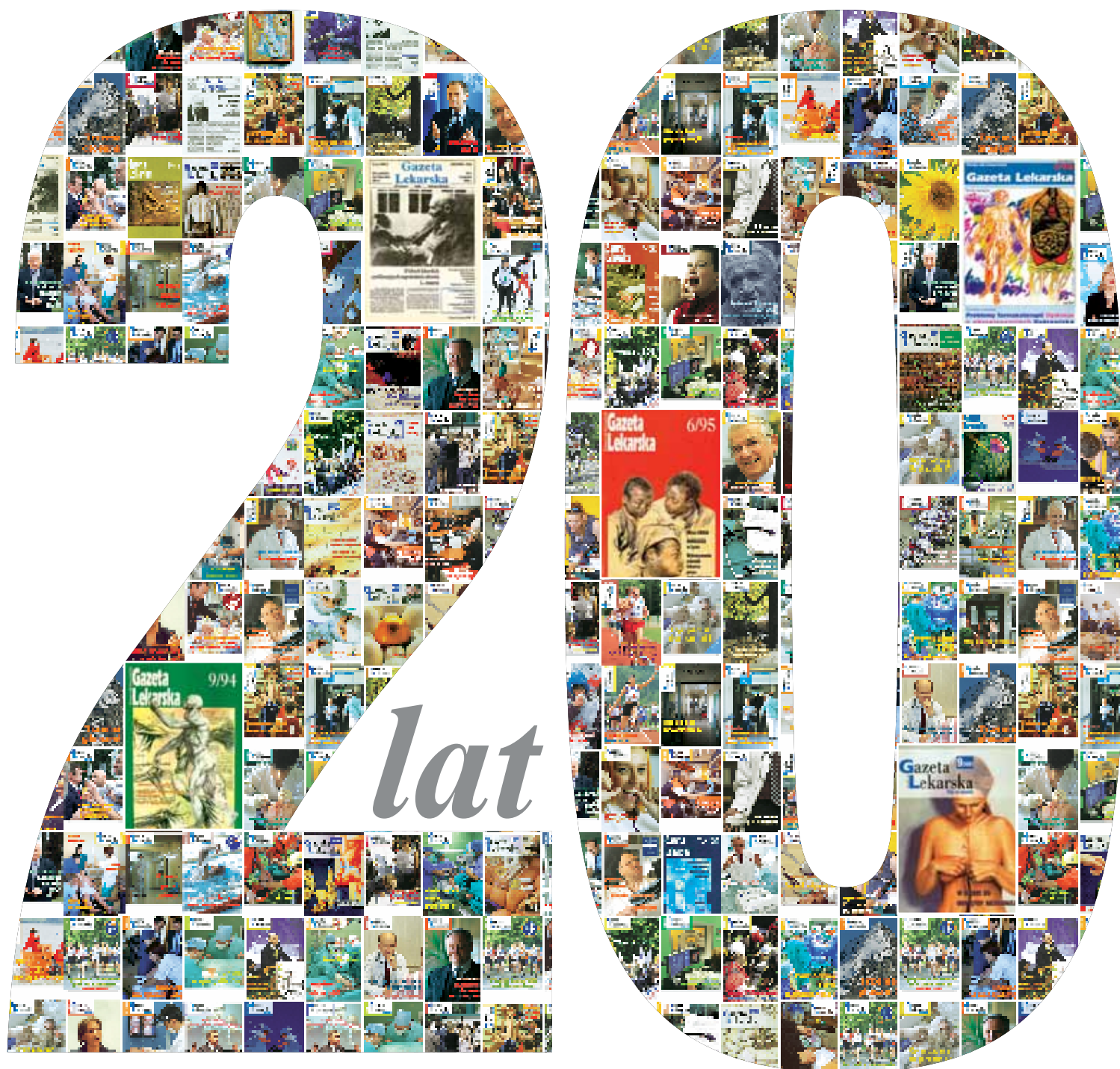


10 · 2010

Gazeta Lekarska

PISMO IZB LEKARSKICH





20 lat później

We wrześniu minęło 20 lat od ukazania się pierwszego numeru „Gazety Lekarskiej”, stąd jubileuszowy charakter tego wydania. Tak samo długą historię mają pisma okręgowych izb lekarskich. Napiszemy o nich w następnym numerze „GL”. Co do czasów współczesnych – minął czas zapowiedzi, nadeszła chwila zmiany. Trzymają Państwo w ręku zupełnie nowy w formie numer naszego pisma. Kolegium redakcyjne i redakcja „Gazety” dołożyły wszelkich starań, aby metamorfoza spotkała się z życzliwym przyjęciem Czytelników. Doczekaliśmy zapowiadanej jesiennej ofensywy legislacyj-

nej rządu. Wśród przekazanych do konsultacji projektów ustaw dwa zasługują na szczególną uwagę lekarzy. Pierwszy to projekt ustawy o działalności leczniczej, która ma zastąpić ustawę o ZOZ-ach z roku 1990. Projektowi temu poświęcimy miejsce w kolejnym numerze. Drugi, to zmiany proponowane w ustawie o zawodach lekarza i lekarza dentysty. Projekt ten rozszerza wykonywanie zawodu lekarza o kierowanie zakładem opieki zdrowotnej i zatrudnienie w NFZ, w ramach którego wykonuje się czynności związane z przygotowaniem, organizowaniem lub nadzorem nad udzielaniem świadczeń opieki zdrowotnej”. Propozycją, która już wcze-

śniej wywołała burzliwą dyskusję jest projekt likwidacji stażu podyplomowego. Miałoby to nastąpić od 1 października 2017 r. Samorząd lekarski wyraził negatywną opinię o tym pomysśle. Należy przypomnieć, że poglądy samorządu w tej sprawie mają daleko idące po-

VI roku dla lekarzy i na V roku dla lekarzy dentystów. Powody takich zmian to zbyt długi czas do uzyskania dyplomu specjalisty, brak samodzielności lekarzy stażystów i rezydentów, zagrożenie luką pokoleniową wśród lekarzy specjalistów i emigracja lekarzy. Osobnym

Trzymają Państwo w ręku zupełnie nowy w formie numer naszego pisma.

parcie środowisk naukowych, na przykład Konferencji Prezesów Towarzystw Lekarskich. W miejsce stażu podyplomowego proponuje się wprowadzenie praktyki zawodowej na

tematem jest propozycja wprowadzenia procesu monitorowania systemu specjalizacji przez CMKP. Koszt – około 4 mln zł!
Ryszard Golański
naczelnny@gazetalekarska.pl

Migawka



Maciej Hamankiewicz w imieniu Naczelnej Rady Lekarskiej i Wiesław Podkański reprezentujący Axel Springer Polska podpisują umowę dotyczącą opracowania graficznego, składu, druku i kolportażu „Gazety Lekarskiej” przez najbliższych pięć lat.

- 4-7 **Metamorfozy
Gazety Lekarskiej**
- 8-9 **In statu nascendi**
- 10-11 **Rozmowa polityczna
o zdrowiu: Adam Struzik**
- 12 **Czas pokaże**
- 13-14 **NFZ. Kto zyskał?
Kto stracił?**
- 15 **Okiem Prezesa**
- 16 **Z notatnika rzecznika
prasowego**
- 17 **Nasi w Brukseli:
Konstanty Radziwiłł**
- 18-20 **Wojciech Łącki:
Przed nami więcej pracy**
- 21-22 **Ubezpieczenia:
Tak czy Nie?**
- 23-25 **Kasy fiskalne**
- 26-29 **U stomatologów:
Taniec chochoł
Dentobusy**
- 30-31 **Przychodzi lekarz
do prawnika:
Zasady i wytyczne**
- 32-33 **Ośrodek Doskonalenia
Zawodowego**
- 34-37 **Felietony:
Wesołe jest życie
staruszka
My lekarze**
- 38-39 **Badania Kliniczne:
Podcinanie skrzydeł**
- 40 **Kardioonkologia**
- 41-46 **Biuletyn NRL**
- 47-53 **Konkursy na
ordynatorów,
ogłoszenia**
- 54-55 **Kultura i medycyna**
- 56-57 **Sport i medycyna**
- 58 **Indeks korzyści:
Moja pierwsza łapówka**
- 59 **Listy**
- 61 **Epikryza**
- 62 **Krzyżówka**



20 lat – pokolenie, dwie dekady...
Ta okrągła rocznica istnienia
„Gazety Lekarskiej” to z jednej
strony okazja do wspomnień
i refleksji nad tym, co przez ten
czas działo się na łamach,
z drugiej – doskonały moment
do rozważań nad jej przyszłością.

Marzena Bojarczuk

Pierwszy numer „Gazety Lekarskiej” ukazał się we wrześniu 1990 r., poprzedzony został numerem specjalnym (tzw. zerówką) w lipcu 1990 r. Od tamtego czasu pismo ukazuje się nieprzerwanie jako miesięcznik, czasem dwumiesięcznik. I choć wydawa-

nie pisma dla lekarzy jest ustawowym obowiązkiem Naczelnej Rady Lekarskiej, to jako organ samorządu lekarskiego „Gazeta” nie jest wyłącznie rodzajem informatora o jego działaniach, ale odbiciem wszystkiego, co dzieje się i budzi emocje nie tylko w środowisku lekarzy i lekarzy den-

tystów, ale także w całym kraju, w codziennej rzeczywistości. Na łamach „Gazety Lekarskiej” opisywano trudne i ważne wydarzenia, relacjonowano strajki lekarzy, kolejne próby zreformowania systemu opieki zdrowotnej

Na łamach „Gazety Lekarskiej” opisywano trudne i ważne wydarzenia, relacjonowano strajki lekarzy, kolejne próby zreformowania systemu opieki zdrowotnej przez kolejne rządy.

przez kolejne rządy. Witano i żegnano kolejnych prezydentów, premierów, ministrów zdrowia, świętowano sukcesy, przeżywano porażki. „Gazeta Lekarska” nigdy nie pozostawała obojętna wobec bieżących wydarzeń krajowych i międzynarodowych.

Wszystko zaczęło się w niewielkim pokoiku po nieczynnym gabinecie lekarskim w lecznicy rządowej przy ul. Emilii Plater w Warszawie. Burzliwe dyskusje Kolegium Redakcyjnego, żmudne odczytywanie rękopisów, często wręcz rozszyfrowywanie pisma przypominającego lekaarskie recepty, przepisywanie tekstów na maszynie do pisania przez maszynistkę „na zlecenie” – taka była codzienność pierwszych numerów „Gazety Lekarskiej”. Nierzadko najważniejsza redakcyjna praca odbywała się w prywat-

nych mieszkaniach pracowników. Dziś redakcja dysponuje funkcjonalnym lokalem, odpowiednim sprzętem i warunkami do pracy. Kiedyś w terminowym wydaniu „Gazety” przeszkodziła kradzież samochodu, w którym znajdowały się materiały wiezione do drukarni. Dziś harmonogram nie zburzy nawet chmura wulkanicznego pyłu paraliżująca Europę.

Zespół redakcyjny „Gazety Lekarskiej” nigdy nie był zespołem licznym, ale zawsze niezwykle zaangażowaną w swoją pracę grupą ludzi z pasją. Byli i nadal są wśród nas piszący lekarze, zawodowi i niezawodowi dziennikarze, komentatorzy i felietoniści, redaktorzy i korektorzy, graficy i fotograficy – niektórzy od samego lub prawie samego początku, jak grafik Jan Wierucki i Urszu-

la Bąkowska – pierwszy i jedyny sekretarz redakcji. Osobą, której zasługi w tworzeniu lekaarskiego pisma są nie do przecenienia jest niewątpliwie dr Tomasz Jaroszewski – twórca pierwszych numerów „Gazety Lekarskiej”, prawdziwy pasjonat i pomysłodawca całej idei miesięcznika dla lekarzy. Wśród osób stanowiących pierwszy i długoletni zespół redakcyjny trzeba także wymienić: Annę Ślubowską, Ewę Gwiazdowicz, Martę Dąbrowską i dr. Jacka Piątkiewicza.

Wraz ze zmieniającą się polską rzeczywistością, na przestrzeni lat zmieniała się także „Gazeta Lekarska” – zarówno jej wygląd zewnętrzny, jak i zawartość merytoryczna. Kiedyś więcej było na łamach treści medycznych – na początku lat dziewięćdziesiątych XX wieku nie było przecież tak powszech-

Lekarz, kawaler przystojny 30/188, pozna ładną, zgrabną pannę katoliczkę bez nałogów, z wykształceniem wyższym medycznym lub studentkę o wzroście 165-175 z woj. tarnowskiego lub ościennych. Oferta wyłącznie ze zdjęciem. „Zbigniew” (“GL” nr 11/97)

nego dostępu do fachowej literatury, Internetu i tak szeroko otwartych granic. „Gazeta” spełniała wówczas także rolę edukacyjną i naukową. Z sentymentem oglądaliśmy dziś żółto-szare strony grubego papieru, na których drukowano lekarski miesięcznik, oglądaliśmy białoczarne niewyraźne zdjęcia, na których czasem trudno kogoś rozpoznać. Trzeba jednak pamiętać, że cały wydawniczy rynek był w tamtych latach ubogi i „siermiężny”, a nikt nie marzył nawet o takim wyborze i takiej jakości, z jaką mieliśmy do czynienia kilka i kilkanaście lat później. W drugiej połowie 1994 roku (od nr

9/94) „Gazeta Lekarska”, wraz z kolorową szywniejszą okładką, zyskała nieco bardziej elegancki wygląd. Ówczesne okładki projektował Wiktor Jędrzejec – dziś profesor, dziekan Wydziału Grafiki ASP w Warszawie. On też czuwał nad graficznym wizerunkiem pisma. W tym czasie wewnątrz numerów pojawiają się kolorowe tytuły, ramki i reklamy, choć zdjęcia nadal pozostały czarno-białe. Od początku 1996 r. miesięcznik ukazuje się w pełnym kolorze, a od kilku lat ma także wersję internetową.

Prace nad ulepszaniem „Gazety” trwają niemal od pierwszego jej numeru.

Każdy z nowych redaktorów naczelnych, obejmując swoją funkcję, starał się zmieniać pismo tak, by było ono bardziej interesujące, spełniało coraz większe oczekiwania Czytelników i pozostawiało wciąż blisko ich spraw i codziennych problemów. Niezmiennie zapraszamy lekarzy do dyskusji i dzielenia się opiniami nie tylko na temat bieżących problemów środowiska, ale także nad kształtem i treścią „Gazety Lekarskiej”, by była ona prawdziwie lekarska.

Rozpoczynając kolejne 20-lecie w historii „Gazety Lekarskiej” warto zapytać, czy „Gazeta” jest lekarzom potrzebna –

szczególnie dziś, w dobie Internetu, nieograniczonego dostępu do informacji o medycynie, kraju, świecie i wszechświecie. Z pewnością grono przeciwników „Gazety” bez chwili namysłu odpowie: „Nie!”. Zwolennicy, także bez żadnych wątpliwości, mówią: „Tak”. Mimo różnicy zdań, jedno jest pewne: „GL” ma szerokie grono Czytelników, a świadczą o tym codzienne telefony i listy do redakcji: te tradycyjne, wciąż pisane ręcznie i coraz częściej je zastępujące e-maile.

„Gazeta” jest potrzebna, dopóki ma Czytelników! Chcemy tworzyć ją dla Was i z Wami – zmieniać, ulepszać, zaskakiwać i spełniać oczekiwania. Świętując urodziny „Gazety Lekarskiej” dziękujemy wszystkim jej twórcom, współtwórcom i Czytelnikom!

Marzena Bojarczuk



1990

Tomasz Jaroszewski

Lekarz psychiatra, miejsca pracy: Instytut Psychiatrii i Neurologii w Warszawie, Szpital Praski im. Przemienienia Pańskiego, obecnie specjalistyczna indywidualna praktyka lekarska. Według relacji świadków, dzięki Jego zaangażowaniu i determinacji pierwszy numer – specjalny – „Gazety” ukazał się już w lipcu roku 1990.



1990-1995

Renata Popkowicz-Tajchert

Przed objęciem stanowiska redaktor naczelnej „Gazety Lekarskiej” przez wiele lat dziennikarka i publicystka „Słowa Powszechnego”. Po odejściu z „Gazety” związana z Wydawnictwem „Infor”, redaktor naczelna „Sekretariatu”, „Poradnika medycznego”, publicystka „Magazynu Gazety Prawnej”, wykładowca Zaocznego Studium Dziennikarstwa UW. Obecnie członek kolegium redakcyjnego i publicystka „Twojej Muzy”.



1995-1997

Wojciech Maksymowicz

Absolwent AM w Warszawie, neurochirurg, od 2006 r. profesor medycyny, działacz lekarskiej „Solidarności”, sekretarz NRL w latach 1989-1992, członek Prezydium NRL do 1997 r., w latach 1992-1995 pracował w Wojewódzkim Szpitalu Zespolonym w Olsztynie, następnie w Centrum Naukowym Medycyny Kolejowej, od 31.10. 1997 r. do 26.03. 1999 r. minister zdrowia i opieki społecznej w rządzie Jerzego Buzka. 1.10. 2007 r. został dziekanem Wydziału Nauk Medycznych Uniwersytetu Warmińsko-Mazurskiego.



1997-2010

Marek Stankiewicz

Lekarz i publicysta. 1978-1991 - chirurg w Lubartowie (woj. lubelskie) i Misuracie (Libia), dyrektor szpitala, redaktor naczelny „MEDICUSA”, pisma Okręgowej Izby Lekarskiej w Lublinie, sekretarz ORL i rzecznik prasowy LIL, 1997-2010 - redaktor naczelny „GAZETY LEKARSKIEJ”. Członek Naczelnej Rady Lekarskiej 6 kadencji. Jak mówi o sobie: zawodnik pierwszoligowy i Obywatel Wolnego Świata.



In statu nascendi

Istnienie „Gazety Lekarskiej” wynika z postanowień ustawy o izbach lekarskich, ale słowo musiało się stać ciałem.

Tomasz Jaroszewski

Na ogłoszony apel w „Służbie Zdrowia” odpisało tylko 25 osób z całego kraju, na listy wysłane do towarzystw naukowych i izb okręgowych otrzymaliśmy zaledwie kilka odpowiedzi. Wiele mówiono, gorzej było z dostarczaniem dobrych tekstów i z konkretną współpracą. Łatwo było zwątpić w całe przedsięwzięcie, tym bardziej, że długo nie mieliśmy pieniędzy nawet na znaczki, bo składki nie wpływały. W maju pojawiły się pierwsze skromne fundusze i wtedy przyszła seria potknięć z wydawcą i drukarnią. Numer sygnałny, zamiast przed wakacjami, był rozprawiany przez izby okręgowe dopiero we wrześniu. A myśmy chcieli już mieć w tym czasie komplet prenumerat i rozsyłać „numer pierwszy”!

Listy nadchodzą do nas z rzadka. Kochani Czytelnicy, może myślicie, że w redakcji pracuje cały sztab ludzi i dla chętnych nie ma już miejsca? Otóż nie. Zespół społeczny się wykruszył. Redakcja dopiero się tworzy. Nie ma stałego szefa i pracowników etatowych, ledwie zaczyna zjednywać sobie grono współpracowników. W przeciwieństwie do pism tworzonych przez rutynowych dziennikarzy, „Gazeta” będzie dojrzewała na naszych oczach i na jej kształt i treść brać lekarska może i powinna mieć

zasadniczy wpływ. Brak nam korespondentów, którzy nie tylko złożą swój akces, ale coś napiszą.

Drodzy Czytelnicy — miejcie zatem oczy i uszy otwarte i kierując się hasłem: to się nadaje do „Gazety”, wylapujcie i nadsyłajcie wszystko, co ciekawe, pouczające czy zabawne. Brak nam krótkich, interesujących opracowań z różnych dziedzin medycyny, takich, by o internie z przyjemnością i z pożytkiem poczytał nie tylko internista, ale na przykład stomatolog, a o psychiatrii — chirurg. Oczekujemy zatem na listy, inicjatywy, propozycje, prosimy o pytania do ekspertów z różnych specjalności.

Ktoś może mieć za złe, że teksty na łamach „Gazety” są zbyt powierzchowne, czy też nazbyt popularne. Być może. Ale po pierwsze

— lekarz praktyk nie zawsze ma czas na głębsze Studia; po drugie — lepsze jest przeczytanie krótkiego a ciekawego tekstu, aniżeli nieprzeczytanie naukowego referatu i, po trzecie

— jedno drugiego nie wyklucza. Zresztą — jak sądzymy — „Gazeta” będzie się rozwijać. Zastanawiamy się na przykład nad tym, aby w przyszłym roku wydawać wkładki monograficzne dołączane do poszczególnych numerów dla wszystkich prenumeratorów, bądź tylko dla za-

interesowanych daną specjalnością — na przykład wkładki dla specjalizujących się, dodatki literackie, regionalne, ze spisami adresów i telefonów placówek medycznych czy też praktyk prywatnych.

„Gazeta Lekarska” to nasze pismo. Będzie tym lepsze, im bardziej sami będziemy dobrze wypełniać jego łamy. Zapraszamy do współpracy! (t.j.)

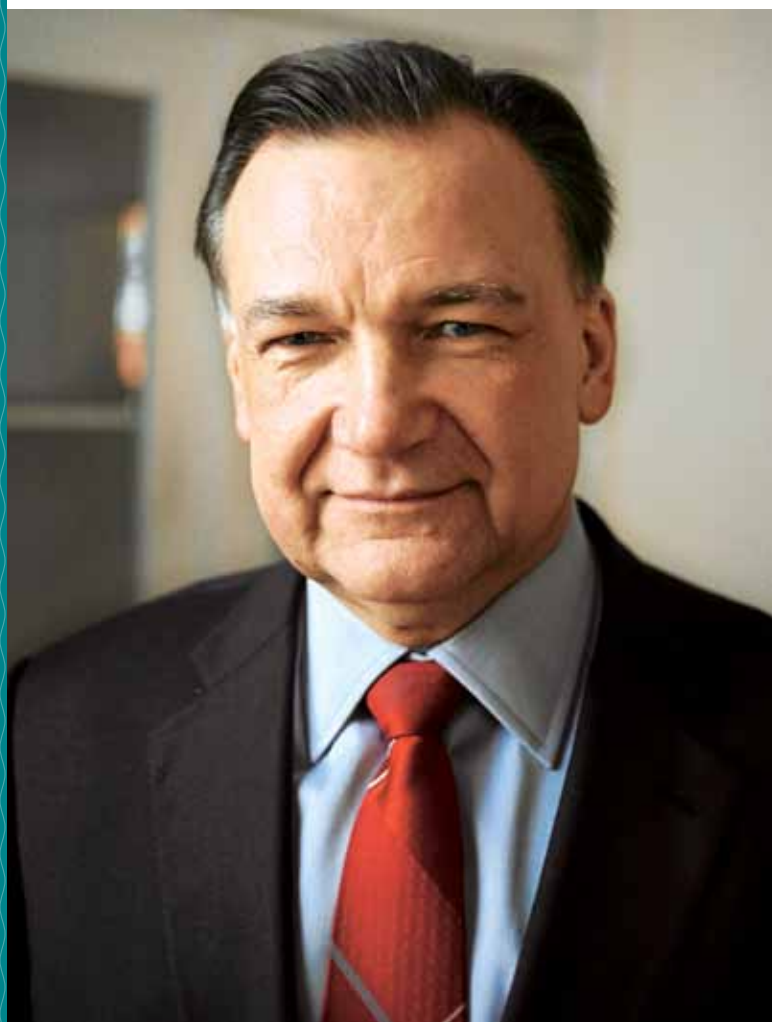
„GL” nr 1 wrzesień 1990

WOJCIECH MAKSYMOWICZ,
RENATA POPKOWICZ-TAJCHERT
I JERZY MOSKWA PODCZAS
DYSKUSJI REDAKCYJNEJ
O MŁODYCH LEKARZACH
W SIEDZIBIE „GAZETY” PRZY
UL. MARSZAŁKOWSKIEJ.



» System ubezpieczeń zdrowotnych jest głęboko niedofinansowany «

Z okazji urodzin „Gazety Lekarskiej” zmieniamy jej oblicze i wprowadzamy nowe tematy. Mamy nadzieję, że zainteresują one naszych Czytelników – 154 000 polskich lekarzy i lekarzy dentystów. Jedną z innowacji jest cykl „Rozmowa polityczna o zdrowiu”, a jej pierwszym gościem jest Adam Struzik, marszałek województwa mazowieckiego, z którym rozmawia Ryszard Golański.



Ryszard Golański: Bardzo się cieszymy, że zgodził się pan na rozmowę o sprawach ochrony zdrowia w okresie prezentacji nowych zamierzeń rządu i tzw. pakietu ustaw zdrowotnych, którym lada dzień zajmie się sejm. Co pana – jako lekarza – niepokoi w propozycjach minister Kopacz?

Adam Struzik: Niestety, po zawetowaniu przez prezydenta poprzednich ustaw, nie wiem, co znajdzie się w nowym pakiecie ustaw przygotowanym przez MZ. Moim zdaniem, obecnie najważniejszą kwestią jest uregulowanie zasad przekształceń zakładów opieki zdrowotnej, aby nie był w tym celu potrzebny proces ich likwidacji. Dzisiaj, kiedy przekształcamy placówki, nie możemy tego zrobić inaczej niż przez likwidację obecnej formy prawnej. Powoduje to olbrzymie napięcia, problemy interpretacyjne, prawne i w relacjach ze związkami zawodowymi. To poważny problem i liczę na to, że zostanie zauważony w nowych projektach. Nie wiem, czy w pakiecie uwzględniony jest system dodatkowych ubezpieczeń zdrowotnych, jednak dalsze funkcjonowanie jedynie obowiązkowego systemu nie jest racjonalne. Przekształcenia muszą być połączone ze skokowym podwyższeniem składki do co najmniej 11%. Niepokoi mnie też zapowiedź systemu odwoławczego i odszkodowawczego, który ma być realizowany przez wojewodę. Nie znam szczegółów tego pomysłu, ale należy tu zachować ostrożność. Nie chciałbym, aby doszło do sytuacji, w której w wyniku decyzji bliżej nieokreślonych organów i bez wiedzy merytorycznej placówki służby zdrowia byłyby zmuszane

do wypłaty odszkodowań za błędy powstałe nie zawsze z ich winy.

Jakie jest pana zdanie na temat likwidacji stażu podyplomowego? Ten pomysł może okazać się trudny do zrealizowania – szczególnie, że jest to sprzeczne ze stanowiskami Naczelnej Rady Lekarskiej i prezesów medycznych towarzystw naukowych. Czy oddanie tego zadania uczelniom nie spowoduje, że de facto 7 rok studiów nie da zamierzonego efektu, a młody lekarz wciąż nie będzie gotowy do samodzielnego podjęcia praktyki? Czy samorząd wojewódzki będzie zadowolony z takiej zmiany?

Uważam, że obecny system stażowy i specjalizacyjny nie funkcjonuje prawidłowo, ale pomysł, w którym za staże odpowiadałyby uczelnie medyczne nie do końca mnie przekonuje. Jeżeli studenci mieliby zapewnioną odpowiednią liczbę godzin praktyki, to mógłbym to uznać za dobrą ideę. Obawiam się jednak, że nie wystarczy miejsc, aby dać im możliwość sprawdzenia się w praktyce. Ja swój staż odbywałem w terenie i była to dla mnie niepowtarzalna lekcja praktycznej medycyny. Rzeczywistość w szpitalu powiatowym i stacji pogotowia ratunkowego jest zupełnie inna niż w szpitalu akademickim. Moim zdaniem, wydłużanie studiów o kolejny rok jest niebezpieczne, trzeba raczej udoskonalać istniejący system. Tryb specjalizacyjny zdecydowanie należy uprościć, zwłaszcza sposoby jego finansowania i współfinansowania przez stronę rządową. Proces szkolenia do specjalizacji jest długi i trudny. Dyrektorzy szpitali często niechętnie podchodzą do specjalizacji swoich lekarzy, ponieważ muszą ich wysłać na staże, a w tym czasie nie ma kto pracować. Dlatego coraz częściej borykamy się z brakiem specjalistów w niektórych dziedzinach.

Problemem polskiego systemu opieki zdrowotnej jest ciągle zadłużanie się szpitali. Jaka jest recepta na definitywne rozwiązanie tego problemu? Czy ubezpieczenia dodatkowe i zmiana sposobu zarządzania mogą przynieść szybki efekt?

System ubezpieczeń zdrowotnych od początku jest głęboko niedofinansowany. W 1994 r., gdy byłem jednym ze współtwórców ustawy o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym, eksperci zagraniczni wskazywali, że minimalny poziom składki na ubezpieczenie zdro-

wotne powinien wynosić co najmniej 11-12%. Na skutek perturbacji – głównie politycznych – w 1997 r. obniżono tę składkę do 7,5%. Dzisiaj jest ona na poziomie 9% i powinna być skokowo podwyższana do 11%. Inną kwestią jest wprowadzenie systemu ubezpieczeń dodatkowych. Pacjenci wciąż wydają pieniądze w obiegu prywatnym, a środki te mogłyby przechodzić przez system ubezpieczeniowy. Należałoby równolegle podwyższać składkę do 11%, usamorządować szpitale i wprowadzić system dodatkowych ubezpieczeń zdrowotnych.

Od chwili wprowadzenia ubezpieczenia zdrowotnego wciąż budzi kontrowersje sposób podziału pieniędzy pomiędzy poszczególne województwa, obecnie oddziały NFZ. Jakie powinny być sprawiedliwe zasady rozdziału tych środków?

Nie doczekaliśmy się klarownego systemu finansowania opieki zdrowotnej, który uwzględniałby różne potrzeby wszystkich województw oraz wpływy do NFZ. Przy podziale tych środków należy brać pod uwagę nie tylko składki, ale też ponoszone koszty. Mazowsze, na przykład, ma blisko 100 szpitali, wiele instytutów i jednostek klinicznych. Przyjeżdża tu wielu pacjentów z innych regionów. Sytuacja wygląda jednak tak, że po ostatniej

Czy przekształcenie zadłużonych szpitali w spółki to szansa na ich przetrwanie, czy może początek końca szpitali publicznych?

Przekształcenia szpitali, które obecnie prowadzimy, mają przede wszystkim pozbawić szpitale długów, bo zobowiązania te przejmie samorząd województwa jako organ prowadzący. To sposób pomocy tym placówkom, a nie ich likwidacja. Oczywiście, ich samodzielność finansowa nie będzie możliwa dopóki w systemie nie będzie wystarczających środków – od formy własności pieniędzy nie przybywa. Chcielibyśmy wierzyć, że przekształcone zakłady po zmianie formy własności nie będą się zadłużały, ale to założenie czysto hipotetyczne. Jeżeli w systemie nie będzie wystarczającej ilości środków, tak aby starczyły one na pokrycie kosztów świadczeń medycznych, to nawet szpitalne spółki będą się zadłużały. Teoretycznie w takiej sytuacji samorząd będzie miał możliwość podwyższania kapitału, ale to nie jest droga do ratowania całego systemu. Samorządy nie mają przecież środków, aby finansować służbę zdrowia.

» Najważniejszą kwestią jest uregulowanie zasad przekształceń ZOZ «

zmianie algorytmu zostaliśmy pozbawieni w sumie prawie miliarda złotych – nie zwiększono nam nakładów o 500 mln zł, jak wcześniej planowano i zaproponowano zmniejszenie o blisko 406 mln zł. Jestem zwolennikiem usamorządowienia tego systemu, czyli utworzenia samorządowych funduszy w regionach na wzór np. funduszy ochrony środowiska – większość środków pozostawałaby w regionie przy uwzględnieniu systemu wyrównawczego ze zwrotem kosztów za leczenie pacjentów spoza regionu. Fundusze te powinny pozostawać w gestii samorządu województwa jako samodzielne byty prawne. Pozwoliłoby to na prowadzenie racjonalnej polityki wydatkowania środków w regionie.

Można spotkać się z opinią, że organem założycielskim wszystkich szpitali samorządowych powinien być sejmik wojewódzki, bo powiaty sobie z tym nie radzą. Chciałby pan zarządzać jeszcze większą liczbą placówek i jeszcze większym długiem? Może wówczas skoordynowane byłyby działania według potrzeb regionu, a nie aspiracji lokalnych polityków?

