

11 · 2010

EGZEMPLARZ BEZPŁATNY ISSN 0867-2146

Gazeta Lekarska

PISMO IZB LEKARSKICH



R



Powszechny sprzeciw

Legislacyjna ofensywa rządu trwa. Rząd przyjął projekty ustaw dotyczące ochrony zdrowia w naszym kraju, nie uwzględniając poprawek i uwag zgłaszanych przez środowiska medyczne, w tym przez Naczelną Radę Lekarską. Teraz projektami zajmie się parlament. Z opinią przewodniczącego sejmowej komisji zdrowia, Bolesława Piechy, o przygotowanych propozycjach mogą się Państwo zapoznać w naszej stałej rubryce: rozmowa polityczna o zdrowiu. Wielu moich kolegów lekarzy wyjechało do pracy za granicę. Tak się złożyło, że większość z nich pracuje w Niemczech

i we Francji, z częścią z nich mam w miarę stały kontakt. Kiedy opowiadają o zaletach pracy w tamtych warunkach, jednym z przytaczanych argumentów jest wykonywanie zawodu w warunkach zapewniających stabilizację i spokój. Wiemy wszyscy, że nie ma doskonałego systemu opieki zdrowotnej, większość krajów europejskich dokonuje w tej sferze zamian, lub je planuje. Tak się jednak składa, że w dwóch wymienionych państwach moglibyśmy znaleźć wiele przykładów godnych naśladowania. Polscy lekarze także chcieliby pracować w atmosferze spokoju i stabilizacji. Tymczasem proponuje się nam rozwiązania legislacyj-

ne budzące powszechny sprzeciw. Kondycja finansowa wielu szpitali jest zaś taka, że dyrektorzy wszędzie szukają oszczędności. Czasami są to działania ograniczające możliwość sprawnego, normalnego funkcjonowania oddziałów, a przez to powstają problemy

wynagrodzenia lekarzy. Jako komentarz do sytuacji, która nas zapewne spotka po przyjęciu przez parlament i podpisaniu przez Pana Prezydenta nowych ustaw dotyczących lekarzy i ich miejsc pracy, przychodzi mi na myśl pierwsze słowa zapisane po polsku. XIII-wiecz-

Jednym ze sposobów oszczędzania jest zmniejszanie zatrudnienia lub wynagrodzenia lekarzy.

ze zrealizowaniem kontraktu z NFZ. W ostatnich tygodniach coraz więcej dociera do mnie głosów, że jednym ze sposobów oszczędzania jest zmniejszanie zatrudnienia lub

ny kronikarz Wincenty z Kielczy na Opolszczyźnie napisał w klasztorze w Raciborzu: „Gorze nam się stało”.

RYSZARD GOŁAŃSKI
naczelnym@gazetalekarska.pl

MIGAWKA



FOT.: WOJCIECH ZIEMAK

22. 10. 2010
Arcybiskup Henryk Hoser dokonuje aktu poświęcenia sztandaru Naczelnej Izby Lekarskiej. Tego samego dnia sali konferencyjnej NIL nadano imię profesora Tadeusza Chruściela I prezesa NRL.

4-9	TEMAT MIESIĄCA BIULETYNY IZBOWE
10-11	ROZMOWA POLITYCZNA O ZDROWIU BOLESŁAW PIECHA
12	EKONOMIA I ZDROWIE ROZBIEŻNOŚCI POZOSTAJĄ
13-14	LEKARZE I POLITYCY MINI-STER
15	FELIETON OKIEM PREZESA
16	Z NOTATNIKA RZECZNIKA NIL
17	NASI W EUROPIE ANNA LELLA
18-19	KSZTAŁCENIE STAŻ, LEP I L-DEP
20-21	MŁODZI LEKARZE KRYTYCZNIE O ZMIANACH W KSZTAŁCENIU
22-23	NACZELNA KOMISJA REWIZYJNA WYWIAD Z J. ZAWILIŃSKIM
24	MOIM ZDANIEM SZTUKA LECZENIA
25	KONWENT PREZESÓW JAK DOTRZEĆ DO POLITYKÓW?
26-27	MEDYCZYNY NOBEL 2010 BRITYJCZYKOWI ZA IN VITRO
28-29	JEDNORODNE GRUPY PACJENTÓW KIERUNKI ROZWOJU
30-33	U STOMATOLOGÓW WARTĘ POZNANIA!
34-35	EDUKACJA: DOTACJE NA KSZTAŁCENIE
36-37	INFORMATOR DLA LEKARZY KASA FISKALNA CZY DRUKARKA FISKALNA
38-39	PRZYCHODZI LEKARZ DO PRAWNIKA KASA PODATKOWA I KASA FISKALNA
40-41	FELIETON NIEZNOŚNA LEKKOŚĆ CUDZEGO BÓLU
42-43	WCZORAJ I DZIŚ 100-LECIE UKRAIŃSKIEGO TOWARZYSTWA MEDYCZNEGO
44-47	BIULETYN NRL
48-57	OGŁOSZENIA
58-59	KONFERENCJA OSTEOPOROZA PRZY OKRĄGLYM STOLE
60-61	INDEKS KORZYŚCI BALSAM DLA DUSZY... KAPUCYŃSKI
62-63	SPORT I MEDYCYNĄ MOTORY, ROWERY, BRYDŻ
64	KULTURA I MEDYCYNĄ I OGÓLNOPOLSKI KONCERT LEKARZY
65	EPIKRYZA GAZETA „MMAA”
66	JOLKA LEKARSKA



Biulety izbowe ma

*

Na pierwszy rzut oka wszystkie biuletyny Okręgowych Izb Lekarskich wyglądają w pełni profesjonalnie. W większości pracują nad nimi zawodowi dziennikarze – są wywiady, felietony, reportaże. Tworzeniem pozostałych zajmują się nadal entuzjaści-lekarze, biuletyny te często wydawane są co 2, a nawet 3 miesiące.



ny ją także 20 lat

JERZY B. LACH

Z poprzedniego numeru „Gazety Lekarskiej” dowiedzieliście się, Drodzy Czytelnicy, o jubileuszu 20-lecia jej istnienia. W tym numerze „GL” chciałbym przypomnieć Wam, że obok centralnego pisma samorządu lekarskiego w Waszych domach pojawiają się także biuletyny naszych okręgowych izb lekarskich. One także w większości są równolatkami „Gazety”.

Gdy na przełomie lat 1989 i 1990 r. w atmosferze wielkiego entuzjazmu i gorących dyskusji tworzył się

samorząd lekarski, dla zaangażowanych w ten proces Koleżanek i Kolegów stało się jasne, że należy jak najszybciej doprowadzić do zbudowania systemu przepływu informacji w ramach poszczególnych izb. Temu właśnie celowi miały służyć izbowe biuletyny. Takiego zadania mogli podjąć się wyłącznie zapaleńcy.

