy kaliber leków. Doszło do tego, że obecnie wszystkie cele dla antybiotyków w komórkach drobnoustrojów, przynajmniej bakterii, zostały już wykorzystane przez naukowców. Poszukiwania nowych antybiotyków zwolniły. Grzechem w ciężkich zakażeniach jest zarówno pomijanie wykonania badania mikrobiologicznego i antybiogramu, jak i nietrafione dawkowanie. Najczęściej terapia trwa zbyt długo, a antybiotyk jest zlecany w zbyt małych dawkach. W Polsce nagminnie leczy się nosicielstwo. To nie skutkuje, a powoduje procentowy wzrost szczepów opornych wśród flory saprofitycznej, która może stać się także przyczyną zakażenia i przekazać geny oporności bardzo zjadliwym i patogennym szczepom. Za mało wysiłku

antybiotykooporności

lekarze wkładają w ustalenie klinicznej diagnozy, która silnie wskazuje na zakażenie. Niedopuszczalne jest, aby w ciężkich zakażeniach, takich jak bakteriemia, zapalenie opon, ciężkie zapalenie płuc, nie wykonano badania mikrobiologicznego. Leczymy na ślepo, a zważywszy na to, że drobnoustroje są wielolekooporne, szansa trafienia skutecznym antybiotykiem jeszcze bardziej maleje. Jeśli wybór jest niewielki, ale z konieczności po któryś trzeba sięgnąć, to spirala oporności się nakręca i jeszcze bardziej zawęża dobór leku. Są zakażenia, np. wywołane przez *Klebsiella pneumoniae* wytwarzające karbapenemazy czy pałeczki *Pseudomonas aeruginosa* i *Acinetobacter baumannii*, których nie ma czym leczyć. Konsultowałam wielu chorych, których trzeba było poddać eksperymentalnym terapiom.

Jaką drogą należy pójść, aby uniknąć takich zdarzeń?

Jeśli jeden antybiotyk nie działa, nie można sięgać po następny. Musi być wykonana analiza farmakologiczna, mikrobiologiczna, kliniczna. Muszą być uwzględnione dane farmakokinetyczne i farmakodynamiczne, tzn. sposób oddziaływania leku na drobnoustrój. Należy opierać się na wynikach badań klinicznych spełniających kryteria EBM. Jeśli lekarz widzi, że antybiogram pokazuje oporność badanego szczepu bakterii, albo że nie ma odpowiedzi na leczenie wszystkimi możliwymi lekami, powinien ponownie przeanalizować sytuację, przyjrzeć się właściwościom farmakokinetycznym i farmakodynamicznym antybiotyków, określić dokładnie ich najmniejsze stężenia hamujące wobec czynnika sprawczego zakażenia i zajrzeć do literatury światowej. Z pewnością inni już mieli taki problem.

Nowsze antybiotyki cechuje szerokie spektrum działania. Czy w kontekście rosnącej antybiotykooporności to dobrze czy źle?

Dążymy do podania antybiotyku skutecznego, o jak najwęższym spektrum działania. Kiedy jednak zaczynamy terapię empiryczną, to idziemy szeroko, natomiast jeśli mamy wynik badania mikrobiologicznego, w tym antybiogram, wiemy, w jakim miejscu toczy się zakażenie i jaki jest jego przebieg, to terapię zawężamy do antybiotyku, który działa tylko na konkretny drobnoustrój. Przechodzimy na leczenie np. typowo przeciwgronkowcowe czy przeciwpneumokokowe. Najczęściej popełniany błąd, zwłaszcza w ciężkich zakażeniach lub nawrotach, to podanie antybiotyku bez pobrania materiału do diagnostyki mikrobiologicznej, a także przepisanie, często zapobiegawczo, antybiotyku w ewidentnym zakażeniu wirusowym (katar, przeziębienie, grypa). Trudno zgadnąć, czemu ma on zapobiegać, jakie może nastąpić nadkażenie bakteryjne, a jeszcze trudniej – jaki antybiotyk będzie skuteczny. Podobnie jest w ostrych zakażeniach przewodu pokarmowego, z których większość to biegunki wywołane przez wirusy. Grzeszą też pacjenci, którzy nie kończą terapii antybiotykiem. O wyleczeniu decyduje nie tylko sukces kliniczny, ale mikrobiologiczny. Ważną rolę mogą spełnić tzw. szybkie testy diagnostyczne, które można wykonać w gabinecie lekarza w ciągu paru minut i skale, które wskazują, jakie jest prawdopodobieństwo zakażenia bakteryjnego i jaki jest stopień jego ciężkości.

Co dalej?

Na świecie podniósł się alarm. Komisja Europejska zobowiązała państwa członkowskie do wprowadzenia programów naprawczych. W Polsce jest to Narodowy Program Ochrony Antybiotyków, którym kieruję. Czas uświadomić lekarzom, pacjentom i decydentom, co nam grozi. Antybiotyki to wielkie dobro, jeśli jednak nie zmienimy postępowania, zostaniemy z niczym. Powinien zniknąć outsourcing usług mikrobiologicznych w szpitalach. Wynik badania musi być natychmiastowy (w zapaleniu opon w ciągu 30-40 minut), a jak się wiezie materiał 100 km i wlewa do podłoża transportowego, to taka szansa jest znikoma.

Nadzieją są szczepionki. Na szczęście Polska ma już szczepionkę przeciwko *Haemophilus influenzae* typu b (Hib). Wciąż czekamy na wprowadzenie do Narodowego Programu Szczepień Ochronnych koniugowanej szczepionki przeciwko pneumokokom. Na szczęście udało się zakupić niewielką jej partię dla małych dzieci z grup ryzyka. Mamy szczepionkę przeciwko meningokokom grupy C i czterowalentną przeciwko A, C i W135Y, powyżej pierwszego roku życia. Ciągle czekamy na szczepionkę przeciwko meningokokom grupy B. Jeśli będą one dostępne, zakażenia mieningokokowe w Polsce znikną. To byłby wieki postęp.

Potrzebujemy dobrej szpitalnej polityki antybiotykowej i bardzo dobrze funkcjonujących zespołów zakażeń szpitalnych.

Musi wzrosnąć ranga diagnostyki mikrobiologicznej, zwłaszcza szybkich metod diagnostyki molekularnej. Potrzebujemy dobrej szpitalnej polityki antybiotykowej i bardzo dobrze funkcjonujących zespołów zakażeń szpitalnych. Brakuje nam antybiotyków skutecznych w leczeniu zakażeń wywołanych przez wielooporne pałeczki jelitowe (Enterobacteriaceae), pałeczki Pseudomonas i Acinetobacter, ale tu w ciągu najbliższych 10 lat nikt nic nie wymyśli.

fot. Michał Sitkiewicz

Listy do redakcji

Konkurencja dla NFZ

Radomir Perdek
lekarz z Jeleniej Góry

Pierwszy raz piszę do jakiejkolwiek gazety, ale ostatnie wydarzenia związane z corocznym „reformowaniem" służby zdrowia przez MZ, NFZ i poprzednio istniejące kasy chorych zmusiły mnie do tego gorącego komentarza. Wywołuje to u mnie zaskoczenie, myślałem bowiem, że jestem „twardym gościem".

Wydaje się, że najprostszym sposobem na powściągnięcie NFZ będzie po prostu stworzenie ustawy umożliwiającej działanie prywatnych funduszy zdrowia. I do tego powinni dążyć i pacjenci, i lekarze. Groźba zwyczajnej rezygnacji z usług NFZ zawiśnie nad (stu)głową tej instytucji.

W sprawie „protestu pieczątkowego"

Lek. Marek Stankiewicz

Jestem lekarzem rodzinnym z województwa kujawsko-pomorskiego praktykującym od 26 lat. Chciałem wyrazić swoją dezaprobatę w stosunku do postępowania NRL oraz prezesa doktora Hamankiewicza w obliczu „protestu pieczątkowego", który jest oczywiście zasadny i broni podstawowych praw środowiska lekarskiego.

Swoim dziwnym postępowaniem NRL i doktor Hamankiewicz wprowadzają dezinformację i zamęt, co wykorzystują ministerstwo, NFZ i media. Po pierwsze, 16 grudnia 2011 r. NRL zawiesza słuszny protest, który jeszcze nawet się nie zaczął, następnie w trakcie jego trwania, 5 stycznia 2012 r., planuje rekomendację zawieszenia protestu w chwili, kiedy przyłącza się do niego coraz więcej lekarzy i osiągnięcie naszych wspólnych celów jest bardzo bliskie. To powoduje, że lekarze niezrzeszeni w OZZL i Porozumieniu Zielonogórskim nie wiedzą, co mają zrobić, a często są zastraszeni i osamotnieni. Moim zdaniem, jeśli nie osiągniemy naszych słusznych celów, będzie to spowodowane chwiejnym postępowaniem NRL oraz prezesa. Poza tym trudno będzie przekonać lekarzy do wszelkich ewentualnych protestów w przyszłości. W moim przekonaniu NRL nieudolnie reprezentuje środowisko polskich lekarzy i ich słuszne cele. Wiarygodnym reprezentantem jest natomiast OZZL oraz Porozumienie Zielonogórskie, dzięki stałej, niezłomnej i jednoznacznej postawie w obronie środowiska polskich lekarzy.

reklama

Sprostowanie

W numerze 11/2011 „Gazety Lekarskiej" na str. 24 podano błędną informację dotyczącą wykonania badań periodontologicznych u pacjentów po zawale serca. Badanie to wykonano w Świętokrzyskim Centrum Kardiologii w Kielcach, a nie – jak podano – w Śląskim Centrum Chorób Serca.

Z poważaniem
Lek. stom. Monika Włosowicz

BIULETYN

Nr 2 (140) Rok XXIII Naczelnej Rady Lekarskiej Warszawa, II - III 2012

Redaktor naczelny: Mariusz Janikowski

Posiedzenie NRL - 16 grudnia 2011 roku

UCHWAŁA Nr 28/11/VI NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ z dnia 16 grudnia 2011 r.

w sprawie powołania Zespołu ds. współpracy z Ministerstwem Zdrowia w zakresie opracowania niezbędnych zmian ustawy refundacyjnej i innych aktów prawnych oraz zawieszenia wykonania uchwały NR 25/11/VI Naczelnej Rady Lekarskiej z dnia 2 grudnia 2011 r.

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.

Powołuje się Zespół ds. współpracy z Ministerstwem Zdrowia w zakresie opracowania niezbędnych zmian ustawy refundacyjnej i innych aktów prawnych, zwany dalej „Zespołem" w składzie:
1) Igor Chęciński,
2) Zyta Kaźmierczak-Zagórska,
3) Krzysztof Kordel
4) Jacek Kozakiewicz,
5) Krzysztof Makuch,
6) Andrzej Matyja,
7) Jolanta Szczurko,
8) Zdzisław Szramik,
9) Jarosław Wanecki.

§ 2.

Zadaniem Zespołu jest wspólne z przedstawicielami Ministerstwa Zdrowia wypracowanie niezbędnych zmian legislacyjnych przepisów regulujących system ochrony zdrowia, w szczególności przepisów ustawy refundacyjnej, w sposób gwarantujący bezpieczeństwo zdrowotne pacjentów oraz godne warunki wykonywania zawodów lekarza i lekarza dentysty.

§ 3.

Zawiesza się wykonanie uchwały NR 25/11/VI Naczelnej Rady Lekarskiej z dnia 2 grudnia 2011 r. w sprawie postępowania lekarzy po wejściu w życie ustawy o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych do posiedzenia Nadzwyczajnego XI Krajowego Zjazdu Lekarzy.

§ 4.

Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

Sekretarz **Prezes**
Mariusz Janikowski **Maciej Hamankiewicz**

UCHWAŁA Nr 29/11/VI NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ z dnia 16 grudnia 2011 r.

w sprawie szczegółowych zasad podawania do publicznej wiadomości informacji o udzielaniu przez lekarzy i lekarzy dentystów świadczeń zdrowotnych

Na podstawie art. 39 ust. 1 pkt 1 ustawy z dnia 2 grudnia 2009 r. o izbach lekarskich (Dz. U. Nr 219, poz. 1708 i z 2011 r. Nr 112, poz. 654) w zw. z art. 14 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. Nr 112, poz. 654) uchwala się, co następuje:

§ 1.

Lekarz lub lekarz dentysta nie może reklamować udzielanych przez siebie świadczeń zdrowotnych.

§ 2.

Lekarz lub lekarz dentysta wykonujący praktykę zawodową może podawać do publicznej wiadomości informację o udzielaniu świadczeń zdrowotnych na zasadach określonych w uchwale.

§ 3.

1. Informacja, o której mowa w § 2, podawana przez lekarza lub lekarza dentystę prowadzącego praktykę zawodową powinna zawierać następujące dane:
   1) tytuł zawodowy;
   2) imię i nazwisko;
   3) miejsce, dni i godziny przyjęć.
2. Informacja, o której mowa w § 2, może ponadto zawierać następujące dane:
   1) rodzaj wykonywanej praktyki zawodowej;
   2) stopień naukowy;
   3) tytuł naukowy;
   4) specjalizacje;
   5) umiejętności z zakresu węższych dziedzin medycyny lub udzielania określonych świadczeń zdrowotnych;
   6) szczególne uprawnienia;
   7) numer telefonu;
   8) określenie cen i sposobu płatności w przypadku przekazywania tych informacji poprzez zamieszczenia ich na stronie internetowej praktyki zawodowej lub poprzez specjalne telefony informacyjne.
3. Dane, o których mowa w ust. 2 pkt 1-5, powinny być zamieszczone w brzmieniu zgodnym z dokumentem je stwierdzającym.

§ 4.

1. Lekarz lub lekarz dentysta prowadzący praktykę zawodową może informować o udzielaniu świadczeń zdrowotnych wyłącznie poprzez:
   1) nie więcej niż 2 stałe tablice ogłoszeniowe na zewnątrz budynku, w którym prowadzona jest praktyka i dodatkowo nie więcej niż 2 tablice ogłoszeniowe przy drogach dojazdowych do siedziby praktyki;
   2) ogłoszenia prasowe w rubrykach dotyczących usług medycznych;
   3) informacje zawarte w książkach telefonicznych i informatorach o usługach medycznych w dziale dotyczącym usług lekarskich;
   4) zamieszczenie informacji na stronach internetowych;
   5) specjalne telefony informacyjne.
2. Tablice, o których mowa w ust. 1 pkt 1, powinny zawierać w górnej części napis określający rodzaj praktyki zawodowej.
3. Tablice ogłoszeniowe, o których mowa w ust. 1 pkt 1, powinny mieć kształt prostokąta o wymiarach nie więcej niż 40 cm na 60 cm.
4. Okręgowa rada lekarska może określić szczegółowy wzór tablicy ogłoszeniowej obowiązujący na terenie jej działania.

§ 5.

1. Informacja, o której mowa w § 2, nie może nosić cech reklamy, a w szczególności zawierać:
   1) żadnej formy zachęty ani próby nakłonienia do korzystania ze świadczeń zdrowotnych;
   2) informacji o metodach, ich skuteczności i czasie leczenia oraz obietnic i potocznych określeń;
   3) określenia cen i sposobu płatności, z zastrzeżeniem § 3 ust. 2 pkt 8;
   4) informacji o jakości sprzętu medycznego.

§ 6

Traci moc Uchwała Nr 18/98/III Naczelnej Rady Lekarskiej z dnia 25 kwietnia 1998 r. w sprawie szczegółowych zasad podawania do publicznej wiadomości informacji o udzielaniu przez lekarzy świadczeń zdrowotnych w ramach indywidualnej praktyki lekarskiej.

§ 6.

Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

Sekretarz **Prezes**
Mariusz Janikowski **Maciej Hamankiewicz**

UCHWAŁA Nr 30/11/VI NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ z dnia 16 grudnia 2011 r.

w sprawie zmiany uchwały 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.

