

Gazeta Lekarska

PISMO IZB LEKARSKICH



Jak **pionki** na szachownicy

Stomatologia

V Światowy Dzień Zdrowia
Jamy Ustnej

s. 26

Prawo i medycyna

Utrata mandatu
radnego

s. 28

Ochrona zdrowia w UE

Estonia – lider Europy
Wschodniej

s. 44

Zaczyna działać w ciągu kilku minut i zapewnia ulgę w oddychaniu do 8 godzin.¹



- Działanie:** Łagodzi objawy niedrożności nosa towarzyszące np. zapaleniu błony śluzowej nosa i zatok, już w ciągu kilku minut i działa do 8 godzin.
- Co zawiera?** 0,5 mg/ml oksymetazoliny chlorowodoru. Jedyne w Polsce aerozol do nosa zawierający oksymetazolinę oraz aloes i ekstrakt z eukaliptusa.²
- Dla kogo jest przeznaczony?** Dorośli i dzieci od 6 roku życia.



VICKS® oddychaj pełnią życia

1. Charakterystyka Produktu Leczniczego, Vicks Sinex Aloe i Eukaliptus

2. Na podstawie aktualnego Urzędowego Wykazu Produktów Leczniczych Dopuszczonych do Obrotu na Terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, zał. Nr 1. (08.03.2012)

Vicks Sinex Aloe i Eukaliptus

NAZWA PRODUKTU LECZNICZEGO: Vicks Sinex Aloe i Eukaliptus, 0,5 mg/ml, aerozol do nosa, roztwór. **SKŁAD JAKOŚCIOWY I ILOŚCIOWY:** 0,5 mg/ml oksymetazoliny chlorowodoru. 1 dawka (50 µl) zawiera około 25 mikrogramów oksymetazoliny chlorowodoru. Pełny wykaz substancji pomocniczych, patrz punkt 6.1. **CHPL. POSTAĆ FARMACEUTYCZNA:** Aerozol do nosa, roztwór. Klarowny płyn. **WSKAZANIA DO STOSOWANIA:** Miejscowe łagodzenie objawów niedrożności nosa, na przykład towarzyszących zapaleniu błony śluzowej nosa lub zapaleniu zatok. **DAWKOWANIE I SPOSÓB PODAWANIA:** Droga podania: podanie donosowe. Dorośli i dzieci w wieku powyżej 10 lat: 1-2 dawki aerozolu do każdego otworu nosowego maksymalnie 2-3 razy na dobę. Dzieci w wieku od 6 lat do 10 lat: 1 dawka aerozolu do każdego otworu nosowego maksymalnie 2-3 razy na dobę. Produktu nie należy stosować przez okres dłuższy niż 7 dni. **PRZECIWSKAZANIA:** Vicks Sinex Aloe i Eukaliptus nie należy stosować: u pacjentów stosujących inhibitory monoaminooksydazy (MAO) lub którzy przyjmowali inhibitory MAO w ciągu ostatnich 2 tygodni; u pacjentów z jaskrą z wąskim kątem przesączania. Vicks Sinex Aloe i Eukaliptus nie powinien być stosowany u pacjentów po przekładowej hipofizektomii; u dzieci w wieku poniżej 6 lat; w razie nadwrażliwości na substancję czynną lub którąkolwiek substancję pomocniczą; w razie zapalenia skóry lub błony śluzowej przedsonka nosa i wysychającego zapalenia błony śluzowej nosa; u pacjentów z ostrą chorobą wietrzową lub dusznością w przebiegu niewydolności serca. **SPECJALNE OSTRZEŻENIA I ŚRODKI OSTROŻNOŚCI DOTYCZĄCE STOSOWANIA:** Należy zachować ostrożność w przypadku nadciśnienia tętniczego, chorób serca, w tym dławicy piersiowej, nadciśnienia tętniczego, cukrzycy i rozstrutu gruczołu krokowego. Nie należy stosować dawki większej niż zalecana. Jeśli objawy nasilią się lub nie ulegną poprawie po 3 dniach stosowania leku, lekarz powinien ponownie ocenić stan pacjenta. Vicks Sinex Aloe i Eukaliptus może być stosowany przez maksimum 7 kolejnych dni, aby uniknąć efektu odwyku i zapalenia błony śluzowej nosa spowodowanego lekami. Środek konserwujący (benzalkoniowy chlorek) wchodzący w skład produktu Vicks Sinex Aloe i Eukaliptus może powodować obrzęk błony śluzowej nosa, szczególnie podczas długotrwałego stosowania. Jeśli taka reakcja (przewlekła niedrożność nosa) jest podejrzewana, należy stosować inne leki do stosowania do nosa nie zawierające środków konserwujących, jeśli możliwe. Jeśli leki do stosowania do nosa, bez środków konserwujących, są niedostępne, należy rozważyć zastosowanie leku w innej postaci. **DZIAŁANIA NIEPOŻĄDANE:** Niezbyt często (1/100 – 1/1000): Zaburzenia układu oddechowego, kłatkę piersiową i śródpiersia: Kichanie, suchota i podrażnienie błony śluzowej nosa, jamy ustnej i gardła. Rzadko (<1/1000): Zaburzenia ośrodkowego układu nerwowego: lęk, senność, drażliwość, zaburzenia snu u dzieci; Zaburzenia serca i zaburzenia naczyniowe: tachykardia, kołatanie serca, wzrost ciśnienia tętniczego krwi; Zaburzenia ogólne i stany w miejscu podania: przekrwienie reaktywne, ból głowy, nudności, wysypka i zaburzenia widzenia. Stosowanie leku przez okres dłuższy niż zalecany może prowadzić do osłabienia działania i (lub) ponownego przekrwienia błony śluzowej nosa. **PODMIOT ODPOWIEDZIALNY POSIADAJĄCY POZWOLENIE NA DOPUSZCZENIE DO OBROTU:** WICK Pharma Zweigniederlassung der Procter & Gamble GmbH, Sulzbacher Strasse 40-50 D-65824 Schwalbach am Taunus, Niemcy. **NUMER POZWOLENIA NA DOPUSZCZENIE DO OBROTU:** 17702, Ministerstwo Zdrowia. Lek wydawany bez przepisu lekarza – OTC.

W numerze

- 4 Na wstępie / R. Golański:**
Żuczek czy skarabeusz?
- 6 Pierwszym głosem / M. Hamankiewicz:**
Obawy i marzenia
- 8 Skrining**
- 10 Obserwacje / S. Badurek:** Mówią o nas: winni
- 11 Temat miesiąca:** Jak pionki na szachownicy
- 16 Nasi w Europie / Romuald Krajewski:**
Miejsca pracy dla Europy czy Europa dla miejsc pracy?
- 17 Rozmowa o zdrowiu:** Czasem wystarczy być
- 20 Samorząd:** Rogate dusze ze Wschodu
- 25 Punkt widzenia / J. Małmyga:**
Wojownicy czy marzyciele?
- 26 Stomatologia:**
V Światowy Dzień Zdrowia Jamy Ustnej
- 27 Stomatologia:** Ważenie słów...
- 28 Prawo i medycyna:** Utrata mandatu radnego
- 42 Nauka**
- 33 Biuletyn NRL**
- 37 Debata:**
Przerywanie terapii ASA to ogromne ryzyko
- 40 Praktyka lekarska:**
Osteoporoza a terapia steroidowa
- 42 Praktyka lekarska:**
Turystyka medyczna w Polsce
- 44 Ochrona zdrowia w UE:**
Estonia – lider Europy Wschodniej
- 46 Indeks korzyści:**
Zapiski z (wakacyjnej) podróży
- 48 Z dwóch stron sceny / S. Pietras:**
O przewodze przyjaźni nad miłością
Listy do redakcji: 70 lat i koniec...
- 49 Z dwóch stron sceny / A. Andrus:**
Nie wiem, nie wiem, ciekawe,
muszę przeczytać
- 50 Błąd malarski:** Na manowcach
- 52 Obrazy medycyny:** Trędownaci
- 53 Sport**
- 55 Ogłoszenia**
- 64 Komunikaty**
- 65 Epikryza (25) / J. Wanecki:**
Kto tu rządzi?
- 66 Jolka lekarska**

12-14 października
W Centrum Konferencyjnym
WP przy ul. Żwirki i Wigury 9/13
w Warszawie odbędą się XVIII
Mistrzostwa Polski Lekarzy
w Brydżu Sportowym. Równolegle
będą rozgrywane XII Mistrzostwa
Mazowska w tej dyscyplinie.
Więcej informacji na stronie
www.gazetalekarska.pl.

18 października
Obchodzony jest Dzień
św. Łukasza, patrona lekarzy.
Z tej okazji 21 października
o godz. 17.00 w Auli Nova
w Poznaniu odbędzie się
III Koncert Orkiestry Lekarzy.

Od 1 października 2012 r.
do 30 czerwca 2013 r.
Prowadzone będą ogólnopolskie badania
ankietowe dot. wykorzystania technik
kształcenia na odległość w doskonaleniu
zawodowym lekarzy i lekarzy dentystów
(www.medmanager.com.pl). Osoby,
które wezmą udział w badaniu, uzyskają
nieodpłatny dostęp do programów
edukacyjnych na Medycznej Platformie
Edukacyjnej (www.medycyna.org.pl).
Więcej na www.gazetalekarska.pl.



Ryszard Golański

Żuczek czy skarabeusz?

Kilka dni temu po raz pierwszy miałem okazję spacerować po warszawskim Lasku Bieleńskim. Zdziwił mnie fakt, że będąc w mieście stołecznym, jestem w rezerwacie przyrody i że ten las ma tak naturalny charakter. Moją uwagę przyciągnęło jednak coś innego. Na ścieżce co kilkadziesiąt metrów spotykałem odwrócone do góry nogami żuki, kompletnie bezradne w tej pozycji. Co kilka kroków widziałem takie same owady martwe, zdeptane stopami spacerowiczów lub przejechane rowerowym kołem. Nie wiadomo, dlaczego przyszła mi do głowy myśl, że w obecnej sytuacji w opiece zdrowotnej jestem do takiego żuka bardzo podobny. Na szczęście do tego nieszczęsnika leżącego na grzbiecie, a nie do tego martwego. Poczułem się być podobny w swojej bezradności.

W szpitalu, w którym pracuję wiele lat, w ramach oszczędności zmniejszono mi wynagrodzenie, wskazując, że w moich obowiązkach nauczyciela akademickiego, bo to szpital kliniczny, jest również leczenie pacjentów. Paradoks

polega na tym, że w innym szpitalu klinicznym tego samego uniwersytetu medycznego sytuacja wygląda zgoła inaczej. Oczywiście zarówno ja, jak i moi koledzy będziemy dochodzić, czy zmieniając nam warunki zatrudnienia, nie złamano prawa, ale to potrwa, a tymczasem czuję się skrzywdzony i bezradny w swojej złości.

A czy sytuacja z receptami nie jest dowodem naszej bezradności? Wraca refleksja, że tylko tam, gdzie lekarz jest właścicielem lub współwłaścicielem własnego miejsca pracy, może o czymś decydować. To grono się powiększa, ale nadal większość z nas, zachowując porównania owadzie, przypomina raczej zapracowane mrówki. O najważniejszych sprawach, bez względu na charakter placówki, decyduje jednak ktoś inny – płatnik.

Może brakuje mi siły i determinacji? Może powinienem zamiast być jak bezradny żuk, być jak skarabeusz (poświętnik czczony), który może toczyć kulkę wielokrotnie cięższą od siebie? I za nic mieć napotykanie w pracy zawodowej

Wraca refleksja,
że **tylko tam, gdzie
lekarz jest właścicielem
lub współwłaścicielem
własnego miejsca
pracy**, może o czymś
decydować.

przeciwności losu. Zamiast czekać, aż mnie ktoś litościwy odwróci na nogi, odepchnąć daleko od siebie kulkę przeszkód.

Z okazji dnia św. Łukasza, naszego patrona, najlepsze życzenia dla Koleżanek i Kolegów. ■

Autor jest redaktorem naczelnym „GL”.

Migawka



Prezes Naczelnej Rady Lekarskiej – Maciej Hamankiewicz oraz prezes Gruzińskiego Stowarzyszenia Lekarzy Specjalistów – George Chakhava (trzeci od lewej) we wrześniu podpisali umowę o wzajemnej współpracy. Na zdjęciu: w obecności prof. Marka Rudnickiego – prezesa Federacji Polonijnych Organizacji Medycznych (drugi od lewej) i Tatiany Kurczewskiej – prezesa Polsko-Gruzińskiego Towarzystwa Medycznego.

Zasady przeprowadzania nowych LEK i LDEK

W 2012 r. po raz ostatni odbyły się Lekarskie Egzaminy Państwowe i Lekarsko-Dentystyczne Egzaminy Państwowe. Poczawszy od roku 2013 składane będą Lekarskie Egzaminy Końcowe (LEK) i Lekarsko-Dentystyczne Egzaminy Końcowe (LDEK).

Zasady ich przeprowadzania określają przepisy rozdziału 2a ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty (art. 14a-14e) i rozporządzenia Ministra Zdrowia z 30 lipca 2012 r. w sprawie Lekarskiego Egzaminu Końcowego i Lekarsko-Dentystycznego Egzaminu Końcowego (Dz.U. z 2012. 903 z 8 sierpnia 2012 r.), które wchodzi w życie 1 października 2012 r.

Egzaminy przeprowadzane będą w dwóch terminach – w lutym i wrześniu. W pierwszej połowie miesiąca przeprowadzane będą LDEK (1.02-14.02, 1.09-14.09), w drugiej LEK (15.02-28.02, 15.09-30.09).

Wnioski o przystąpienie do egzaminów będą składane w postaci elektronicznej, poprzez wypełnienie formularza generowanego ze strony Centrum Egzaminów Medycznych (CEM). Po jego wypełnieniu CEM elektronicznie potwierdza zapisanie zgłoszonych danych. Przekazywanie informacji związanych z egzaminami następuje pocztą elektroniczną lub poprzez komunikaty na stronie internetowej CEM. Osoby zamierzające przystąpić do egzaminów muszą złożyć wnioski do 30 czerwca – dla egzaminów wrześniowych i do 30 listopada roku poprzedzającego – dla egzaminów lutowych.

Dyrektor CEM ustala listy osób dla poszczególnych miejsc składania egzaminu, wyznacza ich terminy, zawiadamiając o tym i o nadanym składającemu egzamin numerze kodowym (będzie on później identyfikatorem miejsca na sali egzaminacyjnej i przy publikacji wyników na stronie internetowej CEM), nie później niż 14 dni przed rozpoczęciem egzaminu. Zawiadomienie następuje również za pomocą środków komunikacji elektronicznej.

Egzamin jest w formie testu złożonego z 200 pytań z 10 dziedzin medycyny (przy czym test musi zawierać przynajmniej 20 pytań z dziedziny onkologii). Na każde pytanie jest 5 odpowiedzi, z których jedna jest prawidłowa. Za każdą poprawną odpowiedź uzyskuje się 1 punkt.

Zdający egzamin nie mogą korzystać z jakichkolwiek pomocy naukowych i dydaktycznych ani posiadać urządzeń, które mogą służyć kopiowaniu, przekazywaniu i odbieraniu informacji. Muszą również rozwiązywać test samodzielnie. Za naruszenie tych zasad grozi dyskwalifikacja, równoznaczna z negatywnym wynikiem egzaminu i zawiadomieniem rektora lub rzecznika odpowiedzialności zawodowej (jeśli do egzaminu przystępuje lekarz). Może ona nastąpić podczas egzaminu, jak i po jego zakończeniu na podstawie analizy obrazów zarejestrowanych w jego trakcie. Osoba składająca egzamin może wnieść w ciągu 3 dni od przystąpienia do niego merytoryczne zastrzeżenia do zadania testowego. Jeśli okażą się uzasadnione, zadanie zostaje unieważnione, co powoduje obniżenie maksymalnej możliwej do uzyskania liczby punktów. Pozytywny wynik egzaminu otrzymuje osoba, która uzyskała minimum 56% maksymalnej liczby punktów. Wynik egzaminu nie jest potwierdzany decyzją administracyjną, nie ma więc od niego trybu odwoławczego. Możliwe jest wielokrotne przystępowanie do egzaminu, przy czym czwarta i kolejna próba wiąże się z koniecznością wniesienia opłaty egzaminacyjnej w kwocie 100 zł.

Ustalenie wyników egzaminu następuje po rozstrzygnięciu ewentualnych zastrzeżeń merytorycznych. Wyniki ogłaszane są na stronie internetowej CEM

poprzez podanie przy numerze kodowym składającego egzamin jego wyniku procentowego i liczby poprawnie udzielonych odpowiedzi.

Jeśli w procedurze przeprowadzenia egzaminu stwierdzono rażące uchybienia, może być on, za zgodą Ministra Zdrowia, unieważniony dla poszczególnych lub wszystkich zdających. Osoba, która złożyła LEK albo LDEK w ciągu 21 dni otrzymuje świadectwo jego złożenia.

mec. Jarosław Klimek
radca prawny OIL w Łodzi

LEKARZU! PAMIĘTAJ, ŻE:

- 1. Osoby zamierzające przystąpić do egzaminów muszą złożyć wnioski do 30 czerwca – dla egzaminów wrześniowych i do 30 listopada roku poprzedzającego – dla egzaminów lutowych.**
- 2. Egzamin jest w formie testu złożonego z 200 pytań z 10 dziedzin medycyny.**
- 3. Zdający egzamin nie mogą korzystać z jakichkolwiek pomocy naukowych i dydaktycznych ani posiadać urządzeń, które mogą służyć kopiowaniu, przekazywaniu i odbieraniu informacji.**
- 4. Pozytywny wynik egzaminu otrzymuje osoba, która uzyskała minimum 56% maksymalnej liczby punktów.**
- 5. Możliwe jest wielokrotne przystępowanie do egzaminu, przy czym czwarta i kolejna próba wiąże się z koniecznością wniesienia opłaty egzaminacyjnej w kwocie 100 zł.**



Maciej Hamankiewicz

Obawy i marzenia

Na forum ekonomicznym w Krynicy, gdzie zebrało się wielu ekspertów w zakresie ochrony zdrowia, wiele mówiono o wydatkach na ochronę zdrowia, maksymalizacji zysków i minimalizacji kosztów. Spoglądając na statystyki OECD w zakresie przeznaczania procentu PKB na zdrowie, Polska nie równa się z innymi krajami. W 2010 r. Holandia przeznaczyła 12 proc., Niemcy 11,6 proc., Szwajcaria 11,4 proc., a Polska tylko 7 proc. Kraje, które wymieniam, mają zupełnie różne systemy ubezpieczeń, w Holandii funkcjonuje 30 niezależnych instytucji – kasy chorych i prywatne, w Niemczech – 350, w Szwajcarii – 100, u nas – jeden NFZ. Przypominam uchwałę programową X Krajowego Zjazdu Lekarzy z 2010 r., w której zapisano, że samorząd lekarski w latach 2010-2013 będzie w szczególności domagać się: zbudowania systemu opartego o powszechne ubezpieczenie zdrowotne, realizowane przez konkurujące między sobą instytucje ubezpieczeniowe, wspartego systemem ubezpieczeń dodatkowych i uzupełniających, z jednoczesnym finansowaniem z budżetu państwa ratownictwa medycznego i szczególnie kosztownych

procedur medycznych. Byłoby dobrze, aby zapowiedziana niedawno decentralizacja NFZ była pierwszym krokiem do całkowitej zmiany systemu ubezpieczeniowego.

Mamy już pierwsze skutki ustawy o działalności leczniczej i sygnały o rozwiązywaniu przez przekształcające się podmioty lecznicze umów z lekarzami na udzielanie świadczeń. Już od dwóch lat wskazywaliśmy, że niebezpieczeństwami wynikającymi z dostosowywania ochrony zdrowia do praw rynku może być m.in. dostosowywanie świadczonych usług do przypływających funduszy, redukcja personelu czy niższe wynagrodzenia.

Naszym marzeniem jest, aby wszyscy lekarze, którzy wygrywają w wyborach i stają się politykami, nie zapominali o tym, że nadal są lekarzami i mogą pomagać Koleżankom i Kolegom w dobrych posunięciach legislacyjnych czy finansowych. Tak ostatnio uczynił minister pracy i polityki społecznej, lekarz, Władysław Kosiniak-Kamysz, który poparł postulowane przez samorząd zwiększanie liczby rezydentur i zagwarantował środki na ten cel. Dzięki temu przyznano 2500 miejsc rezydenckich dla lekarzy i lekarzy dentystów, którzy rozpoczną specjalizację na podstawie postępowania kwalifikacyjnego przeprowadzanego w październiku. To już pierwszy krok do tego, aby rezydentur było odpowiednio dużo. Teraz potrzebna byłaby jeszcze zmiana systemu przyznawania miejsc rezydenckich – z wojewódzkiego na ogólnopolski. Zapytany w jednym z wywiadów telewizyjnych, czy izba lekarska mogłaby i chciałaby zająć się takim rozdziałem, odpowiedziałem jednoznacznie, że tak.

W ostatnim numerze „Gazety Lekarskiej” prezes NFZ Agnieszka Pachciarz wyraziła swoją chęć, aby dzięki dobrej ko-

munikacji zmienić wizerunek NFZ wśród lekarzy: „by lekarze widzieli w NFZ nie wroga, ale partnera”. Zaprosiliśmy panią prezes z dużym wyprzedzeniem na wszystkie posiedzenia Naczelnej Rady Lekarskiej, zaplanowane do końca tego roku, gdyż na posiedzenie wrześniowe Pani Prezes przyjść nie mogła. Nie ulega wątpliwości, że sprawy ochrony zdrowia wymagają dialogu i tego dialogu oczekujemy ze strony prezesa NFZ. Próby unikania rozmów i spotkań z reprezentantami środowiska lekarskiego to z pewnością nie jest droga do partnerstwa wyrażonego w wywiadzie dla „Gazety Lekarskiej”.

Korzystając z obecności na Międzynarodowej Kaukasko-Polonijnej Konferencji Medycznej, spotkaliśmy się z księdzem Krzysztofem Kowalem – dyrektorem Caritasu w Gruzji. Spotkanie to zaowocowało propozycją dla lekarzy i lekarzy dentystów chętnych do miesięcznego wyjazdu do Tbilisi w celu pomocy medycznej udzielanej przez Caritas ludziom biednym i potrzebującym pomocy. Już teraz apeluję do wszystkich Was, Koleżanki i Koledzy, abyście zgłaszali taką chęć do Naczelnej Izby Lekarskiej. Może wśród was znajdą się tacy, którzy chcą spełnić część swojej misji poza granicami Polski, w bardzo pięknym kraju, który deklaruje przyjaźń, a jednocześnie potrzebuje naszego wsparcia. Podpisaliśmy również umowę o współpracy pomiędzy Naczelną Izbą Lekarską a Gruzińskim Stowarzyszeniem Lekarzy Specjalistów o wzajemnej wymianie doświadczeń i współdziałaniu w zakresie kwestii dotyczących polityki zdrowotnej. Mam nadzieję, że umowa będzie realizowana z powodzeniem. ■

Autor jest prezesem Naczelnej Rady Lekarskiej.

Naszym marzeniem jest, aby **wszyscy lekarze, którzy wygrywają w wyborach i stają się politykami**, nie zapominali o tym, że nadal są lekarzami.



GEDEON RICHTER

Rok założenia 1901

*Z okazji Międzynarodowego Dnia Lekarza wszystkim
Medykom życzymy zdrowia, pomysłności i satysfakcji
z wykonywanego zawodu.*

Zarząd i pracownicy

GEDEON RICHTER



Naszą pasją jest farmacja od 111 lat

Apel o dialog w sprawie recept

Funkcjonujące obecnie w obrocie prawnym dwa modele odpowiedzialności związanej z wystawieniem recept lekarskich opierają się na zupełnie odmiennych podstawach. Odpowiedzialność finansowa świadczeniodawców, którzy zawarli umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, związana z ordynacją leków, regulowana jest przepisami rozporządzenia Ministra Zdrowia z 6 maja 2008 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej („Gazeta Lekarska” pisała o tym w numerze 09/2012). Zgodnie z treścią § 30 załącznika do ww. rozporządzenia odpowiedzialność ta opiera się na instytucji „zwrotu kwoty nienależnej refundacji”, w przypadku wystawienia recepty osobie nieuprawnionej lub w niezasadnym przypadku. Dlatego też prezes NRL zwrócił się do prezes NFZ Agnieszki Pachciarz z apelem o podjęcie dialogu w sprawie zmiany sankcji polegającej na „zwrocie kwoty nienależnej refundacji”.

Trzy tygodnie wcześniej prezes NFZ została poproszona o powołanie wspólnego zespołu w sprawie umowy upoważniającej do wystawiania recept.

Prezes NRL zaprosił też prezes NFZ na wszystkie tegoroczne posiedzenia NRL.

Postępowanie z aktualną wiedzą medyczną

Naczelna Rada Lekarska podjęła 7 września br. stanowisko w sprawie oparcia ordynacji leków na aktualnej wiedzy medycznej. NRL przypomniała, że podstawową powinnością lekarza i lekarza dentystry wobec pacjenta w zakresie wyboru metody leczenia jest wyrażona w treści art. 4 Kodeksu Etyki Lekarskiej oraz w treści art. 4 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentystry zasada postępowania zgodnie z aktualną wiedzą medyczną. Naczelna Rada Lekarska uznała, że administracyjne ograniczenia stosowania leków refundowanych wynikające z treści ich tzw. wskazań rejestracyjnych zawartych w charakterystykach produktów leczniczych nie odzwierciedlają aktualnej, potwierdzonej naukowo wiedzy o działaniu i bezpieczeństwie leków. Naczelna Rada Lekarska podkreśliła, że praktyka lekarska powinna opierać się na aktualnej wiedzy medycznej, a przepisy stanowione przez państwo powinny wspierać wykonywanie zawodów lekarza i lekarza dentystry zgodnie z tą zasadą. Jakikolwiek ograniczenia w tym zakresie, także wynikające z polityki refundacyjnej i zawarte w ustawie z dnia 12 maja 2011 r. o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych (a w szczególności w jej art. 6), powinny zostać jak najszybciej usunięte.

Specjalizacje bez konsultacji

Minister zdrowia nie przesłał NRL do uzgodnień projektu rozporządzenia w sprawie specjalizacji lekarzy i lekarzy dentyistów. Sytuacja taka miała miejsce po raz pierwszy od czasu istnienia izb lekarskich. Prezes NRL zwrócił się do ministra z prośbą o podanie przyczyn, dla których ten najbardziej istotny dla wykonywania zawodu lekarza projekt nie został przekazany do zaopiniowania przez Naczelną Radę Lekarską. „Uzgodnienie projektu przez Ministra Zdrowia z resortami, które nie znają problematyki ochrony zdrowia, nie jest, jak się wydaje, wystarczające do przygotowania aktu prawnego o wysokiej jakości i zasadnego merytorycznie. Pominięcie Naczelnej Rady Lekarskiej stanowi także o rażącym naruszeniu prawa, tj. o naruszeniu art. 5 ustawy z dnia 2 grudnia 2009 r. o izbach lekarskich, który uprawnia organy samorządu zawodowego lekarzy do opiniowania projektów aktów prawnych dotyczących ochrony zdrowia i wykonywania zawodu lekarza, a tym samym zobowiązuje organy państwowe przygotowujące projekty takich aktów do zasięgania opinii Naczelnej Rady Lekarskiej” – zaznaczył prezes NRL.





UBM Medica
www.ubmmedica.pl

Zawsze z lekarzem

PHARMINDEX®

Kampania antytytoniowa samorządu w toku

W miesiącach wakacyjnych prezes NRL apelował do ministra zdrowia, rektorów uczelni medycznych i prezesów okręgowych rad lekarskich o podjęcie inicjatyw mających na celu przypomnienie o katastrofalnych skutkach zdrowotnych nałogu palenia tytoniu. We wrześniu, po otrzymaniu informacji, że w projekcie ustawy budżetowej na rok 2013 nie zabezpieczono właściwego finansowania dla Programu Ograniczania Zdrowotnych Następstw Palenia Tytoniu w Polsce, prezes zwrócił się do premiera RP z prośbą o zabezpieczenie w budżecie środków w wysokości nie mniejszej niż 0,5% wartości podatku akcyzowego od wyrobów tytoniowych na politykę zdrowotną, społeczną i ekonomiczną, zmierzającą do zmniejszenia używania wyrobów tytoniowych realizowaną za pomocą programu. W piśmie zaznaczył, że przeciwdziałanie uzależnieniu od tytoniu i wyrobów tytoniowych, ochrona zdrowia przed jego następstwami oraz promocja zdrowia przez propagowanie stylu życia wolnego od nałogu stanowią zadania, których realizacja powinna być jednym z priorytetów polityki zdrowotnej państwa.

Minister sprawiedliwości za stanowiskiem Prezydium NRL

Minister sprawiedliwości poparł treść stanowiska Prezydium NRL dotyczącą asystentek stomatologicznych, uznając, że decyzje dotyczące wymaganych kwalifikacji i sposobu rekrutacji personelu pomocniczego powinny być pozostawione lekarzom denty stom na dotychczasowych zasadach. Podsekretarz stanu MS, Grzegorz Watejko, napisał do ministra zdrowia, iż szczegółowo przeanalizowano pisma Anny Lelli – wiceprezesa NRL oraz stanowisko Prezydium NRL w sprawie projektu rozporządzenia ministra zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia stomatologicznego i uznano, że brak jest przesłanek uzasadniających interwencję ministra zdrowia. „Aktywność regulacyjna, której przykładem jest przedmiotowy projekt, wydaje się pozostawać w sprzeczności z ideą likwidacji nieuzasadnionych barier w dostępie do wykonywanych zawodów” – napisał podsekretarz stanu MS. ■

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

PHARMINDEX poleca:

BEZPŁATNY BREVIER 2012/2

dla każdego lekarza zarejestrowanego na www.pharmindex.pl*



PHARMINDEX Mobile ANDROID

udostępniłmy elektroniczną wersję Pharmindex Kompendium przeznaczoną dla urządzeń mobilnych, pracujących pod kontrolą systemu Android.

PHARMINDEX zaprasza na konferencje:

Choroby cywilizacyjne XXI wieku

6 X 2012 r. w Warszawie oraz 13 X 2012 r. w Poznaniu

dla uczestników konferencji **25 punktów edukacyjnych**
oraz encyklopedia lub CD-ROM Kompendium Leków 2012 **gratis!**

31% TANIEJ!

**KUPON PHARMINDEX
NA UDZIAŁ W KONFERENCJI
dla JEDNEJ OSOBY,**

za 170 zł zamiast 249 zł,

zgodnie z opisem uczestnictwa
dostępnym na stronie www.sklep.pharmindex.pl

dostępne
tylko

100

kuponów

50% TANIEJ!

**KUPON PHARMINDEX
NA UDZIAŁ W KONFERENCJI
dla DWÓCH OSÓB,**

za 250 zł zamiast 498 zł,

zgodnie z opisem uczestnictwa
dostępnym na stronie www.sklep.pharmindex.pl

dostępne
tylko

50

kuponów

KUPON PHARMINDEX MOŻNA ZREALIZOWAĆ TELEFONICZNIE LUB W SKLEPIE INTERNETOWYM

www.sklep.pharmindex.pl

Dla pacjenta
KRAMES
PATIENT EDUCATION



UBM Medica

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

infolinia: 801-196-449, (22) 101-36-67
fax: (22) 101-36-01
e-mail: sklep@pharmindex.pl

*do odebrania na wybranych konferencjach medycznych po okazaniu Karty Klienta lub wysłany pod wskazany adres po opłaceniu kosztów obsługi zamówienia - już od 17,22 zł (www.sklep.pharmindex.pl).

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



Sławomir Badurek

Mówią o nas: winni

Lekarz – zawód dużego ryzyka. Narasta „agresja pacjentów” – zaalarmował na pierwszej stronie „Dziennik Gazeta Prawna”. W artykule Klary Klinger nie zabrakło przykładów, była próba diagnozy przyczynowej i leczenia. Pomyślałem: brawo, gazeta! Bo sytuacja, gdy pacjent bluździ lekarzowi w twarz, wymierza mu razy pięściami albo – i tak przecież bywało – oblewa kwasem lub dźga nożem, jest po prostu chora. Trzeba o tym mówić – głośno, często i donośnie. Do tego niezbędne są media – te wielkie, ale i lokalne, mające dużą siłę oddziaływania na danym terenie. Jeśli dziennikarzom rzeczywiście zależy na interesie społecznym, powinni bezwzględnie piętnować samosady, bo do tego sprowadzają się zachowania agresywne, szczególnie gdy w grę wchodzi przemoc fizyczna. Nie jest przy tym istotne, czy agresorem jest lekarz, czy pacjent. Ani bycie funkcjonariuszem publicznym z jednej, ani cierpienie z drugiej strony nie zwalniają z obowiązku przestrzegania najbardziej elementarnych zasad kultury! Tak banalne, że aż szkoda o tym pisać. A jednak nie. W tym samym numerze „DGP” zamiesz-

czono komentarz Dominiki Sikory. Już sam tytuł mówił praktycznie wszystko: „Pacjent to nie intruz, choć mu się to wmawia. Lekarz to nie Bóg, choć często tak myśli”. Nic dziwnego, że zdaniem autorki przejawy agresji pacjentów wobec lekarzy to wypadkowa zachowań lekarzy. „Nie byłoby ich (albo skala byłaby mniejsza), gdyby lekarze widzieli w pacjencie partnera do rozmowy, a nie intruza” – stwierdziła pani redaktorka, ubolewając nad brakiem empatii w naszym zawodzie. Wywód tyleż błyskotliwy, co nieprawdziwy.

Przyczyny agresji były przedmiotem wielu analiz naukowych, popartych eksperymentami z udziałem ochotników. Podstawowy wniosek jest taki: do wywołania agresji potrzeba naprawdę niewiele. Często wystarczy frustracja. W opinii Leonarda Berkowitza, amerykańskiego psychologa zajmującego się przyczynami agresji, im silniejsza frustracja, tym słabszy bodziec prowadzi do zachowań agresywnych. Znaczący problemu zwracają również uwagę na uczenie się zachowań agresywnych pod wpływem środowiska. Ludzie uczą się reagować agresywnie w sytuacjach, które kojarzą im się z agresją. By taka nauka była skuteczna, nie trzeba doświadczeń własnych. Wystarczy te zasłyszane tudzież przeczytane. Ważna jest rola autorytetu. Jeśli więc czyta się enty raz w poważnej gazecie tekst, z którego da się prosto wywieść, że lekarz to „cham i nieuk”, to w zupełności wystarczy, by wkroczyć na teren szpitala lub przychodni jak na ring. Nie wszyscy (na szczęście!) są na ten przekaz podatni, ale lektura komentarzy na forach internetowych, w których roi się nie tylko od miotanych pod naszym adresem „chamów i nieuków”, ale także „morderców” dowodzi, jak wielkie są szeregi ciężko sfrustrowanych.

Takich osób przybywa. I jak słusznie zauważył „DGP”, agresja pacjentów narasta. Ścisłe rzecz biorąc, nie tylko ich. Położnicy

dobrze znają temat agresywnych partnerów przyszłych mam, pediatrzy mieliby wiele do powiedzenia o wojowniczo nastawionych rodzicach, a interniści mogliby długo opowiadać o napastliwych dzieciach i wnukach. Czy jest to wina braku empatii przedstawicieli naszego zawodu? Twierdząca odpowiedź oznaczałaby, że jeszcze 15-20 lat temu, gdy agresywne zachowania pacjentów wobec lekarzy zdarzały się rzadko, byliśmy dużo bardziej empatyczni. Trudno byłoby obronić taką tezę. Z moich obserwacji wynika coś dokładnie przeciwnego. Z pokolenia na pokolenie zwiększa się wśród lekarzy świadomość znaczenia dobrego kontaktu – werbalnego i niewerbalnego – z pacjentem. Są na ten temat organizowane szkolenia przez izby lekarskie, szpitale i duże przychodnie. Uczestniczą w nich nie tylko lekarze, ale i pielęgniarki, ratownicy i rejestratorki. Nie są to działania bezproduktywne, podyktowane modą. Jeśli zatem komentatorka „DGP” upiera się, że pacjent to w oczach personelu medycznego intruz, powiem tak: owego intruza nigdy nie było w pacjencie tak mało jak dziś. Czy nie zawsze możemy poświęcić naszym chorym wystarczająco dużo czasu? O to trzeba pytać dezorganizatorów systemu. Być może dziennikarska docieklivość pozwoliłaby przy tym ustalić, dlaczego siła oddziaływania lekarskiej empatii maleje? Dlaczego przybywa tych, którzy wcale nie chcą rozmawiać jak równoprawni partnerzy tylko od razu nagrywać, notować, kserować, traktując każdy kontakt z nami jak sposobność zbierania dowodów. No tak, pewnie znów w ruch poszłaby klisza, że to wypadkowa naszych zachowań. ■

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

Lektura komentarzy na forach internetowych, w których roi się nie tylko od miotanych pod naszym adresem „chamów i nieuków”, ale także „morderców” dowodzi, jak wielkie są szeregi ciężko sfrustrowanych.

Jak pionki na szachownicy

– warunki pracy lekarza po wejściu
w życie ustawy o działalności leczniczej



Trwa restrukturyzacja ochrony zdrowia. Czy większości szpitali zagraża prywatyzacja? Jak zwalnianie personelu medycznego wpływa na warunki pracy lekarzy i jakie może to przynieść konsekwencje dla pacjentów?

Po ponad roku funkcjonowania ustawy z 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. Nr 112, poz. 654, z późn. zm.), która weszła w życie 1 lipca 2011 r., oraz jej nowelizacją podpisaną przez prezydenta RP w czerwcu br., można pokusić się o ocenę. Jak te zapisy prawne wpłynęły na funkcjonowanie placówek medycznych i warunki pracy lekarza? Temat ten był przedmiotem gorącej dyskusji podczas wrześniowego posiedzenia Naczelnej Rady Lekarskiej.

Już dwa lata wcześniej NRL ostrzegła władze przed wprowadzeniem tej ustawy i przezcuciem roli państwa w zakresie ochrony zdrowia na samorządy. – Niewłaściwy był już wówczas pomysł poddania działalności leczniczej prawom wolnego rynku – podkreśla Maciej Hamankiewicz, prezes NRL.

Teraz negatywy wprowadzonego pakietu ustaw, które odbijają się na pojedynczym lekarzu, są coraz bardziej czytelne.