Początki – jak zwykle – były trudne. Poza chęciami, brak było właściwie wszystkiego, począwszy od papieru, poprzez brak doświadczenia i umiejętności, na możliwościach druku kończąc. Nic więc dziwnego, że pierwsze biuletyny wyglądały niezwykle siermiężnie. Tworzone były na zwykłym (przeważnie lichej jakości) papierze maszynowym przy pomocy »



AUTOR JEST SEKRETARZEM
ORL W OPOLU, DELEGATEM
NA ZJAZD KRAJOWY
I REDAKTOREM BIULETYNU
IZBOWEGO.

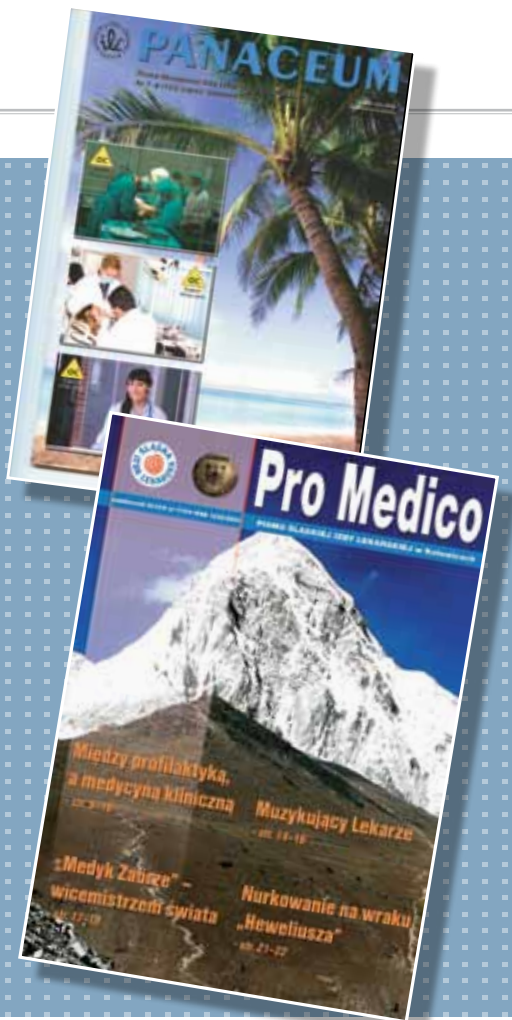
prymitywnych powielaczy (nierazko pamiętających jeszcze czasy pierwszej „Solidarności”) lub kserokopiarek. Często poszczególne teksty różniły się krojem czcionki, bo były pisane przez różnych autorów na różnych maszynach do pisania (komputery PC dopiero zaczynały swój zwycięski marsz po naszym kraju). Winiety były bardzo ubogie, czasami z jakąś prymitywną, wykonaną odręcznie grafiką. Jednakże nie to było w tym wszystkim najważniejsze. Najważniejsze było to, że nareszcie doczekaliśmy się możliwości swobodnego wyrażania swoich opinii, dzielenia się swoimi doświadczeniami i informacjami.

Wspomniane powyżej trudności w wydawaniu biuletynów izbowych spowodowały także i to, że początkowo ukazywały się one bardzo nieregularnie. Fakt ten miał decydujący wpływ na rodzaj materiałów zamieszczanych w pierwszych biuletynowych numerach. Były to przede wszystkim informacje o kolejnych etapach budowania samorządu lekarskiego, tworzących się ramach prawnych jego funkcjonowania oraz powstających strukturach izbowych. Taki stan rzeczy nie był jednak do utrzymania na dłuższą metę. Sprawy związane z samorządem lekarskim toczyły się zbyt szybko, wymagały częstych uzgodnień i konsultacji, a przede wszystkim sprawnego przekazywania informacji wszystkim członkom izby. Nowo powstałe medium w dotychczasowym kształcie niestety nie dawało takich możliwości. Dla lokalnych władz samorządu lekarskiego oraz dla redagujących biuletyny pierwszorzędą sprawą była jak najszybsza zmiana dotychcza-

sowego sposobu ich wydawania tak, by docierały one systematycznie do domu każdego lekarza.

Wiązało się to z podjęciem szeregu działań. Ci najbardziej ambitni lub posiadający większe środki finansowe (najczęściej w dużych izbach w ośrodkach akademickich – choć

***Winiety były bardzo ubogie, czasami z jakąś prymitywną, wykonaną odręcznie grafiką...
Najważniejsze było to, że nareszcie doczekaliśmy się możliwości swobodnego wyrażania swoich opinii, dzielenia się swoimi doświadczeniami i informacjami.***



R E K L A M A

R

nie zawsze!) zaczęli wydawać biuletyny w odstępach miesięcznych. Inni starali się, by biuletyny ukazywały się przynajmniej co 2 miesiące.

Przemianie ulegały również same biuletyny. W redakcjach i wokół nich zaczęli skupiać się mniej lub bardziej systematycznie piszący autorzy. Pojawiły się stałe biuletynowe rubryki. Dotychczasowe amatorskie winietki zaczęły zmieniać swój kształt i formę. W większości izb powołano kolegia redakcyjne. Nawiązano współpracę z profesjonalnymi drukarniami. To wymusiło kolejne zmiany.

Zmienił się format większości biuletynów (najczęściej na A4), a Dolnośląska Izba Lekarska zaczęła nawet wydawać swój biuletyn w formacie dziennika. Profesjonalny druk otwierał przed redagującymi biuletyny zupełnie nowe możliwości – kolorowy druk, publikacja czytelnych i stosunkowo dobrej jakości (także kolorowych) zdjęć, zróżnicowanie kształtu czcionki, wyróżniki, różny sposób łamania itd. To wszystko służyć miało zwiększeniu atrakcyjności biuletynów. >>



R

Najważniejszym osiągnięciem jest jednak to, że przyzwyczailiśmy się już do stałej obecności w naszych domach biuletynów i traktujemy ten fakt jako coś normalnego i naturalnego. A przecież tak niedawno dostęp do informacji był reglamentowany.