Nie jestem zwolennikiem takiego rozwiązania. Problem nie leży w formie własności, ale w tym, aby racjonalnie zarządzać i aby środki na ten cel były wystarczające. Dlatego uważam, że jeżeli coś ma pozostać w gestii samorządu województwa, to właśnie środki pieniężne na zasadzie wspomnianych przeze mnie funduszy regionalnych.

Czas pokaże

W ustawie o zawodzie lekarza z 1996 roku istnieje zapis, że lekarz i lekarz dentysta może się doskonalić zawodowo poprzez uzyskiwanie *umiejętności z zakresu węższych dziedzin medycyny lub udzielania określonych świadczeń zdrowotnych*.

Jerzy Kruszewski

Główną tego zapisu był prawdopodobnie fakt, że takie formy doskonalenia zawodowego lekarzy są dostępne w innych krajach i również, w niewielkim zakresie, w naszym kraju. Bardzo ogólny zapis ustawy dość długo był martwy i nie skutkował wydaniem rozporządzenia, choć pojawiały się nowe inicjatywy, realizowane przez grupy lekarzy, często pod patronatem różnych naukowych towarzystw medycznych, organizowania szkoleń i wydawania „zaświadczeń” potwierdzających uzyskanie przez lekarza lub lekarza dentystę jakiejś umiejętności lub ukończenia szkolenia.

Rozporządzenie o umiejętnościach zostało wydane w 2007 roku. Realizując je podjęto działania w celu uruchomienia systemu. Jednak dość szybko, z przyczyn formalno-prawnych, rozporządzenie wygasło i prace te przerwano. Przygotowując nowe, mające na celu wypełnienie wspomnianej delegacji ustawy o zawodzie lekarza, ujednolicenie systemu i nadanie mu wysokiej rangi (certyfikat państwowy), należało też zastosować nowe zasady legislacji, jakie zaczęły obowiązywać w naszym kraju. Przyjęte niedawno

przez Radę Ministrów nowe założenia wykorzystują, z niewielkimi zmianami, rozwiązania poprzedniego rozporządzenia.

Przy tej okazji samorząd lekarski po raz kolejny zgłosił chęć przejścia od administracji organizacji logistyki tego systemu, do czego jednak nie doszło. W założeniach poprawiono definicję umiejętności, przyjmując propozycję samorządu podkreślającą czym różnią się one od specjalizacji. Pozwala to łatwiej odróżniać te dwa sposoby doskonalenia zawodowego. Ogólnie biorąc, wyraźnie widać, że założenia przewidują zasady uzyskiwania umiejętności analogiczne jak w przypadku specjalizacji (kwalifikacja, program, szkolenie, egzamin, zaświadczenie-certyfikat), jednak czas szkolenia jest zdecydowanie krótszy. Na wielu etapach realizacji uzyskiwania umiejętności przewiduje się udział samorządu lekarskiego i, zwłaszcza w realizacji szkoleń, odpowiednich naukowych towarzystw medycznych. Nie znalazł akceptacji postulat samorządu o potrzebie opisanie w akcie prawnym zasad tworzenia nowych umiejętności (kto może wnioskować, kto ma opiniować zasadność wniosku i w jaki sposób nową

umiejętność wpisuje się na listę). Po dyskusji, ile ma ich być na starcie, biorąc pod uwagę znane nam inicjatywy w tym względzie, należy się spodziewać, że mogą tu powstać problemy. Można też sądzić, że niektóre z obecnie istniejących specjalizacji o małym znaczeniu i popularności mogłyby w przyszłości stać się umiejętnościami. Nie znalazł też akceptacji inny, bardzo ważny zdaniem samorządu, postulat wynikający z obecnej praktyki płatników (NFZ) w zakresie wymogów kontraktowania, aby umiejętności nie można było wykorzystywać w ograniczaniu choremu dostępu do świadczeń. Jest to bardzo prawdopodobne, jeśli płatnik zechce wykorzystać umiejętności w wymogach kontraktowania, zwłaszcza we wstępnym okresie, kiedy lekarzy z certyfikatem umiejętności będzie mało.

Wkrótce należy się spodziewać rozporządzenia w tej sprawie. Czas pokaże czy zdobywanie umiejętności ma wpływ na poziom świadczeń medycznych w naszym kraju i czy w istotnym stopniu pomagają one zaspokajać potrzeby ochrony zdrowia.

AUTOR JEST PRZEWODNICZĄCYM KOMISJI KSZTAŁCENIA MEDYCZNEGO NRL

Plan finansowy 2011

Podstawowym źródłem przychodów NFZ jest składka zdrowotna zbierana przez ZUS i KRUS. Plan zakłada, że w 2011 r. przychody Funduszu z tytułu ściągальności składek przez ZUS wzrosną o 5 mld 149 mln zł.



Wojciech Marquardt

W stosunku do roku 2010 oznacza to skok do 110,35%. Przychody NFZ ze składek zbieranych przez KRUS zmniejszą się o 304,32 mln zł. Ich dynamika ściągальności wynosi za ledwie 91,06%, co oznacza spadek w stosunku do roku 2010. Niezależnie od tego składka zbierana przez ZUS i KRUS na ubezpieczenie zdrowotne w 2011 r. wyniesie ponad 58 mld zł. Na rok 2011 przychody z lat ubiegłych zaplanowano w kwocie 125 000 tys. zł, co stanowi 0,21% przychodów ogółem Funduszu na rok 2011. Przychody wynikające z rozliczeń z krajami członkowskimi UE za świadczenia zdrowotne zrealizowane na terenie Polski wyznaczono na poziomie 67,6 mln zł. Środki na realizację zadań zespołów ratownictwa medycznego w roku 2011 będą nie mniejsze niż w aktualnym planie finansowym Funduszu na rok 2010, tj. na poziomie 1 730 500 tys. zł. Przychody z pozostałej działalności Funduszu 38 468 tys. zł, darowizny 161 tys. zł, przychody finansowe 30 968 tys. zł, a inne przychody 38 307 tys. zł.

NFZ zakłada w 2011 r., że przychody Funduszu wyniosą łącznie 60,084 mld zł, tj. 108,8% zaplanowanych przychodów w 2010 r. (w bieżącym roku zaplanowano 55,249 mld zł). Czy więcej pieniędzy w kasie Narodowego Funduszu Zdrowia



Autor jest członkiem rady nadzorczej Narodowego Funduszu Zdrowia

Czy więcej pieniędzy w kasie Narodowego Funduszu Zdrowia przełoży się na poprawę jakości usług medycznych, zadowolenie pacjentów i lepsze warunki pracy lekarzy?

przełoży się na poprawę jakości usług medycznych, zadowolenie pacjentów i lepsze warunki pracy lekarzy?

Jaki podział na województwa?

Plan finansowy NFZ na 2011 r. zakłada, że z 60 mld zł – ogólnej kwoty przychodów 56, 649 mld zł zostanie przeznaczona na finansowanie świadczeń medycznych. Dla Centrali Funduszu zaplanowano 422 mln zł, do podziału w oddziałach wojewódzkich pozostanie więc 56,227 mld zł. Oznacza to, że do budżetu oddziałów wojewódzkich funduszu wpłynie o 4,7% więcej pieniędzy niż w tym roku. Ponad 580 mln zł Fundusz odprowadzi na rezerwę celową. Wiele jednak będzie zależało od podziału pieniędzy na województwa. Z planu NFZ na 2011 r. wynika, że część województw dotknie znacząca obniżka finansowania. Spadek wynika ze zmiany algorytmu, na podstawie którego dzielone są środki między poszczególne regiony.

Planowane koszty finansowania świadczeń opieki zdrowotnej przez dany oddział wojewódzki Funduszu w planie finansowym na rok 2011 nie mogą być niższe niż wysokość kosztów finansowania świadczeń opieki zdrowotnej przez ten oddział w planie finansowym NFZ na 2010 r. Zgodnie z rozporządzeniem ministra zdrowia dane, na podstawie których wyliczone zostały wielkości wskaźników ryzyka zdrowotnego dla poszczegól-



ných grup ubezpieczonych i grup świadczeń pochodziły z roku 2009. Liczba ubezpieczonych będąca podstawą podziału środków została określona według stanu na dzień 31 marca. W wyniku działania wyżej wymienionych wskaźników w sześciu oddziałach wojewódzkich Funduszu nastąpi spadek ich udziału w kwocie środków przeznaczonych na finansowanie świadczeń opieki zdrowotnej: Dolnośląski - 0,0757 p.p.; Łódzki - 0,358 p.p.; Mazowiecki - 0,7142 p.p.; Pomorski - 0,1838 p.p.; Śląski - 0,2963 p.p.; Zachodniopomorski - 0,0182 p.p. W przypadku pozostałych oddziałów wojewódzkich Funduszu nastąpił wzrost ich udziału w kwocie środków przeznaczonych na finansowanie świadczeń opieki zdrowotnej – stosunkowo najwyższy w Podkarpackim, Lubelskim i Świętokrzyskim Oddziale NFZ: odpowiednio o 0,4025 p.p., 0,1947 p.p. i 0,1881 p.p. Na zmianie zyskają te województwa, które dotychczas były pokrzywdzone: podkarpackie, lubelskie, warmińsko-mazurskie. Najwięcej tracą natomiast mazowieckie, śląskie, pomorskie.

Muszę podkreślić, że na świadczenia zdrowotne w oddziałach wojewódzkich Fundusz zaplanował o 336 mln zł mniej niż w 2010 r.

Mniej dla POZ i szpitali

Do podstawowej opieki zdrowotnej (POZ) może trafić 7,347 mld zł (71,244 mln zł ponad plan 2010 r.). Ambulatoryjna opieka specjalistyczna (ASO) otrzyma 4,175 mld zł, tj. o 51,168 mln zł mniej w stosunku do obecnego roku, na leczenie szpitalne przeznaczono 24,136 mld (2,590 mld zł poniżej planu 2010 r.). Straci także opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień, na które NFZ chce dać 1,812 mld zł, tj. o 173 mln zł mniej niż w planie na 2010 r. Mniej pieniędzy niż w roku obecnym dostaną także ośrodki wykonujące usługi opiekuńcze i pielęgnacyjne w ramach opieki długoterminowej. Na ten cel zaplanowano 916 mln zł, tj. o 30,476 mln mniej niż obecnie. O 53 mln zł wzrosną natomiast koszty świadczeń stomatologicznych, zostały bowiem oszacowane na poziomie 1,753 mld zł.

Wiecej na administrację NFZ

NFZ planuje dokonanie wzrostu kosztów administracyjnych w 2011 r. Podwyżka związana jest przede wszystkim

Samorząd lekarzy pyta: Skoro budżet NFZ wzrośnie o 4,8%, dlaczego kwota na leczenie w oddziale pomorskim wzrośnie tylko o 1,1%? Odpowiedź tkwi w algorytmie. Zmieniono go tak, że liczy się tylko liczba ubezpieczonych.

kim ze wzrostem kosztów zużycia materiałów i energii oraz kosztów wynagrodzeń. Zaplanowane na 2011 r. koszty administracyjne w wysokości 661 382 tys. zł są wyższe o 23 406 tys. zł od planowanych w 2010 r. Koszty wynagrodzeń stanowią około 47,2% kosztów administracyjnych Funduszu. Planowane przez NFZ podwyżki kosztów wynagrodzeń wyniosą 12 268 tys. zł, na wynagrodzenia zaplanowano 312 188 tys. zł. Na wynagrodzenia wraz z pochodnymi NFZ planuje wydać 376 085 tys. zł.

Konsekwencje zrównoważonego planu finansowego

Komisja Zdrowia najpierw odrzuciła plan budżetu NFZ na 2011 r. przedstawiony przez NFZ i zaakceptowany przez Radę Funduszu. W pierwotnym planie finansowym na 2010 r. NFZ przeznaczył na leczenie 54,18 mld zł. Wiosną okazało się, że wpływy ze składek są większe i dokonano zmian. Budżet przeznaczony na świadczenia zdrowotne urosł do 56,53 mld zł. Minister finansów podpisał nową wersję planu, ale dopiero w lipcu. A zgodnie z prawem minimum pieniędzy, jakie każdy oddział NFZ musi otrzymać w kolejnym roku, powinno być określone do 30 czerwca poprzedniego roku. Przykład: śląski NFZ miał 6,729 mld zł, po zmianie ma 7,019 mld zł. Gdyby minister się pośpieszył, 7 mld zł obowiązywałoby też jako minimum na przyszły rok.

Samorząd lekarzy pyta: Skoro budżet NFZ wzrośnie o 4,8%, dlaczego kwota na leczenie w oddziale pomorskim wzrośnie tylko o 1,1 %? Odpowiedź tkwi w algorytmie. Zmieniono go tak, że liczy się tylko liczba ubezpieczonych. Postanowiono w ten sposób zlikwidować różnicę między „biednymi” a „bogатыmi” oddziałami NFZ. W podobnej sytuacji znalazły się jeszcze cztery inne oddziały: kilkaset milionów straci Mazowsze i po kilkadziesiąt województwa śląskie i łódzkie, a także zachodniopomorskie, które wcale takie bogate nie jest. Za to na przykład na Podkarpaciu wydatki na leczenie mają wzrosnąć aż o 13%. W 2011 r. łączny spadek finansowania w województwach łódzkim, pomorskim, warmińsko-mazurskim, wielkopolskim oraz wymienionych powyżej wyniesie aż 864 mln zł.

Niespełnione obietnice premiera Tuska

Obecna trudna sytuacja stanie się w 2011 r. dramatyczna. Tylko w mazowieckim oddziale NFZ spadek finansowania w przyszłym roku w stosunku do planu NFZ na rok 2010 wyniesie 402 mln zł. Niewiele lepiej jest w województwie śląskim, które straci 200 mln zł. Mniej środków dostanie także dolnośląski oddział NFZ, który już w 2009 r. odnotował znaczne kłopoty.

Plan finansowy NFZ na 2010 r. wywołał falę niezadowolenia. W odpowiedzi NFZ zapewnił, że oddziały, dla których okazał się krzywdzący, dostaną dodatkowo 856 mln zł. Pieniądze będą pochodziły z funduszu zapasowego NFZ. Ma to utrzymać plany finansowe tych oddziałów na obecnym poziomie. Ale czy tak się stanie?

Należy podkreślić, że plan finansowy na 2011 r. opracowany przez NFZ został zaprezentowany i zaopiniowany przez sejmowe komisje przed upublicznieniem planów rządu dotyczących wzrostu podatku VAT. Zamiast spełnienia obietnic premiera Donalda Tuska dotyczących wzrostu składki zdrowotnej, będziemy mieli w 2011 r. wzrost podatków, a w konsekwencji pogorszenie sytuacji szpitali i przychodni, a także warunków pracy kadry medycznej w nich pracującej.

Wojciech Marquardt



OKIEM PREZESA

Sezon grzybiarski, więc jak grzyby po deszczu rodują się w Ministerstwie Zdrowia kolejne projekty zmian w przepisach prawa.

To dobrze, że rząd postanowił zająć się reformą ochrony zdrowia i mamy szansę opiniować zapowiadany od dawna pakiet ustaw zdrowotnych. Nowe rozwiązania są systemowi bardzo potrzebne. Najbardziej cieszy

fakt, że w niektórych zapisach widzimy rozwiązania proponowane przez samorząd lekarski od lat.

Oczywiście pojawiają się też pomysły krytykowane przez izby lekarskie,

jak chociażby likwidacja stażu podyplomowego, ale mam nadzieję, że etap konsultacji społecznych będzie na tyle mocny merytorycznie, że uda się siłą argumentów przekonać też do odstąpienia od niektórych rozwiązań.

Izby lekarskie wykonują szereg czynności przejętych od organów administracji państwowej. Te czynności – podobnie jak obowiązki każdego wykonującego określoną pracę – są dokładnie wyceńnione i po ich wykonaniu należy się zapłata. Kiedy pracodawca nie płaci – trzeba się

upomnieć, a jeśli to nie skutkuje – oddać sprawę do sądu. Izby lekarskie od lat wykonują czynności i otrzymują za nie zapłatę w wysokości mniejszej niż 40%. Naczelna Izba Lekarska w ten sposób nie otrzymała w latach 2007-2009 kwoty w wysokości ponad 3 mln 400 tys. zł. Przekazaliśmy ministrowi zdrowia wezwanie do zapłaty zaległych środków finansowych i czekamy na dokonanie odpowiedniego przelewu.

Ochrona praw lekarzy to temat, który bardzo zainteresował media, co nie dziwi w kontekście przypadków agresji w stosunku do lekarzy i lekarzy dentystów oraz naruszeń dóbr osobistych dotyczących zarówno indywidualnych lekarzy, jak i całego środowiska lekarskiego. Te

ostatnie będą zapewne przedmiotem pracy nowo wybranego przez Naczelną Radę Lekarską Rzecznika Praw Lekarzy. Krzysztofowi Kordełowi raz jeszcze gratuluję i życzę wytrwałości.

Przypadek chłopca, któremu w wakacje przeszczepiono wątrobę spowodował powrót do tematu transplantacji. W tym samym czasie Koleżanki i Koledzy lekarze zwrócili się do mnie z problemem transportu zwłok w celu pobrania organów do przeszczepu. Poprosiłem więc ministra zdrowia o przeanalizowanie tej kwestii i spowodowanie, aby przepisy bądź ich interpretacja nie powodowała zmniejszenia liczby potencjalnych dawców.

Maciej Hamankiewicz



Z notatnika rzecznika prasowego

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

Broker – umorzenie postępowania

„Konstanty Radziwiłł swoim zachowaniem nie dopuścił się popełnienia czynu zabronionego określonego w art. 296§1kk” – czytamy w uzasadnieniu do postanowienia o umorzeniu śledztwa w sprawie wyrażenia w okresie od 2008 r. do 21 stycznia 2010 r. znacznej szkody majątkowej poprzez nadużycie udzielonych uprawnień lub niedopełnienie ciężących obowiązków przez przedstawiciela NRL na szkodę NIL. „Podpisanie umowy z Ogólnopolską Grupą Brokerską Sp. z o.o. wynikało z konieczności dokapitalizowania spółki Medbroker i przegłosowane zostało na Zgromadzeniu Wspólników”.

Postanowienie prokuratora zostało wydane w czerwcu br., sprawa toczyła się na wniosek Prezydium ORL w Warszawie podpisany przez przewodniczącego Andrzeja Włodarczyka pod koniec piątej kadencji. Zarówno OIL w Warszawie, jak i NIL nie odwołały się od tego postanowienia, w związku z czym stało się ono prawomocne. Powyższa sprawa została przedstawiona NRL na posiedzeniu 3 września br. Przedmiot postępowania był przyczynkiem do wniosku o nieudzielenie absolutorium Naczelnej Radzie Lekarskiej na X Krajowym Zjeździe Lekarzy. Po dyskusjach zjazdowych absolutorium udzielono.

Wezwanie do zapłaty

Wezwanie do zapłaty sumy 3 432 136 zł za czynności przejęte w latach 2007-2009 przez Naczelną Izbę Lekarską od organów administracji państwowej przekazano 13 września br. ministrowi zdrowia. W sprawie aktualnie obowiązujących uregulowań dotyczących tej kwestii, NRL zdecydowała o wystąpieniu do Trybunału Konstytucyjnego z wnioskiem o zbadanie zgod-

ności z Konstytucją RP przepisów rozporządzenia ministra zdrowia z 18 maja 2010 r. w sprawie przekazywania izbom lekarskim środków finansowych na pokrycie kosztów czynności wykonywanych przez izby lekarskie.

Prezydium o specjalizacjach

Obszernej dyskusję na posiedzeniu Prezydium NRL wywołał projekt rozporządzenia ministra zdrowia zmieniającego rozporządzenie w sprawie specjalizacji lekarzy i lekarzy dentystów. Analizowano kwestie wynagrodzenia za dyżur, rezydentur, dodatkowych punktów w postępowaniu kwalifikacyjnym. Podjęto stanowisko, w którym Prezydium NRL m.in. sprzeciwia się proponowanej zmianie, aby lekarze odbywający szkolenie specjalizacyjne na podstawie umowy o pracę pełnili dyżury w oparciu o umowę cywilnoprawną i popiera możliwość zdobycia dodatkowych punktów, np. za publikacje naukowe oraz za posiadanie stopnia naukowego (przez osoby posiadające tytuł naukowy doktora nauk medycznych w dyscyplinie naukowej zgodnej z kierunkiem specjalizacji).



Rzecznik Praw Lekarzy

3 września br. Naczelna Rada Lekarska wybrała Krzysztofa Kordela na stanowisko Rzecznika Praw Lekarzy. Rzecznik ma koordynować prace rzeczników okręgowych, którzy zostali powołani w trzynastu izbach oraz występować w obronie godności zawodu lekarza i środowiska lekarskiego. Do jego zadań będzie na-

leżała m.in. pomoc prawna, pozyskiwanie ekspertyz biegłych oraz współpraca z mediami. Krzysztof Kordel z wykształcenia jest medykiem sądowym, od 12 lat zajmuje się prawem medycznym, w Wielkopolskiej Izbie Lekarskiej pełni funkcję prezesa ORL.

Pomoc powodzianom

31 sierpnia br. zakończyła się zbiórka publiczna organizowana w celu pomocy lekarzom poszkodowanym w wyniku powodzi. Kwota zebrana ze zbiórki publicznej wyniosła 32 251,45 zł.

Ogłoszenie w tej sprawie jest zamieszczone w Biuletynie NRL. Po powodzi wsparcia finansowego udzieliły poszkodowanym również okręgowe izby lekarskie m.in. w formie zapomóg. Na stronie internetowej NIL znalazły się podziękowania zarówno dla wszystkich tych, którzy wpłacili środki finansowe na konto zbiórki publicznej, jak i dla izb, które pomogły Koleżankom i Kolegom lekarzom.

„Lekarze Lekarzom”

Sytuacja powodziowa oraz konieczność udzielenia pomocy spowodowały decyzję NRL o utworzeniu Fundacji „Lekarze Lekarzom”.

Celami Fundacji ma być m.in. działalność w zakresie pomocy społecznej, materialnej i finansowej w celu poprawy warunków życia lekarzy oraz owdowiałych małżonków lekarzy, znajdujących się w trudnej sytuacji materialnej, także z powodów klęsk żywiołowych i innych nadzwyczajnych zdarzeń, pomoc dzieciom zmarłych lekarzy oraz wspieranie różnorodnych form opieki społecznej dla lekarzy emerytów, rencistów.

k.stralkowska@hipokrates.org

Więcej informacji w Newsletterze NIL.

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

Pracownicy to inwestycja

W dniach 9-10 września odbyła się w Brukseli zorganizowana przez prezydencję belgijską konferencja na ważny temat przyszłości kadr medycznych w UE. Z udziałem komisarza ds. zdrowia i ochrony konsumentów Johna Dalli debatowano nad coraz powszechniejszym kryzysem dotyczącym zwłaszcza liczby lekarzy i pielęgniarek. Pracownicy ochrony zdrowia to 10% siły roboczej UE. Starzeniu się Europy towarzyszy coraz większe zapotrzebowanie na fachowców z tej dziedziny. W wielu krajach Unii obserwuje się zmniejszające się zainteresowanie młodzieży wyborem zawodów medycznych, liczne od-



Państwa muszą zapewnić wysoką atrakcyjność zawodów medycznych.

chodzenie od nich (często już w czasie studiów), narastająca feminizację (z czym wiążą się problemy długich przerw w życiu zawodowym) i wcze-

sne odchodzenie na emeryturę, a w efekcie coraz częstsze problemy z obsadzeniem stanowisk w systemach ochrony zdrowia i opieki długoterminowej. W czasie kryzysu finansowego wielu polityków traktujących ochronę zdrowia tylko jako koszt skłania się do ograniczania wydatków na zdrowie. Skutki tego mogą już niebawem odbić się na stanie zdrowia społeczeństw (a zwłaszcza najsłabszych grup), ale także na stanie gospodarki poszczególnych krajów i całej UE. Zdrowie bowiem to inwestycja w rozwój gospodarczy.

Co zatem zrobić, aby osiągnąć dwa cele, jakimi są wysoka jakość i odpowiednia liczba profesjonalistów medycznych? Państwa muszą zapewnić wysoką

atrakcyjność zawodów medycznych. Można to osiągnąć poprzez odpowiednie finansowanie systemów ochrony zdrowia, zapewnienie pracownikom medycznym dobrych warunków pracy (w tym czasu pracy bezpiecznego dla nich i ich pacjentów), wynagrodzeń na konkurencyjnym poziomie, przyjaznej ścieżki rozwoju zawodowego (w tym poprzez wspieranie przez państwa ciągłego rozwoju zawodowego na wysokim poziomie) oraz dopuszczenie środowisk medycznych do współdecydowania o niezbędnych rozwiązaniach. Szkoda tylko, że wśród obecnych ministrów i wiceministrów zdrowia Polskę reprezentowała jedynie pani dyrektor z Departamentu Pielęgniarek i Położnych MZ.

Konstanty Radziwiłł

Przed nami więcej pracy

Nowe regulacje dotyczące odpowiedzialności zawodowej z pewnością wpłyną na pracę Naczelnego Sądu Lekarskiego. Z Wojciechem Łackim – nowym przewodniczącym NSL rozmawia Agnieszka Katrynicz.

Agnieszka Katrynicz: Dość niespodziewanie został pan przewodniczącym sądu. Czy to była niespodzianka także dla pana?

Wojciech Łacki: Nie nazywałbym tego niespodzianką. W Naczelnym Sądzie Lekarskim jestem od 16 lat. Byłem w poprzedniej kadencji wiceprzewodniczącym, cieszyłem się uznaniem i sympatią koleżanek i kolegów. To zdecydowało o moim kandydowaniu. Niespodzianką można nazwać wybór przewodniczącego spoza Warszawy, ale nie jestem pierwszym przewodniczącym spoza stolicy. Nawiasem mówiąc reprezentuję również stolicę, tyle że tę pierwszą.

Jak będzie wyglądała praca Naczelnego Sądu Lekarskiego pod pana przewodnictwem?

Praca Naczelnego Sądu Lekarskiego regulowana jest zarówno ustawą, jak i regulaminem w formie uchwały Krajowego Zjazdu Lekarzy. Narzuca to szereg rygorów, szczególnie których niedochowanie może mieć poważne skutki dla przebiegu postępowania

przed sądem. Będę starał się o to, aby przede wszystkim zachowana była procedura postępowania. Będę chciał również poczynić jak najwięcej starań, aby poziom orzekania był jak najwyższy.

Jak można podnieść poziom orzekania? Od dłuższego czasu mówi się np. o konieczności zatrudniania zawodowych sędziów...

Przed wszystkim poprzez permanentne szkolenie sędziów w procedurze i zasadach oceny dowodów. Sędziowie orzekają na zasadzie swobodnej oceny dowodów, ale powinni posiadać przede wszystkim umiejętność odpowiedniego ich klasyfikowania. Wartość dowodu w dużej mierze przesądza o winie lub jej braku. Ważne jest jak oceniać np. opinie biegłych. Co do zatrudniania sędziów zawodowych, to byli oni już obecni w składach orzekających Naczelnego Sądu Lekarskiego. Zmiana ustawy o sądownictwie uniemożliwiła taką opcję. Sędziowie zawodowi świetnie znali się na procedurze i doskonale poruszali się w meandrach

przepisów postępowania, co było szczególnie potrzebne, gdy na sali rozpraw pojawiał się zawodowy obrońca. W takiej konfrontacji sędziowie-lekarze mieli czasem problemy, ale jak pokazało życie radzą sobie z tym obecnie całkiem dobrze. Temat co pewien czas powraca, ale wydaje się, że orzecznictwo korporacyjne będzie nadal funkcjonowało bez sędziów zawodowych i bezwzględnej potrzeby ich obecności, przynajmniej dzisiaj, nie ma.

Jak nowe regulacje dotyczące odpowiedzialności zawodowej, zawarte w nowej ustawie o izbach, wpłyną na pracę sądu? Będzie więcej spraw czy mniej?

Spodziewamy się więcej pracy, ponieważ przybyło nam, między innymi, rozpatrywanie zażaleń na umorzenie postępowania przez rzecznika odpowiedzialności zawodowej. Owszem ubędą nam sprawy pierwszoinstancyjne – dotyczących tzw. osób funkcyjnych w samorządzie – ale ich odsetek był niewielki. Poza tym dochodzi jeszcze wykonywanie prawomocnych orzeczeń. Jesteśmy jednak przygotowani na większe obowiązki, mimo coraz mniejszej liczby sędziów chętnych do pracy w sądzie.

No właśnie brakuje ponad 20 osób do pełnego składu sądu. Jak zamierza pan namówić koleżanki i kolegów, by

zechcieli podjąć ten trud?

To trudne pytanie, a jeszcze trudniejsze zadanie. Do tego typu działalności, która jest przecież niczym innym jak penalizacją działań lekarskich, każdy chętny musi dojrzeć. Nie da się go namówić bez jego wewnętrznego przekonania. Można jedynie, obserwując koleżanki i kolegów w naszym najbliższym otoczeniu, „wyłowić” tych, którzy posiadają predyspozycje do pełnienia tak zaszczytnej, ale i bardzo odpowiedzialnej funkcji. Będę więc sugerował aktualnie urzędującym sędziom oraz tym, którzy już nie orzekają, aby rozglądali się wokół siebie.

Czy rozszerzony katalog kar może być większym straszakiem, może bardziej mobilizować do innego zachowania?

- Jeśli dokładnie przyjrzymy się palecie kar, to mimo zwiększenia ich liczby, mogą być one korzystniejsze dla obwinionych lekarzy. Za przykład podam karę ograniczenia zakresu czynności w wy-

Kary w orzecznictwie lekarskim nie mają być straszakiem, bo popełnienie przewinienia zawodowego jest w zdecydowanej części nieumyślne. Lekarz nie planuje popełnienia błędu.

konywaniu zawodu lekarza. Dotychczas można było jedynie zawiesić prawo wykonywania zawodu, co jest „śmiercią” zawodową lekarza. Ograniczenie czynności pozwala zawód wykonywać, ale tylko w pewnym zakresie. Kary w orzecznictwie lekarskim nie mają być straszakiem, bo popełnienie przewinienia zawodowego jest w zdecydowanej części nieumyślne. Lekarz nie planuje popełnienia błędu. Kary mają mieć aspekt również wychowawczy. Nie mogą „niszczyć” lekarza.

Jak to, że pacjent może być stroną w sprawie, wpływa na przebieg rozpraw? Czy oznacza to, że teraz postępowania będą się przewlekać?

Pacjent jest zainteresowany jak najszybszym rozstrzygnięciem postępowania, więc nie ma interesu w przewlekaniu sprawy. To, że staje się stroną, daje mu uprawnienia również do zgłaszania wniosków dowodowych, ale nie powinno to wydłużać postępowania.

Już dziś słychać narzekania na przewlekłość postępowań. Jak zamierza pan to zmienić? Usprawnić?

Przewlekłość postępowania to wada nie tylko lekarskiego wymiaru sprawiedliwości. Postępowanie może przewlekać się zarówno na etapie postępowania wyjaśniającego przed rzecznikiem, jak i przed sądem. Ma na to wpływ kilka czynników. Po pierwsze, postępowanie wyjaśniające przed rzecznikiem odpowiedzialności zawodowej, trudne i bardzo ważne w kontekście wizerunku korporacyjnej Temidy, często było oceniane jako przewlekłe, ale głównie dlatego, że ustawowy czas zakończenia tego postępowania był zbyt krótki. Wynosił zaledwie trzy miesiące. Został wydłużony do 6 miesięcy, ale to też niezbyt wiele czasu. Jako główni hamulcowi w postępowaniu również przed sądem lekarskim są obwiniani lekarze i ich pełnomocnicy, którzy wykorzystują wszelkie możliwe chwyt i kruczki prawne, aby postępowanie przewleć. Bardzo często spotykana praktyką są zwolnienia lekarskie wydawane lekarzom, wobec których prowadzone jest postępowanie, np. na jeden dzień. A kto te zwolnienia wydaje nie muszę chyba mówić. Oczywiście można przeprowadzić rozprawę bez obecności obwinionego lekarza, jeśli uchyla się notorycznie, nie odbierając korespondencji zawiadamiającej go o terminach rozprawy.

