

06 • 2012

Gazeta Lekarska

PISMO IZB LEKARSKICH



Czy NFZ strzela SAMOBÓJA?

Stomatologia

Dużo nas,
mało nas...

s. 24

Praktyka lekarska

Specjaliści będą
równiejsi

s. 30

Ochrona zdrowia w UE

Na dobrej drodze,
słowacka służba zdrowia

s. 44

Polska premię roku!



Nowy ProSound F37

- najbardziej przyjazny dla użytkownika aparat USG
- technologia klasy Premium w aparacie o wyjątkowo kompaktowych rozmiarach
- najwyższa wydajność zawsze, gdy jej potrzebujesz
- ułatwiony sposób dokonywania pomiarów
- automatyczna optymalizacja obrazu w zgodzie z twoimi preferencjami



Nagrodzony Złotym Medalem MTP! ProSound F75



- Natural Ergonomics – pierwszy na rynku system „uczący się” nawyków użytkownika
- elastografia w czasie rzeczywistym
- nowej generacji głowice matrycowe
- nowatorski tryb przetwarzania obrazu poprawiający kontrasty tkankowe

ALOKA – więcej niż klasa premium!

Wejdź na: **www.miro-med.pl**

i znajdź Miro Med na facebook.com 

Zapraszamy do naszych biur w Warszawie, Lesznie, Puławach.

Kontakt: **22 540 19 00**

MIRO®



W numerze

- 4 **Na wstępie / R. Golański:** Polak potrafi... na 85 procent
- 6 **Pierwszym głosem / M. Hamankiewicz:** Niebezpieczne absurdy systemu
- 8 **Skrining**
- 10 **Obserwacje / S. Badurek:** Kary tylko z nazwy umowne
- 11 **Temat miesiąca:** Czy NFZ strzela samobójca?
- 16 **Nasi w Europie / R. Krajewski:** Aktywność zawodowa
- 17 **Rozmowa o zdrowiu:** Najlepsze prawo to proste prawo
- 20 **Samorząd:** Lekarze ze wspólnym rodowodem
- 23 **Punkt widzenia / J. Małmyga:** Czego chcemy?
- 24 **Stomatologia:** Dużo nas, mało nas...
- 26 **Prawo i finanse:** Odpowiedzialność za zdarzenia medyczne
- 28 **Nauka**
- 30 **Praktyka lekarska:** Specjaliści będą równiejsi
- 33 **Biuletyn NRL**
- 40 **Praktyka lekarska:**
Specjalizacje lekarskie dziś i jutro
- 42 **Tu nie Ameryka, tu standardy nie obowiązują**
- 44 **Ochrona zdrowia w UE:** Na dobrej drodze
- 46 **Indeks korzyści:** Wiosenny pijar
- 48 **Sztuka i medycyna / S. Piertas:**
Przedwojenna dr Stani Zawadzka
- 49 **Kultura:** Dzień w dawnym szpitalu
- 50 **Błąd malarski:** Coś na ząb
- 51 **Recenzja:** Powrót do Polski
- 52 **Kultura:** Wielka Muzyka w Małej Auli
- 53 **Sport**
- 56 **Listy do redakcji**
- 58 **Ogłoszenia**
- 64 **Komunikaty**
- 65 **Epikryza (22) / J. Wanecki:**
Dopóki pi(gu)łka w grze
- 66 **Jolka lekarska**

13 czerwca

W siedzibie NIL w Warszawie przeprowadzone zostanie szkolenie „Radzenie sobie ze stresem i przeciwdziałanie wypaleniu zawodowemu”. Więcej informacji na stronie www.odz.nil.org.pl.

25 czerwca

W sali konferencyjnej NIL w Warszawie, przy ul. Sobieskiego 110, odbędzie się Konferencja Prezesów Towarzystw Lekarskich, której będzie przewodniczyć Romuald Krajewski.

28 lipca

Rozpocznie się Rajd Górski Służby Zdrowia „Bieszczady 2012”. Organizatorem imprezy jest OIL w Rzeszowie. Poza pieszymi wędrówkami zaplanowano też liczne imprezy towarzyszące, m.in. turniej tenisa stołowego, piłki siatkowej, badmintona, konkurs fotograficzny. W rajdzie mogą brać udział lekarze i członkowie ich rodzin.

5-9 września

W Zakopanem rozegrane zostaną X Igrzyska Lekarskie. Zawodnicy rywalizować będą w następujących dyscyplinach: piłka nożna, siatkówka, koszykówka, siatkówka plażowa, lekkoatletyka, pływanie, kolarstwo szosowe, kolarstwo górskie, triathlon, tenis ziemny, tenis stołowy, badminton, squash, golf, trójbój siłowy, brydż, scrabble, cross-country. Więcej informacji na stronie www.igrzyskalekarskie.org.



Ryszard Golański

Polak potrafi... na 85 procent

Nie jestem kibicem piłki nożnej. Uważam, że są sporty znacznie bardziej interesujące. Wiem, że tym stwierdzeniem narażam się wielu osobom, zwłaszcza wielu kolegom. Jestem natomiast uważnym kibicem Mistrzostw Europy w Piłce Nożnej Euro 2012 rozgrywanych w Polsce i na Ukrainie. Nie śledziłem na bieżąco poczynania Franciszka Smudy i jego podopiecznych, i z przykrością stwierdzam, że potrafię wymienić większą liczbę nazwisk reprezentantów Polski z lat 1974 i 1982, niż z obecnej drużyny, ale cóż... pesel robi swoje. Bardzo starannie przeglądałem natomiast wszystkie informacje na temat stanu przygotowań naszego kraju do najważniejszego sportowego wydarzenia w dziejach Polski. Jest to przecież sprawa narodowa, szansa cywilizacyjna, ale z drugiej strony możliwość kompromitacji. Zbudowaliśmy piękne stadiony, miejmy nadzieję, że okażą się być funkcjonalne i w pełni sprawne. Z przykrością dowiedziałem się, że w dniu otwarcia mistrzostw zrealizowane

będzie 85 procent z planowanych przedsięwzięć. Najbardziej zasmuciła mnie informacja, że nie będę mógł w czerwcu dojechać do redakcji „Gazety Lekarskiej” autostradą A2 i drogą S2. Nie tracę jednak nadziei, że po mistrzostwach prace będą kontynuowane z taką samą determinacją, jak pod koniec maja i że pomknę tymi drogami już w lipcu, no może w sierpniu.

Dla lekarzy maj i czerwiec to czas zmagania innych niż piłkarskie. Zapisy o karaniu lekarzy za nieprawidłowe wypisywanie recept zniknęły z ustawy refundacyjnej, by powrócić w umowach z NFZ. Samorząd lekarski stanowczo protestuje przeciwko tym zapisom i domaga się ich usunięcia z umów. NFZ podjął niespotykany wcześniej wysiłek i rozesłał do wszystkich lekarzy wzory umów – do podpisania i odesłania. Wielu z nas zastosuje się do apelu, nawołującego do niepodpisywania umów w obecnym kształcie. Czy będzie to 85 procent naszych kolegów? Czas pokaże.

Zapisy o karaniu
lekarzy za **nieprawidłowe
wypisywanie recept**
zniknęły z ustawy
refundacyjnej,
by powrócić
w umowach z NFZ.

System ochrony zdrowia w Polsce jest jednym z najgorszych w Europie i jeszcze się pogarsza. W Europejskim Konsumenckim Indeksie Zdrowia zajmujemy 27. miejsce na 33 kraje. Chyba nie wykonaliśmy 85 procent reformy?! ■

Autor jest redaktorem naczelnym „GL”.

Migawka



O polityce zdrowotnej na Europejskim Kongresie Gospodarczym 2012, odbywającym się w Katowicach w dniach 14-16 maja, rozmawiali decydenci, świadczeniodawcy i przedstawiciele organizacji działających w ochronie zdrowia. Szeroko omówiono temat konsekwencji wynikających z ustaw zdrowotnych oraz postępowania Narodowego Funduszu Zdrowia – również w zakresie umów na wystawianie recept na leki refundowane.

Recepty „pro auctore” albo „pro familiae” w świetle nowych przepisów

O konsekwencjach, jakie mogą spotkać lekarzy wystawiających recepty dla siebie i członków rodziny po 1 lipca 2012 r.

30 kwietnia 2012 r. Prezes NFZ wydał zarządzenie 25/2012/DGL w sprawie wzoru umowy upoważniającej do wystawiania recept na leki, środki spożywcze specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyroby medyczne refundowane ze środków publicznych przysługujące świadczeniobiorcom. Zacznie ono obowiązywać od 1 lipca 2012 r., ale już budzi ogromne emocje środowiska lekarskiego. 10 marca 2012 r. weszło też w życie rozporządzenie Ministra Zdrowia z 8 marca 2012 r. w sprawie recept lekarskich. Zostawiając kontrowersje, jakie związane są z wynikającymi z nich zasadami przepisywania leków refundowanych, skupmy się na konsekwencjach, jakie z przepisów tych wynikają dla lekarzy, którzy chcą wystawiać recepty dla siebie i członków rodziny.

Podkreślić trzeba, że nawet do wystawiania takich recept lekarz musi podpisać umowę z NFZ.

Po jej podpisaniu lekarz nabyte prawo wystawiania recept uprawniających do nabycia leku, środka spożywczego specjalnego przeznaczenia żywieniowego, wyrobu medycznego, wyposażenia wyrobu medycznego, wyrobu medycznego do diagnostyki in vitro, wyposażenia wyrobu medycznego do diagnostyki in vitro dla:

- siebie,
- ubezpieczonego małżonka, zstępnych lub wstępnych w linii prostej,

rodzeństwa. Są to tzw. recepty „pro auctore” albo „pro familiae”.

W przypadku takich recept obowiązują pewne odstępstwa od ogólnych zasad wypełniania druków recept. Wpisując dane dotyczące pacjenta, lekarz zobowiązany jest do wpisania dodatkowo adnotacji: „pro auctore” albo „pro familiae” lub innej równoważnej. Na receptę „pro auctore” nie jest potrzebne powtarzanie – w części przeznaczonej na określenie pacjenta – danych lekarza. Podpisując taką receptę, lekarz musi podać imię i nazwisko oraz numer prawa wykonywania zawodu. W nagłówkowej części recepty lekarz musi podać swoje dane obejmujące:

- imię i nazwisko;
- adres miejsca zamieszkania (miejscowości, ulica, numer domu, numer lokalu);
- numer telefonu;
- dziewięciocyfrowy numer identyfikacyjny określony w umowie upoważniającej do wystawiania recept zawartej z NFZ, na który składają się, jako pierwsze cyfry „98”, dwie następne cyfry identyfikujące oddział wojewódzki NFZ, z którym zawarto umowę i kolejnych pięć cyfr będących numerem ustalonym przez oddział wojewódzki NFZ.

Dane te muszą być zamieszczone w sposób czytelny za pomocą nadruku, pieczętki lub naklejki przymocowanej do recepty w sposób uniemożliwiający

jej usunięcie bez zniszczenia druku recepty.

Lekarz wystawiając takie recepty, musi również w uproszczonym zakresie prowadzić dokumentację medyczną. Musi ona obejmować dane dotyczące pacjenta: jego imię i nazwisko, stopień pokrewieństwa, datę urodzenia, PESEL (dla noworodków rodzica) lub dokumentu potwierdzającego tożsamość, szczególne uprawnienia pacjenta z podaniem numeru dokumentu je poświadczającego. Musi ona również zawierać informacje dotyczące stanu zdrowia i choroby, a przynajmniej: rozpoznanie, zalecenia, informację o produktach leczniczych i ich dawkowaniu zgodne z zapisanymi na receptę, datę i podpis lekarza.

mec. Jarosław Klimek
radca prawny OIL w Łodzi

LEKARZU! PAMIĘTAJ, ŻE:

1. W przypadku recept „pro auctore” albo „pro familiae” obowiązują odstępstwa od ogólnych zasad wypełniania druków recept.
2. Nawet w przypadku, gdy lekarz chce wystawiać recepty jedynie dla siebie i członków swojej rodziny, musi do ich wystawiania podpisać umowę z NFZ.



Maciej Hamankiewicz

Niebezpieczne absurdy systemu

Odkąd sięgam pamięcią, każde upomnienie się lekarzy o należne nam prawa wywoływało akcję szkalowania nas w oczach społeczeństwa. Prokurowano sprawy o zabójstwa, korupcję, wysysano z różnych palców w dziwny sposób sprawy rzekomych lekarskich pomyłek i błędnych zachowań. Radosna twórczość wywołana koniecznością natychmiastowego opluwania sięgnęła ostatnio zenitu. Wymyślono learkę dentystkę, której nadano rolę Cruelli de Mon z zażdrości wyrrywającej komplet uzębienia bytlemu narzeczonemu. Czym większa bzdura, tym większy rozgłos. Nasza bajkowa dentystka pojawiła się na serwisach całego świata. To już wiemy, że w tym wypadku dziennikarz byłby jedynie dobrym librecistą opery mydlanej. Nam jednak informacje o tym, że lekarze wyrrywają niepotrzebnie zęby, gwałcą dziewięcioletnich chorych psychicznie chłopców, że zamiast amputacji nogi dokonują amputacji ręki itp., czynią dużą krzywdę, oprócz tego dodając pracy rzecznikom odpowiedzialności zawodowej, wyjaśniając wszelkie doniesienia z portali gazet, zanim powiemy, że są tylko fikcją i częścią ataku medialnego.

Ustawa refundacyjna zbiera żniwo, utrudniając możliwość farmakoterapii u na-

szych pacjentów. Z każdym miesiącem widzimy kolejnych chorych, którzy nie mogą otrzymać niezbędnych produktów leczniczych. Na nic apele samorządów, towarzystw naukowych, stowarzyszeń. Cała sytuacja jest bardzo trudna, nie mamy się z czego cieszyć, bo każdy z nas, Koleżanki i Koledzy, stanie przed wyborem podpisania umowy z NFZ zawierającej kary, których już być nie miało. Przy całej złości na monopol Funduszu, jedno jest pocieszające – do grona niezadowolonych ze wzoru umowy dołączyło ostatnio również Ministerstwo Zdrowia. W czasie posiedzenia senackiej komisji zdrowia, po przedstawieniu przez nas argumentów przeciwnych podpisaniu umów wg propozycji prezesa Paszkiewicza, wiceminister zdrowia Aleksander Soplinski stwierdził, że w pełni popiera nasze żądania i zaznaczył, że MZ również negatywnie oceniło ten wzór umowy. Prezes Paszkiewicz nie przyjął uwag ani NRL, ani MZ. To pokazuje, że pozostał w odosobnieniu, a jego jedynym zapleczem pozostał Prezes Rady Ministrów. Dlatego wystosowałem 8 maja list do premiera, ostrzegający go przed konsekwencjami nieracjonalnego, antypacjenckiego, okrutnego dla chorych i lekarzy postępowania prezesa NFZ.

W tej sytuacji rodzi się pytanie, kto w Polsce odpowiada za bezpieczeństwo zdrowotne obywateli? Jeśli oceniamy jednoznacznie prezesa NFZ, minister zdrowia miota się w gąszczu pakietowych ustaw, to jedyną osobą odpowiadającą za życie lub śmierć wielu ludzi przejmują premier. Na jego barkach spoczywa dziś olbrzymi ciężar odpowiedzialności, jakże wagowo odmienny od przejeżdżności dróg na Euro 2012.

Kolejne newsy wczytujących się w ustawę Ko działalności leczniczej są przerażające. Czasami nawet już śmieszą. Konieczność rejestracji odrębnych przedsięwzięć podmio-

tów leczniczych, obecnie funkcjonujących jako jedno ciało, jest jednym z tego przykładów. W czasie prerejestrowywania obecnych szpitali okazało się, że osobno trzeba zarejestrować przedsiębiorstwo leczące łózkami, osobno laboratoria, osobno POZ, osobno AOS. Czy celem takich manewrów było mnożenie stanowisk dyrektorskich, księgowych, rozliczających, monitujących, podsumowujących, podpisujących i pieczętujących ze środków, które powinny być przeznaczone na opiekę nad chorymi? O zgrozo, że to wszystko musi się zdarzać za naszych czasów.

Ministerstwo Zdrowia tak przebiegle zorganizowało system przydzielania rezydentur, by zawsze znaczna ich część pozostała niewykorzystana. Po to, by później pokazywać, jacy to my dobrzy jesteśmy, bo dajemy pieniądze na szkolenia specjalizacyjne, a ci lekarze – jak zwykle bardzo źli – nie chcą się uczyć. Otóż zapewniam Pana Ministra, że lekarze bardzo chcą się uczyć i specjalizować, i chcą to robić w ramach rezydentur. System rozdziału rezydentur powinien być jednak centralny. Starający się o rezydenturę – podobnie jak ci, którzy starają się o przyjęcie na studia – powinni mieć możliwość wskazania rezydentury najbardziej pożądanej, drugiej – mniej i trzeciej, którą są gotowi zaakceptować. To uproszczenie jest niezbędne, choć ma jedną wadę: rozdysponowane zostaną wszystkie miejsca rezydenckie, a nie o to tutaj Ministrowi Zdrowia chodzi. Dodam ponadto, że kwestia ilości miejsc i potrzeb specjalizacyjnych powinna zostać przekazana samorządowi lekarskiemu. My naprawdę dobrze wiemy, jakie oczekiwania mają młodzi lekarze i jakiego systemu kształcenia potrzebują. ■

Na barkach
Premiera spoczywa
dziś **olbrzymi ciężar
odpowiedzialności
za życie lub śmierć
wielu ludzi.**

Autor jest prezesem Naczelnej Rady Lekarskiej.



Centrum Medyczne Kształcenia Podyplomowego

– realizator projektu „Kształcenie w ramach procesu specjalizacji lekarzy deficytowych specjalności tj. onkologów, kardiologów i lekarzy medycyny pracy”

Człowiek – Najlepsza Inwestycja



Poszukiwani lekarze specjaliści!

Planujesz swój dalszy rozwój zawodowy i zastanawiasz się jaką wybrać specjalizację?

Rozpocznij karierę lekarza specjalisty w jednej z deficytowych i poszukiwanych specjalności:

- Kardiologii
- Kardiologii Dziecięcej
- Onkologii Klinicznej
- Chirurgii Onkologicznej
- Radioterapii Onkologicznej
- Onkologii i Hematologii Dziecięcej
- Ginekologii Onkologicznej
- Medycynie Pracy

Weź udział w obowiązkowych kursach specjalizacyjnych dofinansowanych przez Unię Europejską w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego.

UWAGA! Do udziału w projekcie zapraszamy również lekarzy specjalizujących się w PATOMORFOLOGII - dofinansowaniem w ramach projektu objęte są 3 kursy onkologiczne.

Skorzystaj z dofinansowania kosztów zakwaterowania i dojazdu na kurs w kwocie do **268 zł za dzień** kursu. Uczestnicy kursów mają zapewnione w czasie ich trwania **śniadanie i obiad**.

Szczegóły dotyczące udziału w projekcie oraz refundacji wydatków związanych z kursem na stronie

www.cmkp.edu.pl

Już ponad
8000
uczestników
projektu
skorzystało
z dofinansowania



KAPITAŁ LUDZKI
NARODOWA STRATEGIA SPÓJNOŚCI



UNIA EUROPEJSKA
EUROPEJSKI
FUNDUSZ SPOŁECZNY



Rekomendacja w sprawie recept

Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej wezwało 18 maja br. lekarzy i lekarzy dentyków do niepodpisywania przesyłanych przez NFZ nowych umów na wypisywanie recept na leki refundowane. Prezydium NRL wyraziło swoje oburzenie sposobem postępowania Funduszu, stwierdzając, że jednostronnie narzucone przez prezesa NFZ warunki tych umów są krzywdzące dla lekarzy. Uznało ponadto, że postanowienia tych umów są sprzeczne z powszechnie obowiązującym prawem, a w szczególności z ustawą refundacyjną: „Warunki tych umów nakładają na lekarzy i lekarzy dentyków obowiązek zwrotu kwoty nienależnej refundacji w tych samych sytuacjach, w których obowiązek taki wynikał z uchylonego art. 48 ust. 8 ustawy o refundacji. Narodowy Fundusz Zdrowia, lekceważąc Parlament RP, środo-



wisko lekarskie oraz pacjentów, wprowadził do wzoru umowy postanowienia wykreślone przez ustawodawcę z ustawy” – czytamy w apelu.

Prezydium NRL rekomendowało sposób wystawienia recepty, wskazując, że do wystawienia recepty wystarczające jest podanie następujących danych: imię i nazwisko pacjenta, adres miejsca zamieszkania, nazwa leku (najlepiej międzynarodowa), postać, dawka, ilość leku, sposób dawkowania, data, podpis lekarza, numer prawa wykonywania zawodu.

Recepta może być wystawiona na dowolnym druku lub nawet na zwykłej kartce papieru o dowolnym rozmiarze pozwalającym odczytać zamieszczone na niej dane. Można zatem korzystać z posiadanych druków recept (nie wypełniając rubryk: świadczeniodawca, oddział NFZ, uprawnień dodatkowe).

O problemach lekarzy w Senacie

8 maja br. odbyła się Senacka Komisja Zdrowia z udziałem przedstawicieli samorządu lekarskiego. Uczestniczyli w niej: ze strony NIL – prezes

NRL oraz wiceprezesi NRL, prezesi izb okręgowych z Bielska, Bydgoszczy, Katowic, Olsztyna, Płocka, Torunia, Warszawy oraz wiceprezesi izb z Opola i Szczecina. Posiedzenie prowadził przewodniczący komisji, senator Rafał Muchacki. W spotkaniu uczestniczył wiceminister Aleksander Sopiński; prezes NFZ – pomimo zaproszenia – na posiedzenie nie przybył ani nie delegował żadnego przedstawiciela. Omawiano przede wszystkim kwestie wzorów umów z NFZ na wypisywanie recept na leki refundowane. Jak zaznaczali przedstawiciele NRL, najbardziej niezrozumiałym jest fakt, że uchwalona przez parlamentarzystów w styczniu br. zmiana w ustawie refundacyjnej polegająca na wykreśleniu kar została zignorowana przez prezesa NFZ przy tworzeniu wzorów umów. Wzór umowy z NFZ na wypisywanie recept na leki refundowane, o którym pisaliśmy w ostatnim skiriningu, został zawarty w zarządzeniu prezesa NFZ – bez uwzględnienia uwag samorządu lekarskiego. Obecny na posiedzeniu Senackiej Komisji Zdrowia wiceminister Aleksander Sopiński podkreślił, że uwagi ministra zdrowia do zarządzenia NFZ – podobnie jak uwagi samorządu – nie zostały przez prezesa NFZ uwzględnione. Na posiedzeniu przedstawiciele izb lekarskich poruszali także kwestie



Senacka Komisja Zdrowia z udziałem wiceministra zdrowia i przedstawicieli samorządu lekarskiego.



związane z: koniecznością nowelizacji ustawy o prawach pacjenta, przyczynami emigracji młodych lekarzy, problemami polskiego systemu kształcenia, realizacją programu studiów po likwidacji stażu podyplomowego, stopniem umieralności lekarzy, pomysłem utworzenia ośrodków referencyjnych i problemami z przekazywaniem chorych, a także zmianą rozporządzenia w sprawie konkursów ordynatorskich.

Dalej o koszyku

Do Naczelnej Izby Lekarskiej wróciła sprawa złożonego w październiku ub. roku wniosku do Trybunału Konstytucyjnego dotyczącego problemu nieokreśloności koszyka świadczeń gwarantowanych. Wskazano wówczas, że brak dookreślenia procedur, kiedy porównamy nasz koszyk z innymi, np. opisanymi we Francji czy Australii, gdzie są one bardzo precyzyjne, powoduje ich niekonstytucyjność. NRL chciała, aby Trybunał zwrócił uwagę, że koszyk powinien być bardzo precyzyjnie określony, żeby było jasne, co się pacjentowi należy. Należy wyeliminować sytuację, kiedy lekarz musi podjąć decyzję, którego ze świadczeń



może udzielić; powinno to jasno wynikać z zapisów zawartych w koszyku. Sprawa powróciła, bowiem TK uznał, że NRL nie posiada legitymacji do wniesienia przedmiotowego wniosku. Izba odwołała się od tej decyzji. Sprawa została przedstawiona na konferencji prasowej zorganizowanej w NIL pod koniec kwietnia z udziałem zajmującego się sprawą prof. Michała Kuleszy z kancelarii Domański Zakrzewski Palinka. ■

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

PHARMINDEX®

zaprasza na:

KONFERENCJE

WARSZAWA

6 października 2012 r.

POZNAŃ

13 października 2012 r.

25

**punktów
edukacyjnych**



**Dla każdego uczestnika
konferencji prezent:**

**encyklopedia lub CD-ROM
PHARMINDEX
KOMPENDIUM LEKÓW 2012**

**SZCZEGÓŁOWE INFORMACJE
ORAZ ZAKUP UCZESTNICTWA:**

www.sklep.pharmindex.pl

lub telefoniczne (22) 101-36-67



UBM Medica

UBM Medica Polska Sp. z o.o.

Plac Bankowy 2, 00-095 Warszawa

infolinia: 801-196-449,

tel.:(22) 101-36-67/68, fax:(22) 101-36-01

www.pharmindex.pl, e-mail: sklep@pharmindex.pl

Punkty przyznawane są po rozwiązaniu testów z wykładów. Forma doskonalenia zawodowego- Pkt. 8 załącznika nr 3. Niniejsza oferta nie stanowi oferty w rozumieniu przepisów Kodeksu Cywilnego oraz innych właściwych przepisów prawnych.



Sławomir Badurek

Kary tylko z nazwy umowne

Stefan Kisielewski powiedział o socjalizmie, że jest to ustrój, w którym bohaterko pokonuje się trudności nieznane w żadnym innym ustroju. Kiedy patrzę na sytuację w naszej ochronie vel służbie zdrowia, przypomina mi się i socjalizm, i jego wspomniana definicja. Nie, nie zamykam oczu na postęp. Ten jest niezaprzeczalny. Przez dwadzieścia trzy lata przebyliśmy długą i krętą drogę. Od przasnego socjalizmu à la Gomułka lat 90. do obecnego, przypominającego ten enerdowski. Bo jak spojrzeć „sprzed lady”, jest dostatniej, czyściej i bardziej kolorowo. No i oficjalnie niczego nie brakuje. Może tylko czasem. Kolejki? Sztuczny tłok robiony przez spekulantów w skórce (kitlu) świadczeniodawców, by wyciągnąć z NFZ więcej pieniędzy. Nie ma pomarańczy, to jest, przepraszam, leków na raka? Już do nas płyną – triumfalnie informuje towarzysz, pardon, pan minister. Drogie leki? Jeśli w niektórych przypadkach tak, to tylko przez imperialistów z koncernów farmaceutycznych i wysługujących się im lekarzy. I jedni, i drudzy nie mają co liczyć na pobłażliwość. Dla dobra pacjenta, ma się rozumieć.

Na razie główmy się, jak wynegocjować satysfakcjonujące nas zapisy, **co jest zadaniem karkołomnym**, bo jak przestrzegał Isokrates: „mętnej wody i głupca lepiej nie ruszać”.

O walce z koncernami wiele słyszeliśmy na przełomie roku. Teraz na celowniku, po raz kolejny zresztą, znaleźli się „uczestnicy systemu wydawania publicznych pieniędzy”, potocznie zwani lekarzami. Co z tego, że Sejm wykreślił z ustawy refundacyjnej słynny paragraf 48.8. Przed 1989 r. wszystkie najważniejsze decyzje zapadały w innych gabinetach i komitetach. Z historycznego punktu widzenia nie ma więc przeszkód, by decydował NFZ. Poza tym, jeśli lekarze biorą udział w systemie wydawania publicznych pieniędzy, muszą podlegać kontroli. Taki komunikat co rusz wysyła i prezes NFZ, i minister zdrowia. Przesłanie jest – trzeba przyznać – mocne, ale też nikt z jego kolporterów, czyli dziennikarzy, nawet się nie zająknął, że „uczestniczą” – nie znaczy w tym wypadku „wydają publiczne pieniądze w zamian za finansowe premie”. Poza głównym nurtem dyskusji są również kary za źle wypisane recepty. No bo skoro „uczestniczą w wydawaniu” i muszą podlegać kontroli, to i kary to oczywista oczywistość. O tych karach się nie dyskutuje, bo są to kary umowne. Czyli widocznie lekarze umówili się z Funduszem, ile i za jakie przewinienie będą płacić. W świat poszła przecież informacja, że nad nowymi umowami na wypisywanie leków refundowanych pracuje zespół złożony m.in. z przedstawicieli naszego samorządu.

Nie dziwny się, jak odbiera rzeczywistość przeciętny zjadacz medialnej paki, bo i w naszym środowisku wiedza na temat kar umownych też często bywa umowna. Dobrze, że koledzy z izby lekarskiej w Gdańsku wzięli problem pod lupę i przygotowali dostępne m.in. na stronach NIL informacje o tym, jak prezes NFZ rozumie pojęcie kary umownej. A jest to, przyznać trzeba, rozumowanie wielce osobliwe. Według prawa cywilne-

go kary umowne mogą być nakładane, gdy strona nakładająca doświadczyła od drugiej strony szkody. Ale co tam prawo. To Sejm je ustala, a ten, jak wspomniałem wyżej, nie był i jak się okazuje, nie jest taki ważny. Gdy rządzi się NFZ-em, można zapisać, że literówka na recepcie, łącznie z poprawionym przez farmaceutę błędem w numerze PESEL, oznacza szkodę (estetyczną?) dla ubezpieczalni wycenioną na 300 złotych. Podobnie jak wiele innych administracyjnych uchybień. Kary za poszczególne „przewinienia” sumują się. Przy kilkakrotnym stwierdzeniu danej nieprawidłowości, kary ulegają zwiększeniu do 300 proc. Rzecz jasna, zwrócić trzeba koszty „nienależnej refundacji”.

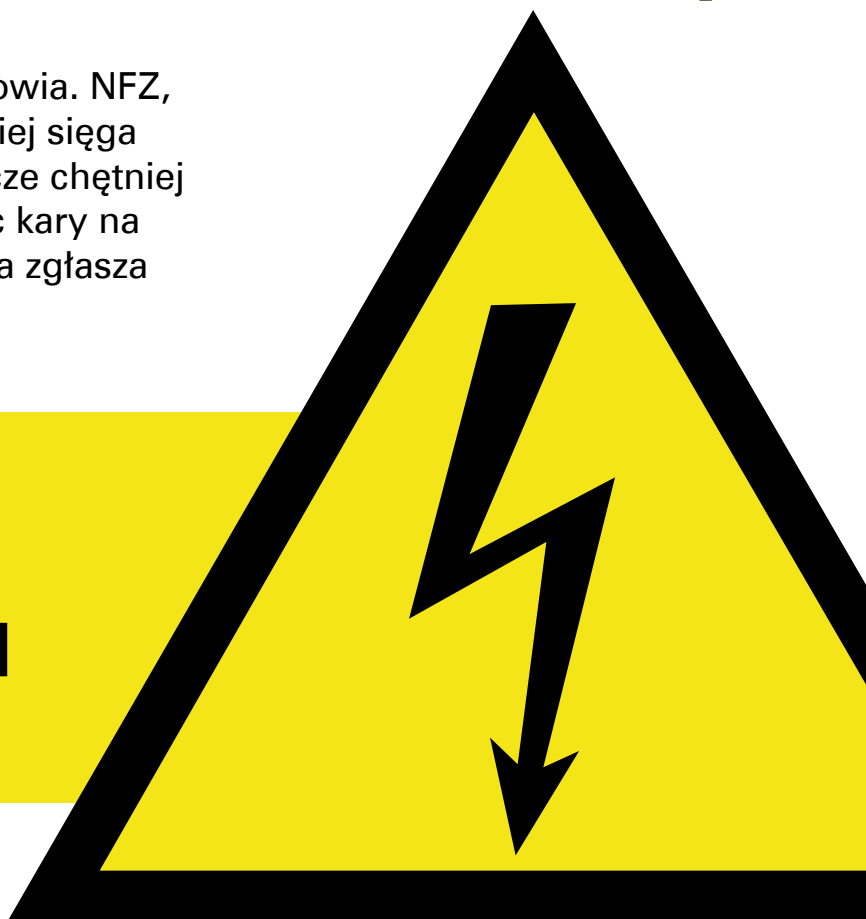
Na razie główmy się, jak wynegocjować satysfakcjonujące nas zapisy, co jest zadaniem karkołomnym, bo jak przestrzegał Isokrates: „mętnej wody i głupca lepiej nie ruszać”. Tymczasem wpływowe media już wzięły się za obronę pacjentów, którzy stracą na naszym sporze z NFZ-em. Rzadko jednak wspomina się, kto ten spór wywołał. Jeszcze rzadziej mówi się, że jest to konflikt zupełnie niepotrzebny. Bo lekarze są od tego, by stawiać diagnozy i leczyć. Refundacja kosztów zakupu leków to zaś przywilej pacjentów. Stawiam dolary przeciwko orzechom, że nadużywanie tego prawa przez pacjentów jest powodem nieporównywalnie większych strat finansowych niż wszelkie uchybienia ze strony lekarzy. Tylko co z tego, skoro w naszej ochronie vel służbie zdrowia nadal, 21 lat po Kisielu, jest kurs na bohaterskie rozwiązywanie problemów nieznanymi w normalnym świecie. ■

Autor jest diabetologiem, wiceprezesem KPOIL w Toruniu, publicystą „Pulsu Medycyny”.

Czy NFZ strzela samobójca?

Nie ma programu ochrony zdrowia. NFZ, poszukując pieniędzy, najchętniej sięga do kieszeni podatników, a jeszcze chętniej ściagałby pieniądze, nakładając kary na lekarzy. Naczelna Rada Lekarska zgłasza sprzeciw wobec takich działań.

**UWAGA!
UMOWA
POD WYSOKIM
NAPIĘCIEM**



Wydawało się, że nowelizacja ustawy refundacyjnej wprowadzona 13 stycznia tego roku zakończyła spór o recepty między lekarzami a NFZ i Ministerstwem Zdrowia. Po proteście pieczętowanym i wielu godzinach negocjacji wreszcie osiągnięto porozumienie. W ustawie refundacyjnej wprowadzono korektę art. 48, dotyczącego nakładania kar administracyjnych za błędnie według MZ wypisane recepty. Niedawno problem zaistniał na nowo i chyba w jeszcze poważniejszym wymiarze niż wówczas, gdy o nim mówiono we wszystkich mediach. Dlaczego? Przyczyna jest prosta. Dużo łatwiej bronić słusznych racji, kiedy kontrowersje dotyczą ustawy i całej grupy zawodowej. W przypadku umów cywilnoprawnych, jakie od 1 lipca mają obowiązywać lekarzy indywidualnych, rozstrzyganie sporów będzie odbywać się jedynie w zaciśniętej sali sądowej, a nie podczas debaty publicznej. Zanim

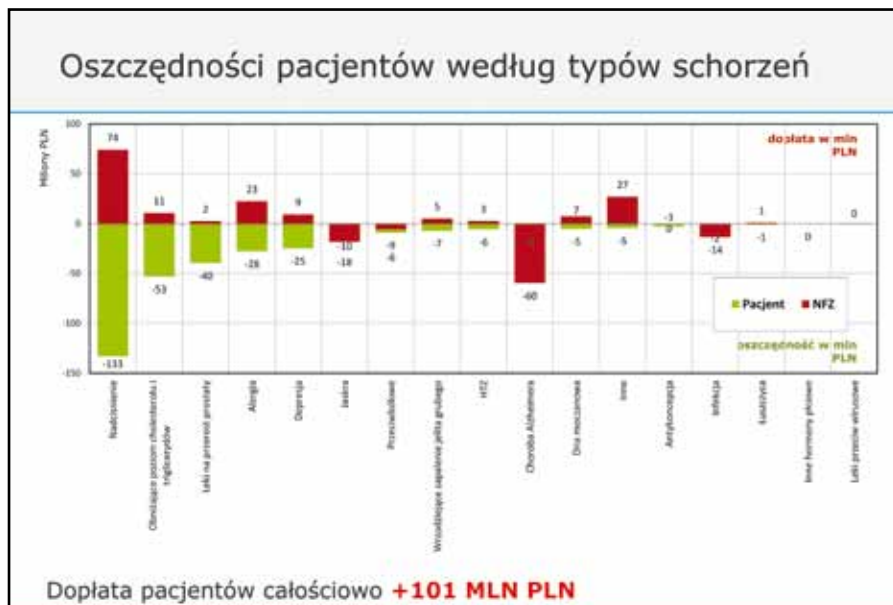
jednak ukarany lekarz trafi na salę rozpraw i niezawisły sąd wyda wyrok, karę nałożoną przez NFZ będzie musiał zapłacić.

Czy to déjà vu?

11 kwietnia na stronie internetowej Narodowego Funduszu Zdrowia pojawił się „Komunikat w sprawie projektu umowy upoważniającej do wystawiania recept na leki, środki spożywcze specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyroby medyczne refundowane ze środków publicznych przysługujące świadczeniobiorcom, aneksów do umowy oraz wniosku o jej zawarcie”. Kilka dni później znalazło się tam również pismo prezesa Jacka Paszkiewicza z 12 kwietnia skierowane do prezesa Rady Ministrów. Prezes Paszkiewicz informuje w nim Donalda Tuska o zakończeniu negocjacji z zespołem Naczelnej Rady Lekarskiej, pisząc, że przedstawiciele samorządu żądają

umieszczania w treści umowy przepisów niemających źródła w prawie i wręcz absurdalnych. Jak sam argumentuje: w związku z brakiem konstruktywnego stanowiska NRL i zbliżającym się terminem zawarcia nowych umów, postanawia zakończyć pertraktacje i skierować projekt do negocjacji społecznych. Przeciw tej insynuacji prezes Maciej Hamankiewicz natychmiast ostro zaprotestował w liście do premiera.

Wprowadzenie „Zarządzenia Nr 25/2012/DGL Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 30 kwietnia 2012 r.” oznacza, że kontrowersyjne wzory umów stają się obowiązujące i będą w tej formie przesyłane do lekarzy. Jak czytamy na stronie internetowej NFZ [pełna treść na www.nfz.gov.pl], „Fundusz został zobowiązany w art. 80 ustawy refundacyjnej do podjęcia działań koniecznych do zawarcia w terminie do 30 czerwca br. umów na wystawianie recept na leki. Zgodnie



z art. 48 ustawy umowa taka powinna określać w szczególności zobowiązania lekarza i Funduszu, wskazanie miejsc udzielania świadczeń zdrowotnych, na terenie właściwego oddziału wojewódzkiego; kary umowne oraz warunki jej wypowiedzenia lub rozwiązania. Umowy takie dotyczą głównie recept wypisywanych przez lekarzy w ramach prywatnych praktyk oraz pro auctore i pro familiae.

Kto traci, a kto zyskuje?

– Tak skonstruowane umowy powodują, że pokrzywdzeni mogą być zarówno lekarze, jak i pacjenci. Kary wpisywane w umowach wcale nie mają na celu wyłapywania nieuczciwych lekarzy. Do tego jest prawo powszechnie obowiązujące, kodeksy karne, cywilne, rzecznik odpowiedzialności zawodowej i wiele innych instytucji, które mogą niewłaściwie postępującego lekarza odpowiednio zdyscyplinować. Celem tak skonstruowanych umów jest wywołanie atmosfery strachu i obawy przed przepisywaniem leku refundowanego – mówi Maciej Hamankiewicz, prezes Naczelnej Izby Lekarskiej.

Z danych firmy analitycznej IMS Health wynika, że po 14 tygodniach 2012 roku apteczna sprzedaż leków jest niższa o około 11 proc. w porównaniu do analogicznego okresu roku ubiegłego. Od początku 2012 roku największe spadki sprzedaży odnotowano w grupie leków na receptę. Na początku kwietnia sprzedaż tych leków wyniosła ponad 3,9 mld zł i była o 16 proc. (ponad 750 mln zł) niższa niż rok wcześniej. W ujęciu ilościowym spadek sprzedaży leków na receptę wyniósł 13 proc. Kto zaoszczędził na lekach refundowanych w pierwszym kwartale 2012 roku, pokazuje wykresy 1 i 2 prezentowane powyżej.

– Osobiście, mając do wyboru lek refundowany i nierefundowany, z obawy i przy jakichkolwiek wątpliwościach, z ostrożności procesowej i z ostrożności ludzkiej, sięgnę po lek, który nie jest objęty refundacją – mówi prezes Hamankiewicz. I robi tak zapewne wielu lekarzy, żeby zminimalizować niebezpieczeństwo poniesienia konsekwencji finansowych, które w ciągu najbliższych 5 lat będzie na nich czyhać.

Niebezpieczne zapisy umów

Regulacje prawne dotyczące recept wyznacza ustawa o refundacji leków, rozporządzenie Ministra Zdrowia w sprawie recept lekarskich oraz umowa między świadczeniodawcą a NFZ o wystawianiu recept. To właśnie w tej ostatniej przywrócono zapisy dotyczące karania lekarzy, które wcześniej zostały usunięte z ustawy. Umowa przewiduje bardzo rozbudowany katalog kar umownych. Przepis art. 8 ust. 8 ustawy z 12 maja 2011 r. o refundacji leków przewidywał obowiązek zwrotu nienależnej refundacji. Został on uchylony ustawą z 13 stycznia 2012 r. Tymczasem NFZ przywraca dokładnie ten sam zapis w indywidualnych umowach cywilnoprawnych z lekarzami. Dlaczego zatem NFZ to robi, skoro posłowie i senatorowie dali wyraźną wskazówkę, co nie powinno się znaleźć w umowach z lekarzami?