Poprawa czysto zewnętrznego wyglądu pociągnęła za sobą równie głębokie przemiany zawartości biuletynów. Dotyczyły one zwłaszcza samej treści zamieszczanych w nich materiałów. Coraz częściej zaczęły pojawiać się ciekawe artykuły, pełne emocji polemiki, oryginalne wspomnienia czy refleksje. Rosnąć zaczęła również grupa ciekawych autorów

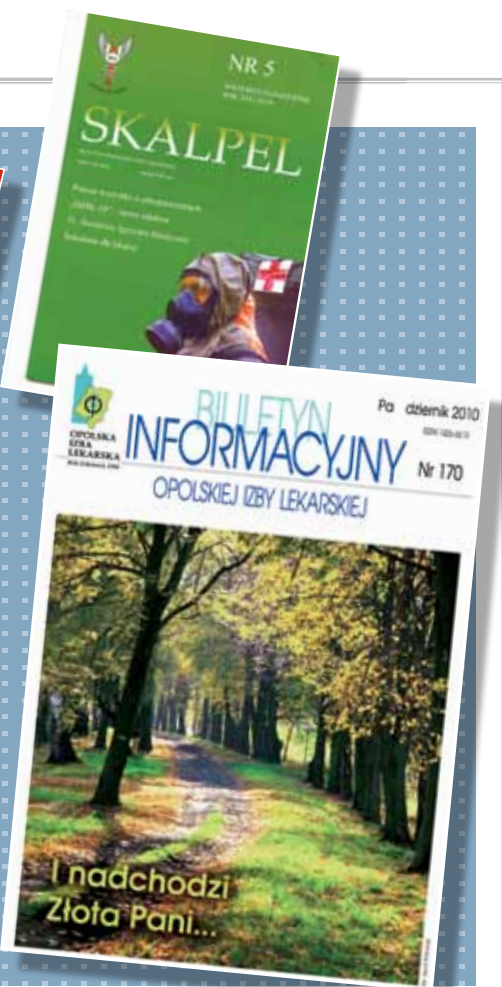
współpracujących z pismami. Wielu z nich do dnia dzisiejszego pozostało wiernych biuletynom. I tak, ani się obejrzelśmy, biuletyny osiągnęły swój wiek dojrzały.

A jak jest dziś? Dziś jest różnie. I choć na pierwszy rzut oka wszystkie biuletyny mają w pełni profesjonalny wygląd, to ich zawartość bywa już czasami bardzo odmienna. Ponieważ w części biuletynów ich redagowaniem zajmują się zawodowi dziennikarze, a zespoły są dość liczne, to i same materiały mają charakter całkowicie profesjonalny. Znajdziecie wśród nich wywiady, felietony, relacje, minieseje, reportaże itd.

W innych, których tworzeniem zajmują się nadal entuzjaści-lekarze, często pozostający w osamotnieniu i bez specjalnego wsparcia ze strony organów własnej izby, materiałów jest znacznie mniej, są one także mniej urozmaicone – co wcale nie oznacza, że są uboższe co do treści. Często też biuletyny takie są wydawane co 2, a nawet 3 miesiące.

Stygmatem czasów w większości z izbowych biuletynów jest także obecność

REKLAMA



reklam, ale to wynika z konieczności zminimalizowania kosztów ich wydawania – a są one przecież wcale niemałe.

Najważniejszym osiągnięciem jest jednak to, że przyzwyczailiśmy się już do stałej obecności w naszych domach biuletynów i traktujemy ten fakt jako coś normalnego i naturalnego. A przecież jeszcze tak niedawno dostęp do informacji był reglamentowany. Wszystko to stało się możliwe dzięki niesłychanym przemianom społeczno-politycznym, w jakich przyszło nam brać udział w minionych latach.

A to, że biuletyny izbowe wyglądają obecnie tak, jak wyglądają, możemy zawdzięczać przede wszystkim nielicznej grupie zapaleńców, którzy poświęcali swój wolny czas i energię dla powszechnego dobra. Niech ten tekst będzie skromnym podziękowaniem za ich trud i poświęcenie. ●

JERZY B. LACH
(BIULETYN OPOLSKI)

AUTOR DZIĘKUJE ZA WSPARCIE I SUGESTIE
ANDRZEJOWI BASZKOWSKIEMU (BIULETYN WIELKOPOLSKI).

KOMUNIKAT

KAPITUŁY ODZNACZENIA
MERITUS PRO MEDICIS

SZANOWNE KOLEŻANKI,
SZANOWNI KOLEDZY!

Zapraszam wszystkich Członków izb lekarskich do zgłaszania kandydatur osób, które w szczególny sposób zasłużyły się dla naszego samorządu i Waszym zdaniem zasługują na odznaczenie Meritus Pro Medicis.

Wnioski o nadanie odznaczenia mogą składać także organy izb lekarskich.

Może ono być przyznawane lekarzom i lekarzom denty stom oraz innym osobom szczególnie zasłużonym dla samorządu lekarskiego.

Wnioski można pobrać ze strony internetowej Naczelnej Izby Lekarskiej: <http://www.nil.org.pl/xml/nillodznaczenia/mpm>, na której jest więcej informacji o odznaczeniu i zasadach jego nadawania.

Wypełnione wnioski należy wysyłać na adres: Naczelna Izba Lekarska, ul. Sobieskiego 110, 00-764 Warszawa, z dopiskiem na kopercie: Meritus Pro Medicis lub urszula.rolczyk@hipokrates.org, w terminie do 28 lutego 2011 r.

ROMUALD KRAJEWSKI
KANCLERZ KAPITUŁY
ODZNACZENIA

MERITUS PRO MEDICIS

Z wielkim bólem przyjęliśmy informację, że 22 października br. zmarła nasza Koleżanka

śp. Anna Mackiewicz

*Członek Naczelnej Rady Lekarskiej
Prezes Okręgowej Rady Lekarskiej
w Zielonej Górze*

**Rodzinie i Najbliższym
składamy wyrazy współczucia**

PREZES MACIEJ HAMANKIEWICZ
KOLEŻANKI I KOLEDZY
Z NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ

R E K L A M A

» Silne korporacje zawodowe przeszkadzają rządzącym «

* W rozpoczętym w poprzednim numerze „Gazety Lekarskiej” cyklu „Rozmowa polityczna o zdrowiu” gościmy Bolesława Piechę – posła PiS, przewodniczącego sejmowej Komisji Zdrowia, z którym rozmawiają Ryszard Golański i Marzena Bojarczuk.

Jakie różnice widzi pan w projektach, które w najbliższym czasie będą przedmiotem analiz sejmu wobec tych, które zostały uchwalone 2 lata temu i zawetowane przez Lecha Kaczyńskiego?