Niebezpieczne zmiany

– Największym grzechem lekarza jest praca w nieakceptowanych warunkach – z dużą stanowczością podkreślił Krzysztof Bielecki, członek NRL. W szpitalach dominuje chęć zysku i oszczędności. Likwidowane są kliniki. W miejsce „kierownika kliniki” i „ordynatora” pojawiają się „prowadzący klinikę” i „prowadzący oddział”. – Tracimy coraz więcej prestiżu. To zmniejsza zaufanie pacjenta do lekarza – ostrzegał prof. Bielecki. Nie można kierować się głównie zyskiem i oszczędnością. Nie ma czegoś takiego jak umyślna wina lekarzy. Jeżeli zdarzają się jakieś pomyłki, zaniedbania czy niedociągnięcia, wynikają głównie z nieakceptowanych warunków pracy. Dlatego wszelkie zmiany administracyjne w ochronie zdrowia powinny być uzgadniane z instytucją odpowiedzialną za jakość pracy lekarzy. Niestety, teraz tak się nie dzieje. – Jesteśmy jak pionki na szachownicy i tak naprawdę niewiele mamy do powiedzenia. Co zrobić, panie prezesie, jak żyć, panie premierze? – pytał Krzysztof Bielecki.

Już w październiku 2010 r. NRL podkreślała w stanowisku dotyczącym projektu ustawy o działalności leczniczej, że żadna ustawa nie może zdjąć z organów władzy publicznej konstytucyjnego obowiązku zapewnienia jak najlepszej ochrony zdrowia dla obywateli. W tym roku, 30 sierpnia, winę władz państwowych podkreśla w swoim apelu Prezydium ORL w Bydgoszczy: „wykonywanie zawodu lekarza i realizacja wszystkich jego zasad powinna wiązać się z zapewnieniem przez władze publiczne stabilnych podstaw zatrudniania lekarzy”.

Niewątpliwym jest, że dla każdego lekarza wykonującego swój zawód w jednostce

– skomercjalizowanej lub jeszcze nie – który nie ma umowy o pracę, istotą warunków pracy są zapisy umowy cywilnoprawnej zawieranej z nim w ramach indywidualnej praktyki lekarskiej wykonywanej wyłącznie w przedsiębiorstwie podmiotu leczniczego. Problem w tym, że umowy podpisywane przez lekarzy na terenie kraju są całkowicie różne.

– Panuje duża dowolność w ich formułowaniu i nikt nie może zabronić dyrektorowi zaproponowania umowy w odrębnym brzmieniu ani lekarzowi jej podpisania – zaznacza Maciej Hamankiewicz, prezes NRL.

Do umów jest wpisywany na przykład zapis, który mówi, że odpowiedzialność za szkody przy udzielaniu świadczeń w zakresie umowy ponoszą solidarnie lekarz udzielający świadczeń i jednostka przyjmująca to świadczenie. – Nie oznacza to, że wypłacają należną kwotę po połowie. Pacjent może wybrać, od kogo zażąda odszkodowania. Lekarze, którzy takie umowy podpisują, często nie mają świadomości, co ten zapis w praktyce może oznaczać – przestrzega jeden z członków NRL.

Niektórym lekarzom udało się wpisać do umowy, że przysługuje im płatne zwolnienie w świadczeniu usług objętych umową w wymiarze np. 24 dni roboczych w każdym roku trwania umowy i za każdy dzień zwolnienia przysługuje wynagrodzenie wyliczone np. w postaci przeciętnego wynagrodzenia dobowego w okresie miesiący poprzedzających zwolnienie. Niektórzy takich zapisów nie mają. Podobnie z zapisami na urlop wypoczynkowy, czy zwolnienie w celu szkoleniowym, który może przynieść korzyść obu stronom.

Priorytety w ochronie zdrowia

Ustawa w sposób ewidentny wymusza dostosowanie świadczenia do dostępnych środków, a odmawianie pacjentowi tego, co mu się należy, dokonuje się rękami lekarzy. Odpowiedzialność państwa za zdrowie publiczne nie jest realizowana – powierza się tę sprawę pieniądзом i rynkowi. – To cofnięcie cywilizacji o 150 lat – komentuje Konstanty Radziwiłł, wiceprezes NRL. Jego zdaniem Polska zaczęła wyróżniać się negatywnie na tle innych krajów europejskich przede wszystkim poprzez tendencję do komercjalizacji całego obszaru ochrony zdrowia. „Commerce”, czyli handel, a więc wolny rynek, zysk, pieniądz i konkurencja. – To kierunek przeciwny temu, co ludzkość, a zwłaszcza cywilizacja europejska, osiągnęła w XX w., uznając, że ochrona zdrowia jest

Konsekwencją funkcjonowania ustawy o działalności leczniczej, która najbardziej boli środowisko lekarskie, jest redukcja etatów.



Teraz negatywy wprowadzonego pakietu ustaw, które odbijają się na pojedynczym lekarzu, są coraz bardziej czytelne.

obowiązkiem wspólnym państwa – zauważa prezes Radziwiłł. Mimo lepszego zrozumienia odpowiedzialności władz publicznych za zdrowie obywateli na różnych szczeblach samorządu terytorialnego, niestety presja państwa powoduje, że proces urynkwienia ochrony zdrowia postępuje. Ocena placówek opiera się coraz bardziej o ich wynik finansowy, a szpitale publiczne ze wszystkimi konsekwencjami dla ich misji leczniczej, dydaktycznej i naukowej, zaczynają funkcjonować jak zwykłe podmioty gospodarcze. Na szczeblach lokalnych już to widać. We Włocławku władze otworzyły nowy szpital, a inny chcą zamknąć w łańcucie, gdyż placówka ma zły wynik finansowy. Obok niepowstanie szpital prywatny, który będzie działał jak każda prywatna firma.

Stefan Sobczyński, członek NRL zaznacza, że tworzące się zgodnie z wymogami ustawy o działalności leczniczej spółki popadają w dług. Można zatem przypuszczać, że dalszym efektem będzie ich prywatyzacja i komercjalizacja. Ale może być również tak, że jednostek samorządu terytorialnego nie będzie stać na komercjalizację, bo najkorzystniejsze będzie płacenie różnicy pomiędzy ujemnym bilansem a amortyzacją. Pod koniec miesiąca Konwent Prezesów ORL na swoje posiedzenie zamierza zaprosić przewodniczącego związku powiatów i gmin, oraz przewodniczącego konwentu marszałków jako przedstawiciela samorządu wojewódzkiego, aby o tym porozmawiać.

Prawa rynku

Konsekwencją funkcjonowania ustawy o działalności leczniczej, która najbardziej boli środowisko lekarskie, jest redukcja etatów. Stanisław Prywiński, prezes ORL w Bydgoszczy, przedstawia sytuację na terenie swojej izby: w ostatnim czasie wzrasta liczba rozwiązywanych umów na udzielanie świadczeń zdrowotnych, a nie następuje w zamian za to wzrost zatrudnienia wykwalifikowanych lekarzy.

Ponadto zwalnia się lekarzy, jednocześnie zmuszając innych do wykonywania zadań nie należących w zakresie ich kompetencji. Niedawno media opisywały przypadek pewnej pani chirurga, której dyrektor szpitala działającego na terenie Beskidzkiej Izby Lekarskiej nakazał pełnić dyżur na innym oddziale. – Dyrektor zażądał od chirurga ogólnego, by pełnił dyżur na laryngologii. Kiedy lekarka odmówiła, została odsunięta od dyżurów w ogóle, także tych chirurgicznych – opowiada Zyta Kaźmierczak-Zagórska, prezes ORL w Bielsku-Białej.

Dyrektorzy jednostek zaczynają także patrzeć na lekarzy kształcących się jako nieopłacalnych. Ze znalezieniem miejsc do kształcenia lekarzy jest coraz więcej problemów, a w szpitalach likwiduje się kliniki. – W lipcu odbyło się spotkanie wszystkich dyrektorów szpitali z terenu działania Beskidzkiej Izby Lekarskiej, a zatem z terenu południa Śląska i zachodniej części Małopolski. Tylko jeden dyrektor zadeklarował, że będzie kontynuował kształcenie podyplomowe i specjalizacyjne. Inni stwierdzili, że mimo posiadanych miejsc akredytacyjnych wahają się nad kontynuowaniem kształcenia, ponieważ ostateczny bilans i wynik finansowy jest na niekorzyść szpitala – informuje Zyta Kaźmierczak-Zagórska.

Coraz częściej jednostki szukają też oszczędności, rezygnując z „drogich” pacjentów. – Miałem wczoraj pacjenta z rakiem żołądka, obciążonego kardiologicznie, z niewydolnymi nerkami i cukrzycą. Nikt nie chciał się nim zająć, bo to drogi pacjent. W końcu trafił do mnie. Nie mogłem go odesłać. Ale w sytuacji, która się dzieje, ciężko chorzy pacjenci są w naprawdę dużym niebezpieczeństwie – mówi Krzysztof Bielecki.

Ponieważ konsekwencje wprowadzenia praw rynku do ochrony zdrowia mnożą się jak grzyby po deszczu, Naczelna Rada Lekarska ma wrócić do tematu podczas kolejnego, październikowego posiedzenia. ■

reklama

HIT CENOWY

BRIVO DEC 850
Precyzja i łatwość obsługi

GEMED
Autoryzowany Dystrybutor Sprzętu Medycznego

autoryzowany dystrybutor
sprzętu medycznego

GE Healthcare

Mobilne Ramie C
X-ray generator o wysokiej częstotliwości
wzmocniacz obrazu
kamera CCD oraz konsola

prezentacja systemu w siedzibie Klienta!

...do różnorodnych zastosowań klinicznych

www.gemed.pl

INFOLINIA
+48 32 251 18 35
+48 609 333 288

zamów bezpłatny KATALOG

OFERTA KOMPLEKSOWA

GE Healthcare

DENSY TOMOMETRY
LUNAR

USG

ECHO

PRZENOŚNE APARATY

SKYTRON

HYBRYDOWE SALE OPERACYJNE
Ergon CENTRAL TANDEN MOUNT

STOŁY OPERACYJNE
Elite Flexi EZ SLIDE 5000

LAMPY OPERACYJNE
AURORA Precision

NAJTAŃSZE W PEŁNI ELEKTRYCZNE ŁÓŻKO NA RYNKU

taurus MED
ŁÓŻKA SZPITALNE

SonixTablet



Color Doppler
High Frequency
Imaging
40 MHz
Elastografia



Aparat nagrodzony
Złotym Medalem
Międzynarodowego
Salonu Medycznego
Salmed 2012

ZONARE

Ultrasonografy Zonare

Najnowsza
amerykańska
technologia
Convertible
Ultrasound™
z niespotykaną
jakością
obrazu
niedostępną
w konwencjonalnych
ultrasonografach.



www.trimed.pl

TRIMED Sp. z o.o.

Kraków, ul. Biała 13, tel. +48 12 622 72 00, fax +48 12 626 01 74
biuro@trimed.pl

Warszawa, ul. Bruna 4A/10, tel./fax +48 22 825 04 51
warszawa@trimed.pl

Nasi w Europie



Romuald Krajewski

Miejsca pracy dla Europy czy Europa dla miejsc pracy?

Właśnie zakończyła się w Brukseli dwudniowa konferencja poświęcona miejscom pracy, oficjalnie nazwana „Jobs for Europe”. W czasie obrad proponowano, by raczej mówić o Europie dla miejsc pracy. Uczestniczyli w niej przedstawiciele krajów UE oraz organizacji i instytucji europejskich.

Na początku przewodniczący Komisji Europejskiej, J. Barroso, przewodniczący Parlamentu M. Schulz i przewodniczący Rady Europejskiej H. Van Rompuy mówili o bezrobociu, które jest obecnie najważniejszym problemem UE i stanowi zagrożenie dla jej istnienia i dla najważniejszego chyba osiągnięcia UE, jakim jest europejski model solidarności społecznej. 25 mln bezrobotnych, brak pracy dla co czwartej młodej osoby w Unii, paradoks bezrobocia i beznadziejności w najlepiej wykształconej generacji młodych ludzi w historii Europy, poczucie, że politycy bardziej dbają o interesy finansistów niż o los własnych dzieci, stanowią realne zagrożenie dla podstaw Unii i są dla wszystkich zobowiązaniem do pilnego działania z myślą o naszej wspólnej Europie.

Pomysłów rozwiązań na szczęście nie brakuje i niektóre już sprawdzono w praktyce, jak połączenie szkolenia i pracy młodych ludzi w Niemczech. O ochronie zdrowia mówiono bardzo dużo, bo jest to jedna z niewielu dziedzin, gdzie zapotrzebowanie na pracowników stale rośnie. W ciągu 10 lat w ochronie zdrowia pracę może znaleźć nawet 8 mln osób.

Jest jednak wiele problemów, przede wszystkim wynikających z presji ekonomicznej, ale także z nieatrakcyjności zawodów medycznych. W całej Europie mówi się o brakach personelu medycznego. Choć niektóre kraje, np. Belgia, były w stanie zwiększyć rekrutację do zawodu pielęgniarzy, bardzo duża część osób z wykształceniem medycznym nie pracuje w swoim zawodzie. Dobrze podsumowuje tę sytuację stwierdzenie, że zawo-

dy medyczne są wspaniałe, ale praca w ochronie zdrowia jest byle jaka.

Jeżeli więc ochrona zdrowia ma być jedną z dziedzin wiodących w wychodzeniu z kryzysu poprzez tworzenie miejsc pracy, sporo trzeba zmienić. Priorytetem jest wysoka jakość, gdyż nikt nie zaakceptuje propozycji leczenia o niskiej jakości. Należy ułatwić dostęp do kształcenia i szkolenia, również na poziomie europejskim. UEMS proponuje tu utworzenie w ramach programu Erasmus, który przyniósł ogromne korzyści w kształceniu akademickim, programu Hippokrates, który ułatwiałby wymianę w szkoleniu lekarzy. Duże znaczenie ma też wspieranie mobilności edukacyjnej i zawodowej, która poprzez wymianę doświadczeń, udział w badaniach i osobiste kontakty przyczynia się do poprawy jakości i do postępu w medycynie. Większe możliwości wyboru miejsca pracy stwarzają presję na poprawę lokalnych warunków pracy.

Złe zarządzanie jest główną przyczyną problemów z personelem medycznym i znacznie więcej uwagi trzeba poświęcić warunkom pracy, dostosowaniu ich do oczekiwań kobiet, które stanowią zdecydowaną większość pracowników ochrony zdrowia.

To tylko najważniejsze zagadnienia. Cała konferencja jest udostępniona w internecie (<http://ec.europa.eu/social/main.jsp?langId=en&catId=88&eventId=641>).

Wracając z Brukseli, rozmawialiśmy o potrzebie zorganizowania podobnej konferencji w Polsce i podkreślenia roli ochrony zdrowia nie tylko w aspekcie medycznym, ale także jako dziedziny gospodarki, która umożliwia wychodzenie z kryzysu i jednocześnie zapewnia opiekę, której starzejące się społeczeństwa coraz bardziej potrzebują. ■

Autor jest prezydentem Europejskiej Unii Lekarzy Specjalistów (UEMS).

FOTO: Sebastian Skalski

Czasem wystarczy być

Z Ewą Błaszczyk, aktorką, piosenką, założycielką Fundacji „Akogo?” oraz Kliniki „Budzik”, rozmawiają Ryszard Golański i Marta Jakubiak.

Spotykamy się w momencie szczególnym – mija dziesięć lat od założenia Fundacji „Akogo?”, zbliża się też moment otwarcia Kliniki „Budzik”. Na ile działalność, którą pani podjęła, jest wypełnieniem luki w systemie publicznej ochrony zdrowia, a na ile jest to działanie uzupełniające?

Z pewnością jest to podstawowe wypełnienie luki, ogniwo, którego wcześniej brakowało. Ratuje się życie, walczy o nie przez chwilę, mniej więcej tak do trzech miesięcy, a potem jest pas – pacjenta w śpiączce wysyła się do domu albo do hospicjum.



Budynek w tle to „Budzik” przy Centrum Zdrowia Dziecka

Trwają prace wykończeniowe

W domu dostaje miłość i umiera na pierwsze zapalenie płuc albo jakieś inne powikłanie. Hospicjum... to godne konanie. Jest OIOM i potem rehabilitacja neurologiczna, ale jedynie dla dzieci w dużo lepszej formie. Zazwyczaj po trzech miesiącach pacjentowi w śpiączce odbiera się możliwość leczenia. Przeszłam tę drogę osobiście i widziałam rodziców w podobnej sytuacji. Bardzo trudno było mi przebrnąć przez długoterminową, od razu chciano zepchnąć Olę do opieki.

Czyli luka...

Tak, ogromna luka i niezwykle ważna. W krajach, które mają system zapewniający bardzo wysoką hospitalizację i neurorehabilitację, powrót do zdrowia ze stanu śpiączki nie jest cudem – to dobrze zaplanowana medycyna, która uwzględni specyfikę comy – to, że jedna osoba budzi się po 15 dniach, inna po kilku miesiącach, a jeszcze inna po latach. Ale jeśli takiemu dziecku się uda (powiedzmy do 1,5 roku od urazu), często wraca do pełni życia, robi doktorat, zakłada rodzinę i płaci podatki. Myślę, że skoro uratowało się życie, trzeba o nie powalczyć nieco dłużej.

Od krajów bardziej cywilizowanych różnimy się również tym, że w Polsce opieka nad dzieckiem w śpiączce nie jest traktowana jak praca.

Tym tematem zajmujemy się na pewno, kiedy tylko zakończymy prace związane z uruchomieniem „Budzika”. Chcemy doprowadzić do stworzenia zapisów prawnych chroniących matkę, która rzuca pracę, by opiekować się dzieckiem. Obca osoba staje się opiekunką i ma za to płacone, matka – nie. Pragniemy też, by 17 kwietnia był Dniem Pacjenta w Śpiączce, gdyż tego właśnie dnia Agencja Oceny Technologii Medycznych zatwierdziła

po raz pierwszy w naszym kraju „Program wybudzania dzieci ze śpiączki w fazie B”.

Czy posiada pani szacunkowe dane, jaka jest skala problemu?

Polskich danych nie ma, gdyż jeszcze do niedawna problem ten tak właściwie nie istniał. Nie był on ani opisywany, ani prowadzony. Jedyne dane, które istnieją, to raporty policyjnej drogówki z wypadków komunikacyjnych. To ok. 5-6 tys. kolizji rocznie. Część osób ginie, część się szybko wybudza, a część pozostaje w śpiączce i w tej najtrudniejszej sytuacji – zostaje odesłana do domu lub do hospicjum. To 100-200 osób rocznie. Pochylając się nad nimi, mamy szansę ich odzyskać. To, co bolało mnie najbardziej, to fakt, że po drodze odbiera się im szansę.

Dlaczego „Budzik” przy Centrum Zdrowia Dziecka?

Był taki dzień, kiedy wyszłam przed budynek szpitala w kiepskiej formie – przesycona informacją, że muszę zabrać dziecko do domu. Rozjeżdżałam się wokół i... zobaczyłam, że IZOL jest wysunięty pod las, rehabilitacja z basenem również są pod lasem, a rehabilitacja neurologiczna jest nieco krótsza. Zobaczyłam wówczas miejsce na najcięższy oddział rehabilitacji neurologicznej, czyli na „Budzik” i wiedziałam, że jest to ogniwo, którego brakuje, które trzeba stworzyć, gdyż jest ogromna potrzeba. Widziałam w sytuacji podobnej do mojej wielu rodziców, którzy nie mieli dokąd pójść.

Dodatkowo siłą do działania dostałam od prof. Franza Gerstenbrandta z Austrii, który konsultował Olę. Bardzo się zdziwił, że nie ma placówki medycznej, do której mogę ją zabrać na dalszą rehabilitację. I powiedział, że skoro tak jest, to istnieje pilna potrzeba, żeby takie miejsce

stworzyć. Na całym świecie, jak to później obserwowałam, działania podejmują ludzie, którzy problemem są dotknięci osobiście. To nie są inicjatywy odgórne – rządu albo państwa.

Dostałam wówczas od niego siekierą między oczy, ale jestem mu za to bardzo wdzięczna. Zdziałał szokowo, mówiąc, że po ok. półtora roku Ola przechodzi w kategorię cudu i nie mogę się wiele spodziewać. To była informacja bardzo trudna do przyjęcia, ale zarazem bardzo ważna. Zazwyczaj wszyscy w rodzinie skupiają się na dzieciach chorych, a z braci i siostr rosną kaleki emocjonalne. Uświadomił mi bardzo mocno, że muszę zająć się zdrowym dzieckiem.

Po 10 latach działalności można dokonać już pewnych podsumowań – co było największym osiągnięciem, a jakie były największe porażki?

Krokiem milowym było zatwierdzenie przez AOTM przygotowanego przez nas „Programu wybudzania dzieci ze śpiączki w fazie B”. Od początku zależało nam, razem z Ministerstwem Zdrowia, nie na tym, żeby pomóc Basi, Kasi i Małgosi, ale żeby powstało systemowe rozwiązanie, dzięki któremu wielu małych pacjentów i ich rodziny otrzymają pomoc. To było najtrudniejsze. Jeśli projekt ten zostanie zaakceptowany przez NFZ i włączony w koszyk świadczeń gwarantowanych, to będzie wielka sprawa.

Mówimy o projekcie zaakceptowanym w czerwcu przez Ministerstwo Zdrowia?

Tak, dokładnie o tym. Niestety, nadal jest on wstrzymywany, wciąż wprowadzane są poprawki. Jesteśmy już po wstępnych rozmowach z NFZ i zaczynam się denerwować, że mamy coraz mniej czasu, by udało się wcielić projekt w życie. Niestety, zwykle jest jak w „Zamku” Kafki. Łatwiej jest budować, niż prowadzić prace legislacyjne.

Czyli to ta druga ciemniejsza strona...

Wszystko, co jest legislacją, co zmusza do przejścia przez opór i postawę pasywną, jest najtrudniejsze.

Kto pomógł pani najbardziej, kiedy zaczynała pani swoje działania?

Bardzo poważnym filarem, na którym mogłam się oprzeć, była pomoc i zrozumienie pani Bożeny Walter i fundacji TVN. Ona wiedziała, jak trudną drogę wybraliśmy – wprowadzenie zmiany systemowej. Byliśmy małą fundacją, a ja dodatkowo osobą obciążoną osobiście problemem. Pierwszym sukcesem było połączenie w jednej akcji ponad podziałami różnych fundacji i telewizji prywatnych z telewizją publiczną, co stanowi do dziś ewenement. Połączyli się też operatorzy wszystkich sieci komórkowych. Bardzo pragnę, aby to powtórzyć przed 7 grudnia, kiedy będziemy otwierać „Budzik”.

Pomagała nam Fundacja Polsat, Fundacja TVN, Jurek Owsiak, telewizja publiczna i radio.

Odpis 1% podatku – jakie są plusy, a jakie minusy tego rozwiązania?

Możliwość pozyskiwania funduszy z 1% podatku to świetna sprawa. Szkoda tylko, że Ministerstwo Finansów albo jakaś inna instytucja państwowa nie prowadzi akcji uświadamiających podatników, nie pokazuje, czym która fundacja się zajmuje. Żeby zaprezentować swoją działalność, trzeba wydać masę pieniędzy, które przecież powinny być przeznaczone na zupełnie inny cel.

Czy pieniędzy spływa coraz więcej, od kiedy ułatwiono sposób ich przekazywania?

Już nie. Osób przekazujących 1% podatku jest coraz więcej, ale nie pieniędzy. Podatki są mniejsze. Więcej jest też organizacji, na które można przekazać ten 1%. W tym roku dostaliśmy 1 mln 700 tys. zł, dwa lata temu o milion więcej. Taka sytuacja dotyczy również innych fundacji.

Niedawno spotkała się pani z prezydentem Lechem Wałęsą, który przekazał dary na aukcję dla fundacji. Kto jeszcze znalazł się wśród grona znanych darczyńców?

Od prezydenta Wałęsy otrzymaliśmy autobiografię sygnowaną w wersji polskiej i angielskiej oraz wielki długopis z papierem. Mamy też złoty medal olimpijski Otyli Jędrzejczak, który pomógł już kiedyś prof. Chybićkiej we Wrocławiu. Chcemy, aby poszedł w świat jako przechodni, by dalej czynił dobro. Mamy ceramikę Pablo Picassa. Być może otrzymamy coś od Krzysztofa Kieślowskiego i od Staszka Barei, a może również od Sasnała i Almodovara.

Aukcja rozpocznie się w połowie listopada, a zakończy 7 grudnia w Teatrze Studio. Zlicytujemy nie więcej niż 7-9 eksponatów.

Gdyby nasi czytelnicy chcieli wesprzeć fundację i przekazać jakieś przedmioty na licytację – jak mogą to zrobić?

Wystarczy zgłosić się do sekretariatu fundacji. Aukcje na rzecz „Akogo?” prowadzimy cały czas. Jeśli ktoś chciałby nas wesprzeć, otwieramy szeroko ramiona. Do pilnego zbierania mamy jeszcze 2 mln 300 tys. zł. To ogromne i bardzo potrzebne pieniądze. Apelujemy o wszelkiego rodzaju wsparcie, datki, esemesy.

Kładziemy już ostatnie cegły – najcięższe w każdym wymiarze, nie tylko fizycznym. Biegamy za każdą formą pomocy. I choć udaje się uzyskać spore rabaty, jeszcze dużo brakuje. 100 tys. zł to same koszty utrzymania „Budzika” (do końca roku 2012) na terenie Centrum Zdrowia Dziecka, m.in. ochrona, prąd, nadzór. Dodatkowo potrzebujemy jeszcze 500 tys. zł na 15% wkładu w projekt współfinansowany ze środków EU, dzięki któremu zainstalujemy gazy medyczne, elektrykę, klimatyzację i wentylację. 1 mln 700 tys. zł będzie kosztowało wykończenie budynku wewnątrz: posadzki, malowanie ścian, wykładziny, a także roboty drogowe i wyposażenie kliniki, ale nie medyczne – w tym zakresie mamy obiecane wsparcie WOŚP.

Jak wygląda sytuacja, jeśli chodzi o kadre medyczną „Budzika” – czy została już obsadzona?

Na pewno będziemy prosić o odzew z Polski. W programie zatwierdzonym przez AOTM powinno być dwóch lekarzy neurologów dziecięcych, najchętniej z jedyneką z pediatrii i dwójką z neurologii. Będzie również dwóch pediatrów: pediatra gastrolog oraz pediatra alergolog albo pulmonolog, doktor rehabilitacji. Potrzebni będą lekarze podwójnej specjalizacji, szef medyczny kliniki i jej menadżer. Wszystkie niezbędne informacje i telefony zainteresowani znajdą na naszej stronie internetowej www.akogo.pl.

Zatrudnić będziemy też doktora rehabilitacji, rehabilitantów i pielęgniarki. Wsparcie nas konsultanci dochodzący do „Budzika” z Centrum Zdrowia Dziecka.

Mam też apel do wszystkich lekarzy, którzy są pasjonatami, interesuje ich coma, chcą się rozwijać i pracować naukowo – prosimy o kontakt. Kiedy „Budzik” zostanie otwarty, będziemy zajmować się także nauką, wspierać programy eksperymentalne, jak np. wszczep stymulatora do pnia mózgu czy zastosowanie komórek macierzystych.

Czy już są pacjenci, którzy czekają na przyjęcie do kliniki „Budzik” i ilu można będzie przyjąć?

W sumie będzie 15 łóżek dla pacjentów i do każdego z nich łóżko dla rodzica albo opiekuna.

Przez 12 lat spotkała pani na swojej drodze wielu lekarzy. Jacy oni byli?

Nie chcę mówić o tych, którzy przy rodzinie machali ręką. Nie potrafili zatrzymać tego gestu... Jakby im się zawód pomylił. Nauczyłam się tego nie zauważać, omijać szerokim łukiem. Kiedy matka chorego dziecka zatrzymuje się na czymś takim, bardzo złe rzeczy się dzieją. Staram się docierać do lekarzy, którym się świeci oko. Tak się buduje. Nie ma sensu tracić energii na komentarze i niewłaściwe gesty. Nauczyłam się, choć to trudne i wymaga dzięki konsekwencji, nie poddawać się, szukać nawet na zgłiszczach ludzi, którym się chce.

Lekarze są ogromnie ważni. I wcale nie dlatego, że czynią cuda i przywracają do zdrowia z dnia na dzień, ale dlatego, że mogą dać ogromne wsparcie i poczucie, że nie jest się osamotnionym w chorobie. Ponieważ przeszłam drogę rodzica chorego dziecka, wiem, że przy tak ciężkich i długotrwałych przeżyciach lekarz w pewnym momencie staje się rodziną. Spotkałam wielu fantastycznych ludzi i takie relacje nawiązałam.

Zwykle na OIOM-ie mamy kogoś przez tydzień albo dwa, wychodzi stamtąd albo umiera. Sytuacja się rozwiązuje. W przypadku osób w śpiączce to trwa, i trwa, i trwa... Wiem, że czasem trudno jest komuś pomóc, ale można przy nim po prostu być, tak po ludzku. I niekoniecznie trzeba mówić. ■

POMAGAJMY! Jeśli chcesz wesprzeć Fundację „Akogo?”, wejdź na stronę www.akogo.pl lub zadzwoń tel. (22) 832 19 13 i dowiedz więcej. Możesz też od razu wysłać SMS.

SMS o treści “Budzimy” na nr 73101
Oplata 3,69 PLN z VAT



Całkowity dochód netto z usługi operatorzy przeznaczyli na cele statutowe fundacji

Okręgowa Izba Lekarska w Białymstoku

Rogate dusze ze Wschodu

Białostoccy lekarze przed wojną należeli do Izby Warszawsko-Białostockiej, która powstała w Polsce jako jedna z pierwszych.

Niektóre źródła historyczne wskazują nawet, że była pierwszą spośród powołanych wówczas w kraju czterech izb. Podstawą prawną ich funkcjonowania była ustawa z 2 grudnia 1921 r. o wykonywaniu praktyki lekarskiej i o izbach lekarskich. Lekarze z Białegostoku żartują, że wyglądali wówczas jak Dawid przy Goliacie. Dziś jako samorząd lekarski cieszą się pełną autonomią, ale nie zapominają o korzeniach.

Mali koło dużych

Z tamtego okresu zachowały się nieliczne dokumenty, na podstawie których można byłoby odtworzyć historię białostockiej społeczności lekarzy. Wiadomo tylko, że jako filia w Białymstoku nie miała własnej siedziby, lekarze spotykali się w wynajętych pomieszczeniach. Siedziba izby mieściła się w Warszawie. Cała Izba Warszawsko-Białostocka liczyła wówczas 3 tys. 704 lekarzy, w tym 396 lekarzy z Białostocczyzny, co oznacza, że stanowili oni zaledwie jedną dziesiątą wszystkich członków tej izby. Ze źródeł po-

chodzących z 1938 r. wynika, że w izbie tej było zarejestrowanych 1885 dentystów, co sugeruje, że jeśli chodzi o proporcje w stosunku do lekarzy, w tamtych czasach byli oni liczną grupą. W części białostockiej mieszkało ich tylko 194. Obecna Okręgowa Izba Lekarska w Białymstoku liczy 4 tys. 938 lekarzy i 1339 stomatologów. Do rozwiązania w latach 50. Izba Warszawsko-Białostocka miała trzech prezesów. Funkcje te kolejno pełnili: Leon Babiński, Jerzy Bujalski oraz Władysław Szenajch, lekarz pediatra, społecznik, a od 1929 r. profesor Uniwersytetu Warszawskiego, który wraz z Janem Brudzińskim stworzył pierwsze placówki opieki nad dziećmi. Jako że pracował w Ministerstwie Zdrowia Publicznego, Opieki Społecznej i Ochrony Pracy, a w 1918 r. kierował tym ministerstwem w ramach prowizorium rządowego Władysława Wróblewskiego miał wielkie wpływy, co przekładało się później na jego skuteczność jako szefa Izby Warszawsko-Białostockiej. Białostocczyzna, jak zresztą całe Kresy Wschodnie mają narodowo-ideowe tradycje, co widać także w medycynie. Samorząd lekarski dba, aby nie zapomnieć o lekarzach, którzy tworzyli tutejszą historię. Ufundowali pomnik, który znajduje się na cmentarzu wojskowym w Białymstoku upamiętniający postać prof. Konrada Fiedorowicza. We wrześniu 1939 r. będąc ordynatorem chirurgii pod osłoną nocy, przeniósł on ok. 100 zwłok obrońców Białegostoku z piwnic szpitala na cmentarz. Dokonał tego, ryzykując życie przy pomocy białostockich harcerzy i miejscowego kapelana. Do historii nawiązuje też siedem dębów katyńskich (tak nazwali je lekarze) posadzonych w Turośni Kościelnej ku czci zamordowanych w Katyniu lekarzy z Podlasia.

Sporo przeszli

Kiedy po reaktywacji samorządu lekarskiego w 1989 r. powstała Okręgowa Izba Lekarska w Białymstoku, od samego początku było jasne, że będzie autonomiczna. Nikomu nawet nie przyszło do głowy, by łączyć się z sąsiadami. Świadomi swojej odrębności, chcieli sami o sobie decydować. Prezesami tej izby byli Jan Stasiewicz, Janusz Poznański, a obecnie jest Janusz Kłoczko. W grupie najbardziej zaangażowanych w jej tworzenie była nieżyjąca już prof. Maria Byrdy, znany w Polsce medyk sądowy i wciąż aktywnie działający prof. Wojciech Pędich, jeden z twórców gerontologii polskiej. Województwo Białostockie sporo wycierpiało w czasie wojny, raz wchodzili Niemcy, raz Rosjanie, pod koniec wojny Białystok został spalony, a ludność zdziesiątkowana. – O skali zniszczeń i cierpień świadczy fakt, że w 1944 r., bezpośrednio po wyzwoleniu, doliczono się tu zaledwie 21 lekarzy, a w każdym z powiatów województwa białostockiego przyjmował jeden, czasem dwóch lekarzy – wylicza prof. Jan Stasiewicz, były prezes, a obecnie wiceprezes Białostockiej Izby Lekarskiej. To były czasy, kiedy duży szpital w Białymstoku prowadziło dwóch lekarzy, a do chorych w terenie trzeba było nie raz jechać furmanką kilkadziesiąt kilometrów. Ten nadludzki wysiłek ze strony lekarzy kształtował charakter, hartował ducha, dodawał odwagi. Uchodzą oni za ludzi ambitnych, twardo obstających przy swoim zdaniu, ale też otwartych i życzliwych. To dlatego koledzy z innych regionów, postrzegają ich często jako rogate dusze ze Wschodu. Profesor Stasiewicz mówi, że społeczność lekarzy z tego terenu jest jednorodna. Krytyczna sytuacja, w jakiej znaleźli się po wojnie, miała swoje dobre strony. Dostrzegając potężny deficyt lekarzy w tym regionie, już

Kiedy po reaktywacji samorządu lekarskiego w 1989 r. powstała

Okręgowa Izba Lekarska w Białymstoku, od samego początku było jasne, że będzie autonomiczna.



Budynek Okręgowej Izby Lekarskiej w Białymstoku

w 1950 r. w Białymstoku powołano Akademię Medyczną przekształconą obecnie w Uniwersytet Medyczny. Uczelnia szybko stała się zapleczem dydaktycznym i naukowo-badawczym dla kadr medycznych. Dziś 75 proc. absolwentów kończących UM w Białymstoku, podejmuje pracę w tym województwie bądź zostaje na uczelni, a ci, którzy wyemigrowali za granicę, świetnie tam prosperują. Jeszcze kilka lat temu chętnych do wyjazdu było ok. 100 lekarzy rocznie, dziś jest to kilkanaście osób. – To sygnał, że sytuacja materialna naszych lekarzy się poprawia i nie muszą już tak pędzić za chlebem – zastrzega prof. Stasiewicz.

Trudny teren

Ale i tak średnia zarobków mieszkańców województwa białostockiego jest niższa niż w innych regionach kraju. To sprawia, że stopa życiowa lekarzy jest także niższa. Dopiero w ciągu ostatnich kilku lat obserwuje się poprawę tej sytuacji. Może dlatego jest w nich tyle determinacji i samozaparcia. Może dlatego Uniwersytet Medyczny ambitnie parł do przodu, aż stał się jedną z najlepszych uczelni w Polsce. Może też dlatego wśród lekarzy samorządowców z tego terenu jest tak silny pęd do wiedzy i posiadania czegoś własnego. Najpierw wyłącznie z własnych środków wybudowali dwupiętrową siedzibę w centrum Białegostoku przy ul. Świętojańskiej 7, później kupili ziemię i wybudowali Dom Lekarza Seniora w Turośni Kościelnej oraz Ośrodek Konferencyjno-Szkoleniowy. – Przed wojną jako ten Dawid przy Goliacie nie mieliśmy nic, byliśmy biedni jak kościelne myszy. To, co pozbudowaliśmy, to jest nasz majątek i jesteśmy z niego dumni – mówi profesor Stasiewicz. Własnością izby w Białymstoku są także dwa 3-4-pokojowe mieszkania – w Suwałkach

i w Łomży, gdzie znajdują się siedziby delegatur. Seniorzy to oczko w głowie samorządu lekarskiego, w przekazanym w ich władanie Domu Seniora, kiedy nie ma kompletu pensjonariuszy, wynajmowane są pokoje dla osób, które turystycznie zatrzymują się w tej okolicy. Do historii przeszły już organizowane tutaj ogniska, przy których bawią się seniorzy. Wszystkim 90-latkom izba organizuje uroczystość jubileuszową. Jest dyplom uznania i koperta. Każdy z nich ma ciekawy życiorys związany z historią regionu. Okręgowa Izba Lekarska w Białymstoku mocno stawia na kształcenie podyplomowe lekarzy (rocznie odbywa się ok. 100 takich szkoleń). A będzie ich jeszcze więcej, bo ośrodek w Turośni Kościelnej nie jest w pełni wykorzystany. Samorządowcy zakładają, że będzie to miejsce, do którego jak do Mekki będą się zjeżdżać lekarze z całej Polski chętni nie tylko podnosić kwalifikacje, ale integrować się na różnego rodzaju konferencjach.

Idą ręką w rękę

Ewenementem jest, że w Białymstoku Uniwersytet Medyczny i samorząd lekarski idą ręką w rękę. W innych regionach relacje te układają się różnie. Jest to wynik od początku prowadzonej specyficznej polityki więzi personalnych. Zawsze w Radzie Okręgowej Izby Lekarskiej w Białymstoku zasiadało i wciąż zasiada kilku profesorów z uczelni. Także prezesurę lekarze powierzają profesorom. Ta bliskość z uczelnią sprawia, że białostocki lekarze nie mają kompleksów. Wiedzą, że jeśli chodzi o kwalifikacje i możliwości ich podnoszenia, nie są prowincjuszami. Ich kliniki są tak samo dobre i dobrze wyposażone jak stołeczne, a jeśli chodzi o dydaktykę, kadra profesorska reprezentuje najwyższy poziom. Izba zachęca do szkoleń, przydzielając

Dziś każdy może mieć aparat USG z 4D!