Powodem przewlekania się postępowań »

fot: Mateusz Gajda

przed sądem jest często fakt, że z powodu odwołań od orzeczeń sądów okręgowych sprawy cofane są do ponownego rozpoznania. Podniesienie poziomu orzekania, o którym wspominałem wcześniej, to również sposób na ograniczenie skali przewlekłości.

Jak wygląda statystyka, jeśli chodzi o skargi, które jeden lekarz składa na drugiego?

Nie obserwuję wzrostu liczby tych spraw i mam nadzieję, że coraz mniej takich spraw będzie trafiało do sądów lekarskich. Pojawiła się możliwość mediacji między stronami, co może zakończyć spór już na etapie rzecznika. Duża tu rola komisji etyki, którym bardzo często udaje się skutecznie zakończyć konflikt między lekarzami, z pominięciem organów odpowiedzialności zawodowej.

Czyli ustanowienie mediatora może usprawnić pracę sądu?

Tak, mediator może zakończyć sprawę zanim ujrzy ona światło dzienne, i to nie będzie „zamiatanie spraw lekarskich pod dywan”. Mediacja przyspieszy rozstrzygnięcie sporu, a szybkość załatwiania konfliktów tą drogą to podstawowa zaleta.

Czy problem zmowy środowiskowej – a często to zarzuca się lekarzom – jest rzeczywście tak duży? I jak z tym walczyć?

- Czy to duży problem? To trudne pytanie. Nie mamy wiedzy o skali zjawiska. Zmowa środowiskowa, to również zmowa milczenia, zatajanie pewnych faktów, jakby nie było w dość hermetycznym środowisku. Oczywiście wszystkim otwierają najczęściej publikacje w prasie lub telewizji, które z tego żyją. Myślę, że nastał czas, aby nie zatajać takich faktów i rozwiązywać problem w ramach korporacji, która ma wiele możliwości, aby skutecznie pomagać lekarzom w sytuacjach, gdy ta pomoc jest potrzebna. Wydaje się, że największy problem to uzależnienie lekarzy od alkoholu, leków i narkotyków. Tu musimy być czujni i pomagać najszybciej jak to jest możliwe.

No właśnie, coraz częściej słychać o przypadkach, gdy lekarz przyjmuje pod wpływem alkoholu – niedawno jeden z ordynatorów na chirurgii dziecięcej przyjmował mając dwa promile we krwi... Jak pan reaguje na takie sytuacje?

Jest to porażka lekarza, więc w pewnym sensie i naszej korporacji. Nie miałem jeszcze okazji reagować na taką sytuację, ale z pewnością wykrystalizowałbym możliwość poddania takiego lekarza badaniu przed komisją rady okręgowej, która oceni jego stopień uzależnienia, ukierunkuje leczenie, określi czas zawieszenia prawa

wykonywania zawodu i oceni szanse na powrót do czynności zawodowych.

Jakie sankcje powinny spotkać lekarza, który przyjmuje „pod wpływem”?

Odpowiedziałem już częściowo przy poprzednim pytaniu. Należy zaznaczyć, że lekarz popełnia również przestępstwo, ścigane postępowaniem karnym. Z naszej strony powinien poddać się ocenie komisji specjalnej, wytycznym co do leczenia uzależnienia i powinien mieć zawieszone prawo wykonywania zawodu,

dopóki komisja nie stwierdzi, że może wrócić do swojej profesji.

Są takie sprawy, których się pan obawia? Wolałby pan, by nigdy nie trafiły na wokandy?

Przez lata mojej pracy w sądzie miałem do czynienia z bardzo różnymi sprawami, łącznie z sądzeniem lekarza, który zabił swoją żonę, a potem upozorował zatrucie lekami i wkrótce po pogrzebie najspokojniej w świecie wyjechał na wakacje. Najgorsze są sprawy, w których lekarze wykorzystują swoją wiedzę medyczną do popełnienia przestępstwa, działają z niskich pobudek. To często odbiera wiarę w misję naszego zawodu. Na szczęście to margines wokandy.

rozmawiała Agnieszka Katrynicz

TAK czy NIE?

* Każdy aspekt działalności, a szczególnie wykonywanie zawodu wymagającego wyjątkowych kwalifikacji, obciążony jest ryzykiem wyrządzenia szkody. Pewną zasadą jest to, że kto wyrządzi szkodę, obowiązany jest do jej naprawienia. *

Jerzy Gryko

Zakres odpowiedzialności łączy się z zakresem pełnej rekompensaty szkód poniesionych w trakcie wykonywania usługi medycznej, a więc łączy się w efekcie z ponoszeniem znacznych ciężarów finansowych. Ubezpieczenie odpowiedzialności cywilnej stanowi zabezpieczenie i złagodzenie obciążeń, głównie finansowych, powstałych z tytułu szkód zaistniałych przy wykonywaniu zawodu lekarza.

Roszczeniowość pacjentów systematycznie wzrasta, a to spowodowało wprowadzanie przez ustawodawcę kolejnych opcji ubezpieczeń obowiązkowych odpowiedzialności cywilnej lekarza. Równolegle funkcjonują ubezpieczenia dobrowolne.

Przepisy ustawy z 2 grudnia 2009 r. o izbach lekarskich zmieniły ustawę z 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentystry, wprowadzając delegację ustawową dla ministra finansów do opracowania w formie rozporządzenia szczegółowego zakresu ubezpieczenia obowiązkowego, terminu powstania obowiązku ubezpieczenia oraz indywidualnych sum gwarancyjnych. Takie rozporządzenie weszło w życie 12 czerwca 2010 r. Powstał wówczas obowiązek posiadania przez lekarzy no-

wego ubezpieczenia obowiązkowego. Ubezpieczenie to nie zastępuje dotychczas funkcjonujących, tj. ubezpieczenia podmiotu przyjmującego zamówienia na świadczenia zdrowotne oraz ubezpieczenia świadczeniodawcy udzielającego świadczeń opieki zdrowotnej w ramach kontraktu z NFZ.

Ubezpieczeniem obowiązkowym

OC lekarzy i lekarzy dentystrów wykonujących zawód na terenie RP objęta jest odpowiedzialność cywilna za szkody wyrządzone działaniem lub zaniechaniem ubezpieczonego, które miało miejsce w okresie trwania ochrony ubezpieczeniowej przy wykonywaniu czynności zawodowych.

Obowiązkowi ubezpieczenia od 12 czerwca br. podlegają lekarze i lekarze dentyści spełniający łącznie następujące wymagania:

wykonyują zawód na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, wykonują zawód w zakładzie opieki zdrowotnej lub w ramach indywidualnej i indywidualnej specjalistycznej praktyki lekarskiej oraz grupowej praktyki lekarskiej.

Obowiązkowe lub dobrowolne

Zatem ubezpieczenie obowiązkowe OC nie obejmuje swoim zakresem szkód: wyrządzonych przez ubezpie-



zonego po pozbawieniu go prawa do wykonywania zawodu, a także w okresie zawieszenia prawa do wykonywania zawodu, chyba że szkoda jest następstwem wykonywania zawodu przed pozbawieniem prawa do wykonywania zawodu lub zawieszenia, polegających na uszkodzeniu, zniszczeniu lub utracie rzeczy, polegających na zapłacie kar umownych, powstałych wskutek działań wojennych, rozruchów i zamieszek, a także aktów terroru.

W przypadku dobrowolnego ubezpieczenia OC lekarzy i przedstawicieli innych zawodów medycznych firma ubezpieczeniowa udziela ochrony ubezpieczeniowej, gdy w związku z określoną we wniosku i umowie ubezpieczenia działalnością polegającą na udzielaniu świadczeń zdrowotnych lub posiadaniem mienia zaistnieją zdarzenia, w następstwie których ubezpieczony zobowiązany jest do naprawienia szkody.

Trzeba podkreślić, że warunki ogólne naszych dobrowolnych ubezpieczeń przewidują, że wyłącza się spod ich ochrony czynności objęte >>



Autor jest lekarzem dentystą, skarbnikiem ORL w Białymstoku, członkiem Zespołu ds. Ubezpieczeń Lekarzy i Lekarzy Dentystrów NRL.

obowiązkowym ubezpieczeniem, więc z upływem terminu ważności polisy dobrowolnych wygaśnie ich ochrona w zakresie czynności zawodowych. Czy posiadanie polisy dobrowolnego ubezpieczenia obok obowiązkowego jest zatem korzystne dla lekarza?

Nasze doświadczenia z ubezpieczycielami wskazują najczęściej, że jeżeli zawarliśmy już jakiegokolwiek ubezpieczenie, często mamy kłopoty z uzyskaniem odszkodowań ubezpieczeniowych. Równie często jesteśmy przekonani, że firma chętnie pobiera składki, ale przy wypłacie odszkodowań mnoży trudności. Najczęściej podawanym powodem jest w takiej sytuacji wadliwy sposób zawarcia umów ubezpieczenia lub niedotrzymania przez nas warunków umowy. Po prostu: źle się ubezpieczamy! Nigdy bowiem nie potrafimy przewidzieć wszystkiego, co może nam się przydarzyć i narazić na straty, a ubezpieczyciel rzadko pokrywa finansowe skutki wszystkich zgłoszonych szkód.

Idealne są drogie

Klient zawierający ubezpieczenie powinien być aktywny na każdym etapie procesu formułowania umowy ubezpieczenia dobrowolnego. Idealnych ubezpieczeń nie ma albo są bardzo drogie. Wiedząc, co chcemy ubezpieczyć, musimy szukać najlepszego rozwiązania (można w tym celu skorzystać z usług brokera ubezpieczeniowego). Analizując i porównując ubezpieczenia dobrowolne z obowiązkowymi widzimy wiele cech wyróżniających dobrowolne OC.

Ubezpieczenie obowiązkowe OC lekarzy dotyczy wyłącznie szkód wyrządzonych podczas wykonywania czynności zawodowych przez lekarza objętego ochroną ubezpieczeniową. Ubezpieczenie dobrowolne pozwala rozszerzyć tę odpowiedzialność o szkody wyrządzone podczas wykonywania działalności gospodarczej związanej z prowadzeniem gabinetu, NZOZ-u itp. oraz posiadaniem mieniem. Oznacza to, że ochroną ubezpieczeniową mogą być objęte osoby, za które lekarz ponosi odpowiedzialność (np. asystentka stomatologiczna, pielęgniarka, zatrudniony personel) oraz wszelkie szkody osobowe lub rzeczowe, którym ulega pacjent w miejscu, gdzie lekarz prowadzi działalność.

W dobrowolnym OC można wprowadzić dodatkowe opcje rozszerzające ochronę ubezpieczeniową. Może to być np. ochrona prawna lub OC pracodawcy, chroniące interes pracodawcy, kiedy

pracownik ulegnie w pracy wypadkowi. Objęte ochroną mogą być również szkody polegające na utracie rzeczy powierzonych lub przechowywanych, które są wyłączone w obowiązkowych ubezpieczeniach OC. Dodatkową klauzulą możliwą do wprowadzenia w ramach dobrowolnego OC jest klauzula najemcy obejmująca zarówno szkody w nieruchomościach wynajmowanych przez ubezpieczonego, jak i szkody w ruchomościach objętych umową użyczenia lub leasingu. Istotne jest rozszerzenie odpowiedzialności lekarza za szkody wynikłe z wadliwego wykonania prac i usług spowodowane przez wypadki ubezpieczeniowe powstałe po przekazaniu odbiorcy przedmiotu tych usług (np. w pracy lekarza dentystry w obszarze protetyki lub ortodoncji).

Z uwagi na brak jednoznacznej wykładni co do zakresu ochrony ubezpieczeniowej obowiązkowego ubezpieczenia OC lekarzy w przypadku udzielania pomocy ofiarom wypadków lub tzw. pomocy sąsiedzkiej trudno jednoznacznie stwierdzić, czy zachodzi w takich sytuacjach odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu ubezpieczenia obowiązkowego. Tego typu przypadki są jednak objęte ochroną w ubezpieczeniu dobrowolnym, którą można poszerzyć o szkody wyrządzone poza terenem RP.

Czy warto?

Bardzo często warunkiem skorzystania z preferencyjnych stawek w obowiązkowych ubezpieczeniach odpowiedzialności cywilnej podmiotu przyjmującego zamówienia na świadczenia zdrowotne i odpowiedzialności cywilnej świadczeniodawcy udzielającego świadczeń opieki zdrowotnej jest posiadanie aktualnej polisy dobrowolnego OC. Często firmy ubezpieczeniowe oferują też znaczne zniżki w ubezpieczeniach majątkowych (samochodu, gabinetu, domu, działki itp.), uzależniając je od posiadania aktualnej polisy ubezpieczenia dobrowolnego.

Na uwagę zasługuje fakt, że aktualnie obowiązują trzy obowiązkowe ubezpieczenia OC lekarzy i wyraźnie widoczny jest brak możliwości zawarcia jednej scalonej umowy ubezpieczeniowej. Te obligatoryjne ubezpieczenia chronią lekarskie praktyki w pełnym i satysfakcjonującym środowisku zakresie. Zasadne jest więc zawarcie jeszcze polisy dobrowolnego ubezpieczenia OC – tę kwestię każdy musi jednak rozważyć indywidualnie.

Jerzy Gryko

Kupujemy kasę fiskalną

Rozpoczęty w poprzednim numerze cykl artykułów na temat obowiązku posiadania przez lekarzy kas fiskalnych cieszy się ogromnym zainteresowaniem Czytelników. Do redakcji napłynęło wiele pytań na które, na łamach „Gazety”, będziemy odpowiadać.

Marzena Bojarczuk

Kwestie związane z obowiązkiem posiadania kas fiskalnych przez niektóre grupy podatników, m.in. przez lekarzy, reguluje rozporządzenie ministra finansów w sprawie zwolnień z obowiązku prowadzenia ewidencji przy zastoso-

Gdzie kupić kasę i co z nią zrobić?

Wraz z informacją o podpisaniu przez ministra finansów rozporządzenia w sprawie kas rejestrujących na łamach prasy (nie tylko branżowej), w Internecie i innych środkach masowego przekazu pojawiło się wiele ogłoszeń producentów i dystrybutorów tego rodzaju urządzeń. Na rynku jest wiele ich modeli i rodzajów. Przy zakupie należy koniecznie zwrócić uwagę na to, czy producent kasy posiada decyzję ministra finansów uznającą, że dany model kasy rejestrującej spełnia warunki i kryteria techniczne. To jeden z warunków niezbędnych do uzyskania ulgi na zakup kasy.

Zakup kasy to dopiero początek „fiskalnej” drogi. Najpierw trzeba dopełnić wielu urzędowych formalności:

- Zgłosić do urzędu skarbowego liczbę kas rejestrujących i miejsce (adres) ich używania. Takie zgłoszenie nale-

ży złożyć na piśmie przed terminem rozpoczęcia ewidencjonowania.

- Dokonać fiskalizacji kasy. Jest to jednokrotna i niepowtarzalna czynność inicjująca pracę modułu fiskalnego kasy. Po przeprowadzeniu przez serwis tej operacji, za pomocą kasy można prowadzić tylko sprzedaż w trybie fiskalnym.
- Zgłosić kasę do naczelnika urzędu skarbowego w celu otrzymania jej numeru ewidencyjnego. Trzeba to zrobić w terminie 7 dni od dnia fiskalizacji urządzenia. Numer ewidencyjny należy trwale nanieść na obudowę kasy. Jest on identyczny z numerem książki kasy i nie może być przypisany innym urządzeniom.

Obsługa urządzenia rejestrującego nie jest bardziej skomplikowana niż obsługa średniej klasy telefonu komórkowego lub osobistego komputera – wystarczy dokładnie zapoznać się z instrukcją użytkowania i nie obawiać się zadawać pytań sprzedawcy i pracownikom serwisu.

W tym odcinku poradnika publikujemy pierwszą część odpowiedzi na pytania Czytelników. Za wszystkie pytania dziękujemy i zachęcamy do zadawania kolejnych. Adres redakcji i adres mailowy: marzena.bojarczuk@hipokrates.org są do Państwa dyspozycji. Jednocześnie informujemy, że odpowiadamy wyłącznie na pytania dotyczące kas fiskalnych w gabinetach lekarskich, a odpowiedzi udzielamy wyłącznie na łamach „Gazety Lekarskiej”. •

Pytania Czytelników

Czy prowadząc praktykę stomatologiczną w 2 miejscach mam obowiązek posiadania 2 kas fiskalnych – osobno dla każdego adresu?

W przypadku prowadzenia działalności w kilku miejscach (więcej niż jednym gabinecie) istnieje obowiązek posiadania urządzenia rejestrującego w każdym z nich. Zgłoszenia o liczbie i miejscach zainstalowania kas fiskalnych dokonuje się w urzędzie skarbowym przed rozpoczęciem ewidencjonowania przychodów.

Czy w razie awarii kasy muszę mieć zapasową? Jeśli tak, to czy koszt jej zakupu również podlega refundacji?

Podatnik sam musi podjąć decyzję o zakupie zapasowej kasy. Trzeba jednak pamiętać, że w przypadku awarii urządzenia nie można prowadzić działalności i ewidencji przychodów, zatem zakup dodatkowego urządzenia jest uzasadniony. Podobnie należy rozważyć zakup dodatkowego źródła zasilania w przypadku np. przerw w dostawie energii elektrycznej (urządzenia na baterie lub akumulator itp.). Refundacji podlegają koszty zakupu każdej z kas, jednak do ustalonego limitu – 90% ceny kasy netto, nie więcej niż 700 zł za każde z urządzeń.

Jak wygląda sytuacja lekarzy udzielających świadczeń zdrowotnych w ramach prowadzonej przez siebie prywatnej praktyki w oparciu o kontrakt z ZOZ-em? Czy na sytuację będzie miał wpływ charakter udzielanych na rzecz pacjenta świadczeń, tzn. czy dane świadczenie jest lub nie jest refundowane przez NFZ – w tym drugim przypadku pacjent, co prawda, płaci za świadczenie, ale zakładowi opieki zdrowotnej, a nie lekarzowi.

W obu przypadkach nie ma rozliczeń finansowych pomiędzy NFZ lub pacjentem a praktyką lekarską – to ZOZ pozostaje stroną rozliczeniową zarówno w przypadku świadczeń finansowanych ze środków publicznych (NFZ), jak i bezpośrednio przez pacjentów. Obowiązek posiadania urządzenia rejestrującego, tzn. kasy fiskalnej mają lekarze udzielający świadczeń w tzw. obrocie konsumckim. Dotyczy to wyłącznie sytuacji, kiedy pacjent z własnych środków płaci lekarzowi prowadzącemu prywatną praktykę za udzielone świadczenie. W opisanym przypadku, w świetle uregulowań finansowych, to nie lekarz jest stroną transakcji, a zakład opieki zdrowotnej. W tej sytuacji lekarz nie musi mieć kasy fiskalnej.

Gdzie w Europie

REKLAMA

Stosowanie kas fiskalnych przy udzielaniu świadczeń z zakresu stomatologii

Marek Szewczyński

Lekarze dentyści oraz jednostki organizacyjne udzielające świadczeń w zakresie stomatologii nie mają obowiązku stosować kas fiskalnych w Austrii, Danii, Finlandii, Hiszpanii, Holandii, Irlandii, Islandii, na Malcie, w Niemczech, Turcji oraz na Węgrzech.

W Austrii, Danii oraz Finlandii świadczeniodawcy nie muszą stosować kas fiskalnych – mogą rejestrować przychody w inny sposób.

W Turcji przed ok. 15 laty kasy fiskalne były obowiązkowo stosowane przez świadczeniodawców funkcjonujących w formie spółek. Jednakże wymóg ten zniesiono po jakimś czasie.

W Irlandii, podobnie jak w Islandii, Hiszpanii, Niemczech, na Malcie oraz na Węgrzech nigdy nie próbowano wprowadzić obowiązku stosowania kas fiskalnych w stomatologii. W Niemczech ok. 80% przychodów lekarzy dentystów pochodzi z kontraktu z kasami chorych, a więc lekarze niemalże nie uzyskują środków pochodzących z opłat wnoszonych bezpośrednio przez pacjentów.

Obowiązek stosowania kas fiskalnych także przy udzielaniu świadczeń w zakresie stomatologii istnieje natomiast w Bułgarii, Włoszech, Szwecji, na Litwie oraz Łotwie.

W Bułgarii obowiązkowe stosowanie kas fiskalnych obejmuje wszystkich przedsiębiorców. W odniesieniu do lekarzy dentystów

obowiązek został wprowadzony ok. 10 lat temu.

Na Litwie oraz Łotwie ogólny obowiązek stosowania kas fiskalnych obejmuje także świadczeniodawców z zakresu ochrony zdrowia. Obowiązek istnieje od ok. 15 lat na Litwie i od 2003 r. na Łotwie.

We Włoszech obowiązek stosowania kas fiskalnych istnieje od dawna – został wprowadzony przed 1980 r.

W Szwecji 1 stycznia 2010 r. weszła w życie ustawa o kasach fiskalnych, której stosowanie przesunięto ze względów technicznych na dzień 1 lipca 2010 r. Każdy, kto sprzedaje towary lub świadczy usługi, musi posiadać kasę fiskalną. ●

Materiał został opracowany na podstawie informacji przekazanych Komisji Stomatologicznej NRL przez organizacje lekarsko-dentystyczne należące obok Naczelnej Izby Lekarskiej do Rady Europejskich Lekarzy Dentystów (Council of European Dentists, CED).

CZY SPECJALIZACJA W STOMATOLOGII JEST POTRZEBNA?

Taniec chochoły



* Czy sami lekarze dentyści chcą się specjalizować?
Na to pytanie jednoznacznie nie można odpowiedzieć. *

Agnieszka Ruchała-Tyszler

Niedawno, szukając materiałów dotyczących specjalizacji w stomatologii, natknęłam się na kilka ciekawych artykułów napisanych blisko 10 lat temu, autorstwa m.in. dr. Żaka, Fortuny i prof. Piekarczyka. Ku mojemu zdziwieniu, niestety, nie straciły one na aktualności...

Ze stomatologią nie wiadomo co począć – niby wąska specjalizacja, a jednak obszerna; niby szkolenie przeddyplomowe rozbudowane, a jednak nie jest wystarczające, by odpowiednio przygotować specjalistów. Ministerstwo nie ma w tym zakresie skutecznego pomysłu, samorząd zawodowy również.

Specjalizacje miały być zastąpione przez różne formy kształcenia ustawicznego, np. kursy i szkolenia doskonalące. Idea kształcenia zawodowego zosta-

ła jednak nieco wypaczona przez różnego rodzaju szkolenia, organizowane – co prawda – przez firmy profesjonalne, ale marketingowe. Zauważyć można, że ze szkoleń dobrych merytorycznie, ale słabych marketingowo korzysta niewielka liczba osób. A forma „show”, w jakiej są one prowadzone, nie pozostaje obojętna i... trochę uszczupla portfel. Dyplom

Ze szkoleń dobrych merytorycznie, ale słabych marketingowo korzysta niewielka liczba osób.

i wykładowcy o obco brzmiących nazwiskach w pewnym zakresie to wynagradzają.

Czy sami dentyści chcą się specjalizować? Na to pytanie jednoznacznie nie można odpowiedzieć. W tym wypadku bowiem punkt widzenia zależy od... posiadania (lub nie) specjalizacji. Warto zauważyć, że zainteresowanie specjalizacją spada wraz z wiekiem. Jest to naturalną konsekwencją działania systemu, który zniechęca: oczekiwanie na miejsce specjalizacyjne, lata wyrzeczeń, trudny egzamin i brak nagrody za dyplom specjalisty. W przeciwieństwie do kolegów lekarzy nie otwiera on nowych możliwości leczenia zarezerwowanych jedynie dla specjalistów, nie ma skutku w postaci wzrostu wynagrodzenia. Wynagrodzenie kolegów lekarzy po uzyskaniu specjalizacji wzrasta czasem kilkakrotnie. Dla nas satysfakcją ma być dodatkowy tytuł na wizytówce.

Czy specjaliści w stomatologii są potrzebni? Oczywiście, tak! Kształcenie ustawiczne nie rozwiąże wszystkich problemów, ponieważ jest wybiórcze. Przebieg procesu specjalizacyjnego, nawet z jego ułomnościami, na pewno rozszerza horyzonty myślenia, pozwala na zwiększenie możliwości terapeutycznych, podnosi niewątpliwie jakość leczenia. Chęć specjalizowania się jest ogromna wśród młodych ludzi, zaraz po ukończeniu stu-

Czy specjaliści w stomatologii są potrzebni? Oczywiście, tak!

diów. Dlaczego tego nie wykorzystać? Czy nie może być tak jak w przypadku lekarzy – do systemu specjalizacji wchodzi każdy, kto chce?

Czy to droga możliwa do zrealizowania przez lekarzy dentystów? Oczywiście, tak! Wystarczy dostosować aktualne akty prawne (m.in. ustawę o zawodach, rozporządzenie dotyczące specjalizacji) do obecnej sytuacji na rynku świadczeń stomatologicznych. Sposobem na uwolnienie rynku specjalizacyjnego mogłaby być możliwość uzyskiwania akredytacji przez indywidualne lub grupowe specjalistyczne praktyki lekarskie.

W wyniku reformy systemu służby zdrowia tzw. stomatologia państwowa, czyli finansowana ze środków publicznych, praktycznie nie istnieje. Zmuszanie uczelni medycznych do zwiększania miejsc akredytowanych wydaje się niezbyt taktownym pomysłem, gdyż podstawowym zadaniem tych jednostek jest kształcenie przyszłych adeptów stomatologii i rozwój naukowy, a brak motywacji (przede wszystkim finansowej) dla kierowników

specjalizacji potęguje skalę problemu. Poza dostępnością miejsc specjalizacyjnych problemem jest także znikoma liczba rezydentur i wymuszanie kształcenia w formie umowy cywilnoprawnej. Uwzględnić przy tym trzeba jeszcze koszty płatnych obowiązkowych kursów.

Pomysłów na stomatologię było wiele. Żaden nie

przyniósł dotąd pożądanego efektu, a jedynie pogłębił istniejące problemy. Dlatego słowa wypowiedziane blisko 10 lat temu przez dr. Żaka – jednego z wybitnych działaczy samorządowych i wizjonerów stomatologii – pozostają nadal aktualne: „Bez określenia jasnej polityki szkoleniowej w stomatologii taniec chochoły będzie trwał”.

* W czerwcu br. w siedzibie NIL odbyła się konferencja „Stomatologia 2010”. W czasie obrad mówiono m. in. o stanie uzębienia polskiego społeczeństwa ze szczególnym uwzględnieniem dzieci i młodzieży.

W dyskusjach poruszono także kwestię poziomu opieki stomatologicznej świadczonej w ramach powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego. Niestety, ani przedstawiciele Ministerstwa Zdrowia, ani Narodowego Funduszu Zdrowia nie zaszczycili nas swoją obecnością. W zasadzie nie powinno to już nikogo dziwić – wystarczy wspomnieć brak przedstawicieli tych instytucji na Krajowym Zjeździe Lekarzy, fakt ten zdaje się wpisywać w proces postępującego lekceważenia naszego środowiska...

Nikogo nie trzeba przekonywać, że sytuacja w tej dziedzinie jest bardzo zła i wymaga podjęcia szybkich, zdecydowanych działań – wnioski z konferencji są w tej sprawie jednoznaczne. Wśród pomysłów na poprawę sytuacji pojawił się także, wcześniej niejednokrotnie dyskutowany, projekt dentobusów. Komisja Stomatologiczna NRL wyraziła już kiedyś swoją dezaprobatę wobec tego pomysłu, jednak w związku z tym, że jest on promowany przez różne środowiska i autorytety, warto do sprawy powrócić.

Mobilny gabinet

Dentobus to mobilny gabinet stomatologiczny z pełnym wyposażeniem, ale dostosowanym do nietypowego miejsca, w którym działa. Musi w nim być nie tylko dentystyczny unit, ale też całe zaplecze do mycia, dezynfekcji i sterylizacji narzędzi, zamknięty obieg wodno-kanalizacyjny i zabezpieczenie energetyczne.

Jeżeli działanie mobilnego gabinetu zostanie ograniczone do badań z wyłączeniem leczenia, to można zrezygnować z myjni i sterylizatorni, porzuciwszy na zapewnieniu jednorazowych zestawów diagnostycznych. Takie rozwiązanie wydaje się jednak ogromnym marnotrawstwem. Ale to nie wszystko! Należy również zapewnić odpowiednie zaplecze stacjonarne do obsługi technicznej pojazdu po zakończeniu pra-

cy, tzn. sprzątanie, utylizacja ścieków i odpadów medycznych, dezynfekcja pomieszczeń. Nie wolno też pominąć kwestii odpowiedniego personelu – sprawny i dobrze wyszkolony do działania w nietypowych warunkach lekarz i asystentka, a także kierowca (jeżeli pojazd ma być w ruchu ponad 10 godzin na dobę, to jeden nie wystarczy – w przeciwieństwie do lekarza kierowca ma ściśle limitowany dobowy czas pracy). Jeżeli dentobus ma mieć daleki zasięg działania, to powinien posiadać

Szkolne gabinety lekarskie i dentystyczne zlikwidowano wraz z początkiem reformy służby zdrowia, nie proponując nic w zamian.

zaplecze bytowe, umożliwiające funkcjonowanie personelu (pomieszczenia sanitarne i socjalne). Innym rozwiązaniem jest włączenie do kosztów działalności opłat za noclegi personelu. W przeciwnym wypadku podróż do miejsca pracy będzie zajmowała więcej czasu niż samo funkcjonowanie takiego gabinetu w miejscu przeznaczenia. Wszystkie te aspekty wiążą się z ogromnymi kosztami, nieporównywalnymi z kosztami działania innych gabinetów stomatologicznych.

Może jednak warto?

Mobilny gabinet może dotrzeć nawet do najmniejszej miejscowości i tam świadczyć usługi z zakresu stomatologii, rozwiązując problem utrudnione-

Anita Pacholec

go dostępu do świadczeń wszędzie tam, gdzie ograniczenia takie istnieją. Czy jednak rzeczywiście największym problemem i przyczyną złego stanu zdrowia dzieci i młodzieży jest brak dostępu do świadczeń?

Skomplikowaną sprawą jest także zakresu usług, które mają być udzielane w dentobusie. Zgodę na badanie dziecka musi wyrazić rodzic lub opiekun, zatem do nauczyciela będzie należało poinformowanie rodziców i uzyskanie ich pisemnej zgody na przeprowadzenie planowanego badania. Wbrew powszechnej opinii, nie jest to łatwe. Z mojego wieloletniego doświadczenia we współpracy z pedagogami wynika, że czasem lekarz jest jedyną osobą, której zależy na tym, by dzieci przyszły do gabinetu. Dziecko musi jednak wejść do gabinetu (także mobilnego) z rodzicem lub opiekunem, np. z nauczycielem. Konieczne jest przy tym stworzenie dokumentacji medycznej, a ta czynność zajmuje co najmniej kilkanaście minut. Kto w tym czasie będzie się opiekował resztą dzieci? Zapewnienie w tym celu dodatkowej osoby wymaga współpracy ze strony szkoły, a w praktyce jest często niemożliwe.

Ważny jest również przepływ informacji zwrotnej kierowanej do rodziców. Konieczne jest więc, poza zapisami w dokumentacji medycznej, zapisanie informacji dla rodziców i dbałość o to, by została im ona przekazana. Uwzględniając wszystkie wymienione trudności, należy zastanowić się, ilu pacjentów w takiej sytuacji zdoła przyjąć lekarz w ciągu jednego dnia pracy. Niestety, zakres usług ogranicza się tylko do wykonania badania ogólnego uzębienia, bowiem do przeprowadzenia dalszego leczenia potrzebna jest dalsza zgoda, a najlepiej obecność rodzica w gabinecie.

Niewątpliwie edukacja zdrowotna powinna być prowadzona od naj-

młodszych lat, a odpowiedzialność w tym zakresie ponoszą nie tylko rodzice i szkoła. Ponadto nawet wysoki poziom wiedzy na nic się zda, jeśli wciąż największym problemem będzie kwestia dostępności do świadczeń. A powodów takiego stanu rzeczy jest kilka: • szkolne gabinety lekarskie i dentystyczne zlikwidowano wraz z początkiem reformy służby zdrowia, nie proponując nic w zamian, • dzieci są zwykle pacjentami trudnymi, wymagającymi od lekarza odpowiedniego podejścia, czasu i cierpliwości, • wizyta dziecka w gabinecie stwarza obowiązek podjęcia określonych działań przez rodziców (zachęcenie dziecka, regularne wizyty, nauka odpowiednich

nawyków higienicznych), • nie stworzono systemów zachęcających lekarzy do przyjmowania małych pacjentów, • zaproponowano zupełnie nieopłacalną dla lekarza konstrukcję umów kontraktowych na leczenie dzieci i młodzieży.