Pakiet ustaw proponowany na początku 2008 r. przez rządzącą koalicję nijak nie przystaje do propozycji przedstawianych dzisiaj. W tamtym czasie największe kontrowersje wzbudzały 3 projekty. Pierwszy z nich to ustawa o zakładach opieki zdrowotnej, gdzie rezygnowano z formy samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej i nakazano w okresie 2 lat przekształcać je w spółki prawa handlowego. Oczywiście, ustawa ta niosła za sobą określone zobowiązania finansowe państwa – chodziło o to, by nowa spółka nie była obciążona starymi zobowiązaniami. Teraz pomysł ten wraca, ale w nieco innej formie: kto chce, może się przekształcić w spółkę i skorzystać z pomocy państwa. Oznacza to częściowe oddłużenie i możliwość ubiegania się o dotacje. W tej ustawie są jednak zapisy bardzo niebezpieczne. Jeżeli samorząd albo inny organ założycielski nie skorzysta z możliwości przekształcenia, to ciężar na nim będzie odpowiedzialność finansowa, także za długi. Wyjątkiem są uniwersytety medyczne i kliniki, w których 100% udziału musi pozostać w rękach organu założycielskiego. Drugi to ustawa o pracownikach ochrony zdrowia, w której kontrowersyjne były zapisy o czasie pracy lekarzy i innych pracowników tego sektora. Trzecia to ustawa o prawach pacjenta – świetne zapisy, tyle że martwe. W obecnym kształcie rząd chce wprowadzić do tej ustawy m.in. skróconą drogę dochodzenia przez pacjentów odszkodowań z tytułu szkód poniesionych w związku z działalnością leczniczą. Dodatkowo mają orzekać o tym komisje, w których nie zawsze zasiadać będą lekarze, bo mówi się o „przedsta-



wicielu zawodów medycznych”. Obawiam się, że może to prowadzić do sytuacji wręcz absurdalnych.

Jak wobec takich zapisów mają się układać relacje między komisją a rzecznikiem odpowiedzialności zawodowej, istniejącym w lekarskim samorządzie od 20 lat?

Nie wiem jak będzie działał rzecznik, skoro działać ma komisja, której zdanie będzie nadrzędne. Nie ma o tym ani słowa w propozycjach zmian.

Wspomniał pan o przekształceniach własnościowych szpitali. Dla których placówek te regulacje stanowią największe zagrożenie i dlaczego?

Dla szpitali klinicznych, ale także dla powiatowych, które będą się dostosowywać do warunków finansowych najprostszym sposobem, tzn. rezygnując z wykonywania świadczeń mało opłacalnych. Doprowadzi to szybko do ograniczenia dostępu do świadczeń, bo ponad 90% polskich pacjentów leczy się w szpitalu najbliższym miejsca zamieszkania.

W nowych propozycjach rządu znalazły się także propozycje zmian w kształceniu lekarzy, m.in. skrócenie czasu studiów i likwidacja stażu podyplomowego. Dziwi to szczególnie w sytuacji, kiedy zarówno samorząd lekarski, przewodniczący medycznych towarzystw naukowych, jak i rektorzy uczelni jednoznacznie się temu sprzeciwiają.

To jest przykład forsowania pewnych pomysłów wbrew wszystkim i wszystkiemu. Mamy w Polsce prawo stanowione i powinniśmy liczyć się z opinią publiczną. Nie wiem, bo być może to rodzaj teorii spiskowej, czy nie jest to sposób na zaoszczędzenie 100-150 mln zł – wszak za staż płaci budżet państwa. Reorganizacja studiów i zapewnienie tzw. praktycznego podejścia jest niezwykle kosztowne. Staż podyplomowy to swoista „kuchnia” tego zawodu, nie wolno z niego rezygnować! Wielu młodych lekarzy właśnie na stażu podejmuje decyzje co do wyboru dalszej drogi zawodowej.

A co z Lekarskim i Lekarsko-Dentystycznym Egzaminem Państwowym?

Od początku sprawa LEP-u była kontrowersyjna – wiele było protestów. To

egzamin wyłącznie teoretyczny i choć jest ważny, to LEP nie sprawdzi umiejętności praktycznych. Egzamin ten jednak zdecydowanie ułatwił wyeliminowanie tego, co było zburzeniem nie tylko lekarskiej korporacji zawodowej, tzn. przechodzenie zawodu „z ojca na syna”. Dziś jest on już dobrze przygotowany i przekonali się do niego sami młodzi lekarze. I koszty przeprowadzenia LEP-u nie są na tyle duże, żeby rozważać oszczędności. A po co zmieniać coś, co dobrze działa?

Kolejna kwestia bulwersująca samorząd lekarski to sprawa przeniesienia rejestru indywidualnych praktyk z izb lekarskich do rejestrów wojewody. Co pan o tym myśli?

Tego pomysłu zupełnie nie rozumiem. 20 lat temu, reaktywując korporację lekarską nadaliśmy jej także pewną odpowiedzialność – część zadań została zlecona przez administrację państwową, która dawała na to pieniądze – w opinii samorządu zbyt małe. W te zadania został też włączony nadzór nad praktykami lekarskimi. Doświadczaliśmy przecież wizyt kontrolnych w gabinetach! Tymczasem w szpitalu, w którym byłem dyrektorem, ani razu nie widziałem przedstawiciela wojewody, weryfikującego czy to, co zostało zapisane w dokumentacji, jest zgodne z rzeczywistością. Odanie nadzoru nad praktykami wojewodom spowoduje, że zostaną one bez nadzoru.

» Po co zmieniać coś, co dobrze działa? «

A może to próba stopniowego ograniczania kompetencji samorządu lekarskiego?

Żyjemy w państwie, w którym korporacje zawodowe są silne, a rządzącym korporacje przeszkadzają – kiedy byłem wiceministrem, też mi przeszkadzały. Ale nie przeszkadzały opozycji, czyli tym, którzy teraz rządzą! I doprawdy nie wiem, co sta-

ło się w ciągu tych 3 lat, że im zaczyna przeszkadzać...

A jak odnosi się pan do przepisów nakazujących instalowanie kas fiskalnych w prywatnych gabinetach?

Istotą kasy fiskalnej jest odprowadzanie podatku, a nie rejestrowanie przychodów. Ma ona sens wówczas, kiedy można dokonać odpisów od podatku, a w Polsce i w Europie VAT-u w świadczeniach medycznych nie ma. W związku z tym cały pomysł to po prostu sztyka. Nie wiem, czy te regulacje poprawią ściągalność podatków, a pacjent i tak nic na tym nie zyska.

Zna pan receptę na postępujące zadłużanie się polskich szpitali? Może są nią dodatkowe ubezpieczenia zdrowotne?

W przestrzeni publicznej istnieje opinia, że służba zdrowia w Polsce jest „czarną dziurą”, w której wszystkie środki finansowe są marnotrawione. To jedno z największych fałszerstw! Bez większych nakładów polska służba zdrowia się zablokuje – nowoczesna technologia, leki, aparatura medyczna mają w tej sferze istotne znaczenie, a to wymaga nakładów, które trzeba traktować jak inwestycję. Nawet uboższe od nas państwa określają poziom wydatków na opiekę zdrowotną na co najmniej 6% PKB. Dodatkowe ubezpieczenia w kraju „na dorobku”, jakim jest Polska, musiałyby być powiązane z systemem powszechnych ubezpieczeń jako ubezpieczenia uzupełniające albo równoległe. Systemu alternatywnego w naszym kraju wprowadzić się nie da.