MySono U5

SAMSUNG
SAMSUNG MEDISON

Tylko teraz przenośny ultrasonograf z 4D firmy Samsung Medison w nowej super cenie*

MySono U5 to kompaktowy system USG wysokiej klasy! 15" monitor, intuicyjny interfejs użytkownika, niespotykana w tej klasie moc obliczeniowa, doskonała jakość obrazu we wszystkich trybach oraz zaawansowane możliwości diagnostyczne czynią z U5 system równorzędny z najnowszymi aparatami stacjonarnymi. Zastosowanie specjalistycznego, dedykowanego stołka również upodabnia go do nich.

*Cena dotyczy ultrasonografu MySonoU5 z oprogramowaniem 4D oraz sondami: convex 4D i endowaginalną.

59 000



MAR-MED

szczegóły promocji na: www.mar-med.pl



Zapraszamy:



Warszawskie
Dni Ultrasonograficzne

Diagnostyka i terapia
prenatalna

15-16.11.2012, Warszawa

www.wdu.mar-med.pl

tw. stypendia szkoleniowe. Jeśli szkolenie trwa dłużej niż trzy dni, szkolący otrzymuje 300 zł. Niestety, w województwie białostockim są jeszcze lekarze żyjący na pograniczu biedy. Izba wypłaca im blisko 100 zapomóg rocznie. Profesor Stasiewicz podkreśla aktywność stomatologów w tych szkoleniach. Poza Polskim Towarzystwem Stomatologicznym, przy izbie istnieje Podlaskie Stowarzyszenie Stomatologów, które organizuje wiele szkoleń, a co roku dwie ogólnopolskie konferencje w Augustowie i Białowieży, które cieszą się renomą wśród lekarzy dentystów. Ściągają na nie najlepszych wykładowców. Są tam przez nich prezentowane najnowsze metody leczenia. Białystok jest też bliski lekarzom polskiego pochodzenia ze Wschodu. Przyjeżdżają szukać tu lepszego życia – kształcą się, odbywają praktyki, często zostają. Prof. Stasiewicz jest przesiąknięty działalnością samorządową. Jego ojciec Witold był lekarzem, urodził się blisko Wilna i tam kończył Uniwersytet im. Stefana Batorego. Przez jakiś czas był przed wojną asystentem prof. Rafała Radziwiłłowicza, słynnego działacza izb lekarskich.

Tradycja i współczesność

Prof. Jan Stasiewicz mówi, że reprezentuje tradycyjny pogląd na samorząd lekarski, obecny prezes Okręgowej Izby Lekarskiej w Białymstoku, prof. Janusz Kłoczko, w bardziej nowoczesny sposób postrzega te sprawy. Dzięki temu znakomicie się uzupełniają. Obaj czasem spotykają się z pytaniami, po

co komu ten samorząd? Prof. Stasiewicz niezmiennie odpowiada, że znaczną część zawodowego życia przeżył bez samorządu, część z samorządem po jego reaktywacji i wie, jak było i jest. Uważa, że niezależnie od tego, co samorządowi uda się zrealizować z jego zamierzeń, trzeba walczyć o coraz lepsze pozycje. Tym bardziej, że z chwilą, kiedy izby przejęły od administracji państwowej większość obowiązków związanych z wykonywaniem zawodu lekarza, ranga samorządu wzrosła. Wszelkie czynności – rejestracja praktyk lekarskich, gromadzenie i wydawanie dokumentów potrzebnych do prawa wykonywania zawodu, a także szkolenia odbywają się w izbach lekarskich. Prezes prof. Janusz Kłoczko za punkt honoru stawia sobie pozyskać młodzież do pracy w samorządzie. Uważa, że do nich należy przyszłość, ale zdaje sobie sprawę, że nowe pokolenie ma inne oczekiwania i niełatwo będzie znaleźć do niego klucz. – Młodzi lekarze w kontekście walki o miejsca pracy, o byt nie są skorzy do zajmowania się sprawami samorządowymi, ale można to zmienić – tłumaczy prof. Janusz Kłoczko. Na pytanie kiedy, odpowiada, że z chwilą, gdy izba lekarska będzie miała uprawnienia, by ingerować w kontrakty zawierane pomiędzy lekarzami i NFZ. Obecnie może tylko wyrażać niezadowolenie środowiska. Uważa, że izby są tym mechanizmem, który scala lekarzy, ale dopóki nic się nie dzieje, środowisko nie przywiązuje do tego wagi. Jednak w związku z pojawiającymi się



Pomnik upamiętniający wydarzenia z nocy 15 na 16 września 1939 r., ufundowany przez OIL w Białymstoku

coraz częściej nowymi formami zatrudnienia lekarzy, zatrudniania ich na umowy kontraktowe, wprowadzania ubezpieczeń od odpowiedzialności cywilnej, dżiać będzie się coraz więcej i rola izb będzie rosła. Lekarz będzie potrzebował doradców i mediatorów, którzy będą reprezentowali jego interesy. ■

Warto wiedzieć

Metryka Okręgowej Izby Lekarskiej w Białymstoku

Terytorium: województwo – delegatury: województwo podlaskie; delegatury w Łomży i Suwałkach

Adres siedziby: ul. Świętojańska 7, 15-082 Białystok

Kontakt: tel. (85) 73 21 935; faks (85) 73 27 172

Strona internetowa: www.oil.org.pl/xml/oil/oil50

Liczba członków: 4948 lekarzy, 1339 dentystów

Liczba delegatów na zjazd: 126

Liczba członków Okręgowej Rady Lekarskiej: 30

Prezes: Janusz Kłoczko

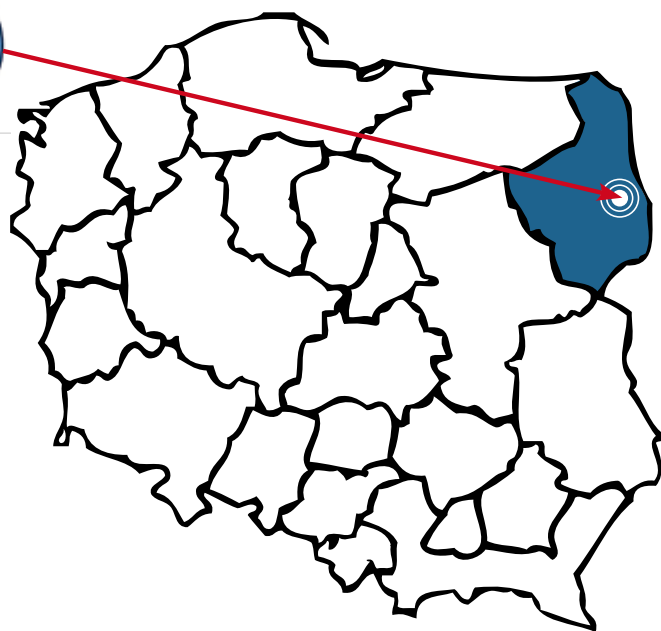
Okręgowy Rzecznik Odpowiedzialności Zawodowej: Anatol Aksiucik

Przewodniczący Okręgowego Sądu Lekarskiego: Iwona Jakubowska

Przewodniczący Okręgowej Komisji Rewizyjnej: Bogusław Kość

Liczba pracowników etatowych: 15

Liczba samorządowców na etacie: 2 osoby na niepełnym etacie





MIASTO
STOŁECZNE
WARSZAWA



NOWOCZESNA OBSŁUGA PACJENTA

Głównym celem realizowanego projektu jest budowa kompleksowego systemu informatycznego na potrzeby SZPZO Warszawa Wawer i SZPZO Warszawa Praga – Południe. Jedną z korzyści informatyzacji w zakresie publicznych usług zdrowotnych jest poprawa poziomu jakości obsługi pacjenta w oparciu o nowe technologie informatyczne i telekomunikacyjne.

Projekt jest w trakcie realizacji, a zakończenie planowane jest na koniec grudnia b.r.

Europejski Fundusz Rozwoju Regionalnego, finansuje 85% wartości projektu. Pozostałą część jego wartości pokrywają ze środków własnych obie strony konsorcjum (SZPZO Warszawa Praga-Południe i SZPZO Warszawa Wawer). Wdrożenie systemu informatycznego pozwoli na uzyskanie kompleksowej kontroli nad realizowanymi w obu SZPZO procesami związanymi z udzielaniem świadczeń zdrowotnych, obsługą pacjentów, optymalizacją kosztów, uporządkowaniem działań oraz wypracowanie wśród załóg SZPZO pełnej odpowiedzialności za realizację poszczególnych elementów procesu.

Dla prawidłowego funkcjonowania systemu informatycznego niezbędne jest zapewnienie szybkiego przepływu informacji między poszczególnymi jednostkami organizacyjnymi i pacjentami. W tym celu powstał Portal Pacjenta, który znajduje się na stronie internetowej www.zdrowiepacjenta.pl. Portal składa się z dwóch części: informacyjnej oraz aplikacyjnej.

W części informacyjnej umieszczono przejrzystą instrukcję użytkownika Por-

tału i ogólne informacje o jego zawartości. Korzystanie z portalu umożliwi pacjentowi na przykład utworzenie osobistego konta, na którym może gromadzić informacje o swoim stanie zdrowia: rozpoznane choroby, przyjmowane leki, zlecone badania diagnostyczne, uczulenia, specjalne zalecenia. Ale nie tylko. Pacjent może tu zapoznać się z aktualizowaną listą programów z zakresu promocji zdrowia, realizowanych w obu Zespołach czy na przykład z bardzo istotnymi informacjami dotyczącymi sposobu przygotowywania się do badań diagnostycznych.

W części aplikacyjnej znajduje się dostęp do elektronicznej kartoteki pacjenta. Dostęp do niej można uzyskać w jeden tylko sposób: aktywując konto a następnie logując się. Każdorazowo autoryzacja jest możliwa tylko po wprowadzeniu loginu a także hasła zabezpieczającego, ustalanego indywidualnie przez użytkownika wyłącznie dla jego konta. Z elektronicznej kartoteki pacjenta będą mogli korzystać tylko pacjenci zadeklarowani do podstawowej opieki zdrowotnej w obu Zespołach, czyli osoby, którym zostaną wydane Karty Pacjenta. Przydatne w procesie leczenia informacje o zdrowiu, zgromadzone w internetowej kartotece, w razie potrzeby mogą być udostępniane przez pacjenta lekarzom różnych specjalności, jeśli będzie korzystał z ich pomocy. Ważną funkcją portalu jest tak zwana e-rejestracja, czyli zapisywanie się na wizytę do poradni przez internet, bez konieczności telefonowania

czy osobistej wizyty w rejestracji. Pacjentom, którzy nie posiadają dostępu do internetu, południowopraskie i wawerskie placówki umożliwią korzystanie z informatów przy użyciu Karty Pacjenta. Informaty zainstalowane zostały we wszystkich placówkach obu Zespołów.

Wdrożenie zintegrowanego systemu informatycznego wymagało wyposażenia każdego stanowiska pracy, personelu medycznego i administracyjnego w nowoczesny sprzęt komputerowy z oprogramowaniem. Kolejnym krokiem było przeprowadzenie szkoleń wszystkich użytkowników systemu.

Proces wdrażania systemu, podjęty przez oba Zespoły jest rozbudowanym, skomplikowanym przedsięwzięciem wymagającym zaangażowania poważnych sił i środków ze strony realizatorów projektu. Jednak korzyści ekonomiczno-społeczne płynące z wdrażania nowych technologii są wymierne i bezsporne. Należą do nich m.in.: zwiększenie dostępności do informacji, poprawa organizacji pracy personelu medycznego, ułatwienie podejmowania decyzji zarządczych, poprawa efektywności zarządzania, zwiększenie bezpieczeństwa danych, oszczędność czasu i środków finansowych.



Fundacja Kościuszkowska Ogłasza \$10,000 nagrody w konkursie na najlepszą publikację naukową w dziedzinie medycyny klinicznej



Uprzejmie informujemy o ustanowieniu Nagrody im. Bohdana i Zygmunta Janczewskich w wysokości 10,000 USD za najwybitniejszą pracę z zakresu medycyny klinicznej, opublikowaną w naukowym czasopiśmie medycznym rangi światowej w języku angielskim w okresie ostatnich dwóch lat poprzedzających rok przyznania Nagrody (2011-2012). O nagrodę ubiegać się mogą autorzy posiadający obywatelstwo polskie, pracujący i mieszkający stale na terytorium Polski. Nagroda może być przyznana również za publikację, do której badania wykonano w zagranicznym ośrodku naukowym.

Fundacja Kościuszkowska przyznaje stypendia naukowe i promuje polską kulturę w USA. Jej działalność zależy od Państwa pomocy. Wszelkie dotacje przekazywane na rzecz Fundacji Kościuszkowskiej Polska mogą być odliczone od podatku.

Więcej informacji
i wniosek uczestnictwa:
The Kosciuszko Foundation, Inc.
www.thekf.org
tel.: (22) 621-7067
e-mail: kosciuszko@send.pl

Wpłaty prosimy dokonywać na
następujący nr rachunku bankowego:
Bank Citi Handlowy
09 1030 0019 0109 8530 0030 5123



Jolanta Małmyga

Wojownicy czy marzyciele?

*Wojownik realizujący swe marzenia czerpie siłę z czynów,
a nie wyobrażeń o tym, co mógłby zrobić.*

Paulo Coelho

Czy wśród nas, medyków, jest więcej wojowników czy marzycieli? Sądzę, że w sprawach związanych z wykonywaniem naszego zawodu większość z nas to wojownicy posiadający mniejsze lub większe doświadczenie i wiedzę, ale wojownicy. Potrafimy umiejętnie wykorzystać zdobyte umiejętności do uzyskania pozytywnego wyniku leczenia i razem z pacjentami cieszyć się sukcesem. To daje satysfakcję i jest impulsem do dalszej pracy. Motywuje do stałego poszerzania wiedzy i doskonalenia zawodowego. Obecnie umiemy ratować życie ludziom, którzy kila lat temu byli skazani na śmierć i nadal szukamy lepszych metod zapobiegania i leczenia schorzeń. Ale przecież nadal nie na wszystkie choroby są skuteczne metody leczenia i nie zawsze, mimo największych starań, osiągamy pozytywny i zadowalający obie strony wynik. Z mojego punktu widzenia najbardziej walecznymi są ci, którzy wybrali trudne, mniej efektowne specjalizacje i starają się do walki z chorobą wykorzystać także energię chorego. Pomagają łagodzić ból i strach, przynosząc ulgę w cierpieniu. Pomagają przejść przez trudne okresy choroby i towarzyszą w walce, która niestety często bywa przegrana. Do tego potrzebna jest duża cierpliwość i empatia, które w połączeniu z wiedzą medyczną umożliwiają dotrwanie do końca. W takich sytuacjach zaczynamy rozumieć, że nie mamy wiedzy i władzy absolutnej, co niestety często się zdarza, szczególnie na starcie medycznej drogi zawodowej. Wówczas w przypadku niepowodzeń z naszą walecznością jest nieco gorzej. Nie każdy potrafi to wytrzymać, ale świadomość, że wytrwaliśmy i zrobiliśmy coś dobrego, tak po prostu po ludzku, daje siłę do poszukiwania nowych, skuteczniejszych metod leczenia i wojownikom daje bodziec do działania.

Jak w każdej profesji, poza wojownikami, są również wśród nas marzyciele. Wojownik wybiera drogę czynów. Osiągnięcie sukcesu w medycynie wcale nie jest łatwe. Wymaga dużego nakładu czasu, pracy oraz pieniędzy, wielokrotnie kosztem życia rodzinnego i społecznego. Dokonanie wyboru wojownikowi raczej nie stwarza problemów. On wie, że poza pracą zawodową ważne są także inne sprawy, może niekiedy ważniejsze, jak życie rodzinne, zainteresowania i praca dla społeczności lekarskiej. Wiedzą, że należy wybrać właściwą drogę i ocenić swoje możliwości, w której dziedzinie jestem lepszy i co chcę osiągnąć w określonym czasie. Są tacy, którzy potrafią łączyć umiejętnie jedno i drugie. Wojownik wybrał. Marzyciel wyobraża sobie zwycięstwo i niczego nie dokonuje. Całą energię traci na wymyślanie i mrzonki o swojej wielkości. Motywem działania jest chorobliwa ambicja i chęć błyszczenia za wszelką cenę oraz przekonanie o własnej wielkości i wiara w prawdziwość własnych racji. Nie liczy się z tym, że niewiele osób akceptuje jego poglądy, gdyż jest przekonany o własnej nieomyślności i nie przyjmuje do wiadomości odrzucenia jego zdania przez kogokolwiek. Zachowuje się tak, jak niczego niebojące się dziecko, które wierzy, że dostanie wszystko, czego chce, gdyż jemu się to należy i nie interesuje go zdanie innych. Tylko że dzieci dorastając, zaczynają rozumieć, że aby coś osiągnąć, muszą wykazać się pracą i wiedzą, nic nie przychodzi łatwo. Marzyciele przez całe życie pozostają dziećmi, a narzucając swoje pomysły, nie potrafią do nich przekonać przeciwników, ponieważ żal im czasu na dyskusję z innymi. Zamiast zdobywać solidną wiedzę i doświadczenie, żyją w samouwielbieniu, tracąc czas i energię na marzenia o wielkości. ■

*Autorka jest wiceprezesem ORL
w Gorzowie Wlkp.*

*Z mojego punktu
widzenia najbardziej
walecznymi są ci,
którzy wybrali trudne,
mniej efektowne
specjalizacje i starają
się do walki z chorobą
wykorzystać także
energię chorego.*

V Światowy Dzień Zdrowia Jamy Ustnej

Jeśli wziąć sobie do serca słowa Stanisława Jerzego Leca, który twierdzi, że „im mniej ludzie mają zębów, tym są bardziej zgryźliwi”, najwyższy czas zacząć bić na alarm! Aż 98,3% dorosłych Polaków wymaga działań profilaktyczno-leczniczych w zakresie opieki stomatologicznej, a Polak, który ukończył 65. r.ż., ma średnio jedynie 6 zębów.

We wrześniu w Ministerstwie Zdrowia odbyła się konferencja „Promocja i profilaktyka w różnych dziedzinach stomatologicznych” zorganizowana przez Naczelną Izbę Lekarską we współpracy z MZ i OIL w Warszawie. W tym roku skupiono się przede wszystkim na zagadnieniu promocji i profilaktyki. – Cały czas inwestujemy środki w medycynę naprawczą. Myślę, że ten kierunek będzie powoli odwracał się, ponieważ koszty leczenia są o wiele większe niż koszty zapobiegania – podkreślił wiceminister zdrowia, Aleksander Sopiński.

Debatowanie o rozwoju stomatologii, a co za tym idzie – podnoszeniu poziomu opieki stomatologicznej, ma wieloletnią tradycję, o czym podczas konferencji mówiła Anna Lella, wiceprezes NRL. Wszystko zaczęło się od kongresu WHO w 1978 r., do daty tego wydarzenia nawiązuje Światowy Dzień Zdrowia Jamy Ustnej ustanowiony przez FDI. Uchwaliła FDI o ustanowieniu Światowego Dnia Zdrowia Jamy Ustnej przyjęta jesienią 2007 r. w Dubaju. W 2007 r. Światowe Zgromadzenie Zdrowia poświęciło w Genewie osobną

sesję na zagadnienia jamy ustnej i przyjęło oraz rozbudowało zgłoszoną przez Światową Federację Dentystyczną rezolucję „Zdrowie jamy ustnej”. W 2009 r. podczas VII Światowej Konferencji Promocji Zdrowia WHO w Nairobi po raz pierwszy w historii zdrowie jamy ustnej otrzymało tak wysoki status – było tematem jednej z 12 odbywających się tam sesji.

Powodem do zadowolenia jest fakt, że tematyka zdrowia jamy ustnej poruszana jest coraz częściej. Jednak prawdziwie pozytywne zmiany pojawiają się dopiero wtedy, kiedy znaczenie opieki stomatologicznej będzie wyraźnie akcentowane od najmłodszych lat.

Zapobieganie próchnicy

Podczas konferencji dr hab. Dorota Olczak-Kowalczyk omówiła zagadnienia z zakresu możliwości i ograniczeń zapobiegania próchnicy u dzieci. Choroba ta jest powszechnym problemem na całym świecie, jednak u polskich dzieci występuje szczególnie często. Przypomniła, że skuteczność pasty nie zależy od jej ilości na szczoteczce, ale od jej jakości, czyli stężenia fluorków i sposobu szczotkowania zębów. Wiedza rodziców dotycząca zapobiegania próchnicy u dzieci również pozostawia wiele do życzenia, co podkreśliła dr Marta Klimkowska-Misiak: zdaniem co piątej matki dziecko, które wieczorem zje jabłko, może nie myć zębów. Mimo zaangażowania w profilaktykę stomatologiczną samorządów terytorialnych oraz szkół, bariery tworzy NFZ. W ostatnich latach na nowo powstawało wiele szkolnych gabinetów stomatologicznych, jednak były one zamykane z powodu niespełniania wymagań stawianych przez Narodowy Fundusz Zdrowia.

Periodontologia i problemy onkologiczne

Prof. dr hab. Renata Górską zwróciła uwagę, że problemem jest także brak chęci współpracy pacjentów ze stomatologami. Prowadząc badania nad chorobami zębów i przyzębia, wysłano potencjalnym pacjentom zaproszenia na przegląd jamy ustnej. Większość ankietowanych nie skorzystała z nich mimo zapewnienia, że leczenie ewentualnych patologii będzie pokrywał NFZ.

Z danych GUS z 2010 r. wynika, że do najczęstszych przyczyn rezygnacji z wizyty u stomatologa należą brak pieniędzy i długi czas oczekiwania. Częstym powodem omijania gabinetów dentystycznych jest także strach: szczególnie w przypadku mężczyzn – 22 proc., u kobiet ten odsetek wynosił nieco mniej niż 14 proc.

Prof. dr hab. Andrzej Wojtowicz poruszył zagadnienia dotyczące wczesnej i profesjonalnej profilaktyki onkologicznej. Stomatolog ma wyjątkowe możliwości w zakresie wczesnego wykrywania zmian nowotworowych i przednowotworowych jamy ustnej. To niezwykle ważne, gdy weźmie się pod uwagę fakt, że wskaźnik umieralności z powodu raka jamy ustnej jest obecnie bardzo wysoki (ok. 50 proc.) i nie zmienia się od 15 lat, gdyż leczenie podejmowane jest zbyt późno. O konieczności integracji stomatologii z innymi dziedzinami medycyny w celu wykorzystania najbardziej właściwych środków i metod leczniczych mówiła także prof. dr hab. Elżbieta Mierzwińska-Nastalska, pokazując problem w kontekście protetyki i ogólnego stanu zdrowia pacjenta.

Kolejny Światowy Dzień Zdrowia Jamy Ustnej odbędzie się już 20 marca przyszłego roku. Serdecznie zapraszamy. ■

Z danych GUS z 2010 r. wynika, że **do najczęstszych przyczyn rezygnacji z wizyty u stomatologa** należą brak pieniędzy i długi czas oczekiwania.

Andrzej Baszkowski

Ważenie słów...

W ostatnim numerze „Gazety Lekarskiej” Agnieszka Ruchała-Tyszlner, w artykule „Powrót asystentek”, przedstawiła krytyczne uwagi do projektu rozporządzenia dotyczącego świadczeń gwarantowanych w zakresie stomatologii.

Chciałem dodać swoje trzy grosze do części dotyczącej wymogu zatrudnienia w gabinecie dentystycznym asystentki i higienistki stomatologicznej, w miejsce powszechnie pracujących pomocy dentystycznych. Dyskwalifikowanie obecnie pracujących par w sposób zademonstrowany przez resort jest absolutnie nie na miejscu. Resort twierdzi, że przewidywana zmiana podyktowana jest tym, że „wykonywanie przedmiotowych świadczeń bez właściwego wsparcia prowadzić będzie do niskiego poziomu jakości tych świadczeń”, a nawet może, „w niektórych przypadkach skutkować zagrożeniem zdrowia i życia pacjenta”.

Pomijając fakt, że nie wiem, co to jest „poziom jakości”, to chciałem zapytać, na jakiej podstawie resort twierdzi, że tam, gdzie pracują pomoce, świadczenia wykonywane są na niskim poziomie? I że pacjenci odwiedzający te gabinety narażają swoje życie? Można promować zdobywanie wyższych kwalifikacji, bo jest to zawsze z korzyścią dla chorych. Ale głoszenie zagrożenia życia tylko dlatego, że pomoc dentystyczna nie posiada jakiegoś papierka, ignorując jednocześnie jej długoletnie doświadczenie zawodowe, jest nieuczciwe. Jest jednocześnie obraźliwe dla lekarzy, bo sugeruje, że nie zdają sobie sprawy z zagrożeń, jakie występują w ich gabinetach, albo gorzej – lekceważą je, demonstrując tym samym nieodpowiedzialność.

Tak nie wolno. To pomówienie. Pisząc urzędowe dokumenty, trzeba mieć świadomość rangi przytoczonych argumentów i użytych słów. Dobre obyczaje nakazują ich ważenie. Nawet w ministerstwie. ■

WYŻSZA SZKOŁA MEDYCZNA W SOSNOWCU



w umowie partnerskiej z

WYŻSZA SZKOŁA BIZNESU I PRZEDSIĘBIORCZOŚCI W OSTROWCU ŚWIĘTOKRZYSKIM

zaprasza

na **BEZPŁATNE**
studia podyplomowe:

**„Organizacja i zarządzanie
w ochronie zdrowia”**

Studia przeznaczone są dla pracowników należących do kadry zarządzającej placówek ochrony zdrowia (dyrektorów, głównych księgowych, kierowników komórek organizacyjnych - w tym kierowników działów, ordynatorów, pielęgniarek oddziałowych, ich zastępców, etc.)

Bliższe informacje:

www.wsmsosnowiec.pl

tel. 32 291 10 19, kom. 510 036 870

41-200 Sosnowiec, ul. Wojska Polskiego 6





Michał Kozik

Utrata mandatu radnego

– niespodziewany skutek przejścia na kontrakt dyżurowy

Lekarze jako przedstawiciele elity intelektualnej oraz liderzy społeczności lokalnych dość często występują nie tylko w roli osób udzielających świadczeń zdrowotnych, ale także – i to wcale nierzadko – są angażowani do różnego rodzaju zadań społecznych, politycznych czy samorządowych.

Jedną z form aktywności lekarzy jest udział w wyborach samorządowych i pełnienie funkcji radnego gminy, powiatu czy województwa. Powszechnie wiadomo, że pełnienie funkcji radnego wiąże się z pewnymi ograniczeniami w zakresie wykonywania działalności gospodarczej i zatrudnienia w niektórych urządach publicznych. Na tego rodzaju ograniczenia lekarze, którzy uzyskali mandat radnego, powinni się godzić. Rodzi się jednak pytanie, jak daleko sięgają zakazy ograniczenia prowadzenia działalności przez lekarza pełniącego jednocześnie funkcję radnego.

Z życia wzięte

Do zajęcia się tym tematem zainspirowało mnie zdarzenie dotyczące lekarza będącego radnym, który wykonywał jednocześnie zawód lekarza na podstawie umowy o pracę w szpitalu. Placówka ta dzierżawi mienie od powiatu, którego lekarz jest radnym. Nie ma wątpliwości, że łączenie funkcji radnego i lekarza zatrudnionego w szpitalu jest dozwolone. Szpital zaproponował zatrudnionym u niego lekarzom przejście na dyżury kontraktowe. Lekarze zaakceptowali ten pomysł i po założeniu działalności gospodarczej w formie indywidualnych praktyk lekarskich podpisali umowy kontraktowe z tym podmiotem leczniczym.

Wojewoda uznał, że łączenie funkcji radnego z prowadzeniem działalności gospodarczej, w tym przypadku praktyki lekarskiej, która polega na wykonywaniu świadczeń zdrowotnych na terenie szpitala korzystającego z mienia powiatu, jest niedopuszczalne i wydał decyzję w sprawie wygaśnięcia mandatu radnego.

Podstawy prawne

Czy w tej sytuacji decyzja o wygaśnięciu mandatu radnego była uzasadniona i ewentualnie jak lekarz radny może się przed nią bronić?

Podstawą decyzji wojewody w sprawie wygaśnięcia mandatu radnego jest art. 25b ust. 1 ustawy z dnia 5 czerwca 1998 r. o samorządzie powiatowym, który stanowi, że: „radni nie mogą prowadzić działalności gospodarczej na własny rachunek lub wspólnie z innymi osobami z wykorzystaniem mienia powiatu, w którym radny uzyskał mandat, a także zarządzać taką działalnością lub być przedstawicielem lub pomocnikiem w prowadzeniu takiej działalności”.

Identycznie brzmiący przepis znajduje się również w ustawie o samorządzie gminnym, który w art. 24f ust. 1 stanowi: „Radni nie mogą prowadzić działalności gospodarczej na własny rachunek lub wspólnie z innymi osobami z wykorzystaniem mienia komunalnego gminy, w której radny uzyskał mandat, a także zarządzać taką działalnością lub być przedstawicielem czy pełnomocnikiem w prowadzeniu takiej działalności”.

Przy takim brzmieniu przepisów trzeba postawić pytanie, czy radny powiatu, który pełni dyżury kontraktowe w ramach prowadzonej przez siebie indywidualnej praktyki lekarskiej w szpitalu korzystającym z mienia powiatu/gminy, narusza zakazy ustanowione w zacytowanych powyżej przepisach i w związku z tym, czy powinien utracić mandat.

Nie budzi wątpliwości fakt, że celem art. 25b ustawy o samorządzie powiatowym i art. 24f ustawy o samorządzie gminnym jest stworzenie gwarancji prawidłowego, rzetelnego wykonywania

zadań przez radnych, a także jednostki samorządu terytorialnego, w których sprawują oni mandat. Mechanizm przewidziany w art. 25b ustawy jest instytucją prewencyjną, która ma na celu wyłączenie możliwości wykorzystania mienia jednostki samorządu terytorialnego dla interesów indywidualnych osób wchodzących w skład organów tej jednostki samorządu terytorialnego.

Art. 25b ustawy ogranicza uprawnienia w zakresie swobody wykonywania działalności gospodarczej, jednakże zakaz prowadzenia działalności gospodarczej z wykorzystaniem mienia publicznego dla celów indywidualnych mieści się w granicach demokratycznego państwa prawnego (art. 2 Konstytucji). Szanując antykorupcyjny charakter art. 25b ustawy, należy jednak prawidłowo ustalić zakres obowiązywania zakazu wprowadzonego przez ten przepis, pamiętając, że przy wykładni przepisu prawa wprowadzającego instytucje represyjne i zakazy nie można stosować wykładni rozszerzającej. Zakaz rozszerzającej wykładni przepisów ustanawiających sankcje wobec jednostki ma szczególne znaczenie w przypadku stosowania sankcji wygaśnięcia mandatu radnego, a to z uwagi na podkreślane w orzecznictwie sądów administracyjnych pierwszeństwo mieszkańców wspólnoty samorządowej w tworzeniu składu osobowego organów jednostek samorządu terytorialnego.

Praktyczne rozważania

Aby móc objąć lekarza radnego zakazem ustanowionym w art. 25b ust. 1 ustawy o samorządzie powiatowym, muszą być spełnione kumulatywnie dwie przesłanki:

- 1) radny prowadzi działalność gospodarczą na własny rachunek lub wspólnie z innymi osobami;

2) do prowadzenia działalności gospodarczej wykorzystuje mienie powiatu.

Jeśli chodzi o spełnienie pierwszej przesłanki, to w obecnym stanie prawnym nie może być wątpliwości, że indywidualna praktyka lekarska jest podmiotem gospodarczym i prowadzi działalność gospodarczą. Kwestię tę w sposób wyraźny reguluje art. 16 ust. 1 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej, który stanowi, że działalność lecznicza jest działalnością regulowaną, a co za tym idzie – prowadzenie prywatnej praktyki lekarskiej stanowi działalność gospodarczą, w rozumieniu ustawy z 2 lipca 2004 r. o swobodzie działalności gospodarczej.

W sytuacji gdy radny lekarz zakłada praktykę lekarską i zawiera kontrakt dyżurowy ze szpitalem korzystającym z mienia powiatu, rodzi się pytanie, czy spełniona jest druga z przesłanek stosowania z art. 25b ustawy – wykorzystywanie mienia powiatu do prowadzenia działalności.

W mojej ocenie nie mamy tu do czynienia z prowadzeniem działalności z wykorzystaniem mienia powiatu. Z mienia powiatu korzysta bezpośrednio podmiot leczniczy – szpital, natomiast prowadzona przez lekarza indywidualna praktyka lekarska jedynie wykonuje na rzecz tego szpitala usługi w postaci dyżurów medycznych. Nie można stawiać znaku równości między wykonywaniem przez lekarza usług na rzecz szpitala korzystającego z mienia powiatu z wykorzystaniem przez radnego mienia powiatu dla prowadzenia własnej działalności gospodarczej. W rezultacie pełnienie dyżurów kontraktowych w podmiocie leczniczym korzystającym z mienia powiatu nie może stanowić podstawy wygaśnięcia mandatu radnego na podstawie art. 25b ust. 1 ustawy o samorządzie powiatowym.

Orzeczenia sądów

Przedstawione powyżej stanowisko wyrażnie podzielił Naczelny Sąd Administracyjny w wyroku z 10 lutego 2005 r. (sygn. akt OSK 1083/04), w którym czytamy: „Przywołanego przepisu (art. 25b) nie można rozumieć w ten sposób, że zawarcie umowy świadczenia usług przez radnego prowadzącego działalność gospodarczą na własny rachunek na rzecz innej osoby prowadzącej działalność gospodarczą z wykorzystaniem mienia powiatu jest równoznaczne z prowadzeniem wspólnie z tą osobą działalności gospodarczej z wykorzystaniem mienia powiatu”.

NSA stwierdził, że podjęcie decyzji o wygaśnięciu mandatu radnego wymaga ustalenia, czy wykonywana przez niego działalność gospodarcza jest prowadzona z wykorzystaniem mienia powiatu. Wymaga to ustalenia związku prowadzonej przez radnego działalności go-

spodarczej z mieniem powiatu, który to związek wystąpi w tych przypadkach, gdy mienie powiatu jest niezbędnym elementem wykonywania działalności gospodarczej. Fakt, że prowadzona przez radnego działalność gospodarcza świadczy usługi na rzecz podmiotu korzystającego z mienia powiatu, nie czyni z lekarza osoby korzystającej z mienia powiatu, ani nie spełnia przesłanki wspólnego prowadzenia przez szpital i radnego prowadzącego praktykę lekarską działalności w wykorzystaniem mienia powiatu.

Pogląd ten został powtórzony w korzystnym dla radnego wyroku Wojewódzkiego Sądu Administracyjnego w Białymstoku z 12 lipca 2005 r. (sygn. akt II SA/Bk 631/05).

Tę samą linię orzecniczą prezentują sądy administracyjne na gruncie identycznie brzmiącego przepisu o zakazie wykonywania przez radnego działalności gospodarczej zamieszczonego w ustawie o samorządzie gminnym. Przykładem jest wyrok NSA z 10 listopada 2004 r. (sygn. akt OSK 882/04), który dotyczył radnej, z zawodu lekarza, prowadzącej działalność gospodarczą na rzecz NZOZ-u dzierżawiącego pomieszczenia będące mieniem komunalnym. W ocenie NSA, świadczenia usług medycznych przez radną na rzecz NZOZ-u, który korzysta z mienia komunalnego, nie można utożsamiać z prowadzeniem działalności gospodarczej przez radną z wykorzystaniem mienia komunalnego, ponieważ radna nie ma żadnego tytułu prawnego do władania mieniem komunalnym.

Z przywołanych orzeczeń wynika, że zakaz prowadzenia przez radnego działalności gospodarczej z wykorzystaniem mienia gminy/powiatu jest naruszony wówczas, gdy radny bezpośrednio wykorzystuje mienie komunalne. Zakaz nie dotyczy sytuacji, gdy tylko pośrednio wykorzystuje mienie jednostki samorządu terytorialnego poprzez świadczenie usług na rzecz podmiotu, który bezpośrednio korzysta z tego mienia.

Oznacza to, że decyzja wojewody o wygaśnięciu mandatu radnego została podjęta z naruszeniem prawa i powinna być zaskarżona do sądu administracyjnego. Zgodnie z art. 85a ust. 3 ustawy o samorządzie powiatowym prawo złożenia skargi do wojewódzkiego sądu administracyjnego na decyzję wojewody przysługuje zarówno radzie powiatu, w której radny zasiada, jak też radnemu osobiście. Skargę do sądu administracyjnego radny powinien złożyć w terminie 30 dni od daty, kiedy dowiedział się o podjęciu przez wojewodę rozstrzygnięcia w sprawie wygaśnięcia mandatu. ■

Autor jest radcą prawnym Naczelnej Izby Lekarskiej.



S11

NOWOŚĆ

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



S20

NOWOŚĆ

Najwyższa jakość obrazu
Wszechstronność
Ergonomia



S6

BESTSELLER

Wśród kompaktowych
aparatury USG
z Dopplerem



A6

Cena już od 17 400 zł

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

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



AKCESORIA I MATERIAŁY EKSPLOATACYJNE



**cena już od
57,00 zł brutto**

**cena już od
58,08 zł brutto**

Pełna oferta na:
www.sklep.sonomedical.pl
tel. 61 890 63 28, fax 61 624 29 82
E-mail: sklep@sonomedical.pl

W Monachium o sercu

Na tegoroczny kongres European Society of Cardiology do Monachium przyjechało 28 tys. osób. Polacy byli tu widocznymi. Prowadzili sesje, wygłaszali komunikaty, przywieźli dużo posterów. Nasi kardiolodzy okazali się szóstym z kolei najbardziej liczącym się uczestnikiem zjazdu pod względem przygotowanych doniesień.

Z konferencji prasowych towarzyszących zjazdowi utkwily mi w pamięci m.in. te poświęcone prewencji, a więc powstrzymaniu się od palenia, zdrowszemu odżywianiu i uprawianiu ćwiczeń fizycznych, na co namawia każdy kardiolog. Z badań prezentowanych przez prof. Joepa Perka z Uniwersytetu im. Karola Linneusza w Kalmarze (Szwecja) wynikało, że lekarzom nader często nie udaje się przekonać pacjentów do zmiany stylu życia na zdrowszy i co gorsze – dotyczy osób, które już wcześniej „dorobiły się” sporych zmian miażdżycowych. Szwedzcy naukowcy skupili się na chorych, którym jakiś czas temu wykonano w trybie pilnym zabieg angioplastyki. Wysłali do nich kwestionariusze, pytając do jakiego stopnia zmieniło się ich życie po zabiegu. – Ku naszemu zmartwieniu stwierdziliśmy, że ponad połowa spośród tych, którzy palili przed angioplastyką, pali dalej. Jeszcze gorzej było z aktywnością fizyczną i zmianą nawyków żywieniowych. – Najwyraźniej nasz przekaz nie trafia do wielu osób – martwił się prof. Perk. – Jaki stąd wniosek? Trzeba indywidualnie podchodzić do każdego chorego, a przede

wszystkim nie szczędzić czasu na zorientowanie się, jak do niego dotrzeć – radził naukowiec.