Rozporządzenie Ministra Zdrowia z 15 grudnia 2004 r. w sprawie szczegółowego sposobu i trybu przeprowadzania kontroli przez podmiot zobowiązany do świadczeń opieki zdrowotnej ze środków publicznych określa jedynie wymogi formalnoprawne, jakie muszą być spełnione przez kontrolera, by kontrola była przeprowadzona zgodnie z przepisami. Kryteria merytoryczne zależne są od uznania kontrolującego, jego kwalifikacji i wiedzy czy dobrej bądź złej woli.

Według nowych wzorów umów przewidziano kary za:

1) wypisanie recepty nieuzasadnionej udokumentowanymi względami medycznymi

Od sześciu miesięcy toczy się walka o zapis „udokumentowane względy medyczne” i tak naprawdę do dziś nie wiadomo, co ten zapis oznacza. Efekt jest taki, że „udokumentowane” nadal budzi wątpliwości i jest źródłem kolejek do specjalistów po zaświadczenia o przewlekłości choroby, których wymaga lekarz rodzinny, by móc wypisywać recepty na leki refundowane. Co w sytuacji, gdy pacjent na czas, zanim skończy mu się leki, nie zdąży ich pozyskać?

2) wypisanie recepty niezgodnej z uprawnieniami świadczeniobiorcy

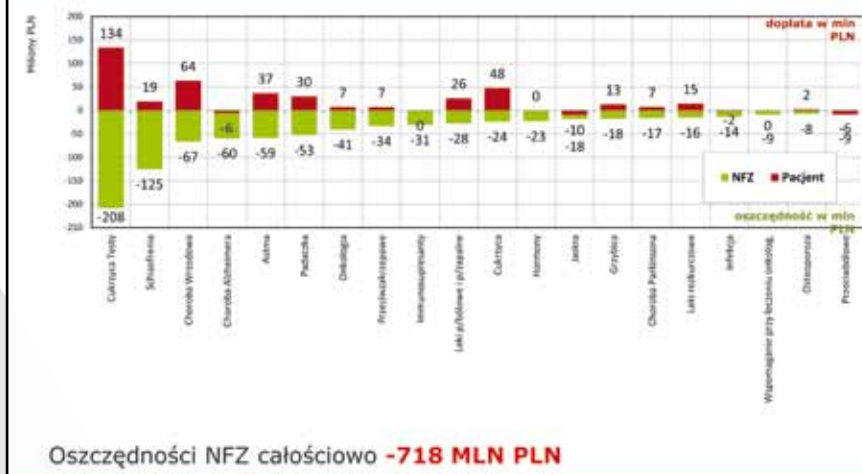
3) wypisanie recepty niezgodnie z Charakterystyką Produktu Leczniczego

Lekarzowi nie wolno posługiwać się charakterystyką produktu medycznego. Zabrania tego kodeks etyki lekarskiej. – Chyba nigdzie na świecie lekarze nie kierują się dokumentami rejestrowymi firm farmaceutycznych. Minister zdrowia w obwieszczeniu rozszerzył do wielu leków wskazania charakterystyki do stosowania produktu leczniczego, natomiast w umowach z NFZ nadal obowiązuje zapis „według Charakterystyki Produktu Leczniczego”. Jeżeli lekarz wypisze lek zgodnie z obwieszczeniem ministra zdrowia, NFZ może go za to ukarać, ponieważ może nie mieścić się on w charakterystyce produktu leczniczego – mówi Agnieszka Rubinowska ze Stowarzyszenia Lekarzy Praktyków.

Obwieszczenia ministra zdrowia z dnia 27 lutego w sprawie wykazu leków refundowanych, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych, które rozszerza listę leków refundowanych o leki refundowane dostępne w aptece na receptę we wskazaniach pozarejestacyjnych, weszły w życie 1 marca, a następnie 1 maja 2012 roku.

– Art. 6 ustawy, czyli refundacja leku w oparciu o wskazania rejestracyjne, to czynnik ryzyka chyba najistotniejszy – podkreśla mec. Wojciech Idaszak, radca prawny Naczelnej Izby Lekarskiej. Zapis ten odwraca bowiem pewną uporządkowaną praktykę lekarską. Dotychczas lekarz wiedział, że dany lek jest skuteczny w leczeniu danej choroby. Od stycznia musi sprawdzać w obwieszczeniu, czy jest on na liście leków refundowanych i czy może go zastosować w przypadku konkretnej choroby. Musi też sięgnąć do charakterystyki produktu leczniczego, która znajduje się na stronie urzędu rejestracji. W gabinecie lekarskim łatwiej przeprowadzić te wszystkie operacje, jednak w przypadku wizyt domowych może to stanowić już znacznie większy kłopot: należałoby jeździć z komputerem przenośnym i dostępem do

Oszczędności NFZ według typów schorzeń



internetu. Bardzo łatwo popełnić błąd, kiedy trzeba zrobić tak wnikliwą weryfikację.

NFZ może nałożyć karę umowną wysokości 300 zł m.in. za:

1) wystawienie recepty w miejscu niewykazanym w umowie

Jeżeli lekarz wystawi receptę w Łebie, a ma zarejestrowaną działalność w Krakowie, zostanie ukarany. By uniknąć kary, powinien przed wypisaniem recepty zarejestrować praktykę w Łebie i niezwłocznie powiadomić o tym fakcie swój oddział NFZ. Jak ma się do tego sformułowanie, że prawo wykonywania zawodu obowiązuje na terenie całego kraju? Według wielu lekarzy jest to ewidentne ograniczenie wolności zawodowej.

2) niepowiadomienie oddziału funduszu o utracie recept

3) błąd w danych dotyczących pacjenta

4) niezachowanie należytej staranności przy przechowywaniu oraz postępowaniu z drukami recept

To np. nieodnotowanie wystawionej recepty w dokumentacji medycznej pacjenta.

5) wystawienie na podstawie umowy przez osobę uprawnioną recepty na rzecz osoby nieubezpieczonej

NFZ może nałożyć karę umowną wysokości 100 zł m.in. za:

niepowiadomienie o zmianie adresu lub danych osobowych

NFZ może rozwiązać umowę m.in. w przypadku niepowiadomienia o zawarciu umowy z innym oddziałem NFZ.

Pełna baza danych znajduje się w NFZ. Takie informacje powinny przekazywać sobie poszczególne

oddziały funduszu, a nie lekarz. Co oznacza taki zapis w praktyce? Wróćmy do przykładu z Łeby. Lekarz, który ma działalność w Krakowie, musi pójść do oddziału NFZ w Łebie, żeby zawrzeć umowę, dzięki której będzie mógł wypisać receptę w Łebie. Jeśli nie zadzwoni do Krakowa, gdzie ma umowę z NFZ, i nie poinformuje o tym fakcie, jego umowa ulegnie rozwiązaniu w trybie natychmiastowym.

Takie działania NFZ zmierzają do stworzenia sobie szerokiej możliwości do nakładania kar finansowych związanych z nieprawidłowościami przy wystawianiu recept refundowanych. Do odpowiedzialności mogą być pociągnięci zarówno świadczeniodawcy (szpitale, niepubliczne zakłady opieki), którzy mają już umowy o udzielanie świadczeń zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych, jak i lekarze, którzy podpiszą umowy upoważniające do wystawiania recept. W przypadku świadczeniodawcy odpowiedzialność wynika z ogólnych warunków umów wydanych na podstawie rozporządzenia ministra zdrowia. W przypadku lekarzy – z umów indywidualnych zawartych z NFZ.

Art. 92 Konstytucji RP mówi, że ustawa musi jasno wskazywać upoważnienie dla odpowiedniego organu administracji państwowej, który ma sformułować przepisy wykonawcze, aby brzmiały one w sposób precyzyjny. W umowach przygotowanych przez NFZ jest wiele nieprecyzyjnych zapisów. Świadczeniodawcy, którzy są już w posiadaniu umów z NFZ, gdzie znalazły się zapisy o karach umownych, mogą wnioskować o ich zmianę. Ponieważ podpisane przez nich umowy zostały zawarte na podstawie ogólnych warunków umów, zgodnie z § 43 ust. 1 załącznika do rozporządzenia MZ z 6 maja 2008 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie

świadczeń opieki zdrowotnej, mogą wnioskować o zmianę posiadanych umów, gdyż posiadają wiedzę, że umowa przez nich zawarta powstała na podstawie prawa, które można zakwestionować jako niekonstytucyjne.

Dlatego też w dniach od 26 do 30 kwietnia do dyrektorów oddziałów NFZ spływały wnioski o zmianę warunków umowy. – Pierwsze wnioski mazowiecki oddział odrzucił, tłumacząc swoją decyzję tym, że brakuje w nich opinii prawnej. Musieliśmy więc rozpocząć intensywne kserowanie, by do każdego wniosku dołączyć posiadaną opinię prawną prof. Wilczorka i prof. Kuleszy oraz pismo rzecznika praw obywatelskich, który podobnie jak profesorowie, zwraca uwagę na wadliwość umów, na podstawie których karze się lekarzy i świadczeniodawców – informuje Jacek Krajewski, prezes Federacji Związków Pracodawców Ochrony Zdrowia „Porozumienie Zielonogórskie”. Według informacji Biura Prasowego NFZ takich wniosków wpłynęło łącznie 6169 na terenie całego kraju: 336 – Dolnośląski OW, 292 – Kujawsko-Pomorski OW, 371 – Lubelski OW, 222 – Lubuski OW, 178 – Łódzki OW, 2376 – Małopolski OW, 230 – Mazowiecki OW, 499 – Opolski OW, 271 – Podkarpacki OW, 220 – Podlaski OW, 116 – Pomorski OW, 880 – Śląski OW, 161 – Świętokrzyski OW, 390 – Warmińsko-Mazurski OW, 150 – Wielkopolski OW, 105 – Zachodniopomorski OW.

– Wnioski, które wpłynęły do OW NFZ, to wnioski zarówno od świadczeniodawców, którzy mają podpisaną umowę z NFZ, jak i od lekarzy prowadzących prywatną działalność leczniczą – informuje Magdalena Stawarska z BKS Centrali NFZ.

Co dalej?

Naczelna Rada Lekarska negatywnie zaopiniowała wzory umów przygotowanych przez NFZ, domagając się realizacji porozumienia z października 2011 r., zawartego przez ministra zdrowia, prezesa NFZ i prezesa NRL. Rekomenduje świadczeniodawcom wystąpienie o zmianę dotychczasowych umów, polegającą na wykreśleniu z ich treści postanowień dotyczących kar umownych i apeluje do lekarzy, by nie podpisali nowych umów w takim kształcie, jaki przyjął NFZ, uznając je za niezgodne z prawem i niebezpieczne dla lekarzy. Jednocześnie domaga się wprowadzenia elektronicznej karty ubezpieczenia, wg Ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, która miała być wprowadzona już w 2004 r.

Kruczki NFZ to tylko część ryzyka zawodowego lekarza. Co stanie się, kiedy z roszczeniami zaczął występować pacjent, który otrzymał leki na 100 proc. odpłatności, a jako ubezpieczonym należy im się refundacja? To już temat do odrębnej analizy, równie ważnej. ■

List otwarty w sprawie podstawy ordynacji i refundacji leków Kolegium Lekarzy Rodzinnych w Polsce z 21 marca 2012 r. Stanowisko LRwP poparła Konferencja Prezesów Towarzystw Lekarskich i 49 towarzystw naukowych

(fragmenty)

Aktualnie obowiązujący system refundacji leków oparty jest o dokumenty zwane Charakterystyką Produktu Leczniczego Ludzkiego (ChPL) zgromadzone w Urzędzie Rejestracji Produktów Leczniczych, Wyrobów Medycznych i Produktów Biobójczych (URPL WM i PB). Przyjęte rozwiązanie podnosi ChPL do ważnej rangą wskazówki farmakoterapeutycznej, szczególnie jej fragment [...] zatytułowany „Wskazania do stosowania”. [...]

Analiza dokumentów zgromadzonych w URPL WM i PB pozwala na sformułowanie kilku wniosków.

1. Dokumenty pochodzą z różnych lat i w większości brak śladów ich aktualizacji.
2. Wskazania dla danego produktu bywają niestety niepełne w stosunku do aktualnych wskazań do używania substancji aktywnej produktu.
3. Sposób opisu wskazań dotyczących części substancji czynnych jest niejednorodny, np. dla antybiotyków bywa, iż w jednym przypadku są formułowane na podstawie antybiogramu, a w innym rozpoznania klinicznego. [...]

Wskazane wady stanowią poważaną przeszkodę w słusznej i wydajnej ordynacji lekarskiej oraz refundacji, i powinny być usunięte. Wydaje się, że w chwili obecnej jedynym racjonalnym rozwiązaniem jest oparcie ordynacji i refundacji o pełną, łatwo dostępną i aktualizowaną informację o substancji aktywnej leku.

Dr med. Maciek Godycki-Ćwirko

Prezes Kolegium Lekarzy Rodzinnych w Polsce

(pełna treść listu na: www.nil.org.pl w zakładce „Aktualności” z 2012-04-25)

List Prezesa NRL Macieja Hamankiewicza z 8 maja 2012 r. do Prezesa Rady Ministrów Donalda Tuska w sprawie wzoru umów z NFZ

(fragmenty)

W imieniu całego środowiska lekarskiego pragnę wyrazić oburzenie faktem podpisania przez Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia, Jacka Paszkiewicza, w dniu 30 kwietnia br. zarządzenia Nr 25/2012/DGL w sprawie wzoru umowy upoważniającej lekarzy do wystawiania recept na leki refundowane ze środków publicznych w brzmieniu nieuwzględniającym zgłoszone przez środowisko lekarskie uwagi. [...]

Sytuacja wydaje się być szczególnie niezrozumiała, gdy weźmie się pod uwagę fakt, iż w dniu 7 marca [...] Prezes NFZ Jacek Paszkiewicz wystosował pismo do Prezesa NRL, w którym zadeklarował, że „podtrzymuje stanowisko zmierzające do pełnej współpracy z NRL w zakresie określenia pełnej treści umów”.

[...] Polscy lekarze i lekarze dentyści, pomimo nieodpowiedzialnych decyzji NFZ, nadal będą pomagali ludziom chorym i cierpiącym, ale nie będą uczestniczyć w źle zorganizowanym systemie refundacji ani nie będą własnymi, ciężko zapracowanymi pieniędzmi dofinansowywać NFZ poprzez płacenie rażąco nieadekwatnych do przewinienia kar za tak zwaną „nienależną refundację”.

Panie Premierze,

sytuacja dnia dzisiejszego wymaga odważnych, zdecydowanych działań ze strony Prezesa Rady Ministrów, by zapobiec prawdziwym ludzkim nieszczęściom, u źródeł których stoi instytucja od Pana w pełni zależna.

Z poważaniem

Maciej Hamankiewicz”

(pełna treść listu na: www.nil.org.pl w zakładce „Aktualności” z 2012-05-08)

TEST REFUNDACYJNY

Sprawdź swoją wiedzę i rozwiąż test przygotowany dla wszystkich lekarzy wystawiających recepty na leki refundowane. Test został opracowany przez dra Macieja Jędrzejewskiego i zaopiniowany przez Zespół Radców Prawnych Naczelnej Izby Lekarskiej. To wyjątkowe kompendium wiedzy, dzięki zamieszczonym na końcu odpowiedziom, które zawierają akty prawne przypisane poszczególnym odpowiedziom. Oto przykładowe pytanie testowe i odpowiedź do niego.

50. Najpewniejszym sposobem na uniknięcie przez lekarzy praktykujących prywatnie negatywnych konsekwencji wystawiania recept refundowanych jest:

- A. niezawieranie z Funduszem umowy na wystawianie recept refundowanych
- B. skrupulatne przestrzeganie wszystkich przepisów zawartych w 22 aktach prawnych regulujących wystawianie recept refundowanych
- C. szczegółowe sprawdzanie uprawnień pacjentów do wystawiania recept refundowanych
- D. staranne dokumentowanie w historii choroby wskazań do przepisania leku
- E. przepisywanie leków nieobjętych refundacją

50. Odpowiedź A (instynkt samozachowawczy)

Pełna wersja tekstu na stronie internetowej: www.nil.org.pl/aktualnosci/test-refundacyjny.

adwertorial

Technologie SAMSUNG na rynku medycznym



wywiad z Panem Marcinem Adamczakiem,
Dyrektorem Handlowym i Wiceprezesem OK Medical Systems

[R]: Jak Pan podsumuje 20-lecie działania OK Medical Systems?

[M]: To okres wyjątkowego wysiłku. Udało nam się stworzyć nowoczesne

przedsiębiorstwo, utwierdzić pozycję na rynku, zbudować dużą bazę zadowolonych klientów. W tym roku dużym sukcesem OK Medical Systems jest wprowadzenie na polski rynek produktów SAMSUNG. To dla nas ważny krok w rozwoju firmy, ale i duża odpowiedzialność. Doceniamy zaufanie, jakim obdarzył nas ten globalny koncern. Dziś dostarczamy i serwisujemy sprzęt uznanych producentów, współtworzymy ważne wydarzenia medyczne, współpracujemy z jednostkami klinicznymi, aktywnie promujemy Polskę i Poznań zagranicą.

[R]: Jakie korzyści dla polskich szpitali płyną z wykorzystania innowacyjnych rozwiązań, które oferuje np. firma SAMSUNG?

[M]: To zaawansowane technologie, które zwiększają pewność diagnozy i obniżają koszty leczenia. W urządzeniach rentgenowskich na przykład zwracają uwagę dwie nowości: funkcje umożliwiające dezynfekcję stanowiska pracy za pomocą

plazmy po wykonanym badaniu oraz rozwiązania technologiczne oparte o robotykę i sztuczną inteligencję. To przekłada się na lepszy i efektywniejszy przepływ pracy. Preferencyjne ceny, które oferuje nasza firma w okresie wprowadzania produktów na rynek, mogą znacznie poprawić dostępność najnowszych technologii dla większego grona lekarzy.

[R]: Co technologie firmy SAMSUNG oznaczają dla pacjentów?

[M]: SAMSUNG traktuje pacjenta nie jako przypadek kliniczny, ale jako osobę, która wiąże z procesem leczenia wiele obaw i trosk. To technologie przyjazne pacjentom, umożliwiające uzyskanie precyzyjnej diagnozy, skrócenie czasu leczenia, uniknięcie niepotrzebnych interwencji chirurgicznych i badań dodatkowych, a co za tym idzie to także oszczędności dla kieszeni podatnika.

[R]: Co wśród tegorocznych nowości zwraca Pana szczególną uwagę?

[M]: MoVue - oprogramowanie SAMSUNG, które można wykorzystać do przeglądania obrazów diagnostycznych na urządzeniach mobilnych. Dzięki niemu dane niezbędne lekarzowi w czasie leczenia i pracy naukowej są zawsze w zasięgu jego ręki.

[R]: Czy może Pan zdradzić coś na temat przyszłych planów OK Medical Systems i SAMSUNG?

[M]: Wspólnie tworzymy sieć ośrodków referencyjnych. Poza tym będziemy koncentrować się na powiększaniu udziału w rynku. Jeśli chodzi o SAMSUNG, to w niedługim czasie nastąpi poszerzenie oferty o zaawansowane urządzenia diagnostyczne. Mam na myśli przede wszystkim tomografy komputerowe i rezonanse magnetyczne. SAMSUNG zamierza osiągnąć na rynku medycznym tą samą pozycję, co w segmencie elektroniki użytkowej - lidera pierwszej trójki największych producentów na świecie.



NOWOŚĆ

reklama

Nasi w Europie



Romuald Krajewski

Aktywność zawodowa

W kwietniu odbyło się pierwsze w nowej kadencji posiedzenie Rady UEMS, na którym nasz samorząd reprezentowali k oledzy Marek Stankiewicz i Zbigniew Węgrzyn. Od dwóch lat posiedzenia te są połączone ze spotkaniem Sekcji Specjalistycznych i Komisji Egzaminów Europejskich i trwają dwa dni. Piątek 20 kwietnia był szczególnie intensywnym dniem, w którym odbyło się dwanaście oddzielnych posiedzeń poświęconych różnym aspektom pracy lekarzy specjalistów. W sobotę trwało posiedzenie Rady. Odbyły się bardzo ciekawe spotkania przedstawicieli Zarządu i Sekcji z Kolegami zgłaszającymi propozycje utworzenia nowych struktur w UEMS (medycyna estetyczna, medycyna manualna, flebologia). Odzwierciedlały one znane również w Polsce problemy z oceną nowych dziedzin aktywności zawodowej. Z jednej strony ciągle mamy do czynienia z tendencją do rezerwowania dla własnej specjalności jak największego obszaru aktywności, z drugiej jesteśmy świadkami szybko rosnącej interdyscyplinarności. UEMS stoi na stanowisku, że raczej nie należy zwiększać liczby istniejących już specjalności, a równocześnie należy ułatwiać i wspierać współpracę interdyscyplinarną. Interdyscyplinarne Komisje Wspólne oraz Federacje Tematyczne są formami organizacyjnymi UEMS, które służą rozwijaniu nowych dziedzin. Bardzo pozytywna była dyskusja o nowelizacji programów szkolenia w pięciu dyscyplinach (anestezjologia, angiologia, dermatologia, medycyna nuklearna i neurologia). Koledzy z Sekcji Neurologii przedstawili, w jaki sposób można wykorzystać propozycje i uwagi organizacji pacjentów w tworzeniu programu specjalizacji. Sporo czasu poświęcono dyskusji nad kolejnym już dokumentem UEMS dotyczącym dyrektywy o uznawaniu kwalifikacji. Aktualne propozycje Komisji Europej-

skiej są na ogół zadowalające. UEMS podkreśla, że mechanizm automatycznego uznawania kwalifikacji lekarzy powinien także obejmować ocenę kompetencji, co wydaje się zresztą nieuniknione wobec powszechnego przyjęcia ram kwalifikacji, w których program kształcenia jest definiowany według uzyskiwanych kompetencji, nie zaś według czasu trwania i przedmiotów nauczania.

Na początku maja odbyło się kolejne posiedzenie UEMS CESMA (Europejska Komisja Specjalistycznych Egzaminów Lekarskich). Słowo „egzaminy” niezupełnie oddaje zakres zainteresowań tej grupy, ponieważ dotyczy tylko formalnej oceny końcowej, zaś obecnie coraz bardziej podkreśla się znaczenie oceny ciągłej, obejmującej wszystkie aspekty kształcenia (wiedza, umiejętności, profesjonalizm). Omawiano doświadczenia specjalności, które od dawna organizują egzaminy europejskie (anestezjologia, okulistyka) oraz nowe propozycje. Prof. Tenore z Udine przedstawił niezwykle interesujące dane z wyników ocen przejściowych (formative assessment) w pediatrii. Zarówno w Europie, jak i w USA poziom wiedzy rezydentów rośnie w ciągu pierwszych trzech lat, a następnie obniża się. Okuliści przedstawili bardzo ciekawe doświadczenia w wyborze formy pytań testowych (stosują obecnie system Y/N/D[on't know] i negatywne punkty za nieprawidłową odpowiedź). Wszyscy zgodnie podkreślali potrzebę egzaminu ustnego. W przypadku okulistów zdający jest oceniany kolejno przez osiem komisji, a cała komisja egzaminacyjna liczy ponad 200 osób reprezentujących wszystkich kraje UE. Jak już wcześniej pisałem, Polacy bardzo dobrze zdają egzaminy europejskie i bardzo zachęcam do ich zdawania. ■

Autor jest członkiem Prezydium NRL.



Skaner CYFROWY CR

- Niezawodny
- Tani
- Wydajny (60zdjęć/min.)



BIO CARE FM-1
Kto do ciąży bliźniaczej i pojedynczej



HS-2100

- najlepszy przenośny ultrasonograf BW na świecie

Made in Japan



polrentgen®

03-287 Warszawa ul. Skarbka z Gór 67/16
tel. 22 / 855 52 60, fax 22 / 855 52 61
tel.kom. 695 980 190 NIP: 5210335459

www.polrentgen.pl

Najlepsze prawo to proste prawo

Z posłem Janem Burym, przewodniczącym Klubu Parlamentarnego PSL, rozmawiają: Katarzyna Strzałkowska, Lucyna Krysiak.

Lekarze to grupa zawodowa, o której ostatnio – za sprawą ustaw zdrowotnych – częściej się mówi. Jak pan postrzega miejsce lekarzy i lekarzy dentystów w życiu publicznym?

Lekarze są świadomi swojej roli, chcą mieć wpływ na kształt zmian zachodzących w ochronie zdrowia. Wielu z nich osiąga status specjalistów najwyższego szczebla. Nic dziwnego, że chcą zaznaczyć swój udział w tym procesie. Tymczasem trzeba sobie jasno powiedzieć, że w polskiej służbie zdrowia nie dzieje się najlepiej. Są placówki lepiej prosperujące i takie, w których nie życzyłbym chorowania nikomu. Poziom usług medycznych jest zbyt zróżnicowany i potrzebne są zmiany.

Coraz wyraźniej widać, że szpitale konkurują ze sobą o pacjenta, a wygrać mogą tylko jakością. Dotyczy to nie tylko placówek publicznych, ale i prywatnych. Jednym słowem, rynek zaczyna być regulatorem jakości usług również w tej dziedzinie. Natomiast – wracając do pytania – w każdej jednostce to nie mury, ale lekarze i pielęgniarki tworzą przyjazny klimat. O tym, że dokonanie zmian na lepsze jest możliwe, świadczy przykład regionu, z którego pochodzię. Mam na myśli Szpital Wojewódzki w Rzeszowie, który jest zarządzany wzorowo. Nie chodzi tylko o przeprowadzone tam z rozmachem inwestycje z wykorzystaniem środków unijnych, warunki lokalowe, w których pacjenci są hospitalizowani, ale opiekę medyczną na najwyższym poziomie.

Wiadomo jednak, że ze składki na ubezpieczenie zdrowotne można zapewnić obywatelom pakiet usług na poziomie minimalnym. Co pan sądzi o współpłaceniu?

Na opiekę zdrowotną nie patrzę z punktu widzenia lekarza, bo nim nie jestem. Trudno mi też odnieść się do tego tematu jako pacjentowi, ponieważ dzięki Bogu zdrowie mi dopisuje. Jednak jako były radny Sejmiku Wojewódzkiego w Rzeszowie i jako poseł, jestem blisko tych problemów i wiem, że wielu Polaków, nie tylko tych bardzo, ale też średnio zamożnych, jest skłonnych dopłacać do różnych procedur, nawet do pobytu w szpitalu, aby za te dodatkowe pieniądze leczyć się w lepszych warunkach lokalowych. Stworzenie tego rodzaju możliwości powinno być czymś normalnym. Gospodarka rynkowa polega na tym, że ludzie mają wybór. Pod warunkiem jednak, że państwo zapewni obywatelom, których nie stać na dopłaty, opiekę medyczną na poziomie gwarantującym

bezpieczeństwo zdrowotne. Dlatego na rynku usług medycznych widzę miejsce zarówno dla szpitali publicznych, jak i prywatnych. Powinny się one wzajemnie uzupełniać, a nie wykluczać.

Jak osiągnąć gwarancję bezpieczeństwa zdrowotnego?

Trzeba na przykład zmienić formułę lekarzy rodzinnych. Uważam, że w kontrakcie zawartym ze świadczeniodawcą lekarze ci powinni mieć jasno określone, ile procent przeznaczyć na diagnostykę, ile na leczenie, ile pozostawić na wynagrodzenie. W ten sposób nie musieliby stosować zasady krótkiej kody i oszczędzać na pacjencie. Moim zdaniem lepsza organizacja opieki podstawowej, jej doinwestowanie oraz dobre rozplanowanie pracy lekarzy rodzinnych to klucz do tego, aby wcześniej wykrywać wiele chorób, w tym nowotworowych, i odciążyć specjalistykę oraz opiekę szpitalną. Należałoby też przyjrzyć się przerostom administracyjnym w placówkach służby zdrowia, które wciąż są nieprawdopodobnie duże.

Czy to nie jest przypadkiem rezultat zbyt często zmieniającego się prawa? Stało się już tradycją, że następujące po sobie ekipy rządzące wciąż mieszają w tym legislacyjnym tygł, co nie wychodzi lekarzom na dobre i mnoży biurokrację...

Zasadą jest, że najlepsze prawo, to proste prawo, a każda dobra ustawa powinna poleżeć w zamrażarce, zanim ujrzy światło dzienne. U nas mamy zatrzęsienie projektów ustaw, które przygotowywane są na przysłowiowym kolanie. Zresztą wiele z nich zaraz po wejściu w życie jest nowelizowanych, co potwierdza ten punkt widzenia. Takim przykładem jest choćby ustawa refundacyjna.

Scenę polityczną zdominowały obecnie prace nad projektem ustawy emerytalnej. Czy pana zdaniem kobieta lekarz, lekarz dentysta lub chirurg także powinni pracować do 67. roku życia?

Na to pytanie nie można odpowiedzieć jednoznacznie. Z jednej strony mamy bowiem do czynienia z upływem czasu, a tym samym z różnego rodzaju nieodwracalnymi procesami, którym podlegają nasze ciała, a znaczenia których nikt lepiej niż lekarz ocenić nie potrafi. Z drugiej zaś, z kolosalnym bagażem doświadczeń nabytych na salach operacyjnych, w gabinetach lekarskich, podczas tysięcy zabiegów i diagnoz. Tu duże znaczenie ma genetyka, indywidualne cechy każdego organizmu. Tak więc

moim zdaniem wiek człowieka to stan ducha i ciała, a nie metryka. PSL nie był entuzjastą wydłużenia wieku emerytalnego, ale o zrównaniu kobiet i mężczyzn w czasie przechodzenia na emeryturę zawyrokował Trybunał Konstytucyjny. Wiadomo, że kobiety dłużej żyją od mężczyzn, a jako obywatele wszyscy jesteśmy w coraz lepszej kondycji psychofizycznej. Trzeba też spojrzeć na problem pod kątem demografii. Wszystkie kraje europejskie podnoszą wiek emerytalny w obawie, że młode kadry nie udźwigną ciężaru utrzymania społeczności w wieku starszym. Jeśli chodzi o lekarzy, uważam, że zarówno kobiety jak i mężczyźni mogą pracować dłużej, ale być może mniej intensywnie, rzadziej operując, być może więcej diagnozując, doradzając.

Aby dłużej pracować, trzeba mieć do tego zdrowie, a u nas czeka się latami na wszczęcie endoprotezy czy operację zaćmy...

Polacy narzekają na opiekę zdrowotną, na długie kolejki do specjalistów, a jednocześnie mają głęboko zakorzoną niechęć do badań profilaktycznych, do zmiany niezdrowych nawyków, do pójścia do lekarza na wizytę kontrolną. Wyznają zasadę, że jeśli nie boli, to po co się badać. Aby dłużej zachować zdrowie, trzeba nie tylko poprawić opiekę zdrowotną, ale zmienić mentalność ludzi. Moim zdaniem, należy obowiązkowe badania kontrolne pracowników prowadzić częściej i poszerzyć ich zakres. Dziś wiele chorób cywilizacyjnych, takich jak nadciśnienie tętnicze, cukrzyca, zaburzenia gospodarki lipidowej czy nowotwory, jest wykrywanych zbyt późno. Wcześniej zdiagnozowane i dobrze leczone, nie przeszkadzają pracować.

Z badań przeprowadzanych przez izbę lekarską wynika, że za dziesięć lat nie będzie miał nas kto leczyć. Już teraz brakuje np. lekarzy pediatrów. Jak to się wpisuje w opiekę prorodziną państwa?

Na razie dane demograficzne nie nastrajają optymistycznie i wydłużenie wieku emerytalnego jest na to reakcją. Chciałbym podkreślić jednak, że sprawa emerytur nie jest zamknięta. Jeśli w przyszłości demografia się zmieni, poprawi, a wierzę, że jest to możliwe, będzie można nowelizować ustawę, dostosowywać jej zapisy do realiów. Objęcie rodziny opieką państwa jest wkomponowane w myślenie o reformie emerytalnej. PSL ma gotowy projekt, de facto dziś jest to już projekt rządowy, w którym są jasno określone zadania wobec rodziny na najbliższe lata. Zakłada on płatne urlopy wychowawcze z budżetu państwa dla

Na rynku usług medycznych **widzę miejsce zarówno dla szpitali publicznych, jak i prywatnych.**

Powinny się one wzajemnie uzupełniać, a nie wykluczać.

kobiet w KRUS, dla kobiet nieubezpieczonych, a także dla tych, które są na samozatrudnieniu. Ten rodzaj zatrudnienia wśród kobiet jest obecnie powszechny, również wśród lekarek, które prowadzą NZOZ-y, gabinety stomatologiczne, przychodnie rehabilitacyjne. Państwo z tytułu urodzenia dziecka chce tym kobietom przez 3 lata opłacać składkę emerytalno-zdrowotno-rentową. Jeśli kobieta urodzi np. troje dzieci, to na jej koncie emerytalnym będzie gromadzony kapitał przez 9 lat. Polityka prorodzinna jest dla nas bardzo ważna. Mamy w Polsce zaledwie 32 tysiące miejsc w żłobkach, także znalezienie dla dziecka miejsca w przedszkolu graniczy z cudem. Zgadzam się, że dramatycznie spada też liczba pediatrów. To trzeba zmienić.

Ale jak?

Chcemy przywrócić opiekę lekarską w szkołach, również stomatologiczną, objąć szczególną opieką kobiety w ciąży, zachęcić młodych lekarzy do kształcenia się w kierunku pediatrii, choćby poprzez zwiększenie liczby etatów rezydenckich, gdzie mogliby się specjalizować w tym kierunku.

Wydłużenie wieku emerytalnego powinno się wiązać z edukacją i stworzeniem możliwości przekwalifikowania się osób, które już nie są w najbardziej wydajnym okresie swojego życia. Ludzie Zachodu wyznają zasadę: tam jest mój dom, gdzie jest moja praca. Po 50. roku życia być może trzeba będzie się przekwalifikować, przenieść i podjąć pracę tam, gdzie jest się przydatnym społecznie i państwo musi to tym ludziom umożliwić. W Skandynawii są uniwersytety ludowe, gdzie osoby w średnim wieku przystosowuje się do zderzenia z innowacyjnymi technologiami. W Polsce emerytom pozostaje śledzenie programów religijnych i – dla niewielu – uniwersytety trzeciego wieku. To nie jest dobra polityka państwa.

Czy to znaczy, że debata społeczna na temat ustawy emerytalnej wsadziła przysłowiowy kij w mrowisko?

Ta debata generalnie ukazała problem starszego pokolenia w naszym kraju. Postawiła przed rządem i politykami szereg pytań jak edukować, jak leczyć, jak przekwalifikowywać, jak zapewnić odpowiednie dla osób w starszym wieku miejsca pracy. Jest to wyzwanie

Wydłużenie wieku emerytalnego **powinno się wiązać z edukacją i stworzeniem możliwości przekwalifikowania się** osób, które już nie są w najbardziej wydajnym okresie swojego życia.

dla wszystkich grup zawodowych, również lekarzy. Jeśli wróci do szkół opieka zdrowotna, wielu z nich tam właśnie może znaleźć swoje miejsce. Z czysto ludzkich powodów lepiej jest, kiedy człowiek, a lekarz w szczególności, pracuje jak najdłużej, jest między ludźmi i dzięki tej pracy godnie żyje, bo nawet najlepsza emerytura nie może równać się z wynagrodzeniem pracowniczym. ■

reklama

mindray WYŁĄCZNY AUTORYZOWANY PRZEDSTAWICIEL W POLSCE

nowość
premium system



Mindray DC-8

4D
Real time imaging



Mindray DC-7



Mindray DC-N6

4D
Real time imaging



Mindray M7



Mindray M5



Mindray DP-50

CYFROWE
APARATY
RTG



EDAN LIDER W ZAKRESIE ROZWIĄZAŃ MONITORINGU OKOŁOPORODOWEGO MATKI I PŁODU



KTG-F3



KTG-F6



KTG-F9



detektor SonoTrax

**OFERTA
PROMOCYJNA**

ważna do 30.06.2012 r. lub wyczerpania zapasów

**Mindray
DP-20**



Aparat z jedną sondą cena już od:

16 900 PLN brutto

EUROMED)))
medical solution

Euromed Medical Solution Sp. z o.o. Sp. K.
60-149 Poznań, ul. Gwiazdista 39 B
tel. 61 843 90 59, 843 64 34, fax 61 221 51 58
e-mail: euromed@euromed.net.pl
www.euromed.net.pl

Dolnośląska Izba Lekarska

Lekarze ze wspólnym rodowodem

DIL skupia blisko 14 tys. członków i biorąc pod uwagę fakt, że w Polsce jest 150 tys. lekarzy, prawie co 10 z nich należy do tej izby. Główną siedzibę ma we Wrocławiu, a jej 3 delegatury znajdują się w Legnicy, Wałbrzychu i Jeleniej Górze.

Wstarym podziale administracyjnym kraju, każde z tych miast było stolicą odrębnego województwa – wrocławskiego, legnickiego, wałbrzyskiego i jeleniogórskiego, które zawsze podkreślały swoją odrębność i ze sobą rywalizowały. Kiedy powstała Dolnośląska Izba Lekarska, lekarze i lekarze dentyści zadeklarowali przynależność do jednej, dużej izby. To dlatego, że tworzą społeczność o wspólnych korzeniach i tradycji. Mówią, że ich siła tkwi w jedności i są dumni z tej decyzji, a życie potwierdziło, że to była trafna. Na zjazdach krajowych lekarze z Dolnego Śląska mają aż 39 mandatów. Daje

im to poczucie, że współdecydują o kluczowych sprawach samorządu lekarskiego, że wpływają na kształt zmian i wizerunek lekarskiej społeczności. Dzięki temu mają też większe szanse, aby przeforsować na krajowym forum własne postulaty. Twierdzą, że bez znaczenia jest, czy mieszkają we Wrocławiu, w Kłodzku, Miliczu, czy Legnicy, bo tu wszyscy są Ślązakami. Igor Chęciński, prezes Dolnośląskiej Rady Lekarskiej podkreśla jednak, że delegatury mają dużo swobody w swoich działaniach, ukłonem w tym kierunku, było nadanie ich szefom przez Okręgową Radę DIL, rangi wiceprezesów. Wicepre-

zesem delegatury jeleniogórskiej jest obecnie dr Barbara Polek – lekarz stomatolog, delegatury wałbrzyskiej dr n. med. Dorota Radziszewska – specjalista nefrolog, delegatury legnickiej – dr Ryszard Kępa, przewodniczący Rady Miejskiej Legnicy. – Są bardziej od nas wtopieni w realia regionów, w których żyją, pracują i działają – tłumaczy Igor Chęciński.

Wenecja Północy

Wrocławia nie trzeba rekomendować. Swoją bogatą, sięgającą 1000 lat historią, kościołami i katedrami oraz 300 mostami, mostkami

Część lekarzy z Dolnego Śląska **wyjeżdża za Odrę, aby robić specjalizacje**, część podejmuje tam pracę.



i kładkami, z których większość jest równie stara jak samo miasto, zachwyca turystów. Leży nad Odrą, ale tak naprawdę również nad czeremchą dużymi jej dopływami – Oławą, Ślężą, Bystrycą, Widawą. Od zarania rzeki te rządziły miastem i jego gospodarką. Tutaj krzyżowały się dwie główne drogi handlowe – Via Regia – szlak królewski wiodący z Hiszpanii do Rosji i Szlak Bursztynowy. W wiekach średnich Wrocław należał do Ligi Hanzeatyckiej, związku najbogatszych miast Europy Północnej. Tam, gdzie kwitł handel, rósł dobrobyt, rozwijała się architektura i kultura, miasto zyskało więc miano Wenecji Północy. Cały region jest interesujący architektonicznie i kulturowo. Bolesławiec ze swoim późnogotyckim ratuszem z XVI w., Głogów z Zamkiem Książąt Głogowskich, Jawor, gdzie znajduje się stary zamek piastowski wzniesiony ok. 1224 r. i Jelenia Góra z barokową zabudową rynku, czy późnogotycka zabudowa Kłodzka, piastowskie zabytki Legnicy, ruiny zamku książąt oleśnickich z XIV w. w Miliczu, a także największy na Dolnym Śląsku zamek w Książu. To właśnie na tym zamku odbywają się spotkania, konferencje czy sympozja naukowe z udziałem lekarzy. Jest wizytówką Dolnego Śląska, jego towarem eksportowym.