Jeśli nie, to co w zamian?

Dentobusy kosztują, a przy tym w niewielkim tylko stopniu mogą poprawić sytuację zdrowotną, dostęp do świadczeń i – co najważniejsze – świadomość społeczną w zakresie zdrowia jamy ustnej. Może więc lepiej zupełnie zarzucić ten pomysł, a planowane na ten cel pieniądze przeznaczyć na reformowanie kwestii kontraktów, jakie pro-

ponuje dentystom Narodowy Fundusz Zdrowia po to, by lekarze chcieli w ramach współpracy z NFZ-em przyjmować dzieci w swoich gabinetach? Przy stworzeniu atrakcyjnego systemu motywacyjnego, np. poprzez zastosowanie specjalnych przeliczników „punktowych” dla procedur wykonywanych na rzecz dzieci lub dofinansowanie gabinetów podejmujących systematyczną współpracę ze szkołami, być może efekty będą lepsze i widoczne o wiele szybciej niż w przypadku zrealizowania projektu dentobusów. Jedno jest pewne: nie stać nas na lekkomyślne wydawanie pieniędzy i przeznaczanie ich na idee, które wiąż wymagają do-
pracowania... ●

Zasady i wytyczne

Czy rzeczywiście stanowią podstawę udzielania świadczeń zdrowotnych?

Justyna Zajdel

Clara non sunt interpretanda. Wyjaśnienia wymagają natomiast sytuacje, w których przepisy prawa nie odnoszą się wprost do kwestii związanych z wykonywaniem zawodu lekarza i udzielaniem świadczeń zdrowotnych. Do takich należy, między innymi, lekarski obowiązek wykonywania czynności leczniczych w oparciu o aktualną wiedzę medyczną, której źródła nie zostały jasno określone.

Już w czasach najdawniejszych podkreślano, że *lekarz ma tylko jedno zadanie – wyleczyć chorego. Jaką drogą tego dopnie jest rzeczą obojętną* – Hipokrates. Stwierdzenie to jest nadal aktualne, aczkolwiek obowiązujące obecnie przepisy prawa uzależniają od wywiązania się przez lekarza z wielu obowiązków.

Zgodnie z art. 4 UoZL, w myśl którego *lekarz ma obowiązek wykonywać zawód, zgodnie ze wskazaniami aktualnej wiedzy medycznej, dostępnymi mu metodami i środkami zapobiegania, rozpoznawania i leczenia chorób, zgodnie z zasadami etyki zawodowej oraz z należytą starannością*. Obowiązki wymienione w art. 4 UoZL odnoszą się co do zasady do sytuacji, w których lekarz udziela świadczeń zdrowotnych, przez które należy rozumieć (...) *działania służą-*

ce zachowaniu, ratowaniu, przywracaniu i poprawie zdrowia oraz inne działania medyczne wynikające z procesu leczenia lub przepisów odrębnych regulujących zasady ich wykonywania – art. 3 UoZL.

Z lekarskim obowiązkiem udzielania świadczeń zdrowotnych w oparciu o aktualną wiedzę medyczną łączy się ściśle prawo każdego pacjenta do pobierania świadczeń odpowiadających wymaganiom wiedzy medycznej, które to prawo zostało wymienione w art. 19 ust. 1 pkt 1 UoZL.

” Dla wypełnienia swoich zadań lekarz powinien zachować swobodę działań zawodowych, zgodnie ze swoim sumieniem i współczesną wiedzą medyczną.

Do kwestii obowiązku udzielania świadczeń zdrowotnych w oparciu o aktualną wiedzę medyczną odnosi się także art. 4 Kodeksu Etyki Lekarskiej z 2 stycznia 2004 r. (dalej: KEL), w myśl którego *dla wypełnienia swoich zadań lekarz powinien za-*

chować swobodę działań zawodowych, zgodnie ze swoim sumieniem i współczesną wiedzą medyczną.

UWAGA! Udzielanie świadczeń zdrowotnych w oparciu o aktualną wiedzę medyczną stanowi wywiązanie się przez lekarza z obowiązku dołożenia należytej staranności. Należy przypomnieć, że obowiązek dołożenia należytej staranności wyklucza obowiązek rezultatu. Oznacza to, że lekarz nie zobowiązuje się do tego, że z pewnością wyleczy pacjenta, ale że dołoży wszelkich starań, w tym zastosuje aktualne wskazania wiedzy medycznej, aby ten cel osiągnąć.

Do kwestii niedołożenia należytej staranności w procesie leczenia odnosiły się wielokrotnie sądy polskie. W wyroku z 12 października 2007 r. Sąd Apelacyjny w Krakowie stwierdził, że *winą lekarza jest niedołożenie najwyższej staranności, jaka jest możliwa przy obecnie stosowanych metodach leczenia danego schorzenia i zalegających standardowo wykonywanych* – sygn., I ACa 920/07. Na uwagę zasługuje również wyrok Sądu Najwyższego z 20 maja 2005 r. – sygn., III CK 59/04. Cytowana sprawa dotyczyła niewłaściwego zdiagnozowania choroby u pacjentki. Lekarka rozpoznała infekcję dróg moczowych, natomiast schorzeniem właściwym była choroba jelita grubego. Zdaniem Sądu pozwana lekarka nie wykonała wszystkiego, co niezbędne i konieczne na obecnym etapie rozwoju lecznictwa podstawowego, dla właściwego zdiagnozowania chorej pacjentki. Warto podkreślić, że błędne rozpoznanie i leczenie powódki przez lekarkę nie było, w ocenie Sądu, jedynie wynikiem występujących u powódki niecharakterystycznych objawów schorzenia, ale konsekwencją niezachowania należytej staranności. Z kolei w wyroku z 15 lipca 2003 r. Sąd Okręgowy w Radomiu zaznaczył, że *nieprawidłowy sposób leczenia rozciągający się ze wskazaniami wiedzy i sztuki lekarskiej, przy pominięciu innych metod leczenia stanowi winę lekarza* – sygn., I C 955/98.

Zarówno aktualne regulacje prawne, jak i codzienna praktyka medyczna wymagają udzielania świadczeń zdrowotnych w oparciu o wskazania aktualnej wiedzy medycznej. W praktyce powstaje szereg wątpli-

wości związanych ze ścisłym zdefiniowaniem tego pojęcia. Podobnie problematyczne jest określenie źródeł, które powinny być uznawane za niepodważalną podstawę czerpania aktualnej wiedzy medycznej.

Aktualne wskazania wiedzy medycznej umieszczane są najczęściej w wytycznych, zaleceniach i schematach praktycznego postępowania, które to pojęcia mogą być stosowane zamiennie. Przez schematy praktycznego postępowania należy rozumieć wytyczne postę-

” Nieprawidłowy sposób leczenia rozciągający się ze wskazaniami wiedzy i sztuki lekarskiej, przy pominięciu innych metod leczenia, stanowi winę lekarza.

powania w danej dziedzinie medycyny, które obejmują wskazania co do postępowania diagnostycznego, wskazania co do wdrożenia i przebiegu postępowania leczniczego, w tym terapii profilaktycznej oraz wskazania co do postępowania rehabilitacyjnego i przeprowadzania badań kontrolnych.

Szczególne miejsce zajmują wytyczne mające postać aktów normatywnych. Akty normatywne to te dokumenty, których treść wiążąco określa nasze prawa i obowiązki. Do aktów normatywnych należą m.in.: ustawy, rozporządzenia i obwieszczenia, które publikowane są Dzienniku Ustaw lub Monitorze Polskim. Aktami normatywnymi nie są natomiast wytyczne, zasady postępowania w poszczególnych dziedzinach medycyny, które są tworzone przez zespoły ekspertów w drodze „zwykłych” dokumentów i publikowane we wskazanych przez nich miejscach.

UWAGA! Wytyczne mające charakter aktów normatywnych są bezwzględnie wiążące dla lekarzy zatrudnionych w jednostkach służby zdrowia oraz dla kierowników tych jednostek, a odstępstwo od zasad w nich określonych może skutkować zakazem udzielania świadczeń przez daną placówkę, a także odpowiedzialnością kierownika danej jednostki. W związku z fak-

tem, że bezwzględnie wiążące i stano- wiące ochronę dla lekarza są wytyczne o charakterze aktów normatywnych należy przyjąć, że standardy nie mające takiego charakteru stanowią niezwykle ważne wytyczne w codziennej praktyce medycznej, ale nie są bezwzględnie obowiązujące i nie stanowią pełnej ochrony przed ewentualnymi roszczeniami.

Szczególnie problematyczna jest jedna sytuacja, w której lekarz odstępuje od ściśle określonej rejestracji produktu leczniczego (odnośnie schematu dawkowania, czasu podania lub zarejestrowanej dawki), na rzecz wytycznych postępowania nie mających charakteru aktów normatywnych, które odbiegają od zasad określonych w Karcie Charakterystyki Produktu. Działanie takie naraża lekarza na poniesienie odpowiedzialności odszkodowawczej za zastosowanie produktu poza zarejestrowanym wskazaniem – „off label”, co można identyfikować z prowadzeniem eksperymentu leczniczego.

UWAGA! Produkt leczniczy może zostać zastosowany poza zarejestrowanym wskazaniem, w ramach „eksperymentu leczniczego”, czyli między innymi w przypadkach, gdy dotychczasowe leczenie nie przyniosło pożądanego efektu, a pozytywne skutki, które mogą wystąpić w wyniku zastosowania innowacyjnego leczenia przewyższają ryzyko wystąpienia negatywnych następstw.

Pomimo, że schematy praktycznego postępowania nie mające charakteru aktów normatywnych nie są bezwzględnie wiążące, w praktyce istnieje wiele sytuacji, w których świadczenia zdrowotne powinny, a nawet muszą być udzielane w oparciu o ich treść. Konieczność posłużenia się wytycznymi tworzonymi przez zespoły ekspertów wynika, między innymi, z faktu, że wytyczne określone w drodze rozporządzenia lub obwieszczenia nie odnoszą się do większości dziedzin medycznych, a lekarz udzielający świadczeń zdrowotnych zobowiązany jest do udzielania świadczeń z dołożeniem należytej staranności. Ze względu na stały rozwój nauki i techniki medycznej wiedza, której lekarz stale nabywa i którą doskonalą, musi być zweryfikowana w oparciu o wiarygodne źródło, za które należy uznać schematy praktycznego postępowania.

Justyna Zajdel

Zakład Prawa Medycznego w Łodzi

Ośrodek Doskonalenia Zawodowego

* Od początku istnienia ośrodek zorganizował 51 kursów dla ponad pięciuset osób. *

Kinga Wojtaszyk

Ośrodek Doskonalenia Zawodowego Lekarzy i Lekarzy Dentystów Naczelnej Izby Lekarskiej został powołany przez Naczelną Radę Lekarską w 2008 r. Kierownikiem Ośrodka jest prof. Romuald Krajewski. Od początku istnienia w ODZ zorganizowano 51 kursów, w których uczestniczyło ponad 500 osób.

Głównymi zadaniami ODZ jest wsparcie finansowe w formie dotacji NIL do doskonalenia zawodowego organizowanego przez okręgowe izby lekarskie oraz organizacja bezpłatnych zdarzeń edukacyjnych dla członków izb lekarskich.

Ośrodek organizuje szkolenia dla lekarzy i lekarzy dentystów w zakresie

Potrzebę zdobywania i doskonalenia umiejętności komunikacyjnych podkreślają niemal wszyscy lekarze, którzy stykają się z tą problematyką.

umiejętności społecznych, zwanych także kompetencjami miękkimi. Zalicza się do nich komunikację między ludźmi, umiejętność współpracy, motywowanie, radzenie sobie ze stresem i wypaleniem zawodowym, a także rozwiązywanie

konfliktów i budowanie prawidłowych relacji interpersonalnych. Kształcenie w zakresie kompetencji miękkich rozwija i wzmacnia umiejętność budowania relacji lekarz-pacjent, lekarz-lekarz oraz lekarz-przedstawiciele innych profesji. Brak umiejętności w tym zakresie może być przyczyną problemów osobistych i trudności w pracy. Powszechnie uznawany jest też za najczęstszy powód roszczeń i odpowiedzialności zawodowej. Potrzebę zdobywania i doskonalenia umiejętności komunikacyjnych podkreślają niemal wszyscy lekarze, którzy stykają się z tą problematyką.

ODZ obecnie prowadzi następujące szkolenia:

- Jak pracować z trudnym pacjentem – wstęp do umiejętności komunikacyjnych
- Techniki negocjacji
- Wystąpienia publiczne
- Asertywność i rozwiązywanie konfliktów w relacji lekarz-pacjent
- Radzenie sobie ze stresem i przeciwdziałanie wypaleniu zawodowemu
- Jak pomóc uzależnionemu koledze?

Zainteresowanie lekarzy i lekarzy dentystów wymienionymi kursami jest bardzo duże, a liczba osób zapisanych na planowane szkolenia wynosi ponad 200. Liczba szkoleń, które ODZ może zorganizować, zależy jednak od budżetu NIL i nie może być dowolnie zwiększana. Dlatego Ośrodek stara się pozyskać środki z zewnętrznych źródeł finansowania. Dzięki temu jeszcze w tym roku odbędą się szkolenia w zakresie prawa medycznego i antybiotykoaterapii.

Przygotowywane są także kursy prowadzone w trybie telekonferencji pomiędzy izbami lekarskimi – znacznie zwiększy to liczbę uczestników. Oceny szkoleń dokonywane przez uczestników wskazują, że są oni bardzo zadowoleni z udziału w szkoleniach, a zainteresowanie kompetencjami miękkimi jest bardzo duże

Z ankiet wynika, że uczestnikami kursu są głównie kobiety – stanowią 82% ankietowanych. 64% to lekarze, a 36% to lekarze dentyści.

i wszyscy widzą ogromną potrzebę rozwijania umiejętności w tej dziedzinie.

Wykładowcy Ośrodka są specjalistami w swoich dziedzinach, współpracującymi m.in. ze Szkołą Wyższą Psychologii Społecznej, Centrum Medycznym Kształcenia Podyplomowego, Centrum Onkologii, Instytutem Psychiatrii i Neurologii, Wydziałami Prawa Uniwersytetu w Białymstoku, Gdańsku i Krakowie.

ODZ przeprowadza badania ankietowe dotyczące organizacji szkoleń oraz potrzeb edukacyjnych uczestników. Z an-

kiet wynika, że uczestnikami kursów są głównie kobiety – stanowią 82% ankietowanych. 64% to lekarze, a 36% to lekarze dentyści. W kursach uczestniczą lekarze z całej Polski. Największą liczbę uczestników stanowią członkowie OIL w Warszawie (58%), OIL w Łodzi (10%) i OIL w Lublinie (5%). 79% osób jest bardzo zadowolonych z organizacji kursów prowadzonych przez ODZ. 89% bardzo dobrze ocenia przygotowanie prowadzących kurs, 90% uważa, że prowadzący mają bardzo dobry kontakt z uczestnikami. W ankietach lekarze określają także swoje potrzeby szkoleniowe w zakresie kompetencji miękkich i 85% uważa, że szkolenia powinny obejmować umiejętności w zakresie komunikacji lekarz-pacjent, 70% jest zdania, że powinny one dotyczyć wypalenia zawodowego, 66% – radzenia sobie ze stresem, a 63% – pracy w zespole.

Szkolenia organizowane przez ODZ odbywają się w siedzibie Naczelnej Izby Lekarskiej w Warszawie, są bezpłatne dla członków izb lekarskich, a uczestnicy otrzymują punkty edukacyjne.

Szczegółowe informacje na temat organizowanych kursów można uzyskać w siedzibie ODZ w Warszawie przy ul. Konduktorskiej 4, telefonicznie: 22-559-02-69, 559-02-86 albo pisząc na adres e-mail: odz@hipokrates.org



Wesołe jest życie staruszką

Lata dojrzałe, jeśli upływają w dobrym zdrowiu, są fajnym okresem w życiu człowieka, pod warunkiem że otoczenie nie zajmuje się przy każdej okazji zaglądaniem nam w metrykę i wypominaniem nieobciążającej finansowo relacji z ZUS-em.

Krystyna Knypl

Nadużycie niejedno ma imię. Nadużycia mogą być różne. Te które dzieją się w sferze wypowiedzianych słów stosunkowo łatwo uchodzą bezkarne. Jedynie bowiem wzięci adwokaci lub miłośnicy sal sądowych i ponoszenia kosztów procesowych decydują się na przywrócenie im czci odebranej przez słowa.

Takim nadużywanym ochoczo terminem, o pejoratywnym zabarwieniu, jest słowo „emeryt”. Można je wciśnąć w każdy tekst gdy rozmówca chce podkreślić, że jest i w swoim najgłębszym przekonaniu zawsze będzie młody i piękny, a jego liczący więcej niż 60 lat interlokutor – zgrzybiałym staruszką o przeterminowanej wiedzy lekarskiej oraz ordynacjach niemających dowodów EBM klasy 1A.

Niedawno pewien menedżer z branży mediowej, z dyplomem lekarza, znający mnie dość dobrze, poprosił abym udzieliła wywiadu jednemu z ogólnopolskich tygodników. Wyraziłam zgodę naiwnie sądząc, że jako osoba obyta z mediami mogę powiedzieć coś, co poprawi nasz środowiskowy wizerunek.

Jak mnie określił ów menedżer w rozmowie z dziennikarką mającą przeprowadzać wywiad? Jeśli pomyślą Państwo, że nazwał mnie doświadczonym lekarzem lub znanym specjalistą czy doktorem nauk medycznych, to od razu wyznam, że są Państwo w błędzie. Dla owego trzydziestolatka byłam jedynie emerytowaną internistką z Warsza-

wy. Wszystko to święta prawda – osiągnęłam wiek emerytalny i pobieram – jak to żartobliwie określam – stypendium z ZUS-u, mam specjalizację z interny i mieszkam w stolicy, ale bardzo zastanawiam się i chciałabym wiedzieć, dlaczego określenie emerytowana internistka z Warszawy wydało się owemu młodemu koledze najlepiej odzwierciedlające mój status zawodowy.

Sprawa jest o tyle ciekawa, że przyklejenie tej nieodzwierciedlającej w żadnej mierze mojego statusu zawodowego etykiety miało swoje dalsze konsekwencje. Gdy powiedziałam dziennikarce, że biorę udział w konsultacyjnych dyskusjach merytorycznych na jednym z portali społecznościowych dla lekarzy, moja koleżanka po drugim fachu trochę się stropiła: „zaraz... zaraz... ale czy ma pani prawo wypowiadać się na tematy fachowe... przecież pani jest na emeryturze...”. Nie ukrywam, że zabulgotałam wewnątrz i osiągnąwszy mistrzostwo świata w natychmiastowym opanowywaniu się objaśniłam, że przekazano jej fałszywe dane na mój temat, niezmiennie bowiem od ponad 40 lat praktykuję – obecnie w jednym z warszawskich NZOZ-ów. Zapewniłam rozmówczynię, że moje PWZ jest aktywne, a zwoje mózgowe mają się bardzo dobrze, czego namacalnym dowodem jest zdanie specjalizacji szczegółowej w 62. wiosnie życia, że też o innych aspektach wykonywania zawodu lekarza, takich jak przedstawianie doniesień naukowych na kongresach krajowych i za-

granicznych czy pisanie artykułów na tematy fachowe oraz wygłaszanie wykładów, nie wspomnę.

Zastanawiając się nad wątpliwościami dziennikarki doszłam do wniosku, że skoro jest prawo wykonywania zawodu, to zupełnie naturalne może się wydać osobie spoza branży, a także każdemu mojemu nowemu pacjentowi, iż wygasa ono z chwilą przejścia na emeryturę, podobnie jak prawo do używania służbowego menedżerskiego samochodu czy laptopa i komórki.

Emerytowany lekarz, czyli kto?

Przed rokiem wydałam powieść traktującą o mojej drugiej karierze zawodowej, pokazanej w perspektywie wielu lat pracy na oddziale szpitalnym i może trochę pochopnie zatytułowałam książkę Życie po byciu lekarzem. Nie zastanowiłam się nad wszelkimi możliwymi konsekwencjami tej frazy i nie wiedziałam wówczas, że pojęcie tzw. drugiej kariery jest u nas praktycznie nieznanie i nieobecne w życiu zawodowym większości Polaków.

Kim więc można być po byciu lekarzem, mając 65 lat? Wiadomo! Emerytem uprawiającym działalność i niańczącym wnuki. Słabo nadaje się na odtwórczynię głównej roli w takim scenariuszu – nie dość, że mam obojętny stosunek do ogrodnictwa przydomowego, to jeszcze moja wnuczka mieszka na innym kontynencie i nie daje mi zbyt częstej możliwości odbywania wspólnych spacerów po parku.

Z braku szans na bycie prawdziwą emerytką ciągle pracuję w wyuczonym zawodzie lekarza, a dodatkowo w wieku 55 lat rozpocząłam ciekawą drogę opanowania arkanów zawodu dziennikarza. Na tę naukę złożyło się pogłębienie znajomości języków obcych, usprawnienie warsztatu pisarskiego i zastosowań komputera, opanowanie technik fotograficznych, a także poznanie bardzo specyficznych umiejętności – na przykład jak powinien aplikować dziennikarz-freelancer, aby uzyskać akredytację na konferencji organizowanej przez Komisję Europejską w Brukseli czy kongresie American College of Cardiology w Atlancie. Naturalną koleją rzeczy było także uzyskanie członkostwa Stowarzyszenia Dziennikarzy Polskich.

I oto mam poczucie, że moje wysiłki psu na budę się zdają. W wyobraźni wielu osób, także tych z PWZ, prawdziwy lekarz to ten, który pracuje w szpi-

talu. Zakończenie pracy na oddziale szpitalnym i przejście do pracy ambulatoryjnej to degradacja w oczach środowiska o jakieś 50%. Dalsze pomniejszenie znaczenia na targowisku próżności następuje, gdy lekarz korzystając z faktu, iż urodził się odpowiednio dawno temu zdecydować się przestać pracować na całym etacie, zażąda od ZUS comiesięcznego zwrotu składek oraz będzie kontynuował praktykę lekarską w niepełnym wymiarze godzin. Otrzymuje wtedy etykietkę emerytowany lekarz. Dodatkowo słowo emeryt jest często mylone i używane zamiennie ze słowem rencista, co już w ogóle gmatwa sprawę i lokuje przykładowego lekarza w frazie często i chętnie wypowiedzianej przez wszelkiej maści polityków. Jaka to fraza? A no słynna Postaramy się, aby nie ucierpieli emeryci i renciści.

Czy fakt otrzymywania emerytury, będący w sumie odzwierciedleniem relacji z ZUS-em, czyni mnie kimś odmiennym? Czy o wspomnianym na początku młodym lekarzu powinnam powiedzieć płacący składki do ZUS-u menedżer z Warszawy lub zalegający ze składkami do ZUS-u psychiatra, aby utrzymać się w klimacie prowadzonej rozmowy?

Zajrzałam do dwóch dokumentów: Kodeksu etyki lekarskiej oraz Ustawy o emeryturach i rentach. Z lektury pierwszego wynika, że są lekarze seniorzy – sympatyczne określenie! – kategoria emerytowanych lekarzy nie występuje w tekście KEL. Z drugiego dokumentu wynika, że emeryt to osoba, która ma ustalone prawo do emerytury. Czy fakt posiadania takiego prawa wymaga ciągłego zestawiania go z wyuczonym i nadal wykonywanym zawodem lekarza? Nie jestem przekonana. Jest to jedno z wielu praw, jakie otrzymujemy w wyniku przepisów państwowych i nie ma żadnego powodu, aby je inni ludzie jakoś szczególnie eksponowali przy byle okazji.

Mam wrażenie, że z powodu luki pokoleniowej spowodowanej emigracją głównie średniego pokolenia lekarzy, relacje między młodymi i starymi w polskiej medycynie zaostrzyły się. Drukowane w ilościach makulaturowych wytyczne zminimalizowały znaczenie doświadczenia osobistego. I tym sposobem starsze pokolenie staje się niepotrzebnym balastem środowiskowym w wyobraźni lub podświadomości wielu osób z młodszych pokoleń. Jeżeli dodamy do tego prawie powszechne przyzwolenie dla braku dobrych manier, które niestety nie omija naszego środowiska, sprawa robi się

zdecydowanie nieprzyjemna i zbyt często obecna.

Skazani na galery

Struktura demograficzna naszego kraju stała się przedmiotem pewnej reklamy, wielokrotnie pokazywanej w najlepszym czasie antenowym, w której lektor łąka nad rosnącym nadmiarem emerytów i niedoborem młodych rąk do pracy. Reklama kończy się niejednoznacznie brzmiącą zachętą Zadbajmy o naszą przyszłość. Bez sprecyzowania jak twórcy reklamy chcieliby osiągnąć zwiększenie liczby młodych rąk do pracy oraz zmniejszenie liczby emerytów mam poczucie, że w grę wchodzić mogą zarówno aktywności erotyczne, jak i makabryczne.

Wysokość lekarskich emerytur powoduje, że większość moich rówieśników praktycznie skazana jest na pracę dopóty, dopóki zdrowie na to pozwoli. Gdyby wszyscy lekarze w wieku uprawniającym do otrzymania emerytury egoistycznie zajęli się uprawianiem ogródków działkowych i spacerami po parku w towarzystwie wnuków, wspomniany wcześniej menedżer dostałby karoshi i dołączył do zanego grona stypendystów ZUS.

Jak lekarz z lekarzem

W programie nauczania pewnej warszawskiej uczelni przewidziano zajęcia z savoir-vivre'u, podczas których studenci poznają nie tylko tajniki eleganckich, stosownych do okazji ubiorów, ale także zasady wsiadania do samochodu w wykonaniu kobiety ubranej w spódniczkę i szpileczki, uprzednio spacerującej pod rękę z mężczyzną wyższym lub niższym od niej. Obcy z tematyką ludzie objaśniają studentom jakich sztuczków należy używać przy konsumpcji różnych potraw oraz jak prowadzić dobre rozmowy, które służą dobrem sprawom.

Lekarskie kształcenie mało uwagi przywiązuje do takich jak wyżej umiejętności, choć są one bardzo ważne! Ciągłe zbyt dużo wiemy o tym jak zbudowane są mitochondria, a zbyt mało jak rozmawiać z drugim człowiekiem – nie tylko chorym, ale także z jego rodziną czy innym kolegą lekarzem, zwłaszcza gdy jest on z pokolenia niekoniecznie zachwycającego się ubytkami w kindersztubie.

Dużą popularnością cieszą się szkolenia w zakresie sztuki rozmowy z trudnymi pacjentami organizowane przez NIL. Wnoszę o szkolenie na temat sztuki rozmowy z kolegami lekarzami!

Jak zawsze czekam na listy pod adre-

Dobrze wyszkoleni – taka jest opinia o polskich lekarzach na świecie i w Europie. Chętnie zatrudniają nas za granicą, natomiast w ojczyźnie – bywa różnie.

My lekarze

Jolanta Małmyga

Zdobytą specjalizację i doskonalimy się, ale kosztem życia rodzinnego i dużym nakładem finansowym. Mimo tych obciążeń chcemy dotrzymać kroku najlepszym i jesteśmy w tych dążeniach zdeterminowani. Wierzymy w siebie, mamy duże poczucie własnej wartości oraz świadomość swoich możliwości i umiejętności. Zdobyta wiedza daje nam przeświadczenie bycia gwiazdą, a potem spotykamy się z innymi gwiazdami i często nie umiemy być elastyczni w dostosowaniu się do pracy w grupie. Do tych frustracji dochodzi rozczarowanie wynagrodzeniem za pracę i tutaj optymizm nas opuszcza, a często przeżywamy szok i rozgoryczenie. Wielu z nas nie potrafi kontrolować swoich emocji i przystosować się do rzeczywistości, czy też wykazać inicjatywę. Nie każdy też ma cechy przywódcy. Tkwimy więc w pułapce szarej codzienności – szpital, dyżur, gabinet i tak od rana do rana. Słowem praca, praca, praca...

Zapracowani – nastawieni usługowo, znerwicowani, nie mamy czasu na słuchanie innych bez uprzedzeń. Zapominamy o empatii zarówno w stosunku do naszych pacjentów, ale co gorsze, w stosunku do kolegów lekarzy. Tylko niektórzy z nas znajdują czas na inne zajęcia. Większość z trudem jest w stanie wygospodarować kilka dni na urlop i odrobinę odpoczynku. Potrafimy rozmawiać jedynie na tematy medyczne, nawet prze-

bywając w gronie ludzi niezwiązanych ze światem lekarskim. Mimo niechęci do dyskusji o zdrowiu i tak towarzystwo nawiąże do tego tematu. My Polacy przecież najlepiej znamy się na medycynie i polityce.

Nasz wizerunek – jak jesteśmy postrzegani przez innych i przez samych siebie? W ocenie pacjentów bogaci, niedostępni, zabiegani, nie chcemy zbliżyć się do nich, porozmawiać, wysłuchać. Pacjenta nie interesuje miseria publicznych pieniędzy, które państwo przeznacza na leczenie, nie interesują go też obowiązujące limity – jest chory, płaci składki, chce i żąda leczenia na najwyższym poziomie. Jeżeli jego oczekiwania nie zostaną zaspokojone, to oczywiście winny jest lekarz, na niego można pokrzyknąć, jego można obwinąć za całe zło systemu. Jest pod ręką dosłownie i w domyśle. Agresja w stosunku do lekarzy narasta, a nam nie zawsze starcza cierpliwości na łagodzenie konfliktów i tak jak każdemu człowiekowi, niekiedy puszczają nerwy. Często wystarczy jedno ostre słowo, by uruchomić lawinę agresywnych zachowań. Media polują na takie sprawy, chętnie je nagłaśniają i choć nie wszystkie są prawdziwe, przejaśkrawiają je, a informację, która poszła do ludzi trudno wyprostować.



Autorka jest członkiem Kolegium Redakcyjnego Gazety Lekarskiej

wać. Nie potrafimy się obronić przed tego rodzaju atakami mediów, a wielokrotnie chowamy głowę w piasek zadowoleni, że to mnie nie dotyczy, że dotyczy kolegi.

Lekarskie koleżeństwo – czy lubimy się i umiemy pomagać sobie wzajemnie? Tak, jeśli nic się nie dzieje. W sytuacjach niepowodzenia mało kto wyciągnie pomocną

dłoń. Jesteśmy tylko ludźmi i jak inni popełniamy błędy, chorujemy, przeżywamy dramaty, dotykają nas nalożone. Tuszujemy złe nawyki i zachowania kolegów, przemykając na nie oczy. Niby dla ich dobra, a tak naprawdę wyświadczamy im niedźwiedzią przysługę, bo brak reakcji jeszcze bardziej ich pograża. Zresztą, żeby zająć się uzależnionym kolegą, trzeba się zaangażować, poświęcić własny czas, zająć zdecydowane stanowisko. Lepiej więc się nie wychylać. Potrafimy twardo postępować podczas leczenia pacjentów, ale nie w przypadku kolegi lekarza i to jest właśnie ta fałszywie pojęta solidarność zawodowa, którą media wykorzystują i obracają przeciwko nam. Problemem są też niepowodzenia w leczeniu lub błędy lekarskie i skargi pacjentów, nie zawsze zasadne, ale często prowokowane przez kolegów po fachu. – "Panie, kto panu to zrobił?" lub – "Kto pana tak leczy?". Tak objawia się nasza etyka zawodowa i koleżeńska. Wzajemne podważanie opinii i metod leczenia staje się codziennością. Oczywiście prawdą jest, że nie zawsze stawiamy trafne diagnozy, każdemu z nas się to

W zabieganiu i przepracowaniu zapominamy o starzeniu i przemijaniu. Siądźmy na chwilę i pomyślmy, co robimy z własnym życiem.

przytrafia i różne są tego przyczyny, ale tylko nieliczni potrafią zachować swoje opinie dla siebie. A wystarczy porozmawiać z kolegą i wyjaśnić różnice, ale obie strony muszą tego chcieć. Rzucam więc hasło - chciejmy. Nie uruchamiamy maszyny – skarga, rzecznik, sąd i nie narażamy się na wątpliwie przyjemny rozgłos medialny. Życzliwość dla seniorów – wielokrotnie to nasi nauczyciele zawodu, ale

już nie pracują, zastąpili ich młodszy. Pewnie, że trudno znać wszystkich lekarzy, od których dzieli nas niekiedy pokolenie. Jednak w wielu izbach seniorzy posiadają legitymacje lekarskie jako dokumenty świadczące o przynależności do korporacji. Wiem, że w dobie kolejek i limitów jest trudno, ale wystarczy trochę dobrej woli i chwila czasu na rozmowę. Zawsze jest możliwość przyjąć tę jedną osobę więcej lub umówić się na szybszy termin. Przecież to tak niewiele. Bardzo przykro jest odchodzić z kwitkiem z miejsca, w którym spędziło się całe życie zawodowe, a teraz jak się potrzebuje pomocy, to nie można jej uzyskać.