W uchwale Nr 2/11/VI Naczelnej Rady Lekarskiej z dnia 4 lutego 2011 r. w sprawie zwołania Nadzwyczajnego XI Krajowego Zjazdu Lekarzy w § 2 po pkt 4 dodaje się pkt 5-7 w brzmieniu:
„5) rozpatrzenie projektu uchwały w sprawie szczegółowego sposobu przeprowadzania wizytacji, w tym sposobu wyboru osób wykonujących czynności wizytacyjne.
6) rozpatrzenie projektu uchwały w sprawie zmiany uchwały nr 10 w sprawie regulaminu wewnętrznego urzędowania rzeczników odpowiedzialności zawodowej.
7) rozpatrzenie projektu uchwały w sprawie zmiany uchwały nr 11 X Krajowego Zjazdu Lekarzy z dnia 29 stycznia 2009 r. w sprawie regulaminu wewnętrznego urzędowania sądów lekarskich."

§ 2.

Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

Sekretarz **Prezes**
Mariusz Janikowski **Maciej Hamankiewicz**

UCHWAŁA Nr 31/11/VI NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ z dnia 16 grudnia 2011 r.

w sprawie porządku obrad 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.

Ustala się porządek obrad Nadzwyczajnego XI Krajowego Zjazdu Lekarzy, stanowiący załącznik do uchwały.

§ 2.

Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

Sekretarz **Prezes**
Mariusz Janikowski **Maciej Hamankiewicz**

Dokumenty NRL i Prezydium znajdują się na stronie internetowej NIL - www.nil.org.pl

Dokumenty NRL i Prezydium znajdują się na stronie internetowej NIL - www.nil.org.pl

Załącznik do uchwały Nr 31/11/VI
Naczelnej Rady Lekarskiej
z dnia 16 grudnia 2011 r.

Porządek obrad
Nadzwyczajnego XI Krajowego Zjazdu Lekarzy

1. Otwarcie Nadzwyczajnego XI Krajowego Zjazdu Lekarzy
2. Hołd pamięci zmarłych lekarzy
3. Wystąpienie oficjalnych gości
4. Wręczenie odznaczeń „Meritus pro Medicis"
5. Wybory przewodniczącego Nadzwyczajnego XI Krajowego Zjazdu Lekarzy
6. Wybory wiceprzewodniczących i sekretarzy Nadzwyczajnego XI Zjazdu Lekarzy
7. Wybory Komisji Mandatowej Nadzwyczajnego XI Krajowego Zjazdu Lekarzy
8. Wybory Komisji Regulaminowej Nadzwyczajnego XI Krajowego Zjazdu Lekarzy
9. Wybory Komisji Uchwał i Wniosków Nadzwyczajnego XI Krajowego Zjazdu Lekarzy
10. Omówienie problemów kształcenia przeddyplomowego i podyplomowego lekarzy i lekarzy dentystów
11. Komunikat Komisji Uchwał i Wniosków o trybie zgłaszania projektów uchwał dotyczących tematyki Zjazdu
12. Wybory uzupełniające do Naczelnej Komisji Rewizyjnej
13. Omówienie realizacji Uchwał podjętych na X Krajowym Zjeździe Lekarzy
14. 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
15. Rozpatrzenie projektu uchwały w sprawie szczegółowego sposobu przeprowadzania wizytacji, w tym sposobu wyboru osób wykonujących czynności wizytacyjne
16. Rozpatrzenie projektu uchwały w sprawie zmiany uchwały nr 10 w sprawie regulaminu wewnętrznego urzędowania rzeczników odpowiedzialności zawodowej
17. Rozpatrzenie projektu uchwały w sprawie zmiany uchwały nr 11 X Krajowego Zjazdu Lekarzy z dnia 29 stycznia 2009 r. w sprawie regulaminu wewnętrznego urzędowania sądów lekarskich
18. Zamknięcie obrad Nadzwyczajnego XI Zjazdu Lekarzy

UCHWAŁA Nr 32/11/VI
NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ
z dnia 16 grudnia 2011 r.

w sprawie zmiany umowy pożyczki ze Spółką z o. o. „Medbroker"

Na podstawie art. 114 ust. 1 i 3 i art. 39 ust. 1 z dnia 2 grudnia 2009 r. o izbach lekarskich (Dz. U. Nr 219, poz. 1708) uchwala się, co następuje:

§ 1.

1. Udzielić zgody na przedłużenie okresu spłaty pożyczki w kwocie 400 000 zł, udzielonej spółce z o. o. „Medbroker" umową z dnia 29 grudnia 2009 r., na kolejny okres 12 miesięcy.
2. Upoważnić Prezesa NRL i Skarbnika NRL do podpisania aneksu do umowy pożyczki, o której mowa w ust. 1.

§ 2.

Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

Sekretarz **Prezes**
Mariusz Janikowski **Maciej Hamankiewicz**

UCHWAŁA Nr 33/11/VI
NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ
z dnia 16 grudnia 2011 r.

zmieniająca uchwałę w sprawie powołania komisji i zespołów Naczelnej Rady Lekarskiej

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

§ 1.

W uchwale Nr 3/10/VI z dnia 12 lutego 2010 r. w sprawie powołania komisji i zespołów Naczelnej Rady Lekarskiej wprowadza się następującą zmianę:
- w § 1 dodaje się pkt 16 w brzmieniu:
„Zespół d.s. Uzdrowisk".

§ 2.

Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

Sekretarz **Prezes**
Mariusz Janikowski **Maciej Hamankiewicz**

UCHWAŁA Nr 34/11/VI
NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ
z dnia 16 grudnia 2011 r.

w sprawie zmiany uchwały Nr 30/10/VI NRL w sprawie szczegółowego trybu postępowania w sprawach przyznawania prawa wykonywania zawodu lekarza i lekarza dentysty oraz prowadzenia rejestru lekarzy i lekarzy dentystów

Na podstawie art. 8 ust. 2 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty (Dz. U. z 2008 r. Nr 136, poz. 857 z późn. zm.) i art. 5 pkt 3, 4, 6 i 11 oraz art. 6 i 7 ustawy z dnia 2 grudnia 2009 r. o izbach lekarskich (Dz. U. Nr 219, poz.1708 z późn. zm.) uchwala się, co następuje:

§ 1.

W uchwale Nr 30/10/VI NRL w sprawie szczegółowego trybu postępowania w sprawach przyznawania prawa wykonywania zawodu lekarza i lekarza dentysty oraz prowadzenia rejestru lekarzy i lekarzy dentystów wprowadza się następujące zmiany:

1) w § 12 ust. 1 otrzymuje brzmienie:
„1. Lekarz, który zamierza dodatkowo wykonywać zawód przez co najmniej pół roku na obszarze okręgowej izby, której nie jest członkiem, jest zobowiązany niezwłocznie powiadomić okręgową radę lekarską tej izby, a w przypadku zamiaru wykonywania działalności leczniczej w formie praktyki lekarskiej lub w ramach grupowej praktyki lekarskiej - uzyskać wpis do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą prowadzonego przez tą izbę.";
2) w § 17 po ust. 4 dodaje się ust. 4a w brzmieniu:
„4a. Okręgowa rada lekarska ustala tryb, program, miejsce, okres przeszkolenia, o którym mowa w ust. 1, oraz podmiot, który przeprowadzi przeszkolenie, uwzględniając w szczególności postęp wiedzy medycznej w okresie który upłynął od uzyskania dyplomu.";

3) w § 20 ust. 2 pkt 3 wyrażenie „art. 49 ust. 5 pkt 11-14, 28, 39,42-45" zastępuje się wyrażeniem „art. 49 ust. 5 pkt 11-14, 39, 42-45";
4) w § 20 po ust. 3 dodaje się ust. 3a w brzmieniu:
„3a. Informacje określone w art. 49 ust. 5 pkt 28 ustawy o izbach lekarskich, umieszczane przez okręgową radę w okręgowym rejestrze na podstawie uzyskanych informacji obejmują:
1) numer księgi rejestrowej lekarza wpisanego do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą;
2) oznaczenie okręgowej rady lekarskiej prowadzącej rejestr podmiotów wykonujących działalność leczniczą, do którego został wpisany lekarz;
3) oznaczenie praktyki zawodowej i formę organizacyjno-prawną spółki - w przypadku grupowej praktyki lekarskiej;
4) miejsce wykonywania praktyki zawodowej;
5) datę wpisu i wykreślenia lekarza z rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą, okres zawieszenia wykonywania działalności, o którym mowa w art. 14 a ustawy z dnia 2 lipca 2004 r. o swobodzie działalności gospodarczej (Dz. U. z 2010 r. Nr 220, poz. 1447, z późn. zm.);
5) w załączniku nr 1 w regulaminie w sprawie szczegółowego trybu postępowania w sprawach przyznawania prawa wykonywania zawodu lekarza i lekarza dentysty, wpisywania na listę członków okręgowej izby lekarskiej i wpisu do okręgowego rejestru lekarzy i lekarzy dentystów oraz prowadzenia rejestru lekarzy i lekarzy dentystów, będącym załącznikiem nr 1 do uchwały wprowadza się następujące zmiany:
a) w § 33 ust. 3 – 5 otrzymują brzmienie:
„3.Komisja przekazuje właściwej komisji ds. kształcenia informacje dotyczące niepodjęcia wykonywania zawodu w celu zajęcia przez nią stanowiska i przygotowania propozycji dotyczącej programu, okresu i miejsca odbycia przeszkolenia, z uwzględnieniem § 17 ust. 4a uchwały.
4. W postępowaniu stosuje się odpowiednio § 31 ust. 5 - 7.
5. Zaświadczenie o ukończeniu przeszkolenia jest podstawą do wystąpienia przez komisję do okręgowej rady z wnioskiem o podjęcie uchwały o zrealizowaniu obowiązku odbycia przeszkolenia.",
b) po § 33 dodaje się § 33a w brzmieniu:
„§ 33a.1. Postępowanie dotyczy wpisu do okręgowego rejestru informacji, o których mowa w § 20 ust. 3a uchwały, lekarza - członka izby, który prowadzi działalność leczniczą w formie praktyki lekarskiej lub w ramach grupowej praktyki lekarskiej.
2. Informacje, o których mowa w § 20 ust. 3a, są podstawą do wpisania do okręgowego rejestru izby, której lekarz jest członkiem.
3. W przypadku zmiany informacji, o których mowa w ust. § 20 ust. 3a uchwały, ust. 2 stosuje się.";
c) w § 34:
- ust. 10 i 11 otrzymują brzmienie:
„10. W przypadku lekarza wykonującego działalność leczniczą w formie praktyki lekarskiej lub w ramach grupowej praktyki lekarskiej, wobec którego sąd lekarski orzekł karę zawieszenia prawa wykonywania zawodu, prezes okręgowej rady zawiadamia ukaranego lekarza o wykreśleniu z rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą lub z listy stron umowy, partnerów lub wspólników spółki prowadzącej grupową praktykę lekarską, zgodnie z art. 108 ust. 3 ustawy o izbach lekarskich.
11. Komisja przekazuje zarządzenie, o którym mowa w ust. 2- 6 lub uchwałę okręgowej rady, o której mowa w ust. 1 pkt 5 komisji lub komisjom do spraw praktyk lekarskich właściwych okręgowych rad.
6) w załączniku nr 5, we wzorze uchwały w sprawie zobowiązania lekarza, lekarza dentysty do odbycia przeszkolenia w związku ze stwierdzeniem niepodjęcia wykonywania zawodu po ukończeniu uczelni medycznej, stanowiącym wzór 16, § 1 otrzymuje brzmienie:
„§ 1. 1. Stwierdza się niepodjęcie wykonywania zawodu przez okres dłuższy niż 5 lat od ukończeniu uczelni medycznej przez *lekarza *lekarza dentystę ...
2. Zobowiązuje się *lekarza *lekarza dentystę ... do odbycia przeszkolenia przez okres ... w ... zgodnie z następującym programem ... .".

§ 2.

Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

Sekretarz **Prezes**
Mariusz Janikowski **Maciej Hamankiewicz**

STANOWISKO Nr 19/11/VI
NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ
z dnia 16 grudnia 2011 r.

w sprawie projektu rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą

Naczelna Rada Lekarska po rozpatrzeniu projektu rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą, nadesłanego przy piśmie Pana Marka Habera, Podsekretarza Stanu w Ministerstwie Zdrowia, z dnia 12 listopada 2011 r., znak: MZ-OZZ-022-26250-6/CP/11, zgłasza następujące uwagi do przedstawionego projektu rozporządzenia:
Zgodnie z delegacją ustawową zawartą w art. 22 ust. 3 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej Minister Zdrowia zobowiązany jest do określenia w drodze rozporządzenia szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą. Przedstawiony projekt rozporządzenia, zwłaszcza w odniesieniu do wymagań ogólnoprzestrzennych oraz odnoszących się do ambulatorium, kształtuje je w sposób bardzo ogólny.
Odnosząc się do konstrukcji projektu rozporządzenia należy podnieść, że biorąc pod uwagę specyfikę różnych form wykonywania działalności leczniczej projekt powinien obejmować część ogólną, wspólną dla wszystkich podmiotów prowadzących działalność leczniczą oraz część szczegółową, odrębną dla szpitali i odrębną dla działalności leczniczej lekarzy i lekarzy dentystów oraz ewentualnie dla działalności pielęgniarek i położnych.
W projekcie rozporządzenia powinna znaleźć się regulacja dotycząca pomieszczenia, w którym mają być udzielane świadczenia zdrowotne w zakresie diagnostyki laboratoryjnej, mikrobiologii i patomorfologii wykonywane w ramach praktyki lekarskiej. Ponadto terminologia stosowana w projekcie jest niejasna i niekonsekwentna, a dodatkowo niezgodna z przepisami ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej, co wywoła znaczne trudności w stosowaniu rozporządzenia

Uwagi szczegółowe:
1) do § 11:
a) słowniczek powinien znajdować się w jednym z pierwszych przepisów rozporządzenia,
b) należy dodać definicje ambulatorium, poradni i gabinetu, ponieważ w treści rozporządzenia używa się tych wyrażeń wymiennie, bez wyraźnego zróżnicowania,
c) pkt 4 - definicja izolatki nie obejmuje potrzeb osób o obniżonej odporności,
d) pkt 5 - definicję izby przyjęć proponuje się skreślić jako zbędną.
2) do § 12 ust. 2 pkt 1 – 3: nie jest jasne, co oznaczają wyrazy „całkowita izolacja"; ewentualna nadinterpretacja tego kryterium grozi zablokowaniem działalności zwłaszcza małych placówek zlokalizowanych w budynkach wielofunkcyjnych oraz gabinetom lekarskim zlokalizowanym w mieszkaniach w budynkach mieszkalnych;

3) do § 23: wymagania zawarte w tym przepisie nie powinny dotyczyć pomieszczeń w którym nie są wykonywane badania i zabiegi (np. gabinet lekarza psychiatry);
4) do § 25 - nie ma obecnie uzasadnienia, by meble w gabinecie lekarskim, w części służącej do rozmowy z pacjentem, a nie świadczeń zabiegowych, musiały być zmywalne i umożliwiające dezynfekcję. Poza tym brak jest definicji zmywalności – czy ma to być powierzchnia nienasiąkliwa, czy może być wykonana z materiału tekstylnego, który można wyprać lub wyczyścić. Skoro w gabinetach psychiatrycznych mogą być meble z innych materiałów, to dlaczego nie w innych. Możliwość zmywalności i dezynfekcji – rozumiana jako powierzchnie nienasiąkliwe, powinna być zastrzeżona tylko do gabinetów stricte zabiegowych;
5) do par. 33:
a) ust. 1 pkt 3 - powinno się dopuścić (obok pojemników) także wieszaki na ręczniki,
b) ust. 2 należy odstąpić od konieczności posiadania zlewu;
6) do § 35 – po wyrazach „podtlenek azotu" należy dodać wyrazy „do znieczulania", ponieważ podtlenek używany jest także do kriochirurgii i takie wymogi wentylacyjne nie mają uzasadnienia;
7) do załącznika nr 2:
a) ust. 1 – w kontekście medycyny rodzinnej, ale także wielu innych specjalności zajmujących się zarówno dorosłymi, jak i dziećmi, przepis jest anachroniczny; ponadto nie ma powodu, dla którego dzieci zdrowe nie mogą się spotkać z pacjentami chorymi na choroby niezakaźne,
b) ust. 4 – należy zaznaczyć, że gabinet ginekologiczny jest gabinetem diagnostyczno – zabiegowym, ponieważ taka jest specyfika tego gabinetu i nieuzasadnione jest urządzanie osobnego pomieszczenia; dotychczas wymóg osobnego gabinetu zabiegowego dotyczył tylko poradni chirurgicznej w zoz, gdzie indziej to nie było wymagane,
c) ust. 5 – należy dodać: „o ile umożliwiają to warunki lokalowe. Dopuszcza się, w istniejących gabinetach lokalizację kabiny sanitarno-higienicznej z bidetem przy gabinecie, czyli np. wejście z poczekalni".