Współpraca transgraniczna

Województwo Dolnośląskie obejmuje znaczną część historycznego Śląska (Dolny Śląsk) i wschodnie Łużyce Górne. Graniczy z Niemcami i Czechami. To sąsiedztwo sprawia, że mieszkańcy po obu stronach Odry czują się sobie bliscy. Od lat Dolnośląska Izba Lekarska przyjaźni się z Saksońską Izbą Lekarską. Te kontakty zaczęły się za czasów prezydentury SIL profesora Heinza Dietricha i prezesów DIL Władysława Sidorowicza, a po nim Włodzimierza Bednorza. Na początku było oficjalnie i sztywno, kiedy jednak okazało się, że saksońscy i dolnośląscy lekarze mają podobne problemy związane z transformacją kraju i systemów opieki zdrowotnej, szybko przełamano lody. Obecnie współpraca dotyczy nie tylko tematy-

ki samorządowej, ale organizowane są wspólne sympozja naukowe – „Zrozumieć przeszłość – kształtować przyszłość”. Ostatnie, piąte, które odbyło się w październiku minionego roku w Książu przy współudziale Naczelnej Rady Lekarskiej oceniono wysoko. – Te kontakty to nasz znak rozpoznawczy, przekładają się na naszą codzienną pracę, wciąż możemy wiele nauczyć się od naszych saksońskich kolegów, ponieważ nakłady na ochronę zdrowia, a co za tym idzie poziom opieki medycznej w Niemczech, stoją znacznie wyżej niż w Polsce – mówi Igor Chęciński. Jest tam także inny model kształcenia ustawicznego, w którym ogromny nacisk położono na zajęcia praktyczne np. wykorzystanie supernowoczesnych fantomów w nauce resuscytacji krążeniowo-oddechowej, w dynamicznie rozwijającej się medycynie ratunkowej. Liczba warsztatów wzrosła, tradycyjne wykłady zastąpiono wykładami interaktywnymi i teletransmisją i nic nie stoi na przeszkodzie, aby takie teletransmisje docierały z Drezna na Dolny Śląsk. Część lekarzy z Dolnego Śląska wyjeżdża do pracy za Odrę, aby robić tam specjalizację, część podejmuje tam pracę. DIL ma z nimi bliski kontakt, np. poprzez takie sympozja jak w Książu. Saksońska Izba Lekarska podpisała z Dolnośląską Izbą Lekarską porozumienie o wspólnym uznawaniu punktów edukacyjnych, co jest ewenementem w skali kraju. Saksończycy bardzo sobie cenią przynależność do swojej korporacji zawodowej i są ciekawi, jak dolnośląscy lekarze postrzegają swój samorząd, jak widzą jego perspektywy i miejsce w społeczności lokalnej. Te doświadczenia nie tylko dotyczą samych lekarzy. Na Dolnym Śląsku kwitnie turystyka medyczna. Niemcy szczególnie chwalą sobie usługi stomatologiczne. W Polsce jest taniej, a poziom usług jest na poziomie europejskim.

Ostatni bastion

Wrocław wciąż się rozwija, zmienia się infrastruktura miasta, ale też obraz uczelni medycznej. Jest ona ostatnim w Polsce bastionem nieistniejących już Akademii Medycznych. Przed jej władzami, ale też lekarzami, stoi wyzwanie dokonania transformacji. Projekt ustawy o nadaniu uczelni nazwy Uniwersytet Medyczny im. Piastów Śląskich we Wrocławiu, przedłożony przez ministra zdrowia, trafił do Rady Ministrów. Na przełomie tego roku jest szansa na to, aby Dolnośląska Izba Lekarska przeniosła się do nowej siedziby, Domu Lekarza usytuowanego w reprezentacyjnej części Wrocławia, tuż przy rynku, przy ulicy Kazimierza Wielkiego 45,

W minionych latach
**DIL ze środków
unijnych przeszkoliła
ponad 600 lekarzy
w medycynie ratunkowej.**

**cena już od
54 700 zł**



S11

NOWOŚĆ

Główica liniowa 5-15 MHz
lub Konweksowa 2-6 MHz
Kolorowy Doppler



S20

NOWOŚĆ

Najwyższa jakość obrazu
Wszechstronność
Ergonomia



S6

BESTSELLER

Wśród kompaktowych
aparatury USG
z Dopplerem



A6

Cena już od 17 400 zł

Główica liniowa 5-12 MHz
lub konweksowa 2-6 MHz
w zestawie

Sonomedical Spółka z o.o. Sp. K.
tel. 501 150 150
E-mail: biuro@sonomedical.pl
www.sonomedical.pl



AKCESORIA I MATERIAŁY EKSPLOATACYJNE

- papier do videoprinterów USG
- żele Aquasonic clear, blue oraz inne
- osłonki na głowice USG
- wzierniki ginekologiczne
- szczoteczki cytologiczne
- szkiełka mikroskopowe



tel. / fax 61 890 63 28
E-mail: sklep@sonomedical.pl
www.sklep.sonomedical.pl

w odrestaurowywanym pałacu Selderów – rodziny urzędników austriackich, którzy wybudowali go w miejscu zniszczonej kamienicy, a w roku 1863 roku przebudowali. W latach 70. XX wieku mieścił się tu Dom Lekarza, wtedy po raz pierwszy odremontowany zbiorowym wysiłkiem wrocławskiego środowiska lekarskiego. Nie tylko więc urok, położenie i funkcjonalność tego czteropiętrowego obiektu o kubaturze 2500 m² i windą, zdecydowały o jego wyborze na siedzibę izby, ale pamięć o lekarzach, którzy spotykali się tu, organizowali bale, konferencje, jednym słowem zostawili kawałek swojego życia. – Część pieniędzy uzyskaliśmy z funduszu konserwatora zabytków, będą one przeznaczone na wyremontowanie fasady budynku, którą pałac jest zwrócony na wrocławski rynek – tłumaczy Igor Chęciński. Koszt inwestycji sięga 12 mln zł. Aby wesprzeć budowę osoby prywatne i okęgowe izby lekarskie wykupują cegielki, co świadczy o integracji międzyizbowej. W zamian lista ofiarodawców, będzie umieszczona na pamiątkowej tablicy. Samorządowcom chodzi jednak nie tylko o wizytówkę izby, ale o pozyskanie nowej przestrzeni – stara siedziba stała się za ciasna. DIL ze środków unijnych przeszkoliła ponad 600 lekarzy w medycynie ratunkowej. Po tym szkoleniu zostały w spadku sprzęt – fantomy, monitory, defibrylato-

ry. W nowej siedzibie staną się elementem wyposażenia nowoczesnej sali fantomowej służącej lekarzom. W planach jest także nowoczesna sala do ćwiczeń dla stomatologów z profesjonalnymi unitami. Część sprzętu gromadzona przez dr Alicję Marczyk Felbę, szefową dolnośląskich stomatologów już czeka na obiecane pomieszczenia.

Proza życia

Dolnośląscy lekarze mówią, że ich codzienność to realizacja zapisów ustawy o izbach lekarskich. – To jest prowadzenie rejestrów lekarskich (na naszym terenie funkcjonuje blisko 8 tys. gabinetów), to jest także prowadzenie sądownictwa lekarskiego, orzecznictwa – wylicza I. Chęciński. – W rozporządzeniach do ustawy jest wyraźnie napisane, że tego rodzaju działania państwo powinno wspierać dotacjami, ale te dotacje to marne grosze i ze składek naszych członków musimy dokładać, aby pokryć koszty tej działalności – tłumaczy. Patowa sytuacja wystąpiła w grudniu minionego roku, kiedy większość izb odmówiła przyjęcia od resortu zdrowia kwot 5-krotnie zaniżonych w stosunku do realnych kosztów prowadzenia tego rodzaju działalności. DIL to duża izba i zatrudnia 32 pracowników, którym – co oczywiste – należy płacić wynagrodzenia. Ale też jest

to jedna z pierwszych izb w Polsce, która zadbała o to, aby każdy lekarz miał ubezpieczenie od odpowiedzialności cywilnej, zajęła się wszystkimi, związanymi z tym formalnościami.

Patronem Dolnośląskiej Izby Lekarskiej jest Jan Mikulicz-Radecki, światowej sławy chirurg, którego grób znajduje się w Świebodzicach koło Wałbrzycha. Jego imieniem ustanowiono medal honorowy, które jest najwyższym odznaczeniem przyznawanym przez DIL zasłużonym samorządowcom i znanym osobistościom związanych z regionem. Otrzymał je także prof. Jan Miodek, który od lat na absolwenckich zjazdach jubileuszowych wygłasza niezapomniane wykłady. – Naszym marzeniem jest aby prof. Jan Mikulicz-Radecki „zamieszkał” w nowej siedzibie, aby znalazła się tam jego rzeźba – mówi I. Chęciński. Rozmowy w tej sprawie, są prowadzone ze znanym wrocławskim rzeźbiarzem Stanisławem Wysockim, autorem słynnej „Powodźnianki”. Ideę poparli luminarze wrocławskiego środowiska medycznego – prof. Bogdan Łazarkiewicz, prof. Krzysztof Wronecki, prof. Wojciech Witkiewicz. Beata Tomczak, autorka projektu remontu z rozbudową nowej siedziby, jest przekonana, że uda się zrealizować marzenie o pomniku i zadeklarowała pomoc w znalezieniu godnego dla niego miejsca. ■

Warto wiedzieć

Metryka Dolnośląskiej Izby Lekarskiej

Terytorium: województwo dolnośląskie

Adres siedziby: Matejki 6, 50-333 Wrocław

Kontakt: tel. (71)798 80 50, (71)798 80 51,

e-mail: dil@dilnet.wroc.pl

Strona internetowa: www.dilnet.wroc.pl

Liczba członków: 14 015, w tym lekarze dentyści: 3 293

Liczba delegatów na zjazd: 200

Liczba członków Okręgowej Rady Lekarskiej: 27

Prezes: Igor Chęciński

Okręgowy Rzecznik Odpowiedzialności

Zawodowej: Piotr Piszko

Przewodniczący Okręgowego Sądu

Lekarskiego: Jan Spodzieja

Przewodniczący Okręgowej Komisji

Rewizyjnej: Piotr Laska

Liczba pracowników etatowych: 31

Liczba samorządowców na etacie: 1





Jolanta Małmyga

Czego chcemy?

Każda idea – dobra czy zła – zaczyna istnieć dopiero wtedy, kiedy próbujemy wprowadzić ją w życie.

Paulo Coelho

W naszym kraju pomysłów i idei mamy wiele. Prześcigają się w nich politycy, członkowie różnych organizacji i stowarzyszeń oraz przedstawiciele samorządów lokalnych, terytorialnych i zawodowych. Ilość i jakość pomysłów zależy od chęci zaistnienia za wszelką cenę na szerszej arenie. Liczy się nawet najbardziej absurdalny pomysł, którego nikt nie jest w stanie zrealizować. Ważne jest jego zgłoszenie, byle zabłysnąć. Wygłasza się hasła krytyczne dla innego pomysłu, prezentując swoją olbrzymią wszechwiedzę, nie podając propozycji jakichkolwiek rozwiązań, lecz nagłaśniając nieudolność logicznego myślenia pozostałych. Bardzo dobrze wychodzi też zgłaszanie wniosków o spiskowej teorii dziejów i dopatrywanie się we wszystkim korupcji, kumoterstwa i nepotyzmu. Dla kariery i zdobycia sławy wszelkie chwytysą dozwolone.

Z przerażeniem widzę powiększające się kręgi takich karierowiczów w gronie lekarzy, którzy próbują się bawić w politykę. Wystarczy tylko znaleźć chwytliwy temat. Takim chwytliwym ponoć tematem miała być ustawa emerytalna, która – czy się to nam podoba, czy nie – zapewne zostanie wprowadzona w życie. W całym kraju trwały protesty przeciw podwyż-

szeniu wieku emerytalnego. 11 maja sejm uchwalił ustawę podwyższającą wiek emerytalny kobiet i mężczyzn do 67. roku życia. Zasady są jednakowe dla wszystkich, bez względu na wykonywany zawód. Nasi pomysłodawcy podjęli działania, bo przecież warto zamieszać i zaistnieć. Znaleźli się obrońcy przemęczonych, starych i zniedołężniałych lekarzy, którzy będą musieli teraz pracować dłużej. Propagatorzy stanęli w obronie kobiet, a szczególnie lekarek dentystek, które po skończeniu 60 lat będą musiały trzęsącymi się rękoma leczyć zęby i nadwyreżać pokrzywiony, obolały kręgosłup. No, mężczyźni niby też, ale może im ręce się mniej trzęsą. Według tego schematu również wszyscy zabiegowcy powinni odchodzić wcześniej na emeryturę, gdyż ze statystyk wynika, iż do lepszego świata przenoszą się wcześniej od pozostałych, często tuż po przejściu na zasłużony odpoczynek, gdy zabraknie adrenaliny, która trzymała ich przy życiu. No cóż – stało się. Ustawa trafiła do Prezydenta...

Z moich obserwacji wynika, że niewielu lekarzy, poza tymi, którzy z powodów zdrowotnych nie mogą już pracować, nie chce być emerytami. Większość chce i może pracować nawet do 100 lat. Pewnie, że nie wszyscy. Są tacy, którzy chętnie by już odpoczęli, ale albo uważają, że są niezastąpieni, albo nie umieją przestać zarabiać pieniędzy.

Jako lekarze wiemy przecież, że z wiekiem spada wydolność fizyczna i umysłowa. U wszystkich, a lekarze to przecież tacy sami przedstawiciele homo sapiens jak inni ludzie. Z drugiej strony ripostujemy, że zawali się cały system opieki zdrowotnej,

kiedy na emeryturę odejdą ci, którzy uzyskali wiek emerytalny. To jest nasz punkt widzenia.

A co sądzą pacjenci? Siedziałam w poczekalni lekarza POZ i słuchałam rozmów czekających pacjentów emerytów, gdyż tylko tacy tam byli. Nie podobało im się, że nie ma młodych lekarzy, a przyjmują same siwe głowy, zarówno mężczyźni, jak i kobiety. Kolejki też są duże, a jeżeli chce się być przyjętym poza kolejką, trzeba płacić, i to wcale niemało. Ciągłe im mało pieniędzy. I nikt z rozmówców nie pomyślał, co będzie, jak te siwe głowy zakończą działalność.

Może najwyższy czas podjąć decyzję, czego chcemy. Pacjenci i tak będą narzekać. Potrzeby finansowe ciągle są duże i trudno jest wyjść z kierunku zarabiania pieniędzy. Łapać dwóch srok za ogon się nie da: albo wcześniejsze emerytury i odpoczynek, albo praca tak długo, ile możemy, bez narzekania.

Najlepiej by było, gdyby z urzędu wszyscy lekarze zabiegowcy, w tym również stomatolodzy (przecież to dziedzina zabiegowa), otrzymywali renty np. po 20 latach pracy. A co, o takie prawa walczą przedstawiciele innych zawodów, więc dlaczego nie my, również dla naszych zawodów taki zapis powinien zaistnieć. Nigdy nie mieliśmy przywilejów czy profitów z racji pracy wykonywanej z powołaniem i zgodnie z przysięgą Hipokratesa, a nawet on twierdził, że nie mamy pracować za darmo. Sejm zdecydował, że póki co taka walka nie miałaby szans powodzenia. ■

Autorka jest wiceprezesem ORL w Gorzowie Wlkp.

*Na brzegu rzeki
usiadłam i płakałam.*

Paulo Coelho



Anna Lella

Dużo nas, mało nas...

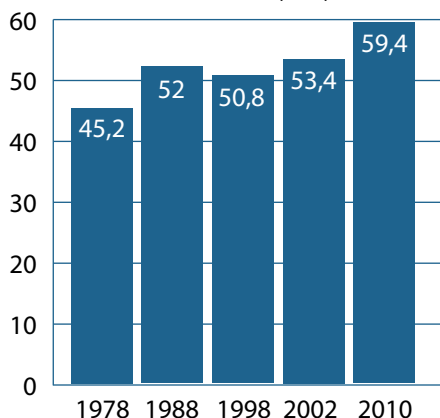
Liczyć, nie liczyć? Ile jest, a ilu powinno być dziś, jutro – może zapytać czarodziejską kulę?

Nie bójmy się o tym dyskutować. W środowisku temat krąży, a poglądy są skrajnie odmienne: od alarmów o niedoborze i trudnej dostępności do lekarzy dentystów, po ksenofobiczne apele o ochronę rynku, czarnowidztwo bezrobocia i groźbę załamania rynku pracy.

Czy „ktoś” to planuje? Z jednej strony potrzebny jest dostęp do specjalistycznej kadry, z drugiej nierozsądne byłoby kosztowne „produkowanie” bezrobotnych. Nie można rozważać tych zagadnień, nie analizując tego, jak wygląda zapotrzebowanie na stomatologów u naszych sąsiadów unijnych; ze względu na istniejącą obecnie możliwość podjęcia pracy w każdym państwie Wspólnoty.

Komisja Europejska konsekwentnie twierdzi, że w 2020 r. UE będzie miała deficyt na poziomie miliona pracowników służby zdrowia. Takie rokowania skłoniły Radę Europejskich Lekarzy Dentystów [CED] do przeprowadzenia badań ankietowych na temat liczby lekarzy dentystów w poszczególnych krajach Wspólnoty, a także perspektyw w latach następnych. Podobne analizy były przeprowadzane przez ERO FDI, które zasięgiem swojego działania wykracza poza Unię Europejską. Na ankietę CED odpowiadały organizacje stomatologiczne z 27 państw.

Osoby uczęszczające do dentysty przynajmniej raz w roku - w latach: 1978, 1988, 1998, 2002 oraz 2010 (w %)



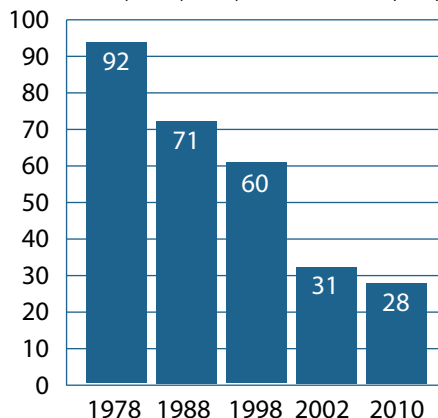
Zauważono istotne różnice zarówno w odniesieniu do liczby pracujących w zawodzie, jak i do planowania. Odpowiedzi wskazują zróżnicowany obraz: osiem krajów raportuje nadwyżkę, a pięć krajów zgłasza niedobór lekarzy dentystów. W przyszłości jedenaście państw oczekuje nadwyżki, a cztery kraje spodziewają się przyszłego ich niedoboru.

Jak jest u sąsiadów?

Niebagatelną rolę w planowaniu przyszłości pełni swobodny przepływ kadry nie tylko w UE, ale i w EOG. Widać to wyraźnie na przykładzie Norwegii, w której w ciągu ostatnich dziesięciu lat zarejestrowano taką samą liczbę dentystów z dyplomem zagranicznym, jak z dyplomem krajowym.

Nagłośniony w poprzedniej dekadzie problem niedoboru dentystów w Wielkiej Brytanii obecnie wydaje się być nieaktualny. Wskazuje się m.in., że wielu Brytyjczyków studiuje za granicą, w Czechach i w Polsce, i spodziewane jest zwiększenie liczby wracających do kraju po zakończeniu studiów. Wobec panującego kryzysu i prawdopodobnego spadku zapotrzebowania na lekarzy dentystów planuje się m.in. rozpoczęcie starań o popularyzację niepełnego zatrudnienia. Francja podkreśla, że przyszłość jest trudna do przewidzenia, bowiem

Korzystanie przez osoby dorosłe z publicznych placówek opieki dentystycznej w latach: 1978, 1988, 1998, 2002 oraz 2010 (w %)



wszystko zależy od możliwości państwa w zakresie dofinansowania świadczeń stomatologicznych. Jeżeli przeznaczone na to środki zmniejszą się np. z powodu kryzysu, popyt na leczenie stomatologiczne gwałtownie spadnie. Rynek pracy dla lekarzy dentystów w Irlandii jest powiązany z ogólną sytuacją ekonomiczną i możliwością dofinansowania leczenia stomatologicznego przez państwo.

Występują wyraźne różnice w rozmieszczeniu kadry. Widoczny jest podział na małe miasteczka, gdzie jest niedobór lekarzy dentystów, i ośrodki akademickie, gdzie jest ich nadmiar.

Planowanie a pieniądze

Liczebność stomatologów regulowana jest już na wstępie przez określony limit przyjęć na studia. Zależy on od poziomu finansowania uczelni, rzadziej od zasobności przyszłego studenta. Dotychczas o limitach przesądzało MZ, obecnie – jak zapowiedział dyrektor Departamentu Nauki i Szkolnictwa Wyższego MZ, prof. Janusz Kleinrok – będzie to autonomiczna decyzja uniwersytetów.

W Polsce jesteśmy w szczególnie skomplikowanej sytuacji ze względu na likwidację stażu podyplomowego, a co za tym idzie – zmianę programu studiów. Obecna liczba 1200 godzin praktycznych na stomatologii ma wzrosnąć do 1500, co wymusza konieczność doposażenia sprzętowego. Według analizy DNiSW MZ, obecnie w uczelniach na jeden unit stomatologiczny przypada od 3,88 do 9,11 studentów, ale jak podnoszono podczas konferencji w Nałęczowie, niektóre uczelnie chwalone za dostatek unitów dysponują bardzo starym sprzętem.

Absolwenci uczelni stomatologicznych wchodzący na rynek pracy spotykają się z koniecznością wyposażenia swojego gabinetu, zaś naturalna chęć rozwijania kwalifikacji napotyka na barierę finansową ze względu na niewystarczającą liczbę rezydentur.

Różne formy zatrudnienia

W Polsce lekarze dentyści dzielą się na dwie zasadnicze grupy. Pierwszą stanowią ci, którzy swoją

egzystencję opierają wyłącznie na pacjentach prywatnych, drugą – związani kontraktami z NFZ (limitowanymi z powodu skąpych środków na stomatologię). Pierwsi z drżeniem serca nasłuchują wieści o kryzysie, wiedząc, żeubożenie społeczeństwa może zagrozić ich bytowi. Drudzy borykają się z niedofinansowaniem świadczeń; to problemem jak dotychczas nierozwiązywalnym. Są też tacy, którzy decydują się pozostać na uczelni – tych czeka frustracja z powodu niskich zarobków.

Można by więc podejrzewać, że liczba lekarzy dentystów będzie spadać, bo kto wytrzyma takie obciążenie finansowe i psychiczne. Jednak takich oznak nie widać. Każdy liczy, że właśnie jemu się uda. A może zwyczajnie nie wie, co go czeka? Kusi prestiż społeczny i potencjalna możliwość zarobku. Każdego roku najlepsi maturzyści walczą o indeks na studia medyczne. Zainteresowanie tym zawodem nie maleje.

Niedobór czy nadmiar?

Zależy, jak spojrzeć na ten rynek. W Polsce istnieje różnica pomiędzy dostępnością a osiągalnością stomatologów. Nie chodzi przecież o samą liczbę lekarzy dentystów, ale o ich przydatność w programach zdrowotnych, takich jak profilaktyka, leczenie i rehabilitacja narządu żucia.

Powinniśmy rozważyć liczbę, a także demografię. Rozmieszczenie pozostawia wiele do życzenia. Liczba lekarzy dentystów w Polsce stopniowo się zwiększa. Nie jest mała, jeżeli uwzględni się niską świadomość zdrowotną społeczeństwa i małe zrozumienie dla koniecznych działań profilaktycznych.

Demografia to istotny problem. W Polsce stomatolodzy pracują „do oporu” albo – jak kto woli – „do bólu w plecach”, a to ze względu na kłopoty z zapewnieniem sobie przyzwoitych warunków życia po zaprzestaniu pracy. Może to stwarzać wrażenie dużej ich liczby, jednak struktura wieku specjalistów rysuje się niekorzystnie: to przede wszystkim osoby po 50. roku życia. Luka pokoleniowa nadchodzi wielkimi krokami.

W obecnej świadomości zdrowotnej Polaków lekarzy dentystów nie brakuje. Można jednak przypuszczać, że jest ich zbyt mało, by zapewnić wszystkim prawidłową opiekę stomatologiczną i ten niedobór może stać się namacalny, gdyby świadomość zdrowotna wzrosła i znalazłby się płatnik!

Wzrost świadomości modeluje też inne spektrum zabiegów i bardziej wyszukane stają się oczekiwania pacjentów. Obecnie prawie połowa Polaków nie odwiedza stomatologa nawet raz w roku (!), a stan zdrowia ich jamy ustnej, zwłaszcza dzieci, jest zły. O przyczynach można mówić długo. Widać jednak, że stomatolodzy mieliby co robić, nawet gdyby było ich więcej. Pod pewnymi wszakże warunkami, z których podstawowym jest zmiana polityki zdrowotnej państwa.

Brak jednoznacznych odpowiedzi

Tak więc pytanie „Mało nas czy dużo?”, jak dotychczas pozostaje otwarte i nadal odpowiedź na nie brzmi: „To zależy...”. Wkrótce należy się jednak spodziewać wyraźnego podziału społeczeństwa na część „dbam o piękny uśmiech”, leczącą się głównie w gabinetach prywatnych i „szczerbatą resztę” – chodzącą do stomatologa, gdy boli. A gdy nadejdzie kryzys, gabinety prywatne będą padać jeden po drugim, bo świadomość zdrowotna ustąpi konieczności zapłacenia czynszu i nakarmienia rodziny.

Może więc pytanie: „Czy stomatologów jest dużo czy mało?” jest postawione niewłaściwie? Może raczej należałoby zapytać: „Jakie potrzeby zdrowotne Polaków mogą, a jakie muszą być zaspokojone i jakim kosztem? Co zrobić aby przeciętny Polak domagał się stomatologa w swojej miejscowości, na swojej ulicy, w każdej szkole?”

Należy mieć nadzieję, że ktoś o tym myśli i rozsądnie planuje. „Ktoś” to znaczy Ministerstwo Zdrowia. ■

Autorka jest wiceprezesem NRL, sekretarzem generalnym ERO-FDI.



Proszę usiąść wygodnie...



Małgorzata Serwach

Odpowiedzialność za zdarzenia medyczne

Pacjenci są coraz bardziej świadomi i coraz częściej roszczeniowi. Doskonale wiedzą, kiedy i jak dochodzić swoich praw. W tym roku weszła w życie nowelizacja ustawy, która doprecyzowuje odpowiedzialność za zdarzenia medyczne zaistniałe na skutek udzielania świadczeń zdrowotnych w szpitalu.

Od 1 stycznia 2012 r. obowiązuje nowy, nieznany dotychczas prawu polskiemu, tryb dochodzenia roszczeń przez pacjentów z tytułu tzw. zdarzeń medycznych. Model ten wzorowany jest na systemie szwedzkim (no fault patent insurance) oraz funkcjonującym w państwach skandynawskich ubezpieczeniu na rzecz pacjenta.

I. Odpowiedzialność za zdarzenia medyczne – podstawa prawna.

Wskazana odpowiedzialność została wprowadzona w życie nowelizacją przepisów ustawy o prawach pacjenta i rzeczniku praw pacjenta (Dz.U. 2011, Nr 113, poz. 660). Przewiduje ona szczegółowe zasady oraz tryb ustalania odszkodowania i zadośćuczynienia w przypadku tzw. zdarzeń medycznych. Nowa postać odpowiedzialności nie ma jednak charakteru generalnego. Ma ona zastosowanie jedynie w przypadku zdarzeń medycznych będących następstwem udzielania świadczeń zdrowotnych w szpitalu.

II. Pojęcie zdarzenia medycznego – sytuacja odpowiedzialnego podmiotu.

Ustawodawca w sposób szczególny definiuje pojęcie zdarzenia medycznego, rezygnując ostatecznie z wcześniej przyjętego terminu błędu medycznego (art. 67a ust. 1). Przez zdarzenie medyczne rozumie zakażenie pacjenta biologicznym czynnikiem chorobotwórczym, uszkodzenie ciała lub rozstrój zdrowia pacjenta, a także jego śmierć będącą następstwem niezgodnych z aktualną wiedzą medyczną:

- diagnozy, jeżeli spowodowała niewłaściwe leczenie lub opóźniła właściwe leczenie, przyczyniając się do rozwoju choroby,
- leczenia, w tym wykonania zabiegu operacyjnego,
- zastosowania produktu leczniczego lub wyrobu medycznego.

Parametrem decydującym o możliwości powstania odpowiedzialności szpitala jest zatem określony uszczerbek powstały na skutek decyzji niezgodnych z aktualną wiedzą medyczną. Drugorzędne znaczenie ma ustalenie podmiotu, który jest bezpośrednim sprawcą szkody. Odpowiedzialność ta jest odpowiedzialnością szpitala reprezentowanego w relacjach z komisją przez kierownika placówki. Będzie ona zatem miała zastosowanie zarówno w takim przypadku, gdy wadliwe postępowanie czy błędna decyzja zostały podjęte przez lekarza czy pielęgniarkę, jak i przez każdy inny podmiot wykonujący zawód medyczny. Nie jest ponadto istotne, czy mamy do czynienia z niezgodnym z aktualną wiedzą medyczną działaniem czy zaniechaniem.

Na uwagę zasługuje też fakt, że powstanie nieprawidłowości może wystąpić nie tylko w samym procesie leczenia, ale też na etapie diagnozy oraz zastosowania produktu leczniczego lub wyrobu medycznego. Niestety, pomimo rozbudowanej definicji zdarzenia medycznego nadal mogą powstawać wątpliwości, czy konkretne sytuacje objęte są zakresem tego pojęcia. Typowym przykładem jest ustalenie niezgodności z aktualną wiedzą medyczną, która – jak wiadomo – ma charakter ocenny. Poza tym część świadczeń zdrowotnych jest finansowana ze środków publicznych, inne zgodne z aktualną wiedzą medyczną

procedury nie są refundowane, co może mieć zasadnicze znaczenie dla oceny odpowiedzialności szpitala. Analogiczne wątpliwości mogą się pojawić, gdy uszkodzenie ciała lub rozstrój zdrowia pacjenta powstanie na skutek posługiwania się niesprawnym czy przestarzałym sprzętem, ale też w przypadku odmowy leczenia pacjenta.

III. Podmiotowy, czasowy oraz kwotowy zakres odpowiedzialności za zdarzenia medyczne.

Z wnioskiem o ustalenie zdarzenia medycznego w postaci zakażenia, uszkodzenia ciała lub rozstroju zdrowia może wystąpić pacjent lub jego przedstawiciel ustawowy, a w przypadku śmierci pacjenta – jego spadkobiercy. Nie ma znaczenia, czy są to spadkobiercy ustawowi, czy testamentowi ani nawet to, czy są to członkowie rodziny zmarłego pacjenta. Czasowa odpowiedzialność szpitala ograniczona jest podwójnym terminem. Wniosek o ustalenie zdarzenia medycznego może być złożony w terminie roku od dnia, w którym uprawniony dowiedział się o zakażeniu, uszkodzeniu ciała, rozstroju zdrowia czy śmierci pacjenta, jednakże termin ten nie może być dłuższy niż 3 lata od dnia, w którym nastąpiło zdarzenie medyczne. W razie śmierci pacjenta termin ten nie biegnie do dnia zakończenia postępowania spadkowego. Termin 3-letni ma tzw. bezwzględny charakter, po jego upływie nie można już skutecznie dochodzić ustalenia zdarzenia medycznego, co oczywiście nie powoduje zamknięcia drogi postępowania przed sądem cywilnym.

W przypadku zakażenia,
uszkodzenia ciała lub **wywołania**
rozstroju zdrowia pacjent może żądać
co najwyżej 100 000 złotych.

Wystąpienie zdarzenia medycznego może prowadzić zarówno do powstania szkody majątkowej, jak i niemajątkowej. W konsekwencji podmiot występujący z odpowiednim roszczeniem może żądać odszkodowania służącego naprawieniu szkody majątkowej oraz zadośćuczynienia w celu zrehabilitowania tzw. krzywdy, czyli szkody o charakterze niemajątkowym (ból, ujemne doznania psychiczne, fizyczne). Ustawodawca wskazał jednak maksymalną wysokość należnych świadczeń. W przypadku zakażenia, uszkodzenia ciała lub wywołania rozstroju zdrowia pacjent może żądać co najwyżej 100 000 złotych. Śmierć pacjenta na skutek wystąpienia zdarzenia medycznego upoważnia jego spadkobierców do zgłoszenia roszczenia do wysokości 300 000 złotych. Kwoty te wypłaca ubezpieczyciel, a jeśli szpital nie zawarł ubezpieczenia z tytułu zdarzeń medycznych lub wyczerpała się kwota, na którą podmiot leczniczy był ubezpieczony, obowiązek wypłaty zasądzonego świadczenia obciąża szpital.

Nie są to jednak jedyne koszty. Szpital może być ponadto obciążony kosztami postępowania przed wojewódzką komisją, co jest uzależnione od wyniku sprawy. W przypadku orzeczenia o zdarzeniu medycznym – koszty te ponosi szpital, ale w przypadku orzeczenia o braku zdarzenia medycznego – koszty ponosi podmiot składający wniosek (pacjent, jego spadkobiercy). Możliwe jest także obciążenie kosztami samego ubezpieczyciela, jeżeli nie przedstawił w terminie propozycji odszkodowania lub zadośćuczynienia.

Koszty postępowania przed wojewódzką komisją rozumiane są dosyć szeroko. Składa się na nie opłata wstępna (200 zł), koszty podróży i noclegu oraz utraconych zarobków lub dochodów osób wezwanych przez wojewódzką komisję oraz wynagrodzenie za sporządzenie opinii. Aby sumy te nie były nadmierne, minister właściwy do spraw zdrowia określił, w drodze rozporządzenia, zryczałtowaną wysokość poszczególnych kosztów, mając na celu zrównoważenie interesów pacjentów oraz szpitali.

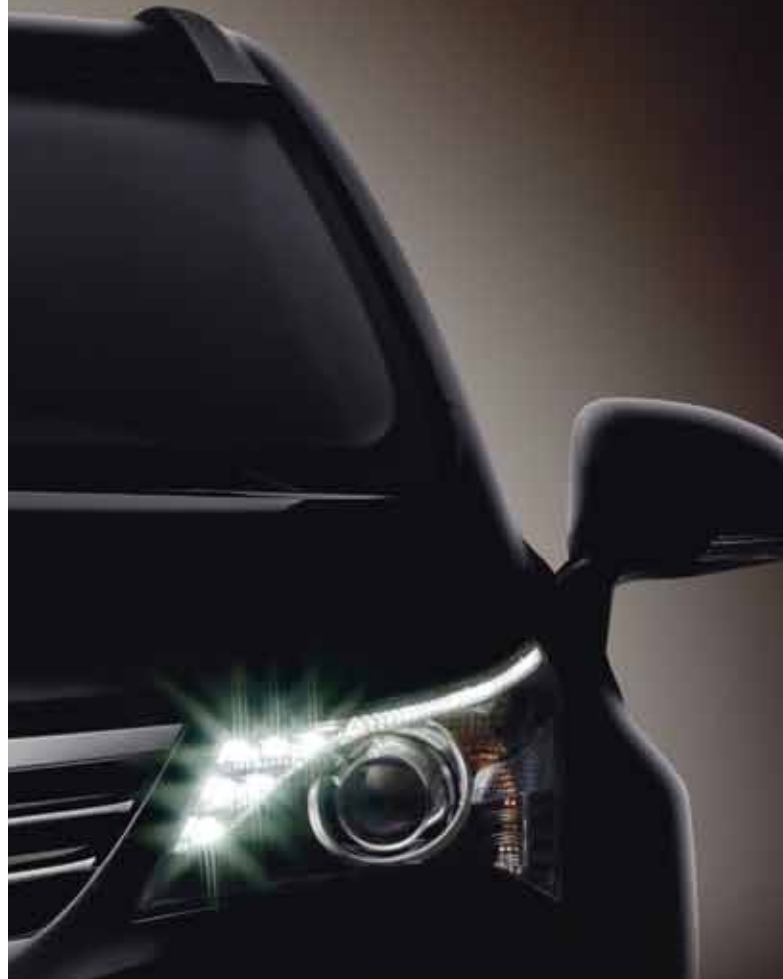
IV. Komisja wojewódzka jako organ decydujący o wystąpieniu zdarzenia medycznego.

Wniosek składa się do wojewódzkiej komisji do spraw orzekania o zdarzeniach medycznych właściwej ze względu na siedzibę szpitala.

Siedzibą wojewódzkich komisji do spraw orzekania o zdarzeniach medycznych jest siedziba właściwego urzędu wojewódzkiego. W skład wojewódzkiej komisji wchodzi 16 członków, w tym 8 członków wykonujących zawód medyczny i 8 prawników.

W przypadku każdego odrębnego zdarzenia medycznego wojewódzkie komisje orzekają w składzie czteroosobowym. Konkretny skład wyznacza przewodniczący wojewódzkiej komisji według kolejności wpływu wniosków o ustalenie zdarzenia medycznego z alfabetycznej listy. Kadencja wojewódzkiej komisji wynosi 6 lat. ■

*Autorka jest adiunktem Katedry Prawa Cywilnego
Uniwersytetu Łódzkiego.*



Zrobimy prześwietlenie...

Przeszczep przywrócił wzrok myszom

Tygodnik „Nature” z 19 kwietnia doniósł o pierwszej próbie skutecznego przywrócenia wzroku myszom poprzez przeszczepienie im prekursorów światłoczułych pręcików.

Badanie przeprowadził zespół brytyjsko-amerykańskich naukowców pod kierunkiem prof. Robina Alego z University College London (UCL). Nad zagadnieniem tym zespół pracował od dawna. 6 lat temu, również w tygodniku „Nature”, ci sami uczeni donieśli o pierwszej w historii udanej próbie przeszczepienia fotoreceptorów siatkówki u myszy. Już wtedy obserwowano pierwszą reakcję na światło leczonych w ten sposób zwierząt (do eksperymentu użyto zmodyfikowanych genetycznie osobników, które przychodziły na świat z niedziałającymi pręcikami siatkówki), ale dopiero w roku 2012 dopracowano sposób postępowania oraz uzyskano pewność, że impulsy nerwowe z nowych pręcików biegną do właściwych regionów w mózgu (tj. odpowiedzialnych za analizę obrazu) i aktywują je. Uczeni doszli też do wniosku, że trzeba wszczepiać większą liczbę komórek. 6 lat temu było to kilkanaście tysięcy, teraz zwiększyli ją do 200 000. Źródłem komórek były zdrowe myszy na różnym etapie rozwoju. By móc dokładnie

śledzić ich losy, badacze oznakowali je fluorescencyjnym barwnikiem, dzięki czemu świeciły na zielono.

W końcu się udało

Eksperyment wykazał, że prekursorzy pręcików zasiedliły chorą siatkówkę i wytworzyły połączenia z obecnymi w niej wypustkami komórek nerwowych. Całkowicie niewidome myszy wkrótce po przeszczepie zaczęły reagować na światło. Jednym z eksperymentalnych potwierdzeń, że przeszczep rzeczywiście działa, był test polegający na sprawdzeniu, czy myszki były w stanie pokonać wodny labirynt. Zwierzęta umieszczano w zalewanym wodą i słabo oświetlonym pomieszczeniu. Po to, by wydostać się z wody, musiały dotrzeć do ukrytego pod jej powierzchnią stopnia. Drogę do niego wskazywał im słaby impuls świetlny. Eksperyment wypadł pozytywnie – gryzonie po przeszczepie potrafiły trafić na stopień i wyjść z wody, natomiast te nieleczone miały z tym poważny problem.

To tylko połowa drogi

Zasadniczym celem naukowców nie jest naturalnie przywracanie wzroku myszom, lecz ludziom. Chodzi tu m.in. o pacjentów dotkniętych zwyrodnieniem plamki związanym z wiekiem czy zwyrodnieniem barwnikowym siatkówki. Medycyna wobec tych chorób jest wciąż bezradna – potrafi jedynie opóźniać ich przebieg, nie jest w stanie leczyć. Naukowcy już dawno doszli do wniosku, że ratunkiem będą tu komórki macierzyste. Jeśli bowiem nawet w czasie choroby pręciki czy czopki siatkówki ulegną zniszczeniu, reszta drogi wzrokowej biegnącej do centralnego systemu nerwowego pozostaje nienaruszona.

W ostatnich latach, pracując na modelu mysim, próbowano przeszczepiać różne rodzaje komórek – początkowo z niewielkim powodzeniem. W końcu zespołowi prof. Alego udało się trafić na dobre ich źródło. Obecne eksperymenty na myszach dowodzą niezbicie, że sama idea przeszczepiania prekursorów pręcików jest słuszna. Jednak by zastosować ją w przyszłości u ludzi, trzeba będzie pokonać jeszcze wiele problemów. Przede wszystkim znów rodzi się pytanie o źródło leczniczych komórek. Z pewnością nie mogą być nim ani ludzkie płody, ani noworodki (u myszy najlepsze rezultaty osiąga się, stosując komórki pobrane pomiędzy trzecim a piątym dniem po narodzinach). Ideałem byłoby, gdyby mogły to być komórki pochodzące z siatkówki samych pacjentów.

Znacznie wymagający pacjent

Człowiek z pewnością będzie potrzebował do przeszczepu znacznie więcej prekursorów pręcików niż mysz. W naszym oku znajduje się bowiem ponad 100 milionów fotoreceptorów. Ponieważ jednak większość chorób degeneracyjnych atakuje centralną część siatkówki, prawdopodobnie wystarczy wymienić fotoreceptory tylko tam.

„Trzeba będzie wykonać wiele dodatkowych kroków, zanim nasze osiągnięcia będą mogły znaleźć zastosowanie w klinice” – piszą w zakończeniu autorzy pracy. „Jednak prezentowane przez nas wyniki po raz pierwszy dowodzą, że przeszczepione prekursorzy pręcików mogą zasiedlić chorą siatkówkę i poprzez bezpośrednie włączenie się w jej działanie naprawdę poprawić widzenie” – konkludują badacze. ■

Jednym z eksperymentalnych potwierdzeń, że przeszczep rzeczywiście działa, był **test polegający na sprawdzeniu, czy myszki były w stanie pokonać wodny labirynt.**

Przeczekać zły czas

Diapauza to czasowe zatrzymanie rozwoju zarodka, służące m.in. temu, by potomstwo mogło przyjść na świat w bardziej sprzyjającym momencie. Zjawisko to jest bardzo rozpowszechnione w świecie zwierząt, występuje m.in. u owadów, ryb, ptaków, a także ssaków. U tych ostatnich naukowo potwierdzono je tylko u 2 proc. gatunków, m.in. u samy, myszy, szczura, nietoperza, kangura. Kiedy samica szczura krami mlekiem młode, nowo powstałe zarodki nie rozwijają się, czekają w postaci blastocysty, aż macica będzie gotowa do ich przyjęcia. U saren diapauza trwa aż 5 miesięcy. Samice zachodzą w ciążę latem, potem jednak zarodek trwa długo w stanie uśpienia, a od około stycznia ciąża znów toczy się normalnym trybem. W efekcie młode rodzą się nie w środku zimy, lecz w maju-czerwcu, kiedy jedzenia jest pod dostatkiem.