O tym, jak trudno niektórym osobom rozstać się z nałogiem palenia i jak zgubne ma to konsekwencje, opowiadał w Monachium dr Furio Colivicchi ze szpitala San Filippo Neri w Rzymie. Colivicchi śledził przez rok losy 921 aktywnych palaczy, którzy doznali niedokrwionego udaru mózgu. W momencie przyjęcia do szpitala wszyscy przestali palić. Niestety, z upływem czasu coraz więcej z nich wracało do nałogu. Dotyczyło to zwłaszcza starszych pacjentów i kobiet. Rok po udarze paliła już ponad połowa chorych. Dla części skończyło się to fatalnie. Okazuje się, że po uwzględnieniu wszystkich innych czynników, takich jak wiek, ciężkość udaru, obecność cukrzycy, nadciśnienia i choroby wieńcowej, sam powrót do papierosów zwiększał tu ryzyko zgonu aż trzykrotnie.

Kardiolodzy zastanawiali się, jak pomóc palaczom. Być może jedną z możliwości jest tzw. e-papieros, który – jak wynika z zupełnie wstępnych danych prezentowanych w Monachium – wydaje się nie szkodzić bezpośrednio na serce. Dr Konstantinos Farsalinos z Centrum Kardiologii im. Onassisa w Atenach dowodził, że o ile wypalenie tradycyjnego papierosa wywołuje natychmiastowy skok ciśnienia krwi i przyspieszenie akcji serca, o tyle siedmominutowe „zaciąganie się” e-papierosem skutkuje jedynie nieznacznym wzrostem

ciśnienia rozkurczowego. Badanie echograficzne serca wykazało również wyraźną wyższość elektronicznych wyrobów nad tradycyjnymi. Kilka dni po zjeździe w Monachium e-papieros spotkał się jednak z ostrą krytyką ze strony pulmonologów. Podczas kongresu European Respiratory Society w Wiedniu przekonywano, że palenie elektronicznych papierosów wyraźnie wzmacnia bowiem opór dróg oddechowych.

Wracając do kardiologii, ciekawe wyniki w Monachium przedstawił prof. Hiroaki Shimokawa z Tohoku University Graduate School of Medicine w Sendai (Japonia). Dotyczyły one wpływu zeszłorocznego katastrofalnego trzęsienia ziemi w Japonii na choroby serca. Naukowcy przeanalizowali wszystkie wyjazdy karettek w położonej najbliżej epicentrum trzęsienia ziemi Prefekturze Miyagi przez 15 tygodni po katastrofie i porównali to z danymi z trzech poprzednich lat. Stwierdzili wyraźny skok zachorowań na niewydolność serca, ostry zespół wieńcowy, udar, nagłe zatrzymanie krążenia i zapalenie płuc. Złożyło się na to wiele przyczyn, takich jak silny stres, dotkliwe zimno, brak świeżego pożywienia, większe zużycie soli, częste infekcje. – Dane z Japonii są dla nas cenną lekcją. Wskazują one bowiem, z jakim wyzwaniem może przysiąc się zmierzyć kardiologom w razie kolejnej podobnej katastrofy na świecie – przekonywał Shimokawa. ■

Pigułka antykoncepcyjna dla mężczyzn

Opracowanie pigułki hamującej płodność mężczyzn, a jednocześnie niezmniejszającej popędu seksualnego od lat stanowi wyzwanie dla naukowców. Praktycznie wszystkie dotychczasowe próby paliły na panewce – preparaty albo obniżały męskie libido, albo były nieskuteczne.

Nowe doniesienie opublikowane 17 sierpnia na łamach prestiżowego czasopisma

„Cell” dowodzi, że perspektywa opracowania takiego specyfiku może być jednak całkiem realna. Autorami doniesienia są naukowcy z Instytutu Badań nad Rakiem Dana-Faber w Bostonie i Uniwersytetu Medycznego Baylor w Houston. Okazuje się, że niewielka cząsteczka, zwana JQ1 jest w stanie przeniknąć przez barierę krwi-jądro i zakłócić w istotny sposób proces spermatogenezy. Badania na

myszach udowodniły ponad wszelką wątpliwość, że w wyniku podania JQ1 znacząco zmniejsza się liczba produkowanych plemników, zaś pozostałe charakteryzują się niższą ruchliwością. W rezultacie mysie samce pozostawały całkowicie nieplodne, produkowały natomiast wciąż tę samą ilość testosteronu i kopulowały równie chętnie jak przed podaniem leku.

reklama

Obniż koszty o 40%

Zwiększ jakość opisów

www.TELERADIOLOGIAHIG24.PL

Zatrudnij Wirtualnego Radiologa

Otrzymasz dodatkowe punkty w NFZ

Co istotne, efekt JQ1 był całkowicie odwracalny. Po jego odstawieniu samce odzyskiwały płodność, a rodzące się dzieci myśły cieszyły się doskonałym zdrowiem.

– Wyniki naszego badania dowodzą, że JQ1 wywołuje szybki i odwracalny spadek liczby i ruchliwości plemników u gryzoni i ma poważny wpływ na ich płodność – podkreśla dr James Bradner z Dana-Faber, jeden z głównych autorów pracy. – Zablockowanie białka BRDT okazało się więc bardzo skuteczną metodą antykoncepcji – dodaje naukowiec.

Cząsteczka JQ1 została zsyntetyzowana przez onkologów i początkowo nikt nie zamierzał jej używać do badań nad męską płodnością. Jej zadaniem było blokowanie przyczyniającego się do procesu nowotworzenia genu BRD4. Dr Jun Qi, chemik z laboratorium Bradnera (to od jego imienia pochodzi nazwa cząsteczki), dowiódł, że JQ1 może okazać się przydatna w le-

czeniu raka płuc, a także licznych nowotworów krwi. Badacze z grupy Bradnera w ciągu ostatnich dwóch lat ofiarowali wspaniałomyślnie cząsteczkę JQ1 ponad 350 laboratoriom na świecie. Jednym z nich było właśnie to z Uniwersytetu Medycznego Baylor zajmujące się płodnością i antykoncepcją.

Kierujący tą placówką dr Martin Matzuk dowiedział się od dr Bradnera o jego pracach nad hamowaniem BDR4 i chciał sprawdzić, czy nowa cząsteczka JQ1 nie blokuje przypadkiem białka z tej samej rodziny, zwanego BRDT. BRDT pełni kluczową rolę w przebiegu spermatogenezy,

bierze bowiem udział w remodelowaniu chromatyny w trakcie produkcji plemników w jądrach.

Okazało się, że JQ1 przyłącza się do białka BRDT na tyle skutecznie, że do remodelowania chromatyny w ogóle nie dochodzi. W efekcie cierpi na tym cały proces formowania plemników.

Naukowcy mają nadzieję, że JQ1 będzie miało bardzo podobny wpływ na mężczyzn. Gdyby okazało się to prawdą, opracowanie pigułki hamującej męską płodność mogłoby być możliwe już za kilka lat. – Zaczynamy dalsze badania w tym kierunku – zapowiada dr Bradner. ■

Zapraszamy do współpracy osoby, które uczestniczą w ciekawym badaniu albo projekcie naukowym.

Chętnie napiszemy o rzeczach ważnych, które właśnie się dzieją.
Czekamy na e-maile pod adresem: nauka@gazetalekarska.pl.

reklama

mindray

WYŁĄCZNY AUTORYZOWANY PRZEDSTAWICIEL W POLSCE

nowość
premium system



Mindray DC-8



Mindray DC-N6



Mindray DC-3

4D
Real Time Imaging



Mindray M7



Mindray DP-20



Mindray DP-50

CYFROWE
APARATY
RTG



EDAN

LIDER W ZAKRESIE ROZWIĄZAŃ MONITORINGU OKOŁOPORODOWEGO MATKI I PŁODU



KTG-F3



KTG-F6



KTG-F9



MFM-CNS
centrala monitorowania

**OFERTA
PROMOCYJNA**

ważna do 31.10.2012 r. lub wyczerpania zapasów



Mindray
M5

Aparat już od:

49 900 PLN brutto

EUROMED)))
medical solution

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

MIRO®

PORA PRZESIAĆ SIĘ
na najwygodniejsze
rozwiązania

HITACHI
Inspire the Next

ALOKA
illuminate the change

Dr Adam Luft, Dyrektor Medyczny MIRO



Polska
premiera
roku



Mały WIELKI aparat! ProSound F37

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

ZŁOTY
MEDAL
ETD 2012



Elastografia w czasie rzeczywistym! ProSound F75

- Nagrodzony Złotym Medalem MTP!
- Natural Ergonomics – pierwszy na rynku system „uczący się” nawyków użytkownika
- nowej generacji głowice matrycowe
- nowatorski tryb przetwarzania obrazu poprawiający kontrasty tkankowe



Sprawdź także najnowszą ofertę **Hitachi HI VISION!**

HITACHI
Inspire the Next

Ascendus, Preirus, Avius

Wejdź na: www.miro-med.pl i znajdź Miro Med na facebook.com 

Zapraszamy do naszych biur w Warszawie, Lesznie, Puławach.

Kontakt: 22 540 19 00

MIRO®

 MIRO

 MIRO

 MIRO

BIULETYN

Nr 6 (144) Rok XXIII Naczelnej Rady Lekarskiej Warszawa, X 2012

Redaktor naczelny: Mariusz Janikowski

Posiedzenie NRL - 7 września 2012 roku

UCHWAŁA Nr 14/12/VI NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ z dnia 7 września 2012 r.

w sprawie zorganizowania przez Naczelną Izbę Lekarską międzynarodowej konferencji w sprawie doskonalenia zawodowego lekarzy

Na podstawie art. 5 pkt. 7 i 22, art. 39 ust. 1 i art. 114 ust. 1 i 3 ustawy z dnia 2 grudnia 2009 r. o izbach lekarskich (Dz. U. Nr 219, poz. 1708) uchwala się, co następuje:

§1.

Postanawia się zorganizować w roku 2013 międzynarodową konferencję z udziałem przedstawicieli organizacji lekarskich z krajów Europy Środkowej i Wschodniej poświęconą zagadnieniom związanym z doskonaleniem zawodowym lekarzy.

§2.

Przeznacza się kwotę 25 000 zł (słownie: dwadzieścia pięć tysięcy złotych) na organizację konferencji, o której mowa w § 1.

§3.

Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

Sekretarz
Mariusz Janikowski

Prezes
Maciej Hamankiewicz

UCHWAŁA Nr 15/12/VI NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ z dnia 7 września 2012 r.

w sprawie upoważnienia do podpisania Porozumienia pomiędzy Naczelną Izbą Lekarską, Czeską Izbą Lekarską oraz Słowacką Izbą Lekarską o Wzajemnym Uznawaniu Kształcenia w ramach Ustawicznego Doskonalenia Zawodowego Lekarzy

Na podstawie art. 39 ust. 1 pkt 4 w zw. z art. 5 pkt 7 i 22 i ustawy z dnia 2 grudnia 2009 r. o izbach lekarskich (Dz. U. Nr 219, poz. 1708) uchwala się, co następuje:

§ 1.

Upoważnia się Prezesa Naczelnej Rady Lekarskiej, Macieja Hamankiewicza, do podpisania Porozumienia pomiędzy Naczelną Izbą Lekarską, Czeską Izbą Lekarską oraz Słowacką Izbą Lekarską o Wzajemnym Uznawaniu Kształcenia w ramach Ustawicznego Doskonalenia Zawodowego Lekarzy o treści określonej w załączniku do uchwały.

§ 2.

Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

Sekretarz
Mariusz Janikowski

Prezes
Maciej Hamankiewicz

Załącznik do uchwały Nr 15/12/VI NRL z 7 września 2012 r.

Porozumienie o Wzajemnym Uznawaniu Kształcenia w ramach Ustawicznego Doskonalenia Zawodowego Lekarzy

zawarte w dniu 2012 r. w przez:

1. Czeską Izbę Lekarską (Česká lékařská komora), z siedzibą w Pradze, adres: 150 00 Praha 5,

Lékařská 2/291, Česká Republika, dalej zwana „ČLK”, reprezentowaną przez Prezesa Izby, MUDr. Milana Kubka;

2. Słowacką Izbę Lekarską (Slovenská lekárska komora) z siedzibą w Bratisławie, adres: 831 02 Bratislava, Račianska 42/A, Słowacka Republika, dalej zwana „SLK”, reprezentowaną przez Prezesa Izby, MUDr. Mariana Kollára;

3. Naczelną Izbę Lekarską, z siedzibą w Warszawie, adres: ul. Sobieskiego 110, 00-764 Warszawa, Rzeczpospolita Polska, dalej zwana „NIL” reprezentowaną przez dr. n. med. Macieja Hamankiewicza, Prezesa Naczelnej Rady Lekarskiej;

wspólnie zwane dalej „Stronami Porozumienia”.

Zważywszy, iż:

ČLK jest apolitycznym samorządem zawodowym, zrzeszającym wszystkich lekarzy wykonujących zawód na terenie Republiki Czeskiej zgodnie z postanowieniami § 2 pkt. 1b) ustawy o Czeskiej Izbie Lekarskiej, Czeskiej Izbie Stomatologicznej i Czeskiej Izbie Aptekarskiej (Dz. U. nr 220/1991 wraz z późniejszymi zmianami), który zapewnia kwalifikacje swoich członków i według § 22 pkt. 4 ustawy o warunkach uzyskiwania i uznawania zawodowych kwalifikacji i specjalizacji (Dz. U. nr 95/2004 wraz z późniejszymi zmianami) jest organizatorem ustawicznego doskonalenia zawodowego lekarzy i organizacją powołaną do oceny poziomu szkolenia lekarzy;

SLK zrzesza lekarzy będących jej członkami. SLK powstała na podstawie § 44 ustawy (Dz. Ust. nr 578/2004 wraz z późniejszymi zmianami) o organizacjach służby zdrowia, pracowników służby zdrowia, samorządach pracowniczych w służbie zdrowia. Według § 42 tej ustawy SLK zapewnia ustawiczne kształcenie zawodowe lekarzy zarejestrowanych w SLK oraz ocenia poziom ich szkolenia;

NIL, obok okręgowych izb lekarskich i Wojskowej Izby Lekarskiej, jest jednostką organizacyjną samorządu zawodowego lekarzy i lekarzy dentystów Rzeczypospolitej Polskiej, działającego na podstawie przepisów ustawy z dnia 2 grudnia 2009 r. o izbach lekarskich (Dz. U. Nr 219, poz. 1708 z późn. zm.). Do zadań polskiego samorządu lekarskiego, którego członkami są wszyscy lekarze i lekarze dentyści posiadający na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej prawo wykonywania zawodu, należy w szczególności:

- organizowanie lub udział w organizowaniu doskonalenia zawodowego lekarzy,
- potwierdzanie spełnienia warunków prowadzenia kształcenia przez organizatorów kształcenia i prowadzenie rejestrów tych podmiotów,
- przeprowadzanie kontroli kształcenia,
- potwierdzanie dopełnienia przez lekarzy obowiązku doskonalenia zawodowego;

Strony Porozumienia uzgodniły, że:

§ 1.

1. ČLK będzie uznawać dokumenty potwierdzające, że członek ČLK ukończył szkolenie organizowane przez SLK lub jednostki organizacyjne polskiego samorządu lekarskiego oraz przez inne podmioty uprawnione do organizowania szkoleń zgodnie z przepisami obowiązującymi w Republice Słowacji i Rzeczypospolitej Polskiej i uznawać je będzie tak, jakby ukończył szkolenie z zakresu ustawicznego doskonalenia zawodowego w systemie ČLK.

2. SLK będzie uznawać dokumenty potwierdzające, że członek SLK ukończył szkolenie organizowane przez ČLK lub jednostki organizacyjne polskiego samorządu lekarskiego oraz przez inne podmioty uprawnione do organizowania szkoleń zgodnie z przepisami obowiązującymi w Republice Czeskiej i Rzeczypospolitej Polskiej i uznawać je będzie tak, jakby ukończył szkolenie z zakresu ustawicznego doskonalenia zawodowego w systemie SLK.

3. NIL popiera i rekomenduje okręgowym izbom lekarskim oraz Wojskowej Izbie Lekarskiej uznawanie, w zakresie przewidzianym obowiązującymi przepisami prawa polskiego, dokumentów potwierdzających, że członek danej izby ukończył szkolenie organizowane przez ČLK lub SLK oraz przez inne podmioty uprawnione do organizowania kształcenia zgodnie z przepisami obowiązującymi w Republice Czeskiej i Republice Słowacji, jako dokumentów potwierdzających odbycie określonych form doskonalenia zawodowego lekarzy.

§ 2.

Za odbycie szkoleń, o których mowa w § 1, przysługiwać będą punkty edukacyjne w liczbie ustalonej na podstawie przepisów prawnych regulujących doskonalenie zawodowe w poszczególnych państwach, przy czym Strony Porozumienia stwierdzają, że 1 punkt edukacyjny za udział w kursie medycznym, kongresie, zjeździe, konferencji lub sympozjum naukowym odbytym w jednym z państw Stron Porozumienia, przysługujący za 1 godzinę kształcenia, odpowiada 1 punktowi edukacyjnemu w pozostałych dwóch państwach Stron Porozumienia.

§ 3.

W celu realizacji postanowień § 1 – 2 Strony Porozumienia będą w szczególności:

- informować się wzajemnie o prowadzonej przez siebie działalności w zakresie doskonalenia zawodowego lekarzy;
- przekazywać sobie wzory dokumentów potwierdzających odbycie kształcenia;
- na wniosek innej Strony, w przypadku uzasadnionych wątpliwości, niezwłocznie potwierdzać autentyczność dokumentów potwierdzających odbycie kształcenia oraz że zostały wydane przez uprawniony podmiot.

Podpisy:

za ČLK - MUDr. Milan Kúbek

za SLK - MUDr. Marian Kollár

za NIL - dr. n. med. Maciej Hamankiewicz

UCHWAŁA Nr 16/12/VI NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ z dnia 7 września 2012 r.

w sprawie upoważnienia do podpisania Umowy o współpracy pomiędzy Naczelną Izbą Lekarską a Gruzińskim Stowarzyszeniem Lekarzy Specjalistów

Na podstawie art. 39 ust. 1 pkt 4 w zw. z art. 5 pkt 22 i ustawy z dnia 2 grudnia 2009 r. o izbach lekarskich (Dz. U. Nr 219, poz. 1708) uchwala się, co następuje:

§ 1.

Upoważnia się Prezesa Naczelnej Rady Lekarskiej, dr. Macieja Hamankiewicza, do podpisania Porozumienia pomiędzy Naczelną Izbą Lekarską a Gruzińskim Stowarzyszeniem Lekarzy Specjalistów o treści określonej w załączniku do uchwały.

§ 2.

Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

Sekretarz
Mariusz Janikowski

Prezes
Maciej Hamankiewicz

Załącznik do uchwały Nr 16/12/VI NRL z dnia 7 września 2012 r.

UMOWA O WSPÓŁPRACY POMIĘDZY NACZELNĄ IZBĄ LEKARSKĄ A GRUZIŃSKIM STOWARZYSZENIEM LEKARZY SPECJALISTÓW

Naczelna Izba Lekarska, jednostka organizacyjna samorządu lekarzy i lekarzy-dentystów w Polsce, i Gruzińskie Stowarzyszenie Lekarzy Specjalistów, w celu nawiązania współpracy i wspierania wspólnych działań, zawierają w dniu 14 września 2012 r. umowę następującej treści:

§ 1.

Strony będą ze sobą współpracowały w szczególności poprzez:
wzajemne informowanie się o polityce i działaniach obu organizacji oraz wymianę doświadczeń;
informowanie się o organizowanych przez siebie krajowych i międzynarodowych konferencjach, sympozjach i spotkaniach, na które będą mogły delegować swoich przedstawicieli;
współdziałanie w zakresie kwestii dotyczących polityki zdrowotnej oraz wykonywania zawodu lekarza;
informowanie się o wydawanych przez siebie czasopismach i możliwościach publikacji;
zamieszczenie na swoich stronach internetowych informacji dot. współpracy z drugą stroną (w tym logo oraz link do strony internetowej organizacji).

§ 2.

Przedstawiciele obu Stron będą spotykać się celem prowadzenia rozmów na wcześniej uzgodnione tematy. Spotkania odbywać się będą za pomocą środków komunikacji elektronicznej (telekonferencje), a w uzasadnionych przypadkach mogą mieć formę spotkań osobistych na terytorium jednego z państw lub przy okazji spotkań międzynarodowych, w których uczestniczą przedstawiciele obu Stron.

§ 3.

Umowa zawarta jest na czas nieokreślony.

§ 4.

Umowa może być wypowiedziana przez każdą ze Stron za uprzednim trzymiesięcznym wypowiedzeniem.

§ 5.

Wszelkie zmiany umowy wymagają formy pisemnej.

§ 6.

Umowa sporządzona została w dwóch jednobrzmiących egzemplarzach, jeden w języku polskim, a drugi w języku gruzińskim, z których każdy posiada jednakową moc.

§ 7.

Umowa wchodzi w życie z dniem podpisania.

Prezes Naczelnej Rady Lekarskiej
Dr Maciej Hamankiewicz

Prezes Gruzińskiego Stowarzyszenia Lekarzy Specjalistów
Prof. George Chakhava

UCHWAŁA Nr 17/12/VI NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ z dnia 7 września 2012 r.

w sprawie wystąpienia z wnioskiem do Trybunału Konstytucyjnego

Na podstawie art. 191 ust. 1 pkt 4 i ust. 2 w związku z art. 188 pkt 1 i 3 Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej Naczelna Rada Lekarska uchwala, co następuje:

§ 1.

Wystąpić do Trybunału Konstytucyjnego z wnioskiem o zbadanie zgodności: art. 154 ust. 4 i 6 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2008 r. Nr 164, poz. 1027, z późn. zm.) z art. 2 i 78 Konstytucji RP, zarządzenia Nr 54/2011/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 30 września 2011 r. w sprawie określenia kryteriów oceny ofert w postępowaniu w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej z art. 140 ust. 2 pkt 2 i art. 142 ust. 1 i 5 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz art. 72 § 1 ustawy z dnia 23 kwietnia 1964 r. – Kodeks cywilny (Dz. U. Nr 16, poz. 93, z późn. zm.), zarządzenia Nr 49/2010/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia a dnia 31 sierpnia 2010 r. w sprawie warunków postępowania dotyczących zawierania umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, zmienionego zarządzeniami Nr 82/2010/DSOZ z dnia 17 grudnia 2010 r. oraz Nr 14/2011/DSOZ z dnia 14 marca 2011 r., z art. 140 ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, procedury nr 2011/001/BO/KONTR/5.9 konkursu ofert lub rokowań prowadzonych na podstawie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, obowiązującej w Narodowym Funduszu Zdrowia na podstawie pisma CF/DSOZ/KAC/2011/075/1899/W/24202, z art. 142 ust. 6 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz art. 72 § 1 ustawy z dnia 23 kwietnia 1964 r. – Kodeks cywilny.

§ 2.

Upoważnić Prezesa Naczelnej Rady Lekarskiej Macieja Hamankiewicza do wniesienia wniosku, o którym mowa w § 1, do Trybunału Konstytucyjnego oraz reprezentowania Naczelnej Rady Lekarskiej w postępowaniu przed Trybunałem Konstytucyjnym w sprawie wniosku, o którym mowa w § 1, z prawem udzielenia pełnomocnictwa.

§ 3.

Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

Sekretarz
Mariusz Janikowski

Prezes
Maciej Hamankiewicz

UCHWAŁA Nr 18/12/VI NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ z dnia 7 września 2012 r.

w sprawie regulaminu nadania odznaczenia „Meritum Pro Medicis”

Na podstawie art. 39 ust. 1 pkt 1-3 ustawy z dnia 2 grudnia 2009 r. o izbach lekarskich (Dz. U. Nr 219, poz. 1708 oraz z 2011 r. Nr 112, poz. 654 i Nr 113, poz. 657), uchwala się, co następuje:

§ 1.

Ustanawia się regulamin nadawania Odznaczenia „Meritum Pro Medicis”, stanowiący załącznik do uchwały.

§ 2.

Uchyla się § 2 uchwały Nr 83/04/IV z dnia 18 czerwca 2004 r. w sprawie ustanowienia odznaczenia „Meritus Pro Medicis”.

§ 3.

Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

Sekretarz
Mariusz Janikowski

Prezes
Maciej Hamankiewicz

**Załącznik do Uchwały Nr 18/12/VI
Naczelnej Rady Lekarskiej
z dnia 7 września 2012 r.**

**Regulamin nadawania
odznaczenia „Meritus Pro Medicis”**

§ 1.

1. Odznaczenie „Meritus Pro Medicis” zwane dalej „Odznaczeniem” przyznawane jest lekarzom oraz innym osobom szczególnie zasłużonym dla samorządu lekarskiego.
2. Odznaczenie przyznaje Kapituła Odznaczenia.

§ 2.

1. Kapitułę Odznaczenia stanowią:
 - 1/ Prezes Naczelnej Rady Lekarskiej,
 - 2/ Wiceprezesi Naczelnej Rady Lekarskiej,
 - 3/ Przewodniczący Konwentu Prezesów Okręgowych Rad Lekarskich,
 - 4/ Przewodniczący Komisji Etyki NRL,
 - 5/ Przewodniczący Naczelnego Sądu Lekarskiego,
 - 6/ Naczelny Rzecznik Odpowiedzialności Zawodowej,
 - 7/ Członkowie Naczelnej Rady Lekarskiej, Naczelnego Sądu Lekarskiego, Naczelnej Komisji Rewizyjnej oraz zastępcy Naczelnego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej - noszący to Odznaczenie.
2. Prezes Naczelnej Rady Lekarskiej, Wiceprezesi Naczelnej Rady Lekarskiej, Przewodniczący Konwentu Prezesów Okręgowych Rad Lekarskich oraz Przewodniczący Komisji Etyki Naczelnej Rady Lekarskiej tworzą Konwent Kapituły Odznaczenia.

§ 3.

Kapituła dokonuje wyboru ze swojego składu i odwołuje w drodze tajnego głosowania Kanclerza oraz Sekretarza.

§ 4.

1. Wszczęcie postępowania o nadanie Odznaczenia następuje na podstawie złożonego wniosku.
2. Wnioski o nadanie Odznaczenia mogą składać członkowie i organy izb lekarskich.
3. Wzór wniosku o nadanie Odznaczenia stanowi załącznik nr 1 do Regulaminu.
4. Osoby, które otrzymały Odznaczenie, zwane dalej „Odznaczonymi”, mogą popierać kandydaturę, zgłoszoną we wniosku, o którym mowa w ust. 1, wystawiając list promocyjny. Wzór listu promocyjnego stanowi załącznik Nr 2 do Regulaminu.
5. Do zadań Konwentu Kapituły należy:
 - 1/ przyjmowanie wniosków i ocena ich kompletności;
 - 2/ dokonywanie analizy działalności kandydata;
 - 3/ opiniowanie wniosku;
 - 4/ przedstawianie Kapitułe wniosków wraz z opinią Konwentu.
6. Wnioski o nadanie Odznaczenia rozpatrywane są przez Kapitułę raz w roku kalendarzowym i mogą być składane najpóźniej 2 tygodnie przed terminem posiedzenia Kapituły ogłoszonym przez Kanclerza w „Gazecie Lekarskiej” i na stronach internetowych NIL.
7. Wnioski dotyczące osób, które nie uzyskały odznaczenia w danym roku mogą być składane ponownie w następnych latach.

§ 5.

1. Kapituła Odznaczenia zbiera się, co najmniej jeden raz w roku na wniosek Kanclerza w celu rozpatrzenia złożonych wniosków i podjęcia uchwały o nadaniu Odznaczenia. Dla ważności jej uchwał niezbędna jest obecność, co najmniej 2/3 osób z jej składu wymienionego w § 2 pkt 1-6.
2. Uchwała o nadaniu Odznaczenia jest podejmowana przez Kapitułę w drodze tajnego głosowania.
3. Odznaczenie przyznawane jest nie więcej niż 10 osobom, które uzyskały kolejno największą liczbę głosów, ale jednocześnie każda z nich musi uzyskać nie mniej niż 3/4 ważnie oddanych głosów.
4. Jeżeli liczbę głosów wystarczającą do zajęcia 10 miejsca uzyska więcej niż 1 osoba i w rezultacie ogólna liczba odznaczonych przekroczyłaby 10 osób, przeprowadza się dodatkowe głosowanie na listę osób, które uzyskały ww. liczbę głosów. W tym głosowaniu każdy członek Kapituły może oddać głos tylko na tylu kandydatów, ilu może otrzymać odznaczenie.
5. Kanclerz Kapituły lub osoba przez niego wyznaczona wręcza Odznaczenie w trakcie posiedzenia Naczelnej Rady Lekarskiej lub na Krajowym Zjeździe Lekarzy.

§ 6.

Wzór opinii Konwentu Kapituły o kandydacie stanowi załącznik nr 3 do Regulaminu.

**Załącznik nr 1
do Regulaminu**

I. Wzór wniosku o nadanie Odznaczenia „Meritus Pro Medicis”

WNIOSEK O NADANIE ODZNACZENIA „MERITUS PRO MEDICIS”

Imię

Nazwisko

Miejsce pracy

Tytuł zawodowy

DANE WNIOSKODAWCY

Podmiot zgłaszający kandydata
(organ izby lekarskiej)

Nazwisko i imię lekarza

Uzasadnienia wniosku opis szczególnych zasług dla samorządu lekarzy:

Imię i nazwisko odnanzonego promującego kandydata

Data złożenia wniosku

**Załącznik nr 2
do Regulaminu**

II. Wzór listu promocyjnego

Do Kapituły Odznaczenia
„Meritus Pro Medicis”
Naczelnej Izby Lekarskiej

LIST PROMOCYJNY

Imię i nazwisko Odnanzonego

Data otrzymania Odznaczenia

Nazwisko i imię kandydata, którego Odznaczony zamierza promować do nadania Odznaczenia „Meritus Pro Medicis”

Uzasadnienie

Podpis Odnanzonego

Data

**Załącznik nr 3
do Regulaminu**

OPINIA KONWENTU KAPITUŁY

Data otrzymania wniosku

Obecni na posiedzeniu Konwentu Kapituły w dniu Kancelarz Kapituły,

Sekretarz Kapituły uznają, że:

- przedłożona rekomendacja jest wyczerpująca,
- uzasadnienie jest wystarczające,
- działalność w samorządzie / na rzecz samorządu lekarzy jest:
 - a/ wybitna,
 - b/ bardzo aktywna,
 - c/ aktywna,

Konwent Kapituły postanawia:

- pozytywnie zaopiniować wniosek
- negatywnie zaopiniować wniosek z powodu

OPINIA Konwentu Kapituły:

Konwent Kapituły proponuje przedłożenie wniosku wraz z

A/ POZYTYWNA

B/ NEGATYWNA

opinią na posiedzenie Kapituły w dniu

**załącznik nr 3
DECYZJA KAPITUŁY:**

W dniu
uczestniczyło w posiedzeniu Kapituły Członków

Po przedstawieniu wniosku o nadanie Odznaczenia „Meritus Pro Medicis” wraz z opinią Konwentu, po przeprowadzeniu dyskusji za przyjęciem wniosku o nadanie Odznaczenia „Meritus Pro Medicis” oddano głosów, co stanowi%.

przeciw wnioskowi oddano głosów.

uchwała nr

Kapituła Odznaczenia „Meritus Pro Medicis”

nadaje Odznaczenia „Meritus Pro Medicis”

DATA

PODPIS KANCLERZA

PODPIS SEKRETARZA

**Stanowisko Nr 8/12/VI
Naczelnej Rady Lekarskiej
z dnia 7 września 2012 r.**

**w sprawie przerwy w funkcjonowaniu systemu teleinformatycznego,
w którym prowadzony jest rejestr podmiotów wykonujących
działalność leczniczą**

Naczelna Rada Lekarska wyraża najwyższe zaniepokojenie przerwą w działaniu systemu teleinformatycznego, w którym prowadzony jest rejestr podmiotów wykonujących działalność leczniczą oraz poważnymi nieprawidłowościami w jego funkcjonowaniu.

Naczelna Rada Lekarska podkreśla, że zgodnie z art. 106 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej podmiotem odpowiedzialnym za funkcjonowanie systemu teleinformatycznego rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą jest jednostka podległa ministrowi właściwemu do spraw zdrowia właściwa w zakresie systemów informacyjnych w ochronie zdrowia.

Niewywiązywanie się jednostki podległej Ministrowi Zdrowia z ww. obowiązku ustawowego skutkuje uniemożliwieniem dokonywania wpisu lekarzy, lekarzy dentystów podejmujących działalność leczniczą w formie praktyki lub dokonania zmiany we wpisie, a tym samym czyni niemożliwym wydawanie zaświadczeń o wpisie praktyk zawodowych lekarzy, lekarzy dentystów do księgi rejestrowej.

Sytuacja taka ogranicza lekarzy i lekarzy dentystów w wykonywaniu zawodu w formie praktyki zawodowej, w szczególności w zakresie podpisywania umów cywilnoprawnych na wykonywanie praktyki w przedsiębiorstwie podmiotu leczniczego lub kontraktów z Narodowym Funduszem Zdrowia.

Naczelna Rada Lekarska wzywa Ministra Zdrowia do podjęcia działań, które zlikwidują nieprawidłowości w funkcjonowaniu ww. systemu teleinformatycznego oraz w przyszłości zapobiegną przerwom w jego działaniu.

**Sekretarz
Mariusz Janikowski**

**Prezes
Maciej Hamankiewicz**

**STANOWISKO Nr 9/12/VI
NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ**

z dnia 7 września 2012 r.

**w sprawie projektu ustawy o zmianie ustawy o świadczeniach opieki
zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych**

Naczelna Rada Lekarska, po zapoznaniu się z projektem ustawy o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, nadesłanym przy piśmie Szefa Kancelarii Sejmu z dnia 30 sierpnia 2012 r., znak: GMS-WP-173-229/12, nie zgłasza uwag do ww. projektu.

**Sekretarz
Mariusz Janikowski**

**Prezes
Maciej Hamankiewicz**

**STANOWISKO Nr 10/12/VI
NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ**

z dnia 7 września 2012 r.

w sprawie oparcia ordynacji leków na aktualnej wiedzy medycznej

Naczelna Rada Lekarska przypomina, iż podstawową powinnością lekarza i lekarza dentysty wobec pacjenta w zakresie wyboru metody leczenia jest wyrażona w treści art. 4 Kodeksu Etyki Lekarskiej oraz w treści art. 4 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty zasada postępowania zgodnie z aktualną wiedzą medyczną.

Naczelna Rada Lekarska podkreśla, że administracyjne ograniczenia stosowania leków refundowanych wynikające z treści ich tzw. wskazań rejestracyjnych zawartych w charakterystykach produktów leczniczych nie odzwierciedlają aktualnej, potwierdzonej naukowo wiedzy o działaniu i bezpieczeństwie leków. Wiele leków nie ma zarejestrowanych zastosowań, których skuteczność i bezpieczeństwo potwierdza wieloletnia i ugruntowana praktyka kliniczna opisana w aktualnych podręcznikach z zakresu farmakologii lub odpowiedniej specjalności medycznej. W wielu przypadkach skuteczność i bezpieczeństwo terapii potwierdzają publikacje w uznanych czasopismach naukowych oparte na wiarygodnych dowodach naukowych, potwierdzających zasadność postępowania nieuwzględnionego w Charakterystyce Produktu Leczniczego.

Potwierdzeniem powyższego jest treść art. 40 ust. 1 ustawy z dnia 12 maja 2011 r. o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych umożliwiającą Ministrowi Zdrowia wydanie decyzji administracyjnej o objęciu refundacją leku przy danych klinicznych, w zakresie wskazań do stosowania lub dawkowania, lub sposobu podawania odmiennych niż określone w Charakterystyce Produktu Leczniczego. Podkreślić należy, że na liście leków refundowanych ogłoszonej przez Ministra Zdrowia 28 czerwca 2012 r. znalazło się ponad 150 leków, które decyzją Ministra Zdrowia zostały objęte refundacją w zastosowaniach poza-rejestracyjnych. Jest to jeszcze jeden dowód, że charakterystyki produktów leczniczych nie obejmują wszystkich wskazań zgodnych z aktualną wiedzą medyczną.

Reasumując Naczelna Rada Lekarska podkreśla, że praktyka lekarska powinna opierać się na aktualnej wiedzy medycznej, a przepisy stanowione przez państwo powinny wspierać wykonywanie zawodów lekarza i lekarza dentysty zgodnie z tą zasadą. Jakiegokolwiek ograniczenia w tym zakresie, także wynikające z polityki refundacyjnej i zawarte w ustawie z dnia 12 maja 2011 r. o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych (a w szczególności w jej art. 6) powinny zostać jak najszybciej usunięte.

**Sekretarz
Mariusz Janikowski**

**Prezes
Maciej Hamankiewicz**

Przerywanie terapii ASA to ogromne ryzyko

O pacjentach leczonych kwasem acetylosalicylowym w kontekście ewentualnych kłopotów gastroenterologicznych rozmawiali prof. Grażyna Rydzewska, konsultant krajowy w dziedzinie gastroenterologii, prof. Janina Stępińska, prezes Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego, kierownik Kliniki Intensywnej Terapii Kardiologicznej Instytutu Kardiologii w Warszawie oraz prof. Adam Witkowski, kierownik Kliniki Kardiologii i Angiologii Interwencyjnej Instytutu Kardiologii w Warszawie, sekretarz Zarządu Głównego PTK. Debatę poprowadził Ryszard Golański.

Jak dużej liczby pacjentów leczonych kwasem acetylosalicylowym dotyczy problem powikłań gastroenterologicznych?

Grażyna Rydzewska: Liczby to dane, które zawsze trudno zapamiętać. Choć gastroenterolodzy mają do czynienia z ograniczoną populacją pacjentów leczonych terapią przeciwplatekową, myślę, że duży odsetek osób z tej grupy ma problemy gastroenterologiczne. Zazwyczaj chorzy ci przyjmują najniższe dawki leku.

Zalecenia i wytyczne, które opracowaliśmy wspólnie z kardiologami, a także wytyczne amerykańskie mówią, że w przypadku leku przeciwplatekowego należy pacjenta leczyć dawką jak najniższą. Ale uszkodzenia przewodu pokarmowego pojawiają się bez względu na przyjmowaną przez pacjenta dawkę ASA i nie zależą od niej, ale od indywidualnych predyspozycji pacjenta. Problem krwawienia dotyczy osób po 65. r.ż., z tzw. podwyższonym comorbidity index, czyli z chorobami współistniejącymi, jak choroby nerek, wątroby, odnosi się przede wszystkim do kobiet, nie wiedzieć dlaczego częściej do uszkodzeń układu pokarmowego dochodzi właśnie u nich, osób zarażonych *Helicobacter pylori*, a także pacjentów na podwójnej terapii przeciwplatekowej, bazującej najczęściej na aspirynie i kłopotogrelu.