Sekretarz **Prezes**
Mariusz Janikowski **Maciej Hamankiewicz**

STANOWISKO Nr 20/11/VI NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ z dnia 16 grudnia 2011 r.

w sprawie projektu ustawy o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz ustawy o ubezpieczeniu społecznym rolników

Naczelna Rada Lekarska po zapoznaniu się z projektem ustawy o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz ustawy o ubezpieczeniu społecznym rolników, nadesłanym przez Sekretarza Stanu Ministerstwa Zdrowia przy piśmie z dnia 8 grudnia 2011 r., znak: MZ-UZ-PR-0212-25846-4/MM/11, popiera nadesłany projekt ustawy.

Sekretarz **Prezes**
Mariusz Janikowski **Maciej Hamankiewicz**

APEL Nr 6/11/VI Naczelnej Rady Lekarskiej z dnia 16 grudnia 2011 r.

do Ministra Zdrowia o wprowadzenie zmian w zakresie procedury zgłaszania Prezesowi Urzędu Rejestracji Produktów Leczniczych, Wyrobów Medycznych i Produktów Biobójczych wyrobów medycznych wykonywanych na zamówienie w pracowniach techniczno-dentystycznych

Naczelna Rada Lekarska apeluje do Ministra Zdrowia o wprowadzenie zmian w zakresie procedury zgłaszania Prezesowi Urzędu Rejestracji Produktów Leczniczych, Wyrobów Medycznych i Produktów Biobójczych wyrobów medycznych wykonywanych na zamówienie w pracowniach techniczno-dentystycznych, polegających na:

1. nowelizacji przepisów rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 12 stycznia 2011 r. w sprawie wymagań zasadniczych oraz procedur oceny zgodności wyrobów medycznych;
2. umożliwieniu wytwórcom wyrobów medycznych wykonywanych w pracowniach techniczno-dentystycznych stosowania kodów wyrobów według Globalnej Nomenklatury Wyrobów Medycznych (GMDN) albo innej uznanej nomenklatury bez konieczności korzystania z obcojęzycznych serwisów umożliwiających dostęp do kodów za stosunkowo wysokimi opłatami.

1.

Przepisy § 4 ust. 7 rozporządzenia z dnia 12 stycznia 2011 r. w sprawie wymagań zasadniczych oraz procedur oceny zgodności wyrobów medycznych (Dz. U. 2011 nr 16 poz. 74) nakładają na wytwórcę wyrobów wykonanych na zamówienie, przed wprowadzeniem każdego egzemplarza wyrobu do obrotu, obowiązek przeprowadzenia oceny jego zgodności i sporządzenia oświadczenia zgodnie z załącznikiem nr 8 do rozporządzenia.
Jak wynika z pkt 5 załącznika nr 8, wytwórca wyrobu medycznego wykonanego na zamówienie obowiązany jest między innymi do oceny klinicznej prowadzonej zgodnie z § 5 ww. rozporządzenia. Tymczasem wytwórcą wyrobu medycznego wykonanego na zamówienie jest technik dentystyczny, który nie tylko, że nie prowadzi badań klinicznych, ale także nie posiada wiedzy o wynikach tychże badań. Badania kliniczne wykonywane są bowiem przez lekarzy dentystów zlecających technikom dentystycznym wykonanie wyrobu medycznego na zamówienie przeznaczonego do wyłącznego stosowania u określonego pacjenta.
W świetle powyższych argumentów zapis pkt. 5 załącznika nr 8 ww. rozporządzania Ministra Zdrowia jest bezzasadny i w praktyce będzie obowiązkiem niemożliwym do wypełnienia przez technika dentystycznego.
Z tych tez względów Naczelna Rada Lekarska apeluje o wykreślenie z zapisów pkt. 5 załącznika nr 8 do omawianego rozporządzenia obowiązku dokonywania oceny klinicznej przez wytwórcę wyrobu medycznego wykonanego na zamówienie.

2.

Art. 59 ust. 1 ustawy o wyrobach medycznych wskazuje, że zgłoszenie Prezesowi Urzędu Rejestracji Produktów Leczniczych, Wyrobów Medycznych i Produktów Biobójczych wyrobów wykonanych na zamówienie powinno zawierać m. in. kod wyrobu według Globalnej Nomenklatury Wyrobów Medycznych (GMDN) albo innej uznanej nomenklatury wyrobów medycznych wraz z nazwą tej nomenklatury.
W praktyce spełnienie tego wymogu wiąże się z tym, że wytwórca musi w tym celu skorzystać z obcojęzycznych serwisów umożliwiających dostęp do takich kodów. Jednakże, serwisy te z jednej strony pobierają za swoje usługi relatywnie jak na polskie warunki wysokie opłaty, a z drugiej strony są dostępne wyłącznie w językach obcych, co w znacznym stopniu utrudnia wytwórcom właściwe z nich korzystanie.
Wszystko to razem pozwala mieć wątpliwości, czy w ten sposób na pracownie techniczno-dentystyczne nie nałożone zostały obowiązki, których spełnienie, będące warunkiem zgodnego z prawem prowadzenia działalności, wiąże się ze zbyt dużym utrudnieniem, nieproporcjonalnym do celów regulacji.

Sekretarz **Prezes**
Mariusz Janikowski **Maciej Hamankiewicz**

Posiedzenie NRL - 13 stycznia 2012 roku

Stanowisko Nr 1/12/VI Naczelnej Rady Lekarskiej z dnia 13 stycznia 2012 r.

w sprawie akcji protestacyjnej środowiska lekarskiego

Naczelna Rada Lekarska z aprobatą przyjmuje podjęcie przez Sejm RP prac legislacyjnych, zmierzających do zmiany ustawy o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych i wykreślenia z niej ustępów 8 i 9 artykułu 48.
Naczelna Rada Lekarska wyraża podziękowanie organizacjom i stowarzyszeniom lekarskim oraz wszystkim Koleżankom i Kolegom, których postawa doprowadziła do naprawy błędnych zapisów legislacyjnych, które zagrażały i nadal zagrażają bezpieczeństwu zdrowotnemu polskiego pacjenta.
Naczelna Rada Lekarska podkreśla, że nieuwzględnienie w zakresie nowelizacji zmiany zapisu art.6 ust.1 pkt 1 lit.a czyli uzależnienie refundacji leku od zarejestrowanych dla niego wskazań i przeznaczeń, a nie od aktualnego stanu wiedzy medycznej, oznacza brak refundacji leków dla wielu pacjentów a zwłaszcza dzieci i kobiet ciężarnych. Biorąc pod uwagę powyższe przesłanki, a także zalecenia towarzystw naukowych, zapisy Kodeksu Etyki Lekarskiej, ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty oraz ustawy o prawach pacjenta, Naczelna Rada Lekarska przypomina, że obowiązkiem lekarza i lekarza dentysty jest ordynowanie leków zgodnie z aktualnymi wskazaniami wiedzy medycznej.
Naczelna Rada Lekarska przypomina, że w dniu 26 października 2011 r. podpisane zostało oświadczenie Ministra Zdrowia, Prezesa NFZ oraz Prezesa Naczelnej Rady Lekarskiej dotyczące wspólnego opracowania wzoru umowy na wystawianie refundowanych recept. Naczelna Rada Lekarska oczekuje, że mimo nieuwzględnienia w zakresie nowelizacji delegacji dla Ministra Zdrowia do określenia ogólnych zasad umów na wystawianie refundowanych recept, ustalenia te zostaną dochowane.
Naczelna Rada Lekarska zwraca uwagę na przepis par.31 ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, przewidujący możliwość zawarcia w umowach ze świadczeniodawcami zapisów, dotyczących kar umownych za wystawianie recept osobom nieuprawnionym lub w nieuzasadnionych przypadkach. Ponieważ cały łańcuch zdarzeń, prowadzących do uchwalenia nowelizacji ustawy nosi znamiona zawarcia umowy społecznej, Naczelna Rada Lekarska oczekuje od Ministra Zdrowia zmiany tego przepisu w duchu zaproponowanych w nowelizacji ustawy refundacyjnej korekt.
Naczelna Rada Lekarska stwierdza jednoznacznie, że w dalszym ciągu w ustawie są zapisy, które narzucają lekarzom obowiązek odnotowywania stopnia refundacji w odniesieniu do pewnej grupy leków, a zwolnienie z tego obowiązku było jedną z podstawowych przesłanek podjęcia przez Naczelną Radę Lekarską w dniu 2 grudnia 2011r. rekomendacji dla podjęcia akcji protestacyjnej.
Do czasu pełnej realizacji postulatu o zwolnieniu lekarza z obowiązku odnotowywania stopnia refundacji leku, a także rezygnacji z wprowadzenia do ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty zapisów, które narzucałyby lekarzom i lekarzom dentystom obowiązki biurokratyczne, dotychczas tam niewystępujące, Naczelna Rada Lekarska rekomenduje lekarzom i lekarzom dentystom następujące zasady wypisywania recept:
1. umieszczanie numeru oddziału NFZ,
2. posługiwanie się międzynarodowymi nazwami leków,
3. nie wskazywanie poziomu odpłatności leku, za wyjątkiem leków przepisywanych w przypadku chorób wymienionych w obwieszczeniu Ministra Zdrowia.

Naczelna Rada Lekarska przyjmuje do wiadomości autonomiczną decyzję środowisk, uczestniczących w proteście, że do czasu realizacji wszystkich postulatów środowiska lekarskiego oraz uwolnienia lekarzy z wszystkich obowiązków biurokratycznych, możliwe jest umieszczanie na recepcie pieczątki o treści „Refundacja leku do decyzji NFZ".

Sekretarz **Prezes**
Mariusz Janikowski **Maciej Hamankiewicz**

STANOWISKO Nr 2/12/VI NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ z dnia 13 stycznia 2012 r.

w sprawie poparcia postulatów Naczelnej Rady Aptekarskiej zgłaszanych do projektu ustawy o zmianie ustawy o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych oraz niektórych innych ustaw

Naczelna Rada Lekarska po zapoznaniu się z treścią projektu ustawy zmieniającej ustawę o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych oraz niektórych innych ustaw – druk sejmowy nr 110 oraz zgłaszanymi do ww. projektu przez Naczelną Radę Aptekarską postulatami i poprawkami w pełni popiera postulaty środowiska aptekarskiego, jasno i dobitnie formułowane przez Naczelną Radę Aptekarską.
Poprawa przepisów ustawy refundacyjnej powinna być przeprowadzana w sposób merytorycznie uzasadniony, bez pomijania zasadnych uwag wszystkich środowisk medycznych, których dotyczą postanowienia tej ustawy. Nieuwzględnienie poprawek zgłoszonych przez Naczelną Radę Aptekarską, które zmierzały do włączenia do projektu ustawy przepisów dotyczących aptek, które były zawarte w projekcie ww. ustawy przedłożonym Radzie Ministrów przez Ministra Zdrowia, jest w ocenie Naczelnej Rady Lekarskiej niezrozumiałe i nieuzasadnione.

Sekretarz **Prezes**
Mariusz Janikowski **Maciej Hamankiewicz**

APEL Nr 1/12/VI Naczelnej Rady Lekarskiej z dnia 13 stycznia 2012 r.

do Premiera Rządu RP

Oceniając bardzo krytycznie postawę Prezesa NFZ dr n.med. Jacka Paszkiewicza w trakcie dyskusji nad koniecznością przeprowadzenia zmian w ustawie o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych, w czasie pracy zespołu Naczelnej Rady Lekarskiej w Ministerstwie Zdrowia w dniu 4 stycznia br., a zwłaszcza niewywiązanie się z podjętego i pisemnie potwierdzonego zobowiązania do wydania komunikatu o niekaraniu lekarzy, Naczelna Rada Lekarska apeluje do Premiera Rządu RP o odwołanie Jacka Paszkiewicza z zajmowanego stanowiska.

Sekretarz **Prezes**
Mariusz Janikowski **Maciej Hamankiewicz**

Dokumenty NRL i Prezydium znajdują się na stronie internetowej NIL - www.nil.org.pl

Felieton

Słaba płeć czy zimne dranie?

Andrzej Baszkowski
lek. dentysta, wiceprezes WIL, członek NRL

Panowie, w walce płci przegrywamy! Piszę o tym ponownie, bo jest coraz gorzej. I jakby co, to proszę pamiętać, że ja byłem przeciw. Słaba płeć jest oszustwem, jakiego świat nie widział. Justyna Kowalczyk na treningach wykonuje ćwiczenia, z którymi mężczyźni nie dają sobie rady. Słaba płeć! Komedia! Zresztą nie o siłę fizyczną tu chodzi. Już Eurypides zauważył, że „najtrudniej walczyć z kobietą. Jej umysł jest przerażający w układaniu intryg". Facet musiał niejedno przeżyć...

Inny wielki tragediopisarz starożytności, Sofokles, nawoływał rozpaczliwie: „Nie dajmy nigdy przewodzić kobiecie!". No i co? Rozejrzyjmy się wokół, to zobaczymy, że było to wołanie na puszczy. Coraz więcej kobiet obejmuje najwyższe stanowiska. Jak one to robią? A to dopiero początek, zobaczycie.

Oczywiście największą porażką mężczyzn są sprawy męsko-damskie. Jesteśmy pantoflarzami i tyle. Nie będę sam się mądrzył. Przytoczę wypowiedzi autorytetów. Pamiętam czeski film, opisujący perypetie trzypokoleniowej rodziny. Rządziła oczywiście babka. Aż raz zbuntował się dziadek. On nie będzie sprzątał, nie będzie słał łóżek, w końcu do cholery, kto tu rządzi?! Babka podparła się pod boki i zapytała: – Słucham? Dziadek błyskawicznie zrejterował: – Nie można się zapytać...? No właśnie. „Pierwszy, który nazwał kobietę kwiatem, był poetą, ale następny był cymbałem" – napisał wielki H. Heine.

„Uroda kobiety jest formą władzy". I to jakiej! Bezwzględnej, zdecydowanej i rzadko przebaczającej. „A jeżeli już przebaczy, często ci o tym przypomina" – zauważa Simone de Beauvoir. Zresztą każdy „mężczyzna jest bezbronny wobec atrakcyjnych kobiet", napisał G.B. Shaw. One to doskonale wiedzą. Od urodzenia. Wypijają tę wiedzę z mlekiem matki, jak ciała odpornościowe czy co? Shaw był znawcą kobiet. To on sformułował słynną prawdę, że „kobiety są jak przekład – piękne nie są wierne, a wierne nie są piękne". A także, że „znawcy kobiet rzadko bywają skłonni do optymizmu". Wyśmiewał także ten przedziwny i odbierający rozum stan zakochania, mówiąc, że „być zakochanym to nieprzyzwoicie przeceniać różnice między jedną kobietą a drugą"...

Temat małżeństwa rozwinął Oscar Wilde. „Jeżeli kobieta pragnie wyjść za mąż, to przede wszystkim dlatego, by miała komu robić sceny". Oczywiście jest to twierdzenie niesłychanie odważne. Wilde idzie jeszcze dalej i tłumaczy, że „kobiety były zawsze malowniczym zaprzeczeniem zdrowego rozsądku"... Zresztą „kobiety są po to, żeby je kochać, a nie rozumieć". No, no... Takie twierdzenia wobec pań to już nie odwaga, to szaleństwo...

Tuwim kobiet nie doceniał. Powiedział, że „jakże mądre byłyby kobiety, gdyby miały te rozumy, które dla nich potracili mężczyźni"... Gdyby były jeszcze mądrzejsze niż są, to świat byłby dla nas nie do wytrzymania! Chyba że ich mądrość byłaby tak wielka, żeby jej nam nie demonstrować, tylko zostawiać dla siebie. To nie jest wykluczone.