Panie pośle, ma pan swojego lekarza rodzinnego i lekarza dentystę?

Oczywiście, jestem zapisany do lekarza rodzinnego i chodzę do dentysty. Poza tym raz na 1-2 lata poddaję się kompleksowym badaniom. Uważam, że każdy lekarz rodzinny powinien mieć w swoim zakresie obowiązkowe regularne konsultacje profilaktyczne dla każdego swojego pacjenta, które powinny być finansowane poza stawką kapitacyjną. Nie tylko skłoniłoby to ludzi do większej dbałości o zdrowie, ale szybko przełożyłoby się na konkretne oszczędności – także dla systemu. ●



FOT: K. STRZAŁKOWSKA

Rozbieżności pozostają

Nadzwyczajne posiedzenie Naczelnej Rady Lekarskiej, które odbyło się 8 października br., poświęcone było
* omówieniu projektów ustaw wchodzących w skład tzw. pakietu ustaw zdrowotnych.

MARZENA BOJARCZUK

R

W pakiecie znalazły się projekty 4 ustaw: o zawodzie lekarza i lekarza dentystry, o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, o działalności leczniczej oraz refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych.

Burzliwe obrady NRL toczyły się w obecności wiceministra zdrowia Jakuba Szulca, który przybył w zastępstwie ministra zdrowia Ewy Kopacz oraz Bolesława Piechy, przewodniczącego sejmowej komisji zdrowia.

Otwierając posiedzenie prezes NRL Maciej Hamankiewicz odniósł się do trybu konsultacji społecznych i środowiskowych dotyczących wspomnianych projektów. Podkreślił, że czas, jaki projektodawcy dali samorządowi lekarskiemu na zajęcie stanowiska wobec propozycji zmian w przepisach, w praktyce uniemożliwił jakie-

kolwiek prace nad nimi. Pismo w tej sprawie zostało skierowane przez prezesa NRL do ministra zdrowia. Wiceminister J. Szulc nie potrafił jednoznacznie odpowiedzieć na pytanie o powód tak błyskawicznego trybu konsultacji.

Uczestnicy obrad zasypali wiceministra Szulca gradem pytań dotyczących szczegółowych zapisów projektów ustaw, m.in. w zakresie zmian w systemie kształcenia zaznaczając, że samorząd lekarski „stanowczo protestuje przeciwko próbie obniżania poziomu wykształcenia lekarzy i lekarzy dentystrów, co w konsekwencji doprowadzi do zagrożenia bezpieczeństwa zdrowotnego obywateli”. Pytano również o to, kto będzie płacił przyznane przez wojewódzkie komisje odszkodowania za „błędy lekarskie”, a także o zasadność odebrania samorządowi lekarskiemu i przekazania wojewodom prowadzenia rejestru

praktyk lekarskich i nadzoru nad nimi. Pytanie: „Po co zmieniać coś, co dobrze działa?” pozostało bez odpowiedzi...

Jakub Szulc zaprzeczył twierdzeniu, że dyskusja nad pakietem ustaw zdrowotnych jest tylko formalnością, bo decyzje i tak już zostały podjęte. Podkreślił, że jest tylko „zwykłym ekonomistą” i zdaje sobie sprawę z tego, że „w wielu kwestiach rozbieżności pozostają”. Zapewnił jednocześnie, że głos samorządu lekarskiego zostanie wysłuchany i na pewno nie jest za późno na zgłaszanie uwag.

Stanowiska NRL wobec poszczególnych projektów zostały przekazane ministrowi zdrowia i opinii publicznej, a niebawem pakiet ustaw zdrowotnych trafi pod obrady sejm. ◎

PEŁNA TREŚĆ STANOWISK NRL W SPRAWIE TZW. PAKIETU USTAW ZDROWOTNYCH DOSTĘPNA JEST NA STRONIE: WWW.NIL.ORG.PL

REKLAMA

MINISTER



Elżbieta Marcinkowska: Politycy bez względu na zawód, jaki reprezentują, pamięć mają krótką. Grzegorz Mazur: Relacja jest przykładem skrajnej arogancji władzy. Jolanta Orłowska-Heitzman: Silne samorządy zawodowe są bardzo niewygodne.

Najpierw było zaproszenie wystosowane przez prezesa Naczelnej Rady Lekarskiej Macieja Hamankiewicza do pani minister zdrowia Ewy Kopacz na posiedzenie Rady poświęcone projektom z pakietu ustaw zdrowotnych – w imieniu Pani minister przybył wiceminister Jakub Szulc. Tydzień później – Pani minister zaprosiła prezesa NRL na spotkanie, którego przebieg prezes zrelacjonował członkom Naczelnej Rady. Wewnątrz środowiska wybuchła dyskusja na temat roli samorządu zaufania publicznego, postrzegania samorządu lekarskiego przez lekarzy, polityków i o granicach wolności wypowiedzi.

Obrażliwe dla MZ?

„Pani minister wyraziła oburzenie stanowiskami NRL, a w szczególności stanowiskiem w sprawie pakietu ustaw zdrowotnych stanowiącym preambułę do dalszych stanowisk. Pani minister uznała, że sformułowania dotyczące zagrożeń bezpieczeństwa zdrowotnego obywateli i odpowiednio wysokiego poziomu świadczeń zdrowotnych dla pacjentów w Polsce są obraźliwe dla Ministerstwa Zdrowia” – zrelacjonował Prezes NRL.

Prezesi izb okręgowych odpowiedzieli: „Relacja jest dowodem nie tylko na ignorowanie głosu wielu organizacji lekarskich, ale jest przykładem skrajnej arogancji władzy” (Grzegorz Mazur – prezes ORL w Łodzi), „kwestionując poglądy środowiska medycznego,

m. in. konferencji Rektorów Akademickich Szkół Medycznych, Ogólnopolskiej Konferencji Młodych Lekarzy, Naczelnej Rady Lekarskiej i wielu Okręgowych Rad Lekarskich – w moim przekonaniu resort zdrowia zajął stanowisko arbitralne, odbiegające od reguł demokracji” (Andrzej Matyja – prezes ORL w Krakowie); „zachowanie przedstawicieli Ministerstwa Zdrowia

W roku powstania Porozumienia Zielonogórskiego, w czasie protestu lekarzy rodzinnych, to właśnie poparcie izb lekarskich dało dodatkową siłę lekarzom do wytrwania w walce z niegodnymi warunkami pracy.

(w tym zwłaszcza lekarzy) zasługuje na zdecydowane słowa dezaprobaty” (Jacek Kozakiewicz – prezes ORL w Katowicach).