W zabieganiu i przepracowaniu zapominamy o starzeniu i przemijaniu. Siądźmy na chwilę i pomyślmy, co robimy z własnym życiem. Po prostu bądźmy dobrzy dla siebie, póki jest na to czas. ☺

Recepta 07199860162203975483

Świadczeniodawca	
Pacjent	07
Jan Kowalski	☒ Okładka
Warszawa	☒ X
ul. Sobieskiego 110	☐ Uprawnienia
PESEL 71011512684	☐ Ch. przewlekle
Rp.	

Handel 1 sp.

Handel 1 sp.

Handel 1 sp.

07199860162203975483

Data wystawienia 01.10.2010

Data realizacji od dnia

Dane ident. i podpis lekarza

Dr. Krystyna Knypl

Rozszyfruj receptę

Wprawdzie sezon wakacyjno-urlopowy nie zachęcał do łamania sobie głowy nad rozszyfrowaniem kolejnej zagadki, ale wierni fani tej rubryki nie zawiedli! Nadeszło sporo trafnych rozwiązań oraz pewna ilość częściowo trafionych wersji wierszyka. Kolejnymi laureatami zostają dr Mariusz Miązek oraz dr Marek Adamczewski – laureatów proszę o nadesłanie adresów, na które wyślemy nagrody książkowe drogą pocztową. Bezpieczna ordynacja leków to złożone zagadnienie nie ograniczające się jedynie do tego czy piszemy łatwym do odczytania charakterem piśma czy też wężykiem niełatwym do rozszyfrowania.

Nie zawsze uświadamianym źródłem błędów są bardzo podobnie brzmiące nazwy leków. Przekonałam się niedawno o tym sama będąc klientką apteki. Zamierzałam zakupić pewien specyfik stomatologiczny sprzedawany bez recepty, a wymieniłam nazwę leku do niedawna stosowanego w leczeniu otyłości, ale obecnie wycofanego z użycia. Przeglądając spis leków napotkałam jeszcze suplement diety o ludzko podobnej nazwie. Różnice trzech nazw preparatów są tylko w końcówkach, których rozszyfrowanie może nie być łatwe.

Postanowiłam zilustrować graficznie moją pomyłkę i tym razem proszę o odgadnięcie nazw poszczególnych preparatów i podanie ich w kolejności takiej, w jakiej leki są przedstawione na receptce ilustracyjnej.

Czekam na Państwa rozwiązania pod adresem: krystyna.knypl@compi.net.pl

Podcinanie skrzydeł

Badania kliniczne stały się ostatnio jednym z gorących tematów, którym żyje środowisko lekarskie. Z profesorem Piotrem Kuną rozmawia Lucyna Krysiak.

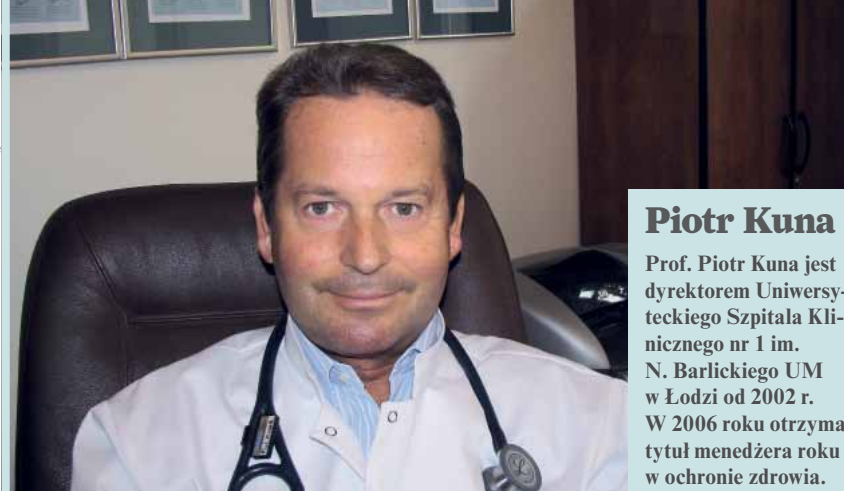
Lucyna Krysiak: Ostatnie kontrole NIK rzuciły cień na badania kliniczne. Pojawiały się sugestie, że czerpią z nich zyski głównie lekarze, a szpitale dostają niewiele, mimo że udostępniają im pomieszczenia i sprzęt, które są własnością publiczną. Czy rzeczywiście tak jest?

Piotr Kuna: Statutowym obowiązkiem każdego szpitala klinicznego jest prowadzenie takich badań. Najwięcej z nich prowadzi Uniwersytet Medyczny, który jest organem założycielskim szpitala, a podpisuje umowy z ministerstwem nauki i innymi podmiotami. Z umów tych szpital nie otrzymuje wynagrodzenia. Zyski czerpie tylko uczelnia i badacze. Tylko część badań naukowych zlecana jest bezpośrednio szpitalom i nie ukrywam, że jest to dla nas jedyne źródło pozyskania pieniędzy ze źródeł pozabudżetowych. W minionym roku na badaniach klinicznych szpital zarobił ponad milion złotych, co przy obecnej mizerii finansowania usług medycznych przez NFZ dało nam możliwość podratowania budżetu. Pieniądze te zostały przeznaczzone na dofinansowanie

wanie leczenia chorych ludzi, a nie na wynagrodzenia. Kontrola NIK dotyczyła wielu aspektów działalności szpitala i wypadliśmy w niej bardzo dobrze. Badania kliniczne stanowiły tylko niewielką część tej kontroli. Nie ma więc podstaw, by wnioskować, że coś nie jest w porządku. To są insynuacje wynikające z braku dogłębnej analizy charakteru tych badań.

Ministerstwo Zdrowia w odpowiedzi na kontrolę NIK zapowiada jednak nową ustawę o badaniach klinicznych, która zaostrzy przepisy. Czy w obecnych są luki?

Przepisy regulujące prowadzenie badań klinicznych, już teraz spośród krajów Unii Europejskiej, w Polsce należą do najbardziej restrykcyjnych. Pragnę podkreślić, że ponad połowa wszystkich badań klinicznych na świecie jest prowadzonych w USA, gdzie dzięki temu rozwinęły się najlepsze uczelnie medyczne, najlepsze szpitale i jest najwięcej noblistów. Prezydent Obama podobnie jak inni prezydenci USA wspiera badania kliniczne, gdyż służą one choremu i niosą ze sobą ogromny postęp w medycynie. Rozwijają też gospodarkę opartą na wiedzy. U nas jednak wciąż jeszcze pokutuje kult eksportu węgla, a nie myśli naukowej czy technologii. W Polsce ustawa Prawo Farmaceutyczne, w której są zawarte przepisy regulujące badania kliniczne, często zniechęca lekarzy do prowadzenia badań, przez co ich liczba, jak na 40-milionowy kraj, nie jest wcale duża. Najdłużej



Piotr Kuna

Prof. Piotr Kuna jest dyrektorem Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego nr 1 im. N. Barlickiego UM w Łodzi od 2002 r. W 2006 roku otrzymał tytuł menedżera roku w ochronie zdrowia.

trwa proces od rozpoczęcia procedur administracyjnych do uzyskania zgody na prowadzenie badania. Często trzeba czekać pół roku, a nawet rok, aby taką zgodę uzyskać, a może ją wydać aż minister zdrowia. Badania kliniczne mają charakter międzynarodowy, zgodnie z zasadami tzw. Dobrej Praktyki Klinicznej (GCP), a to oznacza, że placówka musi spełnić wymogi prawa zarówno polskiego, jak i międzynarodowego i często zanim w Polsce badanie zostanie zarejestrowane, inne kraje europejskie już je kończą. Na każde badanie musi przede wszystkim wyrazić zgodę niezależna komisja bioetyki. Nie chodzi więc o luki w przepisach, czy nadużycia, ale o politykę.

**Obecne prawo zezwala lekarzom na prowadzenie nieograniczonej ilości badań klinicznych jednocześnie. Rekordzi-
stą był lekarz, który w tym samym cza-
sie prowadził ponad sześćdziesiąt badań.
Nowa ustawa ma to zmienić. Jakże mo-
gą być konsekwencje tych zmian?**

Im więcej badań klinicznych, tym
większe szanse na leczenie chorych
nieuleczalnie, nowoczesnymi prepa-
ratami, bardziej skutecznymi, mniej
toksycznymi. Jeżeli zmiany rzeczywi-
ście pójdą w kierunku narzucenia le-
karzom określonej liczby badań, pa-
cjenci stracą taką możliwość. To także
uderzy w prestiż lekarza w świecie na-
ukowym. Prowadząc badania klinicz-
ne lekarz jako autor lub współautor
ma szansę publikacji wyników w naj-
bardziej liczących się czasopismach
medycznych świata, takich jak „Lan-
cet” czy „New England Journal of
Medicine”. Tylko w ubiegłym roku do-
konało tego kilkunastu lekarzy z na-
szego szpitala. Gdyby nie badania kli-
niczne, nigdy nie zaistniełoby na forum
międzynarodowym. Zadaniem szpitala
klinicznego jest przede wszystkim
kształcenie studentów i prowadzenie

uczestniczy kilkunastoosobowy zespół, który tworzą nie tylko lekarze, ale i pielęgniarki, pracownicy laboratorium. Najbardziej aktywni naukowo badacze publikują rocznie trzydzieści, czterdzieści prac. Jeden z czołowych brytyjskich naukowców medycznych publikuje ich dziewięćset, przydając tym tylko splendoru swojej uczelni i w Anglii go za to chwala. Taką liczbę badań mogą prowadzić tylko wybitni naukowcy o dużej renomie międzynarodowej, w Polsce nie ma zbyt wielu takich badaczy, ale nawet ta garstka widać, że niektórych mocno denerwuje.

badań naukowych
 w powiązaniu z le-
 czeniem. Nauka
 jest tu prioryte-
 tem i zarzut, że je-
 den lekarz prowa-
 dzi wiele badań
 godzi w ten za-
 pis. Jedno bada-
 nie trwa wiele lat,
 najczęściej w pro-
 jekcie badawczym

Czy nie sądzi pan, że zmiany zapowiadane w badaniach klinicznych to następstwo złej atmosfery, jaka zapanowała wokół sponsorowania lekarzy przez firmy farmaceutyczne?

Być może, jednak to bardzo odległe skojarzenie, bo większości badań klinicznych nie zlecają konkretny farmaceutyczne, ale firmy pośredniczące w prowadzeniu badań. Zazwyczaj zarówno lekarz, jak i szpital nie wie, kto się za nimi kryje. Badane leki nie mają nazw, tylko symbole. Tylko czasami są to bezpośrednie umowy, ale mija od pięciu do dziesięciu lat, zanim taki lek trafi do rejestracji i przy każdym takim badaniu lekarz musi złożyć oświadczenie, że on ani jego rodzina nie mają żadnych powiązań z firmą, że nie otrzymali dodatkowego wynagrodzenia, ani nawet nie posiadają akcji tej firmy. Jeśli lekarz naruszy te zobowiązania, podlega odpowiedzialności karnej, a to już ocenia prokurator. To od wewnętrznych regulacji w szpitalach zależy, czy jest odpowiednia kontrola nad badaniami i czy przepisy ustawy Prawo Farmaceutyczne są przestrze-

gane. Każde badanie trafia także do Centralnej Ewidencji Badań Klinicznych, która ocenia, czy jest zgodne z prawem. Dopiero po tej ocenie zgodę na badanie podpisuje minister zdrowia. Obawiam się, że to, co się obecnie dzieje wokół badań klinicznych, podobnie skrzydła nauce medycznej i ograniczy dostęp ciężko chorych do najnowszych terapii w Polsce.

Ministerstwo Zdrowia chce, aby zasady przeprowadzania badań klinicznych były bardziej restrykcyjne. Nowe regulacje prawne mają być m.in. odpowiedzią na kontrole NIK sugerujące, że w wielu placówkach, gdzie się je wykonuje, dochodzi do nadużyć. Co roku w Polsce rozpoczyna się 450-480 badań, to ok. 12 badań na milion mieszkańców. Na Węgrzech wskaźnik ten wynosi 30, w Czechach – 27, a w Wielkiej Brytanii – 25. W kolejnych numerach „GL” będziemy publikować różne punkty widzenia na ten temat.

R E K L A M A

Wpływ opłacalności i efektywności szpitala ortopedycznego im. Prof. A. Gracya CMKP w Olsztynie na normowanie kosztów leczenia pacjentów radiologicznych

Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny im. Adama Grucy CMKP w Olsztynie, to jeden z największych szpitali ortopedycznych, w których leczeni są pacjenci z całej Polski. Szpital od kilku lat wykorzystuje technologię firmy **Conquest** gwarantującą wysoką wydajność przeprowadzanych badań radiologicznych. W 2009 roku przeprowadzono w nim ponad 93 tys. badań radiologicznych i 7,7 tys. operacji ortopedycznych, a ich ilość stale rośnie, dlatego szpital przeprowadza również badania około 260 badań radiologicznych.

— Wzrost jadalnych produktów, do wybitu ten był dobry, decyzja, a czyż, może twierdzić fakt, że przez 3 lata niezmienności, system funkcjonuje na poziomie. Dlatego należy systemy zaliczyć do systemów równowagi innych produktów i dzięki temu, naszym potrzebom.

„Głównym powodem wyboru systemu Carastream było większe, niż w innych rozwiązaniach, funkcjonalność i istotniejsza obsługa tej platformy.”

Wspierał 120 jego kandydatów na członków sejmiku, spośród których wybrano 100. Dzięki temu, że w tym czasie wchodziła w życie ustawa o samostanowieniu gmin, powiaty miały prawo wyznaczyć do sejmiku 100 przedstawicieli. W tym celu wybrano 100 spośród 120 kandydatów. W tym czasie wchodziła w życie ustawa o samostanowieniu gmin, powiaty miały prawo wyznaczyć do sejmiku 100 przedstawicieli. W tym celu wybrano 100 spośród 120 kandydatów.

dyskrypcji radiografii. Optymalizacja danych dzięki lepszej jakości i jasności w trybie – zmagazynowaniu. Wykorzystanie funkcjonalności, umożliwiające współpracę z innymi systemami i zintegrowanie ich danych z własnym systemem, na przykład zintegrowanie również możliwości planowania pracy przy użyciu systemu DeltaView – jest to bardzo skuteczne rozwiązanie dla kliniki prowadzącej badania.

Specjaliści z Chiracka wykorzystują także funkcje radiologii interwencyjnej korzystając z pomiarowanych kształtów w anatomicznych strukturalnych obrazach. Niska Ciężarowa jest także ważna w urazach i urazach, szczególnie w radiologii cyfrowej opartej na radiologii komputerowej (CR). Ciężarowa wpisuje system radiologiczny przy pomocy systemu radiologii komputerowej CR50 i CR75 oraz system Ciężarowa PACS w wersji 11.0. Ten system wpisuje także badania tomograficzne, ultradźwiękowe i MRI.

Wissenschaftlicher Mitarbeiter



Centrum wpływa na pracę całego szpitala. Poprawia skutecznie pracę wydziału podymowego badania antygennego, daje możliwość wykonania tych badań z większą ilością pacjentów. Dzięki systemowi Centrum PACS lekarz specjalista może przeprowadzić badanie w jednym miejscu, otrzymać obrazę z dowolnego miejsca do wykonania tych badań z dowolnego komputera w całym szpitalu. Przechowywanie informacji w formie cyfrowej umożliwia też łatwiejszą komunikację lekarzy katedry szpitala w poszukiwaniu historii chorób pacjentów.

– Wypłata z publicznej przedsiębiorstwa firmy Czesławowa była wzmocniona, zaliczając ją do instytucji wykonawczych, które są w stanie zapewnić i wykonać. Instytucje te są zaliczane do jednostek, które są w stanie wykonać i wykonać wszystkie systemy tej firmy oraz wpływać, jeśli miałoby to na niego wpływ.

Kardioonkologia

Dane dotyczące wyleczalności nowotworów w Polsce wskazują, że zaledwie 20% chorych wraca do zdrowia i normalnego życia. W Europie Zachodniej wskaźnik ten wynosi 50%.

Lucyna Krysiak

Zdaniem specjalistów dzieje się tak, bo leczenie onkologiczne nie jest skoordynowane z innymi specjalnościami.

Coraz częściej lekarze zadają pytania: Co zrobić z pacjentem, u którego współistnieje nowotwór z chorobą sercowo-naczyniową? Jak go diagnozować i leczyć? Dokąd kierować?

Skala problemu jest ogromna, bo ocenia się, że u 60-70% chorych na nowotwory, leczonych chemioterapią czy radioterapią mogą wystąpić powikłania kardiologiczne. Z drugiej strony, pacjenci z dolegliwościami sercowo-naczyniowymi, którzy zachorowali na nowotwór często są wykluczani z tego rodzaju leczenia, bo istnieje obawa, że ich serca nie wytrzymają tak dużego obciążenia. Kardiolozy i onkolodzy uważają, że w polskim systemie opieki zdrowotnej powinno znaleźć się miejsce na łączenie specjalistycznego leczenia chorób układu krążenia i przyczynowego leczenia chorób nowotworowych. Twierdzą, że dzięki ściślejszej współpracy tych dwóch specjalności będzie możliwa kardioprotekcja, co dla wielu chorych oznacza większe szanse na przeżycie.

Zdaniem prof. Cezarego Szczylika, kierownika Kliniki Onkologii CSK MON Wojskowego Instytutu Medycznego w Warszawie, pacjentów, którzy znaleźli się na obrzeżach tych dyscyplin będzie przybywać i trzeba budować dla nich takie właśnie mosty. „Powinniśmy uświadamiać kardiologom specy-



fot: Ryszard Golański

fikę leczenia onkologicznego i intensywnie szkolić ich pod kątem występowania związanych z nim powikłań” – tłumaczy profesor. Dodaje, że powstała niszę można wypełnić, przygotowując w tym kierunku świetnie wykształconą kadrę lekarzy, jednocześnie tworząc ośrodki, w których obok siebie będą działały kardiologia z onkologią.

Prof. Cezary Szczylik uważa, że niezadowolająca wyleczalność nowotworów tkwi w obecnym systemie lecznictwa. „Poważnie zostały zachwiane proporcje pomiędzy leczeniem i licze-

niem kosztów i najwyższy czas, by je przywrócić. Kardioonkologia stwarza takie możliwości” – przekonuje.

Prof. Grzegorz Opolski, konsultant krajowy w dziedzinie kardiologii, zastrzega, że powikłania sercowo-naczyniowe u pacjentów chorych na nowotwory są ciężkie i trudne do leczenia. Najcięższe to niewydolność serca, zawał, zaburzenia rytmu, powikłania zatorowo-zakrzepowe. „Gdyby podjęto u nich w trakcie chemio- czy radioterapii odpowiednie leczenie kardiologiczne, uniknięto by tych ciężkich powikłań” – zapewnia profesor. Dodaje, że opracowane w tej dziedzinie standardy można będzie w przyszłości przełożyć na program szkoleń dla lekarzy i upowszechnić. Profesor jest także przekonany, że kardioprotekcja w onkologii obniży koszty leczenia powikłań kardiologicznych nawet o kilkadziesiąt milionów złotych.

Tworzenie kardioonkologii w polskim systemie ochrony zdrowia daje początek zmianom, jakie szykują się w podejściu do leczenia nowotworów.

W Otwocku pod Warszawą otwarto pierwszą w kraju placówkę o profilu kardiologiczno-onkologicznym. W tym prywatnym szpitalu leczyc się będzie chorych na nowotwory z współistniejącymi chorobami sercowo-naczyniowymi. ●

BIULETYN

Nr 7 (130) Rok XXI

NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ

Warszawa, X 2010

Redaktor Naczelny: Mariusz Janikowski

Posiedzenie NRL – 3 września 2010

UCHWAŁA Nr 29/10/VI NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ z dnia 3 września 2010 r.

w sprawie skargi do Trybunału Konstytucyjnego

Na podstawie art. 39 ust. 1 i art. 40 ust. 4 ustawy z dnia 2 grudnia 2009 roku o izbach lekarskich (Dz. U. Nr 219, poz. 1708) uchwala się, co następuje:

§ 1.

Podjąć działania, mające na celu przygotowanie skargi do Trybunału Konstytucyjnego o niezgodności art. 31d ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz art. 33 ust. 1 i art. 38 ust. 5 ustawy o zakładach opieki zdrowotnej z art. 2, 30, 38 i 68 Konstytucji RP oraz art. 2 Europejskiej Konwencji Praw Człowieka i pkt 11 część I Europejskiej Karty Społecznej i ew. innymi.

§ 2.

Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

SEKRETARZ
Mariusz Janikowski

PREZES
Maciej Hamankiewicz

UCHWAŁA Nr 30/10/VI NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ z dnia 3 września 2010 r.

w sprawie szczegółowego trybu postępowania w sprawach przyznawania prawa wykonywania zawodu lekarza i lekarza dentysty oraz prowadzenia rejestru lekarzy i lekarzy dentystów

Na podstawie art. 8 ust. 2 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty (Dz. U. z 2008 r. Nr 136, poz. 857, z późn. zm.¹) i art. 5 pkt 3, 4, 6 i 11 oraz art. 6 i 7 ustawy z dnia 2 grudnia 2009 r. o izbach lekarskich (Dz. U. Nr 219, poz. 1708) uchwala się, co następuje:

§ 1.

1. Uchwała określa tryb postępowania w sprawach przyznawania i utraty prawa wykonywania zawodu lekarza i lekarza dentysty i ograniczonego prawa wykonywania zawodu lekarza i lekarza dentysty oraz zasady i tryb prowadzenia okręgowego rejestru lekarzy i lekarzy dentystów oraz Centralnego Rejestru Lekarzy i Lekarzy Dentystów Rzeczypospolitej Polskiej.
2. Uchwała określa także tryb postępowania w sprawach, o których mowa w § 4 ust. 1 pkt 3-7 i ust. 2.
3. Szczegółowy tryb postępowania, o których mowa w ust. 1 i 2, określa Regulamin w sprawie szczegółowego trybu postępowania w sprawach przyznawania prawa wykonywania zawodu lekarza i lekarza dentysty, wpisywania na listę członków okręgowej izby lekarskiej i wpisu do okręgowego rejestru lekarzy i lekarzy dentystów oraz prowadzenia rejestru lekarzy i lekarzy dentystów, zwany dalej „regulaminem”, stanowiący załącznik nr 1 do uchwały.

§ 2.

1. Postępowanie w sprawach określonych w art. 57 ust. 1 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty, zwanej dalej „ustawą o zawodach lekarza i lekarza dentysty”, prowadzi się zgodnie z przepisami Kodeksu postępowania administracyjnego i przepisami uchwały.
2. Do prowadzenia postępowań określonych w uchwale w pierwszej instancji właściwa jest okręgowa rada lekarska okręgowej izby lekarskiej, której lekarz zamierza być lub jest członkiem, zaś w drugiej instancji — Naczelna Rada Lekarska.

§ 3.

Użyte w uchwale określenia oznaczają:

- 1) państwo członkowskie UE — państwo członkowskie Unii Europejskiej, państwo członkowskie Europejskiego Porozumienia o Wolnym Handlu (EFTA) — strony umowy o Europejskim Obszarze Gospodarczym (tj. Islandia, Lichtenstein, Norwegia) oraz Konfederacja Szwajcarska;
- 2) obywatel państwa członkowskiego UE — obywatel państwa członkowskiego UE

oraz osoby, o których mowa w art. 3 ust. 3 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty;

- 3) formalne kwalifikacje lekarza — ukończone wyższe studia medyczne potwierdzone uzyskaniem tytułu zawodowego lekarza, lekarza dentysty lub tytułu uznanego za równorzędny oraz odbycie szkolenia podyplomowego lub spełnienie dodatkowych wymogów niezbędnych do uzyskania uprawnienia do wykonywania zawodu w jednym z państw członkowskich UE;
- 4) prawo do wykonywania zawodu lekarza — uprawnienie do wykonywania zawodu lekarza, lekarza dentysty na terenie jednego z państw członkowskich UE, potwierdzone odpowiednim dokumentem;
- 5) lekarz z UE — lekarz, lekarz dentysta będący obywatelem państwa członkowskiego UE, posiadający formalne kwalifikacje lekarza, uzyskane w innym niż Rzeczpospolita Polska państwie członkowskim UE;
- 6) lekarz cudzoziemiec — lekarz, lekarz dentysta nie będący obywatelem państwa członkowskiego UE;
- 7) lekarz bez bliższego określenia — również lekarza UE, lekarza cudzoziemca, w tym lekarza dentystę;
- 8) prawo wykonywania zawodu lekarza — również prawo wykonywania zawodu lekarza dentysty;
- 9) ograniczone prawo wykonywania zawodu lekarza — również ograniczone prawo wykonywania zawodu lekarza dentysty;
- 10) „Prawo wykonywania zawodu lekarza” (dokument) — również „Prawo wykonywania zawodu lekarza dentysty” lub „Prawo wykonywania zawodu lekarza stomatologa”;
- 11) zaświadczenie o prawie wykonywania zawodu - zaświadczenie o prawie wykonywania zawodu lekarza lub zaświadczenie o prawie wykonywania zawodu lekarza dentysty albo zaświadczenie o uprawnieniu do wykonywania praktyki lekarskiej lub zaświadczenie o uprawnieniu do wykonywania praktyki lekarsko-dentystycznej;
- 12) „Ograniczone prawo wykonywania zawodu lekarza” (dokument) — również „Ograniczone prawo wykonywania zawodu lekarza dentysty” lub „Ograniczone prawo wykonywania zawodu lekarza stomatologa”;
- 13) LEP — Lekarski Egzamin Państwowy;
- 14) LDEP — Lekarsko-Dentystyczny Egzamin Państwowy;
- 15) okręgowa izba — okręgowa izba lekarska lub Wojskowa Izba Lekarska;
- 16) Naczelna Izba — Naczelna Izba Lekarska;
- 17) okręgowy rejestr — okręgowy rejestr lekarzy i lekarzy dentystów;
- 18) Centralny Rejestr — Centralny Rejestr Lekarzy i Lekarzy Dentystów Rzeczypospolitej Polskiej;
- 19) dotychczasowe przepisy — przepisy obowiązujące przed wejściem w życie ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty.

§ 4.

1. Na wniosek lekarza okręgowa rada lekarska przeprowadza postępowanie w sprawach:

- 1) przyznania prawa wykonywania zawodu lekarza;
- 2) przyznania ograniczonego prawa wykonywania zawodu lekarza;
- 3) wpisania na listę członków i dokonania wpisu do rejestru lekarzy;
- 4) przeniesienia na obszar działania innej okręgowej izby;
- 5) zaprzestania wykonywania zawodu lekarza na czas nieokreślony;
- 6) podjęcia wykonywania zawodu lekarza;
- 7) potwierdzenia posiadanych formalnych kwalifikacji lekarza, kwalifikacji w zakresie specjalności lekarskich i lekarsko-dentystycznych, posiadania prawa wykonywania zawodu na obszarze Rzeczypospolitej Polskiej oraz właściwej postawy etycznej lekarza i braku informacji o zdarzeniach mogących mieć wpływ na wykonywanie zawodu w innym niż Rzeczpospolita Polska państwie członkowskim UE.
2. Okręgowa rada lekarska przeprowadza z urzędu postępowanie w przypadku:
 - 1) stwierdzenia niepodjęcia wykonywania zawodu lekarza lub przerwy w wykonywaniu zawodu lekarza przez okres dłuższy niż 5 lat;
 - 2) zawieszenia lekarza w wykonywaniu zawodu, o którym mowa w § 14;
 - 3) ograniczenia lekarza w wykonywaniu zawodu, o którym mowa w § 13;
 - 4) utraty przez lekarza obywatelstwa polskiego lub obywatelstwa innego niż Rzeczpospolita Polska państwa członkowskiego UE;
 - 5) całkowitego lub częściowego ubezwłasnowolnienia lekarza;
 - 6) upływu czasu, na jaki lekarzowi zostało przyznane prawo wykonywania zawodu;
 - 7) zrzeczenia się przez lekarza prawa wykonywania zawodu;
 - 8) pozbawienia lekarza prawa wykonywania zawodu;
 - 9) uzyskania wiarygodnej informacji dotyczącej postawy etycznej i zdarzeń mogących mieć wpływ na podjęcie lub wykonywanie zawodu przez lekarza na obszarze innego niż Rzeczpospolita Polska państwa członkowskiego UE;
 - 10) śmierci lekarza.

§ 5.

1. Przed przyznaniem prawa wykonywania zawodu lekarza lub ograniczonego prawa wykonywania zawodu lekarza, lekarz jest zobowiązany przedstawić okręgowej radzie

¹ Zmiany tekstu jednolitego wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 2009 r. Nr 6, poz. 33, Nr 22, poz. 120, Nr 40, poz. 323, Nr 76, poz. 641 i Nr 219, poz. 1706 i 1708.

lekarskiej okręgowej izby, na obszarze której zamierza wykonywać zawód, dowody spełnienia warunków określonych odpowiednio w art. 5 ust. 1–3, art. 5a–5c albo art. 7 ust. 1, 1a, 2 i 3 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty.

2. W celu potwierdzenia spełnienia warunków, o których mowa w ust. 1, lekarz przedstawia okręgowej radzie lekarskiej dokumenty, o których mowa odpowiednio w art. 6 ust. 1–7 i 9 albo 7 ust. 5 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty.

3. Lekarz z UE, który zamierza tymczasowo i okazjonalnie wykonywać zawód na obszarze Rzeczypospolitej Polskiej, składa w okręgowej izbie właściwej ze względu na miejsce zamierzonego wykonywania zawodu dokumenty, o których mowa w art. 9 ust. 2 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty, zgodnie z zasadami określonymi w art. 9 ust. 3 i 4 tej ustawy.

§ 6.