Honoré de Balzac, a ten wiedział o kobietach wszystko, napisał, że „kobieta bada ukochanego mężczyznę, jak sędzia zbrodniarza". A G. Sand dodała, że „kobieta jest otchłanią, piekłem, tajemnicą i ten, kto powiedział, że ją poznał, jest po trzykroć głupcem"...

Trudno w tym miejscu nie przywołać ponownie wypowiedzi Antoniego Słonimskiego, który uważał, że kobiety w swoich poczynaniach są dużo bardziej wyrachowane od mężczyzn i gdyby się nie bał, to by napisał, że „to zimne dranie"...

Lucyna Krysiak

Gdyby nie pomoc rodziny...

Jeszcze 120 lat temu zawód lekarza był zarezerwowany wyłącznie dla mężczyzn, w Polsce dopiero w 1900 r. kobiety mogły studiować medycynę. W latach 50. minionego stulecia zawód ten zaczął się feminizować, a obecnie kobiety stanowią w nim większość. Jaki jest ich status zawodowy? Jak postrzegają siebie w tym, do niedawna męskim, medycznym świecie?

Fot. Archiwum x 3

Prof. Magdalena Durlik, prezes Polskiego Towarzystwa Transplantologicznego:
– Medycyna ostatnio się feminizuje, coraz więcej kobiet wybiera zawód lekarza. W transplantologii kobiety, szczególnie na kierowniczych stanowiskach, zaliczają się jednak do nielicznych, a mnie przez całe zawodowe życie przyszło pracować wśród mężczyzn i nie powiem, aby to było łatwe. Pomógł mi w tym mój łagodny charakter. Nie znoszę i unikam konfliktów, podjazdowych wojen, ścigania się. Nie mam także, i nigdy nie miałam, ambicji, aby kierować mężczyznami. Wolę współpracować, gasić konflikty, integrować. Zresztą transplantologia to dziedzina interdyscyplinarna i bez współdziałania lekarzy różnych specjalności trudno osiągnąć sukces terapeutyczny. Mam jednak świadomość tego, że nie jestem chirurgiem i nie przeszczepiam narządów, mam więc

reklama

duży szacunek dla kolegów, którzy to robią. W tym, co robię, nie stanowię zagrożenia dla mężczyzn, z którymi pracuję. Nigdy nie będę pierwszą, która przeszczepiła np. tysięczną wątrobę, co chętnie nagłaśniają media. Stanowię natomiast dla nich cenne źródło wiedzy. Myślę, że 33 lata pracy w transplantologii i nabyte doświadczenie przydają się. Generalnie mamy coraz mniej mężczyzn w medycynie i rola kobiet będzie wzrastać. Ostatnio kobiety stają przy stołach operacyjnych, a do niedawna były tam wyjątkiem.

Prof. Maria Respondek-Liberska, kierownik Zakładu Diagnostyki i Wad Wrodzonych w ICZMP w Łodzi:

– Patrząc na kolegów z mojego roku widać, że kobiet, które zrobiły kariery jest niewiele, mimo że nie są ani mniej zdolne, ani mniej pracowite. Przeciwnie, często są bardziej zaangażowane i skupione na tym, co robią. Najtrudniej im awansować na eksponowane stanowiska w polityce i w medycynie. Jeśli na swej drodze zawodowej spotkają mężczyzn, którzy nie boją się ambitnych i zdeterminowanych kobiet, mają szansę się przebić. Jeśli muszą z nimi rywalizować, stoją na pozycji przegranej. Większości lekarek nie udaje się też pogodzić spraw zawodowych z rolą żony i matki. Aby kobieta mogła zaistnieć w męskim świecie, musi mieć wsparcie ze strony rodziny i partnera, tak jak Maria Skłodowska-Curie, Margaret Thatcher, czy Hillary Clinton. Nie chcę się z nimi porównywać, ale to, że mogłam się realizować zawodowo, traktować moją pracę jak hobby, to zasługa nie tylko mojego uporu czy predyspozycji, ale pomocy moich najbliższych. Z okazji Dnia Kobiet warto sobie uzmysłowić, iż jesteśmy takie, na jakie wybory pozwalają nam nasi partnerzy, i to oni w dużej mierze kształtują nasze pozycje i osiągnięcia. Dlaczego jest nam trudniej w życiu niż mężczyznom? Bo tylko nieliczni pozwalają nam na samorealizację, większość chciałaby nas widzieć milczące i potulne. Śmiem twierdzić, że choć jest nas więcej, medycyna to wciąż męski świat i mamy w tym świecie mniejsze szanse realizowania swoich zawodowych ambicji.

Prof. Alicja Chybicka, prezes Polskiego Towarzystwa Pediatrycznego:

– Nigdy nie miałam poczucia, że będąc kobietą, nie mogę realizować się w swoim zawodzie. Czasem było mi nawet łatwiej, ale to dzięki chorym dzieciom, które nie bały się mnie i mi ufały. Koledzy lekarze często musieli pokonywać u nich tę barierę strachu. Ale to zależy od empatii. W klinice są pediatrzy mężczyźni, których dzieci uwielbiają. Nigdy nie zależało mi na awansach, może dlatego nie byłam narażona na przykre doznania związane z rywalizacją. Zresztą pediatria to dziedzina sfeminizowana, moją szefową była kobieta, wychowała mnie sobie i przechodząc na emeryturę, powierzyła mi kierowanie kliniką. Miałam więc dużo szczęścia, spotykając na swojej drodze wyjątkowych ludzi. 37 lat pracuję w ośrodku akademickim – po dwóch latach zrobiłam doktorat, dość szybko habilitację. Jednak od kobiety lekarza wymaga się więcej – przez cały czas musi udowadniać swoją wiedzą i umiejętnościami, że dorównuje mężczyźnie. Jeśli stara się o jakieś stanowisko wspólnie z mężczyzną, to on prawie zawsze wygrywa. Najtrudniej było mi na dyżurach, jako matka trojga dzieci musiałam godzić obowiązki zawodowe z domowymi. Mąż zawsze mnie odciążał i wspierał, nie jest lekarzem, przychodził z pracy o normalnej i stałej godzinie. Zresztą pomagała mi cała rodzina, gdyby nie ona, nie osiągnęłabym tego wszystkiego. Jeśli chodzi o wynagrodzenie, w publicznej służbie zdrowia decydują widełki, a te nie mają płci.

reklama

Indeks korzyści

8 marca: Dytyramb na Dzień Dziwoląga

Joanna Sokołowska

Lekarz po prostu idzie na dyżur, a lekarka zostawia dom na głowie dzielnego męża i zawsze gotowej do pomocy babci.

Precz z Polski z dziwolągiem kobiety-lekarza! – ogłoszenia takiej treści zamieszczał w prasie Ludwik Rydygier (1850-1920), wybitny polski chirurg, autor nowatorskiej, nie tylko w Polsce, ale i w Europie, metody wycięcia odźwiernika z powodu raka żołądka i pierwszego na świecie zabiegu resekcji żołądka z powodu choroby wrzodowej. Całe swoje medyczne życie, jeśli właśnie nie operował i nie uczył studentów, prowadził krucjatę przeciwko obecności kobiet na wydziałach lekarskich.

„Szukam jakiegoś lekarza!" – woła, wkraczając do pokoju lekarskiego oddziału, w którym pracuję, „rodzina pacjenta" o aparycji mogącej posłużyć za wzorzec „przeciętnego Kowalskiego". Rozgląda się, przypatruje z zaciekawieniem pracującym przy swoich biurkach osobom. „Jakiegoś lekarza…" – powtarza z nutą rozczarowania w głosie, bowiem nie dostrzega wśród zastanych ani jednego mężczyzny… Duch Ludwika Rydygiera, jak na każdego przyzwoitego ducha płci męskiej przystało, zanosi się demonicznym śmiechem…

Na jednym z medycznych portali inwazja Dziwolągów opisywana jest w kategoriach klęski żywiołowej. Ponoszą winę za niskie zarobki w służbie zdrowia, bo „pchają się do zawodu lekarza. A wiadomo przecież, że wraz z feminizacją zarobki maleją". Jak więc zniechęcić je do wyboru zawodów medycznych?!

Dziwolągi, na przekór doktorowi Rydygierowi, jego wiecznie żywemu duchowi i internautom, mają się nie najgorzej. Za nic mają parytety. Są jakieś inne! Jest ich w Polsce więcej niż lekarzy płci męskiej – 107 585 (sto siedem tysięcy pięćset osiemdziesiąt pięć)! Wydział Lekarski Uniwersytetu Jagiellońskiego opanowały w 75 proc. W Poznaniu 80 proc. studentów pierwszego roku to kobiety. Warszawski Uniwersytet Medyczny w zeszłym roku z zażenowaniem przyznawał się do ich dominacji w 61 proc. I choć wynika to z lepiej zdanego egzaminu maturalnego, reszta ludzkości rwie włosy z głów. Rwałaby z bród, ale takowych aktualnie nie posiada, choć za czasów Rydygiera broda była nieodłącznym lekarskim atrybutem. Sam doktor, sportretowany przez Leona Wyczółkowskiego, jest tego najznamienitszym dowodem. (Współczesny brak obfitego zarostu u kolegów medyków, aby nikogo nie dotknąć, proponuję uzasadnić względami estetycznymi).

Dziwolągi – istoty o ludzkich kształtach, obdarzone mózgami funkcjonującymi wbrew prawom biochemii

i biofizyki, kierują się instynktami i emocjami. Równie zręcznie zszyją każdą ranę, jak i uszyją kostium Batmana na przedszkolny bal karnawałowy. Pisząc w porannych zleceniach skład worka do żywienia pozajelitowego, mimochodem przekazują sobie przepis na sernik po wiedeńsku. Potrafią poprowadzić każdy rodzaj znieczulenia, ale i uśmierzyć ból córeczki po stracie ulubionej maskotki (mam specjalną nagrodę dla tego, kto udowodni, że to ostatnie jest łatwiejsze). Chętniej patrzą w monitor ultrasonografu, niż w ekran telewizora, ale doskonale orientują się w obowiązujących kanonach piękna. Rodzą i wychowują dzieci, a pomiędzy ciążami sięgają po kolejne stopnie specjalizacji i tytuły naukowe. Są pracownikami, pracodawcami, wykładowcami i szefami. Czasem zostają ministrami, za co, jako nomen omen przedstawiciel gatunku, szczerze przepraszam… Jeśli nie mogą realizować swoich zawodowych marzeń nad Wisłą, wyjeżdżają tak daleko, jak jest to niezbędne. Tak wyjechała Maria Skłodowska-Curie, której nie chciał XIX-wieczny krakowski świat nauki. Tak wyjechała sto lat później prof. Maria Siemionow – ortopeda, transplantolog, autorka pierwszego na świecie całkowitego przeszczepu twarzy.

Dziwolągi rodzą i wychowują dzieci, a pomiędzy ciążami sięgają po kolejne stopnie specjalizacji i tytuły naukowe. Są pracownikami, pracodawcami, wykładowcami i szefami.

Czy współczesnym Dziwolągom jest łatwiej niż za czasów doktora Rydygiera? Na pewno tak, choć płacą za swoją zawodową emancypację wysoką cenę. Lekarz po prostu idzie na dyżur, a lekarka zostawia dom na głowie dzielnego męża i zawsze gotowej do pomocy babci.

Od prawie 20 lat prowadzę obserwację uczestniczącą w pokoju lekarskim przesyconym estrogenami. Instynkt podpowiada mi, że tak jak etykieta nie pozwala wynosić na światło dzienne tajemnic alkowy, tak nie wypada mi ujawniać życia wewnętrznego tego miejsca. Zdradzę tylko, że nie jest to oaza spokoju ani szpitalna Arkadia. Ze swego miejsca obserwuję koleżanki lekarki, jak toczą boje o pacjentów, którzy są dla nich nie tylko przypadkami medycznymi, ale osobami postrzeganymi przez pryzmat indywidualnych uwarunkowań i lęków. Moje koleżanki lekarki rozmawiają. Koledzy lekarze twierdzą, że nieustannie. Być może dzięki temu zapewniają współczesnej medycynie resztki humanizmu…

Za inspirację do tego felietonu dziękuję dr n. med. Krystynie Bober-Olesińskiej, która w swój wykład wplotła informację o książce „Madame, wkładamy dziecko z powrotem!" Katarzyny Siwiec, Mieczysława Czumy i Leszka Mazana.

V Sympozjum
Dylematy etyczne w praktyce lekarskiej

Czy lekarz może postąpić wbrew woli pacjenta

12 kwietnia 2012 r. godz. 11.00–16.00, Warszawa, Pałac Kultury i Nauki, Sala Koncertowa (VI piętro)

Komitet Organizacyjny:
prof. dr hab. Andrzej Szczeklik (przewodniczący),
dr med. Piotr Gajewski (zastępca przewodniczącego),
prof. dr hab. Romuald Krajewski

Program

- Wprowadzenie – *prof. dr hab. Jacek Imiela, Warszawski Uniwersytet Medyczny*
- Zderzenie woli pacjenta ze stanowiskiem lekarza – przykłady z podstawowej opieki zdrowotnej – *dr Konstanty Radziwiłł, Wiceprezes Naczelnej Rady Lekarskiej*
- Zderzenie woli pacjenta ze stanowiskiem lekarza – przykłady z praktyki szpitalnej – *prof. Roman Jaeschke MD MSc, McMaster University, Hamilton, Kanada*
- Jak może postąpić lekarz w przypadku różnicy między jego opinią a wolą pacjenta – *prof. dr hab. Romuald Krajewski, Wiceprezes Naczelnej Rady Lekarskiej*
- Granice autonomii pacjenta, czyli kiedy lekarz może powiedzieć pacjentowi „nie" – *ks. prof. dr hab. Marian Machinek, Uniwersytet Warmińsko-Mazurski w Olsztynie*
- Oświadczenie pacjenta o wyrażeniu zgody albo sprzeciwu – kiedy jest prawnie skuteczne – *dr n. prawn. Małgorzata Serwach, Uniwersytet Medyczny w Łodzi*
- Odpowiedzialność karna lekarza za nieudzielenie pomocy pacjentowi a wykonanie zabiegu bez jego woli – *dr n. prawn. Rafał Kubiak, Uniwersytet Medyczny w Łodzi*
- Ocena konfliktu spowodowanego postępowaniem wbrew woli pacjenta przez sądy lekarskie – *dr Wojciech Łącki, Przewodniczący Naczelnego Sądu Lekarskiego*
- Opieka holistyczna jako sztuka zespołowego działania – *ks. dr Piotr Krakowiak, Uniwersytet Mikołaja Kopernika w Toruniu*
- Dyskusja panelowa

Uczestnictwo: bezpłatne, wyłącznie po wcześniejszej rejestracji i otrzymaniu potwierdzenia

Zgłoszenia: Medycyna Praktyczna – Dział Szkoleń, ul. Krakowska 41, 31-066 Kraków, tel. 12 293 40 04
e-mail: etyka2012@mp.pl, www.mp.pl/interna2012

Uczestnicy sympozjum otrzymują 5 punktów edukacyjnych.

Naczelna Izba Lekarska
medycyna praktyczna

Prof. Jacek Musiał

Prof. dr hab. n. med.

Andrzej Szczeklik

(29.07.1938 – 3.02.2012)

W piątek rano, 3 lutego 2012 r., odszedł od nas Profesor Andrzej Szczeklik, wybitny lekarz internista, w ciągu ostatnich 10 lat najczęściej cytowany polski naukowiec z zakresu nauk biomedycznych, redaktor „dużego" i „małego Szczeklika", cenionych, nowatorskich w swej formie podręczników interny. W ten sposób kontynuował dzieło swojego ojca, profesora Edwarda Szczeklika, na którego podręcznikach uczyły się interny pokolenia lekarzy z lat 60. i 70. XX wieku.

fot. Archiwum Medycyny Praktycznej

Andrzej Szczeklik urodził się w Krakowie 29 lipca 1938 r. Po ukończeniu studiów na Wydziale Lekarskim krakowskiej Akademii Medycznej, kontynuował swą karierę we Wrocławiu, gdzie uzyskał specjalizację pierwszego i drugiego stopnia z chorób wewnętrznych. Tam też obronił pracę doktorską (1966) i habilitacyjną (1969). Następnie powrócił do Krakowa, gdzie w 1972 r. objął Klinikę Alergologiczną. Tą kliniką, a potem utworzoną w 1993 r. II Katedrą Chorób Wewnętrznych kierował nieprzerwanie przez ponad 35 lat.