Na list prezesa NRL odpowiedziała Jolanta Orłowska-Heitzman – naczelny rzecznik odpowiedzialności zawodowej: „Myślę, że czas głośno zadać pytanie – czy działania MZ mają doprowadzić do likwidacji samorządu lekarskiego?! W jaki sposób samorząd ma wykonywać swoje ustawowe zadania, jeśli będzie pozbawiony odpowiedzialno-

ści zawodowej, rejestrów i nie będzie mógł sprawować pieczy nad wykonywaniem zawodu? Silne samorządy zawodowe są bardzo niewygodne”. Swojego oburzenia nie kryła Agnieszka Ruchała-Tyszler – przedstawiciel NRL w zespole ds. prac legislacyjnych dotyczących projektu zmiany ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty: „Butę i arogancję do samorządu lekarskiego dało się już odczuć wcześniej m.in. na konferencji uzgodnieniowej 6 października br. Jest to tym bardziej przerażające, że tak zachowują się nasi „koledzy” lekarze, a jak wiadomo z przepisów o izbach lekarskich to wszyscy lekarze tworzą samorząd zawodowy. Czy nie można z tego skorzystać i uznać działania minister i innych lekarzy z MZ za szkodliwe działanie wobec samorządu?”

Samorząd „skostniały”

Słowa działaczy samorządu lekarskiego nie dotyczyły tylko słów Pani minister. Na spotkaniu z prezesem NRL oprócz Ewy Kopacz obecny był Marek Twardowski – wiceminister zdrowia. „Pan minister Marek Twardowski skupił się w swojej wypowiedzi na ocenie dotychczasowej działalności izb, uznając, że samorząd nie ma prawa wypowiadać się w imieniu wszystkich lekarzy i lekarzy dentystów w Polsce, gdyż jest skostniały, a jedyną skuteczną organizacją działającą w ochronie zdrowia jest Porozumienie Zielonogórskie. Zaznaczył, że myślał o kandydowaniu na stanowisko prezesa Naczelnej Rady Lekarskiej i wyraził »

opinię, że jako Prezes NRL doprowadziłby do wyrzucenia 80% działających w niej osób” – przeczytali członkowie NRL w notatce Prezesa. I zareagowali: Elżbieta Marcinkowska z Poznania: „Z przykrością przyjąłam informację o stanowisku ministra Marka Twardowskiego wobec izb lekarskich. Utwierdziło mnie to w przekonaniu, że politycy bez względu na zawód, jaki reprezentują, pamięć mają krótką. W roku powstania Porozumienia Zielonogórskiego, w czasie protestu lekarzy rodzinnych to właśnie poparcie izb lekarskich, najpierw Wielkopolskiej Izby Lekarskiej, następnie izb okręgowych i Naczelnej Rady Lekarskiej, dało dodatkową siłę lekarzom do wytrwania w walce z narzuconymi, niegodnymi warunkami pracy. Wtedy zdanie o izbach lekarskich lekarz Marek Twardowski prezentował całkiem odmienne. Cóż – *tempora mutantur et nos mutamur*

in illis.” Prezes BIL w Bielsku-Białej Zyta Kaźmierczak-Zagórska sięgnęła do przeszłości: „Wielokrotnie brałam udział w spotkaniach z udziałem ministra Twardowskiego, zawsze był arogancki i wyrażał lekceważący stosunek do samorządu. Powiem więcej, z zupełnie dla mnie niezrozumiałej przyczyny pała nienawiścią do samorządu. Oczywiście uważa, że jedyną, właściwą reprezentacją lekarzy jest PZ (przypominam jego tyradę w Zielonej Górze na konwencie przewodniczących w poprzedniej kadencji). Podobnie zachowywał się podczas spotkań w MZ dotyczących finansowania czynności przejętych od administracji. Tym razem obraził Prezesa, który został zaproszony przez minister E. Kopacz w celu zaprezentowania stanowiska całego środowiska lekarzy i lekarzy dentystów. Co prawda panuje pogląd, że w polityce nie należy się dąsać, jednak uwa-

żam, że w tej sytuacji powinniśmy zareagować i złożyć wnioski o jego odwołanie.” Jolanta Małmyga z Gorzowa Wielkopolskiego, uczestnicząca w ubiegłej kadencji w spotkaniach w MZ, dodała: „Szkoda, że jako delegat na Zjazd nie tylko nie był na nim obecny, ale i nie kandydował na stanowisko prezesa; miałby szansę zrealizować swoje założenia i zmienić skostniały samorząd zawodowy na lepszą organizację lub ją rozwiązać.” Halina Porębska z Gdańska podsumowuje: „Nie ma sensu obrażać się na Ministerstwo, ono będzie i tak nadal istniało mimo naszego sprzeciwu, natomiast człowiek, który nie umie się zachować na swoim stanowisku, powinien je opuścić. Być może sprawdzi się lepiej w działalności nie wymagającej umiejętności dyplomatycznych.”

**ZEBRAŁA KATARZYNA STRZAŁKOWSKA,
RZECZNIK PRASOWY NIL**



LIST PREZESA

Szanowne Koleżanki, Szanowni Koledzy!

Chciałbym Was poinformować, że dzisiaj, tj. 18 października br. pojechałem na spotkanie w Ministerstwie Zdrowia – odpowiadając na piątkowe zaproszenie Pani Minister Ewy Kopacz. W spotkaniu uczestniczyli: Minister Zdrowia Ewa Kopacz, Wiceminister Zdrowia Marek Twardowski i Dyrektor Departamentu Nauki i Szkolnictwa Wyższego Ministerstwa Zdrowia Roman Danielewicz. Na początku spotkania Pani Minister wyraziła oburzenie stanowiskami Naczelnej Rady Lekarskiej, a w szczególności stanowiskiem w sprawie pakietu ustaw zdrowotnych stanowiącym preambułę do dalszych stanowisk. Pani Minister uznała, że sformułowania dotyczące zagrożeń bez-

pieczeństwa zdrowotnego obywateli i odpowiednio wysokiego poziomu świadczeń zdrowotnych dla pacjentów w Polsce są obraźliwe dla Ministerstwa Zdrowia.

W dalszej części spotkania skupiono się na wypowiedziach skierowanych do mnie, dotyczących stanowiska NRL w sprawie zmiany ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty w zakresie Lekarskiego Egzaminu Państwowego.

Pan Minister Marek Twardowski skupił się w swojej wypowiedzi na ocenie dotychczasowej działalności izb, uznając, że samorząd nie ma prawa wypowiadać się w imieniu wszystkich lekarzy i lekarzy dentystów w Polsce, gdyż jest skostnia-

ły, a jedyną skuteczną organizacją działającą w ochronie zdrowia jest Porozumienie Zielonogórskie. Zaznaczył, że myślał o kandydowaniu na stanowisko Prezesa Naczelnej Rady Lekarskiej i wyraził opinię, że jako Prezes NRL doprowadziłby do wyrzucenia 80% działających w niej osób. Pan Minister używając w emocjach wielu słów, których trudno było nie odebrać jako obrażających działaczy izb lekarskich dodał, że pewnie sprawę samorządu rozwiąże Trybunał Konstytucyjny, obradujący dzisiaj nad zgodnością przynależności obowiązkowej z Konstytucją RP (zapewne Pan Minister nie wiedział jeszcze, że sprawę umorzono, a obecny RPO złożył prośbę o wycofanie wniosku, uznając, że nie widzi możliwości obronienia też zawartych w piśmie RPO

ze stycznia 2009 r.).