- Lekarz, za wyjątkiem lekarza z UE, który dotychczas nie posiadał prawa wykonywania zawodu lekarza na obszarze Rzeczypospolitej Polskiej, lub lekarz, o którym mowa w art. 5 ust. 4 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty, może mieć przyznane przez okręgową radę lekarską wyłącznie ograniczone prawo wykonywania zawodu lekarza w celu odbycia stażu podyplomowego i złożenia LEP albo LDEP albo uznania stażu podyplomowego odbytego za granicą za równoważny w całości lub w części ze stażem obowiązującym w Rzeczypospolitej Polskiej i złożenia LEP albo LDEP.
- Lekarz, o którym mowa w art. 5c ust. 1 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty, może mieć przyznane przez okręgową radę lekarską wyłącznie ograniczone prawo wykonywania zawodu lekarza w celu odbycia stażu adaptacyjnego albo złożenia testu umiejętności w rozumieniu przepisów ustawy z dnia 18 marca 2008 r. o zasadach uznawania kwalifikacji zawodowych nabytych w państwach członkowskich Unii Europejskiej (Dz. U. Nr 63, poz. 394).
- Okręgowa rada lekarska, rozpatrując wniosek o przyznanie ograniczonego prawa wykonywania zawodu lekarza, złożony przez lekarza cudzoziemca, o którym mowa w ust. 1, ocenia spełnienie warunków, o których mowa w art. 7 ust. 2 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty, oraz powinna ustalić, czy wnioskodawca spełnia warunek, o którym mowa w art. 15 ust. 3f ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty.
- Okręgowa rada lekarska, rozpatrując wniosek lekarza cudzoziemca o przyznanie prawa wykonywania zawodu lekarza, ocenia spełnienie warunków, o których mowa w art. 7 ust. 1 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty, w tym powinna ustalić, czy wnioskodawca uzyskał prawo pobytu na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej zgodnie z przepisami ustawy z dnia 13 czerwca 2003 r. o cudzoziemcach (Dz. U. z 2006 r. Nr 234, poz. 1694, z późn. zm.²⁾), tj. czy posiada:
 - wizę (krajową lub Schengen), uprawniającą do wielokrotnego wjazdu na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej;
 - zewolenie na zamieszkanie na czas oznaczony;
 - zewolenie na osiedlenie się;
 - status uchodźcy nadany w Rzeczypospolitej Polskiej zgodnie z przepisami ustawy z dnia 13 czerwca 2003 r. o udzielaniu cudzoziemcom ochrony na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej (Dz. U. z 2009 r. Nr 189, poz. 1472 i z 2010 r. Nr 81, poz. 531);
 - zgode na pobyt tolerowany wydaną zgodnie z przepisami ustawy z dnia 13 czerwca 2003 r. o udzielaniu cudzoziemcom ochrony na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej;
 - decyzję o udzieleniu ochrony uzupełniającej wydaną zgodnie z przepisami ustawy z dnia 13 czerwca 2003 r. o udzielaniu cudzoziemcom ochrony na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej.
- Okręgowa rada lekarska, rozpatrując wniosek lekarza cudzoziemca o przyznanie prawa wykonywania zawodu lekarza wyłącznie w celu określonym w art. 7 ust. 1a ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty, oprócz oceny spełnienia warunków określonych w ust. 1 i 1a tego artykułu, powinna ustalić, czy wnioskodawca spełnia warunki, o których mowa w § 14 ust. 4 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 20 października 2005 r. w sprawie specjalizacji lekarzy i lekarzy dentystów (Dz. U. Nr 213, poz. 1779, z 2007 r. Nr 13, poz. 85 oraz z 2008 r. Nr 170, poz. 1050) oraz przepisach ustawy z dnia 27 lipca 2005 r. — Prawo o szkolnictwie wyższym (Dz. U. Nr 164, poz. 1365, z późn. zm.³⁾) i rozporządzenia Ministra Nauki i Szkolnictwa Wyższego z dnia 12 października 2006 r. w sprawie podejmowania i odbywania przez cudzoziemców studiów i szkoleń oraz ich uczestniczenia w badaniach naukowych i pracach rozwojowych (Dz. U. Nr 190, poz. 1406 oraz z 2009 r. Nr 176, poz. 1365).
- Lekarz cudzoziemiec, który nie spełnia wymogu, o którym mowa w art. 5 ust. 3 pkt 2 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty, może mieć ponownie przyznane prawo wykonywania zawodu lekarza, na stałe albo na czas określony, jeżeli:
 - do dnia 27 września 1998 r. uzyskał prawo wykonywania zawodu lekarza, na czas określony, na podstawie dotychczasowych przepisów;
 - wystąpi z wnioskiem o ponowne przyznanie prawa wykonywania zawodu przed upływem okresu, na jaki prawo zostało przyznane.
- Lekarz, który utracił prawo wykonywania zawodu na podstawie art. 14 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty, stwierdzone na podstawie dotychczasowych przepisów, może mieć przyznane prawo wykonywania zawodu przez okręgową radę lekarską, jeżeli spełnia warunki, o których mowa w art. 5 ust. 1 i 3 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty, z zastrzeżeniem § 7.
- W odniesieniu do lekarza, o którym mowa w ust. 7, okręgowa rada lekarska uznaje za spełnienie wymogów, określonych w art. 5 ust. 3 pkt 1 lub art. 7 ust. 1 pkt 6 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty, przedstawienie przez lekarza odpowiedniego dokumentu, wystawionego przez uprawniony podmiot, potwierdzającego:
 - wykonywanie zawodu pod kierownictwem lekarza, uprawnionego do samodziel-

nego wykonywania zawodu, przez okres jednego roku od uzyskania zaświadczenia o prawie wykonywania zawodu, zgodnie z art. 5 ust. 1 pkt 1 ustawy z dnia 28 października 1950 r. o zawodzie lekarza (Dz. U. Nr 50, poz. 458, z późn. zm.⁴⁾), na jednej z poniżej wskazanych podstaw:

- instrukcji Ministra Zdrowia Nr 69/58 z dnia 27 grudnia 1958 r. (KD–54/58) w sprawie zatrudniania lekarzy przystępujących do pracy po uzyskaniu dyplomu (Dz. Urz. Min. Zdr. Nr 1, poz. 6 i Nr 9, poz. 47) i odpowiednio instrukcji Nr 40/59 Ministra Zdrowia z dnia 3 listopada 1959 r. (KR–614/59) w sprawie programu szkolenia i obowiązków lekarzy stażystów (Dz. Urz. Min. Zdr. Nr 20, poz. 91) lub instrukcji Nr 16/61 Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 1 marca 1961 r. (KD.1207/46/1/60) zmieniającej instrukcję nr 40/59 w sprawie programu szkolenia i obowiązków lekarzy stażystów (Dz. Urz. MZiOS Nr 7, poz. 25),
 - instrukcji Nr 50/62 Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 26 listopada 1962 r. (KT.54/148/62) w sprawie zatrudniania lekarzy przystępujących do pracy po otrzymaniu dyplomu (Dz. Urz. MZiOS Nr 24, poz. 148) i instrukcji Nr 7/63 Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 19 lutego 1963 r. (NS–B–5001/63) w sprawie programu szkolenia i obowiązków lekarzy stażystów (Dz. Urz. MZiOS Nr 5, poz. 34),
 - instrukcji Nr 2/69 Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 15 stycznia 1969 r. (PZ 053/58/68) w sprawie praktyk podyplomowych lekarzy (Dz. Urz. MZiOS Nr 4, poz. 13),
 - instrukcji Nr 29/71 Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 25 października 1971 r. w sprawie wstępnego stażu pracy lekarzy–absolwentów akademii medycznych (Dz. Urz. MZiOS Nr 21, poz. 110) i od 1985 r. programu wstępnego stażu pracy (stażu podyplomowego) z dnia 13 grudnia 1984 r. i załącznika 1a karty stażu podyplomowego (pismo okólne Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej ND–544–Og/78/M/84),
 - zarządzenia Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 24 sierpnia 1987 r. w sprawie przedłużenia okresu wstępnego stażu pracy absolwentów akademii medycznych (Dz. Urz. MZiOS Nr 10, poz. 68),
- a w przypadku absolwentów Wojskowej Akademii Medycznej:
- zarządzenia Ministrów Obrony Narodowej oraz Zdrowia z dnia 25 września 1959 r. w sprawie odbywania stażu przez absolwentów Wojskowej Akademii Medycznej (Dz. Rozk. MON Nr 21, poz. 125),
 - zarządzenia Ministrów Obrony Narodowej oraz Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 16 lipca 1964 r. w sprawie odbywania stażu lekarskiego przez absolwentów Wydziału Lekarskiego Wojskowej Akademii Medycznej (Dz. Rozk. MON Nr 12, poz. 70),
 - zarządzenia Ministrów Obrony Narodowej oraz Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 18 lutego 1971 r. w sprawie odbywania praktyk podyplomowych absolwentów Wydziału Lekarskiego Wojskowej Akademii Medycznej (Dz. Rozk. MON Nr 6, poz. 20) lub zarządzenia Ministrów Obrony Narodowej oraz Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 14 stycznia 1992 r. zmieniającego zarządzenie z dnia 18 lutego 1971 r. w sprawie odbywania praktyk podyplomowych absolwentów Wydziału Lekarskiego Wojskowej Akademii Medycznej (Dz. Rozk. MON Nr 1, poz. 3);
- 2) odbycie jednorocznej praktyki przygotowawczej lekarsko–dentystycznej po ukończeniu studiów, o której mowa w art. 1 ust. 1 rozporządzenia Prezydenta Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 10 czerwca 1927 r. o wykonywaniu praktyki dentystycznej (Dz. U. R.P. z 1934 r. Nr 4, poz. 32, z późn. zm.⁵⁾), na podstawie rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 15 marca 1948 r. wydanego w porozumieniu z Ministrem Oświaty o odbywaniu praktyki przygotowawczej lekarsko–dentystycznej (Dz. U. Nr 17, poz. 118) i wytycznych Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej dla realizacji praktyki przygotowawczej lekarsko–dentystycznej z dnia 24 sierpnia 1993 r. (PNK–SL–1047–g.35/93) oraz zaświadczenia o prawie wykonywania zawodu lekarza stomatologa pod kierunkiem lekarza stomatologa uprawnionego do samodzielnego wykonywania zawodu;
- 3) odbycie stażu podyplomowego na podstawie zezwolenia Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej na wykonywanie zawodu przez lekarza cudzoziemca, wydanego na podstawie art. 3 ustawy z dnia 28 października 1950 r. o zawodzie lekarza albo przez lekarza dentystę cudzoziemca, wydanego na podstawie art. 3 lit. b w związku z art. 1 ust. 1 pkt 3 oraz rozporządzenia Prezydenta Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 19 czerwca 1927 r. o wykonywaniu praktyki dentystycznej.

§ 7.

Okręgowa rada lekarska przyznaje prawo wykonywania zawodu lekarza bez spełnienia wymogu, o którym mowa w art. 5 ust. 3 pkt 2 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty, jeżeli lekarz spełnia jeden z poniżej wskazanych warunków:

- ukończył staż podyplomowy, o którym mowa w art. 5 ust. 3 pkt 1 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty, do dnia 30 września 2004 r.;
- wykonywał zawód pod kierownictwem lekarza uprawnionego do samodzielnego wykonywania zawodu przez okres jednego roku od uzyskania zaświadczenia o prawie wykonywania zawodu, odbył jednoroczną praktykę lekarsko–dentystyczną po ukończeniu studiów lub odbył staż podyplomowy na podstawie zezwolenia Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej — na podstawie przepisów, o których mowa w § 6 ust. 8;
- jest obywatelem państwa członkowskiego UE i uzyskał uznanie stażu podyplomowego odbytego przed dniem 30 września 2004 r. poza granicami Rzeczypospolitej Polskiej za równoważny w całości ze stażem odbytym w Rzeczypospolitej Polskiej na podstawie odrębnych przepisów.

§ 8.

- Okręgowa rada lekarska, podejmując uchwałę w sprawie przyznania prawa wykonywa-

- nia zawodu lekarza lub ograniczonego prawa wykonywania zawodu lekarza, równocześnie wpisuje lekarza na listę członków okręgowej izby i do okręgowego rejestru.
- W przypadku, gdy uchwałą, o której mowa w ust. 1, podejmowana jest na wniosek lekarza z UE, w uchwale dodatkowo stwierdza się uznanie formalnych kwalifikacji lekarza.
- Okręgowa rada lekarska w uchwale, o której mowa w ust. 1, oznacza prawo wykonywania zawodu lekarza lub ograniczone prawo wykonywania zawodu lekarza numerem, który otrzymuje z Centralnego Rejestru.
- Numer, o którym mowa w ust. 3, stanowi siedmiocyfrową liczbę wyznaczaną na podstawie identyfikatora systemowego ustalonego przez Zakład Ubezpieczeń Społecznych w porozumieniu z Naczelną Radą Lekarską jako numer identyfikacyjny lekarza i przekazanej Naczelnej Radzie Lekarskiej przez Zakład Ubezpieczeń Społecznych, zgodnie z art. 56 ust. 5 pkt 1 ustawy z dnia 25 czerwca 1999 r. o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa (Dz. U. z 2010 r. Nr 77, poz. 512).

§ 9.

W przypadku, gdy okręgowa rada lekarska uzyska wiarygodną informację dotyczącą zdarzeń, które wystąpiły na terytorium lub poza terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, mogących mieć wpływ na podjęcie zawodu lekarza w rozumieniu art. 5 ust. 1 pkt 5 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty, po sprawdzeniu prawdziwości tej informacji, może podjąć uchwałę o odmowie przyznania prawa wykonywania zawodu.

§ 10.

- Uchwała okręgowej rady lekarskiej lub Naczelnej Rady Lekarskiej o przyznaniu prawa wykonywania zawodu lekarza lub ograniczonego prawa wykonywania zawodu lekarza jest podstawą do wydania przez okręgową radę lekarską dokumentu „Prawo wykonywania zawodu lekarza” lub „Ograniczone prawo wykonywania zawodu lekarza”.
- Do dokonywania wpisów w dokumentach, o których mowa w ust. 1, uprawniona jest wyłącznie okręgowa rada lekarska.
- Dokument, o którym mowa w ust. 1, wydawany jest lekarzowi bezpłatnie.
- Lekarzowi nie wolno odstępować dokumentu „Prawo wykonywania zawodu lekarza” lub „Ograniczone prawo wykonywania zawodu lekarza” innej osobie oraz przysyłać go w obrocie krajowym i zagranicznym.

§ 11.

Lekarz będący żołnierzem w czynnej służbie wojskowej lub pełniący służbę, na czas tej służby, zostaje wpisany na listę członków Wojskowej Izby Lekarskiej, której rada przyznaje mu prawo wykonywania zawodu lekarza lub ograniczone prawo wykonywania zawodu lekarza, jeżeli nie uzyskał go uprzednio.

§ 12.

- Lekarz, który zamierza dodatkowo wykonywać zawód przez co najmniej pół roku na obszarze okręgowej izby, której nie jest członkiem, jest zobowiązany niezwłocznie powiadomić o tym okręgową radę lekarską tej okręgowej izby, a w przypadku zamiaru wykonywania indywidualnej praktyki lekarskiej lub indywidualnej specjalistycznej praktyki lekarskiej albo udzielenia świadczeń zdrowotnych w ramach grupowej praktyki lekarskiej ponadto uzyskać wpis do właściwego rejestru praktyk lekarskich.
- Okręgowa rada lekarska w ramach okręgowego rejestru lekarzy prowadzi ewidencję lekarzy i lekarzy dentystów - członków innych izb lekarskich wykonujących zawód na obszarze działania okręgowej izby.

§ 13.

- Lekarz jest ograniczany w wykonywaniu zawodu poprzez ograniczenie w wykonywaniu określonych czynności medycznych lub w określonym zakresie lub w niektórych formach wykonywania zawodu na jednej z poniżej wskazanych podstaw:
 - orzeczenie sądu lekarskiego albo postanowienie sądu lekarskiego;
 - orzeczenie sądu o zastosowaniu środka karnego albo środka zabezpieczającego w postaci zakazu wykonywania zawodu;
 - orzeczenie sądu albo prokuratora o zastosowaniu środka zapobiegawczego w postaci zawieszenia w wykonywaniu zawodu.
- Lekarz jest ograniczany w wykonywaniu zawodu w zakresie, o którym mowa w ust. 1, również na podstawie uchwały okręgowej rady lekarskiej, podjętej na podstawie art. 11 ust. 4 albo art. 12 ust. 3 lub 4 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty.

§ 14.

Lekarz jest zawieszany w wykonywaniu zawodu na jednej z poniżej wskazanych podstaw:

- orzeczenie sądu lekarskiego albo postanowienie sądu lekarskiego;
- orzeczenie sądu o zastosowaniu środka karnego albo środka zabezpieczającego w postaci zakazu wykonywania zawodu;
- orzeczenie sądu albo prokuratora o zastosowaniu środka zapobiegawczego w postaci zawieszenia w wykonywaniu zawodu;
- uchwała okręgowej rady lekarskiej, podjęta na podstawie art. 11 ust. 4 albo art. 12 ust. 3 lub 4 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty.

§ 15.

- Lekarz traci prawo wykonywania zawodu lekarza na obszarze Rzeczypospolitej Polskiej w razie zaistnienia jednej z poniżej wskazanych przyczyn:
 - zaistnienie okoliczności, o których mowa w art. 14 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty;
 - pozbawienie prawa wykonywania zawodu;
 - zrzeczenie się prawa wykonywania zawodu.
- Lekarz traci ograniczone prawo wykonywania zawodu lekarza na obszarze Rzeczypospolitej Polskiej w razie zaistnienia jednej z poniżej wymienionych przyczyn:
 - zaistnienie okoliczności, o których mowa w ust. 1;
 - odbycie stażu podyplomowego i złożenie z wynikiem pozytywnym LEP albo LDEP;

- uznanie stażu podyplomowego odbytego za granicą przez ministra właściwego do spraw zdrowia, zgodnie z odrębnymi przepisami, i złożenie z wynikiem

- pozytywnym LEP albo LDEP;
- upływ 5–letniego okresu, na który zostało przyznane ograniczone prawo wykonywania zawodu;
- odbycie stażu adaptacyjnego albo złożenie testu umiejętności, o których mowa w § 6 ust. 2.
- Lekarz jest zobowiązany do niezwłocznego zwrotu okręgowej radzie lekarskiej okręgowej izby, której jest członkiem, dokumentu uprawniającego do wykonywania zawodu w przypadku pozbawienia go prawa wykonywania zawodu lekarza, utraty prawa

wykonywania zawodu lekarza lub zawieszenia prawa wykonywania zawodu lekarza.

§ 16.

Skreślenia z listy członków okręgowej izby i z okręgowego rejestru następuje w sytuacji określonej w art. 7 ust. 1 ustawy o izbach lekarskich.

§ 17.

- Lekarz, który zamierza podjąć wykonywanie zawodu po upływie 5 lat od uzyskania dyplomu lekarza, przed przyznaniem ograniczonego prawa wykonywania zawodu lekarza, jest zobowiązany do odbycia przeszkolenia, mającego na celu uzupełnienie wiedzy medycznej. Spełnienie obowiązku przeszkolenia potwierdza wyższa szkoła medyczna w trybie i na warunkach przez nią ustalonych.
- Lekarz, który zamierza podjąć wykonywanie zawodu po upływie 5 lat od ukończenia stażu podyplomowego albo od dnia złożenia LEP albo LDEP, jeżeli nie złożył go w czasie odbywania stażu podyplomowego, albo od dnia uznania jego kwalifikacji do wykonywania zawodu lekarza przez ministra właściwego do spraw zdrowia na podstawie art. 5c ust. 1 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty, jest zobowiązany do odbycia przeszkolenia.
- Lekarz posiadający prawo wykonywania zawodu lekarza, który przez okres dłuższy niż 5 lat nie wykonuje zawodu z powodu zawieszenia prawa wykonywania zawodu lekarza lub zaprzestania wykonywania zawodu, a zamierza podjąć jego wykonywanie, ma obowiązek zawiadomienia o tym okręgowej rady lekarskiej okręgowej izby, której jest członkiem, i odbycia przeszkolenia.
- Okręgowa rada lekarska ustala tryb, program, miejsce i okres przeszkolenia, o którym mowa w ust. 2 i 3, uwzględniając w szczególności dotychczasowy okres wykonywania zawodu, kwalifikacje lekarza, długość przerwy w wykonywaniu zawodu oraz realizację przez lekarza obowiązku doskonalenia zawodowego.
- Przeszkolenie, o którym mowa w ust. 2 i 3, odbywa się w podmiotach uprawnionych do prowadzenia szkolenia, o których mowa w art. 19 ust. 1 pkt 1 i 2 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty, na podstawie umowy o szkolenie zawartej z właściwym podmiotem, wskazanym przez okręgową radę lekarską.
- Lekarz zobowiązany przez okręgową radę lekarską do odbycia przeszkolenia, w okresie jego trwania, może wykonywać zawód jedynie w miejscu odbywania przeszkolenia.

§ 18.

W przypadku zrzeczenia się prawa wykonywania zawodu lekarza lub zaprzestania wykonywania zawodu na czas nieokreślony, lekarz jest zobowiązany do złożenia stosownego oświadczenia okręgowej radzie lekarskiej okręgowej izby, której jest członkiem.

§ 19.

- Okręgowy rejestr, obejmujący dane oraz akta osobowe lekarzy, prowadzi okręgowa rada lekarska, zgodnie z przepisami, o których mowa w art. 49 ustawy o izbach lekarskich. Prowadzenie okręgowego rejestru nie może być przekazane delegaturze lub kołu. Delegatura, na podstawie uchwały okręgowej rady lekarskiej, może wykonywać czynności przygotowawcze określone w regulaminie związane z przyznawaniem prawa wykonywania zawodu lekarza lub ograniczonego prawa wykonywania zawodu lekarza albo z rejestracją lekarza.
- Okręgowy rejestr obejmuje dane, o których mowa w art. 49 ust. 5 ustawy o izbach lekarskich, oraz akta osobowe i informacje potwierdzające te dane, lekarzy:
 - wpisanych na listę członków okręgowej izby na podstawie uchwały okręgowej rady lekarskiej w sprawie przyznania prawa wykonywania zawodu lekarza lub ograniczonego prawa wykonywania zawodu lekarza, zgodnie z obowiązującymi przepisami;
 - wpisanych na listę członków okręgowej izby na podstawie art. 12 ust. 1 i art. 25 pkt 1 ustawy z dnia 17 maja 1989 r. o izbach lekarskich (Dz. U. Nr 30, poz. 158, z późn. zm.⁶⁾), zwanej dalej „ustawą z dnia 17 maja 1989 r. o izbach lekarskich”, i dotychczasowych przepisów, którzy spełnili wymóg określony w art. 63 ust. 2 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty;
 - wpisanych na listę członków okręgowej izby na podstawie wniosku lekarza o przeniesienie i wpisanie na listę członków;
 - posiadających prawo wykonywania zawodu lekarza, stwierdzone na podstawie dotychczasowych przepisów, którzy nie stali się członkami właściwej okręgowej izby z mocy ustawy z dnia 17 maja 1989 r. o izbach lekarskich, lub zostali wpisani na listę członków okręgowej izby na podstawie art. 12 tej ustawy i nie spełnili wymogu określonego w art. 63 ust. 2 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty. Dane te są oznaczone jako część ewidencyjna okręgowego rejestru;
 - posiadających prawo wykonywania zawodu lekarza, uzyskane na podstawie dotychczasowych przepisów i wykonujących zawód na obszarze Polskiej Rzeczypospolitej Ludowej na podstawie przepisów obowiązujących przed wejściem w życie ustawy z dnia 17 maja 1989 r. o izbach lekarskich w okresie od dnia 1 stycznia 1945 r. do dnia 1 stycznia 1990 r., którzy zmarli lub utracili prawo wykonywania zawodu lekarza. Dane te są oznaczone jako część archiwalna okręgowego rejestru.
- Wykaz aktów prawnych, na podstawie których lekarz uzyskiwał zaświadczenia o prawie wykonywania zawodu w okresie od 1990 r. do 1997 r., stanowi załącznik nr

2 Zmiany tekstu jednolitego wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 2007 r. Nr 120, poz. 818 i Nr 165, poz. 1170, z 2008 r. Nr 70, poz. 416, Nr 180, poz. 1112, Nr 216, poz. 1367, Nr 227, poz. 1505 i Nr 234, poz. 1570, z 2009 r. Nr 6, poz. 33, Nr 31, poz. 206 i Nr 95, poz. 790 oraz z 2010 r. Nr 81, poz. 531.

3 Zmiany wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 2006 r. Nr 46, poz. 328, Nr 104, poz. 708 i 711, Nr 144, poz. 1043 i Nr 227, poz. 1658, z 2007 r. Nr 80, poz. 542, Nr 120, poz. 818, Nr 176, poz. 1238 i 1240 i Nr 180, poz. 1280, z 2008 r. Nr 70, poz. 416, z 2009 r. Nr 68, poz. 584, Nr 157, poz. 1241, Nr 161, poz. 1278 i Nr 202, poz. 1553 oraz z 2010 r. Nr 57, poz. 359, Nr 75, poz. 471 i Nr 96, poz. 620.

4 Zmiany wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 1950 r. Nr 53, poz. 489, z 1956 r. Nr 12, poz. 61 oraz z 1989 r. Nr 30, poz. 158.

5 Zmiany wymienionego rozporządzenia zostały opublikowane w Dz. U. z 1934 r. Nr 110, poz. 976, z 1938 r. Nr 91, poz. 628 i z 1947 r. Nr 27, poz. 104.

6 Zmiany wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 1990 r. Nr 20, poz. 120, z 1996 r. Nr 106, poz. 496, z 1997 r. Nr 28, poz. 152, z 1998 r. Nr 106, poz. 668, z 2001 r. Nr 126, poz. 1383, z 2002 r. Nr 153, poz. 1271 i Nr 240, poz. 2052, z 2004 r. Nr 92, poz. 885 oraz z 2007 r. Nr 176, poz. 1238.

- 2 do uchwały.
4. Wykaz aktów prawnych, na podstawie których lekarz uzyskiwał zaświadczenie o prawie wykonywania zawodu w okresie od 1921 r. do 1979 r., stanowi załącznik nr 3 do uchwały.

§ 20.

1. Dokumenty oraz informacje, o których mowa w art. 49 ust. 6 ustawy o izbach lekarskich, wchodzące w skład akt osobowych muszą być wydane przez uprawnione, na podstawie odrębnych przepisów, podmioty i organy lub przekazane okręgowej radzie lekarskiej przez członka okręgowej izby w formie oświadczenia.
2. Okręgowa rada lekarska umieszcza w okręgowym rejestrze dane, o których mowa w art. 49 ust. 5 ustawy o izbach lekarskich, lub dokonuje zmian tych danych, na podstawie:
- 1) dokumentów wydawanych na podstawie obowiązujących przepisów, w tym obowiązujących przed dniem wejścia w życie ustawy z dnia 17 maja 1989 r. o izbach lekarskich - w przypadku danych określonych w art. 49 ust. 5 pkt 1-10, 15-27, 29, 32, 33, 35, 40 i 41 ustawy o izbach lekarskich;
- 2) oświadczeń lekarza - w przypadku danych określonych w art. 49 ust. 5 pkt 31, 34, 36 i 37 ustawy o izbach lekarskich;
- 3) dokumentów lub informacji uzyskanych przez okręgową radę lekarską - w przypadku danych określonych w art. 49 ust. 5 pkt 11-14, 28, 39, 42-45 ustawy o izbach lekarskich.
3. Dane określone w art. 49 ust. 5 pkt 22 ustawy o izbach lekarskich okręgowa rada lekarska umieszcza w okręgowym rejestrze na podstawie dokumentu wydanego przez podmiot uprawniony do ich wydania.
4. Zmiany danych w okręgowym rejestrze dotyczących ograniczenia w wykonywaniu zawodu, o którym mowa w § 13, zawieszenia w wykonywaniu zawodu, o którym mowa w § 14 pkt 1-3, oraz skreślenia, o którym mowa w § 16, dokonuje prezes okręgowej rady lekarskiej, w drodze zarządzenia, na podstawie przepisów uchwały lub art. 7 ust. 2 ustawy o izbach lekarskich.
5. Wykaz aktów prawnych, na podstawie których lekarz uzyskiwał specjalizację I lub II stopnia lub tytuł specjalisty w okresie od 1951 r. do 2004 r., stanowi załącznik nr 4 do uchwały.

§ 21.

1. Okręgowa rada lekarska w ramach okręgowego rejestru prowadzi okręgowe archiwum lekarzy, obejmujące dane oznaczone jako archiwalne, zwane dalej „archiwum informatycznym”, oraz archiwum akt osobowych lekarzy, o których mowa w art. 49 ust. 10 ustawy o izbach lekarskich.
2. Okręgowe archiwum lekarzy obejmuje również księgi rejestrowe lekarzy i lekarzy dentystów, prowadzone w okresie 1950-1989 r. na podstawie przepisów obowiązujących przed wejściem w życie ustawy z dnia 17 maja 1989 r. o izbach lekarskich, przekazane okręgowym izbom przez administrację rządową szczebla wojewódzkiego.

§ 22.

Okręgowa rada lekarska prowadzi zbiór akt osobowych lekarza oraz archiwum akt osobowych zgodnie z przepisami art. 49 ust. 8-11 ustawy o izbach lekarskich.

§ 23.

1. Centralny Rejestr prowadzi Naczelna Rada Lekarska zgodnie z przepisami art. 50-52 ustawy o izbach lekarskich, obejmujący dane, o których mowa w art. 50 ustawy o izbach lekarskich.
2. Naczelna Rada Lekarska w ramach archiwum informatycznego Centralnego Rejestru prowadzi archiwum obejmujące dane lekarzy posiadających prawo wykonywania zawodu lekarza i wykonujących zawód na obszarze Rzeczypospolitej Polskiej w okresie od dnia 2 grudnia 1921 r. do dnia 1 września 1939 r., uzyskane na podstawie źródeł historycznych, zwane dalej „archiwum historycznym”.
3. Naczelna Rada Lekarska przechowuje archiwalne akta osobowe lekarzy cudzoziemców, których dane nie znajdują się w okręgowym rejestrze, obejmujące dokumenty związane z postępowaniem w sprawie uzyskania zezwolenia Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej na wykonywanie zawodu lekarza na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej na podstawie art. 3 ustawy z dnia 28 października 1950 r. o zawodzie lekarza albo zawodu lekarza dentysty na podstawie art. 3 lit. b w związku z art. 1 ust. 1 pkt 3 rozporządzenia Prezydenta Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 10 czerwca 1927 r. o wykonywaniu praktyki dentystycznej, przekazane jej przez Ministra Zdrowia.
4. Archiwalne akta osobowe, o których mowa w ust. 3, przechowuje się zgodnie z przepisami o narodowym zasobie archiwalnym i archiwach.

§ 24.

Okręgowa rada lekarska przekazuje dane do Centralnego Rejestru zgodnie z art. 51 ustawy o izbach lekarskich.

§ 25.

1. Do prowadzenia okręgowego rejestru i Centralnego Rejestru stosuje się przepisy ustawy z dnia 29 października 1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2002 r. Nr 101, poz. 926, z późn. zm.⁷⁾) i rozporządzenia Ministra Spraw Wewnętrznych i Administracji z dnia 29 kwietnia 2004 r. w sprawie dokumentacji przetwarzania danych osobowych oraz warunków technicznych i organizacyjnych, jakim powinny odpowiadać urządzenia i systemy informatyczne służące do przetwarzania danych osobowych (Dz. U. Nr 100, poz. 1024).
2. W celu zapewnienia stosowania przepisów o ochronie danych osobowych, Naczelna Rada Lekarska i okręgowa rada lekarska wykonują zadania przewidziane dla administratora danych w przepisach, o których mowa w ust. 1.
3. Naczelna Rada Lekarska i okręgowa rada lekarska wyznaczają osobę posiadającą

odpowiednie kwalifikacje jako administratora bezpieczeństwa informacji w rozumieniu przepisów, o których mowa w ust. 1.

4. Okręgowa rada lekarska i Naczelna Rada Lekarska wydają instrukcje dotyczące:

- 1) prowadzenia ewidencji osób uprawnionych do przetwarzania danych;
- 2) zarządzania systemem informatycznym obejmującym dane osobowe;
- 3) postępowania w sytuacji naruszenia danych osobowych, przewidziane w przepisach, o których mowa w ust. 1.
5. O udostępnieniu danych z okręgowego rejestru podmiotom i organom, o których mowa w art. 52 ust. 1 i 2 ustawy o izbach lekarskich, każdorazowo decyduje osoba upoważniona, w drodze uchwały, przez okręgową radę lekarską.
6. O udostępnieniu danych z Centralnego Rejestru podmiotom i organom, o których mowa w art. 52 ust. 1 i 2 ustawy o izbach lekarskich, każdorazowo decyduje Prezes Naczelnej Rady Lekarskiej lub inny, wskazany przez niego, członek Naczelnej Rady Lekarskiej.
7. Każda decyzja o udostępnieniu danych powinna być umieszczona w okręgowym rejestrze lub w Centralnym Rejestrze.
8. Przepis ust. 5 nie dotyczy danych dotyczących lekarzy będących żołnierzami w czynnej służbie wojskowej lub funkcjonariuszy pełniących służbę w jednostkach Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji, dla których zakres przekazywanych danych ustali Naczelna Rada Lekarska w porozumieniu z Ministrem Obrony Narodowej i Ministrem Spraw Wewnętrznych i Administracji.

§ 26.