Opublikował 650 prac naukowych. Wykształcił całe pokolenia internistów i dbał nieustannie o rozwój naukowy swoich asystentów. Spod Jego ręki wyszło 17 doktorów habilitowanych, a doktorów medycyny około 40 (jeden doktorant na każdy rok Jego pracy w Katedrze!).

Profesor Szczeklik był też lekarzem, który internę postrzegał jako specjalność integrującą całe postępowanie diagnostyczne i wynikające z niego leczenie. Stąd też, jeśli istniała taka potrzeba, inicjował i brał aktywny udział w konsultacjach z lekarzami wąskich specjalności lub dziedzin zabiegowych. Przede wszystkim jednak rozmawiał z chorym, był przy nim przy podejmowaniu ważnych, często dramatycznych decyzji i śledził jego losy, jeśli zaistniała potrzeba dalszego leczenia poza kliniką.

Przez prawie całe życie zawodowe Jego wiodącym tematem badawczym była astma przebiegająca z nadwrażliwością na aspirynę. W 1975 r. wraz z profesorem Ryszardem Gryglewskim przedstawił oryginalną teorię jej patogenezy. A cały ten okres, jakby klamrą, zamknął dużym, prestiżowym grantem europejskim, uzyskanym w zeszłym roku po trudnym i wymagającym postępowaniu konkursowym. Drugim, rozwijanym prze Niego przez całe lata tematem były badania nad udziałem układu hemostazy w powstawaniu i rozwoju miażdżycy tętnic.

Za swe osiągnięcia naukowe był wielokrotnie wyróżniany. W 1997 r. za badania nad genetyką astmy Profesor Szczeklik otrzymał nagrodę naukową pisma „Lancet". Został honorowym członkiem brytyjskiego Royal College of Physicians. Otrzymał tzw. polskiego Nobla, czyli Nagrodę Fundacji na rzecz Nauki Polskiej. Przyznano Mu doktoraty honoris causa akademii medycznych we Wrocławiu, Warszawie, Łodzi i Katowicach oraz Uniwersytetu Jagiellońskiego w Krakowie. Był też członkiem rzeczywistym Polskiej Akademii Nauk, Polskiej Akademii Umiejętności i Papieskiej Akademii Nauk w Watykanie. Za swe osiągnięcia został odznaczony Krzyżem Komandorskim z Gwiazdą Orderu Odrodzenia Polski.

W 1990 r. został rektorem krakowskiej Akademii Medycznej. Walczył o powrót wydziałów medycznych do Uniwersytetu Jagiellońskiego, aby po połączeniu obu uczelni zostać pierwszym prorektorem UJ do spraw Collegium Medicum.

Zainteresowania Profesora Szczeklika wykraczały jednak również poza medycynę. Jego pasją była sztuka, poezja, historia, a owocem tych zainteresowań dwie książki: „Katharsis" i „Kore"; trzecia ma się ukazać niebawem.

Poza publikacjami, książkami i rzeszą uczniów pozostawił też Profesor Szczeklik po sobie nowoczesną II Katedrę Chorób Wewnętrznych z klinikami, zakładami, świetnie wyposażonymi laboratoriami i pracowniami. A zaczęło się wszystko 40 lat temu od małej kliniki na najwyższym piętrze starego, dużego budynku z jednym pomieszczeniem laboratoryjnym w piwnicach. Pozostaje to dla nas, Jego uczniów, niełatwym wyzwaniem na przyszłość.

Wesoło jest

A płuca sprawdziłeś?

Artur Andrus
dziennikarz radiowej „Trójki", konferansjer, satyryk

Taki napis widziałem na plakacie, który wisiał w Ośrodku Zdrowia w Solinie. Pamiętam z dzieciństwa. Atrakcyjna kobieta i przystojny mężczyzna, ich wargi już prawie się złączyły w namiętnym pocałunku, i wtedy ona rzuca to zasadnicze pytanie. Oczywiście, w główce ciekawskiego dziesięciolatka, zmierzającego szybko w stronę kilkunastoletniości drogą wyznaczaną hormonami, pojawiło się natychmiast pytanie: „I co było dalej?". Jakoś nie przypuszczam, żeby ta para zrezygnowała z pocałunku i zdecydowała, że ciąg dalszy nastąpi dopiero wtedy, kiedy on przyniesie zdjęcie rentgenowskie i wyniki konsultacji pulmonologicznej. Zresztą nawet nie znałem takiego słowa, nie miałem pojęcia, że poza „lekarz" istnieje jeszcze jakiś „pulmonolog". Wiedziałem, że jest lekarz, jest dentysta, a w Lesku jest pediatra.

Od tego czasu, ile razy widziałem w telewizji komunistycznych dygnitarzy, którzy wpijali się sobie w usta podczas powitań na lotniskach, zastanawiałem się, czy oni płuca sprawdzili? Przywódca NRD, Erich Honecker, był pod tym względem chyba najodważniejszy – całował bez opamiętania. No chyba że w ten sposób wyrażał swoje bezgraniczne zaufanie do zagranicznych przyjaciół?

Był też taki plakat, na którym ona mówi do niego: „Z pijanym nie tańczę". Już wtedy pojawiały się złośliwe dopiski: „Na trzeźwo bym nie poprosił". Chociaż może to nie była złośliwość? Może to forma samoobrony mężczyzn? Bo proszę zauważyć – to facet był podejrzewany o chorobę płuc, którą chce zarazić (na szczęście ostrożną) kobietę. To facet był pijany i rwał się do tańca. Nie pamiętam z tamtych lat żadnego plakatu prozdrowotnego, którego negatywną bohaterką byłaby kobieta.

Temat plakatów wywołał we mnie smutną refleksję o zanikaniu tradycji redagowania gazetek ściennych w przychodniach i szpitalach. Jeszcze gdzieniegdzie są, ale z moich obserwacji wynika, że stają się one wyłącznie tablicami ogłoszeń. A wolałbym, żeby tak jak dawniej, były formą działalności artystycznej, wywoływały emocje, zmuszały do myślenia. Wiem, że w dobie internetu i specjalnych kanałów telewizyjnych poświęconych zdrowiu, coraz trudniej namówić ludzi, żeby raz w tygodniu zajrzeli do pobliskiej przychodni i zobaczyli, co nowego na gazetce. Trudno sobie wyobrazić, że gdzieś pod osiedlowym sklepem usłyszy się: – Pani Kaczanowska, pani szybko biegnie do przychodni. Wywiesili rewelacyjny komiks o półpaścu i szósty odcinek pamiętników naszej dentystki „Szczerze się szczerzę" pod tytułem „Kły w kształcie serca".

Ale wierzę, że można. Należy tylko zadbać, żeby gazetki miały charakter indywidualny, niepowtarzalny i twórczy.

Co stoi na przeszkodzie, żeby każda miała swój tytuł? Służę przykładami: „Kurier Dermatologii", „IEI, czyli Ilustrowany Ekspres Interny", „Dzień Dobry, Tu Proktologia", „Życie Patomorfologii"...

Żeby co tydzień był ogłaszany konkurs na najładniej wypisaną receptę, w którym najstaranniejszy lekarz wygrywa długopis ze zdjęciem i autografem dyrektora regionalnego oddziału Narodowego Funduszu Zdrowia. Pacjenci mogliby pisać kuplety na melodię „Felek Zdankiewicz to chłopak morowy...". O, i przy okazji, w kąciku historycznym, można by wyjaśnić, co to było „powietrze morowe". A kuplety, wzorem dawnych piosenek kolonijnych, powinny się zaczynać od słów „A nasz" lub „A nasza", co jeszcze bardziej podkreślałoby przywiązanie pacjentów do służby zdrowia. Przykład:

„A nasz ortopeda,
Chociaż chłopak dziarski,
Rady sobie nie da,
Bo sezon narciarski,
Dlatego w wanienkach,
Gipsu mu donasza,
Salowa Helenka,
Która też „a nasza"!
Ojra, tarira ojra..."

Konkurs rysunkowy na autoportret pielęgniarki „W czepku urodzona", reportaż o ordynatorze neurologii, który w wolnym czasie wykonuje witraże na bezcieniowe lampy operacyjne.

I jeszcze jedno. Koniecznie wszystkie gazetki powinny mieć kącik, w którym publikowane byłyby komiksy opisujące ciąg dalszy historii z plakatów sprzed kilkudziesięciu lat. Na przykład, że ten od płuc zrobił wszelkie badania, ale nie znalazł już tamtej dziewczyny, bo zgubił gdzieś karteczkę z adresem, a telefonu nie miała. Z rozpaczy zaczął pić. Aż którejś nocy wypatrzył ją na dancingu, kiedy odmawiała tańca jakiemuś pijanemu facetowi. Chciał podejść, ale uświadomił sobie, że badania właśnie straciły ważność. I żyli długo i szczęśliwie.

Zmiana w ustawodawstwie dotyczącym działalności leczniczej lekarzy

Rozporządzenie Ministra Finansów do ustawy o działalności leczniczej wprowadziło od 1 stycznia 2012 r. szereg nowych przepisów w zakresie ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej oraz minimalnych sum gwarancyjnych dla lekarzy, lekarzy dentystów, pielęgniarek i położnych oraz innych podmiotów wykonujących działalność leczniczą.

Zgodnie z nowymi przepisami, każdy lekarz posiadający zarejestrowaną praktykę lekarską musi mieć wykupione obowiązkowe ubezpieczenie OC. Ponadto, zmianie ulegają sumy gwarancyjne dla podmiotów wykonujących działalność leczniczą. Według ustawy, lekarze prowadzący działalność leczniczą w formie indywidualnej lub grupowej praktyki lekarskiej oraz specjalistycznej praktyki lekarskiej są przedsiębiorcami i podlegają obowiązkowi ubezpieczenia OC. Suma gwarancyjna to 75 000 euro na jedno zdarzenie oraz 350 000 euro na wszystkie zdarzenia w okresie ubezpieczenia. Dla części lekarzy sytuacja prawna nie ulegnie istotnej zmianie. Istnieje jednak wiele przypadków, kiedy lekarze, pomimo spełnienia obowiązku ubezpieczenia, nie będą mieli pełnej ochrony z uwagi na wyłączenia wynikające z Rozporządzenia MF. W tych skomplikowanych sytuacjach najlepiej pomogą eksperci do spraw sprzedaży ubezpieczeń dla branży medycznej.

Wzrost sum gwarancyjnych w obowiązkowych ubezpieczeniach OC podyktowany jest rosnącą liczbą pozwów składanych przez pacjentów oraz rosnącymi kwotami odszkodowania i zadośćuczynienia przyznawanymi im przez sąd. Ustawodawca uznał, że poziom sum gwarancyjnych musi odzwierciedlać sytuację w orzecznictwie. INTER Polska kalkuluje składki dla podmiotów leczniczych, w tym również dla praktyk zawodowych lekarzy tak, by z jednej strony zabezpieczyć wysokie ryzyko ubezpieczeniowe związane ze specyfiką tej grupy zawodowej, a z drugiej pamiętać o realiach finansowych. Trendy w orzecznictwie wskazują jednak, że kwoty odszkodowań będą rosły, podobnie jak świadomość pacjentów co do ich praw i sposobów ich egzekwowania.

Ubezpieczenie obowiązkowe chroni tylko w zakresie świadczeń zdrowotnych realizowanych w ramach danej praktyki zawodowej. Nie obejmuje ono szkód w mieniu, wypłaty kar umownych, czy też zdarzeń, które zaszły w miejscu wykonywania świadczeń medycznych, ale nie były związane z działalnością leczniczą. Przykładowo, podstawowy pakiet ubezpieczenia obowiązkowego podmiotu wykonującego działalność leczniczą może nie obejmować przypadków związanych ze szkodą w mieniu pacjenta.

Uzupełnieniem obowiązkowego ubezpieczenia OC jest ubezpieczenie dobrowolne. W zależności od wybranego zakresu, ubezpieczenie takie obejmuje odpowiedzialność cywilną za szkody w mieniu lub na osobie, które zostały wyrządzone również bez związku z wykonywaniem świadczeń zdrowotnych, OC za szkody w nieruchomościach najmowanych lub dzierżawionych od osób trzecich, OC podwykonawców ubezpieczającego oraz OC pracodawcy za wypadki przy pracy. Najkorzystniejszym rozwiązaniem dla podmiotu wykonującego działalność leczniczą jest skorzystanie z pełnej oferty ubezpieczeniowej w ramach pakietu INTER dla Medycyny. Obejmuje on, poza ubezpieczeniami OC, ubezpieczenie ochrony prawnej, które zapewnia pomoc prawną (również przez telefon) zarówno w sprawach zawodowych, jak i prywatnych. Pakiet obejmuje też ubezpieczenie majątku praktyki lekarskiej, ubezpieczenie na wypadek przypadkowej ekspozycji na materiał zakaźny podczas wykonywania świadczeń medycznych oraz ubezpieczenie domu, mieszkania i wyjazdu turystycznego.

Andrzej Twardowski
dyrektor Biura Ubezpieczeń Majątkowych i Osobowych TU INTER Polska S.A.

Wydaje się, że przy rosnącej świadomości pacjentów, skomplikowanych procedurach organizacyjnych, trudnościach w prowadzeniu dokumentacji medycznej – takie ubezpieczenie jest po prostu konieczne. Dzisiaj można mieć wrażenie, że koszty polisy są wysokie. Prawdziwe problemy pojawiają się jednak wtedy, gdy trzeba zapłacić jednorazowo wysokie odszkodowanie, albo przez wiele lat płacić rentę lub zadośćuczynienie dla rodziny pacjenta.

Dobrze skonstruowany pakiet ubezpieczeniowy rozwieje wszelkie wątpliwości natury prawnej i pozwoli w poczuciu bezpieczeństwa nieść pomoc medyczną wszystkim potrzebującym.

Artykuł sponsorowany

Sport

Ewa i Adam Dyrdowie
Katarzyna i Mariusz Smolikowie

Szusowanie na Czantorii

Mroźna zima przywitała uczestników XV Mistrzostw Polski Lekarzy w narciarstwie alpejskim, zorganizowanych w dniach 10-12 lutego na stoku Czantoria w Ustroniu przez Śląską Izbę Lekarską i Naczelną Izbę Lekarską.

Tradycyjnie, pierwszego dnia zawodnicy rywalizowali na oświetlonym stoku w najtrudniejszej dyscyplinie – slalomie. W kategorii „open" kobiet I miejsce wywalczyła Agnieszka Łodziana- -Żurek, lekarz stomatolog z Bielska-Białej. W kategorii mężczyzn trofeum zdobył Jakub Gałaszek, lekarz stomatolog z Ustronia. Pierwszy dzień sportowych zmagań zakończyło spotkanie z prezesem Polskiego Związku Narciarskiego, Apoloniuszem Tajnerem.

Dwadzieścia stopni mrozu, piękna słoneczna pogoda i wspaniałe widoki ze szczytu Czantorii towarzyszyły nam również nazajutrz, przed startem slalomu giganta. Na starcie zgromadziło się, bagatela, 102 uczestników. Podobnie jak dzień wcześniej, rywalizacja we wszystkich kategoriach wiekowych była bardzo zacięta. Najlepszy czas w kategorii kobiet ponownie uzyskała Agnieszka Łodziana-Żurek, a w kategorii mężczyzn wygrał tym razem Marek Skrzypczyński, lekarz z Wrocławia. Po zawodach uczestnicy spotkali się na konferencji naukowej „Medycyna i Sport", aby wysłuchać znakomitych wykładów: prof. dr. hab. Szczepana Łukasiewicza o filozoficznych i medycznych aspektach uprawiania sportu, dr. Mariusza Smolika o urazach kolana u narciarzy i dr. Adama Staszkiewicza na temat wysiłku mięśniowego towarzyszącego uprawianiu narciarstwa zjazdowego.

fot. Archiwum

Pierwszy dzień sportowych zmagań zakończyło spotkanie z prezesem Polskiego Związku Narciarskiego, Apoloniuszem Tajnerem.