Naukowcy od lat byli przekonani, że zarodkowa diapauza to rzadkość w świecie ssaków. Interesujący eksperyment, jaki przeprowadzili ostatnio polscy i włoscy embriolodzy (pierwszą autorką pracy opublikowanej niedawno w „PLoS One” jest dr Grażyna Ptak) dowodzi, że zdolne są do niej prawdopodobnie wszystkie ssaki – a więc prawdopodobnie także człowiek – tylko z tego nie korzystają. Uczeń wyhodowali w laboratorium zarodki owcy (żadne z udomowionych ssaków nie wykazuje diapauzy) i wprowadzili je do macic myszy (ich embriony przechodzą diapauzę). W nowym środowisku owcze zarodki natychmiast przestały się rozwijać, ale bynajmniej nie zginęły. Po spędzeniu tygodnia w fazie uśpienia, przeniesione do macicy owiec dzieliły się prawidłowo. 5 miesięcy później urodziły się zdrowe owieczki.

Naukowcy spekulują, że ludzkie zarodki również potrafią zapadać w stan diapauzy. Może dzieć się tak np. wtedy, gdy poziom hormonów stresu u matki jest zbyt wysoki. ■

Wróżenie z genów

Od lat żyjemy wizją, że kiedy tylko badania całych ludzkich genomów radykalnie stanieją, każdy z nas będzie mógł sprawdzić sobie całe DNA i na tej podstawie dowiedzieć się, na jakie choroby jest najbardziej narażony. Taka informacja pozwoliłaby nam z kolei mądrzej sterować własnym życiem, częściej się pod kątem pewnych chorób badać, przed niektórymi z nich starać się zabezpieczyć. Praca, jaka ukazała się niedawno w „Science Translational Medicine”, dowodzi, że wizja ta może się jednak nie spełnić. I to nie z powodu niemożności wykonania genetycznych badań – te coraz bardziej tanieją – ale z racji tego, że tak naprawdę z całej naszej informacji genetycznej nie da się zbyt wiele wyczytać.

Zespół Berta Vogelsteina z Instytutu Medycznego Howarda Hughesa przeanalizował kilka rejestrów jednojajowych (a więc mających niemal identyczne genomy) bliźniąt. Rejestry analizowano pod kątem 24 częstych chorób. Do określenia ich ryzyka naukowcy użyli specjalnie opracowanych matematycznych modeli. Okazało się z analizy całych genomów, że aż w 23 przypadkach (na 24) nie da się niestety wywnioskować, iż ryzyko jakiejś choroby jest wyraźnie podwyższone. Co gorsze, pozytywny wynik testu też wcale nie da gwarancji, że choroba nie wystąpi. Ryzyko zachorowania w tym przypadku będzie po prostu takie samo jak w całej populacji. ■

Zapraszamy do współpracy osoby, które uczestniczą w ciekawym badaniu albo projekcie naukowym. Chętnie napiszemy o rzeczach ważnych, które właśnie się dzieją.
Czekamy na e-maile pod adresem: nauka@gazetalekarska.pl.



Zmierzymy temperaturę...

Specjaliści będą równiejsi

Kilka miesięcy temu w „Gazecie Lekarskiej” (01/2012) ukazała się informacja, że w 2012 r. i w latach następnych o kontrakty z NFZ będą mogli ubiegać się wszyscy lekarze specjaliści, niezależnie od tego, czy posiadają I, czy II stopień specjalizacji. Życie skarciło ten niepoprawny optymizm: to, że mogą ubiegać się o kontrakty, nie znaczy, że je otrzymają...

Kiedy 3 listopada 2011 r. weszło w życie rozporządzenie ministra zdrowia z 28 października 2011 r. (Dz.U. Nr 235, poz. 1394), zmieniające rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej i wydawało się, że specjaliści w końcu są równi, wszyscy z optymizmem patrzyli w przyszłość. Nikt nie spodziewał się wówczas, że lekarze z I stopniem specjalizacji zderzą się ze ścianą nie do przejścia.

W styczniu łódzki „Eksperss Ilustrowany” donosił: „Od kilku dni w łódzkim Oddziale NFZ stoją w kolejce lekarze walczący o kontrakty na świadczenia medyczne dla swoich placówek. Jeszcze dłuższe tworzą pacjenci, usiłujący dostać się do gabinetów specjalistycznych. Pierwsi bronią się przed bankructwem i walczą o przetrwanie, drudzy chcą się godnie leczyć”. „Co, jak co, ale żeby na sporach dorosłych cierpiała dzieci... wstyd mi że mieszkam w tym mieście...” – komentował tę sytuację na forum gazety pan Tomasz z Łodzi.

Już w czerwcu ubiegłego roku wskazywaliśmy, że **NFZ powinien dopuścić lekarzy z I stopniem specjalizacji** do wykonywania niektórych procedur.

Nie lepiej było w Białymstoku. „Nie wiem, dlaczego likwiduje się poradnię, gdzie przyjmują dobrzy lekarze, którzy mają wiedzę i doświadczenie, co z tego, że może nie mają II stopnia specjalizacji? [...] Pacjenci korzystający dotąd z usług poradni laryngologicznej przy ul. Bema w Białymstoku teraz muszą za świadczenia płacić. Placówka nie dostała bowiem umowy z NFZ” – donosił portal Współczesna.pl.

Doktor nauk medycznych

– Pracowałam w jednej z łódzkich przychodni, do której codziennie przychodziło bardzo wielu pacjentów. Na początku stycznia okazało się, że przychodnia jest niepotrzebna, bo NFZ nie podpisał z nią kontraktów na specjalistykę. Ja i wielu moich kolegów zostaliśmy bez pracy. Kontrakty otrzymali tylko interniści i rehabilitacja, ale bez lekarzy rehabilitacji – opowiada mi jedna z lekarek.

Łódź jest miastem ludzi starszych, młodzi stąd wyjechali, kiedy zlikwidowano przemysł. Do niedawna w każdej z dzielnic – Śródmieście, Bałuty, Górna, Polesie i Widzew – funkcjonowały duże miejskie poradnie. Byli tam lekarze różnych specjalności oraz sprzęt niezbędny do leczenia i diagnozowania pacjentów. Niektóre z tych przychodni istniały już przed wojną. Miały specjalistów i świetnie wyposażone gabinety, a także... rzeszę wiernych pacjentów. – W tym roku podpisano kontrakty z małymi spółkami prywatnymi – opowiada pani doktor. – Jedna z takich placówek znajduje się niedaleko mojego miejsca zamieszkania. Staralam się tam o pracę, ale bez powodzenia. Usłyszałam, że nie mogą zatrudnić okulisty z I stopniem specjalizacji, ponieważ mają tak podpisany kontrakt z NFZ, że nie zatrudniają lekarzy z „jedyneką”. To placówka, która

co prawda ma specjalistów na kontraktach, ale nie ma sprzętu – tam są tylko gabinety. Z tego, co wiem, diagnostykę planują wykonywać w mojej dawnej przychodni, o której wcześniej wspominałam – dodaje.

Pani doktor skserowała rozporządzenie Ministra Zdrowia z 28 listopada 2011 r. i na kolejne rozmowy kwalifikacyjne zabierała je ze sobą. – Próbowałam zatrudnić się w sześciu miejscach. Wszędzie mi podziękowano, podając ten sam powód: I stopień specjalizacji. Byłam bliska załamania nerwowego – opowiada drżącym głosem. Kiedy dowiedziała się, że w Skierniewicach okulista jest bardzo poszukiwany, zadzwoniła i pełna nadziei umówiła się na spotkanie. – Pierwsze, o co zostałam zapytana, to czy mam II stopień specjalizacji. Kiedy odpowiedziałam, że pierwszy, podziękowano mi za współpracę. Nieważne, że jestem doktorem nauk medycznych. Nieważne, że pacjenci chcą się u mnie leczyć... To bardzo upokarzające po ponad 20 latach pracy – mówi rozgoryczona.

– Już czerwcu ubiegłego roku wskazywaliśmy, że NFZ powinien dopuścić lekarzy z I stopniem specjalizacji do wykonywania niektórych procedur – podkreśla Maciej Hamankiewicz, prezes Naczelnej Rady Lekarskiej.

Dane z NFZ

Zapytaliśmy Narodowy Fundusz Zdrowia, z iloma lekarzami posiadającymi I stopień specjalizacji, a z iloma lekarzami z II stopniem specjalizacji podpisał kontrakty w 2012 roku. Otrzymaliśmy odpowiedź, że NFZ nie gromadzi danych dotyczących liczby lekarzy z I i II stopniem specjalizacji.

Z kolei na pytanie, jaka jest różnica w wynagrodzeniu punktowej za dane świadczenie w zależności od stopnia specjalizacji – ile



Niezawodny sprzęt dla niezawodnego specjalisty

Teraz w specjalnej promocji dla lekarzy



Cenimy tych, którzy tak jak my do swoich obowiązków podchodzą profesjonalnie i solidnie.
Dzięki temu tworzymy jedno z najbardziej niezawodnych samochodów na świecie.

Zapraszamy do salonów.

www.toyota.pl

punktów NFZ proponuje za usługę „jedyńkowicza”, a ile „dwójkowicza”, odpowiedź była równie konkretna: „Różnica w wycenie punktowej wynika z przeprowadzonych negocjacji podczas postępowania konkursowego” – odpowiedziała Magdalena M. Stawarska z BKS Centrali NFZ.

– Usługi na terenie łódzkiego oddziału NFZ kontraktujemy na podstawie warunków obowiązujących przy kontraktowaniu na terenie całej Polski. Są przygotowywane przez centralę NFZ, zgodnie z Zarządzeniem nr 81/2011/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 4 listopada 2011 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna – poinformowała z kolei Beata Kosiorek Aszkielaniec, rzecznik prasowy Oddziału Wojewódzkiego NFZ w Łodzi.

Chcę zdawać egzamin

Pani doktor ma za sobą dwadzieścia kilka lat pracy zawodowej, nie najgorsze wyniki, jeśli chodzi o pracę z pacjentami, na koncie publikacje naukowe i doktorat. – Mam też pecha, że za wcześniej skończyłam studia. Wtedy był dwustopniowy system specjalizacji, a „dwójka” zarezerwowana właściwie tylko dla ordynatorów i kierowników poradni specjalistycznych. Na rozpoczęcie specjalizacji II stopnia wyrażał wtedy zgodę lekarz wojewódzki, a do egzaminu można było podchodzić tylko trzy razy – opowiada. Mówiło się wówczas, że „jedyńka” całkowicie wystarcza do wykonywania zawodu. – Ponieważ bardzo zależało mi, żeby zrobić „dwójkę” – była to dla mnie m.in. kwestia ambicji – bardzo długo starałam się, by dopuszczono mnie do egzaminu. W końcu się udało, dostałam swoją szansę, ale... zabrakło mi jednego punktu.

Starzy „jedyńkowicze” mają olbrzymi potencjał wiedzy i doświadczenia zawodowe. Mają też ogromne chęci, by sprawdzić się na egzaminie. Największą przeszkodą są staże, które trzeba odbyć. – Bardzo chciałabym przystąpić do egzaminu, aby zdobyć II stopień specjalizacji. Nie boję się sprawdzenia mojej wiedzy. Nikt nie chce zaliczyć mi stażu, który odbyłam wcześniej, ponieważ od jego zakończenia upłynęło już zbyt dużo czasu. To sytuacja, która kosztuje wiele nerwów.

Jak wynika z Centralnego Rejestru Naczelnej Izby Lekarskiej, spośród ogólnej liczby 122 850 lekarzy i 33 434 lekarzy dentystów jest odpowiednio 16 852 lekarzy z jedynką i 9 224 lekarzy dentystów „jedyńkowiczów”, którzy być może chcieliby podnieść swoje kwalifikacje, zdając egzamin. Zniesienie konieczności odbywania stażu pomogłoby im zrealizować te plany.

Jest nadzieja

Jak poinformowała Agnieszka Gołąbek, rzecznik prasowy Ministra Zdrowia, w okresie od 1 stycznia do 5 maja 2012 r. do Ministerstwa Zdrowia wpłynęła tylko 1 skarga od lekarza posiadającego I stopień specjalizacji i dotyczyła ona zastrzeżenia do kontraktowania świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

Z informacji, które przekazała gazecie, dowiedzieliśmy się również, że projekt ustawy o zmianie ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty dotyczący uzyskiwania umiejętności z zakresu węższych dziedzin medycyny uzyskał rekomendację Stałego Komitetu Rady Ministrów dnia 27 lipca 2011 r. i został zgłoszony do wykazu prac legislacyjnych.

– Wyżej wymieniony projekt ustawy przewiduje krótszą ścieżkę uzyskania przez lekarza tytułu specjalisty. W przypadku lekarza posiadającego specjalizację I stopnia w danej dziedzinie medycyny i nieposiadającego specjalizacji II stopnia lub tytułu specjalisty w żadnej innej dziedzinie medycyny, minister zdrowia może uznać dotychczasowy dorobek zawodowy i naukowy lekarza w danej dziedzinie medycyny za równoważny ze zrealizowaniem przez niego w całości aktualnie obowiązującego programu danej specjalizacji i podjąć decyzję o dopuszczeniu tego lekarza do Państwowego Egzaminu Specjalizacyjnego (PES) w danej dziedzinie medycyny – poinformowała Agnieszka Gołąbek.

To dobra wiadomość dla wszystkich „jedyńkowiczów” zainteresowanych zdaniem egzaminu na „dwójkę”. Proszę śłać wnioski do ministra zdrowia i już zacząć się uczyć. Trzymamy kciuki! ■

reklama



Szczególny program ubezpieczenia Prawnik dla Lekarza

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

- 1. Ochrona życia zawodowego lekarza w zakresie między innymi:**
 - postępowań cywilnych
 - umów związanych z wykonywaniem zawodu (np. umowy ubezpieczenia OC, umowy z NFZ)
 - postępowań dyscyplinarnych i administracyjnych związanych z wykonywaniem zawodu
 - prawa karnego i wykroczeń
 - dochodzenia własnych roszczeń odszkodowawczych
- 2. Ochrona prawna życia prywatnego lekarza oraz małżonka i niepełnoletnich dzieci w zakresie między innymi:**
 - dochodzenia własnych roszczeń odszkodowawczych
 - prawa karnego i wykroczeń
 - umów i praw rzeczowych, nie pozostających w związku z pojazdami
- 3. Ochrona prawna lekarza w zakresie komunikacji:**
 - prawa rzeczowego oraz umów (w tym umów ubezpieczenia)
 - sprawy podatkowe związane z pojazdami zarejestrowanymi na ubezpieczonego
 - dochodzenie własnych roszczeń odszkodowawczych z tytułu czynów niedozwolonych (przeciwko sprawcy bądź jego ubezpieczycielowi)
 - prawo karne i wykroczeń, ochrona obejmuje wszelkie przestępstwa komunikacyjne, również umyślne i pod wpływem alkoholu
- 4. Ochrona stosunku pracy lekarza oraz małżonka w zakresie:**
 - prawa pracy i ubezpieczeń społecznych

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



Wyjątkowy program przygotowany przez:

Ubezpieczyciel:
CONCORDIA POLSKA
 Towarzystwo Ubezpieczeń Wzajemnych

CONCORDIA POLSKA
Towarzystwo Ubezpieczeń Wzajemnych

Jeżeli jesteś zainteresowany

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

BIULETYN

Nr 4 (142) Rok XXIII Naczelnej Rady Lekarskiej Warszawa, VI 2012

Redaktor naczelny: Mariusz Janikowski

Posiedzenie NRL - 13 kwietnia 2012 roku

UCHWAŁA Nr 8/12/VI NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ z dnia 13 kwietnia 2012 r.

w sprawie skierowania wniosku do Trybunału Konstytucyjnego o zbadanie zgodności z Konstytucją przepisów ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (j.t. Dz. U. z 2012 r., Nr 30, poz. 159) oraz przepisów ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2011 r., Nr 112, poz. 654 ze zm.)

Na podstawie art. 191 ust. 1 pkt 4 w związku z art. 188 pkt 1 Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 2 kwietnia 1997 r. (Dz. U. Nr 78, poz. 483, ze zm.) oraz art. 39 ust. 1 pkt 3 i 4 ustawy z dnia 2 grudnia 2009 r. o izbach lekarskich (Dz. U. Nr 219, poz. 1708 ze zm.), Naczelna Rada Lekarska uchwala, co następuje:

§ 1.

Wystąpić do Trybunału Konstytucyjnego z wnioskiem o zbadanie zgodności:

1/ art. 67j ust. 7 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (j.t. Dz. U. z 2012 r., Nr 30, poz. 159) w brzmieniu nadanym ustawą z dnia 28 kwietnia 2011 r. o zmianie ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta oraz ustawy o ubezpieczeniach obowiązkowych, Ubezpieczeniowym Funduszu Gwarancyjnym i Polskim Biurze Ubezpieczycieli Komunikacyjnych (Dz. U. z 2011 r. Nr 113, poz. 660) z art. 45 ust. 1, art. 77 ust. 2, art. 78 Konstytucji oraz z art. 6 ust. 1 i art. 13 Konwencji o ochronie praw człowieka i podstawowych wolności, sporządzonej w Rzymie 4 listopada 1950 r. (Dz. U. z 1993 r. Nr 61, poz. 284 ze zm.),

2/ art. 67i ust. 2 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (j.t. Dz. U. z 2012 r., Nr 30, poz. 159) w brzmieniu nadanym ustawą z dnia 28 kwietnia 2011 r. o zmianie ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta oraz ustawy o ubezpieczeniach obowiązkowych, Ubezpieczeniowym Funduszu Gwarancyjnym i Polskim Biurze Ubezpieczycieli Komunikacyjnych (Dz. U. z 2011 r. Nr 113, poz. 660) z art. 45 ust. 1 w zw. z art. 32 ust. 1 i art. 2 Konstytucji oraz z art. 6 ust. 1 Konwencji o ochronie praw człowieka i podstawowych wolności, sporządzonej w Rzymie 4 listopada 1950 r. (Dz. U. z 1993 r. Nr 61, poz. 284 ze zm.),

3/ art. 17 ust. 1 pkt 4 b) w zw. z art. 25 ust. 1 pkt 2 i ust. 2 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2011 r., Nr 112, poz. 654 ze zm.) z art. 2 Konstytucji.

§ 2.

Upoważnić:

- 1) prezesa Naczelnej Rady Lekarskiej Macieja Hamankiewicza do wniesienia wniosku, o którym mowa w § 1, do Trybunału Konstytucyjnego oraz reprezentowania Naczelnej Rady Lekarskiej w postępowaniu przed Trybunałem Konstytucyjnym w sprawie wniosku, o którym mowa w § 1, z prawem udzielenia pełnomocnictwa;
- 2) radcę prawnego prof. Marka Chmaja oraz adwokata dr Martę Derlatka, z Kancelarii Radcowskiej Chmaj i Wspólnicy Sp. k. ul. Flory 9 lok. 11, 00-586 Warszawa, do reprezentowania Naczelnej Rady Lekarskiej w postępowaniu przed Trybunałem Konstytucyjnym w sprawie wniosku, o którym mowa w § 1.

§ 3.

Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

Zastępca sekretarza
Marek Jodłowski

Prezes
Maciej Hamankiewicz

UCHWAŁA NR 9/12/VI NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ z dnia 13 kwietnia 2012 r.

zmieniająca uchwałę w sprawie wysokości składki członkowskiej

Na podstawie art. 39 ust. 1 pkt 11 ustawy z dnia 2 grudnia 2011 r. o izbach lekarskich (Dz. U. Nr 219, poz. 1708 oraz z 2011 r. Nr 112, poz. 654 i Nr 113, poz. 657) uchwała się, co następuje:

§ 1.

W uchwale Nr 8/08/V Naczelnej Rady Lekarskiej z dnia 4 kwietnia 2008 r. w sprawie wysokości składki członkowskiej w § 2 ust. 2 otrzymuje brzmienie:

„2. Okręgowa rada lekarska podejmuje uchwałę, o której mowa w ust. 1, jeżeli lekarz złoży odpowiedni pisemny wniosek, przedstawi decyzję Zakładu Ubezpieczeń Społecznych o przyznaniu emerytury lub renty i złoży oświadczenie o wysokości osiągniętego dochodu lub kserokopię zeznania o wysokości dochodu uzyskanego w roku podatkowym poprzedzającym rok złożenia wniosku.”

§ 2.

Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

Zastępca sekretarza
Marek Jodłowski

Prezes
Maciej Hamankiewicz

UCHWAŁA Nr 10/12/P-VI NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ z dnia 13 kwietnia 2012 r.

w sprawie pokrycia dodatkowych kosztów V Polsko – Niemieckiego Sympozjum „Zrozumieć przeszłość. Kształtować przyszłość”

Na podstawie art. 114 ust. 1 i 3 i art. 40 ust. 4 z dnia 2 grudnia 2009 r. o izbach lekarskich (Dz. U. Nr 219, poz. 1708) uchwała się, co następuje:

§ 1

Przyznać Dolnośląskiej Izbie Lekarskiej we Wrocławiu kwotę 24 tys. złotych na pokrycie dodatkowych kosztów V Polsko – Niemieckiego Sympozjum „Zrozumieć przeszłość. Kształtować przyszłość”.

§ 2

Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

Zastępca sekretarza
Marek Jodłowski

Prezes
Maciej Hamankiewicz

STANOWISKO Nr 3/12/VI NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ z dnia 13 kwietnia 2012 r.

w sprawie projektu umowy upoważniającej do wystawiania recept na leki, środki spożywcze specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyroby medyczne refundowane ze środków publicznych przysługujące świadczeniobiorcom, aneksów do umowy oraz wniosku o jej zawarcie

Naczelna Rada Lekarska po zapoznaniu się z projektem umowy upoważniającej do wystawiania recept na leki refundowane zamieszczonym na stronie internetowej Narodowego Funduszu Zdrowia stwierdza, że opublikowanie projektu jednostronnie zerwało porozumienie pomiędzy Ministerstwem Zdrowia, Narodowym Funduszem Zdrowia i Naczelną Radą Lekarską z października 2011 r. W myśl porozumienia wzór umowy miały ustalić wspólnie i w porozumieniu NFZ i NRL. Naczelna Rada Lekarska wyraża sprzeciw wobec faktu, że w treści projektu umowy upoważniającej do wystawiania recept na leki, środki spożywcze specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyroby medyczne refundowane ze środków publicznych przysługujące świadczeniobiorcom, aneksów do umowy oraz wniosku o jej zawarcie nie uwzględniono

zdecydowanej większości wniosków przedstawionych przez Zespół NRL podczas rozmów z pracownikami Narodowego Funduszu Zdrowia.

Naczelna Rada Lekarska podkreśla, że kontrola wystawiania recept refundowanych ze środków publicznych jest potrzebna, a powszechnie obowiązujące prawo w wystarczającym stopniu przewiduje odpowiedzialność za naruszenie przepisów.

Projekt umowy przewiduje bardzo rozbudowany katalog kar umownych. Należy stwierdzić, że projekt przewiduje również kary umowne w sytuacjach, w których art. 48 ust. 8 ustawy z dnia 12 maja 2011 r. o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych (zwanej dalej „ustawą”) przewidywał obowiązek zwrotu nienależnej refundacji. Przepis art. 48 ust. 8 ustawy został ustawą z 13 stycznia 2012 r. uchylony. Konsekwencje uchylenia przez ustawodawcę przepisu przewidującego obowiązek zwrotu kwoty nienależnej refundacji nie mogą być przez NFZ obchodzone poprzez określenie, iż w takich przypadkach NFZ przysługuje roszczenie o zapłatę kary umownej.

Obowiązek wprowadzenia do umowy kar umownych wynika z treści art. 48 ust. 3 ustawy, który wskazuje, iż umowa określać powinna m.in. kary umowne. Ustawodawca nie przewidział jednak żadnych przesłanek pozwalających na określenie w jakich sytuacjach kary umowne mogą być na podstawie ww. przepisu stosowane. Prawa powszechnie obowiązującego powinny co najmniej wskazywać sytuacje, w których może być nakładana kara umowna. Tymczasem obecny stan prawny pozostawia określenie zarówno tego za co nakładana będzie kara umowna, jak również jaka będzie jej wysokość jednej ze stron tej umowy – Narodowemu Funduszowi Zdrowia. Powyższa dowolność kształtowania kar umownych wynikających tylko i wyłącznie z lakonicznego postanowienia art. 48 ust. 3 ustawy uzasadnia zarzut niezgodności z Konstytucją tego przepisu jako godzącego w konstytucyjną zasadę określoności regulacji prawnych wywodzoną z klauzuli demokratycznego państwa prawnego oraz zasadę zaufania obywateli do państwa i tworzonych przez nie prawa.

Powyższe jest tym bardziej uzasadnione, że ustawodawca nie upoważnił Ministra Zdrowia do określenia wzoru umowy w formie rozporządzenia – tak jak uczynił to w przypadku umów zawieranych przez NFZ z aptekami. Tym samym już na gruncie ustawy rysuje się wyraźna i nieuzasadniona nierówność w zakresie określania wzoru umów zawieranych przez NFZ z aptekami i lekarzami. Wzór umowy upoważniającej do wystawiania recept określa bowiem Prezes NFZ wypełniając dowolnie treścią lakoniczne wymogi art. 48 ustawy. Dodatkowo należy wskazać, że projekt zawiera jedynie kary umowne zastrzeżone na rzecz NFZ nie przewiduje natomiast możliwości dochodzenia kar umownych przez osobę upoważnioną.

W tej sytuacji szczególnie oburzające jest zawarcie w projekcie umowy drażniących kar w wysokości kwoty nienależnej refundacji, które mogą powodować uzasadniony lęk przed ryzykiem finansowym grożącym lekarzowi podczas ordynacji leków. Naczelna Rada Lekarska uważa, że jest to tym bardziej niedopuszczalne w kontekście skreślenia ust. 8 art. 48 ustawy.

Ponadto, w ocenie Naczelnej Rady Lekarskiej opiniowany projekt umowy zawiera postanowienia niezgodne z ustawą:

- 1) w zakresie, w jakim umożliwia wypowiedzenie przez NFZ umowy ze skutkiem natychmiastowym w przypadku utrudniania czynności kontrolnych. Należy podkreślić, iż przepisy dotyczące wypowiedziania umów zostały przez ustawodawcę opisane w sposób szczegółowy w ustawie. Zmieniona treść przepisu art. 48 ust. 10 ustawy nie przewiduje obecnie możliwości wypowiedziania umowy ze skutkiem natychmiastowym w przypadku utrudniania czynności kontrolnych. W świetle powyższego należy stwierdzić, iż narzucający przez NFZ w projektowanym wzorze umownym przepis jest niezgodny z prawem.
- 2) w zakresie, w jakim wykraczając poza treść art. 48 ust. 5 ustawy wskazuje sytuacje uzasadniające rozwiązanie przez NFZ umowy.

Zgodnie z treścią art. 48 ust. 5 ustawy NFZ niezwłocznie rozwiązuje umowę w przypadku prawomocnego skazania osoby upoważnionej za wskazane w tym przepisie przestępstwa o charakterze korupcyjnym. Projekt umowy dodaje do ww. przesłanki dwie nieprzewidziane ustawą: utratę lub zawieszenie prawa wykonywania zawodu przez osobę uprawnioną oraz zawarcie przez osobę uprawnioną umowy z innym oddziałem NFZ i niezwłoczne nie poinformowanie o tym fakcie oddziału NFZ. Żadna z tych przesłanek nie jest przewidziana w ustawie. O ile można racjonalnie wyjaśnić dodanie przesłanki pierwszej, to trudno mówić o racjonalności obligatoryjnego rozwiązania umowy w przypadku nieprzekazania informacji o zawarciu umowy z innym oddziałem NFZ.

W myśl art. 48 ust. 4 ustawy wystawianie recept na terenie różnych oddziałów NFZ odbywa się na podstawie odrębnych umów zawieranych z dyrektorami oddziałów NFZ. Tym samym należy stwierdzić, że NFZ, a konkretnie jego oddziały, będą dysponowały informacjami o wszystkich umowach zawartych z osobami uprawnionymi osobami. Nakładanie na osoby uprawnione obowiązku przekazywania informacji o zawarciu umowy z innym oddziałem NFZ jest niezrozumiałe i w sposób nieuzasadniony przerzuca na te osoby czynności, które może i powinien wykonać NFZ. Tym bardziej nieuzasadnione jest nakładanie sankcji obligatoryjnego rozwiązania umowy za niedopełnienie obowiązku przekazania takiej informacji.

Projekt umowy przewiduje ponadto szerszy zakres danych gromadzonych w dokumentacji indywidualnej dla recept wystawianych przez lekarza i lekarza dentystę dla siebie oraz członków najbliższej rodziny, niż przewidziany w projekcie rozporządzenia ministra zdrowia zmieniającego rozporządzenie w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania z 29 grudnia 2011 r. *Ratio legis* projektowanej przez Ministra Zdrowia regulacji dokumentacji prowadzonej dla recept wystawianych *pro familia* i *pro auctore* było ograniczenie ilości danych

w niej zamieszczanych do niezbędnego minimum gwarantującego odpowiednią kontrolę zasadności wystawiania recept. Zawarty w projekcie umowy szeroki katalog gromadzonych w takiej dokumentacji danych podważa *ratio legis* prowadzonych przez Ministerstwo Zdrowia i uzgodnionych z Naczelną Radą Lekarską prac w zakresie nowelizacji rozporządzenia w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania.

Projekt umowy w sposób nieuprawniony rozszerza zakres kontroli wystawiania recept przewidziany w treści § 29 ust. 1 rozporządzenia ministra zdrowia z dnia 8 marca 2012 r. w sprawie recept lekarskich. Zgodnie z treścią § 29 ust. 1 ww. rozporządzenia kontrola wystawiania recept na leki, środki spożywcze specjalnego przeznaczenia żywieniowego, wyroby medyczne obejmuje badanie i ocenę działań osoby wystawiającej receptę w zakresie:

- 1) zgodności danych zamieszczonych na receptę z prowadzoną dokumentacją medyczną;
- 2) prawidłowości wystawienia recepty oraz zgodności jej wystawienia z przepisami prawa.

Dodatkowo, do kontroli recept wystawianych na leki refundowane odpowiednie zastosowanie mają przepisy art. 64 ust. 1-10 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Tym samym należy stwierdzić, że podstawowy zakres kontroli określa § 29 ust. 1 rozporządzenia, który w przeciwieństwie do art. 64 ust. 1 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych zawiera zamknięty katalog obszarów kontroli wystawiania recept.

W świetle powyższego należy stwierdzić, że zawarty w projekcie umowy katalog obszarów kontroli jest w przeciwieństwie do katalogu określonego rozporządzeniem ministra zdrowia, katalogiem otwartym, a ponadto przewiduje szerszy zakres kontroli. Mając powyższe na względzie Naczelna Rada Lekarska negatywnie opiniuje przedmiotowy projekt i domaga się realizacji porozumienia z października 2011 r. zawartego przez Ministra Zdrowia, Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia i Prezesa Naczelnej Rady Lekarskiej.

Zastępca sekretarza
Marek Jodłowski

Prezes
Maciej Hamankiewicz

STANOWISKO NR 4/12/VI NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ z dnia 13 kwietnia 2012 r.

w sprawie projektu założeń do ustawy o zmianie ustawy o działalności leczniczej oraz innych ustaw

Po zapoznaniu się z projektem założeń do projektu ustawy o zmianie ustawy o działalności leczniczej oraz w nawiązaniu do stanowiska Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej z dnia 16 marca 2012 r. Nr 17/12/P-VI, Naczelna Rada Lekarska przedstawia następujące stanowisko w przedmiotowej sprawie:

Naczelna Rada Lekarska podtrzymuje wyrażony w 2010 r., podczas opiniowania projektu ustawy o działalności leczniczej, niepokój wynikający z uznania działalności leczniczej za jeden z rodzajów działalności gospodarczej, poddanych prawom wolnego rynku. Naczelna Rada Lekarska negatywnie ocenia narzuconą ustawą prywatyzację publicznych jednostek ochrony zdrowia. W opinii Rady poddanie tych jednostek, wypełniających dotychczas publiczną misję leczenia każdego będącego w potrzebie, bezwzględny regulom rynku może zagrozić dostępności świadczeń zdrowotnych na terytorium Polski.

Odnosząc się do projektu założeń do ustawy o zmianie ustawy, Naczelna Rada Lekarska popiera propozycję zniesienia obowiązku ubezpieczenia podmiotów leczniczych w zakresie ubezpieczenia z tytułu zdarzeń medycznych, zauważając, że jest ona zgodna z Apelem nr 3 z dnia 25 lutego 2012 r. Nadzwyczajnego XI Krajowego Zjazdu Lekarzy do Ministra Zdrowia. Jednocześnie Naczelna Rada Lekarska krytycznie ocenia rozwiązanie, zgodnie z którym na podmiocie leczniczym spoczywać będzie pełna odpowiedzialność z tytułu zdarzeń medycznych, o których mowa w ustawie z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta. Regulacja taka, podobnie jak obciążanie podmiotów leczniczych dodatkowym, obok ubezpieczenia OC, obowiązkiem ubezpieczeniowym, prowadzić będzie do niewydolności finansowej, a nawet upadłości tych podmiotów. Naczelna Rada Lekarska stoi na stanowisku, że ustawodawca, biorąc pod uwagę wieloletnie doświadczenia państw, które wprowadziły pozasądowy system kompensacji szkód wyrządzonych przez niepożądane zdarzenia medyczne, powinien zmierzać do powołania publicznego funduszu z którego finansowane byłyby ewentualne odszkodowania.

Naczelna Rada Lekarska popiera proponowane w założeniach:

- a) rozszerzenie katalogu podmiotów leczniczych,
- b) rozwiązania związane z zamówieniami na świadczenia zdrowotne,
- c) uszczegółowienie danych identyfikacyjnych dla noworodka urodzonego w szpitalu.

Naczelna Rada Lekarska nie zgłasza uwag do proponowanych w założeniach rozwiązań dotyczących kwestii finansowych, tj.:

- a) możliwości przeksięgowania niezamortyzowanej części środków, która zwiększyła fundusz założycielski samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej,
- b) proponowane rozwiązania dotyczące wsparcia związane z przekształceniem samodzielnego publicznego zakładów opieki zdrowotnej w spółkę kapitałową.

Jednocześnie Naczelna Rada Lekarska, podtrzymując stanowisko swego Prezydium z dnia 16 marca 2012 r., uważa za konieczne rozszerzenie zakresu nowelizacji ustawy o działalności leczniczej w poniższym zakresie:

I. Uwagi ogólne:

- 1) należy ujednolicić nazewnictwo użyte w ustawie z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej w sposób, który nawiązywałby do ukształtowanej praktyki sądowej oraz przepisów np. prawa cywilnego czy podatkowego. Przyjęte w ustawie rozwiązania wprowadzają chaos pojęciowy, pozostawiając w obiegu część nazw, a inne zastępując w sposób przypadkowy, często nie związany z całą sferą obowiązujących prawnie pojęć, tj. „działalność gospodarcza” czy „przedsiębiorca”;
- 2) należy uregulować kwestie dotyczące wykonywania zawodów lekarza i lekarza dentysty w szczególnych lub zindywidualizowanych warunkach.

Uzasadnienie: Uchylenie uprzednio obowiązujących przepisów dotyczących wykonywania zawodów lekarza i lekarza dentysty w ramach praktyki przez ustawę o działalności leczniczej zrodziło szereg wątpliwości. W świetle uchylonego art. 4 ustawy z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej świadczenia zdrowotne mogły być udzielane przez zakłady opieki zdrowotnej oraz przez osoby fizyczne wykonujące zawód medyczny lub przez grupową praktykę lekarską, grupową praktykę pielęgniarów, położnych na zasadach określonych w odrębnych przepisach. Z przywołaną regulacją korespondowały – obecnie również uchylone – przepisy ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty, określające w szczególności zasady wykonywania zawodu lekarza poza zakładem opieki zdrowotnej na podstawie umowy cywilnoprawnej. Zgodnie z art. 50 ust. 12 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty, za równoznaczne z indywidualną praktyką lekarską lub indywidualną specjalistyczną praktyką lekarską uważało się wykonywanie zawodów lekarza i lekarza dentysty poza zakładem opieki zdrowotnej na podstawie umowy cywilnoprawnej. Odpowiednio art. 50 ust. 13 tej ustawy określał, że w przypadku, gdy indywidualna praktyka lekarska lub indywidualna specjalistyczna praktyka lekarska jest wykonywana na warunkach określonych w ust. 12, obowiązek przedstawiania odpowiednich danych spoczywał na podmiocie, który miał zamiar zawrzeć z lekarzem, lekarzem dentystą umowę cywilnoprawną, z wyłączeniem sytuacji, w której pomieszczenia, sprzęt i aparaturę medyczną nie stanowi własności tego podmiotu. Przywołany wyżej art. 50 ograniczał lub wręcz wyłączał także z obszaru regulacji dotyczącego praktyki lekarskiej: działalność orzeczników Zakładu Ubezpieczeń Społecznych, lekarzy i lekarzy dentystów członków komisji lekarskich Zakładu Ubezpieczeń Społecznych oraz lekarzy i lekarzy dentystów rzeczoznawców Kasy Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego, udział w konsultacji czy konsylium, czy wykonywanie funkcji lekarza sądowego. W związku z uchyleniem ww. regulacji i braku ich odpowiedników, powstaje zasadniczy problem co do możliwości i zasad – tak prawnych, jak i faktycznych – wykonywania zawodów lekarza i lekarza dentysty w przywołanych formach.

Niezależnie od powyższych uwag, jest niezasadne utrzymanie zakazu wykonywania grupowej praktyki lekarskiej w podmiocie leczniczym na podstawie umowy cywilnoprawnej o udzielanie świadczeń zdrowotnych, o czym stanowi art. 50a ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty;

- 3) konieczne jest dokonanie zmian w zakresie zasad kontroli praktyk zawodowych lekarzy i lekarzy dentystów.

Uzasadnienie: Najbardziej pożądanym rozwiązaniem byłoby kompleksowe ujęcie zasad kontroli praktyk lekarskich w jednej ustawie, zaś ewentualne odwołania do innych ustaw powinny mieć jednoznaczny, literalny charakter. W świetle obowiązujących przepisów, zasady kontroli praktyk zawodowych lekarzy i lekarzy dentystów określają, w różnych wymiarach, trzy ustawy: ustawa z dnia 2 lipca 2004 r. o swobodzie działalności gospodarczej (rozdział 5 tej ustawy zatytułowany „Kontrola działalności gospodarczej przedsiębiorcy” z kluczowym przepisem art. 84aa, stanowiącym, że części przepisów tej ustawy nie stosuje się do kontroli działalności leczniczej), ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (art.111-113), a także ustawa z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty (art. 52b). Już tylko pobieżny przegląd obowiązujących w tym zakresie przepisów może nasuwać poważne wątpliwości interpretacyjne m. in. w kwestii pierwszeństwa i zakresu stosowania poszczególnych uregulowań, konstruowania kompletnej podstawy prawnej, elementów upoważnienia do kontroli, kształtu protokołu pokontrolnego. W aktualnym stanie prawnym, aby przeprowadzić w miarę poprawną (zgodną z przepisami) kontrolę działalności leczniczej wykonywanej przez lekarza, lekarza dentystę w praktyce zawodowej, koniecznym będzie oparcie się w różnym zakresie na co najmniej trzech podstawach ustawowych. Działanie takie należy uznać za nieracjonalne. Fakt, że ww. regulacje ograniczają swobodę działalności gospodarczej oraz rodzaj dla przedsiębiorcy surowe sankcje administracyjne, uzasadnia stworzenie spójnej, ustawowej podstawy kontroli zapewniającej możliwość zgodnego z prawem i efektywnego działania organów rejestracyjnych, jak też gwarantującej w tym zakresie przedsiębiorcą przejrzystość i jednoznaczność przepisów;

- 4) należy znieść zróżnicowanie sytuacji prawnej podmiotów wykonujących działalność leczniczą w zależności od tego, czy jest to podmiot leczniczy, czy praktyka zawodowa, w zakresie uprawnień do zakupu produktów leczniczych w hurtowniach farmaceutycznych. Pomimo zapowiedzi Ministerstwa Zdrowia, że ustawa o działalności leczniczej zrówna pozycję podmiotów wykonujących działalność leczniczą, to w powyższym zakresie równość ta nie została wprowadzona. Lekarze i lekarze dentyści wykonujący działalność leczniczą w ramach praktyki zawodowej nadal są uprawnieni do zakupu w hurtowniach farmaceutycznych jedynie produktów leczniczych wymienionych w wykazach określonych w przepisach wydanych na podstawie art. 68 ust. 7 ustawy z dnia 6 września 2001 r. - Prawo farmaceutyczne, natomiast podmioty lecznicze są uprawnione do zakupu produktów leczniczych w hurtowniach farmaceutycznych bez takich ograniczeń;

- 5) należy uzupełnić występujące w ustawie o działalności leczniczej luki, a dotyczące:

- a) brak definicji podstawowej, specjalistycznej i długoterminowej opieki zdrowotnej,
- b) brak przepisu wskazującego, że w jednostkach organizacyjnych udzielających świadczeń szpitalnych, posiadających więcej niż 150 łóżek, działa apteka,
- c) brak przepisu zawierającego upoważnienie dla ministra właściwego do spraw zdrowia do określenia, po zasięgnięciu opinii Naczelnej Rady Lekarskiej, Naczelnej Rady Aptekarskiej, Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych oraz Krajowej Rady Diagnostów Laboratoryjnych, w drodze rozporządzenia, minimalnych norm zatrudnienia pracowników przedsiębiorstwa podmiotu leczniczego udzielających świadczeń zdrowotnych lub wykonujących czynności związane z ich udzielaniem.