W drugiej godzinie spotkania, zanim Pani Minister Ewa Kopacz opuściła nasze grono, uzgodniliśmy, że wszyscy będziemy starali się wypracować racjonalne zapisy ustawowe (a najlepiej wspólnie), po czym Pan Minister Twardowski kontynuował wyrażanie negatywnej opinii wobec izb lekarskich. W sumie spotkanie trwało dwie i pół godziny. Wysłuchując wszystkich wypowiedzi starałem się zaprezentować merytoryczne argumenty broniące naszych stanowisk (treść stanowisk przekazałem raz jeszcze w formie elektronicznej), gdyż uważałem, że to ich zapisy powinny być dzisiaj głównym przedmiotem spotkania.

**Z KOLEŻEŃSKIM
POZDROWIENIEM
MACIEJ HAMANKIEWICZ**



OKIEM PREZESA

Koleżanki i Koledzy! Otrzymaaliśmy od pani minister Ewy Kopacz projekty ustaw wchodzące w skład dawno zapowiadanego pakietu ustaw zdrowotnych. To bardzo ważne dla nas wszystkich sprawy. Dlatego 8 października zebraliśmy na nadzwyczajnym posiedzeniu Naczelną Radę Lekarską i przyjęliśmy stanowiska, które wyrażają opinie polskich lekarzy i lekarzy dentyków. Z niepokojem stwier-

dziiliśmy jednak, że nasze zdanie nie miało szans przebić się przez proceduralny pośpiech ministerstwa. Na konferencji uzgodnieniowej dotyczącej ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentystry potwierdzono to, co wiedzieliśmy wcześniej. Projekt został już przekazany do Rady Ministrów. W przypadku innej ustawy konferencja uzgodnieniowa odbywała się przed upływem terminu zgłaszania stanowisk. Nasza praca, doświadczenie i propozycje po raz kolejny nie mają znaczenia dla polityków. Ciekawe, jak wyobrażają sobie oni funkcjonowanie w taki sposób urządzanego systemu.

Apeluję do Was, Koleżanki i Koledzy, abyśmy przy dyskusjach nad ustawą o zawodach lekarza i lekarza dentystry, i o innych ustawach zdrowotnych, wspólnie wołali o utrzymanie dobrego poziomu kształcenia opartego na stażu

podypłomowym, abyśmy protestowali przeciwko przyjęciu „błędu medycznego” w ustawie o prawach pacjenta, abyśmy rejestr praktyk pozostawili w gestii izb lekarskich. Pokażmy przy każdej okazji, że mamy te same opinie na temat tych chybionych pomysłów.

To, że warto mówić, sprawdziło się na spotkaniu NRL z wiceministrem zdrowia Jakubem Szulcem, który po wysłuchaniu uwag o niemożności spełnienia wymogu 5 milionów kapitału założycielskiego przez małe podmioty utworzone przez lekarzy obiecał zadziałać w tej sprawie i jak widzimy – słowa dotrzymał. Zapis zniknął z projektu ustawy o działalności leczniczej. Chociaż dla tej jednej sprawy warto było poświęcić nasz czas.

Trybunał Konstytucyjny umorzył postępowanie w zakresie zgodności z Kon-

stytucją RP przynależności obywatelskiej do samorządów zawodowych. Prośbę o wycofanie wniosku skierował obecny Rzecznik Praw Obywatelskich, uznając, że nie widzi możliwości obronienia tez zawartych w piśmie RPO ze stycznia 2009 r. Utrzymanie przynależności obywatelskiej do samorządu lekarskiego tylko potwierdza, że pełni on istotną rolę nie tylko z uwagi na sprawowaną pieczę nad wykonywaniem zawodów lekarza i lekarza dentystry, ale również jest jedynym tak reprezentatywnym przedstawicielem tych zawodów i próby podważenia roli i głosów naszego samorządu nie powinny mieć miejsca. Spróbujmy teraz przekonać społeczeństwo oraz nasze Koleżanki i Kolegów Lekarzy, którzy obecnie są Posłami RP, do słuszności naszych stanowisk. Apeluję o jedność i świadomość, iż wprowadzone zmiany w prawie wpłyną na wykonywanie zawodu przez każdego z Nas.

MACIEJ HAMANKIEWICZ

R



Pakiet ustaw zdrowotnych

NRL na specjalnym posiedzeniu 8 października br. podjęła stanowiska w sprawach: pakietu ustaw zdrowotnych, projektu zmiany ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta; projektu zmiany ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty; projektu ustawy o działalności leczniczej; projektu ustawy o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych.

W stanowiskach NRL

W stanowisku dotyczącym projektu ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty NRL zaprotestowała przede wszystkim przeciwko likwidacji stażu podyplomowego podkreślając, że skracanie studiów w zakresie nauczania teoretycznego na pewno wywrze wpływ na kwalifikacje absolwentów, a także może spowodować podważenie zgodności kształcenia przeddyplomowego w polskich uczelniach medycznych z przepisami dyrektywy unijnej. Po analizie projektu ustawy o działalności leczniczej NRL negatywnie oceniła dążenie do jak najszerzej „prywatyzacji” jednostek ochrony zdrowia oraz sprzeciwiła się przekazaniu wojewodom zadania prowadzenia rejestru praktyk lekarskich oraz nadzoru nad nimi.

Projekt zmiany ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta został przez NRL uznany za próbę zrealizowania stanowiska VII Nadzwyczajnego Krajowego Zjazdu Lekarzy, który postulował, aby wzorem innych państw (zwł. skandynawskich) wprowadzić system odpowiedzialności placówek opieki zdrowotnej da-

jący prawo uzyskiwania przez pacjentów rekompensaty za szkody zdrowotne poniesione w związku z leczeniem na drodze pozasądowej bez konieczności udowodnienia winy pracowników opieki zdrowotnej. Jednakże NRL stwierdziła, że szczegółowe zapisy obecnego projektu są dalekie od realizacji słusznej idei, co grozi kompromitacją całego rozwiązania, a w konsekwencji może spowodować narastanie konfliktów i doprowadzić do odrzucenia bardzo potrzebnego sposobu rekompensowania szkód związanych z leczeniem. Jej zdaniem np. niewłaściwa jest przyjęta w projekcie jako podstawa odszkodowania konstrukcja „błędu medycznego”, wymagająca wykazania błędu, a zatem pośrednio udowodnienia winy osoby fizycznej za błąd odpowiedzialnej. Wszystkie stanowiska NRL zostały przekazane mediom, m.in. na zorganizowanej w tym celu konferencji prasowej; są opublikowane w Biuletynie NRL oraz na stronie internetowej www.nil.org.pl

Jakub Szulc i Bolesław Piecha gośćmi NRL



Na posiedzeniu 8 października br. NRL spotkała się z wiceministrem zdrowia Jakubem Szulcem oraz przewodniczącym Komisji Zdrowia Sejmu RP Bolesławem Piechą. Spotkanie poświęcone było omówieniu projektów wchodzących w skład pakietu ustaw zdrowotnych oraz trybu konsultacji społecznych.