Janina Stępińska: Jednym z elementów mających wpływ na wystąpienie powikłań jest czas trwania terapii. Trzeba pamiętać, że wszyscy chorzy z ostrymi zespołami wieńcowymi powinni przyjmować podwójną terapię przeciwplatekową przez rok, a jeden z leków przez całe życie. Tym lekiem jest najczęściej kwas acetylosalicylowy,

a niekiedy kłopotogrel. Ryzyko krwawień w początkowym okresie leczenia ostrych zespołów wieńcowych jest zwiększone ze względu na łączenie leków; pacjent dostaje dwa lub trzy leki przeciwplatekowe, dodatkowo heparynę w związku z interwencją. Natomiast dolegliwości gastryczne, a także krwawienia występują często w okresie przewlekłego stosowania jednego leku przeciwplatekowego w małej dawce. Podsumowując: powikłania krwotoczne wynikają tak naprawdę nie z wielkości dawki, lecz z długości terapii.

Adam Witkowski: W roku 2011 w całej Polsce zrobiliśmy prawie 110 tys. angioplastyk wieńcowych. Można założyć, że po zabiegach tych 100 proc. chorych dostało podwójną terapię przeciwplatekową, z tego około trzech czwartych musiało ją stosować przez rok – to osoby po ostrych zespołach wieńcowych, z wszczepionymi stentami. Można zatem przyjąć, że 70 tys. chorych wymaga podwójnej terapii przeciwplatekowej.

Przypuszczać jednak można, że i tak jest to mniej osób niż przyjmujących kwas acetylosalicylowy przewlekłe – z powodu stabilnej choroby wieńcowej...

Adam Witkowski: Na pewno tak.

Grażyna Rydzewska: W tym miejscu odwołam się do dyskusji z prof. Zbigniewem Gaciongiem, którą prowadziliśmy na ten sam temat; spotkania z kardiologami odbyliśmy już trzy: m.in. z prof. Mirosławem Dłużniewskim i prof. Grzegorzem Opolskim. Prof. Gaciong zwrócił uwagę na bardzo ważną rzecz: mówimy o pacjentach, którzy

muszą brać podwójną terapię przeciwplatekową, a nie uwzględniamy ogromnej grupy chorych, którzy dostają aspirynę w małych dawkach zupełnie bez wskazań, zlecaną przez lekarza rodzinnego, by pomogła na serce. Gdy uwzględnimy tę grupę osób, liczba chorych przyjmujących kwas acetylosalicylowy wzrośnie. Powinniśmy działać z dwóch stron: po pierwsze protekcja – określenie, kiedy potrzebna jest terapia przeciwplatekowa, a z drugiej – ścisłe przestrzeganie wskazań.

Janina Stępińska: W czasie tegorocznego Kongresu ESC ogłoszono nowe wytyczne dotyczące profilaktyki udaru mózgu u chorych z migotaniem przedsionków. Znajdują się w nich skale pozwalające określić zagrożenie udarem mózgu. Wytyczne wyraźnie mówią o tym, żeby u chorych bardzo niskiego ryzyka udaru mózgu nie stosować żadnego leku przeciwzakrzepowego ani przeciwplatekowego, gdyż ryzyko wystąpienia krwawień związanych z leczeniem przewyższa potencjalne korzyści. Dotyczy to między innymi zalecanego kiedyś przewlekłego stosowania kwasu acetylosalicylowego.

Grażyna Rydzewska: Nasz zespół kończy już prace nad zaleceniami stworzonymi po rozmowach z kardiologami, a konkretnie z prof. Mirosławem Dłużniewskim. To zalecenia dla lekarzy gastrologów i endoskopistów. Rekomendujemy, kiedy jaki zabieg wykonać, a kiedy nie należy go wykonywać. Próbuje znaleźć bezpieczny kompromis pomiędzy ryzykiem krwawienia i ryzykiem powikłań, pamiętając jednocześnie, że niektórzy chorzy muszą być poza zaleceniami ogólnymi rozpatrywani indywidualnie.

Wracając do skali problemu społecznego – jak państwo sądzi, czy chociaż w przybliżeniu można określić, jaka jest w Polsce liczba chorych, którzy biorą kwas acetylosalicylowy?

Adam Witkowski: Około miliona osób ma stabilną chorobę wieńcową, jest po zawale lub przed nim. Jest też duża grupa chorych neurologicznych, którzy z powodu przebytego udaru dostają aspirynę. Myślę, że tę grupę można szacować na około milion osób, a nawet więcej.

Grażyna Rydzewska: Ale nigdy tak naprawdę nie wiemy, ile osób przyjmuje kwas acetylosalicylowy z innych wskazań.

Z jednej strony kardiologiczne wskazania do podawania, z drugiej – powikłania ze strony układu pokarmowego, co ważne nie tylko dla gastrologów, ale istotne dla lekarzy w ogóle.

Janina Stępińska: Głos kardiologów w tej sprawie jest niezwykle ważny, ponieważ przerwanie podwójnego leczenia przeciwplatekowego u chorego po założeniu stentu staje się najczęstszą przyczyną zakrzepicy w stencie.

Adam Witkowski: Posłużę się przykładem. Zadzwoń do mnie lekarz ortopeda, który operował naszego pacjenta kilka miesięcy po tym, jak wszczepiliśmy mu stent uwalniający lek. Ortopeda odstawił na tydzień zarówno aspirynę, jak i kłopidogrel i zastąpił je clexanem. To ogromne, ale i najczęstsze nieporozumienie.

Grażyna Rydzewska: Leczenie sumienia...

Adam Witkowski: Wspomniany ortopeda zadzwonił, ponieważ pacjentowi narastały enzymy, miał ból w klatce piersiowej i zmiany w EKG, krótko mówiąc – miał zawał, prawdopodobnie w mechanizmie zakrzepicy w stencie. Pamiętam, że nie wolno odstawać leczenia podwójną terapią przeciwplatekową, to zbyt niebezpieczne dla pacjentów. Jedyną grupą, którą można zwolnić z takiego postępowania, są neurochirurdzy, ponieważ nawet niewielkie krwawienie w przypadku wykonywanych przez nich operacji, może skończyć się tragicznie.

To bardzo ważny wątek. Takie postępowanie, jak wspomnianego ortopedy, dotyczy bardzo wielu lekarzy, chociażby stomatologów przygotowujących pacjentów do interwencji.

Grażyna Rydzewska: Dlatego zawsze należy wyważyć, czy ryzyko odstawienia leku przeciwplatekowego jest wyższe, niż ryzyko zgonu z powodu krwawienia i bardzo mocno zastanawiać się nad odstawieniem leków przeciwplatekowych. W większości zaleceń napisane jest wyraźnie: w przypadku krwawienia należy odstawić terapię

przeciwplatekową do czasu uzyskania hemostazy. Jeżeli lek przeciwplatekowy działa do tygodnia, a hemostazę uzyskujemy tego samego dnia, to *de facto* leku nie odstawiamy.

Adam Witkowski: I operujemy na działającym leku, bo przestanie on działać za kilka dni.

Grażyna Rydzewska: Niektórzy endoskopiści, podobnie jak stomatolodzy, odstawiają leki, chcąc wykonać np. kolonoskopię. Zabiegi trzeba planować mądrze, w sposób odpowiedzialny i przemyślany zdecydować, które należy i trzeba zrobić na terapii przeciwplatekowej, które można odłożyć bez szkody dla pacjenta, a które trzeba zrobić natychmiast, nie patrząc na tę terapię.

Janina Stępińska: Jako reprezentantka PTK musimy dodać, że edukując lekarzy, nie zapominamy o edukowaniu pacjentów. W materiałach dydaktycznych, które im udostępniamy, bardzo wyraźnie zaznaczamy, że nie wolno przerywać leczenia przeciwplatekowego bez konsultacji z lekarzem. Edukujemy chorych, mając na względzie także fakt, że trudno nam z tym apelem dotrzeć bezpośrednio do niektórych grup specjalistów, do stomatologów chyba najtrudniej. Świadomy pacjent nie przerwie leczenia bez konsultacji z kardiologiem.

Adam Witkowski: Poruszyłaś bardzo ważną kwestię. W karcie wypisowej należy wyraźnie zaznaczyć, że odstawienie podwójnej terapii przeciwplatekowej może nastąpić tylko po konsultacji z kardiologiem.

Jakie leki „osłaniające” przewod pokarmowy należy stosować w przypadku pacjentów na podwójnej terapii przeciwplatekowej? Na ile zasadne są wątpliwości co do ich stosowania z kłopidogrelem?

Grażyna Rydzewska: Wątpliwości jest dużo. Nie ma jasnej odpowiedzi na to pytanie. Myślę, że zalecenia Polskiej Grupy Roboczej, które wydaliśmy cztery lata temu wspólnie z kardiologami i internistami – prof. Jackiem Imielą i prof. Grzegorzem Opolskim – nadal są aktualne, wymagają jedynie drobnego komentarza. Nie ma innego leku w ochronie przed krwawieniem niż inhibitory pompy protonowej. W standardowej dawce mają one jednak pewne działania niepożądane, o których wciąż zbyt mało mówimy. Leki te powinniśmy stosować ze wskazaniami. Pacjenci z grup ryzyka inhibitor pompy protonowej powinni przyjmować stale, tzn. tak długo jak trwa terapia przeciwplatekowa. To zalecenie niepodważalne.

Niektóre badania wskazują, że omeprazol może wchodzić w reakcję z kłopidogrelem, zmniejszając niejako jego działanie. Były to jed-



nak badania wyłącznie obserwacyjne 50/50: na 20 badań połowa wyników świadczyła, że obniżenie działania kłopidogrelu zaobserwowano, a połowa, że nie było takiego efektu klinicznego. Jedyne badanie randomizowane – badanie COGENT – opublikowane w bardzo dobrym piśmie medycznym „NEJM”, wykazały zdecydowane zmniejszenie ilości krwawień po omeprazolu, nie wskazując jednocześnie na jego niekorzystny efekt kardiologiczny wynikający z interakcji z kłopidogrelem. Do tego badania też są jednak uzasadnione zastrzeżenia.

Wracając do inhibitora pompy protonowej, powinien być on stosowany w okresie podwójnej terapii przeciwplatekowej, ale tylko przy występowaniu czynników ryzyka, jak: wcześniejsze objawy dyspepsji, wywiad krwawienia, choroba wrzodowa, infekcja *Helicobacter pylori*, płeć żeńska, współistniejące choroby itd. Choć problem dotyczy szerokiej grupy chorych, nie można IPP podawać wszystkim z zasady. Część osób bardzo dobrze toleruje niskie dawki aspiryny.

Janina Stępińska: Zastrzeżenia dotyczą omeprazolu ze względu na zmniejszanie efektu działania kłopidogrelu. Czy w przypadku pacjentów leczonych później wyłącznie kwasem acetylosalicylowym również powinniśmy być ostrożni? Raczej nie, bo przecież problem dotyczy tylko pierwszego roku terapii lub chorych leczonych przewlekłe kłopidogrelem.

Adam Witkowski: Albo tych, którzy zostają przewlekłe na aspirynie i mają dodatkowe czynniki ryzyka. Nie zwalniają metabolizmu przez CYP 2C19, więc im omeprazol nie przeszkadza. Nowe leki są już zarejestrowane w Polsce, ale na razie dopuszczone wyłącznie w przypadku ostrych zespołów wieńcowych. W przyszłości ich liczba prawdopodobnie będzie się zwiększała, ponieważ są coraz skuteczniejsze, a dodatkowo omeprazol nie wpływa na zmniejszenie ich aktywności.



Uczestnicy debaty: prof. Adam Witkowski, prof. Janina Stępińska i prof. Grażyna Rydzewska

Grażyna Rydzewska: Zastrzeżenia, co do których zresztą brak jest klarownych dowodów dotyczą wyłącznie kłopidogrelu, a nie aspiryny. Nie dotyczą też nowych leków przeciwplatek. Tak więc inhibitor pompy protonowej można i trzeba stosować w grupach ryzyka u chorych przyjmujących aspirynę, natomiast w przypadku kłopidogrelu zdania co do wyboru IPP są podzielone. FDA zaleca możliwość podania omeprazolu z dwunastogodzinnym odstępem od kłopidogrelu lub wybranie innego inhibitora pompy protonowej jak pantoprazol, esomeprazol czy rabeprazol.

Wiele osób bierze aspirynę codziennie – profilaktycznie, bo np. zmniejsza ryzyko udaru mózgu. Czy takie postępowanie ma sens?

Janina Stępińska: Niestety, nie ma. Przed wieloma laty badano w Wielkiej Brytanii grupę pięćdziestopięcioletnią i okazało się, że przyjmowana przez nie aspiryna nie przeciwdziała żadnym chorobom, a zwiększa jedynie ryzyko powikłań krwotocznych. Jest wiele badań, które to udowodniły. Nie rozumiem zatem, dlaczego np. duża część chorych leczonych z powodu nadciśnienia tętniczego dostaje kwas acetylosalicylowy...

Adam Witkowski: Sądzę, że myślenie jest takie: podaje się ASA, bo nadciśnienie to czynnik ryzyka miażdżycy i choroby wieńcowej.

Janina Stępińska: Pacjenci czasem sami biorą ASA, wierząc w jej działanie „na serce”. Najczęściej nie mają świadomości zagrożenia powikłaniami.

Jakie jest stanowisko PTK, jeśli chodzi o skuteczność diety, która zawiera dużo polifenoli – czy może ona zmniejszyć ryzyko, czy to jest udowodnione?

Adam Witkowski: Niedawno w „European Heart Journal” ukazała się informacja o korzystnym

wpływie włączenia do diety alkoholu, który zawiera polifenole.

Grażyna Rydzewska: To bardzo ciekawy temat, bo tak naprawdę nikt z nas nie wie, czy kieliszek wina jest korzystny dla zdrowia. Jako gastroenterolog niestety z przykrością muszę powiedzieć, że przy chorej trzustce nie ma minimalnej dawki alkoholu, która jest akceptowalna. Z punktu widzenia kardiologicznego wygląda to już nieco inaczej. Na zlecenie producentów wina przeprowadzono kiedyś bardzo ciekawe badanie. Jego wyniki pokazały, że winogrona czy tabletki zawierające polifenole nie działają w taki sam sposób jak alkohol z polifenolami. Jednak na ile działa alkohol, a na ile polifenole – tego nie wiemy. Badania wykazały, że w grupie osób tzw. niepijących ryzyko udarów sercowo-naczyniowych jest wyższe niż w grupie osób pijących umiarkowane dawki alkoholu.

I choć jestem dużym zwolennikiem kieliszka czerwonego wina, wydaje mi się, że nie możemy go rekomendować jako picia na zdrowie, gdyż o jego pozytywnym działaniu nie świadczą badania naukowe (*śmiech*).

Tabletka łączona – czy ma przyszłość, jakie są wady i zalety takiego rozwiązania?

Grażyna Rydzewska: Wiemy, że już za chwilę będziemy mieć dwa w jednym: połączenie aspiryny i ezomeprazolu. Czy to dobrze, czy to lepiej? Na pewno będzie łatwiej. Korzyści nie wynikają ani z metabolizmu tych leków, ani z ich lepszego działania, ale z poprawy współpracy z chorym. Jeśli pacjent ma mniej tabletek do połknięcia, jest większa szansa, że połknie wszystkie, które lekarz zalecił.

Adam Witkowski: To jest rzecz bardzo ważna, bo jeśli pacjent ma wziąć siedem leków, to prawdopodobieństwo, że o któryś z nich zapomni, jest duże.

Janina Stępińska: Od dawna w leczeniu nadciśnienia zmierzaliśmy w kierunku stosowania leków długodziałających, właśnie z tego powodu, o którym pani profesor mówi. Teraz idziemy w stronę preparatów łączonych.

Grażyna Rydzewska: Tegoroczne wytyczne Polska Grupa Robocza opublikuje w piątym numerze „Przeglądu Gastroenterologicznego”, już kończymy ostateczne konsultacje. Nasze zalecenia są szerokie i odnoszą się nie tylko do problemów, o których dziś rozmawialiśmy. To bardzo przydatny dokument nie tylko dla gastroenterologów – może się przydać również kolegom kardiologom, szczególnie w kontaktach z gastroenterologami. Wytyczne zabezpieczają też gastroenterologów, gdyż jednoznacznie wskazują, kiedy robić endoskopię, jakie zabiegi można wykonywać na podwójnej terapii przeciwplatekowej, które odłożyć, jakie na terapii przeciwzakrzepowej, kiedy terapię taką zastępować heparyną, jakie zastosować leczenie pomostowe, kiedy jest ono właściwe. Rozstrzygają, które zabiegi planowe można wykonywać na preparatach przeciwplatekowych i przeciwkrzepiających. To niezwykle ważne. Często zdarza się niestety, np. w gabinetach endoskopowych, że pacjent przyjmujący aspirynę po zgłoszeniu się na kolonoskopię przesiewową zostaje odesłany do domu: proszę odstawić aspirynę i przyjść za tydzień – byłam świadkiem takiej sytuacji. Przecież można robić kolonoskopię tzw. pacjentowi z ulicy, na podwójnej terapii przeciwplatekowej również. Można zrobić nawet jeszcze więcej – usunąć polip wielkości do 1 cm.

Adam Witkowski: To przyzwyczajenia, które wciąż pokutują...

Grażyna Rydzewska: Lekarze chyba po prostu się boją. Jeśli odpowiedni zapis znajdzie się w zaleceniach, będzie im łatwiej, zwłaszcza że czasem powołują się na zalecenia, aby uzasadnić swoje działania. ■

Osteoporoza a terapia steroidowa

W świadomości społeczeństwa, ale i lekarzy, osteoporoza postrzegana jest jako choroba związana ze starzeniem się. Zapomina się o jej wtórnej postaci, przez którą cierpi coraz więcej osób. Jej modelowym przykładem jest osteoporoza postteroidowa, której można by uniknąć, pamiętając o profilaktyce.

Choroba ta najczęściej pojawia się podczas długotrwałych terapii zawierających glikokortykosteroidy (GKS). To leki, które silnie działają przeciwzapalnie i immunosupresyjnie, przez co są powszechnie stosowane w leczeniu różnych chorób w wielu działach medycyny. – Substancje te ordynuje się u 0,9 proc. wszystkich chorych, czyli nawet kilkuset tysięcy osób – wyjaśnia prof. Roman S. Lo-

renc, prezes Wielodyscyplinarnego Forum Osteoporotycznego. Leki zawierające GKS stosuje się m.in. u chorych na astmę oskrzelową, w przypadkach autoagresji immunologicznej, w chorobach okulistycznych, reumatycznych i skóry, a także przy leczeniu alergii czy niewydolności nerek oraz wielu innych schorzeń. Leki te są skuteczne i bezpieczne, ale mają działania niepożądane, gdyż hamują wchłanianie wapnia, a wzmagają jego wydalanie, co sprzyja złamaniom. Jak bardzo? – Ryzyko wzrasta wraz z codzienną dawką i czasem przyjmowania GKS. Problem ten dotyczy 30-60 proc. leczonych, a złamania występują u 30-50 proc. chorych. Istotny jest też czas leczenia. Osteoporoza pojawia się już po 3-6 miesiącach terapii, a przecież można temu zapobiec. Większość chorych pozostaje jednak bez prewencji i leczenia – alarmuje prof. Piotr Głuszko, kierownik Kliniki i Polikliniki Reumatologii Instytutu Reumatologii w Warszawie.

Profilaktyka i edukacja

Reumatolodzy zalecają optymalizację leczenia steroidoterapią i działania prewencyjne, które pomogą zminimalizować jej skutki uboczne. Okazuje się, że tak naprawdę niewiele potrzeba, aby uchronić chorego przed osteoporozą postteroidową. – Optymalną formą profilaktyki jest zapobieganie utracie masy kostnej poprzez podanie możliwej najmniejszej dawki GKS. Ważna jest także aktywność fizyczna, zmia-

na nawyków żywieniowych (dieta bogatowapniowa), zakaz palenia papierosów oraz ograniczenie spożywania kawy i alkoholu – wylicza prof. Roman S. Lorenc. Przy dłuższej terapii steroidowej proponuje się ponadto także farmakoterapię. – Zalecane jest podawanie witaminy D, najlepiej we wczesnym etapie terapii. Propagujemy też prewencyjne podawanie substancji z grupy bisfosfonianów przy leczeniu steroidami powyżej trzech miesięcy. Jeden z takich leków jest od maja 2012 r. refundowany właśnie w przypadkach zagrożenia osteoporozą indukowaną GKS. Przedmiotem dyskusji pozostaje określenie progu interwencji terapeutycznej, a więc odpowiedź na pytanie, kogo leczyć. Zgodnie z zaleceniami amerykańskimi i najnowszymi europejskimi forsuje się potrzebę prewencji już w chwili rozpoczęcia leczenia glikokortykosteroidami – informuje prof. Piotr Głuszko. Pojawia się jednak problem z leczeniem chorych, u których bisfosfoniany są nieskuteczne. – Wtedy pozostaje możliwość zastosowania nierefundowanego parathormonu. Ta opcja jednak jest ograniczona ze względu na wysokie koszty terapii – wyjaśnia prof. Głuszko.

Kształtowanie świadomości

Współczesna medycyna oferuje więc narzędzia do przeciwdziałania tej chorobie. Okazuje się jednak, że często się o nich nie pamięta, a samo zjawisko lekceważy. – W leczeniu osteoporozy postteroidowej bardzo ważnym

Reumatolodzy zalecają
optymalizację leczenia
steroidoterapią
i działania prewencyjne,
które **pomogą**
zminimalizować jej
skutki uboczne. Okazuje
się, że tak naprawdę
niewiele potrzeba,
aby uchronić chorego
przed osteoporozą
postteroidową.

W 1950 r. trzej naukowcy: Edward C. Kendal, Philip Sh. Hench i Tadeusz Reichstein otrzymali Nagrodę Nobla za izolację i syntezę kortyzonu oraz wprowadzenie glikokortykosteroidów (GKS) do leczenia. Są one skuteczne w terapii wielu chorób, zwłaszcza powiązanych z obrzękiem, stanem zapalnym, zaburzeniami układu immunologicznego: w alergiach i zaburzeniach autoimmunologicznych. Ich podawanie, zwłaszcza przewlekłe, wywołuje jednak wiele działań niepożądanych, w tym osteoporozę i miopatię, dodatkowo zwiększającą ryzyko upadków, urazów i złamań.

*prof. Piotr Głuszko,
kierownik Kliniki i Polikliniki Reumatologii Instytutu Reumatologii w Warszawie*

elementem jest edukacja. Ważną rolę powinni odgrywać lekarze, do których należy informowanie o możliwych skutkach ubocznych przyjmowania leków steroidowych – przypomina prof. Roman Lorenc. Wciąż jednak profilaktyka przy leczeniu steroidami nie jest popularna i wielu chorych nie zdaje sobie sprawy, czym brak leczenia prewencyjnego przy takiej terapii może się skończyć. – Nawet 40-60 proc. pacjentów leczonych glikokortykosteroidami nie jest informowanych o tym, że mogą zachorować na osteoporozę. Lekarze nie mówią o tym ryzyku. Nie powinno tak być, bo przecież jeśli się leczy tymi steroidami trzy miesiące, to znacznie wzrasta ryzyko złamań – alarmuje kierownik Kliniki i Polikliniki Reumatologii Instytutu Reumatologii w Warszawie. Dlaczego lekarze tak często zapominają o wdrożeniu postępowania ochronnego w terapii steroidowej przed osteoporozą? – Dobre pytanie. Myślę, że to wynika z faktu, że jest ogromna specjalizacja wśród lekarzy i rzadziej patrzy się na pacjenta całościowo. Diagnozowanie osteoporozy jest trudne do momentu, kiedy pojawią się widoczne objawy w postaci złamań, a te świadczą już o zaawansowanym stadium choroby – ocenia prof. Lorenc. Sytuacja może ulec zmianie, o ile wiedza o ochronie pacjenta przed niepożądanymi skutkami wywoływanymi przez steroidy będzie szerzej propagowana.

Zalecenia w opracowaniu

– Lekarze powoli zaczynają dostrzegać ten problem. Myślę, że w zwróceniu uwagi na kwestię osteoporozy posteroideowej w znacznym stopniu pomogą także rekomendacje dotyczące walki z tym schorzeniem, które są obecnie w trakcie opracowania – uważa prof. Piotr Głuszko. W tym roku opublikowano już europejskie zalecenia dotyczące prewencji złamań u leczonych przewlekłe glikokortykosteroidami. Polskie zalecenia postępowania diagnostycznego i leczniczego z 2011 r. muszą więc być zmodyfikowane i uzupełnione, musimy jednak na nie jeszcze trochę poczekać. – Powołano już zespół ekspertów ds. osteoporozy przy konsultancie krajowym ds. reumatologii. Pozostaje nam kwestia dopracowania rekomendacji i dotarcia z nimi do jak największej rzeszy lekarzy. Polskie zalecenia ukażą się jeszcze w tym roku i nie będą odbiegać od standardów europejskich. Wiemy, jak z tą chorobą walczyć, mamy skuteczne narzędzia, pozostaje nam dotarcie z tą wiedzą do lekarzy – mówi prof. Witold Tłustochowicz, konsultant krajowy ds. reumatologii. ■

Źródło: Artykuł powstał na podstawie informacji zebranych podczas konferencji na temat osteoporozy polekowej, która odbyła się w połowie lipca w Warszawie, oraz udostępnionej przez jej organizatorów publikacji prof. Romana S. Lorenca „Mechanizmy i leczenie osteoporozy posteroideowej”.



WYŻSZA SZKOŁA MEDYCZNA W SOSNOWCU

zaprasza na kierunki:

Pielęgniarstwo

Położnictwo

**Ratownictwo
medyczne**

**Turystyka i
rekreacja**



KAPITAŁ LUDZKI
NARODOWA STRATEGIA SPÓŁNOŚCI



UNIA EUROPEJSKA
EUROPEJSKI
FUNDUSZ SPOŁECZNY

BEZPŁATNE

studia podyplomowe:

**„Organizacja i zarządzanie
w ochronie zdrowia”**

Bliższe informacje:

www.wsmsosnowiec.pl

tel. 32 291 10 19,
kom. 510 036 870

41-200 Sosnowiec,
ul. Wojska Polskiego 6

Turystyka medyczna w Polsce

Sektor polskiej turystyki medycznej wart jest obecnie kilkaset milionów złotych. Pacjenci zza granicy coraz chętniej przyjeżdżają do Polski nawet na poważniejsze zabiegi. Ministerstwo Gospodarki zauważa ten trend i chce promować polskie usługi medyczne.

Globalny rynek turystyki medycznej wciąż się rozwija. – Jak wynika z raportu The Rise of Medical Tourism (Grail Research, LLC), w tym roku jego wartość ma osiągnąć 100 mld dol. Na Polskę przypada kwota ok. 800 mln zł na różnego rodzaju usługi turystyczno-medyczne, którą zostawiają pacjenci z zagranicy. Bez wątplenia usługi te mają szansę stać się polskim produktem eksportowym – ocenia dr n. kf. Adrian P. Lubowiecki-Vikuk z Uniwersytetu im. Mikołaja Kopernika w Toruniu.

Motywy wyjazdów związane są zazwyczaj z niższymi kosztami zabiegu niż w rodzimym kraju. **Tajlandia, Indie, Węgry i Bułgaria, ale także Polska** są postrzegane jako kraje, w których usługi medyczne są tanie i wykonywane w dobrym standardzie.

Profil klienta

Kim są turyści medyczni? – Na podstawie moich autorskich badań sondażowych dotyczących polskiego rynku można przyjąć, że są to zarówno kobiety, jak i mężczyźni w różnym wieku, o różnym statusie ekonomicznym. Trzeba zauważyć, że w dalszym ciągu są to krajowi turyści – mówi ekspert z UMK w Toruniu, ale zastrzega, że dotychczas nikt dokładnie nie zbadał profilu społeczno-demograficznego tych osób. Klienci coraz częściej przybywają także spoza granic Polski. – Po różnego typu usługi medyczne najczęściej przybywają do nas Niemcy, Brytyjczycy, Skandynawowie – mówi Artur Gosk, prezes Polskiego Stowarzyszenia Turystyki Medycznej. Ich liczba oscyluje w granicach 250 – 300 tys. – Można jednak przypuszczać, iż takich osób jest zdecydowanie więcej, zważywszy na fakt, że często turyści medyczni podróżują do Polski w celach odwiedzin krewnych lub znajomych i przy okazji korzystają z tego typu usług – zaznacza dr Adrian Lubowiecki-Vikuk. Jakiej pomocy oczekują zagraniczni klienci? – Z zakresu stomatologii, chirurgii plastycznej i estetycznej, ortopedii, chirurgii oka, neurochirurgii, zabiegów rehabilitacyjnych i uzdrowiskowych. Cały czas wachlarz usług medycznych, z których korzystają pacjenci zagraniczni, rośnie – wylicza Artur Gosk z PSTM.

Jesteśmy konkurencyjni

Motywy wyjazdów związane są zazwyczaj z niższymi kosztami zabiegu niż w rodzimym kraju. Tajlandia, Indie, Węgry i Bułgaria, ale także Polska są postrzegane jako kraje, w których usługi medyczne są tanie i wy-

konywane w dobrym standardzie. – Ceny usług medycznych w krajach Europy Środkowo-Wschodniej często są nawet o 60-80 proc. niższe, niż na przykład w Wielkiej Brytanii czy Stanach Zjednoczonych – informuje ekspert z UMK w Toruniu. Potwierdzają to badania opracowane przez portal branżowy www.treatmentabroad.com (marzec 2012). Przeprowadzono je online wśród osób korzystających z leczenia za granicą za pośrednictwem tego portalu (najwięcej z UK i innych państw Europy). Z tego raportu wynika, że najwięcej ankietowanych pojechało na leczenie do Węgier (12 proc.), na drugim miejscu znalazła się Belgia (11 proc.). Po 7 proc. zdecydowało się na wyjazd do Polski, Turcji, Hiszpanii, Czech i Indii. 83 proc. respondentów stwierdziło, że głównym powodem leczenia za granicą jest jego niższy koszt (71 proc. deklarowała, że zaoszczędziła więcej niż dwa tys. funtów brytyjskich, a kolejne 12,7 proc. – nawet 10 tys. funtów brytyjskich). Największe oszczędności można uzyskać na leczeniu stomatologicznym i zabiegach ortopedycznych. Sondaż mówi także, że 51 proc. przebadanych osób nigdy wcześniej nie było w kraju, do którego udali się na leczenie. Jednocześnie dziewięciu na dziesięciu respondentów deklarowało, że wyjechałoby na leczenie ponownie, tyle samo rekomendowałoby taki wyjazd przyjaciółom i krewnym. 84 proc. wróciłoby do tego samego lekarza czy kliniki, w której już się leczyli.

Wykorzystanie potencjału

Oznacza to, że chętnych na uczestnictwo w turystyce medycznej nie brakuje. To



Zapotrzebowania konsumentów-pacjentów: badania diagnostyczne i profilaktyczne, chirurgia plastyczna (modelowanie twarzy i ciała), chirurgia bariatryczna, medycyna i dermatologia estetyczna, ortopedia (diagnostyka, operacje narządów ruchu oraz uszkodzeń mięśni, nerwów i naczyń, endoprotezoplastyka), okulistyka (diagnostyka, zabiegi operacyjne / zabiegi laserowe wad wzroku), stomatologia, laryngologia, chirurgia szczękowa, chirurgia rekonstrukcyjna, ginekologia (diagnostyka, badania onkologiczne, zaburzenia menstruacyjne, leczenie wysiłkowego nietrzymania moczu, leczenie bezpłodności), położnictwo, kardiologia, chirurgia, urologia*.

* Dane: dr n.kf. Adrian P. Lubowiecki-Vikuk, Uniwersytet im. Mikołaja Kopernika w Toruniu

szansa dla klinik, szpitali czy gabinetów dentystycznych na solidny zastrzyk dodatkowego dochodu. – Wartość rynku polskiej turystyki medycznej to obecnie 800 mln zł, a potencjał jest znacznie większy. Polska na tle rynku turystyki medycznej w Europie ma szansę stać się liderem. Kadra zarządzająca placówkami medycznymi także zaczyna dostrzegać ten potencjał. Także perspektywa otwarcia granic UE dla usług medycznych w roku 2013 (wówczas wchodzi w życie dyrektywa o transgranicznej opiece zdrowotnej, przyp. red.) powoduje, że wiele klinik widzi w tym zjawisku dodatkowe źródło przychodów – przypomina Artur Gosk. Jak wynika z szacunków Polskiego Stowarzyszenia Promocji Turystyki Medycznej, ok. 60 klinik w Polsce ma znaczące przychody z turystyki medycznej.

Pobudzić rynek

Wciąż jest jednak wiele barier, które hamują rozwój tej gałęzi gospodarki. Dużym problemem dla polskich świadczeniodawców jest konkurencja – głównie ze strony Węgier i Słowacji, gdzie oferowane są tańsze usługi równie wysokiej jakości. Zagrożenia wynikają też z faktu, iż poziom cen usług medycznych wyrównuje się. – Często ceny w Polsce są na wyższym poziomie, aniżeli na rynkach zachodnich, np. leczenie zaćmy jest tańsze w USA, niż w Polsce – zauważa dr Lubowiecki-Vikuk. Kolejne bariery to brak wykwalifikowanej kadry turystyczno-medycznej oraz przeszkody natury prawnej i organizacyjnej w SPZOZ-ach. Eksperti są też zgodni co do jednego: aby polska turystyka medyczna faktycznie miała szansę rozwoju, musi się promować na rynkach zagranicznych. Szansę zauważyło już Ministerstwo Gospodarki, które w marcu tego roku zawarło umowę na realizację branżowego programu promocji. Polska turystyka medyczna promowana będzie w krajach skandynawskich, Niemczech,

Rosji, Wielkiej Brytanii i Stanach Zjednoczonych. Przedstawiciele polskich placówek medycznych, którzy zgłoszą swój akces do projektu, będą uczestniczyli w międzynarodowych konferencjach, targach i wystawach branżowych, szkoleniach, misjach gospodarczych. Przedsiębiorcy mogą liczyć na dofinansowanie udziału w imprezach promocyjnych nawet do 75 proc. kosztów kwalifikowalnych. Wykonawcą programu jest konsorcjum, w którego skład wchodzi m.in.: Polska Agencja Informacji i Inwestycji Zagranicznych (PALIIZ) i Europejskie Centrum Przedsiębiorczości (EuCP).

Dr Ada Kostrz Kostecka, project manager Branżowego Programu Promocji Turystyki Medycznej z EuCP, zwraca uwagę, że rozwój turystyki medycznej w naszym kraju zależy też w dużej mierze od pośredników, którzy przyciągną takiego turystę medycznego i zorganizują mu pobyt w Polsce. – Trzeba mieć pośrednika, który znajdzie klienta oraz personel, który porozumie się z obcojęzycznym pacjentem. O ile turnus w sanatorium w miarę łatwo zorganizować i nawet bezpośrednio sprzedać, o tyle bardziej skomplikowane zabiegi wymagają już dużej organizacji. Szpital sam się tym nie zajmie – ocenia specjalista. – Celem tych pośredników powinno być nie tylko skupianie się na pozyskiwaniu turystów medycznych, ale także wymiana doświadczeń, udział we wspólnych projektach, szkoleniach i konferencjach, tworzenie jakości usług turystyczno-medycznych, stosowanie wszelkich innowacji oraz dbanie o interesy turysty medycznego i zapewnienie mu komfortu oraz poczucia bezpieczeństwa. Ważne jest też, aby sama placówka oferująca usługi medyczne posiadała odpowiedni certyfikat, który potwierdza jej jakość. Certyfikacja przedsiębiorstw z zakresu turystyki medycznej w krótkim czasie powinna stać się obowiązkiem – podsumowuje dr Lubowiecki-Vikuk. ■



DUPLEX DOPPLER

ALBIT



COLOR DOPPLER
+głowica od 26 000 PLN



COLOR DOPPLER

SPINEL II

ECHOSON

ECHO-SON S.A.

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

Estonia

– lider Europy Wschodniej

Estonii najlepiej z krajów bałtyckich udało się przestawić system ochrony zdrowia na nowoczesne tory. Po uzyskaniu niezależności w 1991 r. ten zaledwie 1,3-milionowy kraj zaczął reformy od decentralizacji zarządzania i finansowania, ale sukces przyniosła mu... recentralizacja.

W wyniku reform lat 90. ubiegłego wieku scentralizowany system „siemaskowski” zastąpiono zdecentralizowanym systemem ubezpieczeniowym. Powstały liczne fundusze zdrowia, które nie były jednak w stanie sfinansować wszystkich potrzeb, powołano więc Estoński Fundusz Ubezpieczenia Zdrowotnego (EFUZ) z czterema regionalnymi oddziałami. Reformy i porządkowanie systemu wspierały koncepcyjnie, organizacyjnie i finansowo WHO i Bank Światowy, a także bilateralne programy (np. z Norwegią).

Obecnie estoński system ochrony zdrowia składa się z publicznych instytucji finansujących i regulujących oraz prywatnych i publicznych dostawców usług. Jego ramy tworzą cztery ustawy: o ubezpieczeniu zdrowotnym, o usługach zdrowotnych, o zdrowiu publicznym i o prawach i obowiązkach. Wprowadzono zasadę rozdziału płatnika i świadczeniodawcy, umożliwiono wolny wybór tego drugiego, wzmocniono podstawową opiekę zdrowotną (POZ) i autonomię profesjonalistów zdrowia. Świadczeniodawcy: szpitale (głównie publiczne), prywatne praktyki POZ oraz pozarządowe i zawodowe organizacje pełnią ważną rolę w kształtowaniu systemu.

Organizacja świadczeń

Ustawa o usługach zdrowotnych wymienia cztery typy świadczeń: podstawowe (lekarze rodzinni), ratownictwo medyczne, specjalistyka (II i III stopnia), opieka pielęgniarska. Gama świadczeń jest szeroka, bo gwarantowane przez państwo finansowanie publiczne ma pokryć wszystkie potrzeby zdrowotne społeczeństwa.

Świadczeniodawcy są autonomiczni. Szpitale są spółkami kontrolowanymi przez państwo, władze lokalne lub fundacje, struktura zarządzania jest dwustopniowa: zarządy i rady nadzorcze. Rady mogą decydować o opłatach pacjentów za usługi, aprobować plany i roczne budżety.

Przychodnie POZ są w większości prywatne. Lekarze rodzinni są prywatnymi przedsiębiorcami lub pracownikami prywatnych spółek lekarskich. Mogą realizować tylko podstawową opiekę i usługi pielęgniarstwa. Państwo kontroluje tę sferę poprzez udzielanie licencji, nadzór i finansowanie.