II. Uwagi szczegółowe do ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej:

- 1) w art. 2 w ust. 1:
 - a) pkt 4 nadać brzmienie
„4) podmiot leczniczy niebędący przedsiębiorcą – podmiot leczniczy wymieniony w art. 4 ust. 1 pkt 3;”;

Uzasadnienie: Wykreślenie z definicji „podmiotu leczniczego niebędącego przedsiębiorcą” odniesienia do art. 4 ust. 1 pkt 2 (czyli do „samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej”), ma na celu uznanie samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej za podmiot leczniczy będący przedsiębiorcą, a tym samym umożliwienie mu prowadzenia działalności gospodarczej;

- b) pkt 5 otrzymuje brzmienie:
„5) podmiot wykonujący działalność leczniczą - podmiot leczniczy, o którym mowa w art. 4 oraz lekarz lub pielęgniarka, o których mowa w art. 5 ust. 1,”
 - c) w pkt 11 – w definicji świadczenia szpitalnego zostało pominięte, że świadczenia te muszą obejmować także zapewnienie pacjentom produktów leczniczych i wyrobów medycznych, świadczeń opiekuńczych, pomieszczeń i wyżywienia odpowiedniego do stanu zdrowia pacjenta;

- 2) w art. 3:
 - a) w ust. 1 na końcu zdania dodać wyrazy „oraz promocji zdrowia”;
 - b) w ust. 2 skreślić pkt 1.

Uzasadnienie: Z obecnego brzmienia art. 3 wynika, że działalność lecznicza musi obejmować wyłącznie udzielanie świadczeń zdrowotnych, natomiast podmiot wykonujący działalność leczniczą nie jest zobowiązany do prowadzenia działalności w zakresie promocji zdrowia;

- 3) w art. 5 ust. 2 pkt 1 lit. a, art. 18 i 33 ustawy oraz we wszystkich innych przepisach, w których jest mowa o praktykach zawodowych wykonywanych przez lekarzy i lekarzy dentystów, posługiwać się nazwami „praktyka lekarska”, „specjalistyczna praktyka lekarska”, „praktyka lekarska wyłącznie w miejscu wezwania”, „specjalistyczna praktyka lekarska wyłącznie w miejscu wezwania”, „praktyka lekarska wyłącznie w przedsiębiorstwie podmiotu leczniczego” „specjalistyczna praktyka lekarska wyłącznie w przedsiębiorstwie podmiotu leczniczego”.

Uzasadnienie: Proponowana zmiana zmierza do uproszczenia nazwy praktyk zawodowych. Usunięcie z nazewnictwa praktyk zwrotu „na podstawie umowy z tym podmiotem” jest uzasadnione tym, że nie jest możliwe wykonywanie zawodu w siedzibie podmiotu bez umowy z tym podmiotem;

- 4) art. 6:
 - a) ust. 2 i 3 – powinny zapewnić gwarancję większościowego udziału Skarbu Państwa lub jednostek samorządu terytorialnego w spółkach kapitałowych, o których mowa w tych przepisach,
 - b) 7) nadać brzmienie:
„7. W spółce kapitałowej określonej w ust. 1, 2 i 6 wykonującej działalność leczniczą, o której mowa w art. 3 ust. 1 i 2, wartość nominalna udziałów albo akcji należących łącznie do Skarbu Państwa, jednostek samorządu terytorialnego lub uczelni medycznych nie może stanowić mniej niż 51% kapitału zakładowego spółki. Udziały albo akcje w tych spółkach mogą posiadać wyłącznie Skarb Państwa, jednostki samorządu terytorialnego, uczelnie medyczne oraz jednoosobowe spółki Skarbu Państwa o szczególnym znaczeniu dla gospodarki państwa.”;

- 5) w art. 8 dodać pkt 3 w brzmieniu:

„3) świadczenia ratownictwa medycznego”;

Uzasadnienie: Na gruncie art. 8, interpretowanego łącznie z definicjami zawartymi w art. 3, 9, 11 oraz 13 ustawy, nie jest jasne, do jakiego rodzaju działalności leczniczej należy zaliczyć świadczenia w zakresie ratownictwa medycznego. Nie są to bowiem świadczenia szpitalne, ani stacjonarne i całodobowe (są tylko całodobowe), nie są też świadczeniami ambulatoryjnymi;

- 6) w art. 12 w ust. 2 należy skreślić wyraz „wyłącznie”;

- 7) art. 17:

- a) w ust. 1 w pkt 4 skreślić lit. b,
b) ust. 4 - skreślić;

- 8) art. 20 nadać brzmienie:

„Art. 20. Miejscem wezwania, o którym mowa w art. 18 ust. 3 i 5 oraz w art. 19 ust. 3, nie może być przedsiębiorstwo podmiotu leczniczego oraz pomieszczenie praktyki zawodowej.”

Uzasadnienie: Uszczegółowienie przepisu dotyczące braku możliwości prawnych wzywania lekarza do pacjenta będącego jednocześnie pacjentem innego lekarza wykonującego praktykę lekarską. Merytoryczna konieczność uzyskania świadczenia zdrowotnego, którego nie wykonuje lekarz prowadzący praktykę, powinna być zrealizowana jako działalność zawodowa w ramach konsultacji, na podstawie umowy zlecenia;

- 9) art. 22:

- a) w ust. 2 dodać pkt 4 w brzmieniu:
„4) wyposażenia w sprzęt i aparaturę”,
b) ust. 5 - skreślić.

Uzasadnienie: standardy postępowania powinny ustalać fachowe gremia lekarskie i nie mogą one mieć charakteru powszechnie obowiązujących przepisów, a jedynie zaleceń i wytycznych;

- 10) art. 23 - należy wyłączyć obowiązek posiadania regulaminu organizacyjnego przez praktyki zawodowe; wyrazy „podmiotu wykonującego działalność leczniczą” należy zastąpić wyrazami „podmiotu leczniczego”

- 11) w art. 24:

- a) we wprowadzeniu do wyciszenia wyrazy „podmiot wykonujący działalność leczniczą” należy zastąpić wyrazami „podmiot leczniczy”,
b) skreślić ust. 3.

Uzasadnienie: Skreślenie ust. 3 jest konsekwencją propozycji zawartej w pkt 14;

- 12) art. 25:

- a) ust. 1 pkt 1 - należy przeredagować, gdyż brzmienie przepisu sugeruje, że pacjent może wystąpić o odszkodowanie również wtedy, gdy leczenie wiąże się z powstawaniem szkód (np. chemioterapia) bądź ich wystąpienie jest biologicznie uwarunkowanym powikłaniem nawet przy prawidłowo zastosowanym leczeniu,
b) w ust. 1 skreślić pkt 2.

Uzasadnienie: Szpitale są objęte podwójnym obowiązkiem ubezpieczeniowym (obowiązkowe ubezpieczenie odpowiedzialności cywilnej i dodatkowe obowiązkowe ubezpieczenie od tzw. zdarzeń medycznych). Ofertę ubezpieczeniową w zakresie ubezpieczenia z tytułu zdarzeń medycznych zgłosił tylko jeden ubezpieczyciel i podyktował szpitalom stawki wahające się w granicach 200–800 tys., które z oczywistych względów są nie do zaakceptowania dla szpitali,

- c) ust. 3 - obowiązek przekazywania organowi prowadzącemu rejestr dokumentów ubezpieczenia potwierdzających zawarcie umowy ubezpieczenia zastąpić obowiązkiem składania oświadczenia w tym zakresie przez kierownika podmiotu wykonującego działalność leczniczą;

- 13) w art. 28:

- a) w ust. 1 w pkt 1 na końcu dodać wyrazy „oraz opiekuna faktycznego, o ile zmarły nie sprzeciwiał się temu”.

Uzasadnienie: ustawa z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej przewidywała, że w razie pogorszenia się stanu zdrowia chorego, powodującego zagrożenia życia, lub w razie jego śmierci, szpital był zobowiązany poinformować o tym m.in. opiekuna faktycznego pacjenta. Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej bezpodstawnie pomija ten obowiązek,

- b) kompleksowo określić obowiązki podmiotu leczniczego wykonującego działalność leczniczą w rodzaju stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne, tak jak to czynił poprzednio obowiązujący art. 20 ustawy o zakładach opieki zdrowotnej;

- 14) art. 44 - jest wewnętrznie sprzeczny; jeżeli udzielone świadczenie jest pełnopłatne, to jest udzielane poza systemem powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego oraz poza uprawnieniami wynikającymi z odrębnych przepisów;

- 15) art. 48:

- a) ust. 3 pkt 3 - przepis należy przeredagować albo skreślić, gdyż nie jest jasne, jakich podmiotów leczniczych on dotyczy,

- b) w ust. 6 w pkt 1 w lit. b dodać tiret w brzmieniu:

„- przedstawiciel Naczelnej Rady Lekarskiej - w przypadku podmiotu leczniczego o ogólnopolskim zasięgu działania”;

- c) w ust. 8 - po wyrazach „Naczelnej Rady Lekarskiej” dodać wyrazy „okręgowej rady lekarskiej”;

- 16) w art. 49:

- a) ust. 1 pkt 3 nadać brzmienie:
„3) ordynatora lub lekarza kierującego oddziałem”,
b) ust. 7 uchylić.

Uzasadnienie: Dodanie wyrazów „lekarz kierujący oddziałem” oraz jednocześnie skreślenie ust. 7, ma na celu ujednolicenie zasad obsadzania stanowiska ordynatora i stanowiska lekarza kierującego oddziałem, bez możliwości zaniechania procedury konkursowej;

- 17) art. 50 ust. 5 - upoważnienie do wydania rozporządzenia, określającego wymagania kwalifikacyjne pracowników podmiotu leczniczego, zawarte w tym przepisie, przenieść do art. 17 jako ust. 5, tj. do przepisów ogólnych dotyczących wszystkich podmiotów leczniczych.

Uzasadnienie: Obecna treść ww. przepisu powoduje, że konkretne wymagania kwalifikacyjne (np. w odniesieniu do stanowiska kierownika, ordynatora) określone są jedynie w przypadku podmiotów leczniczych niebędących przedsiębiorcami. Zasadne wydaje się, aby były one jednakowe dla podmiotów publicznych i niepublicznych;

- 18) w dziale II w oddziale 2 „Samodzielny publiczny zakład opieki zdrowotnej” (art. 51 i nast.):

- a) oddział ten należy wyłączyć z rozdziału 3 „Podmioty lecznicze niebędące przedsiębiorcami” do osobnego rozdziału; jednocześnie we wszystkich przepisach, w których użyte są wyrazy „podmiot leczniczy niebędący przedsiębiorcą”, należy wyraźnie wskazać, że dotyczą one także samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej (o ile przepisy te nadal mają dotyczyć samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej).

Uzasadnienie: Propozycja ta jest konsekwencją propozycji zawartej w pkt 1 lit. a uwag szczegółowych;

- b) należy wprowadzić przepis, z którego wynikałoby jednoznacznie, że taki podmiot leczniczy ma osobowość prawną.

Uzasadnienie: Sprawa ta, chociaż stanowiła przedmiot szerokiej debaty, nie znalazła rozstrzygnięcia do dnia dzisiejszego. Wątpliwości prawne jakie powstają w zaistniałej sytuacji uzasadniają stanowisko, iż w ustawie powinien znaleźć się wyraźny zapis stanowiący, że istniejące w momencie wejścia w życie ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej samodzielne publiczne zakłady opieki zdrowotnej zachowały osobowość prawną pod rządami tej ustawy;

- 19) art. 60 - w uchwale o likwidacji samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej powinny być określone sposób i forma zapewnienia ciągłości udzielania świadczeń medycznych pacjentom z terenu, na którym likwiduje się placówkę (taki przepis istniał w ustawie z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej). Może to znacząco wpłynąć na poziom dostępności do świadczeń zdrowotnych dla obywateli;

- 20) w art. 89 ust. 1 nadać brzmienie:

„1. Podmiot leczniczy utworzony lub prowadzony przez uczelnię medyczną wykonuje działalność leczniczą, o której mowa w art. 3 ust. 1 i 2 oraz jest obowiązany do udzielania świadczeń zdrowotnych i promocji zdrowia w powiązaniu z prowadzeniem kształcenia przed i podyplomowego w zawodach medycznych.”;

- 21) w art. 105 w ust. 1 w pkt 1 wyraz „2” zastąpić wyrazem „5”;

Uzasadnienie: Obecna wysokość opłaty nie pokrywa kosztów prowadzenia rejestru, a Ministerstwo Zdrowia nie refunduje pełnych kosztów z tytułu wykonywania przez izby lekarskie czynności przejętych od administracji państwowej;

- 22) w art. 106 w ust. 1 pkt 2 nadać brzmienie:

„2) okręgowa rada lekarska właściwa dla miejsca wykonywania praktyki zawodowej oraz Wojkowska Rada Lekarska właściwa dla jej członków - w odniesieniu do tych praktyk.”

Uzasadnienie: Poprawka ta ma na celu wyraźne wymienienie również Wojkowskiej Rady Lekarskiej jako organu prowadzącego rejestr dla praktyk wykonywanych przez członków Wojkowskiej Izby Lekarskiej na obszarze całej Polski;

- 23) w art. 107 po ust. 2 dodać nowy ustęp w brzmieniu:

„Aktualizacja wpisu w rejestrze w zakresie informacji, o których mowa w art. 25 ust. 3, nie stanowi zmiany w rejestrze i nie podlega opłacie”.

Uzasadnienie: Poprawka ta ma na celu jednoznaczne wyjaśnienie wątpliwości związanych z pobieraniem opłat za zmiany w rejestrze danych o okresie obowiązywania umowy ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej;

- 24) w art. 108 w ust. 2:

- a) po pkt 2 dodać pkt 2a w brzmieniu:
„2a) zawieszenia w prawie wykonywania zawodu lub ograniczenia w wykonywaniu określonych czynności medycznych na podstawie przepisów o zawodach lekarza i lekarza dentystry lub przepisów o izbach lekarskich lub prawomocnego ukarania lekarza karą zawieszenia prawa wykonywania zawodu - w przypadku praktyk zawodowych lekarzy.”;

- b) pkt 7 nadać brzmienie:
„7) skreślenie lekarza z listy członków okręgowej izby lekarskiej z przyczyn określonych w art. 7 pkt 2 – 5 ustawy z dnia 2 grudnia 2009 r. o izbach lekarskich (Dz. U. Nr 219, poz. 1708, z późn. zm.) albo wygaśnięcia prawa wykonywania zawodu pielęgniarstwa (...);”
- 25) art. 111:
a) w ust. 3 pkt 4 nadać brzmienie:
„4) obserwacji czynności związanych z udzielaniem świadczeń zdrowotnych;”
b) ust. 4 nadać brzmienie:
„4. Czynności kontrolne wymienione w ust. 3 pkt 2, 4 i 5 mogą być realizowane wyłącznie przez osobę wykonującą zawód medyczny, a w przypadku praktyki zawodowych lekarzy – wyłącznie przez lekarzy;”
- 26) art. 115:
a) w ust. 1 w zdaniu wprowadzającym skreślić wyrazy „pkt 1 i 4 – 7;”,
b) w ust. 3 skreślić wyrazy „pkt 1 – 6;”
- 27) art. 207 ust. 2 – wydużyć termin dostosowania działalności przez lekarzy i lekarzy dentystów prowadzących praktyki lekarskie do przepisów ustawy o działalności leczniczej z 12 miesięcy do 18 miesięcy od dnia wejścia w życie ustawy.

Uzasadnienie: Aktualny termin wyznaczony na dostosowanie (do dnia 1 lipca 2012 r.) jest zbyt krótki, tym bardziej, że system informatyczny, który ma być wykorzystywany do prowadzenia rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą, nie jest jeszcze gotowy do wdrożenia.

III. Uwagi do innych ustaw:

- w ustawie z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty:
a) po art. 49a dodać art. 49b w brzmieniu:
„Art. 49b. 1. Lekarz, lekarz dentysta posiadający prawo wykonywania zawodu, wykonuje zawód w przedsiębiorstwie podmiotu leczniczego lub na rzecz innego podmiotu realizującego inne zadania określone w art. 2 na podstawie odrębnych przepisów, a także w jednostkach organizacyjnych sił zbrojnych Rzeczypospolitej Polskiej lub w formacjach podległych ministrowi właściwemu do spraw wewnętrznych lub Szefowi Agencji Bezpieczeństwa Wewnętrznego, albo w jednostkach Służby Więziennej podległych Ministrowi Sprawiedliwości, w następujących formach:
1) jako pracownik w ramach stosunku pracy;
2) jako zatrudniony na podstawie umowy cywilnoprawnej, w tym umowy o szkolenie lekarza;
3) w ramach stosunku służbowego;
4) jako uczestnik studiów doktoranckich;
5) w ramach odbywania studiów lub uczestniczenia w badaniach naukowych lub szkoleniach lub pracach rozwojowych, jako osoba nie będąca obywatelem państwa członkowskiego Unii Europejskiej, na podstawie przepisów o szkolnictwie wyższym;
6) jako wolontariusz, na podstawie porozumienia z podmiotem leczniczym.
- Lekarz, lekarz dentysta, o którym mowa w ust. 1 pkt 1-3, może wykonywać zawód na stanowiskach w jednostkach organizacyjnych sił zbrojnych Rzeczypospolitej Polskiej lub jako funkcjonariusz pełniący służbę w formacjach podległych Ministerstwu Spraw Wewnętrznych i Administracji również poza granicami kraju.
- Lekarz, lekarz dentysta może również wykonywać zawód udzielając świadczeń zdrowotnych w ramach działalności leczniczej w formie praktyki zawodowej, w rozumieniu ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. Nr 112, poz. 654, z późn. zm.).
- Lekarz, lekarz dentysta może wykonywać zawód na podstawie umowy o pracę lub umowy cywilnoprawnej zawartej z lekarzem, lekarzem dentystą wykonującym działalność leczniczą w formie praktyki zawodowej.
- Lekarz, lekarz dentysta wykonujący działalność leczniczą, o którym mowa w ust. 4, jest obowiązany do poinformowania organu prowadzącego rejestr o zatrudnieniu lekarza, lekarza dentysty.
- Wykonywanie zawodu lekarza polegające na:
1) udzielaniu konsultacji lub uczestniczeniu w konsylium lekarskim, w sytuacji określonej w art. 37 ustawy,
2) pełnieniu funkcji lekarza orzecznika Zakładu Ubezpieczeń Społecznych, lekarza członka komisji lekarskiej Zakładu Ubezpieczeń Społecznych i lekarza rzeczoznawcy Kasy Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego,
3) wykonywaniu funkcji lekarza sądowego w rozumieniu ustawy z dnia 15 czerwca 2007 r. o lekarzu sądowym (Dz. U. Nr 123, poz. 849 oraz z 2008 r. Nr 51, poz. 293), nie jest prowadzeniem działalności leczniczej w formie praktyki zawodowej w rozumieniu ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. Nr 112, poz. 654).”

Uzasadnienie: Proponowany przepis definiuje wykonywanie zawodu przez lekarza, lekarza dentystę jako wykonywanie czynności zawodowych w podmiocie leczniczym, prowadzącym działalność leczniczą w zakresie określonym ustawą, a także innych zadań zawodowych, określonych w ust. 2 ustawy, jak prowadzenie prac badawczych w dziedzinie nauk medycznych lub prowadzenie działań związanych z promocją zdrowia albo nauczanie zawodu lekarza, lekarza dentysty w okresie przed- i podyplomowym na podstawie odpowiednich przepisów formalizujących uzyskanie uprawnień do wykonywania tych czynności, jako realizacja zadań podmiotu (Kodeks pracy, Kodeks cywilny, ustawy regulujące wykonywanie zawodu na podstawie stosunku służbowego, ustawa - Prawo o szkolnictwie wyższym, ustawa o działalności pożytku publicznego i wolontariacie). W ust. 2 proponuje się również określenie wykonywania zawodu w jednostkach organizacyjnych Sił Zbrojnych Rzeczypospolitej Polskiej lub jako funkcjonariusz w formacjach podległych ministrowi spraw wewnętrznych i administracji, poza granicami kraju jako równoważnego z wykonywaniem zawodu w Polsce. Proponowane brzmienie ust. 3 odnosi się do wykonywania zawodów lekarza lub lekarza dentysty w ramach działalności leczniczej w formie praktyki zawodowej szczegółowo określonej przepisami ustawy o działalności leczniczej;

b) art. 53 – uchylić.

Uzasadnienie: Proponowana zmiana jest konsekwencją postulatów samorządu zawodowego lekarzy i lekarzy dentystów, zgłaszanych do ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty, dotyczących dopuszczenia możliwości zatrudniania lekarzy i lekarzy dentystów przez lekarzy i lekarzy dentystów, prowadzących różnego rodzaju indywidualne praktyki lekarskie. Biorąc pod uwagę zagwarantowaną w Konstytucji RP równość podmiotów, zmiana w powyższym zakresie jest niezbędna, aby zniwelować nieuzasadnione rozróżnienie sytuacji prawnej przedsiębiorców, w zależności od tego, czy prowadzą działalność gospodarczą w formie indywidualnej praktyki lekarskiej, czy też podmiotu leczniczego. Ponadto należy wskazać, że takie założenie przyswierało również projektowi ustawy o działalności leczniczej, która jednak w obowiązującym brzmieniu nadal niestety utrzymuje zróżnicowanie sytuacji prawnej podmiotów leczniczych wykonujących działalność leczniczą.

- w ustawie z dnia 2 lipca 2004 r. o swobodzie działalności gospodarczej (Dz. U. z 2010 r. Nr 220, poz. 1447 i Nr 239, poz. 1593 oraz z 2011 r. Nr 85, poz. 459 i Nr 106, poz. 622) skreślić art. 84aa;
- w ustawie z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz. U. z 2012 r. poz. 159) skreślić rozdział 13a.

**Zastępca sekretarza
Marek Jodłowski**

**Prezes
Maciej Hamankiewicz**

STANOWISKO Nr 5/12/VI NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ z dnia 13 kwietnia 2012 r.

w sprawie projektu rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą (wersja ze zmianami naniesionymi w wyniku konsultacji społecznych)

Naczelna Rada Lekarska po rozpatrzeniu projektu rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą, w wersji z dnia 20 marca 2012 r., nadesłanego przy piśmie Pana Piotra Warczyńskiego, Dyrektora Departamentu Organizacji Ochrony Zdrowia w Ministerstwie Zdrowia, z dnia 19 marca 2012 r., znak: MZ-OZZ-022-27649-1/CP/12, zgłasza następujące uwagi do przedstawionego projektu rozporządzenia:

- do § 14:
a) ust. 4 – należy skreślić;
b) ust. 5 – należy skreślić;
- do § 18 – należy skreślić; sposób rozmieszczenia łóżek w salach szpitala powinien odpowiadać potrzebom pacjenta i wymogom terapii; o sposobie tym powinna rozstrzygać osoba odpowiedzialna za leczenie chorego, np. ordynator oddziału;
- § 25:
a) ust. 1 – należy w pkt 1 i 2 zastosować liczbę pojedynczą, tj. „pomieszczenie lub wydzielone miejsce do składowania bielizny czystej, pomieszczenie lub wydzielone miejsce do składowania bielizny brudnej”. Obecna treść pozostaje w sprzeczności z zasadami języka polskiego, gdyż poprzedzając wyliczenie sformułowaniem „co najmniej jedno”, nie można następnie używać liczby mnogiej.
b) należy skreślić ust. 2 – właściwe oddzielenie miejsc, o których mowa w ust. 1, w ramach tego samego pomieszczenia jest wystarczające do zapewnienia bezpieczeństwa i higieny w gabinecie. Ewentualne wprowadzenie wskazanego przepisu może prowadzić do nieuzasadnionego ograniczenia możliwości prowadzenia gabinetów w lokalach składających się z jednego dużego pomieszczenia,
- w § 27 ust. 2 powinien otrzymać brzmienie:
„2. Przepisu ust. 1 nie stosuje się do mebli w pomieszczeniach administracyjnych i socjalnych oraz poradni i gabinetów podmiotów wykonujących świadczenia z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień, a także pomieszczeń nie będących gabinetami diagnostyczno-zabiegowymi.”;
- do § 29:
a) w ust. 1 należy dodać zdanie w brzmieniu: „Wymóg ten nie dotyczy pomieszczeń nie będących gabinetami diagnostyczno-zabiegowymi.”;
b) ust. 2 – należy skreślić;
- w § 36 ust. 1 pkt 4 należy nadać brzmienie:
„4) ręcznik jednorazowego użycia oraz pojemnik na zużyte ręczniki.”;

- 7) w § 38 w ust. 1 należy skreślić wyrazy: „oraz innych pomieszczeniach” – Niskie stężenie podtlenku azotu podczas krótkich zabiegów nie powoduje zwiększenia zagrożenia dla pacjentów i personelu
- 8) do § 42 ust. 2 – należy skreślić, ponieważ przepis ten będzie niemożliwy do zrealizowania.

Zastępca sekretarza
Marek Jodłowski

Prezes
Maciej Hamankiewicz

STANOWISKO Nr 6/12/VI
NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ
z dnia 13 kwietnia 2012 r.

w sprawie apelu nr 4 Nadzwyczajnego XI Krajowego Zjazdu Lekarzy z dnia 25 lutego 2012 r. o rozważenie zasadności 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 oraz niektórych innych ustaw

Naczelna Rada Lekarska, biorąc pod uwagę przepisy Konstytucji RP, ustawy z dnia 2 grudnia 2009 r. o izbach lekarskich, ustawy z dnia 20 lipca 1950 r. o zawodzie felczera, ustawy z dnia 13 stycznia 2012 r. o zmianie ustawy o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych oraz niektórych innych ustaw, a także mając na względzie orzecznictwo Trybunału Konstytucyjnego oraz literaturę przedmiotu odstępuje od wystąpienia z wnioskiem do Trybunału Konstytucyjnego 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 oraz niektórych innych ustaw.

Zastępca sekretarza
Marek Jodłowski

Prezes
Maciej Hamankiewicz

APEL Nr 2/12/VI
NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ
z dnia 13 kwietnia 2012 r.

do przedstawicieli władz państwowych
w sprawie zmiany ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych

W związku z uchwałą Nr 3 Nadzwyczajnego XI Krajowego Zjazdu Lekarzy, Naczelna Rada Lekarska zwraca się z apelem do przedstawicieli władz państwowych, w szczególności Prezesa Rady Ministrów i Ministra Zdrowia, o poparcie starań samorządu lekarskiego zmierzających do zmiany art. 154 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, polegającej na ustanowieniu Prezesa Urzędu Zamówień Publicznych organem odwoławczym od decyzji dyrektora oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia rozstrzygającej odwołanie dotyczące rozstrzygnięcia postępowania w sprawie zawarcia umowy o udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej.

W załączeniu, celem ewentualnego wykorzystania, przekazuje się projekt ustawy o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

Zastępca sekretarza
Marek Jodłowski

Prezes
Maciej Hamankiewicz

Załącznik do apelu Nr 2/12/VI
Naczelnej Rady Lekarskiej
z dnia 13.04.2012 r.

Ustawa
z dnia

o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych

Art. 1. W ustawie z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U z 2008 r. Nr 164, poz. 1027, z późn. zm.) w art. 154 wprowadza się następujące zmiany:

- 1) ust. 4 otrzymuje brzmienie:
„4. Od decyzji dyrektora oddziału wojewódzkiego Funduszu przysługuje odwołanie do Prezesa Urzędu Zamówień Publicznych. Odwołanie wnosi się za pośrednictwem dyrektora właściwego oddziału wojewódzkiego Funduszu”;
- 2) ust. 6 otrzymuje brzmienie:
„6. Prezes Urzędu Zamówień Publicznych rozpatruje odwołanie, o którym mowa w ust. 4, w terminie 30 dni od dnia jego otrzymania i wydaje decyzję administracyjną w sprawie. Decyzja Prezesa Urzędu Zamówień Publicznych podlega natychmiastowemu wykonaniu.”

Art. 2. Ustawa wchodzi w życie

APEL Nr 3/12/VI
NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ
z dnia 13 kwietnia 2012 r.

do Ministra Zdrowia i Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia

Realizując zobowiązanie Nadzwyczajnego XI Krajowego Zjazdu Lekarzy, wyrażone w uchwale Nr 5 z dnia 25 lutego 2012 r. Naczelna Rada Lekarska wnosi o zagwarantowanie w obowiązujących przepisach, a szczególnie w zarządzeniach Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia rzeczywistej możliwości odbywania przez lekarzy szkolenia specjalizacyjnego.

Zdaniem Naczelnej Rady Lekarskiej sytuacja, w której lekarz odbywający specjalizację nie może udzielać świadczeń zdrowotnych, bowiem wykonywane przez niego czynności nie są finansowane przez publicznego płatnika, przeczy zasadom racjonalnego myślenia. Jak się wydaje, konieczność czynnego uczestniczenia przez lekarzy rezydentów, czy lekarzy odbywających specjalizację w innym trybie w procesie leczniczym prowadzonym w placówce opieki zdrowotnej, jest w świetle programów ustalonych przez Ministra Zdrowia oczywiście niezbędna. Realizacja programu wymaga wykonania określonej liczby i rodzaju czynności diagnostycznych i leczniczych. Czynności te to jednak nie tylko możliwość „zaliczenia” określonej procedury, ale także określony wysiłek organizacyjny i finansowy szpitala czy przychodni. Wysiłek, który następnie nie jest opłacony, jako wykonany przez lekarza w trakcie specjalizacji nie objętego kontraktem.

Taka praktyka Narodowego Funduszu Zdrowia, może doprowadzić do odmowy przyjmowania lekarzy na staże specjalizacyjne, a nawet przyjmowania lekarzy rezydentów, których praca będzie bezużyteczna, a oni sami nigdy nie będą w stanie nabyć praktycznych umiejętności zawodowych.

Naczelna Rada Lekarska podkreśla, że każdy lekarz, który posiada prawo wykonywania zawodu, jest uprawniony do jego wykonywania, a taka praca w ramach kontraktu zawartego z Narodowym Funduszem Zdrowia, musi być wynagradzana.

Zastępca sekretarza
Marek Jodłowski

Prezes
Maciej Hamankiewicz

APEL Nr 4/12/VI
NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ
z dnia 13 kwietnia 2012 r.

do Ministra Zdrowia i Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia

Naczelna Rada Lekarska, biorąc pod uwagę liczne postulaty środowiska lekarskiego wyrażane m.in. w uchwałach i apelach okręgowych zjazdów lekarskich, apeluje do Ministra Zdrowia oraz Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia o ustalenie, w porozumieniu z reprezentantami świadczeniodawców w tym Naczelną Radą Lekarską, kryteriów przeprowadzania kontroli świadczeniodawców. Zapisy ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, jak również akt wykonawczy tj. rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 15 grudnia 2004 r. w sprawie szczegółowego sposobu i trybu przeprowadzania kontroli przez podmiot zobowiązany do finansowania świadczeń opieki zdrowotnej ze środków publicznych określają jedynie wymogi formalno-prawne, jakie muszą być spełnione przez kontrolera, by kontrola była przeprowadzona zgodnie z przepisami. Kryteria merytoryczne zależne są całkowicie od uznania kontrolującego, jego kwalifikacji i wiedzy czy dobrej bądź złej woli. Zdaniem Naczelnej Rady Lekarskiej, w związku z tym, że wynik kontroli może zagrazić nie tylko możliwościom funkcjonowania świadczeniodawcy, a w przypadku praktyk indywidualnych – często bytowi rodziny lekarza – zasadne jest zobiektywizowanie kryteriów ich ujednolicenia, a jednocześnie podanie ich do wiadomości świadczeniodawców.

Zastępca sekretarza
Marek Jodłowski

Prezes
Maciej Hamankiewicz



Rozwój dermatologii estetycznej w Polsce

dr n. med. Barbara Walkiewicz-Cyrańska

Tak się zaczęło...

– Kilkanaście lat temu udało mi się zebrać grupę kilkunastu lekarzy pasjonatów, którzy zajmowali się dermatologią estetyczną. Na międzynarodowych spotkaniach zdobywaliśmy wiedzę, którą przekładaliśmy na codzienną praktykę lekarską. Przez te lata wykształciliśmy grupę profesjonalnych lekarzy. Osoby, które wraz ze mną zakładały Stowarzyszenie Lekarzy Dermatologów Estetycznych, do tej pory czynnie działają w tej organizacji. Dla pacjentów rekomendacja Stowarzyszenia jest gwarancją bezpieczeństwa i profesjonalizmu. Dzisiaj możemy więc z dumą mówić, że to my stworzyliśmy dermatologię estetyczną w Polsce.

Usługi na wysokim poziomie

– Przez ostatnie kilkanaście lat udało się bardzo pogłębić wiedzę na temat mechanizmów starzenia się skóry. Co dwa, trzy lata pojawiają się nowe techniki zabiegowe i urządzenia, dzięki którym nasze zabiegi są coraz bardziej efektywne. Polska dermatologia estetyczna oceniana jest w innych krajach, i to nie tylko w Europie, na bardzo wysokim poziomie. To zasługa członków stowarzyszenia – wysokiej klasy specjalistów, którzy znajdują czas na rzecz naszego środowiska. Organizujemy zajęcia dla lekarzy, a raz do roku spotykamy się na Międzynarodowym Kongresie w Warszawie. Organizujemy też konkurs na Perły Dermatologii Estetycznej.

Międzynarodowe Centrum Kształcenia Medycyny Anti-aging

– Dla naszego środowiska ważne jest, aby lekarze byli solidnie przygotowani. Stąd powstało Międzynarodowe Centrum Kształcenia Medycyny Anti-aging, w którym wykładowcami i trenerami są wybitni specjaliści. W Centrum Kształcenia przy ul. Włodarzewskiej w Warszawie lekarze w 7-osobowych grupach ćwiczą techniki zabiegowe przy udziale pacjentów. Jest to unikatowe miejsce na skalę europejską – nikt do tej pory nie stworzył takich warunków do kompleksowego szkolenia lekarzy z zakresu tej dziedziny medycyny. Dwuletni program nauczania daje rzetelną wiedzę lekarzom, którzy chcą pracować w tym zawodzie.

reklama

Międzynarodowe Centrum Kształcenia Medycyny Anti-Aging oraz Stowarzyszenie Lekarzy Dermatologów Estetycznych

Ogłasza nabór na dwuletni program kształcenia lekarzy z zakresu medycyny anti-aging i dermatologii estetycznej z naciskiem na praktyczne przygotowanie do prowadzenia profesjonalnej praktyki lekarskiej

- Ponad 10-letnie doświadczenie w szkoleniach dla lekarzy
- Własne sale konferencyjne i gabinety zabiegowe przystosowane do zajęć dydaktycznych
- Najlepsi wykładowcy i trenerzy
- Szkoła pod patronatem Stowarzyszenia Lekarzy Dermatologów Estetycznych oraz European Society for Cosmetic and Aesthetic Dermatology z siedzibą w Paryżu

PRZYJMujemy ZAPISY
NA LATA 2012/2014

ILOŚĆ MIEJSC OGRANICZONA



STOWARZYSZENIE
LEKARZY
DERMATOLOGÓW
ESTETYCZNYCH



ul. Włodarzewska 69a, 02-384 Warszawa
tel.: +48 22 853 39 70, fax: +48 22 847 69 33
stowarzyszenie@dermatologia-estetyczna.pl
www.antiaging.edu.pl

Specjalizacje lekarskie dziś i jutro

Młodzi lekarze twierdzą, że Ministerstwo Zdrowia przydziela za mało etatów rezydentckich, przez co mają trudności, aby specjalizować się na rezydenturach.

Ministerstwo Zdrowia udowadnia, że jedna czwarta przyznanych miejsc jest niewykorzystana. W opinii lekarzy to skutek wadliwego systemu przydzielania rezydentur, a nie braku chętnych. Uważają, że system specjalizacyjny ma wiele wad i luk. Nie odpowiada też realnemu zapotrzebowaniu na lekarzy w określonych specjalnościach.

Progi i bariery

W Poznaniu na XXI Ogólnopolskiej Konferencji Młodych Lekarzy skrytykowano zarówno sposób kwalifikowania na specjalizację, jak i ich przebieg. Zdaniem jej uczestników system jest mało przyjazny. Postulują więc dążenie do zwiększenia liczby etatów rezydentckich, stworzenie centralnej bazy miejsc akredytacyjnych do odbywania specjalizacji, zabezpieczenie środków na finansowanie odpowiedniej liczby nowych etatów rezydentckich oraz na finansowanie rezydentur w toku. Młodzi lekarze widzą także konieczność opłacania obowiązkowych dyżurów rezydentów (lekarze rezydenci odbywają je trzy razy w miesiącu) ze środków Ministerstwa Zdrowia

i wprowadzenia wynagrodzenia dla kierowników specjalizacji. W ich ocenie kierownicy specjalizacji nie wykazują zbytniego zainteresowania swoimi podopiecznymi, zamiast więc być dla nich przewodnikami, mentorami czy mistrzami, nierzadko są tylko figurantami. – Dobrze wykształcony lekarz to korzyść zarówno dla systemu ochrony zdrowia, jak i pacjentów, zainwestowanie w kierowników specjalizacji szybko więc zapoczentuje – argumentuje Bartosz Guzik, przewodniczący Komisji ds. Młodych Lekarzy, NRL.

Także inni lekarze wierzą, że gratyfikacja finansowa zmieni postawę kierowników specjalizacji. Problem ten najbardziej dotyka stomatologii – dziedziny, w której szczególnie trudno o akredytowane miejsce, gdzie młody lekarz może się specjalizować. Trudno tu także o opiekuna specjalizacji, który by z oddaniem zajął się młodym stażystą. Stomatologia w przeważającej części jest sprywatyzowana. Publicznych placówek, w których lekarz dentysta może się specjalizować, jest niewiele. – Podejmując się roli kierownika specjalizacji, trzeba zaangażować swój własny czas, a także, jako właściciel zakładu opieki zdrowotnej, ponieść ryzyko ewentualnych strat związanych z udostępnieniem sprzętu i materiałów – tłumaczy Wojciech Kaatz, lekarz dentysta z Torunia. Nasuwa się więc pytanie: czy w tej sytuacji stomatologia powinna pójść tą samą drogą do uzyskiwania specjalizacji co inne specjalności?

Chcą jasnych zasad

Kształcenie specjalizacyjne reguluje ustawa o zawodach lekarza i lekarza dentysty z 1996 r. z późniejszymi zmianami oraz rozporządzenie Ministra Zdrowia z 20 października 2005 r. w sprawie specjalizacji lekarzy i lekarzy dentystów. Dokumenty te stwarzają

ramy prawne dla procesu kształcenia lekarza i lekarza dentysty w celu uzyskania tytułu specjalisty w określonej dziedzinie medycyny po odbyciu przeszkolenia określonego programem specjalizacji i złożeniu egzaminu państwowego albo po uzyskaniu równoważnego tytułu specjalisty za granicą. Ustawa jednak nie spełnia oczekiwań środowiska. Kontrowersje budzi zarówno wykaz specjalności lekarskich (podstawowych i szczegółowych) oraz lekarsko-dentystycznych (podstawowych), które ustala minister zdrowia, jak i ramowy program specjalizacji w podstawowych dziedzinach medycyny. Program określa: zakres wiedzy teoretycznej i wymaganych umiejętności praktycznych, które lekarz jest obowiązany opanować w trakcie specjalizacji; formy i metody ich pogłębiania i uzupełniania; okres trwania specjalizacji; formy i metody kontroli wraz z oceną; zakres praktycznej znajomości co najmniej jednego języka obcego (angielskiego, francuskiego, niemieckiego lub hiszpańskiego). Brakuje w nim jednak szczegółów, o które potykają się lekarze w trakcie specjalizacji. Młodzi lekarze konferujący w Poznaniu wystosowali więc apel o jednoznaczne określenie zasad, czasu i źródeł finansowania dyżurów rezydentckich, a także o skorygowanie programu przy uwzględnieniu okresu trwania specjalizacji. Obecnie jest on różny dla poszczególnych dziedzin medycyny i trwa od dwóch do sześciu lat. Lekarze wnioskują, aby zrównać wszystkie moduły podstawowe w zakresie czasu ich trwania, tj. aby wszystkie trwały trzy lata, w tym moduł podstawowy z chorób wewnętrznych. – Wnioskujemy, aby moduł podstawowy został zakończony egzaminem, którego złożenie byłoby jedynym warunkiem przystąpienia do Państwowego

Etaty rezydentckie,
odbywane
na podstawie umowy
o pracę, są realizowane
tylko w akredytowanych
ośrodkach.