1. Okręgowa rada lekarska w ramach okręgowego rejestru prowadzi okręgową ewidencję lekarzy i lekarzy dentystów, zwaną dalej „ewidencją”, obejmującą dane i zbiór dokumentów osobowych lekarzy, o których mowa w § 19 ust. 2 lit. d.
2. Ewidencja zawiera dokumenty i następujące dane dotyczące lekarza:
- 1) tytuł zawodowy;
- 2) imię i nazwisko;
- 3) płeć;
- 4) imiona rodziców lub imię ojca;
- 5) numer ewidencyjny PESEL lub datę urodzenia;
- 6) numer dotychczasowego zaświadczenia o prawie wykonywania zawodu, z określeniem organu wydającego zaświadczenie i datę wydania;
- 7) inne wymienione w art. 49 ust. 5 ustawy o izbach lekarskich, jeżeli są potwierdzone odpowiednim dokumentem.
3. Wpisanie na listę członków i do okręgowego rejestru właściwej okręgowej izby i wydanie dokumentu „Prawo wykonywania zawodu lekarza” lekarzowi, którego dane znajdują się w ewidencji, następuje na jego wniosek na podstawie uchwały okręgowej rady lekarskiej tej okręgowej izby.
4. Jeżeli lekarz nie złoży wniosku, o którym mowa w ust. 3, przeniesienie jego danych do archiwum informatycznego i dokumentów osobowych do archiwum akt osobowych, o których mowa w § 21 ust. 1, następuje w przypadku:
- 1) zreczenia się prawa wykonywania zawodu lekarza;
- 2) utraty obywatelstwa polskiego i obywatelstwa innego państwa członkowskiego UE;
- 3) całkowitego lub częściowego ubezwłasnowolnienia lekarza;
- 4) upływu terminu ważności prawa wykonywania zawodu lekarza;
- 5) śmierci lekarza;
- 6) upływu terminu 100 lat od daty urodzenia lekarza.
5. Naczelna Rada Lekarska prowadzi ewidencję Centralnego Rejestru utworzoną na podstawie danych przekazanych przez okręgowe rady lekarskie z prowadzonych przez nie ewidencji.

§ 27.

1. Okręgowa rada lekarska prowadzi rejestr lekarzy tymczasowo i okazjonalnie wykonujących zawód, o których mowa w art. 9 ust. 2 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty.
2. Sposób prowadzenia rejestru, o którym mowa w ust. 1, oraz wykaz danych, które on zawiera, określa art. 9 ust. 5–7 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty.
3. Naczelna Rada Lekarska prowadzi centralną ewidencję lekarzy z UE tymczasowo i okazjonalnie wykonujących zawód na obszarze Rzeczypospolitej Polskiej na podstawie danych uzyskanych z rejestru, o którym mowa w ust. 1.

§ 28.

1. Do prowadzenia spraw określonych w regulaminie okręgowa rada lekarska powołuje komisję do spraw rejestracji lekarzy i uchwała jej szczegółowe zadania i regulamin.
2. Do zadań komisji, o której mowa w ust. 1, należy:
- 1) sprawdzanie formalnej poprawności wniosków, przyjmowanie oświadczeń oraz sprawdzanie kompletności dokumentów wymienionych w załączniku Nr 1 do regulaminu, a także sprawdzanie innych dokumentów złożonych przez lekarza;
- 2) przeprowadzanie postępowania w sprawie uznania formalnych kwalifikacji lekarza i kwalifikacji w zakresie specjalności lekarskich i lekarsko-dentystycznych;
- 3) potwierdzanie formalnych kwalifikacji lekarza, będącego członkiem danej okręgowej izby, albo którego dane znajdują się w ewidencji, albo w archiwum akt osobowych, i posiadającego kwalifikacje uzyskane w wyniku kształcenia odbytego na obszarze Rzeczypospolitej Polskiej;
- 4) przeprowadzenie w uzasadnionych przypadkach rozmowy z lekarzem, mającej na celu uzyskanie niezbędnej informacji;
- 5) przedstawianie okręgowej radzie lekarskiej stanowiska komisji w sprawach określonych w uchwale;
- 6) sprawowanie w imieniu okręgowej rady lekarskiej nadzoru nad:
- a) prawidłowością prowadzenia okręgowego rejestru i jego aktualizacji we współpracy z Centralnym Rejestrem,
- b) zabezpieczeniem danych zawartych w okręgowym rejestrze,
- c) wystawianiem i wydawaniem dokumentów uprawniających do wykonywania zawodu i ich aktualizacji,
- d) prowadzeniem zbioru akt osobowych i archiwum akt osobowych;
- 7) współdziałanie z organami i innymi komisjami okręgowej izby oraz Komisją Orga-

- nizacyjną Naczelnej Rady Lekarskiej w sprawach określonych w uchwale;
- 8) współdziałanie z organami i komisjami do spraw rejestracji innych okręgowych izb;
- 9) prowadzenie z upoważnienia okręgowej rady lekarskiej, w zakresie określonym regulaminem, korespondencji z organami administracji rządowej i samorządowej, szkołami wyższymi i jednostkami badawczo-rozwojowymi, zakładami opieki zdrowotnej i innymi podmiotami zatrudniającymi lekarzy oraz lekarzami w sprawach określonych w uchwale;
- 10) wykonywanie innych czynności, wynikających z uchwał zjazdu lekarzy, Naczelnej Rady Lekarskiej i okręgowej rady lekarskiej.
3. Okręgowa rada lekarska powierza pełnienie funkcji przewodniczącego komisji do spraw rejestracji lekarzy jednemu z członków jej prezydium.
4. Do obsługi komisji do spraw rejestracji lekarzy przewodniczącą okręgowej rady lekarskiej wyznacza pracowników administracyjnych biura okręgowej izby.
5. Przewodniczącą komisji do spraw rejestracji lekarzy lub jego zastępcą:
- 1) podejmuje decyzje dotyczące wprowadzania danych do okręgowego rejestru oraz dokonania zmiany tych danych;
- 2) nadzoruje pod względem merytorycznym wykonywanie obowiązków przez pracowników, o którym mowa w ust. 4.

§ 29.

1. Naczelna Rada Lekarska sprawuje nadzór nad realizacją uchwały, za pośrednictwem Komisji Organizacyjnej Naczelnej Rady Lekarskiej.
2. Do zadań Komisji Organizacyjnej Naczelnej Rady Lekarskiej w zakresie określonym uchwałą należy:
- 1) nadzorowanie prowadzenia Centralnego Rejestru oraz zabezpieczenia danych zawartych w tym rejestrze oraz prowadzenia archiwum akt osobowych lekarzy cudzoziemców;
- 2) nadzorowanie działalności Ośrodka Uznawania Kwalifikacji, działającego przy Naczelnej Izbie Lekarskiej na podstawie odrębnych przepisów;
- 3) zapewnienie współpracy pomiędzy okręgowymi rejestrami i Centralnym Rejestrem;
- 4) współpraca oraz nadzór nad czynnościami komisji do spraw rejestracji okręgowych rad lekarskich w celu zapewnienia pomocy merytorycznej i organizacyjnej izbom okręgowym w sprawach określonych uchwałą;
- 5) wnioskowanie o wydanie stosownych uregulowań prawnych w sprawach objętych uchwałą.

§ 30.

Traci moc:

- 1) uchwała Naczelnej Rady Lekarskiej Nr 104/97/II z dnia 26 września 1997 r. w sprawie szczegółowego trybu postępowania w sprawach przyznawania prawa wykonywania zawodu lekarza i lekarza dentysty oraz prowadzenia rejestru lekarzy (tekst jednolity uchwały określony w załączniku do obwieszczenia Nr 6/08/V Prezesa Naczelnej Rady Lekarskiej z dnia 1 października 2008 r. w sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu uchwały Nr 104/97/III Naczelnej Rady Lekarskiej w sprawie szczegółowego trybu postępowania w sprawach przyznawania prawa wykonywania zawodu lekarza i lekarza dentysty oraz prowadzenia rejestru lekarzy);
- 2) uchwała Nr 3/09/V Naczelnej Rady Lekarskiej z dnia 13 lutego 2009 r. zmieniająca uchwałę w sprawie szczegółowego trybu postępowania w sprawach przyznawania prawa wykonywania zawodu lekarza i lekarza dentysty oraz prowadzenia rejestru lekarzy (Biul. NRL Nr 3/119/XX).

§ 31.

Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

SEKRETARZ Mariusz Janikowski	PREZES Maciej Hamankiewicz
Załączniki do Uchwały NRL Nr 30/10/VI z dnia 3 września 2010 r. – www.nil.org.pl	

UCHWAŁA Nr 31/10/VI NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ z dnia 3 września 2010 r. w sprawie Rejestru Ukaranych Lekarzy i Lekarzy Dentystów Rzeczypospolitej Polskiej

Na podstawie art. 39 ust. 1 pkt 16 i art. 110 ustawy z dnia 2 grudnia 2009 r. o izbach lekarskich (Dz. U. Nr 219, poz. 1708) uchwała się, co następuje:

§ 1.

1. Podstawą dokonania wpisu w Rejestrze Ukaranych Lekarzy i Lekarzy Dentystów Rzeczypospolitej Polskiej, zwanym dalej „rejestr”, jest zarządzenie Prezesa Naczelnej Rady Lekarskiej.
2. Wpisów do rejestru dokonuje pracownik Biura Naczelnej Izby Lekarskiej, wyznaczony przez Prezesa Naczelnej Rady Lekarskiej.

§ 2.

1. Usunięcie z rejestru wzmianki o ukaraniu następuje z urzędu.
2. Usunięcia wzmianki o ukaraniu dokonuje pracownik, o którym mowa w § 1 ust. 2, i zawiadamia o tym okręgową izbę lekarską, której członkiem jest ukarany lekarz lub lekarz dentysta.
3. Zawiadomienie, o którym mowa w ust. 2, stanowi podstawę do wykreślenia wzmianki o ukaraniu z okręgowego rejestru lekarzy i lekarzy dentystów oraz usunięcia dokumentów dotyczących ukarania z akt osobowych lekarza lub lekarza dentysty.

§ 3.

Traci moc:

- 1) uchwała Nr 82/04/IV Naczelnej Rady Lekarskiej z dnia 18 czerwca 2004 r. w sprawie rejestru ukaranych lekarzy;
- 2) uchwała Nr 117/05/IV Naczelnej Rady Lekarskiej z dnia 4 listopada 2005 r. zmieniająca uchwałę w sprawie rejestru ukaranych lekarzy.

§ 4.

Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

SEKRETARZ Mariusz Janikowski	PREZES Maciej Hamankiewicz
---	---

UCHWAŁA Nr 32/10/VI NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ z dnia 3 września 2010 r. zmieniająca uchwałę w sprawie zadań komisji oraz zespołów Naczelnej Rady Lekarskiej

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

§ 1.

W uchwale Nr 13/10/VI Naczelnej Rady Lekarskiej z dnia 26 marca 2010 r. w sprawie zadań komisji oraz zespołów Naczelnej Rady Lekarskiej § 6 otrzymuje brzmienie:

„§ 6. Do zadań Komisji Organizacyjnej należy:

- 1) wykonywanie zadań określonych w uchwale Nr 30/10/VI Naczelnej Rady Lekarskiej z dnia 3 września 2010 r. w sprawie szczegółowego trybu postępowania w sprawach przyznawania prawa wykonywania zawodu lekarza i lekarza dentysty oraz prowadzenia rejestru lekarzy i lekarzy dentystów;
- 2) współpraca z Zespołem d.s. Praktyk Lekarskich Naczelnej Rady Lekarskiej w sprawach dotyczących prowadzenia rejestrów praktyk lekarskich przez okręgowe rady lekarskie,
- 3) współpraca z sekretarzami okręgowych rad lekarskich i dyrektorami biur okręgowych izb lekarskich w zakresie działania instytucjonalnego okręgowych izb lekarskich,
- 4) przygotowywanie szkoleń dla przewodniczących właściwych komisji i sekretarzy okręgowych rad lekarskich oraz pracowników biur okręgowych izb lekarskich w zakresie zadań komisji”.

§ 2.

Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

SEKRETARZ Mariusz Janikowski	PREZES Maciej Hamankiewicz
---	---

UCHWAŁA Nr 33/10/VI NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ z dnia 3 września 2010 r. w sprawie wystąpienia z wnioskiem do Trybunału Konstytucyjnego

Na podstawie art. 191 ust. 1 pkt 4 Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej Naczelna Rada Lekarska uchwała, co następuje:

§ 1.

Wystąpić do Trybunału Konstytucyjnego z wnioskiem o zbadanie zgodności przepisów rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 18 maja 2010 r. w sprawie przekazywania izbom lekarskim środków finansowych na pokrycie kosztów czynności wykonywanych przez izby lekarskie (Dz. U. Nr 94, poz. 611) z art. 2, art. 64 ust. 2 i 3, art. 92 ust. 1 i art. 216 ust. 1 Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej.

§ 2.

Upoważnić Prezesa Naczelnej Rady Lekarskiej Macieja Hamankiewicza do sporządzenia wniosku do Trybunału Konstytucyjnego i reprezentowania Naczelnej Rady Lekarskiej w postępowaniu przed Trybunałem Konstytucyjnym, z prawem ustanowienia substytutą.

§ 3.

Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

SEKRETARZ Mariusz Janikowski	PREZES Maciej Hamankiewicz
---	---

UCHWAŁA Nr 34/10/VI Naczelnej Rady Lekarskiej z dnia 3 września 2010 r. w sprawie powołania Fundacji Lekarze Lekarzom

Na podstawie art. 39 ust. 1 pkt 8 ustawy z dnia 2 grudnia 2009 r. o izbach lekarskich (Dz. U. Nr 219, poz. 1708) Naczelna Rada Lekarska postanawia, co następuje:

§ 1.

Powołuje się Fundację o nazwie Fundacja Lekarze Lekarzom z siedzibą w Warszawie, zwaną dalej Fundacją. Fundacji nadaje się statut, stanowiący załącznik do niniejszej uchwały.

§ 3.

Wykonanie uchwały, w tym złożenie oświadczenia woli o ustanowieniu Fundacji w formie aktu notarialnego powierza się Panu Maciejowi Hamankiewiczowi Prezesowi Naczelnej Rady Lekarskiej oraz Panu Mariuszowi Janikowskiemu Sekretarzowi Naczelnej Rady Lekarskiej.

§ 4.

Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

SEKRETARZ **PREZES**
Mariusz Janikowski Maciej Hamankiewicz

UCHWAŁA Nr 35/10/VI Naczelnej Rady Lekarskiej z dnia 3 września 2010 r.

w sprawie powołania Rady Fundacji Lekarze Lekarzom

Na podstawie art. 39 ust. 1 pkt 8 ustawy z dnia 2 grudnia 2009 r. o izbach lekarskich (Dz. U. Nr 219, poz. 1708) i § 18 pkt 1 Statutu Fundacji Lekarze Lekarzom w Warszawie Naczelna Rada Lekarska postanawia, co następuje:

§ 1.

Powołuje się Radę Fundacji Lekarze Lekarzom z siedzibą w Warszawie w składzie:

- 1) Pani Zyta Kaźmierczak-Zagórska - Członek Rady,
- 2) Pan Marek Jodłowski - Członek Rady,
- 3) Pan Krzysztof Szuber - Członek Rady.

§ 2.

Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

SEKRETARZ **PREZES**
Mariusz Janikowski Maciej Hamankiewicz

UCHWAŁA Nr 36/10/VI Naczelnej Rady Lekarskiej z dnia 3 września 2010 r.

w sprawie powołania Zarządu Fundacji Lekarze Lekarzom

Na podstawie art. 39 ust. 1 pkt 8 ustawy z dnia 2 grudnia 2009 r. o izbach lekarskich (Dz. U. Nr 219, poz. 1708) i § 26 pkt 1 Statutu Fundacji Lekarze Lekarzom w Warszawie Naczelna Rada Lekarska postanawia, co następuje:

§ 1.

Powołuje się Zarząd Fundacji Lekarze Lekarzom z siedzibą w Warszawie w składzie:

- 1) Pan Mariusz Janikowski - Prezes Zarządu,
- 2) Pan Leszek W. Dudziński - Członek Zarządu,
- 3) Pan Paweł Wróblewski - Członek Zarządu.

§ 2.

Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

SEKRETARZ **PREZES**
Mariusz Janikowski Maciej Hamankiewicz

UCHWAŁA Nr 37/10/VI NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ z dnia 3 września 2010 r.

w sprawie powołania Rzecznika Praw Lekarza

Na podstawie art. 39 ust.1 pkt 3 i 8 ustawy z dnia 2 grudnia 2009 roku o izbach lekarskich (Dz. U. Nr 219, poz. 1708) oraz § 3 ust. 1 uchwały Nr 15/10/VI Naczelnej Rady Lekarskiej w sprawie utworzenia Biura Praw Lekarza, uchwała się, co następuje:

§ 1.

Na stanowisko Rzecznika Praw Lekarza powołuje się Krzysztofa Kordela.

§ 2.

Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

SEKRETARZ **PREZES**
Mariusz Janikowski Maciej Hamankiewicz

STANOWISKO Nr 8/10/VI NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ z dnia 3 września 2010 r.

w sprawie projektu ustawy o zmianie ustawy o pomocy społecznej oraz ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych

Naczelna Rada Lekarska, po zapoznaniu się z projektem ustawy o zmianie ustawy o pomocy społecznej oraz ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, nadesłanym przy piśmie Szefa Kancelarii Sejmu z dnia 6 sierpnia 2010 r., znak: GMS-WP-183-132/10, zgłasza następującą uwagę do nadesłanego projektu: w § 1 w pkt 1 projektu (zmieniającym art. 11 ust. 2 ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej) niejasne jest wyrażenie „odmowa podjęcia leczenia odwykowego”; nie wiadomo, czy chodzi o nie podjęcie dobrowolnego leczenia przez osobę uzależnioną, czy też brak dobrowolnego poddania się obowiązkowi leczenia, nałożonego przez sąd.

SEKRETARZ **PREZES**
Mariusz Janikowski Maciej Hamankiewicz

STANOWISKO Nr 9/10/VI NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ z dnia 3 września 2010 r.

w sprawie projektu ustawy o zmianie ustawy o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy

Naczelna Rada Lekarska, po zapoznaniu się z projektem ustawy o zmianie ustawy o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy, przekazanej przy piśmie Pana Lecha Czapli, Szefa Kancelarii Sejmu, z dnia 4 sierpnia 2010 r., nie zgłasza uwag do przedstawionego projektu ustawy.

SEKRETARZ **PREZES**
Mariusz Janikowski Maciej Hamankiewicz

STANOWISKO Nr 10/10/VI NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ z dnia 3 września 2010 r.

w sprawie projektu ustawy o zmianie ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii

Naczelna Rada Lekarska, po zapoznaniu się z projektem ustawy o zmianie ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii, nadesłanym przy piśmie Pełnomocnika Komitetu inicjatywy ustawodawczej Wolne Konopie; projekt ustawy o zmianie ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii z dnia 15 lipca 2010 r., wyraża zdecydowany sprzeciw przeciwko projektowanemu rozwiązaniom. Depenalizacja posiadania oraz uprawiania konopi pod hasłem „na własny użytek” rodzi szczególnie niebezpieczeństwo. Grozi to rozpowszechnieniem w społeczeństwie, zwłaszcza wśród młodzieży, przeświadczenia, że sporadyczne zażycie małych ilości słabych środków odurzających nie jest *per se* szkodliwe, w konsekwencji czego zniknie świadomość, że wszelkie uzależnienia i nałogi zawsze zaczynają się od sporadycznych przypadków zażywania słabych środków w małych dawkach. Zamierzona w projekcie formalna depenalizacja znakomicie więc ułatwi wielu młodym ludziom wejście na drogę wiodącą do pełnego uzależnienia - coraz większe dawki, coraz silniejsze środki (choć rzeczywiście na własny użytek). Obowiązujące przepisy prawne pozwalają organom ścigania, jak i sądom, odstąpić od ścigania, jak i od karania, w powyższych przypadkach, a dobra praktyka w stosowaniu przepisów ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii może skutecznie ograniczyć ich represyjność, bez wprowadzania do niej wielce ryzykownych zmian.

SEKRETARZ **PREZES**
Mariusz Janikowski Maciej Hamankiewicz

Ogłoszenie o wynikach zbiórki publicznej i sposobie wykorzystowania zebranych ofiar

Naczelna Izba Lekarska z siedzibą w Warszawie, ul. Sobieskiego 110, na podstawie zezwolenia Ministra Spraw Wewnętrznych i Administracji (decyzja Nr 125/2010 z dnia 8 czerwca 2010 r., znak: DZiK-VI-632-1-180/10/AT, zmieniona decyzją Nr 162/2010 z dnia 12 lipca 2010 r., znak: DZiK-VI-632-2-180/10/AH), przeprowadziła na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej zbiórkę publiczną w formie dowolnych wpłat na specjalne konto bankowe w okresie od dnia 8 czerwca 2010 r. do dnia 31 sierpnia 2010 r.

Celem zbiórki była pomoc dla lekarzy i lekarzy dentystów, członków samorządu lekarskiego, którzy zostali poszkodowani na skutek powodzi w Polsce w maju i w czerwcu 2010 r.

Na cele wskazane w zezwoleniu zebrano 32.487 zł.

Środki pieniężne pochodziły od osób fizycznych, w tym lekarzy i lekarzy dentystów prowadzących indywidualne, indywidualne specjalistyczne i grupowe praktyki lekarskie oraz osób zrzeszonych w kole przy Szpitalu Psychiatrycznym we Wrocławiu, a także Okręgowej Izby Lekarskiej w Szczecinie i Okręgowej Izby Lekarskiej w Toruniu oraz innych osób prawnych: Adamed Sp. z o.o. z siedzibą w Pińkowie, Apotex INC Przedstawicielstwo w Warszawie, Biofarm Sp. z o.o. z siedzibą w Poznaniu, Warszawskich Zakładów Farmaceutycznych Polfa S.A. z siedzibą w Warszawie.

Koszty przeprowadzenia zbiórki publicznej wyniosły łącznie 365,50 zł, w tym 236 zł – prowizja bankowa za utworzenie i prowadzenie specjalnego konta bankowego oraz 129,50 zł – koszty poleceń przelewów kwot przyznanej pomocy finansowej dla poszkodowanych lekarzy i lekarzy dentystów.

UWAGA UWAGA UWAGA

Upzejmie informujemy, że ogłoszenia do "Gazety Lekarskiej" przyjmujemy pod numerami telefonów:

(22) 232 05 68, (22) 232 00 17

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

Cennik ogłoszeniowy: - Konkurs na ordynatora 1650,00 zł + VAT (22%) - Zatrudnię lekarza 9,00 zł za słowo + VAT (22%) - Drobne 9,00 zł za słowo + VAT (22% ZOZ-y, szpitale, gabinety, 7% osoby prywatne).

Konto Nr IBAN: PL 3918800090000001100128110.

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

**mateusz.gajda@axelspringer.pl,
alicia.micula@axelspringer.pl**

KONKURSY NA ORDYNATORÓW

Dyrekcja Samodzielnego Szpitala Wojewódzkiego im. Mikołaja Kopernika w Piotrkowie Trybunalskim ogłasza konkurs na stanowiska:

- » **Ordynatora Oddziału Gastroenterologicznego**
- » **Ordynatora Oddziału Rehabilitacji Kardiologicznej**

Samodzielnego Szpitala Wojewódzkiego im. Mikołaja Kopernika w Piotrkowie Tryb. Kandydaci spełniający wymogi kwalifikacyjne określone w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z 29.03.1999 r. (Dz.U.Nr 30, poz. 300), proszeni są o złożenie dokumentów określonych w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z 19.08.1998 r. (Dz.U.Nr 115, poz. 749 z późniejszymi zmianami) w terminie 30 dni od daty ukazania się ogłoszenia. Oferty należy kierować pod adres: **Samodzielny Szpital Wojewódzki im. Mikołaja Kopernika ul. Rakowska 15 97-300 Piotrków Trybunalski**, z dopiskiem na kopercie „Konkurs na stanowisko...”

Oferty zostaną rozpatrzone w ciągu 60 dni od daty zakończenia składania dokumentów konkursowych. O terminie przeprowadzenia konkursu kandydaci zostaną poinformowani indywidualnie.

Dyrektor Wojewódzkiego Szpitala Rehabilitacyjnego w Górowie Iławieckim w porozumieniu z Warmińsko-Mazurską Izbą Lekarską w Olsztynie ogłasza konkurs na stanowisko

- » **Ordynatora Oddziału Rehabilitacyjnego**

Kandydaci zgłaszający się do konkursu winni posiadać kwalifikacje zgodne z rozporządzeniem MZiOS z 29.03.1999 r. w sprawie kwalifikacji wymaganych od pracowników na poszczególnych stanowiskach pracy w publicznych zakładach opieki zdrowotnej (Dz. U. Nr 30, poz. 300) oraz rozporządzeniem MZiOS z dnia 17.05.2000 r. w sprawie wymagań jakim powinny odpowiadać osoby na stanowiskach kierowniczych w zakładach opieki zdrowotnej określonego rodzaju (Dz. U. Nr 44, poz. 520). Kandydaci proszeni są o złożenie dokumentów określonych w § 11 ust. 1 rozporządzenia MZiOS z dnia 19.08.1998 r. w sprawie

szczegółowych zasad przeprowadzania konkursu na niektóre stanowiska kierownicze w publicznych zakładach opieki zdrowotnej, składu komisji konkursowej oraz ramowego regulaminu przeprowadzania konkursu (Dz. U. Nr 115, poz. 749 z późn. zm.). Dokumenty należy składać w zamkniętej kopercie podpisanej imieniem i nazwiskiem wraz z adresem zamieszkania (z dopiskiem – konkurs na stanowisko ordynatora oddziału rehabilitacyjnego) w terminie 30 dni od daty ukazania się niniejszego ogłoszenia w „Gazecie Lekarskiej”, pod adresem: **Wojewódzki Szpital Rehabilitacyjny w Górowie Iławieckim, ul. Armii Czerwonej 24, 11-220 Górowo Iławieckie**. O terminie i miejscu przeprowadzenia konkursu kandydaci zostaną poinformowani indywidualnie.

Dyrektor Wojewódzkiego Zespołu Zakładów Opieki Zdrowotnej Centrum Leczenia Chorób Płuc i Rehabilitacji w Łodzi ogłasza konkursy na stanowiska:

- » **Ordynatora Oddziału Chorób Płuc i Alergii Układu Oddechowego dla Dzieci Starszych w Szpitalu w Łodzi,**
- » **Ordynatora Oddziału Chorób Wewnętrznych „A” w Szpitalu w Łodzi,**
- » **Ordynatora II Oddziału Chorób Płuc w Szpitalu w Tuszyń.**

Od kandydatów na stanowisko objęte konkursem wymagane są kwalifikacje określone w rozp. MZiOS z 29.03.1999 r. w sprawie kwalifikacji wymaganych od pracowników na poszczególnych rodzajach stanowisk pracy w publicznych zakładach opieki zdrowotnej (Dz. U. Nr 30 z 1999 r., poz. 300 z późn. zm.). Kandydaci proszeni są o złożenie dokumentów określonych w rozp. MZiOS 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.). Oferty z dopiskiem „Konkurs na stanowisko...” oraz imieniem, nazwiskiem i adresem do korespondencji należy składać w terminie 30 dni od daty opublikowania ogłoszenia, pod adresem: **Wojewódzki Zespół Zakładów Opieki Zdrowotnej Centrum Leczenia Chorób Płuc i Rehabilitacji w Łodzi,**

ul. Okólna 181 – Dział Służb Pracowniczych i Plac, pawilon C, parter, pokój 7. O terminie przeprowadzenia konkursu kandydaci zostaną powiadomieni pisemnie. Mieszkania nie zapewniamy.

Dyrektor Zespołu Zakładów Opieki Zdrowotnej w Wadowicach ogłasza konkurs na stanowisko

- » **Ordynatora Oddziału Wewnętrznego II Szpitala Powiatowego im. Jana Pawła II w Wadowicach.**

Kandydaci zgłaszający się do konkursu powinni posiadać kwalifikacje zgodnie z § 10 rozp. MZ z 17.05.2000 r. w sprawie wymagań, jakim powinny odpowiadać osoby na stanowiskach kierowniczych w zakładach opieki zdrowotnej określonego rodzaju (Dz. U. Nr 44, poz. 520 z późn. zm.). Oferty wraz z dokumentami określonymi w § 11 rozp. MZiOS 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.) należy składać w terminie 30 dni od daty ukazania się ogłoszenia w „Gazecie Lekarskiej”, pod adresem: **Zespół Zakładów Opieki Zdrowotnej w Wadowicach, ul. Karmelicka 5, 34-100 Wadowice**, z dopiskiem na kopercie „Konkurs na stanowisko...” oraz podaniem adresu do korespondencji. O terminie przeprowadzenia konkursu kandydaci zostaną poinformowani indywidualnie.

Dyrekcja Miejskiego Szpitala Zespołowego w Częstochowie, w porozumieniu z Okręgową Radą Lekarską ogłasza konkurs na stanowisko:

- » **Ordynatora Oddziału Gruźlicy i Chorób Płuc przy ul. Mirowskiej 15.**

Kandydaci zgłaszający się do konkursu powinni posiadać kwalifikacje określone w rozp. MZiOS 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.). Kandydaci proszeni są o złożenie dokumentów zgodnie z rozp. MZiOS z 29.03.1999 r. (Dz. U. Nr 30, poz. 300). Dokumenty należy składać w kopercie podpisanej imieniem, nazwiskiem oraz adresem, w terminie 30 dni od daty opublikowania ogłoszenia w „Gazecie Lekarskiej”, na adres: **Miejski Szpital Zespołowy, 42-200 Częstochowa, ul. Mirowska 15**. O terminie posiedzenia komisji konkursowej kandydaci zostaną poinformowani indywidualnie. Mieszkania nie zapewniamy.

Dyrektor Szpitala Miejskiego Specjalistycznego im. G. Narutowicza w Krakowie ogłasza konkurs na stanowisko

- » **Ordynatora Oddziału Intensywnej Opieki Medycznej**

(w trakcie zmiany nazwy na: Oddział Anestezjologii i Intensywnej Terapii). Kandydaci zgłaszający się do konkursu powinni posiadać kwalifikacje określone w §10 rozp. MZ z 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) oraz złożyć dokumenty określone w §11 ust. 1 rozp. MZiOS z 19 sierpnia 1998 r. w sprawie

kim powinny odpowiadać osoby na stanowiskach kierowniczych w zakładach opieki zdrowotnej określonego rodzaju (Dz. U. 2000 r. Nr 44, poz. 520, zm. Dz. U. z 2003 r. Nr 99, poz. 918). Kandydaci zgłaszający się do konkursu proszeni są o złożenie dokumentów określonych w rozp. MZiOS z 19.08.1998 r. (Dz. U. 1998 r. Nr 115, poz. 749, zm. Dz. U. Nr 45 z 2000 r., poz. 530): 1) podanie o przyjęcie na stanowisko objęte konkursem, 2) dokumenty stwierdzające kwalifikacje zawodowe wymagane do zajmowania danego stanowiska, a kandydaci na stanowiska, z którymi wiąże się posiadanie prawa wykonywania zawodu, dokument potwierdzający to prawo, 3) opisany przez kandydata przebieg pracy zawodowej, 4) świadectwo pracy z okresu ostatnich 3 lat, w razie, gdy stosunek pracy został rozwiązany lub wygasł oraz co najmniej dwie opinie świadczące o kwalifikacjach zawodowych kandydata, 5) inne dokumenty, w szczególności potwierdzające dorobek i kwalifikacje zawodowe kandydata. Oferty należy nadesłać w kopercie, na której kandydat umieszcza swoje imię, nazwisko oraz adres, z dopiskiem „**Konkurs na stanowisko Ordynatora Oddziału Intensywnej Opieki Medycznej**”. Oferty prosimy składać w ciągu 30 dni od daty ukazania się ogłoszenia w „Gazecie Lekarskiej”, pod adresem: **Szpital Miejski Specjalistyczny im. G. Narutowicza w Krakowie, ul. Prądnicka 35-37, 31-202 Kraków**. O terminie przeprowadzenia konkursu kandydaci zostaną poinformowani indywidualnie.