Ubezpieczenie zdrowotne i inne źródła finansowania

System jest finansowany głównie ze środków ustawowego (obowiązkowego) ubezpieczenia zdrowotnego, które obejmuje 95% ludności. Składki są sprzężone z wynagrodzeniami; prawie połowa ubezpieczonych (dzieci, emeryci) ich nie płaci.

W 2001 r. EFUZ stał się głównym nabywcą usług i płatnikiem. Pokrywa dwie trzecie wszystkich wydatków na zdrowie. Jego budżet ustalany jest na cztery lata. EFUZ dzieli środki na regiony na podstawie kapitałowej (liczba ubezpieczonych w każdym regionie), nabywa świadczenia w drodze negocjowanych kontraktów. Od 2002 r. istnieje również ubezpieczenie prywatne. Pozostali płatnicy: państwo finansuje z podatków opiekę zdrowotną dla osób nieubezpieczonych, a także ratownictwo medyczne i programy zdrowia publicznego. Gminy pokrywają wydatki na leczenie nieubezpieczo-

nych i część działań na rzecz promocji zdrowia. Wydatki prywatne to ok. jedna czwarta kosztów ochrony zdrowia. Środki na infrastrukturę pochodzą głównie z budżetu i programów międzynarodowych (np. funduszy europejskich).

Zasady płacenia za usługi w segmentach systemu, ceny usług i zawartość koszyka świadczeń refundowanych ujmuje lista usług zdrowotnych (uaktualniana raz w roku). W szpitalach od 2004 r. stawki wylicza się według grup diagnostycznych, wartości usług i czasu pobytu. W podstawowej opiece zasadą są stawki kapitałowe, stosuje się też opłaty za świadczenie (fee for service).

Dopłaty pacjentów

Niektóre procedury objęte są dopłatami pacjentów (out of pocket, OOP), które ustawowo nie mogą przekroczyć 50 proc. ceny. Współpłacenie obejmuje bezpośrednie opłaty za usługi spoza koszyka świadczeń refundowanych; zryczałtowane opłaty za poradę specjalisty i pobyt w szpitalu. Nie ma opłat za wizytę u lekarza rodzinnego, płatne są jednak popularne w Estonii wizyty domowe. Szpitale mogą ustanawiać opłaty za ponadstandardowe warunki pobytu.

Za leki w aptekach pacjent wnosi opłatę od recepty (plus koszty leków zgodnie z zasadami refundacji). Od 2002 r. istnieje tzw. pozytywna lista leków refundowanych. Podstawowa stawka refundacji wynosi 50 proc., leki na najcięższe choroby są refundowane w pełni, na przewlekłe – w 75 proc. Funkcjonują limity kosztów. Powyżej 383 € rocznie pacjent może otrzymać dodatkową zniżkę – do 1278 €. Opłaty OOP regularnie wzrastają.

Wydatki na zdrowie w niektórych krajach UE (WHO 2007)

całkowite w % PKB:

• Francja 11,1, Finlandia 7,5, Słowacja 7,1, Polska 6,2, Litwa 5,7, Łotwa 5,3, Estonia 5,1 w USD na mieszkańca:

• Francja 3374, Finlandia 2331, Słowacja 1137, Polska 867, Litwa 734, Łotwa 734, Estonia 771

Udział poszczególnych źródeł finansowania ochrony zdrowia w Estonii (2006)

- EFUZ – 62,5%
- budżet państwa – 9,4%,
- budżety gmin – 1,8%,
- prywatne środki – 25,6%.

Oplaty pacjenta (OOP)

- Opłata za pierwszą wizytę w lecznictwie otwartym została po raz pierwszy wprowadzona w 1995 r.
- Wizyty domowe lekarza rodzinnego 3,20 €
- Pobyt w szpitalu 1,60 € za dobę – do 10 dni
- Leki w obrocie aptecznym 3,20 € od recepty (plus opłaty za leki zgodnie z zasadami refundacji)

Zarobki średnie miesięczne w €

2002	2007
Lekarze	
655	1300
Pielęgniarki	
310,5	586,5
Opiekun medyczny	
190,5	350

Kadry – perspektywiczne planowanie

Od lat 90. w estońskiej służbie zdrowia działają prywatne praktyki i spółki, a zakłady instytucjonalne mają dużą autonomię. Pracownicy zakładów mają indywidualne kontrakty. Lekarze rodzinni mogą praktykować w spółkach lub jako prywatni przedsiębiorcy. Płace są wolne i wyliczane od minimum usług zakontraktowanych w EFUZ.

Wydział medyczny Uniwersytetu w Tartu jest jedyną publiczną medyczną placówką akademicką w Estonii. Studia lekarzy trwają 6 lat, specjalizacja – rok (oba poziomy są finansowane przez państwo i limitowane). Uprawnienia pracowników medycznych odpowiadają prawu europejskiemu. Brakom kadrowym (powstałym w wyniku poakcesyjnej emigracji) zapobiec ma długoterminowe planowanie kształcenia pielęgniarek i lekarzy. Nowym problemem, który wymaga działań, jest starzenie się kadry. Od 2002 r. Urząd Ochrony Zdrowia wydaje licencje i prowadzi nadzór nad zawodami medycznymi. Profesjonaliści przed podjęciem pracy muszą zostać wpisani do rejestru.

Stowarzyszenia profesjonalistów i pacjentów

Duże znaczenie mają organizacje profesjonalistów. Najważniejszą

jest Estońskie Towarzystwo Medyczne skupiające ok. połowę lekarzy; uczestniczy w negocjacjach z pracodawcami i Ministerstwem Spraw Społecznych odpowiadającego na poziomie krajowym za problematykę zdrowia, socjalną i pracy. ETM pełni też rolę związku zawodowego. Jego udział w ustalaniu minimalnych stawek i płac przyniósł dwukrotny wzrost płac w latach 2003–2006.

Swoje stowarzyszenia mają także pacjenci.

Lider informatyzacji

Estonia to lider Europy Wschodniej w informatyzacji ochrony zdrowia. Na ogólnokrajowy system e-zdrowia składają się: elektroniczny rejestr, cyfrowa rejestracja, cyfrowe obrazowanie i cyfrowe recepty. Połączenie w sieć internetowych stron i baz danych różnych uczestników pozwala na rejestrację usługodawców, pacjentów, recept, aptek, EZUS itd. W systemie znajdują się wszystkie informacje personalne i zdrowotne. Dysponując kartą identyfikacyjną i hasłem dostępu, dociera się do wszelkich potrzebnych informacji. W placówce ochrony zdrowia wystarczy okazać dowolny dokument potwierdzający numer identyfikacyjny.

Pacjent raczej zadowolony

Ogólny poziom ochrony praw pacjenta w Estonii nie jest wysoki – to spuścizna postsowiecka. Oceny dobre systemu stanowią jednak 60 proc. i rosną. Od 2006 r. można wybrać specjalistę, szpital i lekarza rodzinnego. Toteż pacjenci wysoko oceniają reformę medycyny rodzinnej, dostęp do usług zdrowotnych, ich jakość; niezadowolenie budzi czas oczekiwania na świadczenie, zwłaszcza specjalistów.

Maksymalny czas oczekiwania na zabieg jest ustalany centralnie (i przestrzegany); np. w 2008 r. oczekiwanie do poradni specjalistycznej wynosiło 4 tygodnie, na zabieg chirurgii jednego dnia – 8 miesięcy, na przeszczep implantu ślimakowego – rok, a endoprotezę dużego stawu – 2,5 roku.

Każdy świadczeniodawca musi spełniać minimalny standard jakości, od tego zależy uzyskanie licencji zawodowej lub zakładowej i odnawianie jej co 5 lat. Urząd Ochrony Zdrowia sprawuje stały nadzór nad świadczeniem usług. EFUZ monitoruje czas oczekiwania i prowadzi audyty klinicznych praktyk. Rada Algorytmów Klinicznych kieruje opracowywaniem obowiązujących wytycznych i zaleceń praktyki. ■

Korzystałam z opracowań:

„Health Care Systems in Transition: Estonia. Health System Review 2008”, przygotowanego przez European Observatory on Health System and Policy, <http://www.stat.ee>, oraz źródeł własnych.



Joanna Sokołowska

Zapiski z (wakacyjnej) podróży

Navigare necesse est, vivere non est necesse! – krzyknął Pompejusz, wskazując do odpływającego mimo rozpoczynającej się burzy statku. I to może przez niego przemieszczanie się, bez względu na to, jakie niebezpieczeństwo z sobą ryzyko i na jakie niedogodności nas naraża, stało się usprawiedliwieniem wakacyjnego „odpoczynku”, choćby z odpoczynkiem nie miał on wiele wspólnego.

Co roku, tuż po Nocy Kupały, tysiące rodzin, bez względu na profesję i formę zatrudnienia, staje przed koniecznością żeglowania – pod dyktando samochodowej nawigacji, której rady brzmią jak delficka przepowiednia, wśród meandrow rodzimej i obcojęzycznej turystyki, unikając zderzenia z rafami biur podróży. Drętwiąc ze strachu na pokładach tanich linii lotniczych, niedosypiając w hotelowych łóżkach, żywiąc się lokalnymi produktami bez lęku przed „kłutwą faraonów” i mniej egzotyczną Reisekrankheit, realizujemy przewidziany kodeksem pracy „urlop wypoczynkowy”.

Dobrze się bawić w ogóle nie jest łatwo. Staje się jeszcze trudniej, gdy zabawa ma się odbyć według własnego pomysłu i na własny koszt. A co dopiero, gdy nie ma przed nią ucieczki w wir pracy? Urlop letni, jako jej ekstremalna forma, staje się wyzwaniem

Tacy jesteśmy, jak otaczająca nas natura – **Wisła, która płynie po polskiej krainie,** choć nikt jej nie reguluje.



o podwyższonym stopniu ryzyka. Im większa grupa, z którą spędzamy urlop, tym wybór jest trudniejszy. No bo jak znaleźć miejsce na ziemi, w którym jest równocześnie słonecznie i nie za gorąco, niezbyt tłoczno, ale z dużą liczbą turystycznych atrakcji, ciekawie dla dzieci, ale cicho i spokojnie? I żeby to nie było nad Bałtykiem! I żeby mąż nie chrapał...

Żyję w przekonaniu, że otoczenie radzi sobie z wieloma problemami i dnia codziennego, i dnia urlopowego lepiej ode mnie. W sprzyjających okolicznościach przyrody, gdy wewnątrz człowieka i jego otoczenie osiąga termiczną harmonię 36,6°C, oddałam się więc obserwacjom, także uczestniczącym, bliźnich podczas letniej kanikuły. Przecież podróże kształcą – może ktoś umie to robić lepiej, pożyteczniej, ładniej?

Navigare necesse est! – przekonywałam męża pod sierpniowym niebem nowożytnego Włochy. Mąż był zdecydowanie mniej entuzjastycznie nastawiony tak do włoskich upałów, jak i włoskich autostrad.

Tacy jesteśmy, jak otaczająca nas natura – Wisła, która płynie po polskiej krainie, choć nikt jej nie reguluje, Schwarzwald z równo przyciętą na stokach trawą i włoskie winnice, w których pracę utrudnia trwająca raczej dłużej niż krócej siesta. Wystarczy spojrzeć na blond germańskie bestie pokonujące wraz ze swoimi nieletnimi, niebieskookimi bestyjami rowerowe szlaki wysokoalpejskie. Systematycznie, w równych odstępach, zgodnie z przepisami ruchu drogowego, błyskając śnieżnobiałym uśmiechem spod kasków rowerowych, zdrowo i aktywnie, budząc podziw

Medycy, podobno wszystkich nacji, podróżują chętnie i umiejętnie. **Mam jednak pewne podejrzenia** – tak jak krajobraz wpływa na temperament, tak wykonywany zawód medyczny musi pozostawić w człowieku, choćby był chwilowo turystą, trwałe ślad.



i zazdrość zamkniętych w klimatyzowanych konserwach turystów samochodowych. Na postoju w punkcie widokowym jakże łatwo, już z daleka, odróżnić ich od południowców, głośnym aplauzem nagradzających wyczyny, nie tylko sportowe, swoich śniadoliczych i rozchwierkanych – jak wróbelki – dzieci. W opozycji do równo ustawionych rowerów pojawia się sterta artystycznie rozrzuconego sprzętu turystycznego. Coś się przewróciło? Nie szkodzi! Jest pięknie, radośnie, bez troski... Są jak księżyc i słońce, jak sznycel wiedeński i tramiezzini... My, górni i chmurni, zza ullańskich skrzydeł i na jednych, i na drugich patrzymy z pewną rezerwą. Nasz słowiański bałagan jest lepszy! Nasz nadwiślański upór pozwoli na zdobycie szczytu boso, ale w ostrogach! Bez kasku!

Medycy, podobno wszystkich nacji, podróżują chętnie i umiejętnie. Mam jednak pewne podejrzenia – tak jak krajobraz wpływa na temperament, tak wykonywany zawód medyczny musi pozostawić w człowieku, choćby był chwilowo turystą, trwałe ślad. Proszę mnie poprawić, jeśli się mylę. Anestezjolodzy dużo czytają, na świat patrzą z trochę innej perspektywy, podróżują więc też po swojemu – zbaczając z utartych szlaków, gromadząc smaki, zapachy i nietypowe pamiątki. Wykonujący specjalności zabiegowe to amatorzy wypoczynku bez wypoczynku – żeglarski rejs po Bałtyku, jesienne zdobywanie Elbrusa, paralotniarstwo na Wyspach Kanaryjskich albo remont mieszkania teściowej. Ginekologowie to prawdziwi konesery i hedoniści. Spróbujcie wymyślić miejsce na ziemi, a zawsze wśród nich znajdziecie takiego, który już tam był i to w jedynym hotelu na wyspie oferującym klimatyzację, Wi-Fi i pitną wodę. Interniści są świetnie przygotowani do zwiedzania. Wiedzą, z którego stoku zbiera się winogrona na najlepsze wino, znają daty, nazwiska i postanowienia II Pokoju Toruńskiego. Pediatrzy potrzebują przewodnika.

Są miejsca, w których ten swoisty geograficzny i zawodowy determinizm traci znaczenie. To, ku mojemu zaskoczeniu, galerie sztuki współczesnej. Nie zobaczycie w nich radośnie klaszczących w dłonie w głośnym zachwycie nad feerią barw ogrodu Moneta ani w skupieniu czytających komentarz do obrazu. To współczesne wieże Babel. Jak zahipnotyzowani, w skupieniu i pewnym napięciu, bez względu na wiek i kolor skóry, poruszają się amatorzy zwisającego ze ściany fałdu wykładziny zatytułowanego „Bez tytułu” i stosu sprasowanego złomu, komentowanego jako „głos w dyskusji nad kondycją moralną współczesnego człowieka”. I być może do nich śpiewa Jonasz Kofta: „Czas spuścić z tonu, trochę się stoczyć, wypoczynkowo obsunąć”.

Kochani, skończył się czas urlopów! Można już wrócić do normalnej pracy... ■

Ultrasonografia to nasza pasja.



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



GE imagination at work

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

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



Sławomir Pietras

O przewadze przyjaźni nad miłością

Przyjażnienie się polega na akceptacji partnera w takiej postaci, jaką odkrywa, nie podejrzewając, że jest oceniany. Należy mu się za to tolerancja, lojalność, prawdomówność i przywiązanie. Cóż to za przyjaźń, jeśli nie ma się ochoty na kontakty i spotkania, nie zawsze odpowiada się na pytania, mówiąc prawdę, przebywając w innym gronie zdradzając sekrety przyjaciela lub krytykuje jego postępowanie.

Długość i trwałość związków przyjacielskich, liczona jest wspólnymi latami spędzonymi w szkole, wojsku, na studiach, w pracy, licznych podróżach, a nawet za kratkami. No tak, ale można spędzić całe życie wśród ludzi, nie przyjażniąc się z nikim. To mało prawdopodobne, ale możliwe. Inaczej jest z miłością. Ta dopada człowieka nagle, niespodziewanie, znienacka i bez powodu. Mówię oczywiście o uczuciu czystym, idealnym i z prawdziwego zdarzenia.

Jeden mój przyjaciel w Poznaniu, obciążony wieloma kontrowersyjnymi cechami pochodzących stamtąd młodzieńców, tak oto zaplanował sobie życie uczuciowe. Postanowił uważnie obserwować potencjałe partnerki przed ewentualnym nagłym

zakochaniem. Zanim nadejdzie niespodziewana miłość, pracowicie gromadził fundusze, aby temu zakuszczeniu sprostać. Znienacka nagabywał upatrzone kandydatki, czy aby nie zechciałyby wpaść mu w objęcia. Wreszcie po latach daremnych usiłowań zapytał mnie, z jakiego powodu pozostaje ciągle starym kawalerem. Zamiast cokolwiek mu tłumaczyć i perswadować, zaprzyjaźniłem się z nieszczęśliwym.

Czy między wierszami tej opowieści nie kryje się przypadkiem sugestia o wyższości przyjaźni nad miłością? Tak, bo przy potrzebie spontaniczności obu tych zjawisk, przyjaźń można zaplanować, a miłości niestety nie.

W przyjaźniach bywają ciężkie terminy. Z tych najważniejszych przyjaciół nie powinno się rezygnować przez wiele dziesięcioleci, a nawet aż do śmierci. Realizując zasadę tolerancji, należy udawać, że się nie wie, jak jeden z nich wykazując przyjacielską troskę, robi drugiemu z obu pośladków sito, o czym w ramach lojalności rozpowiadają inni.

Sprawdzając funkcjonowanie zasady lojalności, powierzamy – uważającej się za dyskretną – wieoletniej przyjaciółce prawdziwe albo zmyślane sekrety. Odbiera się przy tym przysięgę o zachowaniu tajemnicy, na zdrowie własne, rodziny, żyjących i zmarłych mężów oraz aktualnych i wyczekiwanych kochanków. Ona przysięga chętnie, byle tylko się dowiedzieć. „Dla mnie tajemnica to jak kamień w studnię!” – dodaje zakłęcie świadczące

o wrodzonej dyskrekcji. Nie mija kilka chwil i można usłyszeć te same sekrety od innych osób zaprzyjaźnionych, zresztą również zaklinających się co do dyskrekcji i milczenia („jak kamień w studnię!”).

Prawdomówność – kolejna cech przyjaźni – trudna jest do zdefiniowania. Przyłapaną na kłamstwie przyjaciółka krzyczy zwykle: „Nie mówiłam!” i robi to tak długo, aż w imię tejże przyjaźni trzeba zrezygnować z jakichkolwiek pretensji.

Wreszcie przywiązanie. To pojęcie tłumaczy wszystkie niedoskonałości przyjacielskich uczuć. Zamiast o cokolwiek awanturować się z przyjaciółmi, lepiej zacytować sobie Puszkina: „Przyzwyczajenie zesłał Bóg, by szczęścia brak zastąpić moc”.

Mimo wielu niedoskonałości, przyjaźń ma jednak istotną przewagę nad miłością. Pragnienie drugiej osoby koliduje z tolerancją, wystawia na próbę jakąkolwiek lojalność, nie zawsze pozwala na prawdomówność, a przywiązanie staje się wręcz klęską, jeśli obiekt miłości nie odwzajemnia tego uczucia.

Piszę to wszystko dla wzbudzenia refleksji, o co w życiu bardziej zabiegać: o przyjaciół czy obiekty innych jeszcze, o wiele głębszych uczuć?

Co na to medycyna? Niech mi tylko ktoś nie mówi, że jej rola – niczym w teatrze – zaczyna się dopiero, gdy strzelamy do nielojalnych przyjaciół (oby nie celnie), wieszamy się odepchnięci przez kochanki (byłe na cienkim sznurze) lub zdradzeni i zawiedzeni skaczemy w nurty rzeczne (ale niezbyt głębokie).

Oto kolejne związki sztuki z medycyną. ■

Autor jest dyrektorem polskich teatrów operowych.

Listy do redakcji

70 lat i koniec...

Na początku tego roku odbyło się w Łodzi kolejne posiedzenie Zarządu Głównego Towarzystwa Chirurgów Polskich pod przewodnictwem prezesa prof. Marka Krawczyka. Program zawierał 8 punktów. Punkt nr 5 dotyczył „Zmiany w statucie Towarzystwa Chirurgów Polskich”, który przygotował i opracował, a następnie przedstawił prof. Krzysztof Zieniewicz, przewodniczący Komisji Statutowej. Niestety, w programie nie podano treści zmian w statucie. W punkcie 7. posiedzenia zawarto informację o Nadzwyczajnym Walnym Zebraniu Członków TChP bez informacji,

nad czym Walne Zebranie ma obradować. Za wiadomienie o posiedzeniu Zarządu Głównego podpisał prezes Krawczyk.

Zebranie Zarządu Głównego rozpoczęło się około godziny 13 w dniu 30 marca br. W punkcie 5. posiedzenia prof. Zieniewicz przedstawia propozycje zmian w Statucie „najważniejszym dokumencie działalności Towarzystwa. Jedną z propozycji zmian w Statucie brzmiała „Członkiem Zarządu Głównego, Komisji Rewizyjnej i Sądu Koleżeńskiego mogą być wybierani członkowie Towarzystwa, którzy nie ukończyli 70. roku życia”.

Słucham i własnym uszom nie wierzę, będąc członkiem Towarzystwa od ponad 40 lat, pełniąc kolejną kadencję funkcję członka Zarządu Głównego, będąc Członkiem Hono-

rowym Towarzystwa Chirurgów Polskich od 13 lat. Mam 73 lata. Uważam się za jeszcze sprawnego umysłowo i fizycznie chirurga, nieograniczonego, jak dotychczas, w prawach członka Towarzystwa. Uchwalenie wyżej wymienionej poprawki sprawia, że ja i inni seniorzy Towarzystwa zostajemy pozbawieni biernego prawa wyborczego. Poczułem się nieswojo. Podczas dyskusji nad propozycją poprawki do Statutu zapytałem, czy mam już dzisiaj zrezygnować z uczestnictwa w pracach Zarządu, ponieważ mam już 73 lata. Pozwolono mi nadal być w Zarządzie, ponieważ zostałem wybrany w 2011 r., kiedy jeszcze w Statucie nie było ograniczenia wiekowego. Zarząd Główny w głosowaniu zatwierdza wniesioną poprawkę do Statutu pod obrady

Nie wiem, nie wiem, ciekawe, muszę przeczytać



Artur Andrus

Nie wiem, jak nazywa się to, co w miastach zajmuje się regulacją sygnalizacji świetlnej. Na potrzeby tego tekstu będę używał wymyślnego skrótu. TCWMZSRŚS (To, Co W Miastach Zajmuje Się Regulacją Sygnalizacji Świetlnej) powinno mieć podpisaną umowę z Tym, Co Ma Pieniądze Na Ochronę Naszego Zdrowia (czyli NFZ-em). Zauważyłem, że sygnalizacja świetlna na przejściach dla pieszych w mojej okolicy jest wykorzystywana do przymusowej rehabilitacji osób starszych i tych z problemami ruchowymi. Po prostu zielone świeci tak krótko, że w ciągu jednego świecenia na drugą stronę ulicy jest w stanie przejść co najwyżej nastolatek na dopalaczach. Emeryt, rencista, ktoś, kogo boli biodro albo porusza się o kuli, nie ma szans. Ale w związku z tym, że nie ma innego wyjścia, bo nie ma innego przejścia – próbuje. Chwyta się kogoś sprawniejszego, zamyka oczy i biegnie. Po udanej próbie stoi długo po drugiej stronie jezdni i próbuje złapać oddech. Przymusowa rehabilitacja. A czasem nawet eliminacja, bo nie wszystkim się udaje.

Państwo szuka oszczędności? A ustawić w pobliżu przejść dla pieszych lotne komisje Tego, Co Ma Mi Kiedyś Wyplacać Emeryturę, Ale Już Ja To Widzę i odbierać uprawnienia:

– Dzień dobry, kontrola ZUS, komisarz Ferguson. Panie Kowalski, pan ma grupę inwalidzką przyznaną na podstawie rzekomych schorzeń układu ruchu, tymczasem przed chwilą stwierdziliśmy dużą sprawność w przebieganiu przez przejście dla pieszych. W związku z zaistniałą sytuacją zawieszamy panu rentę i nakładamy

grzywnę w wysokości 500 zł za symulantstwo. Zamiast skierowania do Ciechocinka, otrzymuje pan „nakaz rehabilitacji miejskiej” i codziennie w godzinach szczytu będzie pan zawożony przez kuratora na skrzyżowanie Kruczej i Hożej, po którym będzie się pan poruszał chyżo. Oficjalną decyzję otrzyma pan pocztą na ozdobnym druku ze zdjęciem ministra zdrowia i życzeniami zdrowia od ministra finansów.

Nie wiem, jak mierzy się sprawność seksualną mężczyzn. A zaintrygowało mnie to niedawno, kiedy w telewizji zobaczyłem reklamę jakiegoś leku: „Badania wykazują, że sprawność seksualna mężczyzn zażywających XYZ poprawia się trzykrotnie”. Czyli, że jak? Może trzy razy częściej? Trzy razy dłużej? Trzy razy ciekawiej niż dotychczas? Na pewno nie wszystko na raz, bo wtedy specjaliści od marketingu firmy produkującej ten lek triumfalnie obwieściliby, że sprawność seksualna mężczyzn poprawia się dwudziestosiędmioкратно (3 x 3 x 3).

Ciekawe, jak takie badania są prowadzone? Obawiam się, że w podobny sposób jak te, o których przeczytałem niedawno w gazecie: „Przeciętna długość stosunku seksualnego Polaków zmniejszyła się do 13,9 minuty – wykazały badania opublikowane w raporcie >Seksualność Polaków 2011<. Jeszcze 10 lat temu Polacy deklarowali, że kochają się

średnio 18 minut”. Zwracam uwagę na słowo „deklarowali”. Być może „trzykrotna poprawa sprawności seksualnej mężczyzn” to też tylko deklaracja. Chyba, że na pytanie o sprawność mężczyzn odpowiadały ich partnerki? Wtedy można wierzyć. A średni czas „kochania się” powinni mierzyć nie sami Polacy, tylko ci, którzy się z nimi kochali albo byli świadkami tego kochania. Na przykład Szwajcarzy. Bo dokładni. Takie wyniki mogą być wiarygodne. Chociaż nadal niezbyt wesołe... Tylko 13,9 minuty... Że użyję zgrabnego porównania: to już bób się dłużej gotuje! I jeszcze metafora: zielone coraz krócej świeci!

Muszę przeczytać cały raport „Seksualność Polaków 2011”, bo być może znajduje się w nim nie tylko deklarowana odpowiedź na pytanie: „jak długo?”, ale również szczerza na: „dlaczego tak krótko?”. A powód może być banalny. Ot, na przykład: „bo mąż niedługo wraca”. ■

Autor jest dziennikarzem radiowej „Trójki”, konferansjerem i satyrykiem.

Nadzwyczajnego Walnego Zebrania przy jednym, moim, głosie przeciwnym. W tym samym dniu o godz. 17.30 odbywa się Nadzwyczajne Zebranie Członków TChP. Udział w Zebraniu i w głosowaniu nad wspomnianą poprawką do Statutu wzięło udział 43 członków TChP wobec ok. 3000 członków Towarzystwa Chirurgów Polskich. Uchwała nr 4 Walnego Zebrania Członków Towarzystwa Chirurgów Polskich z dnia 30 marca 2012 r. w sprawie zmiany § 20 Statutu w punkcie 3. sankcjonuje zapis: „Członkiem Zarządu Głównego, komisji Rewizyjnej i Sądu Koleżeńskiego mogą być wybierani członkowie Towarzystwa, którzy nie ukończyli 70. r.ż.”.

Moim zdaniem, uchwalając ww. poprawki, zostały złamane następujące zasady:

1) złamano art. 32 Konstytucji RP z 1997 r., który brzmi: „1. Wszyscy są wobec prawa równi. Wszyscy mają prawo do równego traktowania przez władze publiczne. Nikt nie może być dyskryminowany w życiu politycznym, społecznym lub gospodarczym z jakiegokolwiek przyczyny”.

2) zdecydowanie ograniczono prawa wyborcze członków Walnego Zgromadzenia, ponieważ nie będą mogli wybierać do Władz Towarzystwa swoich kandydatów tylko dlatego, że niektórzy z nich ukończyli 70. r.ż.

Wszyscy doświadczeni chirurdzy seniorzy, dla których chirurgia była sensem i treścią życia, zostali pozbawieni możliwości wyboru do władz Towarzystwa, tracąc bierne prawa wyborcze, pomimo że nadal

pozostają członkami Towarzystwa. O tym, czy senior może być wybierany do organów Towarzystwa, powinien decydować sam kandydat.

Na zakończenie nasuwa mi się smutna refleksja. Twórca Towarzystwa Chirurgów polskich, prof. Ludwik Rydygier, zmarł, kiedy ukończył 70. rok życia. Czyżby powrót do tradycji? ■

Z poważaniem, zatroskany szczerze o losy Towarzystwa Chirurgów Polskich,

Krzysztof Bielecki, członek Zarządu Głównego Towarzystwa Chirurgów Polskich, wybrany przez uczestników Walnego Zgromadzenia Członków TChP podczas Zjazdu Chirurgów polskich w Łodzi w 2011 r.



Agata Morka

Na manowcach

Nikt tak cudnie nie zwodzi na manowce jak Hieronymus Bosch. Jego pejzaż to bezdroża bytujące gdzieś poza kategoriami czasu, miejsca czy prawdopodobieństwa. To pejzaż na pierwszy rzut oka przyjazny, a jednak przyczajony, bo w pniach drzew czyhają tutaj dziwne sowy, z gilotyn zwisają niedźwiedzie, a prądy rzek znoszą martwe ciała. Wśród tego dziwnego pejzażu malarz umieszcza równie dziwaczne sceny, zdarza się nawet, że – jak w „Leczeniu głupoty”

– oto na środku pola lekarz rozcina głowę pacjenta. Nieszczęśnik przywiązany do fotela poddaje się zabiegom z wyraźnym przerażeniem na twarzy. Krwawej scenie asystuje podekscytowany mnich i raczej znudzona zakonnica, której nie wzrusza nawet fakt, że ma na głowie olbrzymią księgę. Śmiałe skosy kompozycyjne, utworzone przez gesty postaci, sposób ułożenia ciała pacjenta, a nawet linie mebli potęgują jeszcze wrażenie niemalże dosłownej przewrotności całej sceny,

wszystko gubi tu równowagę, balansując na granicy rzeczywistości i fantasmagorii. W zasadzie nie wiadomo, kto jest bardziej szalony: chirurg, pacjent czy asystenci. Wstępną diagnozę stawia sam tytuł obrazu, chodzi o uleczenie pacjenta z głupoty. Jakie jednak lekarstwo stosuje lekarz, jaka chirurgiczna procedura rozgrywa się przed oczami widza w samym sercu Boschowskich manowców? ■

Autorka jest doktorem historii sztuki.

Hieronymus Bosch (niesygnowany) „Leczenie głupoty” (po 1490)

A



B



Rozwiązanie poprzedniej zagadki

Oryginał to obraz A. Chory/demon z obrazu „Kuszenie świętego Antoniego” Matthiasa Grünewalda cierpi na tak zwany ergotyzm – chorobę wywołaną zatruciem sporyszem zbożowym, grzybem bytującym w zbożu. W średniowieczu choroba ta, nazywana „ogniem świętego Antoniego”, była dość popularna. Ołtarz z Isenheim, którego częścią jest omawiany obraz, zamówiony był dla zakonu szpitalnego antonitów, którzy zajmowali się m.in. leczeniem chorych na ergotyzm. W wiekach średnich typowe objawy zatrucia sporyszowego, takie jak plamy skórne, uczucie palenia, konwulsje i halucynacje, przypisywano opętaniu przez demony lub uważano je za zasłużoną karę boską za grzechy.

1. Włożenie krzyża do prawej ręki świętego Antoniego.

Na obrazie Grünewalda święty Antoni kurczowo ściska w dłoni różaniec, jako broń przeciwko demonom. Równie dobrze jed-

nak w rękę mógłby trzymać krzyż, jako dodatkową ochronę przed mocami zła. Z wielkim krzyżem malował świętego Antoniego na przykład Salvador Dali. W jego wersji kuszenia Antonii odpiera atak demonicznego stada słoni na niepokojąco cienkich nogach.

2. Dodanie jednemu z potworów twarzy kobiety.

Podczas swego pobytu na pustyni święty Antoni musiał odpierać ataki najróżniejszych potworów. Jednymi z najcięższych prób były jednak wizyty pięknych kobiet. W swojej interpretacji „Kuszenia świętego Antoniego” Grünewald skupił się na fantastycznych potworach, podczas gdy współcześni mu włoscy mistrzowie chętniej malowali Antoniego w towarzystwie pognętych kusicielk.

3. Dołożenie bochenka chleba do paczki, którą trzyma chory.

Gdyby w zawiniątku, które trzyma chory/demon, Grünewald umieścił bochenek żytniego chleba, wykazałby się wiedzą daleko wykraczającą poza ramy swojej epoki, sugerując tym samym, że chory zjadł zarażony sporyszem chleb. Dopiero w 1597 r. odkryto, że choroba ta ma coś wspólnego z dietą. W XVII w. francuski lekarz Thullier, analizując sposób odżywiania się biednych i bogatych (którzy nie jedli żytniego chleba), ostatecznie potwierdził, że to nie demony, a grzyb *Claviceps purpurea* powoduje u chorych objawy ergotyzmu.

4. Dodanie wokół stopy chorego/demonia płomieni.

Jednym z najczęstszych objawów ergotyzmu było uczucie silnego pieczenia w kończynach, czemu choroba zapewne zawdzięcza swą alternatywną nazwę. Istnieje dużo malarskich przedstawień, w których nogi i ręce chorych pokazywano w prawdziwych płomieniach. ■

◀ Znajdź cztery szczegóły różniące obrazy. Wskaż oryginał i postaw rozpoznanie.

Odpowiedź prześlij na bladmalarski@gazetalekarska.pl do **15 października 2012 r.**

W temacie maila należy wpisać GL10. Proszę nie zapomnieć o podaniu danych kontaktowych.



WWW.TEATRKAMIENICA.PL

SPONSOR KONKURSU

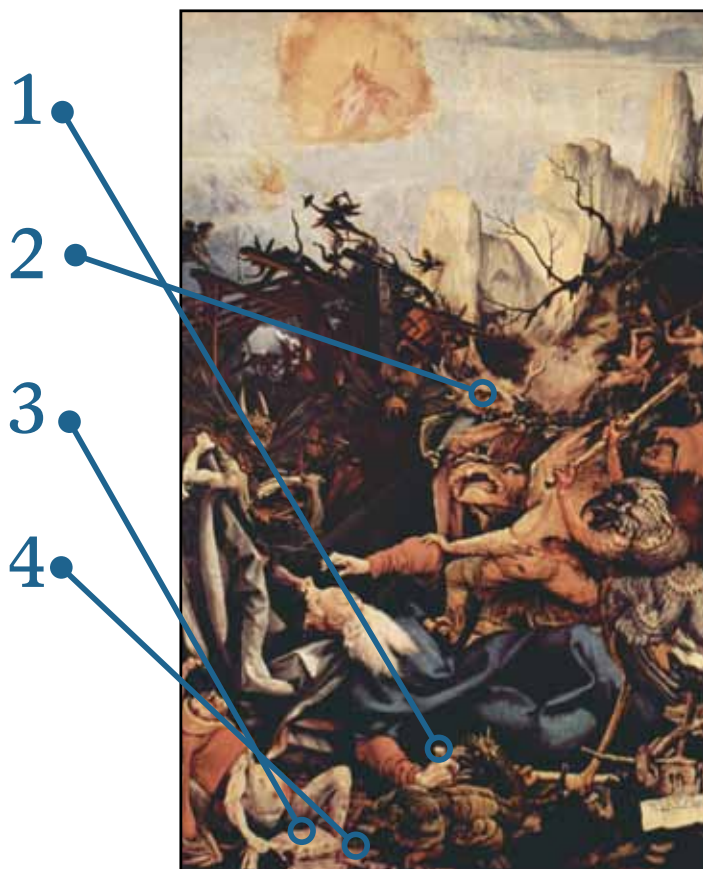
Dla dwóch osób, które prześlą prawidłowe odpowiedzi, **Teatr Kamienica** ufundował dwa podwójne zaproszenia na listopadowy spektakl (termin do ustalenia w kasie teatru) „W obronie jaskiniowca”

NAGRODZENI

Za prawidłowe rozwiązanie zagadki z **GL9** nagrody otrzymują:

1. Tomasz Dekert z Łodzi
 2. Dorota Kwapisz z Warszawy
- Gratulujemy!

Matthias Grünewald „Kuszenie świętego Antoniego”





Agnieszka Kania

Tředowaci

Mięso rzucono na stół. Bez serwety, bez papieru, nawet bez liścia łopucha. Straszy skrzepłą krwią, porożrywanymi ścięgnami, odciskami palców rzeźnika. Dawniej znalazłoby się na śmietniku, bo zgodnie z czternastowieczną ordynacją dla rzeźników: „Nikt nie może sprzedawać mięsa wołu, jeśli jest łykowate i kleiste. A ławnicy będą mogli zabrać takie mięso i wrzucić je do rzeki”. A dziś stało się tematem obrazu.

„Ochłap” Jacka Sienickiego (1928-2000) aż zgęstniał od brunatnych czerwieni, brązów i gruzłowatych plam bordo. Przykuwa wzrok. Każe zatrzymać się przed płótnem. Spójrz – zdaje się mówić – jak ten gnat dojrzewa na tle ściany! Artysta często malował padlinę. Może upodobał sobie rozkład, może chciał zwrócić uwagę na podobieństwo do ludzkich zwłok? Powrócić do średniowiecza, kiedy wierzono, że choroba postępuje jak psucie się mięsa. I jak pleśnienie jezior, gnienie stawów, butwienie bajor pokrytych rzęsą. Trudno się temu dziwić, skoro ciało, według ówczesnych mędrców, składało się z czterech płynnych humorów: krwi, żółci, flegmy i melancholii, czyli czarnej żółci. Krew decydowała o żywotności. To dzięki niej organizm był ciepły i wilgotny. Żółć pomagała w trawieniu, a bezbarwna flegma spełniała rolę smaru. Chłodziła też organizm w czasie upałów i gorączki, jej nadmiar pojawiał się jako katar, pot i łzy. Melancholia prawie nigdy nie występowała w czystej postaci, lecz farbowała inne płyny, a także nadawała barwę skórze i włosom.