Egzaminu Specjalizacyjnego, natomiast nie byłby on egzaminem kwalifikującym do modułu rozszerzonego – tłumaczy Marcin Karolewski, przewodniczący komisji ds. Młodych Lekarzy w Wielkopolskiej Izbie Lekarskiej.

Postawić na rezydenturę

Rezydentura jest formą kształcenia w czasie wykonywania obowiązków związanych z pracą na rzecz jednostki, w której odbywa się specjalizacja. Etaty rezydenckie, odbywane na podstawie umowy o pracę, są realizowane tylko w akredytowanych ośrodkach. Postępowanie kwalifikacyjne do specjalizacji obejmuje ocenę formalną wniosku o rozpoczęcie specjalizacji oraz postępowanie konkursowe, które może zawierać różne elementy. Lekarz oraz lekarz dentysta, który nie posiada specjalizacji I lub II stopnia bądź tytułu specjalisty albo jeżeli ubiega się o przyznanie rezydentury, musi odbyć rozmowę kwalifikacyjną oraz zdać lekarski egzamin państwowy lub lekarsko-dentystyczny egzamin państwowy. Jeżeli zaś lekarz lub lekarz dentysta ma I lub II stopień specjalizacji albo tytuł specjalisty, a ubiega się o rozpoczęcie specjalizacji w trybie innym niż rezydentura, wówczas decyduje wynik rozmowy kwalifikacyjnej i egzaminu z zakresu posiadanej specjalizacji I lub II stopnia albo państwowego egzaminu specjalizacyjnego. Młodzi lekarze uważają, że należy ujednolicić system i pójść w kierunku dominacji rezydentur, do których dostęp powinien być znacznie łatwiejszy. – Osoby, dla których zabrakło etatów rezydenckich, mogą się starać o specjalizację i zatrudnienie w szpitalu na podstawie umowy cywilnoprawnej. Starania takie to dla nich pewne utrudnienie, dlatego trzeba dążyć, aby specjalizowanie się na etatach rezydenckich stało się standardem – tłumaczy Katarzyna Wiśniewska z Poznania. Nie chodzi jednak o to, aby zwiększać liczbę rezydentur na dziedzinie niepopularne, takie jak np. patomorfologia, mikrobiologia lekarska, diagnostyka laboratoryjna, transfuzjologia kliniczna, medycyna pracy czy psychiatria, bo nie ma na nie chętnych. Lekarze chcą się specjalizować w dziedzinach, na które jest popyt na rynku, które zapewnią im zatrudnienie po uzyskaniu specjalizacji.

Nowe znaczy lepsze?

Resort zdrowia chce zrezygnować z dotychczasowego modelu jednolitych specjalizacji. Zamiast tego zamierza wprowadzić system dwustopniowy. Najpierw w ciągu dwóch lat lekarze będą się szkolić w module podstawowym, a później szczegółowym. Moduł podstawowy będzie przepustką do dalszego kształcenia. Generalnie czas jego trwania

Osoby, dla których
zabrakło etatów
rezydenckich, **mogą się
starać o specjalizację
i zatrudnienie**
w szpitalu
na podstawie umowy
cywilnoprawnej.

będzie trzyletni, tylko niektóre moduły będą trwały dwa lata. Lekarz ma deklorować przed rozpoczęciem modułu podstawowego, jaki moduł specjalistyczny będzie chciał kontynuować. Moduł podstawowy trzeba zaliczyć zdaniem sprawdzianu, do którego będzie można podchodzić w trakcie modułu specjalistycznego lub przed nim. Nie jest do dziś jasne, ile będzie nowych specjalizacji w pediatrii. Była wersja, że aż dziewięć, ale spotkało się to z protestami konsultantów krajowych i towarzystw medycznych, także uczestników Zjazdu NRL.

Do listy specjalizacji resort dodał kilka nowych: choroby płuc dzieci, medycynę lotniczą, medycynę morską i tropikalną. W zależności od rodzaju, specjalizacja potrwa trzy lub cztery lata. Łącznie kształcenie specjalistyczne lekarza będzie trwało pięć, sześć lat. Wyjątkiem pozostanie specjalizacja w ginekologii onkologicznej, której młody lekarz będzie musiał się uczyć przez dziewięć lat. Jednolity model kształcenia ma nadal obowiązywać dla anesteziologii i intensywnej terapii (sześć lat), dermatologii, położnictwa i ginekologii (pięć lat), otolaryngologii (sześć lat) oraz okulistyki (pięć lat). Młodzi lekarze, tak jak do tej pory, będą mogli odbywać specjalizację na zasadzie rezydentur, czyli szpitalnego etatu, który sfinansuje Ministerstwo Zdrowia. Resort określi też liczbę rezydentur dla każdego województwa. Wniosek o rozpoczęcie rezydentury młody lekarz będzie składał do wojewody, który skieruje go do szpitala jako miejsca szkoleniowego. Po zakończeniu dwóch modułów specjalizacji lub jednolitego kursu młodzi lekarze podejść do Państwowego Egzaminu Specjalizacyjnego. Czy dzięki nowemu modelowi, będzie więcej specjalistów, a pacjenci zyskają do nich lepszy dostęp? Czas pokaże. ■



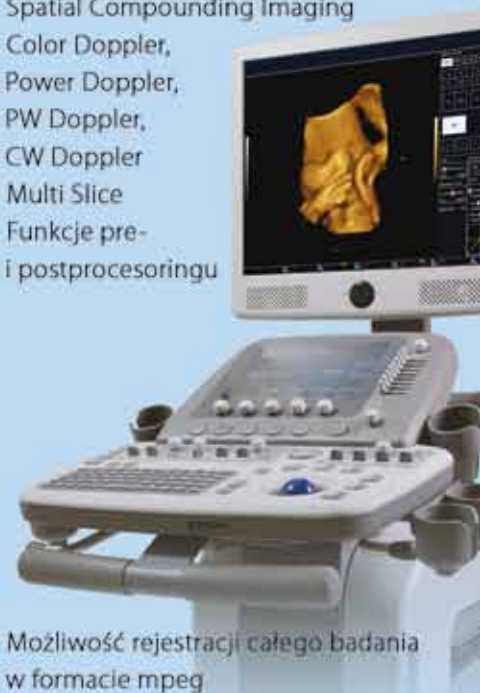
ULTRASONIX
ultrasound your way

SonixSP

„Najlepsza na rynku relacja
jakości do ceny”

3D/4D

- Najwyższej jakości obrazowanie 3D/4D
- Doskonałe obrazowanie 2D
- Phase Inversion Harmonics
- Extended Pulse Imaging
- Spatial Compounding Imaging
- Color Doppler,
Power Doppler,
PW Doppler,
CW Doppler
- Multi Slice
- Funkcje pre-
i postprocesingu



- Możliwość rejestracji całego badania
w formacie mpeg
- Głowice objętościowe Convex i Endo.
- Możliwość rozbudowy o elastografię
tkankową
- 3 lata gwarancji
- Specjalny program ubezpieczeniowy

EDAN **Z** **McKESSON**
ZONARE

www.trimed.pl

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

Tu nie Ameryka, tu standardy nie obowiązują

Stracił pracę, bo jako ordynator oddziału pediatrycznego wprowadzał standardy dotyczące stosowania antybiotyków w leczeniu ostrych stanów zapalnych u małych dzieci.

W szpitalu, gdzie pracuje obecnie, jego poglądy na ten temat, także budzą dezaprobatę. Swoją historię dr Janusz Łagunionok, zdecydował się opowiedzieć, po przeczytaniu w „Gazecie Lekarskiej” wywiadu z prof. Walerią Hryniewicz, konsultantem krajowym w dziedzinie mikrobiologii lekarskiej, przewodniczącą Narodowego Programu Ochrony Antybiotyków. Wywiad poruszał problem nieprzestrzegania standardów postępowania w antybiotykoterapii oraz zagrożeń wynikających z nadużywania tych leków. Lekarz, który ich przestrzega, paradoksalnie stał się ofiarą ostracyzmu ze strony kolegów lekarzy i przełożonych.

Tak to się zaczęło

W październiku 2007 roku pediatra Janusz Łagunionok przeczytał ogłoszenie w prasie branżowej o konkursie na ordynatora oddziału dziecięcego w jednym ze szpitali w Żywcu. Zachętą był dopisek informujący,

Pomyślał, że takie ogłoszenie daje się wtedy, kiedy **na stanowisko ordynatora poszukuje się kogoś z zewnątrz**, bo wewnętrzne układy nie pozwalają awansować lekarza z oddziału.

że dyrektor placówki oferuje pomoc w znalezieniu mieszkania. Pomyślał, że takie ogłoszenie daje się wtedy, kiedy na stanowisko ordynatora poszukuje się kogoś z zewnątrz, bo wewnętrzne układy nie pozwalają awansować lekarza z oddziału. Ponieważ pochodził z innego miasta, wydawało mu się wówczas, że jest odpowiednim kandydatem. Telefon do Marka Gołdy, jednego z dyrektorów ZZOZ w Żywcu, potwierdził jego przypuszczenia. Z rozmowy wynikało, że relacje personalne w oddziale nie są najlepsze i lepiej, aby kierował nim ktoś nowy w środowisku. W styczniu 2008 r. przystąpił do konkursu i wygrał. - To było dla mnie wyzwanie, zresztą już w czasie konkursu wyraźnie określiłem swoją wizję prowadzenia oddziału wg aktualnych standardów i rekomendacji, ale to, co wtedy usłyszałem, powinno mi już dać do myślenia – opowiada doktor Łagunionok. - Jeden z członków komisji zripostował moje ambitne plany krótko: „jak się da”. Nie ukrywa, że po cichu liczył na przychyłność dyrektora, który go zatrudnił i wydawał się być zadowolony z takiego obrotu spraw. Na starcie jednak dowiedział się od niego, że jedna z lekarek z oddziału właśnie się zwolniła, będzie więc pracował w okrojonym zespole.

Miejscowe zwyczaje

Niezrażony tym niefortunnym początkiem przystąpił do pracy. Zaczął od zapoznania się z zasadami i metodami dotychczasowego leczenia w oddziale. Losowo wyciągnął z archiwum po 10 historii dla 6 typowych chorób infekcyjnych leczonych w oddziałach dziecięcych szczebla powiatowego. Przeanalizował 50 takich historii chorób, wśród nich nie było ani jednego rozpozna-

nia zapalenia oskrzelików, które jest najczęstszą chorobą infekcyjną dolnych dróg oddechowych u niemowląt. Za to każde zapalenie oskrzeli i zapalenie podgłośnia krtań było leczone antybiotykiem. Kiedy jeszcze bliżej przyjrzał się dokumentacji medycznej, natknął się na nieprawidłowości w leczeniu zakażenia układu moczowego, które nie było potwierdzone bakteriologicznie. - Zacząłem rozmawiać z lekarzami z oddziału na ten temat oraz przekazywać im wytyczne dotyczące postępowania diagnostyczno-terapeutycznego w różnych jednostkach chorobowych leczonych tu niemowląt, ale napotkałem na opór, który z czasem przerodził się w znowę milczenia – wspomina doktor Janusz Łagunionok. Również rodzice przyzwyczajeni do tego, że ich dzieci w szpitalu zawsze były leczone antybiotykami, patrzyli na to krzywym okiem. Wcześniej każda infekcja była tu leczona antybiotykiem, a w przypadku chorego niemowlęcia obowiązkowo. Nawet mononukleozą zakaźną. Na pytanie dlaczego – odpowiadano, że tak się leczy od dawna i nie należy tego zmieniać. Gdy prosiłem o przedstawienie piśmiennictwa uzasadniającego takowe postępowanie, dawano mi odczuć, że się czepiam i zaczęto mnie ignorować – dodaje. Zaczęto o mnie mówić, że jestem przeciwnikiem antybiotyków, a ja uważam tylko, że należy je podawać, kiedy są potrzebne.



Eksplozja sprzeczności

Konflikt na tym tle z dnia na dzień narastał i zaczęły się wezwania do dyrekcji na dywanik. Dyrektor szpitala i jego zastępca zarzucili ordynatorowi brak fachowości i zagrozili nieprzedłużeniem umowy o pracę, jeśli nie dostosuje się do sposobów leczenia innych pediatrów w oddziale. Gdy odmówił, a na dodatek zażądał, aby w jego oddziale każda decyzja o zastosowaniu antybiotykoterapii była uzasadniana przez zlecającego lekarza w dokumentacji, został wyśmiany. Nie pomógł nawet telefon do ówczesnego konsultanta ds. pediatrii na Śląsku, prof. Antoniego Dyducha, który słysząc o konflikcie w oddziale, stwierdził, że ordynator nie nadaje się na to stanowisko i powinien pakować walizki. Postanowił szukać pomocy w Warszawie, występując do Zakładu Profilaktyki Zakażeń i Zakażeń Szpitalnych Narodowego Instytutu Leków o ocenę schematów postępowania terapeutycznego w podstawowych infekcyjnych jednostkach chorobowych dzieci leczonych w oddziale pediatrycznym w szpitalu w Żywcu. Opinia, którą wystawił wówczas pracownik tego instytutu dr Paweł Grzesiowski, była pozytywna. Kiedy ją przedstawił dyrektorowi ZZOZ w Żywcu, ten odpowiedział: „Tu nie Ameryka, tu standardy nie obowiązują”. Ordynator był jednak konsekwentny w swoim działaniu, do którego z czasem udało mu się przekonać część personelu medycznego, zwłaszcza pielęgniarki, co skutkowało krótszym czasem pobytu dzieci w szpitalu i oszczędnościami.

A jednak...

Wprowadzenie do oddziału racjonalizacji antybiotykoterapii docenił Zespół Kontroli Zakażeń Zakładowych i Oddział Śląskiego Polskiego Towarzystwa Pediatrycznego. Dr Łagunionok zaoszczędził w ciągu roku ponad 42 tys. zł i skrócił średni czas hospitalizacji pacjenta w oddziale, ale i tak w końcu został wyrzucony z pracy. Teraz pracuje w ZOZ-ie w Krapkowicach, co wcale nie oznacza, że w końcu wolno mu postępować zgodnie z rekomendacjami i standardami.

Jest doświadczonym lekarzem pediatrą z ponad 20-letnim stażem, swego czasu pracował m.in. na nefrologii dziecięcej i patologii noworodka. Rekomendacje w sprawie leczenia chorób układu oddechowego u dzieci, które określają zasadność leczenia ich antybiotykami, zostały opracowane

Rekomendacje w sprawie leczenia chorób układu oddechowego u dzieci, które określają **zasadność leczenia ich antybiotykami**, zostały opracowane i wprowadzone w Polsce kilkanaście lat temu.

i wprowadzone w Polsce kilkanaście lat temu. Województwo opolskie wprowadziło je wówczas pilotażowo. Nie są więc one wymysłem dra Łagunionoka, ale wytycznymi opracowanymi przez ekspertów w tej dziedzinie. Jednak przykład Żywca nie jest odosobniony. – To, co mi się przytrafiło w szpitalu w Żywcu, ma wiele podtekstów. Jeden z nich dotyczy relacji międzyludzkich, ale najważniejsze jest, jak my lekarze, szczególnie pracujący z dala od wielkich klinik i instytutów, jesteśmy oporni na wiedzę – tłumaczy dr Łagunionok. Dodaje, że w przypadku chorych dzieci dochodzi do tego presja rodziców, którzy traktują antybiotyk jak lek uspokajający dla siebie, nie wiedząc, że im więcej antybiotyków się stosuje, tym są mniej skuteczne, bo zachodzi zjawisko antybiotykooporności. Na pytanie, czy nie obawia się, że po ukazaniu się tego artykułu w „Gazecie Lekarskiej”, znów straci pracę, a na dodatek w środowisku będzie miał opinię osoby konfliktowej i pieniacza, dr Łagunionok odpowiedział: – Trudno, chcąc być uczciwym, nie być konfliktowym, ale jak się na to godzić, skoro takie postępowanie jest nieetyczne i nieprofesjonalne. Twierdzi, że nie jest w tym podejściu odosobniony. – W jednej z rozmów dr Jerzy Pejcz, prowadzący oddział pediatryczny w szpitalu im. św. Jadwigi w Trzebnicy, który także stosuje się do rekomendacji w sprawie antybiotykoterapii u dzieci, przyznał, że swoich lekarzy racjonalnej antybiotykoterapii uczył 6 lat, ale to jest ktoś wychowany w klinice onkologicznej we Wrocławiu i ma inne podejście do sprawy – kończy swój wywód dr Janusz Łagunionok. ■

COLOR DOPPLER



NOWOŚĆ!



▲ SPINEL II
▼ EPIDOT SC

ECHOSON

ECHO-SON S.A.
24-100 Puławy; ul. Krańcowa 5; tel.: 81 886 36 13
info@echoson.com.pl; www.echoson.com.pl

Na dobrej drodze

słowacka służba zdrowia po szokowych reformach

Po rozpadzie Czechosłowacji w 1993 r. system ochrony zdrowia Słowacji został poddany głębokim reformom. Choć sytuacja tego sektora nadal jest trudna, to w niektórych zakresach kraj ten radzi sobie lepiej niż Polska czy Węgry. Podstawą jest konkurencja na rynku ubezpieczeń zdrowotnych.

Słowacki system ochrony zdrowia oparty jest na powszechnym, obowiązkowym ubezpieczeniu zdrowotnym. Zapewnia ono podstawowy pakiet świadczeń. Dla ubezpieczonych opieka zdrowotna jest bezpłatna (poza pewnymi wyjątkami, np. usługi stomatologiczne), ale obowiązuje współpłacenie za niektóre jej elementy. Można korzystać ze świadczeń do wolnej placówki.

Realizatorem powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego (PUZ) są towarzystwa ubezpieczeń zdrowotnych, od 2005 r. działające jako spółki akcyjne. Od 2010 r. istnieją trzy, z których największym jest państwowe Towarzystwo Powszechnego Ubezpieczenia Zdrowotnego (Všeobecná Zdravotná Poistovňa, VŠZP) z 68-procentowym udziałem w rynku. Dwa pozostałe towarzystwa są prywatne. Obywatele mają swobodę wyboru ubezpieczyciela.

Źródła finansowania

Głównym źródłem finansowania opieki zdrowotnej są składki na ubezpieczenie zdrowotne. Płacą je pracodawcy i pracownicy, a także samozatrudnieni. Każdy pracownik musi być zapisany do PUZ. Składki wynoszą 14 proc. podstawowego wynagrodzenia, przy czym pracownicy płacą 4 proc., zaś pracodawcy – 10 proc. Możliwe jest zawarcie dobrowolnego prywatnego ubezpieczenia, ale nie jest ono popularne.

Drugim źródłem finansowania jest budżet państwa, który utrzymuje wyspecjalizowane urzędy i uczelnie, np. Urząd Zdrowia Publicznego, Słowacki Uniwersytet Medyczny. Państwo opłaca też składki za osoby nieaktywne na rynku pracy: osoby na urlopach macierzyńskich, emerytów i rencistów, bezrobotnych; wkład budżetu stanowi jedną trzecią środków PUZ.

Budżet ochrony zdrowia w części pochodzi z opłat pacjentów. Przeciętny Słowak wydaje



rocznie na zdrowie z własnej kieszeni ponad 200 euro. W 2009 r. opłaty pacjentów stanowiły 23,6 proc. wszystkich wydatków na zdrowie.

Kreatorzy polityki zdrowotnej

Polityka zdrowotna jest wynikiem współpracy ministerstwa zdrowia, towarzystw ubezpieczeniowych, Urzędu Nadzoru Ochrony Zdrowia. Mają na nią pewien wpływ zawodowe organizacje świadczeniodawców, natomiast organizacje pacjentów – raczej niewielki.

Ministerstwo zdrowia jest odpowiedzialne za prowadzenie polityki zdrowotnej, regulowanie realizacji świadczeń, zarządzanie krajowymi programami zdrowotnymi, kształcenie kadr medycznych, prowadzenie krajowych rejestrów, ustalanie zakresu świadczeń refundowanych, definiowanie wskaźników i kryteriów jakości usług. Od 2003 r. resort reguluje ceny

usług zdrowotnych, koordynuje też badania naukowe w medycynie. Część tych zadań wykonują wyspecjalizowane urzędy: Urząd Zdrowia Publicznego, Państwowy Instytut Kontroli Leków, Narodowe Centrum Informacji Zdrowotnej, Narodowe Centrum Ratownictwa i inne.

Nabywcą usług zdrowotnych są towarzystwa ubezpieczenia zdrowotnego. Ceny usług są negocjowane, a kontrakty ze świadczeniodawcami zawiera się na rok. Powołany w 2004 r. Urząd Nadzoru Ochrony Zdrowia kontroluje sprawność działania ubezpieczenia zdrowotnego i podaż usług zdrowotnych. Zajmuje się też skargami pacjentów.

Kompetencje samorządów regionalnych

Słowacja jest podzielona na osiem regionów samorządowych. W 2003 r. samorządom przekazano większość placówek ochrony zdrowia.

Państwo pozostało właścicielem największych zakładów, jak szpitale uniwersyteckie, instytuty medyczne, szpitale psychiatryczne i sanatoria. Placówki samorządowe przekształcono w spółki akcyjne lub organizacje non-profit, inne sprywatyzowano lub wydierżawiono prywatnym świadczeniodawcom. Warunki przekształceń były negocjowane przez władze regionów, towarzystwa ubezpieczeń zdrowotnych oraz samorządy zawodowe lekarzy i pielęgniarek. Regiony zarządzają własną infrastrukturą zdrowotną, bazą szpitalną i ambulatoryjną oraz kadrami. W ich gestii jest np. wydawanie pozwoleń na działanie zakładów opieki zdrowotnej, utrzymanie komisji bioetycznych, zatwierdzanie dokumentacji zdrowotnej, wydawanie pozwoleń na wykonywanie zawodu. Problematyką ochrony zdrowia zarządza główny lekarz regionu wskazywany przez sejmik regionu i zatwierdzany przez ministra zdrowia. Za organizację, jakość i dostępność usług pielęgniarskich i położniczych odpowiada główna pielęgniarka regionu powoływana w podobny sposób.

Segmenty systemu

Opiekę ambulatoryjną sprawują głównie placówki prywatne. Pacjent ma prawo wyboru lekarza ogólnego oraz specjalisty. Szpitale (ogólne i specjalistyczne publiczne lub prywatne), poza opieką zamkniętą, zwykle prowadzą ambulatoria. Ratownictwo medyczne zapewnia gęstą sieć podmiotów prywatnych i publicznych. Usługi pogotowia ratunkowego są bezpłatne także dla osób nieubezpieczonych.

W 2008 r. usprawniono medycynę pracy; pracodawcy muszą zapewnić świadczenia medyczne, zwłaszcza zatrudnionym na stanowiskach o podwyższonym ryzyku dla zdrowia. Opieka długoterminowa świadczona jest w ramach usług zdrowotnych i socjalnych. Usługi uzupełniające i alternatywne są prywatne i nie podlegają refundowaniu.

Hurtownie i apteki w większości są prywatne. Leki są częściowo lub w pełni refundowane przez PUZ, mogą też być dla pacjenta pełnopłatne. Pełna refundacja obejmuje leki przepisane pacjentom z chorobami przewlekłymi (np. cukrzyca, gruźlica), a także kobietom w ciąży, weteranom wojennym itp. Dotyczy to nawet leków OTC.

Kadry z dyplomem i licencją

Kwalifikacje zawodowe dają studia licencjackie lub magisterskie na uniwersytecie medycznym, wyższe studia zawodowe i studia podyplomowe. Lekarze oraz pozostały personel medyczny muszą mieć licencję izby lekar-

Oplaty za niektóre usługi

Realizacja recepty:	0,17 euro
Wydanie sprzętu medycznego:	0,17 euro
Wezwanie pogotowia:	1,99 euro
Transport karetką:	0,07 euro/km
Doba w uzdrowisku:	od 1,66 euro

Całkowite wydatki na zdrowie w % PKB; na mieszkańca w USD (dane WHO 2008)

EU15	9,68;	3 320
EU12	6,42;	1 195
Słowacja	7,8;	1 717
Polska	6,6;	1 162

Trochę faktów i liczb

- Wydatki na zdrowie na 1 mieszkańca: ok. połowa kwot, jakie przeznaczają się na ochronę zdrowia w zamożnych krajach UE. Dużą ich część pochłaniają leki (28%; kraje OECD 16%).
- Ogółem wydatki na ochronę zdrowia w 2008 r.: 7,8% PKB. W przeliczeniu na 1 mieszkańca to 1 717 US (więcej niż w Polsce i na Węgrzech, nieco więcej niż w Czechach).
- Średnia oczekiwana długość życia: 78,7 lat dla kobiet i 71,3 dla mężczyzn (wzrosła – w 1993 r.: 76,7 i 68,3).
- Śmiertelność noworodków: zmalała z 12 na 1000 urodzeń w 1990 r. do 5,7 w 2009 r.
- Śmiertelność dzieci spada: z 2,4 na 1000 w 1993 r. do 1,5 w 2009 r.; ten wskaźnik ma ścisły związek z jakością opieki zdrowotnej.
- Najczęstsze przyczyny zgonów Słowaków są związane ze stylem życia: choroby sercowo-naczyniowe (53%), nowotwory (22%), choroby układu pokarmowego (6%) i oddechowego (5,5%).

skiej lub pozwolenie na wykonywanie zawodu wydane przez ministerstwo zdrowia albo odpowiedni organ regionalny (w zależności od zawodu). Jest to warunek przystąpienia do kontraktu z towarzystwem ubezpieczenia zdrowotnego. Możliwe jest jednak świadczenie usług bez kontraktu; takie usługi także mogą być refundowane.

Płace lekarzy wynikają z kontraktu z TUZ obejmującego stawki, rodzaj, ilość usług itp. Metoda wyliczania wynagrodzeń zależy od segmentu: inna jest w opiece podstawowej (stawka kapitałowa), inna w specjalistycznej, jeszcze inna w lecznictwie zamkniętym (opłaty za usługę albo za pacjenta).

W ostatnim dziesięcioleciu liczba lekarzy i pielęgniarek w stosunku do liczby mieszkańców systematycznie maleje. Braki są wynikiem starzenia się kadr medycznych, restrukturyzacji systemu i emigracji zarobkowej.

Brak strategii i wiele innych braków

Jak twierdzą znawcy tematu, Słowacja nie ma długoterminowej strategii zdrowotnej, brakuje narzędzi do efektywnego zarządzania zasoba-

mi, prowadzenia ewaluacji. Słowackie szpitale są przestarzałe, ich średni wiek to 35 lat. Liczba ostrych łóżek należy do najwyższych w UE, ale w ostatnich latach wdrażany jest program ich redukcji i zamiany na miejsca opieki długoterminowej. Dynamicznie rozwijają się placówki chirurgii jednego dnia.

Baza informacji o jakości usług, dostępie i zapotrzebowaniu na nie, a także o zasobach kadrowych pozostawia wiele do życzenia. W 2008 r. ruszył krajowy projekt e-zdrowie, jednak z wdrażaniem technologii informacyjnych Słowacja wciąż pozostaje w tyle za Europą.

W sumie najważniejsze wskaźniki zdrowotne w Słowacji są porównywalne ze średnimi w nowych krajach UE, niekiedy wyraźnie lepsze – wciąż jednak znacznie gorsze niż osiągnięte przez kraje starej piętnastki. ■

Korzystałam z opracowania „Health Care Systems in Transition: Slovakia 2011: Health System Review”, przygotowanego przez European Observatory on Health System and Policy oraz źródeł własnych.



Joanna Sokołowska

Wiosenny pijar

Opiewana przez poetów, ekologów i Władysława Sikorę z kabaretu „Potem” obudziła się wiosna.

Dzikim świtem (tak koło szóstej rano) media zaczęły informować o rosnących temperaturach, opadających mgłach, wahaniami ciśnienia atmosferycznego i nastroju. Aż do przesuniętego, wiosenną zmianą czasu, zmierzchu wszyscy rodacy analizowali meteogramy nadchodzących dni. Piątkowy pan Mann opowiadał o tym, gdzie zakwitło i że będzie lepiej, a w tle Marek Grechuta konstatował, jak przyła-

pany na gorącym uczynku niewierny mąż: „Wiosna?! Ach, to ty...”. Sąsiedzi uśmiechali się do siebie, ptaszki śpiewały, trawa rosła, że aż było słychać. Nawet mój pies, który przede wszystkim jest jamnikiem, zachowywał się trochę mniej dostojnie.

Cała Polska uległa jakiejś meteorologicznej halucynacji, sprawiającej, że lejący od rana deszcz jest powodem do radości (bo po nim będzie rosło), a zatłoczony alergicznie nos przestał być problemem (bo właśnie pięknie zakwitło). Czy to z powodu niekorzystnego biorytmu, czy medialnej indoktrynacji, zaczęliśmy się zachowywać nieracjonalnie, co skrzętnie wykorzystują specjaliści od bujnie rozwijającej się dziedziny zwanej z angielska public relations.

W najłagodniejszej formie wiosenna niedyspozycja psychiczna pociąga za sobą zaburzenia kompulsywne, takie jak zbiorowe mycie okien czy nie do końca przemyślane zakupy. Mniej odporni psychicznie zaczynają karczować przydomowe ogródki, biegać, jeździć na ro-

werze. W grupie szczególnie podatnych zaburzenia zachowania przebiegają pod postacią stanu określanego jako „zakochanie się”. Kto miał lub ma, wie, że skutki bywają fatalne.

Wracając do domu z kolejną parą butów, w takim samym stopniu ślicznych, co niepotrzebnych oraz flakonikiem perfum, których zapachu chwilowo mogłam się tylko domyślać, nieco zziębnięta, bo zbyt ufająca porannej prognozie pogody, pomyślałam, że wiosna to nie jest dobry czas na podejmowanie decyzji.

W domu przywitał mnie widok męża, który oszołomiony kwietniową aurą na moich oczach, z uśmiechem na ustach, jednym dotknięciem klawisza Enter, przełączył na konto fiskusa należną kwotę. I wyglądał przy tym na człowieka spełnionego w swoim obywatelskim obowiązku i pogodzonego ze stawką opodatkowania. Nie mogłam się oprzeć wrażeniu, że gdyby czynności tej towarzyszyła studząca zmysły listopadowa zawierucha, kliknięcie nie byłoby tak niefrasobliwe, a na pewno opatrzone obszernym i nienadającym się do cytowania na łamach komentarzem. Jaką znajomością ludzkiej natury wykazał się ustawodawca, lokując czas rozliczeń na beztrojski kwiecień!

Zapytałam specjalistę od pijaru. Zacytował prawdopodobnie „Encyklopedię biznesu”: „jest to świadome, celowe, planowe, systematyczne i długoplanowe oddziaływanie organizacji, władz, zrzeszeń na publiczność, zwaną otoczeniem, skierowane na ukształtowanie z nią specyficznej jakości stosunków i układów jako jedynej, klasycznej metody i podporządkowanie tych wpływów rygorom etycznym”. Zrozumiałam tyle, że ktoś chce mnie nabić w przysłowiową butelkę.

Lekarz to też człowiek,
nawet jeśli jest
świadczeniodawcą. **Tam
w środku, pod fartuchem,
nie różni się znowu tak
bardzo od innych ssaków**
i podlega takim samym
prawom biologii.

Specjalista potwierdził, ale zapewnił, że
będę zadowolona.

Zapytałam specjalistę medycyny pra-
cy, więc informacja powinna być praw-
dziwa – lekarz to też człowiek, nawet
jeśli jest świadczeniodawcą. Tam w środ-
ku, pod fartuchem, nie różni się znowu
tak bardzo od innych ssaków i podlega
takim samym prawom biologii. Przy-
puszczalnie ma takie same potrzeby
i podlega podobnym wpływom środo-

wiska. Na wiosnę staje się bardziej ufny,
rozrzutny, uczuciowy i podatny na dzia-
łania marketingowe.

Czy to na skutek zażycia nierefundo-
wanego leku przeciwhistaminowego o ł-
agodnie sedatywnym działaniu, czy z po-
wodu świeżo zdobytej wiedzy, zaczęłam
więc analizować komunikaty i propozycje
wysyłane w moim kierunku przez urzędy
i urzędników. Przecież oni także na pewno
wiedzą, że odbierająca rozum pora roku
sprzyja podejmowaniu nierozsądnych de-
cyzji. Przecież z pewnością, jeśli wiedzą,
spróbują to wykorzystać przeciwko oby-
watelom uśmiechniętym jak majowe sło-
neczko, w tym przeciwko obywatelowi
„świadczącemu usługi medyczne”!

I oto z cyfrowej otchłani internetu wy-
łonił się datowany na 11 kwietnia projekt
umowy upoważniającej lekarzy do wysta-
wiania recept na leki refundowane.

O jakże wiosenny projekt! Ze wsty-
dem przyznaję, że po jego przeczytaniu
przez chwilę pomyślałam, że autorzy,
proponując medykom mariaż z monopo-
listycznym urzędem, też ulegli wiosennej
niedyspozycji... W kategoriach matrymo-
nialnych urząd ten jest bowiem panną
mało atrakcyjną, po przejściach i niezbyt
powabną, ale za to zamożną. Dotych-
czasowe doświadczenia nauczyły ją, że
czas, nawet ten wiosenny, nie działa na
jej korzyść, więc musi wykorzystać to, że
w okolicy chwilowo nie ma żadnej rywal-
ki. Dyktuje więc warunki bezwzględnie.
W zamian za możliwość pokazania się
w jej towarzystwie żąda posłuszeństwa
i wierności, jaką charakteryzowali się
członkowie japońskiego korpusu Kami-
kaze. Zbyt wiele nie obiecuje, zastrzega
sobie wgląd w korespondencję, intercyzę
i uprzedza o formach karania za nieposłu-
szeństwo. Z pełną świadomością, że ubo-
giego najłatwiej okraść, roztacza wizję
finansowych represji. Nie wygląda to na
układ partnerski...

Wiosna, to nie jest czas na podejmo-
wanie decyzji, a ta umowa to nie jest mał-
żeństwo z rozsądku! Może wystarczy po-
myśleć, komu ten związek jest bardziej
potrzebny. W posagu wnosimy do niego
coś, co na całym świecie ma wielką cenę
– umiejętność. Nie ulegając więc wiosen-
nemu pijarowi, prosimy o zmianę warunków
umowy i nie podpisujemy jej w formie, która
może zagrażać naszemu bezpieczeństwu.
Może okaże się, że przysłowiowy „związek na
kocią łapę” wcale nie jest taki zły... ■

Ultrasonografia to nasza pasja.



Skontaktuj się z nami -
tel: 22 3308353
artur.perzanowski@ge.com



GE imagination at work

© 2011 General Electric Company. GE Medical Systems
Ultrasound & Primary Care Diagnostics, LLC, a subsidiary of
General Electric Company, doing business as GE Healthcare.

GE Medical Systems Sp. z o.o.
ul. Woloska 9, 02-583 Warszawa



Sławomir Pietras

Przedwojenna dr Stani Zawadzka

Bardzo już dziś leciwi poznańscy melomani pamiętają ostatnie powojenne spektakle dr Stani Zawadzkiej, wspaniałej odtwórczyni dramatycznych partii operowych, bardziej zajętej karierą na scenach zagranicznych, niż występami w Polsce. Jeszcze tylko przez pierwsze trzy powojenne sezony występowała w Operze Poznańskiej, prezentując tylko cztery, ale za to mistrzowskie role swego włoskiego repertuaru: Santuzzę w „Rycerskości wieśniaczej”, Mimi w „Cygankach”, Toscę i Aidę.

Urodziła się na długo przed końcem XIX stulecia, a więc po II wojnie światowej była już w wieku matek, a nawet babek odgrywanych na scenie bohaterek. Wszystko to nie przeszkadzało poznańskiej publiczności, która oklaskiwała ją, pamiętając czasy przedwojenne, kiedy to dr Stani Zawadzka po powrocie z Mediolanu, gdzie mieszkała 15 lat i występowała na największych scenach europejskich, wybrała właśnie Poznań, aby tutaj – a nie

w Warszawie – śpiewać Elżę w „Lohengrina”, Selikę w „Afrykance”, Beatrix w „Cencji”, Adrianę Lecouvreur, Alceste, Giocondę i Turandot. Lata przedwojennej kariery oraz ponura okupacja spędzona w ciężkich warunkach w Warszawie nie odebrały gwiazdce świeżości i piękna głosu, tylko – mówiąc oględnie – wpłynęły wyraźnie na aparycję i żwawość ruchów. Toteż w IV akcie „Aidy” udręczona długością i ciężarem roli siedziała strudzona w grobowcu, a stojący nad nią równie leciwy Józef Woliński (uwielbiany przez poznaniaków Radames), śpiewał niezapomnianą frazę: „...i umierać ci Aido, w samych twych lat poranku!”. Po zakończonym duecie owajcom nie było końca.

Stanisława Agata Zawadzka urodziła się w Warszawie przy ul. Nowy Świat nr 1294 w rodzinie zamożnego przemysłowca. Maturę zdała w roku 1908 w Zakładzie Wychowawczo-Naukowym Żeńskim Emilii Szeinbokówny z wynikiem celującym. W trudnych warunkach materialnych (po śmierci ojca) ukończyła studia w Żeńskim Instytucie Medycznym w Petersburgu w roku 1916, a lekarski dyplom rosyjski nostryfikowała już w wolnej Polsce w marcu 1920 r.

Równolegle z medycyną uczyła się śpiewu. Zadebiutowała scenicznie gdzieś na rubieżach rozpadającego się Imperium Rosyjskiego, a następnie w Operze Warszawskiej pod dyktando Emila Młynarskiego. W latach dwudziestych osiadła w Mediolanie, skąd rozpoczęła europejską karierę w „Andrea Chénier”, „Fauście”, „Il Piccolo Marat” (dzieło Mascagniego, który podkochując się w głosie i nie tylko w głosie naszej bohaterki często dyrygował spektaklami z jej udziałem), „Francesca da Rimini”, „Wilhelmie Tellu” (Aleksandria),

„Mefistofelesie” (Kair). Potem była Haga, Rotterdam, Amsterdam, Utrecht, Barcelona, Madryt, Walencja, Bilbao, San Sebastian i niemal wszystkie liczące się sceny włoskie z La Fenice, Areną di Verona i La Scallą. W międzyczasie była jeszcze Genewa, Lizbona, Monte Carlo oraz londyńska Covent Garden. Równolegle ze śpiewem praktykowała jako lekarz. Początkowo w laboratorium bakteriologicznym Szpitala Ujazdowskiego w Warszawie, dorywczo – w miarę czasowych możliwości – we włoskiej służbie zdrowia, a po powrocie do kraju w przedwojennym Poznaniu i okupacyjnej Warszawie.

Śpiewając głosem niezwykłym pięknie, całe życie była – jak przystało na medyka – konkretna, zorganizowana, wymagająca i zasadnicza. Podczas ostatniego spektaklu „Rycerskości wieśniaczej” w Poznaniu, w monumentalnej scenie „Regina Coeli” na oczach publiczności zawałyły się stare, przedwojenne dekoracje. Soliści, chór i statyści w popłochu uciekli za kulisy. Tylko Stani Zawadzka jako Santuzza nadal klęczała na środku sceny, śpiewając: „Chwalcie Boga, chwalcie pieśni naszymi...”. Wobec takiej postawy gwiazdy uciekinierzy wrócili wkrótce na swoje miejsca i bez przerywania na tym pobojuwisku ukończyli to pechowe przedstawienie. Dyrygujący tego wieczoru Zygmunt Łatoszewski po ukłonach wpadł do garderoby, krzycząc: „Dlaczego pani nie przestała śpiewać i nie zeszła ze sceny?!”. „W tym miejscu w La Scali nigdy nie przerywaliśmy...” – odparła z godnością zasłużona, sławna, przedwojenna Maestra. ■

Śpiewając głosem
niezwykłym pięknie,
całe życie była
– jak przystało
na medyka
– konkretna,
zorganizowana,
wymagająca i zasadnicza.

*Autor jest dyrektorem
polskich teatrów operowych.*

Dzień w dawnym szpitalu

Przenieśmy się w inny czas, aż do roku 1778. Postuchajmy, jak biją dzwony, układają do snu uliczki. Bim-bam i śpi dzielnica tkaczy, bim-bam – zasypiają chaty przy kanale. Małe okna wychylają się z zaułków, łowią światła i zapraszają do środka.



Przy jednym z nich usiadł Jan Beerblock – malarz miejski. Rozłożył muszle na parapiecie, będzie je suszyć i wabić łabędzie. Lubi patrzeć, jak podpływają, szczekają, kłapią dziobami, zakładają nogę na nogę, szukają zgnitych jabłek w wodzie. – Królowe, a nie potrafią się zachować – mówi do siebie. I znów dzyń-dzyń spada na bruk, tłucze się, ociera o ściany kamienicy na rogu. Ona zwykle wstaje pierwsza, przeciąga się, strzepuje wrony z dachu i budzi gotycki szpital świętego Jana.