Dyrekcja Samodzielnego Publicznego Zespołu Opieki Zdrowotnej w Sanoku ogłasza konkurs na stanowisko

- » **Ordynatora Szpitalnego Oddziału Ratunkowego Szpitala Specjalistycznego SPZOZ w Sanoku.**

Kandydaci spełniający wymogi kwalifikacyjne określone w rozp. MZ z 17.05.2000 r (Dz. U. Nr 44, poz. 520 z późn. zm.) proszeni są o nadślanie ofert wraz z dokumentami określonymi w § 11 rozp. MZiOS z 19.08.1998 r. (Dz. U. Nr 115, poz. 749 z późn. zm.) w terminie 30 dni od daty ukazania się ogłoszenia w „Gazecie Lekarskiej”, pod adresem: **Samodzielny Publiczny Zespół Opieki Zdrowotnej w Sanoku, ul. 800-lecia 26, 38-500 Sanok**. Koperty z ofertami prosimy opatrzyć adnotacją „Konkurs - Ordynator Szpitalnego Oddziału Ratunkowego” oraz swoim nazwiskiem i adresem. O terminie konkursu, który odbędzie się w ciągu 90 dni od upływu terminu do zgłaszania ofert, kandydaci zostaną poinformowani indywidualnie. Mieszkania nie zapewniamy.

Dyrektor Samodzielnego Publicznego Zespołu Zakładów Opieki Zdrowotnej w Janowie Lubelskim ogłasza konkurs na stanowisko

- » **Ordynatora Oddziału Rehabilitacyjnego.**

Kandydaci zgłaszający się do konkursu powinni posiadać kwalifikacje określone w §10 rozp. MZ z 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) oraz złożyć dokumenty określone w §11 ust. 1 rozp. MZiOS z 19 sierpnia 1998 r. w sprawie

PRACA • PRACA • PRACA • PRACA • PRACA • PRACA • PRACA • PRACA • PRACA • PRACA • PRACA •

PRACA • PRACA • PRACA • PRACA • PRACA • PRACA • PRACA • PRACA • PRACA • PRACA • PRACA •

PRACA • PRACA • PRACA • PRACA • PRACA • PRACA • PRACA • PRACA • PRACA • PRACA • PRACA •

PRACA • PRACA • PRACA • PRACA • PRACA • PRACA • PRACA • PRACA • PRACA • PRACA • PRACA •



fot: Patryk Maślankowski

Eberhard
Grundmann

Członkostwo

*W każdej minucie
gdy nie czuwałem
pojawiała się lawina półprawd.
Zaczęło się kłamstwo,
okazyjne wyjaśnienia
niebezpieczne przymuszenia
Aby to zneutralizować
zostałem towarzyszem
w klubie jednakomyślnych,
gdzie w nieprzerwanej aklamacji
wiarygodność
codziennej prawdy
ciągle była potwierdzana naukowo
paniczny strach
przed ostatnimi wiadomościami radiowymi,
mogącymi przywołać prawdę
w ludzkim umyśle
postawił mój klub
przed koniecznością
nieustannych kontroli
we wszystkich mediach,
aby mówiły tylko jedną mowę
aby zapewnić akceptację
poprzez zachęty i groźby
i tak oto
totalny ustrój uciska wszystkich
kiedy tylko jeden człowiek
mówi prawdę*

przełożył
Mirosław Marcinkowski

R E K L A M A

* Polska po raz drugi w historii gościła przedstawicieli Międzynarodowej Unii Pisarzy Lekarzy UMEM. Organizację kongresu omawiającego sprawy moralności i etyki powierzono plockiej izbie lekarskiej.

Lekarze Pisarze

Jarosław Wanecki

Pięciodniowe obrady prowadził szef UPPL profesor Marek Pawlikowski, wspomagany podczas trzech sesji problemowych między innymi przez ustępującego prezydenta Unii Haralda Rauchfussa z Niemiec.

Prawie pięćdziesięciu uczestników kongresu wysłuchało podczas konferencji prezentacji dwudziestu czterech autorów z Francji, Szwajcarii, Portugalii, Niemiec, Rumunii, Węgier i Polski, którzy w różnorodny sposób odnieśli się do zadanego tematu. Nie zabrakło wykładów filozoficznych, cytatów historycznych, dyskusji o eutanazji i aborcji, której tłem stała się „Bajka” Francoise Verrey-Bass. Nie mniej inspirujące były utwory poetyckie, których tłumaczenie na język polski przysporzyło nie-

małych problemów i po raz kolejny zadawano pytania, czy poezja pozostaje tajemnicą językową, poddającą się interpretacji jedynie w wersji oryginalnej.

Goście byli ciekawi Polski i zmian, jakie się dokonały od kongresu łódzkiego w 2000 r. Zadawano pytania, próbowano rozwikłać niezrozumiałe postawy Polaków, opisywane i komentowane w zachodnich mediach. Rozmowom sprzyjały wycieczki oraz spotkania towarzyskie i kulturalne. Wśród nich specjalny koncert chopinowski Joanny Ławrynówicz na dziedzińcu Muzeum Mazowieckiego. Owacje wywołał również spektakl Jana Jakuba Należytego wykonującego utwory francuskich i polskich bardów w programie „Miłość i... więcej nic” (pod patronatem Macieja Hamankiewicza). Nie

zabrakło elementów ludowych, które zaprezentował Harcerski Zespół Pieśni i Tańca „Dzieci Płocka”.

Constantin Bogdan z Rumunii wygłosił garść sentencji. Jedną z nich brzmiała: Choroby najlepiej znane lekarzom to te, na które sami cierpią lub cierpieli. Cały świat przechodzi kryzys moralności, czyli wewnętrznego poczucia przyzwoitości wobec innych istot oraz etyki, która jest moralnością stosowaną, skodyfikowaną, ale wciąż nie radzi sobie z biegiem wydarzeń. Lekarze chorują także na tę przypadłość, ale czy w związku z tym potrafią zaburzeniom postaw moralnych skutecznie się przeciwstawić? Problem powstał otwarty a po 54 kongresie UMEM zachowują się wspomnienia i szczegółowy zapis wielojęzycznych tekstów, zebranych w specjalnym wydawnictwie. ☉

Wesoła integracja

18 września odbył się w Starej Miłosnej piknik integracyjny samorządów zawodów zaufania publicznego. Mimo skomplikowanej nazwy do stolicy Szwadronu Kawalerii Kompanii Honorowej Wojska Polskiego przybyły rodziny lekarskie, pielęgniarzki, inżynierskie, adwokackie i radcowskie, aby wspólnie bawić się podczas pokazów, koncertów i zawodów sportowych. Nie zabrakło atrakcji dla dzieci. Mimo zachmurzonego nieba wystąpiły gwiazdy: Majka Jeżowska, Kuba Sienkiewicz oraz Małgorzata Ostrowska. ☉



fot: Jarosław Wanecki



WIECZORAMI PO ZAKOŃCZENIU REGAT WSZYSCY ZNAKOMICIE SIĘ BAWILI PRZY MUZYCE SZANTOWEJ W WYKONANIU DUETU ANDRZEJ KORYCKI I DOMINIKA ŻUKOWSKA ORAZ ZESPOŁU „CZTERY REFY”. GOŚCIEM MISTRZOSTW BYŁ PREZES NRL MACIEJ HAMANKIEWICZ.



foto: 4x Ryszard Golański



Czorsztyńskie złoto

Maciej Jachimiak

W dniach 8-12.09 br. na Podhalu odbyły się VIII Igrzyska Lekarskie. Tej największej imprezie sportowej lekarzy towarzyszyły Mistrzostwa Świata Medyków w Kolarstwie. Imprezy zgromadziły w sumie ok. 900 osób. Wszystko zaczęło się wyścigiem kolarskim na czas, w okolicach Ludźmierza. Potem był wyścig szosowy nad Jeziorem Czorsztyńskim, mordercza próba górską na Przełęcz Knurowską i zawody MTB na zboczach Kotelnicy. Towarzystwo z 10 krajów, w tym prawdziwi olimpijczycy, chwaliło zawody. O medale było trudno. Zwyciężała głównie koalicja niemiecko-niderlandzka, ale i nam udało się coś wywalczyć. Złoto dla Polski na szosie wywalczył Wojciech Jurasz (Poznań), a w MTB Tomasz Gaweł, Agnieszka Bolesta (Warszawa) i Janusz Lewandowski (Konie). Zdobyliśmy też inne medale. Imprezę zorganizowała Kolarska Grupa Lekarska, a głównie Marek Paściak (ortopeda z Piekar Śląskich).

Igrzyska miały główną siedzibę w zakopiańskim COS. Efekty emontu Ośrodka odczuli piłkarze, którzy

mogli grać na nowoczesnej sztucznej murawie pod Krokwią. W finale turnieju z udziałem 14 drużyn doszło do rewanżu za ubiegły rok. Zabrze tym razem pokonało Kraków. Najlepszym strzelcem został Konrad Korneluk z mistrzowskiej drużyny.

Z nowych obiektów korzystali też lekkoatleci. Do najlepszych na tartanie należał m.in. Leszek Stecuła z Bytomia, rekordzista igrzysk pod względem startów i sukcesów. Wśród pań miło było oglądać rywalizację Oliwii Gawlik (Łódź) z Małgorzatą Gąsowską (Wrocław), multimedalistkę Patrycję Kowalską (Lublin) oraz pojedynki Misi Przyłuskiej (Szczecin) z Beata Warzechą (Łębork).

Na wysokim poziomie stał turniej siatkówki. Większość meczów kończyła się *tiebreakami*, aż do finału, w którym Katowice bez straty seta pokonały zeszłorocznego mistrza – Łódź. Siatkarzom trzeba oddać honor za kondycję. Biegali między turniejem halowym i plażówką. Najlepszym zawodnikiem wybrano Wojciecha Kusaka z Katowic. Zmierzyły się też panie. Lublin został pokonany przez mieszany team, w którym prym wiodła znakomita atakująca

Aleksandra Wabik z Wrocławia.

Ciekawie było u koszykarzy. Po zwyciężonych bojach za podium wypadły faworyzowane Katowice i ładnie grająca Łódź. Warszawa pokonała nie bez trudu Wrocław, a brąz zdobył odbudowujący potęgę Lublin. Wybrany MVP turnieju Piotr Gietka, to rozgrywający z Warszawy.

Hokeiści w wieczornym dwumeczu pokonali miejscowych „Demonów” 7:2 i 7:4. Sukces tym donioślejszy, że większość hokeistów uczestniczyła w innych dyscyplinach, np. „brązowi” piłkarze z Torunia, Tomasz Waniewski (Szczecin, piłka nożna), Grzegorz Masternak z Oleśnicy (grał w obie siatkówki i tenisa) czy Paweł Wojejsza z Krosna, który między meczami hokeja zaliczył start w MTB. Trzon drużyny stanowił Nowy Targ.

Turniej badmintona skończył się po północy. Nieco wcześniej squash. Tenis ziemny zgromadził tylko część krajowej czołówki, ale jak co roku mogli się tu wykazać inni gracze. Z kolei tenis stołowy igrzyska gromadzą całą elitę i ciężko się tu komuś przebić, tym bardziej że nasi gracze to światowa czołówka.

Na basenie największe sukcesy odnosili lekarze z Łodzi - Jacek Śmigieński, Ewa Zimna Walendzik oraz

odkrycie igrzysk, Jeremi Pawlak, zdobywca 7 złotych medali. Wielokrotnie zwyciężali Ola Herman i Marek Trzensiok (Katowice), Małgorzata Sawa (Radom).

Ostatnią konkurencją był triathlon. Woda w jeziorze była zimna, ale znaleźli się śmiałkowie, którym należy się złoto za sam start. Najlepsze wyniki uzyskali Małgorzata Szeszo (Białystok) i Piotr Kalinowski (Wrocław). Po ceremoniach medalowych były koncerty i dyskoteki. Odnawiano stare znajomości, zawierano no-

we. Szczególnie wzruszające były dekoracje dzieci. Rodziny nierzadko stawiały się w całości, jak choćby kolarsko-pływacko-triatlonowa rodzina Dangelów z Warszawy i Chemiczowskich (Świętochłowice) na strzelnicy. Trudno w tej relacji wymienić choćby część tych, którzy na to zasłużyli. Wiele przyjeżdża od lat, dla samej rywalizacji i atmosfery igrzysk. Wszystkich zapraszamy na www.igrzyskalekarskie.org do galerii zdjęć, wyników i zapowiedzi igrzysk zimowych. ☉

OIL w Łodzi, przy współudziale NIL oraz PSTL, serdecznie zaprasza na

XIII Halowe Mistrzostwa Polski w Tenisie Ziemnym

W DN. 11-14 .11.BR. W PABIANICACH K. ŁÓDZI, NA KORTACH MOSIR-U, UL. GROTA ROWECKIEGO 3. ZGŁOSZENIA: KOMISJA SPORTU I REKREACJI OIL W ŁÓDZI, UL. CZERWONA 3, 93-005 ŁÓDŹ, TEL. 42-683-17-91 W. 120, FAKS 683-13-78. TERMIN NADSYŁANIA ZGŁOSZEŃ UPŁYWA 9.11.BR.



foto: Ryszard Golański

MISTRZ POLSKI MAREK KMIEĆ PODCZAS TRADYCYJNEJ KĄPIELI

XX ŻEGLARSKIE MISTRZOSTWA POLSKI LEKARZY Jubileusz na Kisajnie

Zbigniew Gugnowski

P o raz dwudziesty w dn. 2-5 września w Giżycku odbyły się Żeglarskie Mistrzostwa Polski Lekarzy. Jubileuszowe biegi regatowe odbyły się na jeziorze Kisajno, baza regat mieściła się w „Almatarze”. Regaty zorganizowała Warmińsko-Mazurska Izba Lekarska. Pierwszy dzień powitał wszystkich bardzo silnym wiatrem, deszczem, a nawet gradem, ale nikt nie myślał o wycofaniu się z regat. I choć pierwsze wyścigi zostały z tego

powodu odwołane, to oczekiwanie na lepszą pogodę opłaciło się i regaty rozegrane zostały przy znakomitej pogodzie. Dopingu rywalizacji dodawała także nagroda: tygodniowy rejs katamaranem S/Y „Schanties” na Karaibach. Rozegrano 9 wyścigów, z czego klasyfikowano 7 najlepszych. Wieczorami wszyscy znakomicie się bawili przy muzyce szantowej. Mistrzem Polski został Marek Kmieć z załogą: E. Kmieć, A. Wdówka i W. Wdówka. Trzeciego dnia regat odbył się

II wyścig memoriałowy im. dr. Władysława Lipieckiego, wieloletniego sędziego i organizatora regat. Tradycyjnie był to jeden wyścig rozegrany na długim dystansie. Zwyciężyła załoga wice mistrzów Polski Mirosława Nischka. Szczegółowe wyniki: www.wmil.olsztyn.pl.

Regaty odbyły się dzięki pomocy sponsorów: Jacka Reschke, armatora katamaranu S/Y „Schanties” www.sailcaribbean.net oraz Towarzystwa Ubezpieczeniowego T.U. INTER Polska S.A. ☉

Moja pierwsza łapówka

50 lat minęło jak po ukończeniu studiów lekarskich i stażu podyplomowego podjąłem pracę w M. na Mazowszu, stolicy jednego z najbardziej zniszczonych przez wojnę powiatów.



Zbigniew Florysiak

Pod koniec 1944 r. zatrzymał się tu front, budynki, które zostały się od bomb i pocisków rozbierali żołnierze i konstruowali z nich umocnienia, albo palili w ogniskach. Pozostało niewiele. Z pomocą przyszedł Międzynarodowy Czerwony Krzyż organizując rękami ekipy duńskiej ochronę zdrowia, rozdając leki, odzież i żywność. W polniemieckich blokach Duńscy zorganizowali kompletnie wyposażony szpital i obsadzili go własnym personelem medycznym. Wyposażonymi na wojnie amerykańskimi samochodami jeździli po terenie, docierając do najdalej położonych miejscowości. Kiedy władza ludowa im się „odwdzięczyła” i zarzuciła szpiegostwo – wyjechali. Ale szpital pozostał, a w nim zapasy sprzętu, narzędzi, materiałów opatrunkowych i dwóch polskich lekarzy, którzy pracowali z Duńczykami. To za mało. Potrzebowano lekarzy, pielęgniarek, położnych.

Zgłaszali się nieliczni, a ja należałem do nich. Pamiętam, jak dawną placówkę przyjechał odwiedzić Duńczyk dr Dalgard.

Dostałem etat w szpitalu oraz pracę dodatkową w Przychodni i Stacji Pogotowia Ratunkowego, co było ze względu na braki kadrowe obowiązkiem, ale też okazją dorobienia do bardzo

zdjęcie Rtg, przy pomocy starego, pocziwego Picketa. Obowiązki na siebie zachodziły. Dużo pracy, ale też satysfakcji.

Pewnego jesiennego popołudnia dostałem wezwanie do porodu. Podjeżdża karetka z kierowcą i sanitariuszem. Ruszamy. Wyjazd miał być krótki, mam na sobie cienki, popelino-

Gospodarz już całkiem sprawny dziękuje i przynosi kosz pełen jabłek. To dla mnie. Prezent za uratowanie żony, dziecka, no i jego samego. Za pomoc.

skromnej pensji. Pracowałem w oddziale zabiegowym chirurgiczno-położniczo-ginekologicznym, od rana do nocy, nie myśląc czy jest to zgodne z przepisami, czy nie. Chciałem jak najprędzej zdobyć doświadczenie, usamodzielić się. Z braku specjalistów trzeba było umieć wszystko – wyjąć ciało obce z nosa, opilek z oka, zatamować krwawienie, wykonać

wy płaszcz. Dyspozytorka poleciła rodzicą dowieźć do bitego traktu, bo na jesienne, rozmiękle drogi dalej nie wjedziemy. Mimo mżawki mkniemy naszą frontową półciężarówką Dożką z zawrotną prędkością 40 km na godzinę. Nad nami przewalają się ciężkie chmury, czasem łypnie okiem księżyc. Jazda się dłuży. Smutno. Proszę sanitariusza

sz pana Franka, aby zaśpiewał. Miał ładny głos i znał dawne, przedwojenne szlagiery. Nie dał się długo prosić. Wśród blaszanych ścian ciężarówka popłynęła smętą „Rebeka”. Franio zanucił coś jeszcze i tak dojechaliśmy do krzyżówki, gdzie miała czekać rodzica. Nie było jednak nikogo. Czekałmy kwadrans, potem drugi, robi się zimno, ogrzewanie w samochodzie działa słabo. Na szczęście przestało padać i księżyc spoglądał na nas jakby życzliwiej. Nasłuchuję, czy ktoś nie nadjeżdża. Cisza. Tylko wiatr buszuje w gałęziach przydrożnych drzew. Z czasem słychać tętent, jest coraz wyraźniejszy, później widać samotnego jeźdźcę na koniu. Gdzie rodzica? – pytam. Ano czeka w domu, zaczyna krwawić. Ale dojeżdżecie, nie jest tak źle. Kierowca zrobił kilka kroków po rozmięklej drodze i pokręcił głową. Nie ma szans.

Co robić? Potrzebna furmanka. Nie opodał majaczą uśpioną zabudowania. Za chwilę chłop wraca drabinastym wozem zaprzężonym w swojego niewielkiego konika. Zabieramy walizkę

porodową i jedziemy. Droga fatalna. Koła co chwilę wpadają w niewidzialne doły, wóz się kołysze, niebezpiecznie przechyla. Trzymamy się z panem Frankiem pod rękę, by nie wypaść. Szkapę ciężko dyszy, wreszcie w blasku księżyca ukazuje się gospodarstwo. Jak na powojenne warunki nawet zamożne, na podwórku stoi młocarnia. Wchodzimy przez sieni do izby oświetlonej naftową lampą. W kącie stół, kuchnia, stoliki, tapczan, a na nim okryta kocem kobieta. Odrzucam koc, a pomiędzy udami kwilący noworodek połączony pępowiną. Uniesiony brzuch i strużka krwi. Przecinam pępowinę. Masuję przez powłoki brzuszne macicę i ukazuję się łożysko, które po dokładnym sprawdzeniu wkładam do miski. Pan Franio wychodzi na powietrze, gospodarz błąd jak płótno opada na ławę. Groza. Wy-czerpana porodem kobieta, zemdlony mąż, zszokowany sanitariusz i tylko pozostała na chodzie drepcząca babcia oraz kot, który zabrał się za łożysko. Zastrzyk pacjentce, zastrzyk mężowi i pozwoli wszystko zostaje opanowane. Ulga.

Obserwujemy położnicę, babcia robi herbatę, gospodarz już całkiem sprawny dziękuje i przynosi kosz pełen jabłek. To dla mnie. Prezent za uratowanie żony, dziecka, no i jego samego. Za pomoc. Wracamy do samochodu. Nie jest już mi nawet tak zimno. Grzeje mnie emocja, a nade wszystko rozpiera dumą z dobrze wypełnionego zadania, z zaskarżonej sobie wdzięczności i z prezentu. No bo jeszcze wtedy nie wiedziałem, że to była przyjęta korzyść materialna, że to była po prostu Moja pierwsza łapówka. ☺

Dzieci i bękarty doktora Judyma

Nie wiem, czy wybierając studia medyczne ktokolwiek myślał o tym, na co będzie narażony ze strony mediów, pacjentów i polityków? Ja przyznam szczerze – nie.

Wojciech Szczęsny

Jako usprawiedliwienie podam ubogość mediów w owym czasie i brak internetu. (...) Pacjenci raczej szanowali doktorów, przynosząc im w podziękę kartki na benzynę czy wyroby masarskie. Lekarz pozwany przez pacjenta lub jego rodzinę był chyba rzadszy od bezkartkowej szynki. Przełom polityczny przyniósł zmiany w podejściu do ochrony zdrowia.

Lud uświadomiony (...) zaczął krzyczeć, że płaci podatki i mu się należy takie leczenie jak na Zachodzie, skoro już nie ma socjalizmu. Pojawiły się pierwsze jaskółki reform, (...) ale ceną było sprymitywizowanie kultury masowej. W tabloidach zaczęły pojawiać się fotografie lekarzy, którzy popełnili realne lub wymaginowane przestępstwa. Wyroki były wydawane przed orzeczeniem sądu. Nie było progresji choroby czy innych czynników, tylko że: doktor się nie poznał i ktoś umarł albo jest kaleką. Do tego obowiązkowe zdjęcie na cmentarzu. A obok takie zdjęcie doktora, że każdy poznaje go mimo zasłoniętych oczu.

Nie zamierzam bezkrytycznie bronić PT Kolegów. Wielu z nich nie chciałbym nigdy poznać, a musiałem. Zadufani w sobie bufoni, mistrzowie świata w swej sztuce, pogardzający innymi i udzielający ex cathedra pouczeń lekarzom-kmiotkom z prowincji.

„Doktor się nie poznał”

I odwrotnie, ci z mniejszych szpitali pogardzający docentami co to nie potrafili operować, a za to oni mają „nabitą rękę”, choć bez tytułów naukowych.

Znam też ludzi wspaniałych, serdecznych, których sztuka lekarska i kultura osobista powala na kolana. Na szczęście jest ich więcej.

(...) Wróćmy do tematu relacji lekarz – pacjent i jego rodzina. Liczba spraw wytaczanych lekarzom w ciągu ostatnich dwudziestu lat w Polsce wzrosła kilkadziesiąt

razy. Oprócz oczywistych, jak praca pod wpływem alkoholu czy zaniedbania organizacyjne, wiele skarg dotyczy naturalnego rozwoju choroby. Tu chodzi tylko o pieniądze.

Jako że postęp cywilizacyjny dotarł i do nas, ciężar opinii o lekarzach przesunął się w stronę cyberprzestrzeni. Ostatnim hitem jest wcale nie nowa strona „Znany Lekarz”. Założył ją pan, który twierdzi, że chciał w ten sposób pomóc ludziom w poszukiwaniu najwybitniejszych specjalistów. Strona szybko przekształciła się w forum niewybrednych ocen lekarzy. (...) Jest demokracja, wolność słowa za którą tak tęskniliśmy. Prawda. Lecz jeśli ma to być strona taka, jak deklaruje założyciel, czemu nie ma obowiązku, jak przystało na ludzi honoru, podpisywania się pełnym imieniem i nazwiskiem? (...) Jakiś czas temu w „Rzeczpospolitej” ukazała się informacja o kondycji polskiej onkologii. Stwierdzono, że w Holandii takie wyniki wykrywalności (...) osiągnęto ok. 1968 r. (...) Okazało się, że „wina” leży zarówno po stronie lekarzy lekceważących objawy alarmowe, jak i społeczeństwa niekorzystającego

z profilaktyki. Redaktorzy nie wzięli pod uwagę faktu, że u nas możliwe są formy walki z nowotworami bezbolesne i tajemnicze. Prawo dopuszcza ich stosowanie, ich wykonawcy unikają kontroli NFZ-u i inspekcji sanitarnej. Niedogodnością jest uiszczanie 150 zł za wizytę, których do pozbycia się raka potrzeba zazwyczaj kilku, ale czy 600 zł za wyleczenie z czerniaka czy białaczki to dużo?

Większość czarowników „bio-coś-tam” ma zarejestrowaną praktykę zregonem. Kto sprawuje kontrolę nad wydawaniem zezwoleń? Czy wydającym znany jest Art. 58 „Ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty”?

Ludzie ci mają bezpośredni kontakt z ciałem chorych. Czy wymagane są od nich badania lekarskie choćby zbliżone do tych, które obowiązują lekarzy?

Wojciech Szczęsny

Program posiedzeń klinicznych w IPCZD na rok akademicki 2009/2010.
Posiedzenia odbywają się w pierwszy i trzeci wtorek miesiąca o godz. 13.30. w sali wykładowej 119 blok F, I p. Informacje: Sekcja Szkoleń IPCZD w bloku F, I p., pokój 106, tel. 22-815-11-32.

23.10. Centrum Dydaktyczne Wydział Opieki Zdrowotnej Śląskiego Uniwersytetu Medycznego, Katowice, ul Medyków 12.
Komisja Medyczna przy Polskim Związku Alpinizmu organizuje konferencję medycyny górskiej,
www.pza.org.pl

Absolwenci AM w Białymstoku rocznik 1969-75
W dn. 16-17.10.br. spotkanie ko-
leżeńskie w Białymstoku (Pa-
łac Branickich i Centrum Konfe-
rencyjno-Bankietowe w Supraślu
z noclegiem). Pokoje: 1-osobowe - 120 zł, 2-osobowe - 150 zł (ze śniadaniem), proszę rezerwować telefonicznie:

tel./faks 85-710-83-94. Koszt uczestnictwa 250 zł. Wpłaty na konto: BGJ 90203000451130000004017650 Janusz Popko. Wpłatę proszę potwierdzić mailem, telefonicznie lub pocztą: jpopko@umwb.edu.pl, tel./faks 85-74-08-95, Klinika Ortopedii Dziecięcej UDSK, 15-269 Białystok, ul. Waszyngtona 17. Zapewniamy dojazd Supraśl - Białystok - Supraśl.
oprac.: **u.bakowska@gazetalekarska.pl**

Na wezwanie rzecznika odpowiedzialności zawodowej stawił się nadąsany doktor, którego pacjentka oskarżyła o nadąsanie i złą opiekę.

Rozmowa rozpoczęła się od stwierdzenia:

Przyszędłem jedynie po to, by zobaczyć jak wygląda mafia.

Punkt widzenia

» Za parawanem szpitalnego oddziału ratunkowego rozgrywały się sceny niczym z sali debat dalekowschodniego parlamentu. Pacjent krzyczał: Droga Pani, ja płacę od pięćdziesięciu lat podatki! Na co to idzie? Ja się na was poskarżę do dyrektora, a jak będzie trzeba, to do ministra, albo jeszcze lepiej do Strasburga napiszę i wy mi za tę moją krzywdę odpłaciecie! Do domu mam iść? Kpiny sobie urządzać! Do domu to niech Pani idzie! Ludzie!!! Ona chce mnie zamordować!

» Przy okienku kasowym ustawiała się kolejka. Pierwszy klient położył na blacie plik wpłat, a pozostali przerażeni czasem, jaki może zająć transakcja, poczęli niecierpliwie rozglądać się w poszukiwaniu wolnej kasy. Wszystkie były zamknięte, chociaż za szybką jedną z nich trzy panie, zającąc pączki, słuchały relacji z wczorajszej wizyty u specjalisty, jaką odbyła pani stojąca tyłem do sali. „I wyobraźcie sobie, wchodzę, mam numerka, a tutaj ciemno od ludzi. Pytam: doktor przyjmuje? Nie! Zrobił sobie przerwę. Bezcelność! Ja przecież nie mam czasu na stanie w ogonku!”

» Punkt widzenia, sądząc z podanych przykładów, często zależy od pozycji, z jakiej opisujemy rzeczywistość. Od innych potrafimy wymagać więcej niż od siebie. Szczycimy się swoją przebojowością, sprytem w omijaniu korków, cho-



fot. Patryk Maślankowski

ciaż inni trąbią za nami, w poczuciu gry nie fair. Kiedy to my zostajemy wykiwani, wzbiera w nas chęć zemsty i wściekłość.

» Przez pryzmat własnych dążeń, nie widać ludzkiej życzliwości. Pacjentowi należy się wszystko, bo tak mówi konstytucja, politycy w telewizorze, corocznie składany PIT i brak środków na alternatywne poszukiwanie pomocy poza niewydolnym systemem. Pacjenci – kasjerce, urzęd-

nikowi, inżynierowi i nauczycielce – wolno więcej, niż lekarzowi na dyżurze, który nie może zamknąć okienka, wywieść kartki "przerwa", ogłosić fajranta czy zakończyć lekcji przed dzwonkiem. Pacjent w większości przypadków jest jednak normalny i rozumie ograniczenia, w jakich przyszło wspólnie funkcjonować. Lekarzowi wydaje się czasem, że jest panem życia i śmierci, który dowolnie może dysponować losem i czasem chorego.

Lekarzowi wydaje się, że nikt go nie ruszy. Lekarz w większości przypadków jest jednak przyzwoitym człowiekiem, dobrym diagnostą, rozumnym terapeutą i psychologiem w kontaktach ze swoimi podopiecznymi.

» Oddzielenie ziarna od plew, pilnowanie etycznych zachowań, dobrej praktyki, należytego wywiązywania się z obowiązków to między innymi zadanie izby lekarskiej, która otrzymała możliwość ścigania, oskarżania i osądzania. Prerogatywy te są odczytywane przez niektórych jako szykany wobec własnego środowiska. Dlatego, jakby w kontrze, ustanowiono Rzecznika Praw Lekarzy, jako reakcję na coraz częściej zdarzające się akty agresji pacjentów, których kamery nie pokazują, gazety nie opisują, dziennikarze nie tropią, uważając, że lekarze obronią się sami, a pacjenci nadal potrzebują wsparcia w nagonce, zamiast propagowania dobrego ubezpieczenia zdrowotnego.

» Z mojego punktu widzenia, nieporozumienia wynikają z niezrozumienia intencji, skrótów myślowych, zarówno między lekarzem i pacjentem, jak i lekarzami wzajemnie. Tak było zawsze! Współczesność wymaga jednak odbudowy autorytetu, który zaginął w reporterskiej relacji i szacunku w koleżeńskim wymianie poglądów.

Jarosław Wanecki



Pomysł okładki Jarosław Wanecki

Wydawca: Naczelna Rada Lekarska

Dla członków izb lekarskich bezpłatnie
Nakład 154 300 egz.

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

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

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

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

Dziennikarz:
Lucyna Krysiak
e-mail: lkrysiak@55wp.pl

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

Faks: 22-559-02-61

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

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

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

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

**Projekt graficzny, skład, druk, kolpor-
taż, reklama:**



02-672 Warszawa, ul. Domaniewska 52

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

Mateusz Gajda
tel. 22-232-05-68, 600-064-140
e-mail: mateusz.gajda@axelspringer.pl
Małgorzata Gałazka
tel. 22-232-05-68, 604-505-177
e-mail: malgorzata.galazka@axelspringer.pl

Koordinacja wydawnicza i ogłoszenia drobne:
Alicja Micuła
tel. 22-232-00-17
e-mail: alicja.micula@axelspringer.pl

Projekt graficzny:
Bogusław Kalwala

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