Wykłady te poszerzyły naszą wiedzę o wpływie uprawiania sportu, zwłaszcza narciarstwa alpejskiego, na życie. Drugi dzień zawodów zwieńczyło uroczyste wręczenie medali i nagród zwycięzcom. Zorganizowaną z tej okazji galę zaszczycili swoją obecnością: prezes Naczelnej Rady Lekarskiej, dr Maciej Hamankiewicz i prezes Śląskiej Izby Lekarskiej, dr Jacek Kozakiewicz, którzy ufundowali i wręczyli medale oraz cenne nagrody.

Ostatnią odsłonę mistrzostw stanowiły rozegrane ostatniego dnia zawody drużynowe. Zmaganiom znów towarzyszyły piękna, słoneczna i mroźna pogoda oraz urok Czantorii. Trzyosobowe drużyny rywalizowały w slalomie gigancie. Po zaciętej walce zwyciężyła reprezentacja Beskidzkiej Izby Lekarskiej, przed Śląską Izbą Lekarską i reprezentacją Sport-Kliniki Żory.

Zawody zorganizowaliśmy dzięki pomocy Naczelnej Izby Lekarskiej, Śląskiej Izby Lekarskiej.

Szczegółowe wyniki rywalizacji znajdują się na stronie internetowej www.izba-lekarska.org.

XII Jurajski Rajd Rowerowy

Okręgowa Izba Lekarska w Częstochowie zaprasza na doroczny rajd rowerowy po Jurze Krakowsko-Częstochowskiej. Odbędzie się on w dniach 2-3 czerwca 2012 r.

W programie:

- start na trasy 2 czerwca o godz. 10.00 z hotelu „Kmicic" w Złotym Potoku, ul. Majora Wrzoska 35;
- wieczorny piknik po powrocie do hotelu;
- zwiedzanie klasztoru jasnogórskiego w niedzielę 3 czerwca br. o godz. 12.00.

Koszt udziału: 85 zł osoby dorosłe, 40 zł dzieci. Nocleg w hotelu „Kmicic" w cenie 140 zł ze śniadaniem za pokój dwuosobowy.

Przy rezerwacji konieczna wpłata zaliczki w kwocie 100 zł na konto OIL w Częstochowie, nr 82 1140 1889 0000 2433 3300 1001, BRE Bank Oddział w Częstochowie. W tytule wpłaty należy wpisać: udział w rajdzie (liczba osób). Potwierdzenie wpłaty należy przesłać faksem na nr (34) 365 41 20 w. 300. Wpłaty można dokonać również osobiście w biurze OIL, ul. gen. Józefa Zajączka 5.

Szczegółowe informacje: Tomasz Klimza, tel. 691 488 383 lub w biurze OIL w Częstochowie tel. (34) 368 18 88, e-mail: czestochowa@hipokrates.org

Turnieje tenisowe lekarzy w 2012 roku z akredytacją PSTL

11-13 maja, Częstochowa – XI Ogólnopolski Turniej Tenisowy Lekarzy

24-27 maja, Łódź – XIV Otwarte Mistrzostwa Łodzi w Tenisie – Memoriał dr. Andrzeja Jasińskiego

7-10 czerwca, Zabrze – XXII Mistrzostwa Polski Lekarzy w Tenisie

6-8 lipca, Zamość – IV Ogólnopolski Turniej Tenisowy Lekarzy – Memoriał dr. Tomasza Teresińskiego

24-26 sierpnia, Tychy – I Ogólnopolski Turniej Tenisowy Lekarzy – „Otwarte Mistrzostwa Śląska"

7-9 września, Zielona Góra – II Ogólnopolski Turniej Tenisowy Lekarzy – „Winobranie 2012"

22-29 września, Cervia-Milano Marittima, Włochy – 42. Mistrzostwa Świata Lekarzy w Tenisie

8-11 listopada, Pabianice – XV Jubileuszowe Halowe Mistrzostwa Polski Lekarzy w Tenisie

www.pstl.org

reklama

Sport

Beata Warzecha
lek. stomatolog, członek Komisji Sportu, Kultury i Rekreacji OIL w Gdańsku

Dziewczyny na start!

Ubiegłoroczne, XXXII Mistrzostwa Świata Medyków, odbyły się po raz pierwszy bez nas, ale najbliższe – w Turcji – rozegrane zostaną już z naszym udziałem!

W lipcu 2012 r. na XXXIII Medigames (World Medical and Health Games) w Istambule staną na starcie polskie lekarki i lekarki dentystki lekkoatletki. Przedstawiam naszą medalową szóstkę zawodniczek. Każda wielokrotnie stawała na najwyższym stopniu podium, ustanawiała rekordy, imponowała świetnym przygotowaniem technicznym i kondycyjnym. Poznajcie nasze mistrzynie.

Kategoria A (25-35 lat) – najmłodsza

Oliwia Gawlik – lek. psychiatra z Łodzi

Najlepsza sportsmenka roku 2009 w plebiscycie NRL. Jej sportowe sukcesy na Medigames w Alicante 2009 i Porec 2010 skierowały oczy lekkoatletycznego świata lekarskiego na tę utalentowaną, młodziutką zawodniczkę. Jest autorką blogu Lekkoatletyka Lekarska (www.lekkoatletyka-lekarska.blog.onet.pl), który założyła przed czterema laty. Sama o sobie mówi, że najbardziej lubi skok w dal i 400 m. Na ostatnich krajowych igrzyskach LA pokazała jednak, że potrafi zwyciężać również w innych konkurencjach – zdobyła aż 11 medali, w tym trzy złote.

Małgorzata Gąsowska – lek. neurolog z Płocka

Swój wielki talent sprinterski pokazała przed niespełna trzema laty. Na XXI Mistrzostwach Polski Weteranów LA w Zielonej Górze w 2011 r. zdobyła puchar za wyniki osiągnięte w biegach na 100 m (12,48), 200 m (25,58) i 400 m. Jest rekordzistką w tych konkurencjach. W dal skacze na odległość powyżej 5 m, sukcesy osiąga również w rzucie oszczepem. Jest zawodniczką niezwykle ambitną i pracowitą – systematycznie trenuje, stawiając sobie poprzeczkę coraz wyżej.

Joanna Kała – lek. stomatolog z Libiąża

To mocne ogniwo drużyny lubelskich siatkarek i uznana zawodniczka w sportach rakietowych. Ma niewyczerpane zasoby energii i niespożyte pokłady optymizmu. Od kilku lat startuje w rywalizacji LA: pchnięciu kulą, rzucie dyskiem i rzucie oszczepem. Pierwszy sukces, jako początkująca kulomiotka, odniosła na zakopiańskich igrzyskach w 2010 r. Czterokilogramową kulę pchnęła wówczas poza granicę 9 m (9,02), ustanawiając rekord igrzysk. Kolejny rekord igrzysk ustanowiła w 2011 r. w rzucie dyskiem, osiągając wynik 26,44 m.

Eliza Radzik – lek. internista z Sanoka

W zawodach LA startuje od ośmiu lat i z roku na rok poprawia swoje wyniki, ustanawiając nowe rekordy w rzucie oszczepem, rzucie dyskiem i pchnięciu kulą. Ma ogromną siłę charakteru, upór i ambicję. W 2011 r. pozbawiła Joannę Kałę rekordu w pchnięciu kulą, poprawiając wynik swojej rywalki o 6 cm (obecny rekord igrzysk to 9,08 m). Jest również jedną z trzech najlepszych sprinterek w kat. A (obok Oliwii Gawlik i Małgorzaty Gąsowskiej).

Kategoria B

Patrycja Kowalska – lek. anestezjolog z Lublina

Jej twarz powinna być znana większości czytelników, ponieważ w październiku 2008 r. pojawiła się na okładce „GL". Od kilku lat jest zawodniczką startującą w kat. B. Jej koronne konkurencje to biegi i skoki, jednak świetnie daje sobie radę również w zawodach pływackich i strzeleckich. W letnich igrzyskach zdobyła aż 70 kolorowych krążków! Tylko w 2008 r. wywalczyła ich 14.

Joanna Kaszuba (od niedawna Urbaniak) – lek. stomatolog z Łodzi

Złota dziewczyna od badmintona i squasha, lecz na tartanie radzi sobie równie dobrze. Podczas ostatnich zakopiańskich igrzysk startowała we wszystkich sześciu konkurencjach biegowych, włącznie ze sztafetą. Jako jedyna połączyła tę rywalizację ze startami w zawodach sportów rakietowych, które wymagają doskonałej kondycji. Jej ogromy sukces to ustanowienie rekordu w biegu pań startujących w kat. B na najdłuższym dystansie 3000 m.

DZIĘKUJEMY I PROSIMY O WIĘCEJ

Dziękujemy okręgowym izbom lekarskim za dotychczasowy sponsoring i polecamy się ich pamięci. Dzięki pozyskiwanym od nich środkom finansowym nasze środowisko zawodowe może się integrować, promować sport i zasady rywalizacji fair play. Nasze sukcesy są także ich sukcesami. Chcemy nadal, idąc za przykładem Justyny Kowalczyk, pokazywać kolegom i koleżankom z innych krajów, że Polka potrafi!

Ogólnopolska wystawa malarstwa

Serdecznie zapraszamy do udziału w jubileuszowej X Ogólnopolskiej Wystawie Malarstwa Lekarzy, która odbędzie się w dniach 27 maja – 1 czerwca 2012 r. w Klubie Lekarza w Łodzi.

Na coroczną, tym razem jubileuszową, Ogólnopolską Wystawę Malarstwa Lekarzy Komisja Kultury Okręgowej Izby Lekarskiej w Łodzi zaprasza już po raz dziesiąty, także w maju – kontynuując tym samym tradycję wiosennych wernisaży.

Koleżanki i kolegów zainteresowanych udziałem w wystawie prosimy o dostarczenie swych dzieł do OIL w Łodzi (93-005 Łódź, ul. Czerwona 3) do końca kwietnia br. Prace, które zostaną dostarczone w tym terminie, będą umieszczone w jubileuszowym albumowym wydaniu katalogu. Obrazy mogą być wykonane w dowolnych technikach i formatach, muszą być opatrzone następującymi danymi: tytuł, imię i nazwisko autora, rodzaj jego specjalizacji, miejscowość zamieszkania. Przyjmujemy maksymalnie cztery prace od jednego autora ze względu na ograniczenia powierzchni wystawienniczej.

Wernisaż jubileuszowej wystawy odbędzie się 27 maja 2012 r. (niedziela) o godz. 17.00 w Klubie Lekarza w Łodzi przy ul. Czerwonej 3, a wystawa potrwa do 1 czerwca 2012 r. Serdecznie zapraszamy autorów i wszystkich zainteresowanych twórczością lekarzy. Kontakt: Iwona Szelewa, tel. (42) 683 17 01, faks (42) 683 13 78, e-mail: biuro@oil.lodz.pl.

reklama

Jubileusz Chóru UM w Białymstoku

Zarząd Chóru Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku ma zaszczyt zaprosić wszystkich jego byłych i obecnych członków na uroczyste obchody jubileuszu 60-lecia działalności artystycznej zespołu, które odbędą się w dniach 18-19 maja 2012 r. w Białymstoku. Szczegółowe informacje dotyczące rejestracji dostępne są pod adresem: http://chor.umb.edu.pl/.

Zwracamy się również z gorącą prośbą o powiadomienie wszystkich chórzystów, z którymi posiadają państwo kontakt o zbliżającym się jubileuszu. Tylko raz na pięć lat mamy wyjątkową okazję do podsumowań i wspomnień tych niezapomnianych lat wypełnionych wspólnym muzykowaniem. Mamy więc nadzieję, iż w jak najliczniejszym gronie przyjaciół dane nam będzie wspólnie jeszcze raz zaśpiewać ulubioną „Kołysankę”.

Kalendarz Kultura i sport w 2012 r.

Marzec

III Ogólnopolski Konkurs Poetycko-
-Prozatorski „Puls Słowa"
Warszawa
Maria Żywicka-Luckner
604 286 324
majkazywicka@wp.pl
OIL Warszawa

2.03.
XII Ogólnopolska Biesiada Literacka
OIL Łódź
Barbara Szeffer-Marcinkowska
(42) 686 28 10
Bsm20@wp.pl
OIL Łódź

2-4.03.
IV Podkarpackie Mistrzostwa Lekarzy
w Narciarstwie Alpejskim
ORW Bystre k. Baligrodu
Maria Szuber
607 365 537
Jacek Tętnowski
(12) 619 17 20
OIL Rzeszów
OIL Kraków

8-11.03.
VII Zimowe Igrzyska Lekarskie
Zakopane
Maciej Jachymiak
www.igrzyskalekarskie.org
OIL Kraków

10.03.
Mistrzostwa Polski Lekarzy w Tenisie
Stołowym
Nowy Targ
Maciej Jachymiak
www.igrzyskalekarskie.org
OIL Kraków

16-18.03.
XII Mistrzostwa Polski Lekarzy
w Siatkówce Halowej
Dąbrowa Górnicza
Hala Widowiskowo-Sportowa „Centrum"
Przemysław Rosak
506 104 992
rosakowski@o2.pl
Śląska Izba

24.03.
Eskulap pod żaglami – rejs morski
z „Kapitanem Burchardtem"
Morze Śródziemne
Włodzimierz Janiszewski
601 511 361
OIL Zielona Góra

31.03.
I Mistrzostwa Polski Lekarzy w Squashu
Gliwice
Tomasz Romańczuk
(32) 203 65 47
Śląska Izba

Kwiecień

I Mistrzostwa Polski Lekarzy w Bowlingu
Jacek Tętnowski
607 240 938
OIL Kraków

1.04.
XXVII Bieg „Sokoła"
XV Mistrzostwa Polski Lekarzy
Bukówiec Górny
Leszek Walczak
601 75 47 20
Wielkopolska Izba

12-15.04.
V Ogólnopolski Jurajski Zlot Lekarzy
Motocyklistów – Poraj 2012
Jasna Góra
Mariusz Malicki
600 064 818
Rita Idziak
(34) 324 76 19
OIL Częstochowa

15.04.
25.04.
Eskulap pod żaglami – rejs morski
z „Kapitanem Burchardtem"
Morze Śródziemne
Włodzimierz Janiszewski
601 511 361
OIL Zielona Góra

19-21.04.
VIII Mistrzostwa Polski Lekarzy w Basen
MOSiR Dębica
Janusz Bieniasz
(14) 670 52 61
604 090 587
Lesław Ciepiela
602 758 441
OIL Rzeszów

Maj

6.05.
Koncert Polskiej Orkiestry Lekarzy
Andrzej Surowiecki
668 398 719
OIL Warszawa

11-13.05.
XI Ogólnopolski Turniej Tenisa Ziemnego
Częstochowa
Lesław Rudziński
601 913 381
Rita Idziak
(34) 324 76 19
OIL Częstochowa

12-13.05.
IV Drużynowe Mistrzostwa Izb Lekarskich
w Golfie
Wierzchowiska k. Lublina
Artur Czekierdowski
606 118 922
Jacek Grabowski
605 332 041
OIL Lublin

13-20.05.
XII Ogólnopolski Plener Malujących Lekarzy
Niechorze
Włodzimierz Cerański
602 121 084
Maciej Mrożewski
693 543 211
OIL Warszawa
OIL Szczecin

17-19.05.
zastępczy
10-12 .05.
II edycja Międzynarodowego Konkursu
Piosenki Amatorskiej
Lekarzy Śpiewających
Szczecin
Grzegorz Czajkowski
606 246 446
Kamila Sidor
(91) 487 75 61
OIL Szczecin

17-20.05.
XI Mistrzostwa Polski Lekarzy w Szachach
oraz Turniej Rodzin Lekarskich
Ustroń (woj. śląskie)
Jerzy Pabis
605 569 065
pabisjerzy@vp.pl
Śląska Izba