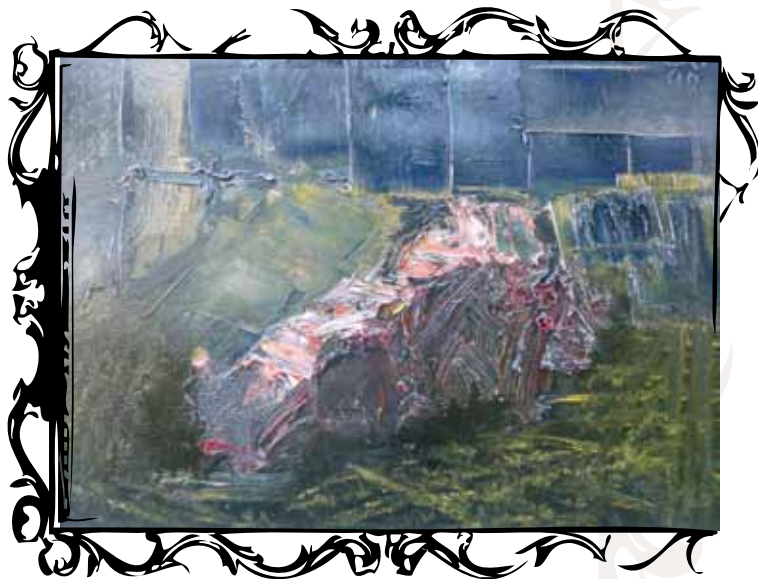
W średniowieczu uważano, że humory nasączają wszystkie organy, przenikają je, wypełniają wklęsłości, nadają ciału konsystencję. Są jego „pierwszym początkiem” – przekonywał Bartłomiej Anglik – jednak szybko się psują, toteż należy je często oczyszczać. Dbać o nie, przywracać ich równowagę i usuwać nadmiary. Jean Froissart w swojej „Kronice” opisał zmagania lekarzy Karola V, którzy ze wszystkich sił starali się utrzymać na ramieniu władcy sporą przetokę. Miał tamtędy wypływać

jady i „złośliwe humory”. A kiedy król umarł w 1380 r., jako przyczynę zgonu podano zastrzymanie wycieku.

W tamtych czasach chorobę traktowano jako karę za grzechy. O sprawiedliwość dbał sam Wszechmogący. Jakież to musiały być przewinienia, aby zarazić się trędą? Lepa oznaczała przecież śmierć. Nie pomagały żadne maści, zaklęcia ani kastracja – autorzy pierwszych wieków cesarstwa podawali, że wśród eunuchów nie ma trędowatych. Trzebiono więc mężczyzn – tych zdrowych profilaktycznie, a z oznakami choroby – leczniczo. Jeśli któryś przeżył zabieg, ponoć wracał do zdrowia. Dla innych pozostawał rytuał wykluczenia, który przypominał zresztą pogrzeb. Kapłan zjawiał się w oparach dymu z kadzielnicy ukryty za ciężką maską z ptasim dziobem. Oddzielony zasłoną z piór od gangreny. Jakby zgnilizna omijała skrzydlatych, dotykała tylko istot ziemskich. Niebo zaś posiadało właściwości ochronne.

Kaznodzieja nachylał się nad chorym, otwierał lniany worek wypełniony ziemią z cmentarza i trzy razy posypywał nią głowę nieszczęśnika, wypowiadając przy tym złowieszczą formułę: „Przyjacielu mój, oto znak, że umarłeś dla świata, znoś to cierpliwie”. Ostatnim słowem towarzyszyły stukot kołatek, zawrodoenie i śpiewy. Bo oto odrzucony przyjmował nowe obywatelstwo. Stawał się pełnoprawnym członkiem społeczeństwa odrąconych, „trędowatych, poczwarnych, z ciałem przeżartym, zetłonym” – czytamy w „Dziejach Tristana i Izoldy”.

Ci bezkształtni, pozbawieni twarzy, a więc i tożsamości ludzie mieszkali w leprozoriach, swoistych miastach-państwach prowadzonych przez braci od świętego Łazarza, gdzie jedynym



Jacek Sienicki „Ochłap” (1998)

obowiązującym prawem był zakaz opuszczania siedzib. Niczego im nie brakowało. Mieli własne prycze, suknie, baryłki, dwie pary zasłon, rzemień, noże, drewniane czarki i zamykane na klucz szkatułki, jakieś siekiery, łopaty, garnki i miski – wszystko poświęcone przez ojców wieloletnich. Patrzyli, jak z roku na rok skóra się od nich odkleja, tracą włosy, więdną ich kończyny, krzywią się usta, guzowacieją uszy, wzrok dziczeje. I odpadają nosy. Zamiast twarzy pojawia się pysk lwa (facies leonina). Czasem z grzechotkami w dłoniach próbowali wracać do dawnego świata. Lecz tam ryglowano przed nimi drzwi, zatrzaskiwano okiennice, odmawiano stosowne modlitwy, odczyniano uroki. Kto umiał, zamawiał chorobę, zaklęciami oddalał „złośliwe wyziewy” i „zgniełe humory”, które według Konstantyna Afrykańczyka i Arnolda z Villanova przenosiły zarazę z jednej osoby na drugą.

Na obrazie Jacka Sienickiego leży gnat obrosnięty mięsem. Przeżarty przez robactwo, spleśniały od środka, dojrzewa na nieheblowanych deskach. Czyż nie jest to metafora przemijania? Dotyka tajemnicy cielesności, perspektywy odejścia, daje przejmujące świadectwo obecności śmierci w życiu. Czuć tu napięcie, lęk, drżenie o przyszłość. Bo życie i jego kres są sobie bliskie jak ochłap i stół. ■

Autorka jest lekarką dentystką z Opola.

Igrzyska lekarskie na Podhalu

W dniach 6-9 września Zakopane gościło uczestników X, jubileuszowych igrzysk lekarskich.

Wdorocznych zawodach wzięło udział ponad 700 lekarzy i lekarzy dentystów. Z rodzinami i osobami towarzyszącymi przez stadiony, hale i korty lekarskich zawodów przewinęło się w sumie około 1200 osób. Rywalizowano o medale w kilkunastu dyscyplinach. Najwięcej zawodników stawiało się na stadionie lekkoatletycznym i pływalni Centralnego Ośrodka Sportu. Wieczorem, podczas uroczystości wręczenia medali, będącego jednocześnie spotkaniem towarzyskim, namiot igrzysk był szczerze wypełniony. W tym roku obok osób, które wielokrotnie brały udział w sportowej rywalizacji pod Giewontem, widać było sporo nowych twarzy. Zwracała uwagę duża liczba lekarskich pociech zarówno kilkuletnich, jak i takich w wózkach. Został chyba ustanowiony trudny do pobicia „rekord” co do wieku „uczestnika” igrzysk. Marysia miała 6 tygodni! Jej mama Joanna Urbaniak zdobyła trzy złote medale – sześć tygodni po porodzie!

Serdeczne podziękowania za trud włożony w organizację dziesiąciu edycji igrzysk lekarskich i gratulacje z powodu tak sprawnego ich przeprowadzenia składamy Maciejowi i Izcie Jachimiakom. Do zobaczenia za rok w Zakopanem, jak zwykle w drugi weekend września.

Rozmowa z Maciejem Jachymiakiem, pomysłodawcą i organizatorem igrzysk lekarskich, w ich X-lecie.



Dlaczego zacząłeś organizować igrzyska lekarskie?

Moje życie zawsze było wypełnione sportem, od dziecka uprawiałem różne dyscypliny, jako dorosły głównie koszykówkę. Po studiach zaczęliśmy

z kolegami organizować koszykarskie mistrzostwa Polski lekarzy. W 2002r. pojechaliśmy na Światowe Igrzyska Medyczne na Węgrzech i to były fantastyczne zawody. To tam, nad Balatonem zrodził się pomysł zorganizowania podobnej imprezy u nas. Zyskał przychylność Naczelnej Rady Lekarskiej i Rady Okręgowej w Krakowie i od następnego roku zaczęliśmy. A że ja mieszkam na Podhalu, zorganizowanie igrzysk tutaj było najwygodniejsze.

Myszę, że jednym z powodów, że tak wiele osób bierze udział w tych zawodach, jest to, że odbywają się właśnie w Zakopanem.

Na pewno tak, Tatry są piękne, Zakopane i całe Podhale podobnie i domyślam się, że to jest magnes, przyciągający ludzi, oczywiście poza pasją do sportu. Choć ja tej magii Zakopanego tak nie odczuwam, mam tu gabinet i jestem często.

Podczas ceremonii zamknięcia igrzysk mówiłeś o osobach, które inspirowały Cię do zorganizowania tych zawodów.

To przede wszystkim drużyna koszykarzy z Lublina, z którą byłem wtedy nad Balatonem. Poza tym jest kilka sportowych grup lekarskich, które od początku żywiołowo zareagowały na pomysł. Grupa kolarska, pływacy, piłkarze, siatkarze, teniści stołowi, ostatnio bardzo dobrze organizują się lekkoatleci. Na naszą imprezę przyjeżdżają pasjonaci wielu dyscyplin i podpowiadają nam, jak je organizować. A najważniejsze jest to, że mimo iż pomysł organizacji igrzysk był ryzykowny, od początku nie mamy problemów z liczbą uczestników, igrzyska są popularne.

Liczba zawodników jest wręcz imponująca, ilu lekarzy wzięło udział w tegorocznej rywalizacji?

Zarejestrowano około 800 osób, a że lekarzom – zawodnikom towarzyszą często całe rodziny, szacujemy, że na igrzyska zawitało pewnie jeszcze kilkaset osób więcej, w sumie jakieś 1300, może więcej.

Wiele dobrego można usłyszeć o letnich igrzyskach od ich uczestników, ale jeszcze bardziej są komplementowane igrzyska zimowe. Mają one szczególny charakter.

Igrzyska letnie, to ogromne przedsięwzięcie, trud-

ne logistycznie. Igrzyska zimowe mają charakter zdecydowanie bardziej kameralny. Jest tam mniej konkurencji, nie odbywają się w tym samym czasie, można więc wzajemnie sobie kibicować. Panuje rodzinna atmosfera. Poza tym trzeba wiedzieć, że Podhale najpiękniejsze jest zimą.

Co, z perspektywy 10 lat, uznajesz za największy sukces igrzysk?

Największy sukces, to fakt, że jest duża grupa lekarzy, którzy nie wyobrażają sobie końca lata bez igrzysk. Owocem tych spotkań są znajomości, przyjaźnie, a nawet małżeństwa. Są dzieci, które przyjeżdżały tu w brzuchach mam, a teraz same zdobywają medale. Cieszy widok lekarskich rodzin wielopokoleniowych. Startują dziadek, syn i wnuczek. Sukcesem są też znakomite wyniki sportowe, co łatwo sprawdzić w dyscyplinach, gdzie mierzy się wynik, takich jak lekkoatletyka czy pływanie. Są wśród nas osoby, które w młodości ocierały się o kadry narodowe, ale przerywały uprawianie sportu dla medycyny. Jest tu wielu wybitnych sportowców i jeszcze więcej osób, które uprawiają sport dla zdrowia.

Co uznajesz za niepowodzenie?

Że jeszcze nie zrobiliśmy tu igrzysk światowych, ale to skomplikowana sprawa. Innych niepowodzeń nie dostrzegam. Oczywiście bywam skrajnie zmęczony, czasem coś nie układa się jak zaplanowaliśmy, czasem pata nam figle pogoda. Kilka lat temu podczas igrzysk letnich spadł śnieg, a na zimowych było +15 stopni. Generalnie jednak nie ma co narzekać, a problemy zawsze są, o czym wiedzą wszyscy, którzy organizują podobne imprezy.

Wszyscy uczestnicy wiedzą o pomocy, której udziela ci twoja żona Iza, kto jeszcze pomaga?

Iza wzięła na siebie całą sferę „materiałną” oraz kieruje biurem. Bardzo ważna jest grupa profesjonalnych sędziów z Zakopanego, często są to ludzie prowadzący najważniejsze światowe imprezy. Poza tym dyrekcja Centralnego Ośrodka Sportu, władze samorządowe Zakopanego, tutejsza policja, straże pożarne. Są także koledzy, lekarze, eksperci poszczególnych dyscyplin, którzy konsultują czy pomagają w ich organizacji.

Kto finansuje igrzyska?

Sami lekarze, bo największa pozycja w budżecie to wpłaty uczestników. Niektóre okręgowe izby lekarskie pokrywają koszt wpisowego swoich reprezentantów. Znaczącą pomoc otrzymujemy z Naczelnej Rady Lekarskiej oraz Izby Lekarskiej w Krakowie. Staramy się organizować to święto lekarskiego sportu „po kosztach”, bez zysku. W tym roku nie było też żadnych sponsorów, może to i zdrowiej.

Co dalej z igrzyskami?

Wczoraj odbyło się posiedzenie Komisji Sportu NRL. Wymieniliśmy uwagi dotyczące organizacji, po 10 latach doświadczeń. Postaram się je wykozystać, coś poprawić. Wychodzi na to, że igrzyska będą organizowane, dopóki lekarze będą na nie przyjeżdżać. Na razie zapraszamy do Zakopanego w drugi weekend marca 2013 r. na VIII igrzyska zimowe, a w drugi weekend września przyszłego roku na XI-letnie igrzyska lekarskie. ■



Na igrzyskach lekarzy działo się naprawdę wiele (więcej zdjęć na www.gazetalekarska.pl)



Jacek Łabudzki

Triathloniści na starcie



18 sierpnia elita medyków sportowców z całego kraju spotkała się na IV Mistrzostwach Polski Lekarzy w Triathlonie, które odbyły się w Sandomierzu.

Pełna relacja na www.gazetalekarska.pl

Konkursy na ordynatorów

Dyrekcja Radomskiego Szpitala Specjalistycznego w Radomiu w porozumieniu z Okręgową Izbą Lekarską ogłasza konkurs na stanowisko

■ Ordynatora Oddziału: Chirurgii Ogólnej naszego szpitala.

Kandydaci zgłaszający się do konkursu powinni posiadać kwalifikacje zgodne z rozporządzeniem Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 29.03.1999r./Dz.Ustaw nr. 30 poz. 300/ specjalizację II stopnia oraz minimum 8 lat pracy w zawodzie. Kandydaci proszeni są o składanie dokumentów określonych w rozporządzeniu Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 19.08.1998r./Dz.Ustaw nr. 115, poz. 749/ i /Dz.Ustaw 45 poz. 530 z 30 maja 2000r./-tj. podanie, odpis dyplomu, przebieg pracy zawodowej, prawo wykonywania zawodu, zaświadczenie o posiadanych specjalizacjach, stopniach i tytułach naukowych, spis publikacji, 2 opinie o kwalifikacjach zawodowych oraz opinię z ostatnich 3 lat pracy lub świadectwo pracy zawodowej z okresu ostatnich 3 lat / w razie gdy stosunek pracy ustał lub został rozwiązany/ oświadczenie o niekaralności, w tym za przewinienia zawodowe.

Dokumenty należy składać w kopercie podpisanej imieniem i nazwiskiem na adres: Radomski Szpital Specjalistyczny 26-600 Radom ul. Tochtermana 1 z dopiskiem na kopercie „Konkurs na stanowisko”

O terminie i miejscu przeprowadzenia konkursu kandydaci zostaną powiadomieni indywidualnie.

Dyrektor Wojewódzkiego Centrum Szpitalnego Kotliny Jeleniogórskiej w Jeleniej Górze w porozumieniu z Dolnośląską Izbą Lekarską we Wrocławiu ogłasza konkurs na stanowiska ordynatorów:

- **PODODDZIAŁ ALERGOLOGICZNY**
- **ODDZIAŁ CHIRURGII DZIECIĘCEJ**
- **I ODDZIAŁ CHIRURGII OGÓLNEJ I ONKOLOGICZNEJ**
- **ODDZIAŁ NEONATOLOGICZNY**
- **ODDZIAŁ GRUŹLICY I CHOROBY PŁUC W KOWARACH**
- **SZPITALNY ODDZIAŁ RATUNKOWY**

Kandydaci zgłaszający się do konkursu proszeni są o składanie dokumentów określonych § 11 ust.1 rozporządzenia MZIOS z 19.08.1998r. w sprawie szczegółowych zasad przeprowa-

dzenia konkursu na niektóre stanowiska kierownicze w publicznych zakładach opieki zdrowotnej, składu komisji konkursowej oraz ramowego regulaminu przeprowadzania konkursu (Dz.U. z 1998r. nr 115 poz.749 ze zm.).

Wymagane kwalifikacje zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 20.07.2011r. w sprawie kwalifikacji wymaganych od pracowników na poszczególnych stanowiskach pracy w podmiotach leczniczych niebędących przedsiębiorcami (Dz.U. nr 151 poz.896).

Oferty prosimy składać w terminie 30 dni od daty określonej w „Gazecie Lekarskiej” pod adresem: Wojewódzkie Centrum Szpitalne Kotliny Jeleniogórskiej Ogińskiego 6, 58-506 Jelenia Góra z dopiskiem „Konkurs na stanowisko ordynatora oddziału...” oraz nazwiskiem, imieniem i adresem do korespondencji.

Przewidywany termin rozpatrzenia zgłoszonych kandydatur: 30 dni od dnia upływu składania dokumentów.

O terminie i miejscu przeprowadzenia konkursu kandydaci zostaną powiadomieni indywidualnie. Mieszkania nie zapewniamy.

Dyrektor Samodzielnego Publicznego Zespołu Zakładów Opieki Zdrowotnej w Pionkach, w porozumieniu z Okręgową Izbą Lekarską w Warszawie, ogłasza konkurs na stanowisko

■ Ordynatora Oddziału Położniczo-Ginekologicznego

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

Kandydaci proszeni są o złożenie dokumentów określonych rozp. M. Z. i O. S. z dnia 19.08.1998r. w sprawie szczegółowych zasad przeprowadzania konkursów na niektóre stanowiska kierownicze w publicznych zakładach opieki zdrowotnej, składu komisji konkursowej oraz ramowego regulaminu przeprowadzania konkursu (Dz. U. Nr 115, poz. 749 z póź. zm. w Dz. U. z 2000 r. Nr 45,poz.530).

Kandydaci powinni przedstawić: podanie, odpis dyplomu, przebieg pracy zawodowej, prawo wykonywania zawodu, zaświadczenie o posiadanych specjalizacjach, stopniach i tytułach nauko-

wych, spis publikacji, 2 opinie o kwalifikacjach zawodowych oraz opinię z ostatnich 3 lat pracy lub świadectwo pracy zawodowej z okresu ostatnich 3 lat (w razie gdy stosunek pracy ustał lub został rozwiązany) i oświadczenie o niekaralności, w tym za przewinienia zawodowe oraz inne dokumenty w szczególności potwierdzające doświadczenie i kwalifikacje zawodowe kandydata.

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

Samodzielny Publiczny Zespół Zakładów Opieki Zdrowotnej

26-670 Pionki, ul. Sienkiewicza 29

O terminie posiedzenia Komisji Konkursowej kandydaci zostaną powiadomieni indywidualnie.

Praca / zatrudnię

114 Szpital Wojskowy z Przychodnią w Przemysłu zatrudni lekarzy chorób

wewnętrznych, medycyny rodzinnej, dermatologii, neurologii, ortopedii, rentgenodiagnostyki, a także lekarzy w trakcie specjalizacji lub chcących specjalizować się w wymienionych specjalizacjach. Zapewniamy dogodne warunki zatrudnienia, specjalizacji i możliwość zakwaterowania. Kontakt: od godz. 7.15 do 14.50, tel. 693 360 150 lub 61/67 71 500.

Klinika Stomatologii Estetycznej i Chirurgii

Alfa-Med w Bydgoszczy poszukuje do współpracy lekarza stomatologa. Osoby zainteresowane proszę o kontakt elektroniczny – kariera@alfa-med.pl lub telefoniczny – 600 262 738.

NZO KLINIKA PROMIENISTA w Poznaniu

nawiąże współpracę ze specjalistami zabiegowcami w zakresie prywatnych operacji planowych. Tel. 61 862 20 15 info@promienista.pl

Dermatologia w Zurychu.

Zatrudnię lekarkę w praktyce dermatologicznej k. Zurychu. Podstawy j. niemieckiego/angielskiego oraz doświadczenie w medycynie estetycznej są mile widziane. Kontakt: Dr.Klimmek@web.de

Wojewódzki Samodzielny Zespół Publicznych Zakładów Opieki Zdrowotnej

im. prof. Eugeniusza Wilczkowskiego w Gostyninie zatrudni: lekarza chcącego specjalizować się w psychiatrii, lekarza psychiatrę, specjalistę psychiatrę. Możliwe jest zatrudnienie w niepełnym wymiarze czasu pracy.

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

Cennik ogłoszeniowy: Konkurs na ordynatora 1700 PLN+ VAT 23%. Zatrudnię lekarza, drobne: 15 PLN za słowo + VAT 23%.

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

Oferty z listem motywacyjnym i CV prosimy kierować na adres: Wojewódzki Samodzielny Zespół Publicznych Zakładów Opieki Zdrowotnej im. prof. Eugeniusza Wilczkowskiego w Gostyninie, 09-500 Gostynin, ul. Zalesie 1, tel. 24 236 00 00 lub 24 236 00 01.

Dyrektor Health Resort & Madical SPA Panorama Morska, 76-107 Jarosławiec, ul. Uzdrowskowska 15, tel. 94/ 34 82 770, dyrektor@panorama-morska.pl, www.panorama-morska.pl, ogłasza konkurs na stanowiska lekarzy POZ, rehabilitacji. Zatrudnienie od stycznia 2013 r., możliwość mieszkania służbowego. Zarobki 8-15 tys. miesięcznie, wynagrodzenie 60-80 zł za godzinę w zależności od specjalizacji. Praca codziennie lub 3,4 dni w tygodniu. Od wiosny do jesieni dyżury nocne i świąteczne w sanatorium.

ZPZOZ w Otwocku, ul. Batorego 44 zatrudni lekarza internistę oraz lekarza pediatrę do pracy w Przychodni w Sobolewie oraz w Gończycach. Niezbędne kwalifikacje zgodne z wymogami NFZ. Warunki oraz forma zatrudnienia do uzgodnienia. Wszelkie informacje można uzyskać pod nr tel. 22 778 26 10 lub osobiście w Sekretariacie.

Dyrektor SPZOZ w GIŻYCKU zatrudni lekarzy ze specjalizacją w zakresie ginekologii i położnictwa. Osoby zainteresowane prosimy o kontakt pod numerem telefonu 87 429 66 01.

Codzienna Stomatologia Kosmetologia Mysłówce Dąbrowa Górnicza nawiąże współpracę z lekarzem stomatologiem, anestezjologiem, chirurgiem stomatologicznym. www.codziennastomatologia.pl. Więcej informacji pod tel. 695-396-314

Stomatolog stażysta szuka pracy od października w Poznaniu i okolicach, tel. 668547732, e-mail: kopylopi@hotmail.com

NZOZ w Koszalinie zatrudni lekarza POZ (przyjęcia dzieci i dorosłych) na pełen etat. Zapewniamy mieszkanie i atrakcyjne warunki płacowe, tel. 785 087 890, e-mail: recepty@poczta.onet.pl

Szpital Twoje Zdrowie w Opatowie zatrudni lekarzy specjalistów: chirurgii ogólnej i naczyniowej, ginekologii i położnictwa, geriatrici, radiologów, chorób wewnętrznych, diabetologii i gastroenterologii. Można się specjalizować w dziedzinie pediatrii i chorób wewnętrznych. Kontakt: tel. (15) 8336 427, e-mail: sekretariat@twojezdrowie.pl

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

Zatrudnię stomatologa w okolicach Łomży. Umowa NFZ. tel 602300839.

stomatologa Tarnobrzeg 602251959

Nowy NZOZ w Rzeszowie zatrudni pediatrów, lekarzy rodzinnych na pełny Etat lub godziny Wiadomość: 798674511

Zatrudnię lekarza stomatologa z praktyką w Centrum Stomatologicznym we Wrocławiu. Wymagana własna działalność gospodarcza. Tel.: 535 361 364

Niemiecki lekarz ogólny szuka swojego następcy. Bardzo atrakcyjne warunki. Kontakt po 19.00. Tel: 0049 9741 4383 tel. kom.: 0049 175 412 7682 www.dr-helge-zimmermann.de

Lekarza rodzinnego/internistę z dobrym angielskim do pracy w poz w Cork (Irlandia) zatrudnię. bogusiarojek@eircom.net

Niemieckie kliniki- poszukują lekarzy specjalistów z zakresu Medycyny Wewnętrznej, Neurologii, Urologii z doświadczeniem w Neurourologii. Wymóg - Certyfikat B2 z niemieckiego. Kontakt TTM Healthcare tel. (22)416 30 19 lub beata@ttmhealthcare.com

Dyrekcja Samodzielnego Publicznego Zespołu Opieki Zdrowotnej w Kościanie ul. Szpitalna 7, 64-000 Kościan zatrudni lekarzy specjalistów do pełnienia dyżurów na Oddziale Położniczo – Ginekologicznym (kontrakt/dyżury). Bliższych informacji udziela Dyrektor SP ZOZ w Kościanie. Tel. 065 – 5121640. Fax. 065 – 5120707.

NZOZ BIOS w Tłuszczu zatrudni lekarza rodzinnego, internistę, pediatrę, Dobre warunki finansowe. Telefon 604 13 25 34, 29 75 73 219.

ZATRUDNIĘ STOMATOLOGA W ZAMBROWIE, TEL. 668117247

Lekarz 2 rok specjalizacji kardiologia poszukuje pracy 609-350-626

SPZOZ Szpital Powiatowy w Opocznie, tel.: (044) 754 48 14 lub tel. kom: 505 024 287, e-mail: kk@szpital.opoczno.net zatrudni lekarzy: internistę do pracy w Oddziale Wewnętrznym; anestezjolog; Kierownika Wiejskiego Ośrodka Zdrowia; lekarzy do pracy w POZ w Przychodni Rejonowej w Opocznie; lekarza do pracy w POZ z uprawnieniami medycyny pracy; specjalistę położnictwa i ginekologii; lekarzy chcących podjąć specjalizację z chorób wewnętrznych, pediatrii i anestezjologii. Zapewniamy mieszkania

NZOZ zatrudni lekarza w POZ powiat suwalski tel. 506-377-789

Szpital Specjalistyczny w Brzozowie Podkarpacki Ośrodek Onkologiczny zatrudni w Oddziale Hematologii Onkologicznej na bardzo korzystnych warunkach finansowych: - lekarza specjalistę w zakresie hematologii, - lekarza specjalistę w zakresie chorób wewnętrznych lub w trakcie specjalizacji w zakresie chorób wewnętrznych z zamiarem podjęcia specjalizacji w zakresie hematologii. Osoby zainteresowane proszone są o kontakt osobisty z Dyrektorem lub Zastępcą Dyrektora ds. Lecznictwa Onkologicznego lub telefoniczny, tel. 0*13 4309552.

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

Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej „Przy Basenie” Spółka z o.o. w Andrychowie zatrudni internistę lub lekarza rodzinnego do pracy w POZ. Tel. 606953805, 604429619 lub 33 870 -49-80

NZOZ Raszyn k. Warszawy zatrudni lekarzy POZ, okulistę, onkologa - preferencje : wykonywanie USG. Kontakt: 502-067-370

Nowoczesna klinika dentystyczna w Słupsku poszukuje do współpracy lekarzy dentystów, ortodonty, asystentek oraz higienistki. Pacjenci wyłącznie prywatni. Prosimy o CV z numerem telefonu na adres dariusz@rogowski.pl lub telefon 604258349. Istnieje możliwość wynajęcia w pełni umeblowanej kawalerki.

Neurologa, chirurga, pulmonologa, radiologa, rehabilitanta, internistę lub lekarza ze specjalizacją z medycyny rodzinnej zatrudni SP ZOZ w Hrubieszowie, tel. 84-6963296

POZ w Dębach Szlacheckich (powiat kolski) zatrudni internistę lub specjalistę medycyny rodzinnej w niepełnym wymiarze godzin-tel.726-001-270

NZOZ w SOSNOWCU zatrudni PEDIATRĘ, INTERNISTĘ, LEKARZA RODZINNEGO. kontrakt NFZ kom. 606873541

Dyrekcja Samodzielnego Publicznego Szpitala Wojewódzkiego w Gorzowie Wlkp. zatrudni dwóch specjalistów w zakresie hematologii lub lekarzy chcących specjalizować się w tej dziedzinie. Warunki pracy i płacy do uzgodnienia z Dyrektorem Szpitala pod numerem telefonu: 95 7331 222.

SP ZOZ Gminny Ośrodek Zdrowia w Dziadowej Kłodzie zatrudni lekarza pediatrę, lekarza internistę lub lekarza rodzinnego. Możliwość wynajęcia mieszkania o pow. ok. 90 m2 w budynku Ośrodka Zdrowia. (koło Sycowa, powiat oleśnicki). Tel. 062 785 17 12

Doświadczony specjalista chorób wewnętrznych poszukuje pracy, najchętniej w szpitalu na terenie województwa łódzkiego. Tel. 603 064 255

Szpital Prywatny Pulsmed, 90-248 Łódź, ul. P.O.W. 26 zatrudni lekarzy następujących specjalizacji: anestezjolog, chirurg ogólny, endokrynolog, okulista, neurolog, laryngolog, ortopeda, neurochirurg, urolog, kardiolog, internista, lek. med. pracy, nefrolog, dietetyk i psychoterapeuta Kontakt: rekrutacja@pulsmed.com.pl

20 Wojskowy Szpital Uzdrowiskowo-Rehabilitacyjny SP ZOZ w Krynicy-Zdroju zatrudni lekarza medycyny specjalistę w zakresie rehabilitacji medycznej lub balneologii, oraz lekarza pragnącego specjalizować się w/w specjalnościach z refundacją kosztów specjalizacji. Tel. 18 4146200, e-mail: 20wsur@sacz.pl, www.sanatorium-wojskowe.pl, 33-380 Krynica-Zdrój ul. Świdzińskiego 4.

Ośrodek Leczenia Uzależnień w Warszawie zatrudni od zaraz SPECJALISTĘ PSYCHIATRĘ. Dowolna forma zatrudnienia. Tel. 22 831-78-43

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

Praca Niemcy - TTM Healthcare poszukuje lekarzy NEUROLOGÓW i ANESTEZJOLOGÓW z ukończoną specjalizacją i/lub chcących rozpocząć specjalizację. Kontakt (22) 416 3019 beata@ttmhealthcare.com

NZOZ KLINIKA PROMIENISTA w Poznaniu nawiąże współpracę ze specjalistami: diabetologii, neurologii, dermatologii, laryngologii, alergologii, kardiologii, medycyny estetycznej, psychiatrii, psychologiem, logopedą w zakresie ambulatoryjnych usług prywatnych. tel. 61 862 20 15 info@promienista.pl

OGŁOSZENIA drobne

Wynajmę gab. dentystyczny w Warszawie, tel. 602636960

Do wynajęcia Poradnia Stomatologiczna, 72, 2 gabinety w pełni wyposażone, RVG, klimatyzacja, monitoring. Zdjęcia na www.famident.pl. Tel. 691 081 668

Honda HS 2100 przenośne, 10-calowy monitor, 2 sondy, stolik, tel. 694 465 998

DRUKI MEDYCZNE www.pekamed.com.pl

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

www.ubezpieczenia.med.pl

gabinet stomatologiczny do wynajęcia 502770005

Adekwatne do zagrożeń zabezpieczenie dokumentacji medycznej prowadzonej w postaci elektronicznej +48784268542

Dolnośląska Szkoła Ultrasonografii zaprasza na szkolenia zakresu: -Diagnostyki USG jamy brzusznej -Cytodiagnostyki. Szczegółowe informacje na stronie <http://usg.webd.pl>, tel. 606-350-328

Sprzedam osteobus Lunar GPX-IQ 609-350-626

Szukam do wynajęcia gabinetu lekarskiego z możliwością pobierania krwi w Warszawie tel. 606293221

Sprzedam mikroskop BIOLAR tel. 604 486 596

Zamienię lokal użytkowy w centrum Warszawy na parterze 350 z czynnymi gab. stomatologicznymi na lok 100 lub sprzedam. kom. 504 018 744

Gabinet lekarski, Warszawa Ochota, wynajmę 506 787 020

Sprzedam autoklav Melag Euroklav 23V-S oraz 3 letni unit w bardzo dobrym stanie tel. 602-705-353

Biuro Rachunkowe www.taks.waw.pl

Gabinet Stomatologiczny w Niemczech, blisko Luksemburga, wyposażony w 2 fotele, rentgen, sterylizację. Utarg miesięczny 25.000 Euro, Możliwość kredytu w niemieckim banku 1500 euro/mc, Kontakt - 531888471

Sprzedam Dwukierunkowy Doppler z Fotopletyzmoграфem z sondami 4 MHz i 8 MHz. tel. 14 63 10 210

Wynajmę gabinety lekarskie, klimatyzacja, galeria Ursynów, metro Natolin 601-228-788

Kupię używany doppler ślepy z sondą 2 MHz, Explorer CVS lub podobny. Tel. 661-575-584.

OGŁOSZENIE

medpharma

Zakład Opieki Zdrowotnej S.A.
z siedzibą w Starogardzie Gdańskim
wydzierżawi nowoczesny blok operacyjny
do działalności zabiegowej w ramach
chirurgii jednego dnia

Warunki do uzgodnienia
tel. kontaktowy 662 224 840



SPZOZ pn. „OLK” w Gorzowie, przy ul. Dworcowej 4,

zatrudni okulistę, kardiologa, ginekologa
i ortodontę do realizacji umowy z NFZ
na korzystnych warunkach.

Osoby zainteresowane prosimy o składanie aplikacji
na adres mailowy: sekretariat@zoz-olk.pl,
telefonicznie pod nr tel. 95 722 53 23 lub osobiście
w sekretariacie naszej placówki.

LEBEN UND ARBEITEN IN DEUTSCHLAND

Zahnarzt-Praxis in Bad Liebenwerda zu verkaufen !

AS ALTERSGRÜNDEN VERKAUFEN WIR IM AUFTRAG EINE UMSATZSTARKE UND SEIT MEHR ALS 20 JAHREN ETABLIERT ZAHNARZTPRAXIS IN BAD LIEBENWERDA (IM DREIECK DER METROPOLN BERLIN, LEIPZIG, DRESDEN).

ALS BRANCHENPERSONALBERATER BERATEN WIR SIE FUNDIERT UND SICHERN IHNEN ABSOLUTE DISKRETIION UND NEUTRALITÄT ZU. INFORMATIONSMATERIAL KANN ABGEFORDERT WERDEN. RUFEN SIE UNS EINFACH AN ODER ANTWORTEN SIE PER MAIL – WIR VERMITTELN IHNEN DEN KONTAKT ZU DEN EIGENTÜMERN UND BERATEN SIE. VORAUSSETZUNG: MEHRJÄHRIGE ERFAHRUNG ALS ZAHNÄRZTIN/ZAHNARZT UND GUTE DEUTSCHE SPRACHKENNTNISSE. ÜBERNAHME DER PRAXIS AUCH OHNE EIGENKAPITAL MÖGLICH!

INNOVAGROUP Personalberatung im Gesundheitswesen
Am Hehsel 40 • D-22339 Hamburg
Telefon 0049 - (0) 40 - 59 06 34 • Mobil 0049 - (0) 171 - 372 80 85
Mail a.broders@innovagroup.de • www.innovagroup.de

NAJLEPSZY DLA LEKARZA **- tanio - 950 tyś. zł**

DOM - dworek komfortowy 362m²
na ładnie zagospodarowanej
działce - 2000m²

(obok Nadbiebrzański Park Narodowy)

w tym:

- 3 gab. lekarskie (po małej przychodni lek. rodzinnego)
- garaż na 2 samochody
- kotłownia na olej i ekogroszek (2 piece)
- kominek, sauna, centralny odkurzacz
- bud. gospodarczy ze śmietnikiem i zasilaniem awaryjnym na agregat

Kontakt: t. 602 256 828,
Suchowola - 50 km od Białegostoku
na trasie do Augustowa



LEASING

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

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

Wir gestalten
die Medizin
der Region.

STÄDTISCHES » **Klinikum
Görlitz** gGmbH

Das Städtische Klinikum Görlitz gGmbH ist das größte Schwerpunktversorgungs-Krankenhaus, Gesundheitsmarktführer und der größte Arbeitgeber der Region Ostsachsen. Unser Haus verfügt über 645 Betten in 16 Fachkliniken, 2 Institute und 4 Tochter-GmbHs. Jährlich werden ca. 65.000 Patienten stationär und ambulant versorgt.

Für unsere **Klinik für Strahlentherapie** suchen wir eine/einen

Fachärztin/Facharzt für Strahlentherapie

Die Klinik für Strahlentherapie verfügt über 19 Betten. Die technische Ausrüstung besteht aus einem Linearbeschleuniger mit MLC, 6 und 11 MV Photonen, 5-15 MeV Elektronen, mit IMRT, einem Therapiesimulator, CT für die Bestrahlungsplanung und OTP-Masterplan-Bestrahlungsplanungssystem. Durch die bestehende Kooperation mit der Praxis Dr. Philipp (am gleichen Standort) steht ein baugleicher Linearbeschleuniger zur zeitgerechten Fortsetzung der Strahlentherapie bei Ausfallzeiten zur Verfügung.

Es wird das gesamte gängige Indikationsspektrum der Strahlentherapie bösartiger und gutartiger Erkrankungen einschließlich Radiochemotherapie und Palliativmedizin praktiziert. Eine enge interdisziplinäre Zusammenarbeit mit anderen Fachdisziplinen, die Mitarbeit am zertifizierten Brustzentrum sowie im Tumorboard ist selbstverständlich.

Das Städtische Klinikum Görlitz hat einen eigenen Betriebskindergarten und ein eigenes Altersversorgungswerk. Ihnen stehen vielfältige Fort- und Weiterbildungsmöglichkeiten zur Verfügung. Sie erhalten eine attraktive Vergütung.

Für die erste Kontaktaufnahme steht Ihnen der leitende Oberarzt, **Dr. med. Karbaum**, unter der Telefonnummer **+49 (0) 3581/371148** gern zur Verfügung.

Weitere Informationen über unsere Einrichtung finden Sie auf unserer Homepage www.klinikum-goerlitz.de, Informationen zur Stadt Görlitz unter www.goerlitz.de

Wir freuen uns auf Ihre Bewerbungen. Diese richten Sie bitte an:

Städtisches Klinikum Görlitz gGmbH, Personal
Girbigsdorfer Str. 1-3, 02828 Görlitz
bewerbungen@klinikum-goerlitz.de



Akademisches Lehrkrankenhaus
der TU Dresden



Mitglied im CUNCTEL
Krankenhausverband



DOTACJE NA INNOWACJE PROGRAM INNOWACYJNA GOSPODARKA

**Centrum Medyczne Kształcenia
Podyplomowego (CMKP) w Warszawie ogłasza
nabór kandydatów do zespołu badawczego
realizującego projekt**

**'Experimental population based platform to evaluate
and monitor the effectiveness of screening colonoscopy:
a population based comparative effectiveness study.
(PCSP, Polish Colonoscopy Screening Platform)'**

pod kierownictwem Prof. dr hab. n. med. Jarosława
Reguły w ramach programu TEAM Fundacji na Rzecz
Nauki Polskiej, finansowanego z funduszy strukturalnych
Unii Europejskiej, Program Operacyjny Innowacyjna
Gospodarka 2007-2013.