Łóżka stoją tam w ciasnych szeregach – przyklejone plecami i bok do boku. Wokół nich krążą zakonnice w siedemnastu warstwach sukna. Czarno na biało opadają szkaplerze na habity, zaś kornety prawie dotykają sufitu. Mają chyba oddzielać od zła i choroby, obłądu i zachwyty. Siostry od świętego Augustyna dbają o wszystko; sporządzają mikstury, proszki i pigułki, ekstrakty, trociszki, oleje, balsamy, maści i plastry. Mieszają wódki, spirytusy, elakuarium i konfekty, konserwy, likwory, soki i syropy, octy, esencje i tynktury. Badają temperament chorych, sprawdzają krew, oznaczają ciepłotę ciała, wpatrują się w kolor odchodów, opisują zapachy i towarzyszą lekarzom pod-

czas obchodu. Notują uwagi, podpowiadają wyniki badań. Przeganiają śmierć, która czai się w kącie. Śmieje się z cudownego oleju ze skorpionów przeciwko zarazie morowej. I raz po raz przychodzi, chociaż nieproszona. Wtenczas zapalają świece, odczytują fragmenty Ewangelii. Poprawiają księdzu ornat, kiedy ten odprawia mszę za duszę i wyznacza krzyżem drogę od piekła do nieba.

Jan Beerblock usiadł naprzeciw wejścia. Rozejrzał się, jakby chciał sprawdzić obecność, policzyć bezdomnych i chorych – kto przybył, a kto odpadł. Wszędzie jej szukał. To dla niej przyjął od zarządcy zamówienie na obraz (nazwie go później „Wnętrze szpitala świętego Jana w Brugii”). Najpierw przebiegł wzrokiem po łóżkach dla kobiet, w jednej linii wzdłuż ściany. Potem zajął do mężczyzn w drugim rzędzie, bo ona z fryzurą na pazia wygląda zupełnie jak chłopiec. Wreszcie zatrzymał się w części chirurgicznej. Rozpoznał małego Frycka od sąsiadów, a ten krzywił się, biadolił, pokazywał kikut ręki okryty mecherzyną wołową. – Tatko mnie zabije, jak zobaczy – jęczał. Nie było jej też na „bękarcich łóżkach” w ko-

rytarzu. – Więc leży w „kącie umarłych” – pomyślał, rozkładając farby i płótna. Ale tam bał się zaglądać.

Tymczasem światło zakręciło się na maswerkach od strony kanału i wpadło do środka. Takie rześkie i radosne, jakby dopiero co wstało. Pobuszowało po kaplicy szpitalnej, ozłociło relikwiarz księżniczki bretońskiej Urszuli. Zabawiło dłużej przy kamiennym tabernakulum z czasów średniowiecza. Wreszcie wróciło na salę chorych. Biegało trochę zagubione i ciężkie od nadmiaru wrażeń. Rozsiało się pod sklepieniem krzyżowym i powoli opadało: im niżej, tym wolniej.

A siostry przygotowały posiłek. Już zupa paruje z kotłów, chochle wyciągają szyje, zapachniało smaczkowicie. Lżej chorzy unoszą się na łokciach, noszowi odstawiają lekytyki. Kuchcik znów zapatrzył się na podręczną, bo taka piękna w lnianej koszuli i czepku. Jej twarz to już nie z tej ziemi. Może raczej z obrazu Hansa Memlinga, kiedy namalował Świętą Katarzynę podczas mistycznych zaślubin. Jan Beerblock też zna te policzki i blade czoło, kreski brwi i niepewność uśmiechu. Nie zdążył jej dotąd namalować. Teraz też uchwyci zaledwie lekkość. I jakiś niezwykle powab. A w „kącie umarłych” zamiast niej położy tę starą z kamienicy na rogu, bo widział, jak kradnie muszki dla łabędzi. ■

Autorka jest lekarką dentystką z Opola.

12 kwietnia w Teatrze Roma w Warszawie odbył się galowy koncert wieńczący konkurs literacki im. profesora Andrzeja Szczeklika „Przychodzi wena do lekarza” zorganizowany przez „Medycynę Praktyczną” i Fundację „Mimo wszystko” Anny Dymnej. Miesiąc temu prezentowaliśmy wiersz Zbigniewa Kostrzewy, emerytowanego laryngologa z Łowicza – laureata I nagrody w kategorii poezja. Dzisiaj zwyciężczyni konkursu w kategorii proza.



Agata Morka

Coś na ząb

Dentysta sadysta” śpiewa Maryla Rodowicz, obnażając zakotwiczony głęboko w zbiorowej wyobraźni obraz stomatologa jako okrutnego kata, znajdującego przyjemność w wierceniu, rwaniu i wybijaniu, który w dodatku „za same siekacze może zarobić na dachę”. Dentysta, określany również mianem wyrwizęba, to postać często portretowana przez artystów.

Grafika Lucasa van Leydena, holenderskiego malarza, którego umiejętności rytownicze

Vasari przedkładał nad te samego Albrechta Dürera, przenosi widza do XVI-wiecznego gabinetu stomatologicznego. Okazuje się, że scena ta tak naprawdę niewiele różni się od tych rozgrywających się u dentystów współcześnie. Van Leyden pokazuje trzy osoby dramatu: jest tu i sam wyrwizęb z wprawą i zdecydowaniem trzymający głowę pacjenta, jest piękna i młoda asystentka i przede wszystkim przerażony, kurczowo zaciskający pięści pacjent. Sama sceneria każe sądzić, iż przegląd

dentystyczny odbywa się na świeżym powietrzu, prawdopodobnie przy okazji targu, bo też na targach ówcześni adepci sztuki dentystycznej roztawiali swoje kramy i przyjmowali pacjentów. Co jednak o samym zawodzie dentysty stara się powiedzieć widzowi van Leyden? Czego uosobieniem stał się w XVI wieku wyrwizęb, czy wówczas cieszył się lepszą sławą niż obecnie? ■

Autorka jest doktorem historii sztuki.

Znajdź cztery szczegóły różniące przedstawione grafiki. Wskaż oryginał i postaw rozpoznanie.



Rozwiązanie poprzedniej zagadki

Oryginalnym obrazem był obraz A. Diagnoza choroby u sportretowanej kobiety nie jest jasna. Podczas gdy niektórzy badacze wiążą objawy pacjentki (omdlenia i błądność) z faktem, że dziewczyna jest w ciąży, inni interpretują tę scenę raczej jako przykład tak zwanej furor uterinus, wiążącej się z niezaspokojonym pragnieniem seksualnym. Furor uterinus, dająca niepokojące objawy: dreszcze, spazmy, omdlenia czy niestabilność nastroju, była kondycją medyczną, której w XVII w. lekarze poświęcili kilkanaście naukowych traktatów. Lekarstwo, jak na religijną młodą kobietę w tych czasach przystało, było w tym wypadku jedno: małżeństwo i ciąża. Niewykluczone jest jednak również, że dziewczyna z obrazu Steena padła ofiarą nie miłości, a mody, i że wszystkiemu winien za ciasno związany gorset, modowe narzędzie tortur, wprowadzone w wieku XVI. Jeśli tak, to lekarstwo jest jedno: popuścić. A oto sześć szczegółów, które różnią opublikowane przez nas obrazy.

1. Usunięcie figurki Amora znad drzwi.

Meble i dekoracje umieszczone w sypialni dziewczyny zostały dobrane tak, by sugerować, co dolega pacjentce. Artysta umieścił zatem nad drzwiami figurkę Amora – boga miłości i namiętności.

Recenzja

Jarosław Wanecki

Powrót do Polski

Biblioteka „Gazety Lekarskiej” powiększyła się o kolejne pozycje napisane przez lekarzy. „Moja droga do Polski” to wspomnienia spisane przez Kazimierza Sobolewskiego, który opowiada o wędrówce do rodzinnego Sandomierza, rozpoczynającej się dosłownie na dzień przed wybuchem II wojny światowej w Bratysławie.

Ciekawy jest wątek pracy w instytucie profesora Rudolfa Weigla we Lwowie, opowiadanie o zakażeniu tyfem plamistym „kubańskim” oraz wojennym studiowaniu medycyny. Długa droga do Polski kończy się w 1955 r. w Szpitalu Powiatowym w Sandomierzu, gdzie doświadczenie lekarskiej pracy w trudnych warunkach sanitarno-epidemiologicznych przy zwalczaniu chorób zakaźnych zostało ze wszech miar wykorzystane.

Książka zredagowana przez synów zmarłego w 1968 r. Kazimierza Sobolewskiego ma bardzo

2. Usunięcie wstążeczki z podłogi.

Wstążeczka umieszczona na podłodze jest aluzją do XVII-wiecznych praktyk lekarskich. Niektórzy badacze interpretują ją jako rodzaj testu ciąży: wstążeczkę, uprzednio zanurzoną w urynie, podpalano i podstawiano pod nos pacjentce. Jeśli zrobiła jej się niedobrze, był to znak, że spodziewa się dziecka. Inne badania wskazują jednak, że podpalona wstążka była po prostu używana do cucenia pacjentów, którzy zemdleli.

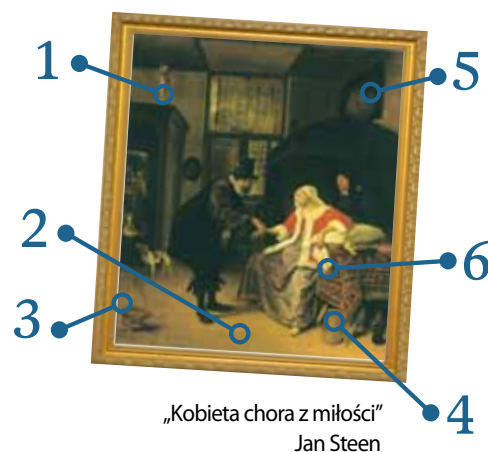
3. Usunięcie dymu z kociołka z rozżarzonym węglem (w lewym dolnym rogu).

Dym sugerować może, że „test wstążeczkowy” został dopiero co wykonany przez doktora. Jeśli interpretować go jako próbę ocucenia pacjentki, to malarz daje nam tutaj do zrozumienia, iż dziewczyna właśnie się ocknęła, co tłumaczyć może jej ogólną słabość.

4. Pokrywa na koszyku – zamknięta.

Koszyk ten jest rodzajem nocnika, w nim przechowywało się mocz. Odkryta pokrywa sugeruje, że niedawno była w nim zanurzona wstążeczka.

5. Obraz nad łóżkiem (prawy górny róg) – umieszczenie tam dużego krzyża, sugerującego obraz religijny.



„Kobieta chora z miłości”
Jan Steen

Obraz nad łóżkiem przedstawia parę kochanków w czułym objęciu, nawiązując do wszechobecnego w tej pracy Steena tematu miłości. Nieprzypadkowo również został on przez malarza umieszczony nad łóżkiem.

6. Umieszczenie na liście, który trzyma dziewczyna, łacińskiej nazwy leku.

Kartka, którą trzyma w ręku dziewczyna, nie jest bynajmniej receptą, a raczej listem, być może od ukochanego, który przedstawiony na drugim planie – w drzwiach, podaje coś (list?) służącej. To na liście właśnie Steen umieścił komentarz do całej sceny, stawiający pod znakiem zapytania celowość i efektywność zabiegów lekarza: „Żadne lekarstwo tu nie pomoże, to tylko choroba miłości”. ■

osobisty charakter, dobre tempo i warta jest polecenia.

Drugą pozycję dostałem od Czesława Hajduka, lekarza urodzonego na Nowogrodzcyźnie, który po wysiedleniu z Białorusi założył wraz z gimnazjalnymi kolegami w 1948 r. w Sławnie Polską Organizację Wojskową, mającą na celu przeciwstawienie się sowietyzacji Polski. Działalność zakończyła się niestety aresztowaniem i surowym wyrokiem dziesięciu lat więzienia, który w wyniku amnestii został skrócony o połowę.

Znam Czesława Hajduka, wspaniałego płockiego lekarza, który w kolejnej swojej książce odsłania zmagania z minionym systemem. Wcześniej pisał o antysowieckiej konspiracji, traumatycznych spotkaniach ze służbą bezpieczeństwa oraz zmaganiach człowieka naznaczonego piętnem więzienia politycznego, który tylko dzięki uporowi i systematycznej

pracy potrafił pokonać przeszkody w uzyskaniu matury, a później dyplomu lekarza.

Warto pamiętać o niepokornych, dzięki którym mogliśmy wszyscy wrócić do Polski. ■



Wielka Muzyka w Małej Auli

W słynnym gmachu Politechniki Warszawskiej w ramach odbywającego się od 10 lat cyklu koncertów wystąpiła Polska Orkiestra Lekarzy. Ambitny repertuar pod dyрекcją Maestro Dariusza Łapińskiego był wyzwaniem dla artystów, zakończonym zasłużonym sukcesem.



Foto: Krzysztof Makuch, archiwum WMIL

Sukces tym bardziej zasłużony, ponieważ artyści mieli zaledwie trzy dni wytężonej pracy na przygotowanie do kolejnej „Operacji Muzyka”, „Noc na Łysej Górze” Modesta Musorgskiego wprowadziła słuchaczy w rodzimy folklor muzyczny nocy świętojańskiej. Hebrydy Feliksa Mendelssohna-Bartholdy oddały atmosferę wzburzonego morza i uroku pieczary, w której schronił się autor przed sztormem w czasie podróży do Szkocji. Ich wykonanie przez orkiestrę dyrygent Dariusz Łapiński uznał za „rezurekcję Hebryd w ciągu jednej nocy jako wydarzenie

zasługujące na miano cudu”. Zwieńczeniem koncertu była Symfonia nr 41 c-dur „Jowiszowa” – jedna z ostatnich i uznana za osiągnięcie szczytowe muzyki symfonicznej Wolfganga Amadeusza Mozarta.

Gospodarze koncertu: prof. dr hab. Andrzej Jakubiak – organizator odbywającego się już po raz 63. koncertu z cyklu „Wielka Muzyka w Małej Auli”, oraz Prezes ORL w Warszawie – Mieczysław Szatanek, a także reprezentująca NRL Marta Klimkowska-Misiak nie szczędzili słów uznania dla wykonawców koncertu. Najważniejsza jed-

nak była wspaniała reakcja wielopokoleniowej publiczności świata medycyny i sztuki, wypełniającej po brzegi Małą Aulę, oraz satysfakcja artystów z sukcesu popartego niezwykłą pracowitością i talentem.

Prezes Polskiej Orkiestry Lekarzy i jej założycielowi, Elżbiecie Czechowskiej, internście-hematologowi z Piły należy życzyć kolejnych wyzwań artystycznych i jakże ważnego integrowania lekarzy muzyków. A nam pozostaje oczekiwanie na ponowne zaproszenie na kolejną muzyczną uroczystość. ■

reklama

PRAMEDICO
Portal Pracy Z Myślą o Medycynie

Pierwszy profesjonalny portal rekrutacji i outsourcingu dedykowany przedstawicielom zawodów medycznych!

✚ Tylko u nas znajdziesz wymarzoną pracę lub idealnego pracownika!

✚ Tylko u nas możliwość pozyskiwania dodatkowych zleceń na wykonanie pojedynczych świadczeń zdrowotnych!

✚ Zarejestruj się, zwiększ swoje dochody i wygraj iPad'a!

Dla Pracowników:

- najbogatsza baza ofert pracy w sektorze zdrowia
- możliwość pozyskania dodatkowych zleceń
- dostęp do najnowszych praktyk i szkoleń

Dla Pracodawców:

- dostęp do bogatej bazy pracowników
- możliwość wynajęcia specjalisty bez ponoszenia kosztów personalnych
- pełna oferta outsourcingu personelu medycznego



www.PRAMEDICO.pl

I Mistrzostwa Polski Lekarzy w Lekkiej Atletyce

W dniach 30.06-1.07 na stadionie MOSiR przy ul. 11 Listopada w Białymstoku odbędą się I Mistrzostwa Polski Lekarzy w Lekkiej Atletyce. Będą one rozgrywane równolegle z XXII Mistrzostwami Polski Weteranów w Lekkiej Atletyce. Osoba uczestnicząca w zawodach może być klasyfikowana podwójnie: zarówno w mistrzostwach weteranów, jak i lekarzy (kobieta, która ukończyła 30 lat, a mężczyzna 35. rok życia).

Rywalizacja odbywać się będzie w następujących konkurencjach: 100, 200, 400, 1500, 5000, skok w dal, skok wzwyż, trójskok, pchnięcie kulą, rzut dyskiem, rzut oszczepem. Medale mistrzostw w poszczególnych konkurencjach otrzymają najlepsi, po przeliczeniu wyników na punkty z uwzględnieniem kategorii wiekowych stosowanych w sporcie weteranów.

Osoby zainteresowane udziałem proszone są o kontakt z organizatorem mistrzostw: Julian Pełka, tel.: 504101375; e-mail: julek@onet.pl.

Komunikat organizacyjny i karta zgłoszenia dostępne są na stronie: www.pzwla.eu. ■

Julian Pełka

XXII Żeglarskie Mistrzostwa Polski Lekarzy

W dniach 07-09 września 2012 r. rozegrane zostaną zawody żeglarskie w Giżycku na jeziorze Kisajno. Kontakt do organizatorów: Giżycko, ul. Moniuszki 21, tel. 087 428 59 71 komandor regat: Bogdan Kula, tel. 607 229 601 sekretarz Komisji Regatowej: Joanna Gniadek, tel. 605 629 090
Szczegółowe informacje:
www.regaty.wmil.olsztyn.pl. ■



IGRZYSKA LEKARSKIE
5-9 WRZEŚNIA 2012
ZAKOPANE

	PIŁKA NOŻNA KOSZYKÓWKA SIATKÓWKA SIATKÓWKA PLAŻOWA KOLARSTWO SZOSOWE KOLARSTWO GÓRSKIE	LEKKOATLETYKA PLYWANIE BRYDŻ TRÓJBÓJ SIŁOWY GOLF SCRABBLE	TENIS ZIEMNY TENIS STOŁOWY BADMINTON SQUASH TRIATHLON CROSS COUNTRY
---	---	--	--

INFORMACJE: www.igrzyskalekarskie.org



**Rajd Górski Służby Zdrowia
Bieszczady 2012**
termin rajdu od 28.07 do 05.08

Komisja Turystyki i Sportu ORL w Rzeszowie zaprasza koleżanki i kolegów do udziału w Rajdzie Górskim Służby Zdrowia „Bieszczady 2012”, który odbędzie się w Mucznem k. Ustrzyk Górnych.
Baza namiotowa przy ORW „Pod Bukowym Berdem”.
Istnieje możliwość zakwaterowania w hotelu, rezerwacja indywidualnie
tel. kontaktowy (013) 4610274

W programie między innymi:

- Codzienne wędrowki najpiękniejszymi Bieszczadzskimi trasami
- Konkurs fotograficzny i rysunkowy
- Spotkania z „Bieszczadzinami”
- Spotkania z polskimi i zagranicznymi artystami
- Spotkania z polskimi i zagranicznymi artystami

Zgłoszenia (z dowodem wpłaty) prosimy przysyłać do 15.07.2012 na adres: Biuro ORL w Rzeszowie 35-026 Rzeszów, ul. Reformacka 10

Zapraszamy!
Więcej informacji na: www.rzeszow.orl.org.pl

Otwarcie sezonu motocyklowego

„DoctoRRiders” Przemyśl – Krasiczyn 2012

W tym roku na inaugurację nowego sezonu motocyklowego przybyło 140 uczestników i 100 motocykli.

Organizatorem imprezy była izba krakowska, a właściwie Mariusz Janikowski „Mannix”. Opinie wszystkich uczestników zlotu są zgodne: to, co wydawało się niemożliwe, stało się faktem, bo to ludzie tworzą atmosferę, zapewniają bez-

pieczeństwo, a przede wszystkim mają pomysł i potrafią go zrealizować. Mariusz wraz z przyjaciółmi: Agnieszką, Pawłem i Markiem zapewnili wszystko: pogodę, dogodną lokalizację, atrakcje, piękne trasy, dobre jedzenie, muzykę zespołu MASKA z Krosna i... luksusowe zakwaterowanie. Pokazali nam także kawałek polskiej historii. „DoctorRiders” to wyjątkowy zlot, który sły-

nie z tego, że jest wyczekiwany z utęsknieniem. Jego uczestnicy przyjeżdżają tu z całymi rodzinami, często z przyjaciółmi. Wspólna zabawa jest wymieniona. Łączą nas motocykle i nie tylko.

Otwarcie sezonu motocyklowego na zamku w Krasiczynie jest chyba nie do pobicia! Do zobaczenia na trasie. ■

Grzegorz „Prezes” Krzyżanowski



Foto: „Prezes” i „Bober” – strona DoctoRRiders

VIII Mistrzostwa Polski Lekarzy w Pływaniu

70 zawodników (w tym cztery rodziny w sztafecie rodzinnej) z piętnastu okręgowych izb lekarskich w dniach 19–21.04 2012 r. wzięło udział Mistrzostwa Polski Lekarzy w Pływaniu rozgrywanych na 50-metrowym basenie w Dębicy. W trakcie trzydniowych zmagani pływackich rozegrano 31 konkurencji indywidualnych i sztafetowych (w tym rodzinne, mikstowe), a także dla dzieci zawodników. Podczas czterech sesji rywalizowało

21 pływaczek i 28 pływaków (w czterech kategoriach wiekowych), a także grupa 21 osób, w której skład weszły dzieci i rodziny medyczne.

Honorowy Patronat nad zawodami objął Maciej Hamankiewicz, prezes Naczelnej Rady Lekarskiej. Uroczystego otwarcia mistrzostw dokonał Krzysztof Marchewka, wiceprezes ORL w Rzeszowie.

W trakcie mistrzostw odbyła się też VII Konferencja Naukowo-Szkoleniowa: „Po-

stępy w medycynie sportowej” oraz „Traumatologia i ortopedia sportowa”.

Oficjalne wyniki VIII Mistrzostw Polski Lekarzy w Pływaniu zamieszczono na stronie internetowej OIL w Rzeszowie (www.rzeszow.oil.org.pl) oraz stronie internetowej zawodów (www.mplwp.pl).

Do zobaczenia za rok w Dębicy na IX Mistrzostwa Polski Lekarzy w Pływaniu (18-20.04 2013)!

Ze sportowymi pozdrowieniami. ■

Janusz Bieniasz

Samorządowa rywalizacja przy zielonym stoliku

Z inicjatywy samorządu lekarskiego w dniach 18 i 19 maja rozegrano I Mistrzostwa Polski Samorządów Zawodowych w Brydżu Sportowym „Misja”. Oprócz sportowej rywalizacji to także integracja reprezentantów zawodów zaufania publicznego. Organizatorem imprezy była Komisja Sportu ORL w Warszawie. O medale walczone w 4 kategoriach: turnieju indywidualnym; turnieju par na zapis maksymalny („maxy”); turnieju par na punkty meczowe („cav”); turnieju teamów i prestiżowej klasyfikacji generalnej.

Najlepszą formę zademonstrowali zawodnicy mazowieckiego samorządu inżynierów budownictwa (MIOIB). O ile zwycięstwo w obu turniejach par zawodników pierwszoligowej Spójni: Rafała i Piotra Wowkonowiczów nie mogło być niespodzianką, to już od pierwszego turnieju trudno

było z podium zepchnąć budowlańców. Zarówno w turnieju indywidualnym, jak i w klasyfikacji generalnej, zdobyli wszystkie medale: w turnieju teamów złoto (Łaszczotko, Piotrowski, Stępniewski, Jodelka) i srebro. Brąz przypadł lekarzom (Skopińska, Zaręba, Witkowski, Makuch). Klasyfikację generalną wygrał Leonid Łobaczewski przed Rafałem Wowkonowiczem i Adamem Łaszczotko. Wśród par w tej kategorii królowały nasze koleżanki lekarki: pierwsza była prof. dr hab. Ewa Skopińska (zdobyła 4. miejsce na „maxy”; srebro na „cav” w parze z Krzysztofem Makuchem oraz brąz w turnieju teamów), przed Zofią Zarębą i Hanną Kalotką-Kręglewską. W grupie lekarzy Krzysztof Makuch zajął 7. miejsce w klasyfikacji generalnej, przed Ewą Skopińską – miejsce 9. i Robertem Wróblewskim – 16. Najlepszy wśród sędziów był

Jerzy Jodelka – 5. w klasyfikacji generalnej, doradców podatkowych Leszek Pęcherzewski – 13., biegłych rewidentów Dariusz Puczyński – 13., aptekarzy Andrzej Pachecka – 16., adwokatów Paweł Rybiński – 19., radców prawnych Mikołaj Otmianowski – 19. Medale i nagrody wręczyli prezisi ORL w Warszawie – Mieczysław Szatanek, MIOIB – Mieczysław Grodzki oraz Warszawskiego Związku Brydża Sportowego – Tadeusz Luzak. Zawody wzorowo poprowadził sędzia Włodzimierz Rutkowski. Wyniki na bieżąco można było śledzić w Internecie na stronie WZBS, gdzie zamieszczano również zdjęcia niezawodnego Krzysztofa Siwka.

Należy liczyć, że i w innych dyscyplinach sportowych doczekamy się kolejnych zmagani samorządów zawodowych. Brydżysci już myślą o rewanżu. ■

Krzysztof Makuch

reklama

 **NEW THINKING.
NEW POSSIBILITIES.**

Otwórz się na super ofertę z okazji UEFA EURO 2012™...



Hyundai i30. Nowa Generacja.

Poznaj nowego i30 i inne nowoczesne modele w wyjątkowo atrakcyjnej ofercie, przygotowanej z okazji UEFA EURO 2012™. Ustrzel super rabaty oraz atrakcyjne pakiety wyposażenia w limitowanej serii „EURO 2012”.

W zależności od wersji silnika w modelu i30 zużycie paliwa w cyklu mieszanym wynosi od 4,1 do 6,8 l/100 km, emisja CO₂ od 109 do 159 g/km. Szczegóły oferty oraz programu gwarancyjnego u Autoryzowanych Dealerów Hyundai.

Tylko w naszym salonie Specjalny rabat dla lekarzy

AUTORYZOWANY DEALER HYUNDAI
Al. Jerozolimskie 466, 05-800 Pruszków
SALON: tel. 22 730 36 01
SERWIS: tel. 22 730 36 02
faks: 22 730 36 03
e-mail: pruszkow.salon@hyundai.pl
www.pruszkow.hyundai.pl



Uczmy się od siebie nawzajem

Dermatologia estetyczna przeżywa obecnie swój rozkwit. Widoczne jest to we wzmożonych badaniach nad coraz skuteczniejszymi metodami leczenia, które owocują wprowadzaniem na rynek nowych preparatów oraz nowoczesnych urządzeń pomagających w zwalczaniu niedoskonałości skóry i wspomagających terapie. Popularność dermatologii estetycznej przejawia się także w rosnącej liczbie osób dbających o swój zewnętrzny wizerunek oraz zainteresowanych zatrzymaniem jak najdłużej dobrego wyglądu i związanego z nim dobrego samopoczucia. Wraz z rosnącą liczbą potencjalnych pacjentów rośnie liczba miejsc, w których można wykonać zabiegi estetyczne. Jeżeli są to gabinety wykwalifikowanych lekarzy, to bardzo dobrze. Jeżeli natomiast zabiegi estetyczne są oferowane przez osoby, które nie mają odpowiedniego przygotowania, sytuacja staje się poważna – powstaje niebezpieczeństwo pojawienia się powikłań pozabiegowych oraz zagrożenie utraty zdrowia, a nawet życia pacjenta. Zatrważający jest fakt, że zabiegi estetyczne tracą rangę zabiegów medycznych, zapomina się o związanym z nimi ryzykiem, jak w przypadku innych zabiegów medycznych, a są one przecież także swoistą ingerencją w organizm [...]. Przeróżające się sytuacje, pojawiające się niestety coraz częściej, kiedy zabiegi z zastosowaniem iniekcji wykonują kosmetyczki, że w gabinecie „za rogiem” oferuje się „botox express”, po Pomorzu kursuje autobus, w którym w przysłowiowe „pięć minut” możemy wykonać sobie wypełnienie, a na spotkaniach towarzyskich „przy okazji” możemy poddać się zabiegom „poprawiającym” urodę [...]. Kuriozalne jest także proponowanie zabiegów estetycznych na portalach internetowych oferujących tzw. zakupy grupowe, gdzie np. obok oferty z promocyjną ceną porcji pierogów widnieje propozycja promocyjnej ceny iniekcji z botuliny!

[...] Te nieodpowiedzialne i nieetyczne działania powodują rosnącą z roku na rok liczbę powikłań po źle przeprowadzonych zabiegach. Problem ten jest obecny nie tylko w Europie. Zwrócono na niego baczną uwagę także w Stanach Zjednoczonych, gdzie w 2009 r. powołano specjalną jednostkę skupioną na przeciwdziałaniu temu szerszemu się zjawisku powikłań. Misją powstałej Koalicji Lekarzy na rzecz Bezpieczeństwa Zabiegów z Użyciem Wypełniaczy (Physician Coalition for Injectable Safety) jest dostarczanie opinii publicznej obiektywnej i koniecznej informacji na temat zabiegów estetycznych, kwalifikacji osób je przeprowadzających oraz miejsc, w których można się im bezpiecznie poddać. Celem koalicji jest promowanie zabiegów nadzorowanych przez FDA preparatów. [...] Jeżeli i certyfikowanych lekarzy oraz używanie tylko bezpiecznych i zaakceptowanych przez FDA preparatów. [...] Jeżeli zabiegi są wykonywane na sprawdzonych i przebadanych preparatach, ryzyko powikłań jest bardzo małe, a efekty niepożądane ograniczają się jedynie do miejscowych reakcji w miejscu ukłucia (zaczerwienienie, tkliwość, siniaki). [...] Problemy mogą pojawić się wtedy, gdy stosuje się preparaty będące nowościami na rynku lub takie, które nie mają badań klinicznych. Ostatnio w Polsce u wielu lekarzy, w ciągu krótkiego czasu, zdarzyły się bardzo podobne w skutkach powikłania i nie miały one związku ze złą techniką zabiegową. Najprawdopodobniej była to wina wadliwego preparatu, którego jedyną zaletą okazała się niska cena.

Jako wiceprezes Stowarzyszenia Lekarzy Dermatologów Estetycznych apeluję zatem, abyśmy wszelkie tego typu sytuacje zgłaszali. Zwracam się z prośbą, abyśmy informowali się nawzajem o wszelkich napotkanych w codziennej praktyce niepokojących działaniach niepożądanych, ubocznych, wszelkich nieoczekiwanych reakcjach i związanych z nimi powikłaniach. Taka wymiana informacji i wspólnych doświadczeń pozwoli nam – jako skonsolidowanej grupie zawodowej, dla której liczy się przede wszystkim dobro pacjenta – nieść właściwą pomoc poszkodowanym osobom, radzić sobie ze skutkami powikłań, jak i podjąć ewentualne starania mające na celu wycofanie ze sprzedaży wątpliwych preparatów. [...]

dr n. med. Ewa Kaniowska

wiceprezes Stowarzyszenia Lekarzy Dermatologów Estetycznych

LUNAR

*Zaufanie
w medycynie*

Twój Dystrybutor

Sprzętu Medycznego

profilaktyka **OSTEOPOROZY**

DPX BRAVO



PRODIGY PRIMO



**Wiosenna
Rewolucja Cenowa**
GE Healthcare

GRATIS dla Ciebie

STACJA ROBOCZE

PROJEKT
OSŁON STAŁYCH

TESTY
AKCEPTACYJNE

KARTA
PREZENTOWA

LUNAR DPX BRAVO

GE Healthcare

Doskonały densytometr rentgenowski wykonujący badanie gęstości kości w dwóch najbardziej narażonych na ubytek masy kostnej miejscach, biodra i kręgosłupa. Konstrukcja pozwalająca na wykonywanie badań przy ograniczonej powierzchni gabinetu. Obracane ramię oraz niska wysokość stołu, gwarantuje maksymalny komfort dla pacjenta jak również dla operatora.

LUNAR PRODIGY PRIMO

GE Healthcare

PRODIGY PRIMO to przełomowy pod względem rozwiązań technologicznych system należący do rodziny DEXA i Fan Beam - wiązka wachlarzowa wąsko skolimowana. Densytometr PRODIGY PRIMO wyposażono w technologię SmartFan™ - kompilację rozwiązań użytych w klasycznej serii densytometrów DPX i wiązki wachlarzowej

**PROMOCJA
TYLKO
U NAS**

GEMED
Autoryzowany dystrybutor
Sprzętu Medycznego

ul. Sowińskiego 50
40-018 Katowice

+48 32 251 18 35
+48 609 333 288

sprzedaz@gemed.info.pl

www.gemed.pl

**specjalna
oferta
na USG
i echokardiografy**

>>> sprawdź



ULTRASONOGRAFIA

Konkursy na ordynatorów

Dyrekcja Zespołu Opieki Zdrowotnej w Oświęcimiu w porozumieniu z Beskidzką Izłą Lekarską w Bielsku-Białej ogłasza konkurs na stanowisko Ordynatora

■ **Oddziału Noworodkowego**
■ **Oddziału Chirurgii Dziecięcej**

Wymagane kwalifikacje zgodnie z rozp. Ministra Zdrowia z dnia 20 lipca 2011 r. / Dz. U. Nr 151, poz. 896/.

Oferty wraz z dokumentami określonymi w rozp. MZiOŚ z dnia 19.08.1998 r. / Dz. U. Nr 115, poz. 749 ze zm. / należy składać w terminie 30 dni od daty ukazania się ogłoszenia o konkursie w „Gazecie Lekarskiej” pod adresem:

Zespół Opieki Zdrowotnej
ul. Wysokie Brzegi 4, 32 – 600 Oświęcim
z dopiskiem na kopercie:

„Konkurs na stanowisko Ordynatora Oddziału

oraz podaniem swojego imienia, nazwiska adresu do korespondencji.

O terminie i miejscu przeprowadzenia konkursu kandydaci zostaną powiadomieni indywidualnie.

Dyrektor Wojewódzkiej Stacji Pogotowia Ratunkowego i Transportu Sanitarnego „MEDITRANS” SP ZOZ w Warszawie w porozumieniu z Okręgową Izłą Lekarską w Warszawie ogłasza konkurs na stanowisko

■ **Ordynatora Oddziału Kardiologicznego**

Kandydaci zgłaszający się do konkursu powinni posiadać kwalifikacje określone w Rozporządzeniu Ministra Zdrowia z 20 lipca 2011 r. w sprawie kwalifikacji wymaganych od pracowników na poszczególnych rodzajach stanowisk pracy w podmiotach leczniczych niebędących przedsiębiorcami (Dz. U. Nr 151 poz. 896), tj. tytuł zawodowy lekarza i tytuł specjalisty lub specjalisty II stopnia w odpowiedniej dziedzinie medycyny: tj. z Kardiologii oraz minimum 8 lat pracy w zawodzie.

Kandydaci proszeni są o złożenie dokumentów określonych w Rozporządzeniu MZiOŚ z dnia 19.08.1998 r. w sprawie szczegółowych zasad przeprowadzania konkursów na niektóre stanowiska kierownicze w publicznych zakładach opieki zdrowotnej, składu komisji konkursowej oraz ramowego regulaminu przeprowadzania

konkursu (Dz.U.Nr 115, poz. 749 z póź. zm. w Dz.U. z 2000 r. Nr 45, poz.530).

Kandydaci powinni przedstawić: podanie, odpis dyplomu, przebieg pracy zawodowej, prawo wykonywania zawodu, zaświadczenie o posiadanych specjalizacjach, stopniach i tytułach naukowych, spis publikacji, 2 opinie o kwalifikacjach zawodowych oraz opinię z ostatnich 3 lat pracy lub świadectwo pracy zawodowej z okresu ostatnich 3 lat (w razie gdy stosunek pracy ustał lub został rozwiązany) i oświadczenie o niekaralności, w tym za przewinienia zawodowe, oraz inne dokumenty w szczególności potwierdzające dorobek i kwalifikacje zawodowe kandydata. Dokumenty składane jako kserokopie powinny być poświadczane własnoręcznym podpisem kandydata a oryginały tych dokumentów należy dostarczyć na posiedzenie Komisji Konkursowej do wglądu.

Dokumenty należy składać w kopercie podpisanej imieniem i nazwiskiem oraz adresem, w terminie 30 dni od daty opublikowania niniejszego ogłoszenia w Gazecie Lekarskiej na adres WSPRITS „Meditrans” SP ZOZ 00-685 Warszawa ul. Poznańska 22 (Dział Personalny lp. pok.131, Ewa Trębacz Kierownik Działu Personalnego) O terminie posiedzenia Komisji Konkursowej kandydaci zostaną powiadomieni indywidualnie.

Dyrektor Wojewódzkiego Szpitala Rehabilitacyjnego dla Dzieci w Ameryce w porozumieniu z Warmińsko-Mazurską Izłą Lekarską w Olsztynie ogłasza konkurs na stanowisko:

■ **Ordynatora Oddziału Alergologiczno-Rehabilitacyjnego**

Kandydaci zgłaszający się do konkursu winni posiadać kwalifikacje zgodne z rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 20.07.2011 roku w sprawie kwalifikacji wymaganych od pracowników na poszczególnych stanowiskach pracy w podmiotach leczniczych niebędących przedsiębiorcami (Dz. U. z 2011 r., Nr 151, poz. 896).

Kandydaci proszeni są o złożenie dokumentów określonych w § 11 ust. 1 rozporządzenia MZiOŚ z dnia 19.08.1998 r. w sprawie szczegółowych zasad przeprowadzania konkursu na niektóre stanowiska kierownicze w publicznych zakładach opieki zdrowotnej, składu komisji konkursowej oraz ramowego regulaminu przeprowadzania konkursu (Dz. U. nr 115, poz. 749 z późn. zm.).

Dokumenty należy składać w zamkniętej kopercie podpisanej imieniem i nazwiskiem wraz z adresem zamieszkania (z dopiskiem – konkurs na stanowisko ordynatora oddziału alergologiczno-rehabilitacyjnego) w terminie 30 dni od daty ukazania się niniejszego ogłoszenia w „Gazecie Lekarskiej”, pod adresem: Wojewódzki Szpital Rehabilitacyjny dla Dzieci w Ameryce, Ameryka 21, 11-015 Olsztynek. O terminie i miejscu przeprowadzenia konkursu kandydaci zostaną powiadomieni indywidualnie.

Dyrekcja Wojewódzkiego Specjalistycznego Zespołu Zakładów Opieki Zdrowotnej Chorób Płuc i Gruźlicy w Wolicy k. Kalisza w porozumieniu z Wielkopolską Izłą Lekarską ogłasza konkurs na stanowiska ordynatorów:

■ **Oddziału Chorób Płuc i Gruźlicy A**
■ **Oddziału Chorób Płuc i Gruźlicy C**

w Szpitalu Chorób Płuc i Gruźlicy w Wolicy k/Kalisza.

Kandydaci zgłaszający się do konkursu powinni posiadać kwalifikacje zgodne z rozp.MZ z 20.07.2011 r. w sprawie kwalifikacji wymaganych od pracowników na poszczególnych rodzajach stanowisk pracy w podmiotach leczniczych nie będących przedsiębiorcami (Dz.U. nr 151,poz.896) oraz Kandydaci proszeni są o złożenie dokumentów określonych w § 11 ust. 1 rozp. MZiOŚ z 19.08.1998 r. w sprawie szczegółowych zasad przeprowadzania konkursu na niektóre stanowiska kierownicze w publicznych zakładach opieki zdrowotnej, składu komisji konkursowej oraz ramowego regulaminu przeprowadzania konkursu (Dz.U. nr 115, poz.749 z późn.zm.)

Dokumenty należy składać w zamkniętej kopercie podpisanej imieniem i nazwiskiem wraz z adresem zamieszkania z dopiskiem „Konkurs na stanowisko Ordynatora Oddziału ...” w terminie 30 dni od daty ukazania się niniejszego ogłoszenia w „Gazecie Lekarskiej” pod adresem: Wojewódzki Specjalistyczny Zespół Zakładów Opieki Zdrowotnej Chorób Płuc i Gruźlicy Wolica 113, 62-872 Godziesze Małe O terminie i miejscu przeprowadzenia konkursu kandydaci zostaną powiadomieni indywidualnie. Mieszkania nie zapewniamy.

Dyrekcja Szpitala Wojewódzkiego Nr 2 im. Św. Jadwigi Królowej w Rzeszowie ogłasza konkurs na stanowiska:

■ **Ordynatora Oddziału Ginekologii i Położnictwa**

Kandydaci powinni spełniać wymogi określone rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 20 lipca 2011 r. w sprawie kwalifikacji wymaganych od pracowników na poszczególnych rodzajach stanowisk pracy w podmiotach leczniczych niebędących przedsiębiorcami (Dz. U. 151 z 2011 r., poz. 896) oraz rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 17 maja 2000 r. w sprawie wymagań, jakim powinny odpowiadać osoby na stanowiskach kierowniczych w zakładach opieki zdrowotnej określonego rodzaju (Dz. U. Nr 44 poz. 520 z późn. zmianami). Oferty wraz z dokumentami określonymi w rozporządzeniu Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 19 sierpnia 1998 r. w sprawie szczegółowych zasad przeprowadzenia konkursu na stanowiska kierownicze w publicznych zakładach opieki zdrowotnej ... (Dz. U. Nr 115 poz. 749 z późn. zmianami) należy składać w ciągu 30 dni od daty ukazania się ogłoszenia w Gazecie Lekarskiej pod adresem: Dyrekcja Szpitala Wojewódzkiego Nr 2 w Rzeszowie, 35-301 Rzeszów, ul. Lwowska 60 z adnotacją „Konkurs na stanowisko ordynatora oddziału”. Rozpatrzenie zgłoszonych kandydatur nastąpi w ciągu 60 dni od upływu terminu składania wymaganych dokumentów.