17-20.05.
I Mistrzostwa Polski w Brydżu Sportowym
Samorządów Zawodowych
Zaufania Publicznego
Krzysztof Makuch
608 200 190
OIL Warszawa

18-20.05.
VI Ogólnopolski Rajd Konny Lekarzy
Kompleks Lasów Spalsko-Rogowskich
woj. łódzkie
Wojciech Sędzicki
722 282 750
OIL Łódź

18-20.05.
III Ogólnopolskie Regaty Żeglarskie Lekarzy
Puck
Przemysław Rzepecki
693 525 263
oil@gdansk.oil.org.pl
(58) 524 32 00
OIL Gdańsk

25-26.05.
Festiwal AVE MARIA z udziałem chórów
i orkiestr lekarskich z całej Polski
Katowice-Czeladź
Magdalena Gawron-Kiszka
606 789 428
Śląska Izba

26.05. zastępczy 2.06.
X Mistrzostwa Polski Lekarzy
w Wieloboju Lekkoatletycznym
Stadion MOSiR Zielona Góra
Maciej Cerbiński
601 790 707
Ryszard Choroś
601 768 359
OIL Zielona Góra

27.05.
X Jubileuszowa Ogólnopolska Wystawa
Malarska Lekarzy
Klub Lekarza w Łodzi
Andrzej Święs
(42) 683 17 01
biuro@oil.lodz.pl
OIL w Łodzi

Czerwiec

Mistrzostwa Polski Lekarzy
w Wędkarstwie Muchowym
Muszyna
Maciej Fortuna
604 230 468
OIL Kraków

1.06.
II Ogólnopolski Konkurs Fotograficzny
„Zastrzyk radości"
Anna Żelechowska
608 283 685
Olga Nocoń
(34) 368 18 88
OIL Częstochowa

2-3.06.
Ogólnopolski Turniej Tenisa Ziemnego
Lekarzy Sopot 2012
Mateusz Koberda
mateuszkoberda@tlen.pl
Łukasz Skorupa
skori@gumed.edu.pl
OIL Gdańsk

2-3.06.
IX Ogólnopolski Jurajski Rajd Rowerowy
Lekarzy OIL Częstochowa
Hotel Kmicic w Złotym Potoku
Tomasz Klimza
691 488 383
Rita Idziak
(34) 324 76 19
OIL Częstochowa

2-3.06.
X Mistrzostwa Polski Lekarzy
w Wędkarstwie Spławikowym
Rajsko k. Oświęcimia
Klaudiusz Komor
608 365 164
kkomor@op.pl
Beskidzka Izba

7-10.06.
XXII Mistrzostwa Polski Lekarzy
w Tenisie Ziemnym MERCEDES CUP
Zabrze
Wojtek Wawrzynek
601 430 032
www.pstl.org
www.klubmostostal.pl
Śląska Izba

8-9.06.
X Mistrzostwa Polski Lekarzy
w Kolarstwie Szosowym
Bychawa-Pszczela Wola
Krzysztof Matras
605 084 016
Mariusz Trus
697 111 238
OIL Lublin

10.06.
Mistrzostwa Polski Lekarzy
we Wrotkarstwie
Klonowo k. Ostródy
Radosław Szelc
604 773 458
Warmińsko-Mazurska Izba

14-17.06.
VI Mistrzostwa Polski Lekarzy
w Siatkówce Plażowej w Niechorzu
Niechorze
Maciej Lewandowski
606 980 888
Cezary Sierant
605 575 499
Kamila Sidor
(91) 487 75 61
OIL Szczecin

15-16.06.
XII Mistrzostwa Polski Lekarzy w Golfie
Binowo Park Club Golf
Jerzy Szymczak
501 161 191
OIL Szczecin

16-17.06.
II Ogólnopolskie Grand Prix
w Strzelectwie Myśliwskim Lekarzy
„Złoty Eskulap"
Puławy
Marek Gogacz
502 114 898
Tomasz Wójcicki
504 190 494
OIL w Lublinie

22-24.06.
IX Ogólnopolskie Mistrzostwa Izb
Lekarskich w Żeglarstwie klasa Omega
o Puchar Prezesa NRL
Szczecin, Jezioro Dąbskie
Halina Teodorczyk
604 416 864
Halina Ey-Chmielewska
601 576 160
Kamila Sidor
(91) 487 75 61
OIL Szczecin

23.06.
MEDICYCLING MTB Cup 2012
Zgierz/Malinka
Piotr Kosielski
535 003 003
kosielski@o2.pl
OIL Łódź

Lipiec

5-8.07.
Ogólnopolski Tenisowy Turniej Lekarzy
– IV Memoriał dr. Tomasza Teresińskiego
Zamość
Janusz Kawałko
696 066 100
Andrzej Semczuk
601 715 700
Ryszard Krawiec
(84) 638 58 80
OIL Lublin

22.07.
Mistrzostwa Polski Lekarzy w Triatlonie
na Dystansie Olimpijskim
Frydman
Lucjan Habieda
609 600 535
OIL Kraków

28.07.-5.08.
Rajd Górski Służby Zdrowia
„Bieszczady 2012"
Bieszczady
Maria Szuber
607 365 537
OIL Rzeszów

Sierpień

18.08.
III Letnie Mistrzostwa Polski Lekarzy
w Triatlonie
(1/2 dystansu olimpijskiego – sprint)
Sandomierz
Jacek Łabudzki
603 914 107
drdjl@op.pl
Świętokrzyska Izba

24-26.08.
I Ogólnopolski Turniej Tenisowy Lekarzy
„Otwarte Mistrzostwa Śląska"
Tychy
(32) 203 65 47
Śląska Izba

25-26.08.
Ogólnopolski Turniej Siatkówki
Plażowej Lekarzy
Gdańsk
Łukasz Skorupa
skori@gumed.edu.pl
OIL Gdańsk

31.08.-02.09.
VIII Ogólnopolski Motocyklowy
Zlot Lekarzy
Sulejów k. Piotrkowa Tryb.
Włodzimierz Dłużyński
601 803 771
Marcin Dłużyński
691 758 627
OIL Łódź

Wrzesień

III Ogólnopolski Konkurs
Poetycko-Prozatorski „Puls Słowa"
– uroczyste rozdanie nagród
Warszawa
Maria Żywicka-Luckner
604 286 324
OIL Warszawa

1.09.
XV Mistrzostwa Polski Lekarzy
w Kolarstwie Górskim
Wisła, Ośrodek Narciarski Stożek
Janusz Lewandowski
606 235 361
janlewdoctor@interia.pl
Marek Paściak
693 583 232
Śląska Izba

5-9.09.
X Igrzyska Lekarskie
Zakopane
Maciej Jachymiak
www.igrzyskalekarskie.org
OIL Kraków

7-9.09.
II Turniej Ogólnopolski Lekarzy
w Tenisie Ziemnym
Zielona Góra
Józef Safian
601 511 361
OIL Zielona Góra

7-9.09.
XXI Żeglarskie Mistrzostwa Polski Lekarzy
Giżycko
Bogdan Kula
607 229 601
Warmińsko-Mazurska Izba

15.09.
XV Mistrzostwa Polski Lekarzy
w Półmaratonie
Gniezno
Wojciech Łącki
602 244 817
wojciechlacki@poczta.onet.pl
Wielkopolska Izba

21-29.09.
I Ogólnopolski Festiwal Chórów Lekarskich
Ostrów Wielkopolski
Justyna Chełmińska
(61) 852 58 60 wew. 108
Wielkopolska Izba

22.09.
XII Mistrzostwa Lekarzy Pomorza
i Kujaw w Tenisie Ziemnym
Toruń
Aleksander Skop
604 267 343
Zbigniew Kula
606 464 455
Kujawsko-Pomorska Izba

22-29.09.
42. Mistrzostwa Świata Lekarzy w Tenisie
Włochy, Cervia-Milano Marittima

26-30.09.
II Ogólnopolski Obóz Taneczny Lekarzy
„Let`s dance"
Kołobrzeg – Arka Medica Spa-Hotel
Małgorzata Jankowska-Kuc
603 073 793
OIL Zielona Góra

Wrzesień/ październik

Mistrzostwa Polski Lekarzy w Badmintonie
Kazimierz Szczuka

Koncert Muzykujących Lekarzy
z udziałem lekarzy z Polski i zagranicy
Katowice – Dom Lekarza
Grzegorz Góral
668 285 173
Śląska Izba

Październik

4-6.10.
I Indywidualne i Drużynowe Mistrzostwa
Polski w Wędkarstwie Spinningowym
Lekarzy im. prof. Religi
Bronisławów
Marek Chalusiak
602 440 543
Adam Nidziański
600 445 607
OIL Łódź

12-14.10.
XVIII Mistrzostwa Polski Lekarzy
w Brydżu Sportowym
Krzysztof Makuch
608 200 190
krzysztofmakuch@hipokrates.org
Aleksander Skop
604 267 343
skalek@poczta.onet.pl
OIL Warszawa

14.10.
XI Mistrzostwa Polski Lekarzy w Maratonie
Poznań
Wojciech Łącki
wojciechlacki@poczta.onet.pl
Wielkopolska Izba

20-22.10.
I Ogólnopolski Festiwal Chórów Lekarskich
III Ogólnopolski Koncert Lekarzy
Ostrowskie Centrum Kulturalne
Justyna Chełmińska, dyrygent chóru
kameralnego lekarzy WIL
(61) 852 58 60 wew. 108
Wielkopolska Izba

21.10.
Koncert z okazji Dnia św. Łukasza
– Patrona Lekarzy
Poznań, Aula Nova
Paula Filas
(61) 852 58 60 wew. 108
Wielkopolska Izba

21-26.10.
Ogólnopolska Wystawa Fotograficzna
„Świat w obiektywie lekarskim"
Klub Lekarza – OIL Łódź
Andrzej Święs
(42) 683 17 01
biuro@oil.lodz.pl
OIL Łódź

Listopad

XVIII Mistrzostwa Polski Lekarzy
w Halowej Piłce Nożnej Mielec 2012
Mielec
Zbigniew Bober
607 365 537
OIL Rzeszów

8-11.11.
XV Jubileuszowe Halowe Mistrzostwa
Polski Lekarzy w Tenisie Ziemnym
Pabianice k. Łodzi
Janusz Malarski
501 113 211
OIL Łódź

II Podkarpackie Mistrzostwa Lekarzy
w Tenisie
Rzeszów
Alek Micał
Jacek Kowal
(17) 853 58 37
OIL Rzeszów

Grudzień

1.12.
II Halowe Mistrzostwa Lekarzy Pomorza
i Kujaw w Tenisie Ziemnym
Bydgoszcz
Zbigniew Kula
606 464 455
Aleksander Skop
604 267 343
Bydgoska Izba

Komunikaty

Wydział Lekarski AM w Białymstoku, rocznik 1952-1958

Spotkanie koleżeńskie z okazji 54. rocznicy ukończenia studiów odbędzie się w dniach 18-20 maja 2012 r. w naszym Ośrodku Szkoleniowo-Konferencyjnym w Turośni Kościelnej k. Białegostoku. Wpłata wpisowa w wysokości 450 zł obejmuje noclegi, wyżywienie oraz transport na trasie Białystok – Turośń Kościelna. Wpłaty na konto bankowe Jerzego Jarycha, nr 74 1020 1332 0000 1102 0762 2238 PKO BP SA Oddział 5 Białystok, najpóźniej do 31 marca, z dopiskiem „Zjazd Koleżeński". Informacji udzielają członkinie Komitetu Organizacyjnego: Ida Kinalska – tel. 604-891-047, Hanna Chojnacka – tel. (85) 742-09-56, Izabela Sipowicz – tel. 606-830-960.

Absolwenci AM w Białymstoku, rocznik 1976-1982

W dniach 12-14 października 2012 r. w Białymstoku organizujemy spotkanie koleżeńskie z okazji 30. rocznicy ukończenia studiów. Prosimy o przesyłanie wstępnych zgłoszeń na e-mail: w-polubinski@wp.pl w celu ustalenia liczby uczestników. Panie prosimy o podanie nazwiska z okresu studiów oraz aktualnego. Szczegóły spotkania podamy bezpośrednio na e-mail w komunikacie nr 2. Prosimy o kontakt do 30 marca. Bogdan Młynarczyk, tel. 501 632 461, Włodzimierz Połubiński, tel. 601 299 716, e-mail: w-polubinski@wp.pl

Wydział Lekarski AM w Lublinie, rocznik 1977

Zapraszamy na zjazd koleżeński (absolwenci i osoby towarzyszące) 12 maja 2012 r. Miejsce spotkania: Lublin – Zemborzyce Tereszyńskie – restauracja TRZY RÓŻE, z możliwością noclegów. Rezerwacja noclegu: tel. 511 190 996, koszt noclegu pokrywają uczestnicy. Koszt uczestnictwa 220 zł od osoby. Prosimy o zgłoszenia na nasze adresy e-mailowe lub telefonicznie do 31 marca. Wpłaty do 15 kwietnia na konto: Elżbieta Wroczek-Glijer 28 1240 2382 1111 0010 1287 4209, z dopiskiem „Zjazd 77" i aktualnym adresem pocztowym lub e-mailowym. Kontakt: Elżbieta Wroczek-Glijer – elawroczek@wp.pl, tel. 605 988 766; Grażyna Staroń-Górnicka – ggornicka@wp.pl, tel. 605 722 050. Zaproszenia dla osób, które zgłoszą się będą wysyłane tylko na adres e-mailowy.

Absolwenci AM we Wrocławiu, rocznik 1967

Spotkanie koleżeńskie z okazji 45. rocznicy ukończenia studiów, w dniach 1-2 czerwca 2012 r. we Wrocławiu. Opłata za uczestnictwo od absolwenta/od osoby towarzyszącej: całkowity koszt (bankiet + rejs + część oficjalna) 350 zł, rejs statkiem + część oficjalna 250 zł (RO), bankiet + część oficjalna (bez rejsu) 250 zł (BO), osoba towarzysząca na bankiecie 150 zł (B), tylko rejs statkiem (bez bankietu i części oficjalnej) 150 zł (R), tylko część oficjalna (bez bankietu i rejsu) 100 zł. Wpłaty na konto DIL we Wrocławiu: 17 1540 1030 2001 7753 6075 0001, do 31 marca, z dopiskiem „Zjazd 1967" oraz zaznaczeniem opcji podanych w nawiasie przy cenach (RO, BO, B lub R). Panie prosimy o podanie nazwiska obecnego oraz z okresu studiów. Wpłat gotówkowych można dokonywać bezpośrednio w DIL-u (poziom 1). Informacje: Patrycja Malec, DIL we Wrocławiu, tel. (71) 79 88 068, faks (71) 79 88 081, e-mail: patrycja.malec@dilnet.wroc.pl, patka.malec@wp.pl. Za Komitet Organizacyjny: Irma Grenik-Sieklucka, Dorota Ryszkowska, January Sieklucki, Krystyna Stępniewska, Ziemisław Stępniewski, Danuta Żytkiewicz-Jaruga.

Absolwenci PAM, stomatologia, rok 1992

W dniach 7-10 czerwca 2012 r. w Rewalu w Hotelu RESIDENCE odbędzie się zjazd koleżeński: 20-lecie dyplomu rocznika 1992. Chętnych proszę o kontakt mailowy lub telefoniczny: Agnieszka Borowiec-Rybkiewicz, e-mail: a.borowiec@interia.eu, tel. 608 73 73 73 i potwierdzenie uczestnictwa.

Absolwenci PAM w Szczecinie, rok 1979

Szczegóły na stronie www.zjazd-1979.pl. Dach, Hoc, Kuc.