Zespół tworzyć będzie 10 naukowców. Do realizacji
projektu poszukujemy:

- 3 naukowców ze stopniem doktora (uzyskanym
w ostatnich 4 latach)
- 4 studentów studiów doktoranckich
- 3 studentów medycyny (po ukończeniu III roku studiów)

Dziedziny, które powinni reprezentować kandydaci
obejmują: medycynę, farmację, nauki ekonomiczne oraz
zdrowie publiczne.

Imienne stypendia miesięczne dla wyłonionych laureatów
wynosić będą:

- 5000 PLN dla doktora
- 3000 PLN dla doktoranta
- 1000 PLN dla studenta

Dokładne kryteria rekrutacji i wymagania, które będą
brane pod uwagę w wyborze kandydatów znajdują się pod
podanym niżej adresem.

www.cmkp.edu.pl

Wymagane dokumenty prosimy składać do CMKP
w terminie do 15.10.2012 na adres:

Centrum Medyczne Kształcenia Podyplomowego
ul. Marymoncka 99/103
01-813 Warszawa
z dopiskiem „dla Pani Liliji Harmoży - projekt TEAM”

Projekt współfinansowany przez Unię Europejską w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego

Ośrodek Doskonalenia Zawodowego Lekarzy i Lekarzy Dentystów Naczelnej Izby Lekarskiej

zaprasza lekarzy i lekarzy dentystów z **województwa mazowieckiego** (wykonujących pracę lub zamieszkałych),
mających zarejestrowaną praktykę lekarską
lub zatrudnionych w mikro lub w małych przedsiębiorstwach na szkolenia w ramach projektu:
„Lekarz – przedsiębiorca na mazowieckim rynku pracy.”
Szkolenia kompetencyjne szansą
na wzrost konkurencyjności przedsiębiorstw branży medycznej.”

Szkolenia akredytowane, uczestnicy otrzymują punkty edukacyjne.

Tematy szkoleń:

• **„Jak pracować z trudnym pacjentem - wstęp do umiejętności komunikacyjnych”**

09-10-2012; 19-10-2012; 09-11-2012; 14-11-2012; 17-11-2012; 20-11-2012; 07-12-2012.

• **„Techniki negocjacji-warsztaty”**

17-10-2012; 17-11-2012; 30-11-2012; 08-12-2012; 15-12-2012.

• **„Wystąpienia publiczne-warsztaty”**

13 i 14-10-2012; 27 i 28-10-2012; 22 i 23-11-2012; 01 i 02-12-2012;
06 i 07-12-2012; 13 i 14-12-2012.

• **„Asertywność i rozwiązywanie konfliktów w relacji pacjent-lekarz”**

09-10-2012; 15-10-2012; 06-11-2012; 30-11-2012; 04-12-2012; 11-12-2012.

• **„Radzenie sobie ze stresem i przeciwdziałanie wypaleniu zawodowemu”**

04-10-2012; 05-10-2012; 12-10-2012; 16-10-2012; 23-10-2012; 27-10-2012; 29-10-2012; 07-11-2012; 16-11-2012; 19-11-2012; 24-11-2012;
27-11-2012; 01-12-2012; 03-12-2012; 11-12-2012; 15-12-2012.

• **„Jak rozpoznać uzależnienie i jak skutecznie pomagać uzależnionym (w tym swoim kolegom)?”**

15-10-2012; 10-12-2012.

• **„Asertywna komunikacja lekarzy”**

03-10-2012; 24-10-2012; 15-11-2012; 21-11-2012.

Informacje i zapisy: www.pokl.nil.org.pl lub tel. 22 559 13 10, 22 559 13 44

Biurowisko projektu: Naczelna Izba Lekarska, Ośrodek Doskonalenia Zawodowego Lekarzy i Lekarzy Dentystów, ul- Sobieskiego 110, 00-764 Warszawa e-mail: szkoleniaunijne@hipokrates.org

Dyrekcja SP ZOZ Szpitala Rejonowego im.dr Józefa Rostka w Raciborzu ogłasza Konkurs na stanowiska kierowników Oddziałów :

- Pediatrycznego
- Wewnętrznego II
- Chirurgicznego
- Dziennego Oddziału Chemioterapii

Kandydaci zgłaszający się do konkursu powinni posiadać:

- wykształcenie wyższe medyczne
 - tytuł specjalisty lub II^o specjalizacji w danej dziedzinie
 - minimum 8 lat pracy w zawodzie
- Kandydaci proszeni są o złożenie niżej wymienionych dokumentów:
- list motywacyjny na stanowisko objęte konkursem
 - koncepcję prowadzenia oddziału
 - przebieg pracy zawodowej,
 - odpis dyplomu, prawo wykonywania zawodu,
 - zaświadczenia o posiadanych specjalizacjach, stopniach i tytułach naukowych,
 - spis publikacji,
 - świadectwo pracy z okresu ostatnich 3 lat (w razie gdy stosunek pracy ustał lub został rozwiązany)
 - oświadczenie o niekaralności, w tym za przewinienia zawodowe
 - co najmniej dwie opinie świadczące o kwalifikacjach zawodowych kandydata
 - inne dokumenty, w szczególności potwierdzające dorobek i kwalifikacje zawodowe kandydata oraz doświadczenie w zarządzaniu personelem medycznym.

Dokumenty proszę kierować pod adresem:

Szpital Rejonowy im.dr J.Rostka, ul.Gamowska 3; 47-400 Racibórz,
w terminie 30 dni od daty ukazania się ogłoszenia w zamkniętej kopercie opatrzonej adresem zwrotnym z adnotacją „Konkurs na Kierownika Oddziału.....” lub złożyć osobiście w sekretariacie Szpitala.
O terminie i miejscu przeprowadzania konkursu kandydaci zostaną powiadomieni indywidualnie.



edumedical
experti w szkoleniach

zapraszamy lekarzy i lekarzy dentystów na kursy z medycyny estetycznej

Najbliższe szkolenia:

w Poznaniu

25.11.2012 mezoterapia i lipoliza iniekcyjna	24.11.2012 wolumetria - modelowanie owalu twarzy	13.10.2012 kwas hialuronowy
		14.10.2012 toksyna botulinowa

we Wrocławiu

10.11.2012 kwas hialuronowy	27.10.2012 wolumetria - modelowanie owalu twarzy	28.10.2012 mezoterapia i lipoliza iniekcyjna
11.11.2012 toksyna botulinowa		

edumedical.pl

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

Czy znasz Lekarza Specjalistę w zakresie Medycyny Ratunkowej, który byłby zainteresowany pracą w Londynie na okres dwóch lat?

W związku z niewystarczającą ilością Specjalistów w zakresie Medycyny Ratunkowej w Wielkiej Brytanii poszukujemy lekarzy spoza jej granic, w tym głównie z krajów Unii Europejskiej.

The North West London Hospitals NHS Trust zarządza trzema szpitalami w północno-zachodniej części Londynu (Northwick Park, St Marks and Central Middlesex). Obejmujemy opieką medyczną populację liczącą ponad pół miliona osób, która zamieszkuje tereny od Brent aż po Harrow. W związku z tym, że szpital St Marks specjalizuje się w zakresie chorób jelit, nasi pacjenci pochodzą także z pozostałych części Wielkiej Brytanii, a także spoza jej granic. Dzięki temu jesteśmy jednym z największych i najbardziej obleganych oddziałów Narodowego Funduszu Zdrowia (NHS) w Londynie.

Oddział Medycyny Ratunkowej w Szpitalach Northwick Park oraz Central Middlesex oferuje wszechstronną opiekę wszystkim pacjentom, łącznie z pacjentami przebywającymi na obserwacji oraz chorymi (priorytet 1 i powyżej) z transportu medycznego. W związku z tym nasi Specjaliści zajmują się zarówno medycyną ogólną, chirurgią, a także pacjentami geriatrycznymi. Obowiązkiem The North West London Hospitals NHS Trust jest zapewnienie efektywnego działania, przestrzeganie procedur i standardów w obu szpitalach. Zadaniem nowych konsultantów będzie opieka merytoryczna nad personelem zapewniająca realizację tych celów.

Aktualnie poszukujemy 5 Specjalistów Medycyny Ratunkowej, którzy dołączą do naszego zespołu. Stanowiska te zapewnią całodobową specjalistyczną opiekę łącznie 12 konsultantów na naszych oddziałach ratunkowych.

Nowi pracownicy dołączą do pozostałych konsultantów w zakresie Medycyny Ratunkowej w systemie dyżurowym rotacyjnym (1 na 4.5 zmiany, 2 konsultantów w weekendy) z możliwym zastępstwem. Zapewniamy całodobową opiekę lekarską Middle Grade na oddziale w Northwick Park. Od konsultanta oczekujemy pracy w obu placówkach.

Staramy się być jedną z najlepszych placówek w Londynie w związku z czym szukamy kandydatów myślących przyszłościowo i skupionych na pacjencie, a także realizujących wysokie standardy i jakość opieki oraz zapewniających opiekę merytoryczną nad zespołem.

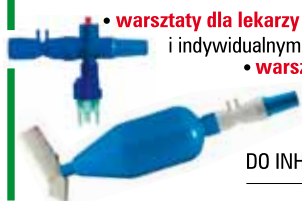
W celu uzyskania dokładnego opisu stanowiska, formularza aplikacyjnego, a także dodatkowych informacji prosimy o kontakt z Panią Teeną Ferguson pod adresem: teena.ferguson@nhs.net

Data zamknięcia przyjmowania aplikacji: 5 listopad 2012.

Rozmowy kwalifikacyjne: poniedziałek, 12 listopada 2012 - piątek, 16 listopada 2012.

SPIROMETRY PNEUMODOZYMETRY

+ innowacyjne oprogramowanie i zestawy do podawania aerozoli



- warsztaty dla lekarzy wykonujących porady z optymalizacją i indywidualnym dostosowaniem leczenia inhalacyjnego
- warsztaty dla osób wykonujących badania spirometryczne i inhalacje
- projektowanie i dostawy INDYWIDUALNYCH ZESTAWÓW DO INHALACJI dla osób leczonych aerozolami



abcMED sp. z o.o.
30-133 Kraków, ul. J. Lea 114
telefon: 12 636 89 54, fax: 12 636 78 44
e-mail: biuro@abcmed.pl; www.abcmed.pl

KREDYT GOTÓWKOWY DLA LEKARZY

DO KWOTY **200 000 zł**
Bez zabezpieczeń i poręczycieli

Posiadamy unikalny proces
analizy zdolności kredytowej

WYSTARCZY PRZEDSTAWIĆ
DOWÓD OSOBISTY ORAZ WPIS DO EDG

Natalia Ratajczak

Tel. 530 777 170, 784 408 531



Die **Oberlausitz-Kliniken GmbH** vereint die Krankenhäuser Bautzen und Bischofswerda sowie zugehörige Komplementärbetriebe zu einem modernen Krankenhausunternehmen im Herzen der Oberlausitz. Rund 1.000 engagierte, motivierte und qualifizierte Mitarbeiter mit hoher Fach- und Sozialkompetenz sind das wichtigste Kapital. Sie stellen die Bedürfnisse der Patienten in den Mittelpunkt ihres Handelns und sind Garant für die Erfolgsgeschichte des Klinikums. 76.000 stationäre und ambulante Patienten werden pro Jahr in den unterschiedlichen Fachbereichen ärztlich versorgt. Mit spezialisierten Leistungsangeboten wie zum Beispiel dem interdisziplinären Gefäßzentrum und dem akademischen Lehrkrankenhaus konnten die Oberlausitz-Kliniken ihr Profil regional wesentlich ausbauen. Zum Aufbau eines Linksherzkathetermessplatzes an den Medizinischen Kliniken in **Bautzen** suchen wir eine fachlich fundierte und erfahrene Persönlichkeit als

Oberarzt / Oberärztin Innere Medizin

mit Schwerpunkt Kardiologie zur Leitung des Linksherzkathetermessplatzes

Ihre Aufgaben:

- Sie verantworten den Aufbau, die Einrichtung sowie die Betreuung des Linksherzkathetermessplatzes in der Inneren Medizin.
- Unter Berücksichtigung der medizinischen und wirtschaftlichen Aspekte entscheiden Sie über die Ausstattung sowie die Kooperationspartner innerhalb der Region.
- Sie setzen wichtige Meilensteine der kardiologischen Abteilung und treiben kontinuierlich den Ausbau der Behandlungsmöglichkeiten bei kardiovaskulären Erkrankungen voran.

Ihr Profil:

- Nach Ihrer erfolgreich abgeschlossenen Facharztausbildung der Kardiologie konnten Sie bereits fundierte Kenntnisse in der invasiven Koronaragnostik sammeln.
- Sie bringen den Willen und die Einsatzbereitschaft mit, diesen immer wichtiger werdenden Bereich des Linksherzkathetermessplatzes weiterzuentwickeln und den medizinisch notwendigen Anforderungen entsprechend zu gestalten. Dabei stehen die Bedürfnisse Ihrer Patienten stets im Mittelpunkt Ihres Handelns.
- Gegenseitige Akzeptanz, kooperative Zusammenarbeit und Wertschätzung sind Ihnen ebenfalls wichtige Attribute im täglichen Umgang mit Ihren Kolleginnen und Kollegen.

Das Angebot:

- Wir legen den Auf- und Ausbau dieses neuen Bereichs vertrauensvoll in Ihre Hände.
- Zur Erfüllung des humanistischen Versorgungsauftrages werden alle verfügbaren materiell-technischen, finanziellen und personellen Ressourcen genutzt.
- Sie können auf ein von kollegialer und kooperativer Zusammenarbeit geprägtes Arbeitsumfeld bauen sowie ein vertrauensvolles Miteinander und ein sehr gutes Betriebsklima erwarten.
- Gut organisierte interne und externe Fort- und Weiterbildungsmöglichkeiten sowie eine attraktive Vergütung sind selbstverständlich.

Nutzen Sie diese Chance für Ihre persönliche Entwicklung und nehmen Sie Kontakt mit uns auf!

Bitte senden Sie Ihre aussagekräftigen Bewerbungsunterlagen (Kontaktinformationen, Ihren Lebenslauf sowie ein Anschreiben inkl. Angabe der Kennziffer **DE-07709-1271**, Gehaltsvorstellung und Verfügbarkeit) per E-Mail an career.de@mercuriurval.com. Bitte beachten Sie, dass wir im ersten Schritt noch keine Zeugnisse oder Referenzen benötigen. Für erste Fragen steht Ihnen **Frau Anja Ludwig** unter der Telefonnummer **0351-80 73 20** gern zur Verfügung. Vertraulichkeit sichern wir Ihnen selbstverständlich zu.

Mercuri Urval GmbH, Ostra-Allee 11, 01067 Dresden

Mercuri Urval

Praca dla lekarzy w Wielkiej Brytanii



Kogo szukamy

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

Co oferujemy

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

Chcesz dowiedzieć się więcej?

Zarejestruj się na naszej stronie i zaznacz chęć udziału w **Dniu Otwartym** w Poznaniu, 12 października 2012 roku.

www.neshealthcare.pl

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

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

**DZIEŃ
OTWARTY**



Jesteśmy liderem
na rynku prywatnej opieki medycznej.

Aktualnie do naszych Centrów Medycznych w **Warszawie, Łodzi, Krakowie, Poznaniu, Katowicach, Szczecinie, Wrocławiu i Trójmieście, Bydgoszczy i Olsztynie** poszukujemy:

Lekarzy specjalistów (wszystkie specjalizacje)

Oczekiwania:

- II stopień specjalizacji lub ukończona specjalizacja wg nowego trybu;
- Znajomość obsługi komputera;
- Umiejętności interpersonalne i nastawienie na jakość obsługi Pacjenta;
- Mile widziana znajomość języka angielskiego.

Oferujemy: pracę w renomowanej i stabilnej firmie, będącej liderem swojej branży, miłą i przyjazną atmosferę, możliwość elastycznego systemu zatrudnienia oraz atrakcyjne warunki współpracy.

Zainteresowane osoby zapraszamy do przesłania CV na adres email: rekrutacja@luxmed.pl

W aplikacji prosimy zawrzeć klauzulę: "Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zawartych w mojej ofercie pracy dla potrzeb niezbędnych do realizacji procesu rekrutacji zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2002 r. Nr 101, poz. 926, ze zm)".

Uprzejmie informujemy, że skontaktujemy się z wybranymi kandydatami.

www.luxmed.pl



GREEN MEDICA nowo otwierana, multispecjalistyczna, rodzinna przychodnia na Warszawskiej Białoleśce podejmie współpracę z lekarzami o następujących specjalizacjach:

Alergolog dziecięcy	Gastroenterolog,
Diabetolog dziecięcy,	Ginekolog,
Laryngolog dziecięcy,	Internista,
Logopeda,	Laryngolog,
Ortopeda,	Medycyna pracy,
Pediatra,	Neurolog,
Psychiatra dziecięcy,	Pulmonolog,
Medycyna rodzinna,	Urolog.

Oferujemy: pracę w dobrze wyposażonych gabinetach lekarskich, nowoczesną aparaturę medyczną i diagnostyczną, atrakcyjne wynagrodzenie, elastyczny system zatrudnienia i godzin pracy

Osoby zainteresowane ofertą zapraszamy do przesyłania aplikacji na adres: rekrutacja@touchpoint.pl

w temacie wiadomości wpisując specjalizację.



In der **Kardiologischen Fachklinik** des Herz- und Kreislaufzentrums Rotenburg a. d. Fulda – Direktor: Prof. Dr. med. C. Vallbracht – sind zum nächstmöglichen Zeitpunkt zwei

Assistenzarztstellen (m/w) Weiterbildung Kardiologie

zu besetzen.

Unser Zentrum verfügt über die volle Kardiologische Weiterbildung (drei Jahre) sowie ein Jahr Weiterbildung in der Inneren Medizin. Neben der Akut-Kardiologie (132 Betten, 4 Herzkathetermessplätze mit 24-Stunden-365-Tage-Dienstbereitschaft, 1 EPU Messplatz, 1 Angiologiemessplatz, Schrittmacher- und Defi-Ambulanz, Intensivstation mit 12 Betten und angeschlossener Intermediate-Care-Station,



modernster Hybrid-OP gemeinsam mit der Herzchirurgie) sind in der Klinik die Herz- und Gefäßchirurgie, eine Kardiologische Rehaklinik, eine neurologische Akutklinik mit Stroke Unit, eine neurologische Rehaklinik und eine Rehaklinik für orthopädische und traumatologische Patienten integriert.

Bei Rückfragen steht Ihnen unser Oberarzt Dr. med. Pawel Staszewicz gerne zur Verfügung – Tel. +49 (0) 66 23 – 88 - 61 42, p.staszewicz@hkz-rotenburg.de.

Bitte richten Sie Ihre Bewerbung an:

Prof. Dr. med. C. Vallbracht, Direktor der Kardiologie
Herz- und Kreislaufzentrum Rotenburg a. d. Fulda
Heinz-Meise-Straße 100, 36199 Rotenburg a. d. Fulda
Tel. +49 (0) 66 23 – 88 - 60 10, www.hkz-rotenburg.de

NOWOŚĆ !!!
SPIROMETR
LUNGTEST Mobile

SPIROMETRY
ERGOSPIROMETRY
RHINOMANOMETRY
PULSOKSYMETRY

SZKOLENIA
SPIROMETRYCZNE

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



SZKOŁA GŁÓWNA HANDLOWA W WARSZAWIE
KATEDRA ZARZĄDZANIA W GOSPODARCE

zaprasza na

STUDIA PODYPLOMOWE ZARZĄDZANIE PODMIOTAMI LECZNICZYMI PRZEKSZTAŁCANIAMI W SPÓŁKI PRAWA HANDLOWEGO

Program obejmuje 192 godziny
zajęć dydaktycznych.

Udział w studiach jest bezpłatny.

O przyjęciu decyduje kolejność
złożenia kompletu dokumentów.

Początek zajęć: 19 października 2012 r.

Informacje i zapisy:

e-mail: kzwwg@sgh.waw.pl; tel.: 22 564 86 10

www.sgh.waw.pl/podyplomowe/

www.zdrowie.kzwwg.pl



KAPITAŁ LUDZKI
NARODOWA STRATEGIA SPÓJNOŚCI

UNIA EUROPEJSKA
EUROPEJSKI
FUNDUSZ SPOŁECZNY



Projekt współfinansowany przez Unię Europejską
ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego

NIEZALEŻNY DORADCA BANKOWO-FINANSOWY

25
banków

w jednym miejscu

kredyty to tu

Ponad 20 lat doświadczeń na rynku.

Oferta specjalna dla lekarzy

KREDYT do 300.000 zł na OŚWIADCZENIE
bez dokumentów finansowych, bez ZUS i US

Długi okres kredytowania - nawet 120 m-cy
NATYCHMIASTOWA decyzja kredytowa

DLA właścicieli NZOZ - kredyt INWESTYCYJNY, REFINANSOWY
(korzystne oprocentowanie) nawet do 25 LAT Fachowe Doradztwo!

LEASING (finansowy i operacyjny)
w ofercie posiadamy aż 12 firm leasingujących
KREDYT samochodowy - oprocentowanie od 5,49%

Zadzwoń lub napisz, porozmawiajmy
o Twoich finansach.

email: biuro@kredytytotu.pl

www.kredytytotu.pl



533 333 868
533 300 968
533 300 428

I Międzynarodowy PUCHAR POLSKI LEKARZY i FARMACEUTÓW w narciarstwie alpejskim i klasycznym 1-3 lutego 2013 r.

Organizator: Sport-Klinika Żory

Patronat:

Śląska Izba Lekarska

Śląska Izba Aptekarska

Polskie Towarzystwo Medycyny Sportowej

– Oddział Śląski

Akademia Wychowania Fizycznego

w Katowicach

Program:

01.02.2013 r.: Konferencja Naukowa

„Medycyna i Sport”

Rozdanie numerów startowych

(lokalizacja: Centrum Szkoleniowe Sport-
Kliniki)

Slalom Specjalny

(lokalizacja: Ustroń-Czantoria)

02.02.2013 r.: Puchar Polski Lekarzy

i Farmaceutów – Narciarstwo Alpejskie:

Slalom Gigant

Weekend ze Sport-Kliniką

Uroczysty bankiet i rozdanie nagród

(lokalizacja: Ustroń-Czantoria)

03.02.2013 r.: Puchar Polski Lekarzy

i Farmaceutów – Narciarstwo Biegowe oraz

Zawody Drużynowe w Narciarstwie Alpejskim

Weekend ze Sport-Kliniką

(lokalizacja: Ustroń Bulwary Nadwiślańskie
lub Kubalonka)

Kontakt: Sport-Klinika Żory, tel. (32) 475 93 78

e-mail: szkolenia@sport-klinika.pl

www.sport-klinika.pl



Klinikum Bayreuth - Klinik Hohe Warte
KLINIKUM BAYREUTH GMBH

Zatrudnimy od zaraz lekarke/ lekarza na stanowisko

assystenta/asystentki

do naszej **Kliniki Kardiochirurgii**

W oddziale kardiochirurgii naszej kliniki wykonywanych jest rocznie około 600 zabiegów kardiochirurgicznych. Operacyjne spektrum obejmuje kardiochirurgie dorosłych, w szczególności chirurgie naczyń wieńcowych, zabiegi zastawkowe wraz z zabiegami rekonstrukcji zastawek. Ponadto wykonywane są kompleksowe operacje aorty piersiowej, jak również rutynowo zabiegi implantacji rozruszników i defibrylatorów serca.

Szukamy zainteresowaną i zaangażowaną osobę, która jako lekarz/lekarka obejmie opiekę nad przed i po-operacyjnymi pacjentami „oddziału normalnego”. Nasz oddział normalny dysponuje łącznie 30 łózkami, ponadto dysponujemy 10 łózkami intensywnej terapii i traktem z 2 salami operacyjnymi. 2-3 letnie doświadczenie zawodowe w pracy lekarza/inernisty jest mile widziane, specjalizacja nie jest jednak wymagana. Konieczna podstawowa znajomość języka niemieckiego.

Oferujemy interesujący i urozmaicony zakres obowiązków w naszym otwartym i koleżeńskim zespole, jak również odpowiedzialnie wprowadzenie do pracy na naszym oddziale. Istnieje możliwość wdrożenia się do pracy na kardiochirurgicznej Intensywnej Terapii włącznie z udziałem w dyżurach. Ponadto oferujemy możliwość zapoznania się z technikami operacji i kontroli implantowanych rozruszników i defibrylatorów serca.

Oferujemy pomoc przy załatwieniu koniecznych formalności, w naszym zespole mamy już polskich lekarzy.

Pełne wynagrodzenie zgodnie z aktualnie obowiązującym dla lekarzy taryfikatorem.

Wzbudziliśmy Pani/Pana zainteresowanie? Proszę o nadesłanie na podany adres swojego podania z życiorysem w czasie 3 tygodni od ukazania się tego ogłoszenia. W sprawach fachowych prosimy o kontakt z ordynatorem oddziału kardiochirurgii Dr. med. N. Friedel pod numer telefonu +49 /921-400-5902.

Klinikum
Bayreuth GmbH
Personalabteilung
Preuschwitzer
Straße 101
95445 Bayreuth
personalabteilung@
klinikum-bayreuth.de

WYDZIAŁ LEKARSKI AM W LUBLINIE, ROK 1987

Z okazji 25 rocznicy ukończenia studiów zapraszamy na Zjazd Koleżeński w dniu 20 października 2012 r. Miejsce spotkania: Hotel Focus Centrum Konferencyjne przy ul. Skowronkowej w Lublinie. Koszt uczestnictwa: 250 zł od osoby. Kontakt: Małgorzata Piasecka-Twaróg, tel. 601 984 760, piaseckat@gmail.com; Barbara Ogórek, tel. 605 690 295, barbara605@wp.pl; Ewa Rymarz, tel. 603 585 646, ewa.rymarz@wp.pl. Zaproszenia dla osób, które zgłoszą chęć uczestnictwa w Zjeździe będą wysyłane tylko na adres mailowy (szczegółowe informacje wraz z numerem konta bankowego).


DR. BORZYCH
CONSULTING

Dr. Borzych Consulting - Recruiting Experts • Niemcy - Polska

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

Dbamy o sukces polskich lekarzy w Niemczech

• Młody Lekarz - Zrób specjalizację w Niemczech

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

• Lekarz Specjalista - Dalszy rozwój i kariera

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

• Lekarz Przedsiębiorca - Własna praktyka lekarska

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

Znajdź interesującą Cię ofertę pracy i specjalizacji na Portalu Kariera-w-Niemczech.de/lekarz • Karriere-in-Deutschland.de/arzt
Chcesz otrzymać indywidualną ofertę, przyslij nam CV lub zadzwoń.

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



Jarosław Wanecki

Kto tu rządzi?

Mam coraz mniej zaufania do mandatariuszy władzy i opozycji. Gorzej oceniam polityków, których częściej niż dotychczas posądzam o załatwianie własnych interesów, partyjniactwo, realizację niejasnych wizji i leczenie kompleksów kosztem innych. Nie widzę mężów ani dam stanu, którzy nie ponad stan, ale z każdym stanem rozmawiają o prawdziwych, a nie wydumanych problemach, stanowiąc dobre prawo i reprezentując społeczeństwo.

Jak na tym tle kiepskiej, ale skutecznej we wdrażaniu swoich pomysłów władzy wygląda samorząd lekarski? Czy mamy poczucie zjednoczenia wokół spraw, które są ważne dla części, a może czasem dla wszystkich lekarzy i lekarzy dentystów? W moim przekonaniu mobilizujemy się nieporadnie, okazjonalnie, dorywczo, bez roztropności i przewidywania następstw w dalekiej przyszłości, szybko się zniechęcając. Rozdzieramy szaty i ciągniemy każdy skrawek racji w swoją stronę, uprawiamy politykę odtwórczą, zbyt często używając stanowisk do zmiany siedzenia, a co za tym idzie – punktu widzenia w otaczającej rzeczywistości. Oglądamy się na innych, dąsamy, patrzymy, czy manna spadnie z nieba, umywając ręce w razie porażki. Mało nas, mało nas...

Marszałkini lekarz nie rozumie lekarzy. Powyborcza demencja w czystej formie. Minister lekarz też nie rozumie lekarzy. Ma ambicję pokazania, że za wszelką cenę, nawet zrównania wszystkiego z ziemią, koszty leczenia mogą być niższe. Lekarz lekarza nie zawsze rozumie, zaćmiony legendą o konkurencyjności i własnej mądrości. Czy w takim razie z innych niż gabinet lekarski stron aż tak doskonale widać nieczyste sumienie, złe leczenie, kantowanie fiskusa, naciąganie statystyk, oczernianie kolegów, gonitwę za kasą? Czy rzeczywiście nie pozwalamy na otwarcie ust naiwniakom,

którzy opowiedzą bajkę o etyce? A może to tylko doskonale zorganizowana akcja nadawania stereotypom rangi urzędowej? Rząd dusz uwiedzionych polityczno-dziennikarskim bełkotem.

Lekarze w zachodnim tego słowa znaczeniu nie są biedakami, utożsamiani są nawet z dobrobytem, który zawdzięczają wiedzy specjalnej. Posiadanie uprawnień decydujących o zdrowiu i życiu nie zwalnia oczywiście z pokory wobec ludzi i zobowiązuje do nieprzejednanego stanowiska w toczącej się pod szpitalnymi oknami wojnie o stłamszenie wolności zawodowej, o zdania odrębne, które próbuje się kneblować przepisami uniemożliwiającymi poprawną ordynację.

Czy w takim razie rządzą nami dyletanci, aferzyści życia publicznego, którzy otrzymują mandat przyklejony do szyldu partii politycznych, ubezwłasnowolniony i bezmyślny? Czy wszystko wokół to marketingowa obłuda, gra sprzedawców obietnic i gruszek na wierzbie, a potem już tylko szarpanina, ignorancja i brak kompetencji? Jak długo wytrzymamy kibicowanie sztucznym problemom i kryzysom, zmianom dla zmian, rewolucjom codziennych spraw? Ile przed nami przeprowadzek, reorganizacji, deregulacji, denazyfikacji, deratyzacji, likwidacji, demagogii od rana do nocy ubranych w jazgot telewizyjnego show? Tego nie wiedzą nawet rządzący z przewlekającą się krótkowzrocznością.

Wyłączyłem szum informacyjny. Dobranoc. Rano trzeba wstać i zacząć od nowa leczyć, stać na straży zdrowia przypisanych deklaracjami wyboru chorych, w najlepszej wierze i nadziei, że władcy ustaw i rozporządzeń nie zakłócą kolejny raz troski o stan wnętrza i psychiki podopiecznych. ■

Autor jest przewodniczącym kolegium redakcyjnego „GL”.

Rozdzieramy szaty
i ciągniemy każdy skrawek
racji w swoją stronę,
**uprawiamy politykę
odtwórczą**, zbyt często
używając stanowisk do
zmiany siedzenia.

Jolka lekarska 181

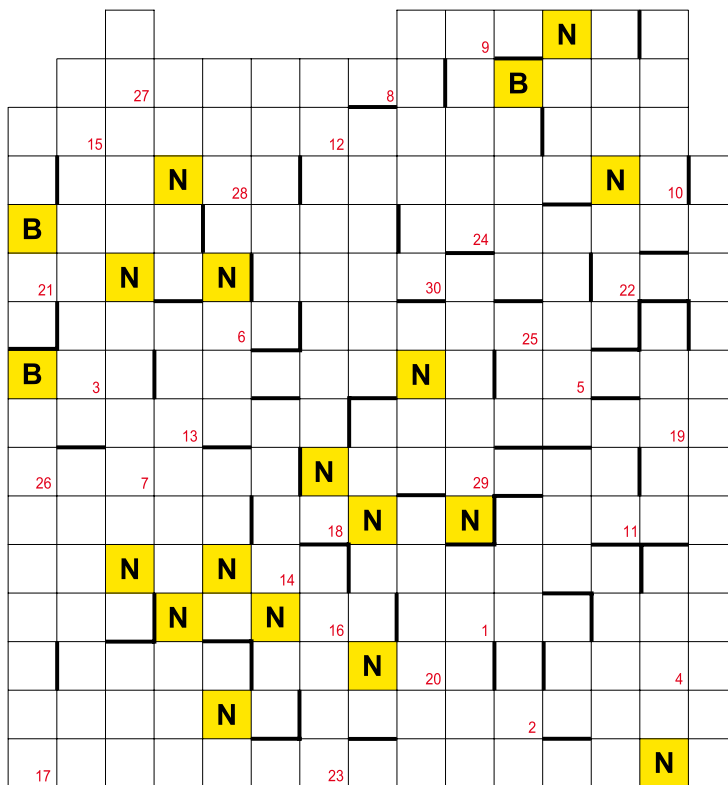
Objaśnienia 77 haseł podano w przypadkowej kolejności. W diagramie ujawniono wszystkie litery B i N. Na ponumerowanych polach ukryto 30 liter hasła, które stanowi rozwiązanie. Należy je przesłać na karcie pocztowej lub e-mailem na adres redakcji do 10 listopada 2012 r. Wśród autorów prawidłowych rozwiązań rozlosujemy nagrody książkowe (prosimy o podanie specjalizacji).

Rozwiązanie Jolki lekarskiej nr 179 („GL” nr 7-8/2012)

Dziecko rozpoznaje matkę po uśmiechu. Wergiliusz

Nagrody otrzymują: Paweł Antkowski (Włocławek), Katarzyna Serdyńska (Szczecin), Anna Solecka (Wałbrzych).

Nagrodami za prawidłowe rozwiązania są książki wydawnictw: MediPage, NOIR SUR BLANC, WEXEL. Nagrody prześlemy pocztą.



* Ludwik, współtwórca nauki o grupach krwi * gra z karetą * nimfa ścigana przez Alfejosa * wyziewy, spazmy * Irlandia * drwina * między strontem a cyrkonem * imię Lescaut, bohaterki Prevosta * koński tył * tussis * Slavonski nad Sawą * guzdrała, nudziarz * porifera * auto z Hiszpanii * z FAO i WHO * podłoże maści * uchatkowate * Josip Broz * vulnus * walczy z Romney'em * do skasowania * muchomor (łac.) * między Wrześnią a Kołem * śniedź na miedzi * eten * twórca bahaizmu * buty sportowe * mucha śpiączki afrykańskiej * nasz ciężkozbrojny z kopią * filmowy kochanek * sole i estry HNO₂ * faszysta, hitlerowiec * pomada do warg * dychawica * szlify, naramienniki * szybszy niż slalom gigant * ostatni padł w 1627 * następca Nasera * wojskowy bufet * partnerka miozyny * obleniec z Rotatoria * złomowisko samochodów * saccus * stan sokolego oka * pochwała, zatwierdzenie * nie zgadza się na transfuzję * bór lub džungla * gruba gałąź * rozwój komórki jajowej * stolica Lotaryngii * krewny po kądzieli * ostatnie zlodowacenie Alp w plejstocenie * imitacja * francuska szkoła * trylon 46 * śmietanka towarzyska * starożytna kraina Myzów i Eolów * tętnica główna * brat Minosa, sędzia zmarłych * żałobna czerń * dziki pies z antypodów * przylądek zwycięstwa floty Uszakowa w 1791 * domniemany zabójca JFK * dyptam, niegdyś leczniczy * waluta Niemiec i Grecji * kaem izraelski * gubernaculum testis * płynie przez wsch. Wandę * część wyścigu * niemożność wypowiedzania słów odpowiadających myśli * śpiewak z rodziny drozdów * główny język Indii * dolor * partnerka Kalego * pole golfowe pod Olsztynem * pustelnik * Ludwik, ojciec polskiej historii medycyny

BJER

Wydawca: Naczelna Rada Lekarska

Dla członków izb lekarskich
bezpłatnie
Nakład: 160 570 egz.

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

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

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

Redakcja:
Urszula Bąkowska
Tel. (22) 558 80 40
Fax (22) 558 80 42
u.bakowska@gazetalekarska.pl
redakcja@gazetalekarska.pl

Stale współpracują:
Artur Andrus (Warszawa)

Jerzy Badowski (Olsztyn)
Sławomir Badurek (Toruń)
Anna Lella (Olsztyn)
Agata Morka (Warszawa)
Sławomir Pietras (Poznań)
Małgorzata Serwach (Łódź)
Joanna Sokołowska (Płock)

Adres redakcji: 00-764 Warszawa,
ul. Jana III Sobieskiego 110
www.gazetalekarska.pl

Reklama i marketing:
Elżbieta Tarczyńska
Tel. 606 699 830
e.tarczyńska@gazetalekarska.pl

Ogłoszenia:
Michał Ostaszewski
Tel. (22) 559 13 26, Fax (22) 558 80 42
m.ostaszewski@gazetalekarska.pl

Skład i łamanie: **Grzegorz Sztank**

Druk: **Drukarnia QuadWinkowski**

Materiałów niezamówionych redakcja nie zwraca i zastrzega sobie prawo do skrótnów, adiustacji, zmiany tytułów. Redakcja nie odpowiada za treść reklam i ogłoszeń. Autorów prosimy o przysyłanie tekstów zapisanych na CD, e-mail w edytorze pracującym w środowisku Windows. Publikacja ta przeznaczona jest tylko dla osób uprawnionych do wystawiania recept oraz osób prowadzących obrót produktami leczniczymi w rozumieniu przepisów ustawy z 6 września 2011 r. – Prawo farmaceutyczne (Dz.U. nr 126, poz. 1381, z późn. zmianami i rozporządzeniami).





Centrum Medyczne Kształcenia Podyplomowego

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

Człowiek – Najlepsza Inwestycja



Poszukiwani lekarze specjaliści!

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

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

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

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

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

Skorzystaj z dofinansowania kosztów zakwaterowania i dojazdu na kurs w kwocie do **270 zł za dzień** kursu. Uczestnicy kursów mają zapewnione w czasie ich trwania **śniadanie i obiad**.

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

www.cmkp.edu.pl

Już ponad
8000
uczestników
projektu
skorzystało
z dofinansowania



KAPITAŁ LUDZKI
NARODOWA STRATEGIA SPÓJNOŚCI



UNIA EUROPEJSKA
EUROPEJSKI
FUNDUSZ SPOŁECZNY





XGEO GC80



XGEO GU60



XGEO GR40

Zadzwoń 61 848 36 80 – Galaxy Tab czeka na Ciebie*



mammografy



ramiona C



litotrypery



densytometry



telekomanda



oprogramowanie
radiologiczne



TK, MRI