Dyrektor Samodzielnego Publicznego Zespołu Zakładów Opieki Zdrowotnej w Pionkach, w porozumieniu z Okręgową Izłą Lekarską w Warszawie, ogłasza konkurs na stanowiska:

■ **Ordynatora Oddziału Rehabilitacji**
■ **Ordynatora Oddziału Położnictwa - Ginekologicznego**

Kandydaci zgłaszający się do konkursu powinni posiadać kwalifikacje określone w rozp. Ministra Zdrowia z 20 lipca 2011r. w sprawie kwalifikacji wymaganych od pracowników na poszczególnych rodzajach stanowisk pracy w podmiotach leczniczych nie będących przedsiębiorcami (Dz. U. Nr 151 poz. 896), tj. tytuł zawodowy lekarza i tytuł specjalisty lub specjalisty II stopnia w odpowiedniej dziedzinie medycyny tj. odpowiednio: z rehabilitacji medycznej z ginekologii i położnictwa oraz minimum 8 lat pracy w zawodzie.

Kandydaci proszeni są o złożenie dokumentów określonych rozp. M. Z. i O. S. z dnia 19.08.1998r. w sprawie szczegółowych zasad przeprowadzania konkursów na niektóre stanowiska kierownicze w publicznych zakładach

UWAGA: Uprzejmie informujemy, że ogłoszenia do „Gazety Lekarskiej” przyjmujemy pod numerem telefonu: (22) 559 13 26. Ostateczny termin przysyłania zamówień upływa 7 dnia miesiąca poprzedzającego ukazanie się ich w druku. Ogłoszenia przesłane po tym terminie ukażą się w następnym miesiącu. Warunkiem zamieszczenia ogłoszenia jest dołączenie do zamówienia dowodu wpłaty.

Cennik ogłoszeniowy: Konkurs na ordynatora 1700 PLN+ VAT 23%. Zatrudnię lekarza, drobne: 10 PLN za słowo + VAT 23%.

Konto Nr IBAN: PL 47 1240 1109 1111 0000 0516 2660. Wpłaty dokonane na inne konto niż podane nie będą uwzględniane. Bez dołączonego dowodu wpłaty zamówienie nie będzie zakwalifikowane do druku. Przyjmujemy także ogłoszenia przesyłane drogą elektroniczną: m.ostaszeski@gazetalekarska.pl

opieki zdrowotnej, składu komisji konkursowej oraz ramowego regulaminu przeprowadzania konkursu (Dz. U. Nr 115, poz. 749 z póź. zm. w Dz. U. z 2000 r. Nr 45, poz. 530).

Kandydaci powinni przedstawić: podanie, odpis dyplomu, przebieg pracy zawodowej, prawo wykonywania zawodu, zaświadczenie o posiadanych specjalizacjach, stopniach i tytułach naukowych, spis publikacji, 2 opinie o kwalifikacjach zawodowych oraz opinie z ostatnich 3 lat pracy lub świadectwo pracy zawodowej z okresu ostatnich 3 lat (w razie gdy stosunek pracy ustał lub został rozwiązany) i oświadczenie o niekaralności, w tym za przewinienia zawodowe oraz inne dokumenty w szczególności potwierdzające dorobek i kwalifikacje zawodowe kandydata.

Dokumenty należy składać w kopercie podpisanej imieniem i nazwiskiem oraz adresem, w terminie 30 dni od daty opublikowania niniejszego ogłoszenia w Gazecie Lekarskiej na adres:

Samodzielny Publiczny Zespół Zakładów Opieki Zdrowotnej

26-670 Pionki, ul. Sienkiewicza 29

O terminie posiedzenia Komisji Konkursowej kandydaci zostaną powiadomieni indywidualnie.

Praca / zatrudnię

POSZUKUJEMY LEKARZY, FIZJOTERAPEUTÓW I INNYCH PRACOWNIKÓW SŁUŻBY ZDROWIA DO DYSTRYBUCJI PRODUKTÓW NANOTECHNOLOGICZNYCH Z USA. Zgłoszenia wegamedpharma@gmail.com

NZOZ BIOS w Tuszcu zatrudni lekarza rodzinnego, internistę, pediatrę. Dobre warunki finansowe. kontakt tel. ; 604 13 25 34, 29 75 73 219.

Poszukuję rozsądnego lekarza, który zorganizuje i poprowadzi moje leczenie. Wysokie wynagrodzenie. Tel: 660 109 919

Niemieckie kliniki pilnie poszukują lekarzy asystentów i lekarzy specjalistów Medical Gate Germany oferuje niepowtarzalny program: intensywny kurs języka niemieckiego, doskonalenie zawodowe w niemieckiej klinice uniwersyteckiej, pośrednictwo pracy i pomoc w sprawach migracyjnych – najszybsze przygotowanie do rozpoczęcia kariery zawodowej w Niemczech. Cena pakietu już od 7.475.- euro Więcej informacji pod www.medical-gate-germany.com

N.Z.O.Z. Optima w Przemyslu, ul. św. Jana 32 zatrudni lekarzy do pracy w POZ. Zapewniamy dobre warunki pracy i płacy. Oferujemy mieszkanie na ekskluzywnym nowobudowanym osiedlu. (Zielone Wzgórze, www.mieszkania-przemysl.pl). Mile widziane małżeństwo lekarskie. Kontakt: 600-809-201.

Szpital Kielecki Św. Aleksandra Sp. z o.o. w Kielcach zatrudni na umowę o pracę bądź umowę cywilnoprawną: Lekarza specjalistę w dziedzinie urologii Kontakt: od godz. 7.00 do 14.30 tel. (041) 341 78 02 lub tel. kom. 516 151 194

Szpital w Drezdenu zatrudni:

Neonatologa na stanowisko Ordynatora Oddziału Neonatologicznego, Diabetologa do pracy w Poradni Diabetologicznej, Ortopedę do pracy w Poradni Ortopedycznej. Warunki do uzgodnienia. Telefon: 95/7639972

POZ poszukuje lekarza. Praca w okolicach Nowej Rudy (dolnośląskie) . Możliwe mieszkanie. Warunki pracy i płacy do uzgodnienia. kontakt: tel. 694-319-845, mail: arkadiusz.holowienko@pro-med.pl

Szpital CSK MSWiA w Warszawie zatrudni kierownika Pracowni Elektrofizjologii, oferty: rekrutacja@cskmswia.pl

Szpital CSK MSWiA w Warszawie zatrudni lekarzy ze specjalizacją z chirurgii, oferty: rekrutacja@cskmswia.pl

Centrum Rehabilitacji Rolników KRUS w Horyńcu-Zdroju zatrudni lekarza. Kontakt tel. 016/631-34-43 lub 606 – 231 – 301.

NZOZ w Stalowej Woli zatrudni lekarza stomatologa i podejmie współpracę z lekarzem ortodontą. CV na adres: dentes@dentes.pl

Nawiążę współpracę z lekarzem dentystą, który chciałby podpisać umowę z NFZ w moim gabinecie w Kołobrzegu tel. kontakt. 728-769-697

Specjalizacja w Niemczech??? Dlaczego nie!

Do lekarzy bezpośrednio po studiach: możliwość otwarcia lub kontynuacji specjalizacji! Atrakcyjne wynagrodzenie.

Kontakt: (również po polsku), DJC-Management, Hansemannstr. 15, DE-45879 Gelsenkirchen, +49 174-7 99 68 64 djc.management@yahoo.de

Samodzielny Publiczny Specjalistyczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Łęborku ul. Węgrzynowicza 13 zatrudni:

Lekarza specjalistę w dziedzinie położnictwa i ginekologii w oparciu o umowę pracę lub umowę cywilno-prawną.

Zapewniamy dobre warunki pracy i płacy , a także możliwość rozwoju zawodowego.

Bliższych informacji udzieli Dyrektor Szpitala bądź Naczelny Lekarz Szpitala tel. 598635325 lub 598635331 oraz Dział Kadr tel. 598635261

Oferty prosimy przysyłać na adres: SPS ZOZ 84 – 300 Łębork, ul. Węgrzynowicza 13 lub drogą mailową: kadry@szpital-lebork.com.pl

PILNIE POSZUKUJEMY lekarza internisty lub specjalisty medycyny rodzinnej dopracowywamy w miasteczku w województwie łódzkim. Oferujemy bardzo dobre warunki płacowe, forma zatrudnienia do uzgodnienia. Pomoc w zakwaterowaniu. NPMR „ZDROWIE» w Iławie ul. Skłodowskiej 24 A Tel.: (89)649-35-11, (89) 649 66 28, e-mail: puls-med.wp.pl

Specjalistyczna Przychodnia Rehabilitacyjna SPZOZ w Gdańsku, ul. Dyrekcyjna 5 nawiąże współpracę z lekarzami o specjalności: o specjalności rehabilitacja lub w trakcie specjalizacji (po II roku) o specjalności reumatologia o specjalności neurologia o specjalności ortopedia

SGZOZ w Lutocinie, pow. żuromiński, zatrudni lekarza rodzinnego, pediatrę lub w trakcie specjalizacji. Mieszkanie służbowe, dowolna forma zatrudnienia. Tel. 0 23 658 10 11

Zatrudnię lekarza stomatologa w gabinecie dentystycznym w Konstancinie tel.22 7576886, kom. 609578685

Prywatny, nowoczesny gabinet stomatologiczny w Sandomierzu nawiąże współpracę z lekarzem dentystą. tel.15 644 63 74 lub 535 572 772, kontakt@dentall.pl

Przychodnia Lekarska w Szczytnie (warm-mazur) zatrudni lekarza do pracy w POZ tel. 509-420-697

Chorzowskie Centrum Pediatrii i Onkologii im. dr E. Hankego z siedzibą w Chorzowie zatrudni lekarza specjalistę onkologii i hematologii dziecięcej lub specjalistę pediatrę chcącego specjalizować się w dziedzinie onkologii i hematologii dziecięcej Zainteresowanych prosimy o kontakt pod nr tel. 32 34 90 120 lub 601 44 88 76.

Centrum Rehabilitacji Rolników KRUS w Horyńcu-Zdroju zatrudni lekarza kardiologa. Warunki pracy do uzgodnienia pod nr. tel. 016/631-30-58 wewn. 207.

NZOZ LECZNICA w RASZYNIE (przedmieście Warszawy) zatrudni lekarzy: POZ , onkologa , do wykonywania USG. 502 - 067 - 370 email: lecznica.raszyn@gmail.com

PRACA W POZ Wielkopolska - powiat Kolski.

Ze specjalizacją lub bez.

Mieszkanie + atrakcyjne zarobki.

Tel. 509-779-124.

Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Wieluniu, ul. Szpitalna 16 zatrudni na dyżury w Ambulatorium Chi-

gurgicznym lekarzy w trakcie specjalizacji lub specjalistów w zakresie ortopedii, chirurgii oraz w poradni lub w oddziale specjalistów w zakresie kardiologii, pulmonologii i chirurgii dziecięcej. Forma i warunki zatrudnienia do uzgodnienia. Informacje pod nr telefonu 43 843 81 39 e-mail: sekretariat@spzozwielun.net2000.pl

Zarząd Powiatowego Zespołu Opieki Zdrowotnej w Ostródzie S.A. zatrudni lekarzy do pracy w Oddziale Chirurgii Urazowo-Ortopedycznej.

Oferujemy pracę w pełnym zakresie bądź w systemie dyżurowym.

Szczegółowe informacje pod numerem telefonu (089) 646 06 40 - sekretariat Prezesa Zarządu.

Uzdrowisko Goczałkowice-Zdrój zatrudni na umowę o pracę lekarza specjalistę balneologii i medycyny fizykalnej lub specjalistę w dyscyplinie klinicznej tożsamej z narzędziem ruchu.

Oferty pracy prosimy wysyłać na :

praca@gozdroj.pl

Tel. 032/4492112

lub 662603828

Wojewódzki Specjalistyczny Zespół Neuropsychiatryczny im. św. Jadwigi w Opolu zatrudni lekarza psychiatrę, tel. 77/5414243

Zatrudnię stomatologa okolice Myszkowa 609-619-648

Hartwig Laboratorium NZOZ w Piaszynie zatrudni kardiologa, endokrynologa, urologa, ginekologa, ortopedę i lekarza medycyny pracy. kom. 602637732

SPZOZ Szpital Powiatowy w Opocznie, tel: (044) 754 48 14 lub tel. kom: 505 024 287, e-mail: kk@szpital.opoczno.net zatrudni lekarzy:

1. internistę do pracy w Oddziale Wewnętrznym;
 2. anestezjologa;
 3. Kierownika Gminnego Ośrodka Zdrowia w Białaczowie;
 4. lekarzy do pracy w POZ: w Ośrodkach Zdrowia i w Przychodni Rejonowej w Opocznie;
 5. lekarza do pracy w POZ z uprawnieniami medycyny pracy;
 6. lekarzy chcących podjąć specjalizację z chorób wewnętrznych i pediatrii.
- Zapewniamy mieszkania

Samodzielny Publiczny Centralny Szpital Kliniczny w Warszawie ul. Banacha 1a – zatrudni w Przychodni Specjalistycznej lekarza ze specjalizacją w dziedzinie chorób płuc lub lekarza w trakcie specjalizacji w dziedzinie chorób płuc. Praca w pełnym wymiarze czasu

pracy. -tel. kontaktowy: 022-599 1002 Pani lek. Elżbieta Sobol – Kierownik Przychodni Specjalistycznej SP CSK

NZOZ „OMEGA” w Baranowie (47km od Warszawy) zatrudni lekarza do pracy w POZ - dobre wynagrodzenie, mieszkanie.

Nowoczesna 6-cio stanowiskowa klinika dentystyczna w Słupsku zatrudni lekarzy dentystów w pełnym wymiarze godzin: do zachowawczego i ortodontycznego leczenia dzieci oraz do leczenia zachowawczego i endodoncji mikroskopowej. Pacjenci wyłącznie prywatni. Wymagamy co najmniej 3-letniego doświadczenia zawodowego. Zatrudnienie możliwe od stycznia 2013 r. CV z kontaktowym numerem telefonu prosimy przesyłać na adres justyna@rogowski.pl

Ogłoszenia drobne

Używany i powystawowy sprzęt medyczny i stomatologiczny
www.medical-elektro.pl
tel.: 89 741 03 51, 605 530 351

Komfortowy dom pod Olsztynem
sprzedam. 455 tys. 502-868-707

Sprzedam aparat EKG Farum 60 rok produkcji 2008. Cena 1000 zł. Tel. 604198784

Sprzedam UNIT, RTG, wyposażenie gabinetu stomatologicznego.
502-067-370
e mail: lecznica.raszyn@gmail.com

Biuro Rachunkowe www.taks.waw.pl

Sprzedam unit Famed Żywiec 4 letni.
tel. 606 939 275

Dermatoskop Heine sprzedam 607359994,
wasylkowsky@gmail.com, rachunek

Sprzedam w pełni wyposażony gabinet stomatologiczny. kom. 602637732

NYSA- sprzedam gabinet stomatologiczny z zapleczem (17 m² i 25m²), razem lub oddzielnie, na terenie przychodni w centrum tel:0534168305

Gabinet stomatologiczny wyposażony do wynajęcia tel. 503 165 665

Wynajmę gabinet do prywatnej działalności (wyposażony) dla lekarza ginekologa, kontakt tel. 505-107-508

Budynek wolnostojący, 336m², działka 680m², przystosowany do działalności medycznej, na klinice, przychodnię, studio itp., ogrodzony, miejsca parkingowe, Józefów/Wawer blisko PKP, tel. 668 861 342

www.ubezpieczenia.med.pl

SESJA PLAKATOWA?

Zawodowy grafik zaprojektuje i wydrukuje poster na sesję plakatową. Zaprojektuje i wykona atrakcyjną prezentację multimedialną. Bliższe informacje: praktyka-ap@wp.pl

Z powodu likwidacji sprzedam kompletne wyposażenie pracowni USG. Aparat HDI 5000, 3 głowice. Gwarancja. Telefon: 500 194 448

Kraków GABINETY do wynajęcia na zasadach do uzgodnienia
513 863 191

DRUKI MEDYCZNE www.pekamed.com.pl

Sprostowanie W kwietniowym wydaniu „GL”, w artykule „W gąszczu absurdalnych przepisów”, powołując się na opinie moich rozmówców napisałam: „Refundacja budesonidu obejmuje jedynie pacjentów z astmą. Chorzy na przewlekłą obturacyjną chorobę płuc muszą za niego płacić 100 proc. ceny”. Informacja ta nie jest zgodna z prawdą – budesonid jest refundowany również w leczeniu POChP. Za pomyłkę przepraszam.

Mariola Markłowska-Dzierżak

Tanie chińskie ultrasonografy Mindray, SonoScape, Chison, tel. 501 706 090

Wynajmę w pełni wyposażoną Poradnię Stomatologiczną w Białymstoku: 2 gabinety, Rtg. Tel: 691 081 668

ZOZ w Skarżysku Kamiennej zatrudni od zaraz lekarzy. Szczegóły ofert na stronie: www.zoz.com.pl

Niemcy – atrakcyjne oferty pracy możliwość otwarcia lub kontynuowania specjalizacji www.pro-medicus.org
602-813-298

Zatrudnię stomatologa Ciechanów
tel. 728829118



LEASING

- samochody nowe i używane
- motocykle i quady
- sprzęt medyczny
- obiekty biurowe do 100 m²

zapraszamy na **WWW. leasing-kredyt.com.pl**
tel. 604 - 430 - 060

Praca dla lekarzy w Wielkiej Brytanii



Kogo szukamy

Lekarzy, również w trakcie specjalizacji z dobrym angielskim i 2-letnim doświadczeniem szpitalnym i zabiegowym

Co oferujemy

Doskonałe wynagrodzenie płatne w GBP
Zwrot kosztów rejestracji GMC
Bezpłatny kurs przygotowawczy

Chcesz dowiedzieć się więcej?
Zarejestruj się na naszej stronie i zaznacz chęć udziału w **Dniu Otwartym** w Krakowie, 19 czerwca 2012 roku

www.neshealthcare.pl

✉ recruitment@neshealthcare.pl
☎ 22 292 68 34, 22 292 68 32

NES Healthcare jest firmą z ponad 25-letnim doświadczeniem w rekrutacji medycznej na rynku brytyjskim i ponad 5-letnim doświadczeniem w Polsce



Agencja Edukacyjno-Dydaktyczna DIAMED ściśle współpracująca z Zakładem Farmakologii Ogólnej i Farmakoekonomiki Pomorskiego Uniwersytetu Medycznego (PUM) oraz Polskim Towarzystwem Farmakologii Klinicznej i Terapii **zaprasza na szkolenia przeznaczone dla lekarzy i lekarzy stomatologów** chcących praktykować w dziedzinie medycyny estetycznej.

Miejsce szkolenia są sale Pomorskiego Uniwersytetu Medycznego ul. Żołnierska 48 w Szczecinie bądź w odpowiednie gabinety zabiegowe. Ćwiczenia praktyczne przeprowadzane są na modelach i kończą się wydaniem certyfikatów potwierdzających nabyte umiejętności. Istnieje możliwość tworzenia dodatkowych terminów w zależności od ilości zgłoszeń.

- 16.06.12 » Korekcja zmarszczek za pomocą toksyny botulinowej typu A
- 16.06.12 » Techniki aplikacji kwasu hialuronowego
- 22.09.12 » Techniki odmładzania okolicy oka
- 22.09.12 » Techniki aplikacji kwasu hialuronowego
- 29.09.12 » Peelingi chemiczne
- 08.12.12 » Techniki aplikacji kwasu hialuronowego
- 08.12.12 » Mezoterapia i lipoliza iniekcyjna
- 08.12.12 » Techniki aplikacji kwasu hialuronowego
- 09.12.12 » Peelingi chemiczne

Organizator: AGENCJA DIAMED **Kontakt:** Tel. +48 603 866 653, 601 521 102 Ewa Przerwa
info@diamed.org.pl **www.diamedszkolenia.pl**



SUPERWINA

Dla spragnionych jakości...

Specjalnie dla czytelników
Gazety Lekarskiej sklep superwina.eu
przygotował dwa prezenty:

Twój kupon 20 zł*
Rabat powitalny

Twój KOD Promocyjny**
GLblue122 Stały rabat 10%

* obowiązuje w okresie Czerwiec i Lipiec 2012
przy pierwszych zakupach, za min 120 złotych i wielokrotność.
Twoje zakupy zostaną pomniejszone o 20 zł. Pakiet startowy dotyczy win.
** obowiązuje przy kolejnych zakupach po skorzystaniu z kuponu powitalnego.
Promocje w superwina.eu nie łączą się.

Szczegóły programu w Biurze Obsługi Klienta 22/789-46-01 lub a.rumsicka@superwina.eu

www.superwina.eu

DR. BORZYCH CONSULTING

Dr. Borzych Consulting - Recruiting Experts • Niemcy - Polska

20 lat działalności konsultingowej na scenie niemiecko - polskiej.
Należymy do liderów w zakresie rekrutacji polskich lekarzy do klinik,
centrów medycznych i praktyk lekarskich na terenie całych Niemiec.

Dbamy o sukces polskich lekarzy w Niemczech

• Młody Lekarz - Zrób specjalizację w Niemczech

Oferujemy Ci podjęcie lub kontynuację specjalizacji we wszystkich dziedzinach medycyny na etacie asystenta, Assistenzarzt/-ärztin.

• Lekarz Specjalista - Dalszy rozwój i kariera

Otworzymy Ci nowe perspektywy zawodowe na etacie specjalisty jako Facharzt lub Oberarzt z możliwością podjęcia subspecializacji.

• Lekarz/Przedsiębiorca - Własna praktyka lekarska?

Chcesz przejąć wysokodochodową praktykę lekarską lub podjąć współpracę jako Partner? Pomożemy Ci zrealizować Twoje plany.

Znajdź interesującą Cię ofertę pracy i specjalizacji na Portalu

Kariera-w-Niemczech.de/lekarz • Karriere-in-Deutschland.de/arzt

Chcesz otrzymać indywidualną ofertę, przyslij nam CV lub zadzwoń.

Dr. Borzych Consulting e. K., D-40670 Meerbusch (b. Düsseldorf)
Tel. +49 21 59 81 395, E-Mail: arzt@karriere-in-deutschland.de



KAPITAŁ LUDZKI
NARODOWA STRATEGIA SPÓJNOŚCI



UNIA EUROPEJSKA
EUROPEJSKI
FUNDUSZ SPOŁECZNY



Projekt współfinansowany przez Unię Europejską w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego

**„Lekarz – przedsiębiorca
na mazowieckim rynku pracy.
Szkolenia kompetencyjne szansą
na wzrost konkurencyjności przedsiębiorstw branży
medycznej.”**

Szkolenia skierowane są do: lekarzy i lekarzy dentystów z województwa mazowieckiego, mających zarejestrowaną praktykę lekarską lub zatrudnionych w mikroprzedsiębiorstwach lub w małych przedsiębiorstwach.

Szkolenia akredytowane, uczestnicy otrzymują punkty edukacyjne.

Tematy szkoleń:

- „Jak pracować z trudnym pacjentem - wstęp do umiejętności komunikacyjnych”
- „Techniki negocjacji-warsztaty”
- „Wystąpienia publiczne-warsztaty”
- „Asertywność i rozwiązywanie konfliktów w relacji pacjent-lekarz”
- „Radzenie sobie ze stresem i przeciwdziałanie wypaleniu zawodowemu”
- „Jak rozpoznać uzależnienie i jak skutecznie pomagać uzależnionym (w tym swoim kolegom)?”
- „Asertywna komunikacja lekarzy”

Zapisy: www.pokl.nil.org.pl

Biuro projektu:
Naczelna Izba Lekarska,
Ośrodek Doskonalenia Zawodowego
Lekarzy i Lekarzy Dentystów
ul. Sobieskiego 110, 00-764 Warszawa
tel. 22 559 13 10, 22 559 13 44, faks 22 559 13 13
e-mail: szkoleniaunijne@hipokrates.org



edumedical
expert w szkoleniach

zapraszamy lekarzy
i lekarzy dentystów

na kursy
z medycyny estetycznej

Najbliższe szkolenia:

w Poznaniu

16.06.2012
07.07.2012
kwas hialuronowy

17.06.2012
08.07.2012
toksyna botulinowa

23.06.2012
modelowanie
owalu twarzy-
wolumetria

we Wrocławiu

16.06.2012
kwas hialuronowy

17.06.2012
toksyna botulinowa

02.06.2012
lipoliza iniekcyjna

edumedical.pl

Kontakt:
biuro@edumedical.pl, tel. 502 181 460
więcej informacji na: www.edumedical.pl

MES®

NOWOŚĆ !!!
SPIROMETR
LUNGTEST Mobile

SPIROMETRY
ERGOSPIROMETRY
RHINOMANOMETRY
PULSOKSYMETRY
SZKOLENIA
SPIROMETRYCZNE

LUNGTEST Mobile

MES Sp. z o.o. • 30-390 Kraków • ul. Zawila 56 • e-mail: mes@mes.com.pl
tel./fax (012) 269 02 09, 263 77 67, 262 01 66, 262 01 71 • www.mes.com.pl

KREDYT GOTÓWKOWY DLA LEKARZY

DO KWOTY **200 000 ZŁ**

Bez zabezpieczeń i poręczycieli

WYSTARCZY PRZEDSTAWIĆ

DOWÓD OSOBISTY,
WPIS DO EDG,
PRAWO WYKONYWANIA
ZAWODU

Posiadamy unikalny proces
analizy zdolności kredytowej

Natalia Ratajczak

tel. 530 777 170 , 784 408 531

XI Mistrzostwa Polski Lekarzy w maratonie MTB

15 września w Wieleniu nad Notecią

przeprowadzone zostaną: XI Mistrzostwa Polski Lekarzy w maratonie MTB. O tytuły Mistrza Polski lekarze będą rywalizować na dystansie Mega 57km w odpowiednich kategoriach wiekowych.

www.maraton.wielen.pl



www.pro-medicus.org

poszukujemy pilnie lekarzy specjalistów zainteresowanych podjęciem pracy w Niemczech, w klinikach lub centrach medycznych (lecznictwo otwarte); posiadamy również oferty objęcia stanowisk ordynatora lub zastępcy ordynatora.

Poszukujemy również lekarzy zainteresowanych otwarciem lub kontynuacją specjalizacji.

Posiadamy oferty umożliwiające uzyskanie subspecializacji na terenie Niemiec.

Obecnie poszukujemy lekarzy zainteresowanych pracą w następujących kierunkach medycznych:

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

Kliniki preferują osoby ze znajomością języka niemieckiego lub zainteresowane udoskonaleniem tej znajomości w najbliższym okresie czasu.

Bardzo chętnie postaramy się również uzyskać miejsce na specjalizację lub subspecializację zgodnie z Państwa oczekiwaniami.

Jesteśmy firmą z wieloletnim doświadczeniem w zakresie organizacji dla Państwa pracy i specjalizacji w Niemczech. Chętnie udzielimy Państwu naszej nieodpłatnej pomocy na każdym etapie naszej współpracy.

Pomożemy Państwu w załatwieniu wszelkich formalności.

Informacje: telefon 0602 813 298

E-Mail info@pro-medicus.org

Zapraszamy Państwa serdecznie do współpracy z nami.

Ośrodek Doskonalenia Zawodowego Lekarzy i Lekarzy Dentystów Naczelnej Izby Lekarskiej



zaprasza na kursy:

- **Mediacje**
– 29.06.2012, 08.09.2012, 04.10.2012, 13.11.2012, 06.12.2012
- **Kierowanie zespołem i praca w zespole**
– 10.09.2012, 08.10.2012, 26.11.2012
- **Specyfika pracy lekarza z chorym umierającym i jego bliskimi**
– 13.09.2012, 18.10.2012, 08.11.2012
- **Warsztaty skutecznych negocjacji**
– 26.06.2012, 06.09.2012, 10.12.2012
- **Mobbing – przemoc psychiczna w miejscu pracy – jak rozpoznawać, zapobiegać, postępować?** – 14.06.2012, 28.09.2012
- **Analiza Transakcyjna jako metoda reagowania na zachowania agresywne**
– 11.06.2012, 17.09.2012, 29.10.2012, 19.11.2012, 03.12.2012
- **Psychomanipulacje**
– 18.06.2012, 24.09.2012, 22.10.2012, 05.11.2012
- **Formy wykonywania zawodu lekarza – skutki prawne w aspekcie odpowiedzialności prawnej, w tym finansowej wobec NFZ, pacjenta podmiotu leczniczego**
– 29.06.2012, 31.08.2012, 28.09.2012
- **Prawo pracy w przedsiębiorstwach leczniczych**
– 06.09.2012, 11.10.2012, 29.11.2012
- **Obrona i zastępowanie lekarza przed sądami powszechnymi**
– 18.09.2012, 08.11.2012
- **Recepty, refundacje, odpowiedzialność lekarza za źle wystawione recepty, zwrot refundacji. Optymalne uregulowanie kontaktów z przedstawicielami medycznymi**
– 27.09.2012, 19.10.2012, 09.11.2012
- **Samorząd lekarski i odpowiedzialność zawodowa lekarzy**
– 28.06.2012, 18.10.2012

Kursy odbywają się w siedzibie Naczelnej Izby Lekarskiej w Warszawie przy ul. Sobieskiego 110.

Udział jest bezpłatny dla członków izb lekarskich opłacających regularnie składki członkowskie.

Kursy są akredytowane, uczestnicy otrzymują punkty edukacyjne.

Zapisy: www.odz.nil.org.pl e-mail: odz@hipokrates.org
tel. 22 5591310, 22 5591344

Krakowska Wyższa Szkoła Promocji Zdrowia

STUDIA PODYPLOMOWE

- **Kosmetologia dla lekarzy**
- **Dietetyka**
- **Fizjoterapia**
- **Podologia**
- **Najnowsze techniki w kosmetologii**

31-158 Kraków, ul. Krowoderska 73, tel. (0-12) 423-38-40

www.kwspz.pl



Jarosław Wanecki

Dopóki pi(gu)łka w grze

Zafalowało, zahuczało, zadrżało. Wielka fala kolorowych szalików przesunęła się po elipsie stadionu, a tysiące gardeł odśpiewały rytualne pieśni przed kolejnym starciem gladiatorów. Niewolnicy sławy ustawieni w dwóch równych szeregach oddzielonych trójką sprawiedliwych mężów w czerni czekają wśród wrzawy na pierwszy gwizdek i z trudem opanowują emocje, drżenie łydek i załamujący się głos w refrenie wesołego „Mazurka”. Stawka spotkania jest ogromna.

Na honorowej trybunie zasiadło wielu prawdziwych i udawanych fanów obydwu drużyn. Wszyscy trzymają kciuki za walkę fair play, mają na uwadze najwyższe ideały, sportowe reguły gry. Ich serca przepelnione są miłością o byt każdego kibica, jego status materialny, oświecenie umysłu, rozwój fizyczny, zadowolenie z życia i dzieci, które zapewnią swoją pracą rozwój dalszych pokoleń wykrzykujących z entuzjazmem i nadzieją „Polska gola!”.

I rozpoczęli. Piłka narodowych kompleksów, jak po sznurku, toczy się od buta do buta. Pierwsze kopnięcia nagradzane są huraganowymi brawami. Skandowane są nazwiska. W dyżurkach komentatorskich prezenterzy telewizyjni i radiowi podają składki futbolistów. Kolorowe reklamy zmieniają się wokół boiska. Jesteśmy reprezentacją narodową, a wszyscy Polacy to jedna rodzina. W strefie kibica, na kanapie, na składanym stadionowym krzeselku, w izbie przyjęć i radiowozie czekamy razem. Razem dostajemy odrobinę lekarstwa, strzał znieczulenia od codziennych trosk, oczyszczający okrzyk milionów gardeł, których już nic nie łączy oprócz iluzji rozstrzygnięć losowych.

Koniec pierwszej połowy. Czas na łyk piwa, dla kurażu, na drugą nóżkę, na zdrowie...

Kto kogo pokona? Wciąż nierozstrzygnięte pytanie widać na wielkim ekranie

nie z dwoma symbolicznymi zerami. I znów atak, i krzyk, i unoszenie ramion z flagami, i transparentami. Aut. Rzut różny. Wolny. Wznowienie gry. Minuty. Sekundy. Doliczony czas. Zmiana. Twarze w rękach, ręce na głowach. Indiańskie makijaże promują patriotyczne postawy w telewizorach z analogowym i cyfrowym sygnałem do boju, do boju, póki piłka w grze. A tu kiks. Tam spalony. Nieudany przechwyt. Za to wielka ambicja, waleczność, motywacja, wiara. I gooooooooooooooooooooool...

Nie znam rezultatów, które wyświetlą telebimy po ostatnich gwizdach, wypełnią tabele gazet i staną się przyczynkiem do wieloletnich rozmów w wielu krajach Europy. Nie znam wyniku finansowego, opłacalności obrotów restauratorów i hotelarzy, liczby ran zadanych w ulicznych ekscesach i szczęśliwców, którzy upojeni zwycięstwem postanowią zmienić swoje życie na inne. Lepsze? Gorsze? Ciekawsze?

A potem znów zwykły dzień. Szkoła. Praca. Odpoczynek. Sen bezseny, beczenny, bezdenny. Dzieciństwo, młodość, dojrzałość i starość. Cztery pory roku. Lato. Życie toczy się dalej.

A kto kogo pokona poza murawą? W bezsensownym meczu o wszystko. Piłka toczy się, jak po sznurku, od buta do buta. Pierwsze kopnięcia nagradza się brawami. Skandowane są nazwiska. Prezenterzy telewizyjni i radiowi podają składki futbolistów. Jesteśmy reprezentacją narodową, a wszyscy Polacy to jedna rodzina: szczęśliwa i zdrowa. Gramy o wspólne dobro.

W strefie kibica znów ktoś umarł. Albo my wygramy albo oni! ■

Autor jest przewodniczącym kolegium redakcyjnego „GL”.

W strefie kibica,
na kanapie,
**na składanym
stadionowym
krzeselku**, w izbie
przyjęć i radiowozie
czekamy razem.

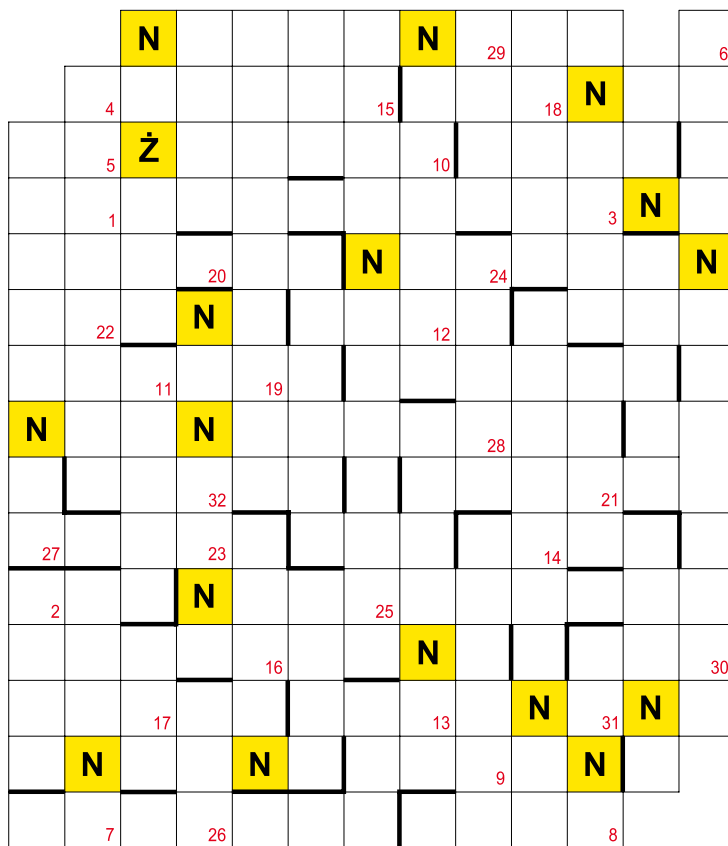
Jolka lekarska 178

Objaśnienia 61 haseł podano w przypadkowej kolejności. W diagramie ujawniono wszystkie litery: N i Ż. Na ponumerowanych polach ukryto 23 litery hasła, które stanowi rozwiązanie. Należy je przesłać na karcie pocztowej na adres redakcji do 10 lipca 2012 r. Wśród autorów prawidłowych rozwiązań rozlosujemy nagrody książkowe (prosimy o podanie specjalizacji).

Rozwiązanie Jolki lekarskiej nr 176 („GL” nr 4/2012) Żadne kłamstwo nie doczeka starości. Sofokles

Nagrody otrzymują: Beata Kasprówska
(Świebodzin), Andrzej Sypczyński (Osieć),
Krzysztof Wolańczyk (Krzeszyce).

Nagrodami za prawidłowe rozwiązania
są książki wydawnictw: ADI,
Uniwersytet Jagielloński i ZNAK.
Nagrody prześlemy pocztą.



* nauka o chorobach gardła i krtani * służy przy oficerze * milionowy gród nad Irtyszem * rogoża * ischias * szklany na kwiaty * wygra z Romney'em? * nadwyżka * wieś nad Czarną Orawą * 100 000 paskali * sekator * język w pd.-zach. Nigerii * portyk kolumnowy zamknięty ścianą * olbrzymi, czyli gigantyzm * pustynia mongolska-chińska * więzień * autor Aidy * dzierzawa * dziki karp * kunszt, maestria * wywołana przez 2 Korpus Polski (2.07.44) * Urbi et... * skorzonera * barwnik błękitny * premier Holandii (1977-82) * poprzednik szlachcica * uchwała Sejmu z 1505 * polisacharyd glonów morskich * kurtka dżokeja * stolica wsch. Mazur * schronienie dla cudzoziemca * lew lub rys * początek dziejów * Irańczyk * twierdza * prawobrzeżna Warszawa * epicardium * na świadectwie * płynie w Koronowie * porządek * między osmem a platyną * zdrewniałe pnące * najwybitniejszy węgierski poeta epicki * krwi, tkanek i narządów * rzeka, land i zagłębienie * z paleontologią tworzy biologię * niedorzeczność, absurd * lud z Białej * w Zachęcie * sinus * stopień mistrzowski w judo * dzisiejsze Arelatum * psia noga * kret z USA * jezioro i rzeka zasilające Jez. Górne * imię Amundsena * komik * AZT * koń czarnej maści * port rybacki i uzdrowisko we Flandrii * lingula

BJER

Wydawca: Naczelna Rada Lekarska

Dla członków izb lekarskich
bezpłatnie
Nakład: 157 600 egz.

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

Redaktor naczelny:
Ryszard Golański
Tel. 600 909 382
naczelnym@gazetalekarska.pl

Zastępca redaktora naczelnego:
Marta Jakubiak
Tel. 608 316 248
m.jakubiak@gazetalekarska.pl
Dziennikarze:
Lucyna Krysiak
Tel. 661 092 853
l.krysiak@gazetalekarska.pl
Lidia Sulikowska
Tel. 668 854 344
l.sulikowska@gazetalekarska.pl

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

Redakcja:
Urszula Bąkowska
Tel. (22) 559 02 67
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)
Agata Morka (Warszawa)
Sławomir Pietras (Poznań)
Małgorzata Serwach (Łódź)
Joanna Sokołowska (Płock)

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

Reklama i marketing:
Małgorzata Gałązka
Tel. (22) 559 02 64, 668 276 630
malgorzata.galazka@gazetalekarska.pl

Elżbieta Tarczyńska
e.tarczynska@gazetalekarska.pl

Skład i łamanie: **Grzegorz Sztank**

Druk: **Drukarnia QuadWinkowski**

Materiałów niezamówionych redakcja nie zwraca i zastrzega sobie prawo do skróć, adaptacji, 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).





TOYOTA

Zbadaj ciekawy przypadek wyjątkowej oferty dla lekarzy*



Zapraszamy do naszego salonu:



Toyota Marki
Al. J. Piłsudskiego 2B, 05-270 Marki k. Warszawy
Tel. 22 763 70 00, www.toyotamarki.com.pl



Toyota Żerań
Ul. Jagiellońska 84, 03-303 Warszawa
Tel. 22 590 70 00, www.toyotazeran.com.pl

Toyota Avensis – zużycie paliwa i emisja CO₂ (UE 80/1268 z późn. zm.) w zależności od wariantu i wersji auta: od 4,5 do 7,0 l/100 km i od 119 do 170 g/km (cykl mieszany). Toyota Auris – zużycie paliwa i emisja CO₂ (UE 80/1268 z późn. zm.) w zależności od wariantu i wersji auta: od 4,7 do 6,5 l/100 km i od 124 do 152 g/km (cykl mieszany). Toyota Yaris – zużycie paliwa i emisja CO₂ (UE 80/1268 z późn. zm.) w zależności od wariantu i wersji auta: od 3,9 do 5,4 l/100 km i od 103 do 123 g/km (cykl mieszany). Informacje o działaniach dotyczących odzysku i recyklingu samochodów wycofanych z eksploatacji: www.toyota.pl. Samochody przedstawione na fotografii mogą różnić się od samochodów objętych niniejszą promocją.
* Oferta dotyczy wyłącznie lekarzy medycyny oraz stomatologów.

Mistrzowski ULTRATEAM

CYFROWE ULTRASONOGRAFY

2012



SAMSUNG GALAXY TAB

wraz z oprogramowaniem MoVue za 1 zł*

61 848 36 80 www.okmed.pl



5 lat gwarancji*



SAMSUNG MEDISON

*Do każdego ultrasonografu zamówionego do 30 czerwca 2012 r. SAMSUNG Galaxy TAB z oprogramowaniem MoVue za 1 zł. Na wybrane modele udzielamy 5-letniej gwarancji.

Reklama nie stanowi oferty w rozumieniu Kodeksu Cywilnego