Absolwenci ŚAM, rok 1969

Serdecznie zapraszam na X zjazd koleżeński do Hotelu „Ostaniec" w Podlesicach gmina Kroczyce w dniach 15-17 czerwca 2012 r. Koszt uczestnictwa: 450 zł. Zgłoszenia do 1 maja na adres: Maria Gajecka-Bożek, 42-400 Zawiercie, ul. Okiennik 40, tel. (32) 671 60 25 lub 601 289 665, e-mail mariagajeckabozek@op.pl. Wpłaty do 15 maja na konto 27 1050 1591 1000 0022 2922 3264.
Więcej informacji na www.absolventus.pl

Wydział Lekarski AM w Gdańsku, rocznik 1980-1986

Z okazji 25. rocznicy ukończenia studiów zapraszamy absolwentów rocznika 1980-1986 Wydziału Lekarskiego AM w Gdańsku na spotkanie roku, które odbędzie się 14/15 kwietnia w ośrodku w Gołuniu na Kaszubach: www.hotel-golun.com.pl (kontakt: Leszek Szejerka, tel. 513 052 902). Prosimy rezerwować nocleg w hotelu samodzielnie. Główną imprezę planujemy na sobotę 14 kwietnia, ale oczywiście można przyjeżdżać już w piątek. Kontakt w sprawach organizacyjnych: Piotr Czauderna, Klinika Chirurgii Dziecięcej GUMed, tel. 609 060 774 lub (58) 76 40 361, e-mail: pczaud@gumed.edu.pl

Absolwenci AM w Gdańsku, rocznik 1955-1960

Serdecznie zapraszamy na koleżeńskie spotkanie 19 maja 2012 r. o godz. 14.00 do Centrum Szkoleniowego Politechniki Gdańskiej, dawna „ZATOKA" w Sopocie, ul. E. Plater 7/9/11. Koszt udziału 70,00 zł. Zgłoszenia do 15 kwietnia przyjmują kol. kol.: Barbara Pętlak-Till, tel. (58) 301 17 42; Janina Borówko, tel. 696 506 415; Teresa Bielecka, tel. 694 959 810.

Wydział Stomatologii AM we Wrocławiu, rocznik 1977

Serdecznie zapraszamy na spotkanie koleżeńskie z okazji 35. rocznicy ukończenia Wydziału Stomatologii AM we Wrocławiu, które odbędzie się 29 września 2012 r. (sobota) we Wrocławiu. Opłata za uczestnictwo w zjeździe: całkowity koszt 250 zł, osoba towarzysząca na bankiecie 150 zł, tylko część oficjalna (bez bankietu) 100 zł. Wpłaty na konto DIL we Wrocławiu: 17 1540 1030 2001 7753 6075 0001, do 30 kwietnia, z dopiskiem „Zjazd 1977". Wpłat gotówkowych można dokonywać bezpośrednio w DIL (poziom 1). Panie prosimy o podanie nazwiska obecnego oraz z okresu studiów. Informacje: Zofia Sozańska, tel. (71) 352 63 92, kom. 601 741 947; Maria Jakowicz-Hendrykowska, tel. (71) 351 78 65, kom. 604 402 330, e-mail: mariagabinet@wp.pl; Patrycja Malec, DIL we Wrocławiu, tel. (71) 79 88 068, faks (71) 79 88 081, e-mail: patrycja.malec@dilnet.wroc.pl, patka.malec@wp.pl. Za Komitet Organizacyjny Majka Jakowicz-Hendrykowska, Zofia Sozańska.

Absolwenci AM we Wrocławiu, rocznik 1972

Serdecznie zapraszamy do udziału w Zjeździe Absolwentów naszego rocznika w dniach 25-26 maja 2012 r. we Wrocławiu. Opłata za uczestnictwo w zjeździe od absolwenta/osoby towarzyszącej: całkowity koszt (bankiet + rejs + część oficjalna) 350 zł, rejs statkiem + część oficjalna 250 zł, osoba towarzysząca na bankiecie 150 zł, tylko rejs statkiem (bez bankietu i części oficjalnej) 150 zł, tylko część oficjalna (bez bankietu i rejsu) 100 zł. Wpłaty na konto DIL we Wrocławiu: 17 1540 1030 2001 7753 6075 0001, do 31 marca, z dopiskiem „Zjazd 1972S" lub bezpośrednio w DIL we Wrocławiu (poziom -1). Panie prosimy o podanie nazwiska obecnego oraz z okresu studiów. Informacje: Elżbieta Wronecka (Appel), tel. 509 960 029, e-mail: ela.wronecka@wp.pl; Bożenna Kochan (Lipska), tel. 601 332 152; Patrycja Malec z DIL we Wrocławiu, tel. (71) 79 88 068, e-mail: patrycja.malec@dilnet.wroc.pl, patka.malec@wp.pl. Rezerwacja miejsc noclegowych we własnym zakresie i na własny koszt. Działajcie szybko! Za Komitet Organizacyjny: Bożenna Kochan, Jarosław Śmiałowski, Elżbieta Wronecka.

51. OGÓLNOPOLSKI DZIEŃ KLINICZNY PARAZYTOLOGII LEKARSKIEJ

18 maja 2012 r. odbędzie się w Łodzi 51. Ogólnopolski Dzień Kliniczny Parazytologii Lekarskiej. Temat zjazdu: „Choroby pasożytnicze i grzybice skóry i jej przydatków oraz inne zagadnienia parazytologii i mikologii". Miejsce obrad: Katedra Biologii i Parazytologii Lekarskiej UM, Plac Hallera 1, sala 328, bud. 2, III p. Informacje: katbiol@wp.pl, tel. (42) 639 33 70, faks (42) 639 33 71.

Taniec z gwiazdami

Jarosław Wanecki
przewodniczący
kolegium
redakcyjnego „GL”

Media mają swoje tajemnice, ukrywane nawet wtedy, gdy publiczność zapraszana jest za kulisy. Niestety, zwiedzanie telewizyjnej kuchni, redakcyjnego akwarium poczytnego pisma, czy wycieczka przez radiowe studia, utrwalają stereotyp magii miejsc, w których kreowane są najświeższe newsy, programy rozrywkowe i popularność. Jak wiadomo, Polacy znają się na leczeniu, prawie cywilnym, karnym, rodzinnym i trenowaniu narodowej drużyny piłkarskiej. W ciągu kilkunastu miesięcy przekonałem się, że wśród tych umiejętności niesłusznie zapomina się o pasji pisarskiej, dziennikarskiej i redakcyjnej, którą zarażeni są również liczni lekarze. Prawie nikt nie czyta, ale wszyscy piszą! Praktycznie nic nie jest warte uwagi, ale zawsze podlega ostrej i bezrefleksyjnej recenzji.

Kiedy obejmowałem funkcję szefa kolegium redakcyjnego „Gazety Lekarskiej”, miałem równie fantastyczne mniemanie o sobie, zjadłem wszystkie rozumy i wiedziałem, jak tworzy się prasę. To mylne przekonanie wywodziłem z napisania kilkuset artykułów, uzurpując sobie prawo do pokazywania, jakie są oczekiwania Czytelników, a co najgorsze, również ich gusta.

Czar prysnął. Redakcyjna siermiężność sprowadza na ziemię. Na szczęście (mimo masowej krytyki), dzięki pomysłowi Macieja Hamankiewicza, pojawili się wokół redakcji profesjonaliści, którzy z pobłażaniem, życzliwością i konsekwencją zaprowadzili ludzi izbowego miesięcznika do prawdziwego dziennikarskiego warsztatu, do fabryki, w której można było realizować marzenia, ale tylko pod warunkiem ogromnej pracowitości i punktualności. Same pomysły, jak się szybko okazało, bez współczesnych narzędzi nie wystarczą do stworzenia formatu prasowego przewyższającego choćby odrobinę szmatławą broszurkę domowej roboty.

27 stycznia zakończyła się osiemnastomiesięczna współpraca wydawnicza Naczelnej Rady Lekarskiej i Ringier Axel Springer Polska, dotycząca realizacji nowego projektu „Gazety Lekarskiej”. Współpraca niezwykle trudna, ucząca pokory, rozwagi oraz poszukiwania kompromisów między schlebianiem masowym gustom lub kontekstom merytorycznym opłacanym przez reklamę a rzetelną informacją i komentarzem zgodnym z linią pisma samorządu zawodowego i kodeksem etyki. Mam nadzieję, także w Państwa ocenie współpraca bardzo owocna, chociaż nierówna, widoczna przede wszystkim w zmieniającym się z każdym numerem, ciągle poszukującym piśmie izb lekarskich.

Dziękuję za dotychczasową opiekę prasowych gwiazd: zespołowi redaktorów, korektorów, adiustatorów, grafików, specjalistów od pozyskiwania reklam i menedżerów, także przyjaciół, którzy chcieli z nami zatańczyć, ucząc kroków podstawowych, a nawet skomplikowanych figur. Jednocześnie jednak informuję, że dalej zostajemy już na parkiecie sami. Bogatsi o doświadczenia, przygotowani do optymalnych decyzji, z nowymi pomysłami i sprawdzoną marką, w nowej odsłonie plastycznej i co najważniejsze, niezależni od rytmu, który narzucany był, siłą rzeczy, przez wielki zagraniczny koncern.

Media mają swoje tajemnice służące obrazowaniu rzeczywistości. „Gazeta Lekarska” odsłoniła dla siebie rąbek jednej z nich. A teraz zaprasza do tańca w kolejnej edycji.

Wydawca:
Naczelna Rada Lekarska
Dla członków izb lekarskich bezpłatnie
Nakład: 159 000 egz.

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

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

Zastępca redaktora naczelnego:
Mariola Marklowska-Dzierżak
Tel.: (22) 559 02 63, 606 294 251
e-mail: m.marklowska@gazetalekarska.pl

Dziennikarze:
Marta Jakubiak
Tel.: (22) 559 02 60, 608 316 248
e-mail: m.jakubiak@gazetalekarska.pl

Lucyna Krysiak
Tel.: (22) 559 02 60, 661 092 853

Redaktor naczelny Biuletynu NRL:
Mariusz Janikowski
Tel.: 600 909 381

Redakcja:
Urszula Bąkowska
Tel.: (22) 559 02 67
e-mail: u.bakowska@gazetalekarska.pl
redakcja@gazetalekarska.pl
Faks: (22) 559 02 61

Stale współpracują:
Artur Andrus (Warszawa)
Jerzy Badowski (Olsztyn)
Sławomir Badurek (Toruń)
Anna Lella (Olsztyn)
Sławomir Pietras
Małgorzata Serwach (Łódź)
Joanna Sokołowska (Płock)

Adres redakcji:
00-775 Warszawa, ul. Konduktorska 4
www.gazetalekarska.pl

Reklama i marketing:
Mateusz Gajda
Tel.: (22) 559 02 66, 600 064 140
e-mail: m.gajda@gazetalekarska.pl
Małgorzata Gałązka
Tel.: (22) 559 02 64, 668 276 630
e-mail: malgorzata.galazka@gazetalekarska.pl

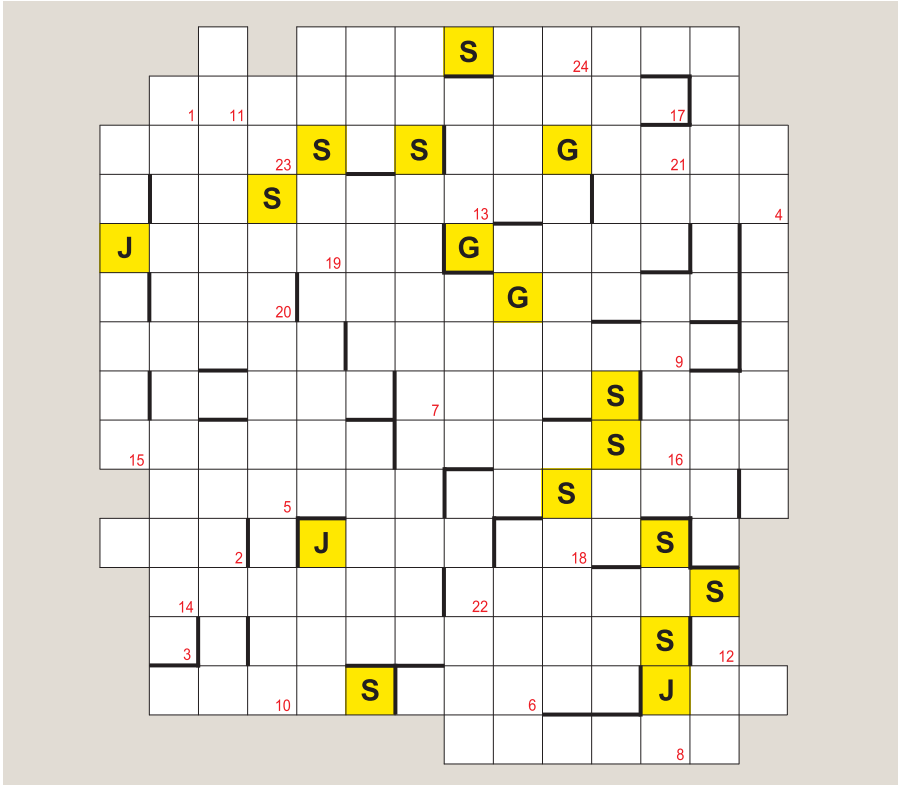
Projekt graficzny, skład i łamanie:
Adam Leniec

Druk:
Drukarnia QuadWinkowski

Materiałów niezamówionych redakcja nie zwraca i zastrzega sobie prawo do skrótów, adiustacji, zmiany tytułów. Redakcja nie odpowiada za treść reklam i 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 2011 r. – Prawo farmaceutyczne (Dz.U. nr 126, poz. 1381, z późn. zmianami i rozporządzeniami).

NAKŁAD KONTROLOWANY

Jolka lekarska 175



Objaśnienia 58 haseł podano w przypadkowej kolejności. W diagramie ujawniono wszystkie litery: G, J i S. Na ponumerowanych polach ukryto 24 litery hasła, które stanowi rozwiązanie. Należy je przesłać na karcie pocztowej na adres redakcji do 10 kwietnia 2012 r. Wśród autorów prawidłowych rozwiązań rozlosujemy nagrody książkowe (prosimy o podanie specjalizacji).

* varicosis * pora na egzaminy * jezioro w Peru i Boliwii * kolor, kozer * poborca należności * mimowolny skurcz mięśni * łokciem w bok * stłumił spisek Katyliny * Hennessy lub Remy Martin * piękna uczestniczka łowów kalidońskich * grzybica (łac.) * notatnik * kanton z Altdorf * Jacek, mąż Haliny Kossobudzkiej * fragmenty tekstu * warzywo * ulotka propagandowa * kochanek Galatei * upierzenie na zgrzebłach głuszca * król Izraela (842-814 p.n.e.) * gustus * imię Gran, najpopularniejszej pieśniarki getta * przylądek Antarktydy, miejsce pierwszego lądowania (1895) * Małgorzata Dydek * wyrzeka się uciech życia * pseudonim Żeleńskiego * wezwanie na pocztę * krewny po matce * między Pruszczem a Gniewem * w muzyce bardzo * z orzechami laskowymi * najstarsza z indyjskich Wed * w hinduizmie nazwa boga osobowego * naprzeciw Windsoru ze starym College * spis przesyłanych towarów * Diclofenacum natricum POLPHARMY * młotek górniczy * mieszkanki byłego wojewódzkiego grodu na Pomorzu * dzielnica Otwocka z reaktorem jądrowym * cukierek dla drogówki * kraina z Troją * Fonda, córka Henry'ego * pled, derka * zapalenie warg (łac.) * Baskonia i Wolność * Passau * nurt w buddyzmie japońskim * legowisko niedźwiedzia * toksyna * kościół z kapitułą * dzielnica Wawra z Instytutem Kardiologii * rozgardiasz * miasto w Lombardii z torem F1 * pochlebca * krytyk się nie boi * viviparitia

Rozwiązanie Jolki lekarskiej nr 173 („GL" nr 12/2011)

Za to, co kosztuje jeden nałóg, można wychować dwoje dzieci. Benjamin Franklin.
Nagrody otrzymują: Tadeusz Cygańczuk (Krasnystaw), Alicja Krzywak (Człuchów), Jan P. Kulawski (Przemyśl), Aniela Łozińska (Kargowa), Maria Winnicka (Stargard Szczeciński).
Nagrodami za prawidłowe rozwiązania są książki wydawnictw: Elsevier Urban & Partner i Znak. Nagrody prześlemy pocztą.