Kwestia trybu konsultacji została przedstawiona przez Prezesa NRL w liście do Ministra Zdrowia. Jak zaznaczył Prezes NRL, pośpiech, praktyczny brak zasięgania opinii środowiska lekarskiego oraz prowadzenie konsultacji z naruszeniem przepisów prawa nie mogą zdarzać się w przypadku procesu legislacyjnego projektów aktów prawnych mających nieść tak fundamentalne zmiany systemu ochrony zdrowia w Polsce. Przed tempem i brakiem głosu opinii społecznej przestrzegał na spotkaniu także Bolesław Piecha. Wiceminister Jakub Szulc zaznaczył, że na zgłaszanie uwag przez samorząd lekarski nie jest za późno i wysłuchał wszystkich opinii na temat szczegółowych zapisów projektów z pakietu ustaw.

Czynności – Trybunał i Sąd

15 października br. NRL wystąpiła do Trybunału Konstytucyjnego z wnioskiem o zbadanie zgodności

z Konstytucją RP przepisów rozporządzenia ministra zdrowia z 18 maja 2010 r. w sprawie przekazywania izbom lekarskim środków finansowych na pokrycie kosztów czynności wykonywanych przez izby lekarskie przejętych od administracji państwowej. Wniosek do Trybunału dotyczy obowiązującego obecnie rozporządzenia.

W kwestii środków należnych za lata 2007-2009, o jakie zwróciła się NIL wezwaniem do zapłaty we wrześniu br., Minister Zdrowia odmówił zapłaty kwoty 3 432 136 zł i zgodnie z zapowiedziami Prezes NRL zdecydował o wystąpieniu na drogę sądową.

k.strzalkowska@hipocrates.org

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

Pod prąd

Polska, wprowadzając umedycznienie zawodu lekarza dentysty, znalazła się w czołówce krajów europejskich dążących dopiero do tego celu. W wielu krajach dostrzeżono korzyści wynikające ze zwiększenia wiedzy medycznej stomatologów. Nasi stomatolodzy są cenięni za granicą. Wyprzedziłyśmy kierunek, jaki obecnie jest głośno lansowany na świecie. Rada Europejskich Lekarzy Dentystów (CED) od dawna wypowiada się za podnoszeniem poziomu kształcenia przeddyplomowego. Ostatnie posiedzenie CED w uchwałach dotyczących nowelizacji Dyrektywy 2005/36/WE opisało kierunki koniecznych aktualizacji.



***Kontredans
po polsku czyli
jeden krok
w przód, dwa w tył.***

Proponowane zmiany odzwierciedlają postęp naukowy i techniczny w stomatologii. Zaznacza się też dążenie do wydłużania studiów. Obecnie 8 państw europejskich ma kształcenie

ponad 5-letnie (5,5 i 6).

W połowie państw UE/EEA jest staż. Komisja ds. kształcenia CED podkreśla korzyści stażu.

A co stomatologom oferują polskie władze?

W pakiecie ustaw zdrowotnych tendencje są wręcz przeciwne, następuje odwrót z uznanej już na świecie drogi rozwoju. Zapowiadane są: skrócenie studiów, likwidacja stażu podyplomowego i zastąpienie go „praktyką zawodową” odbywaną podczas zajęć studenckich. Musi się to odbyć kosztem wyłączenia części przedmiotów, można domniemywać, że dla studentów stomatologii ograniczenie będzie dotyczyło przedmiotów ogólnomedycznych.

Chcemy się rozwijać, ale nie cofać. Dzienni-

karz zaatakował mnie:

„Bo wy się boicie konkurencji, bo będzie więcej lekarzy!” No cóż,

nie umiał mi odpowiedzieć o ilu będzie więcej, bo przecież projekt nie przewiduje zwiększenia liczby miejsc na uczelniach! Tylko szybciej wejdą na rynek pracy. Zapewne spotkaliście się z tym, że mylą za granicą podobnie brzmiące „Holand” i „Poland”. Zdarzało się, że ktoś gratulował mi narodowej drużyny piłkarskiej, od razu wiedziałam, że mój rozmówca pomylił się. Jeśli kiedyś nasi piłkarze podciągną się w grze, będzie łatwiej rozróżnić nasze kraje po edukacji stomatologicznej: w Holandii 4 lata trwa edukacja higienistek! 6 lat szkolenie stomatologa, a u nas...

ANNA LELLA

R

Staż, LEP i L-DEP. Likwidować?

W kształceniu przed
i podyplomowym lekarzy szykują
się rewolucyjne zmiany.
Czy wyjdą lekarzom na dobre?

WOJCIECH MARQUARDT

Wykonywanie zawodu lekarza polega na diagnozowaniu, leczeniu, rehabilitacji, orzekaniu o stanie zdrowia pacjentów oraz na nauczaniu zawodu. W ten właśnie sposób definicja naszego zawodu została określona w projekcie ustawy autorstwa Naczelnej Rady Lekarskiej w 1996 r. Od kilku lat politycy chcą ją rozszerzyć o lekarzy zatrudnionych w NFZ, urzędach związanych z organizowaniem świadczeń zdrowotnych i nadzorem ich wykonywania. Ministerstwo Zdrowia zamierza iść jeszcze dalej i objąć tą definicją kierowników zakładów opieki zdrowotnej. 31 sierpnia br. przedstawiło do publicznej wiadomości projekt nowelizacji ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty. Ustawa ma stworzyć nowe podstawy prawne do-

tyczące kształcenia przed- i podyplomowego lekarzy i lekarzy dentystów, dokonać zmian w programach kształcenia przed- i podyplomowym, ułatwić uzyskanie dyplomu specjalisty. Ma także uruchomić mechanizm zapobiegający migracji młodych lekarzy za granicę. W środowisku medycznym obudziła jednak wiele kontrowersji.

Co się zmieni?

Projekt nowelizacji ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty oprócz rozszerzenia tej definicji o kierujących zakładami opieki zdrowotnej, obejmuje znaczące zmiany: likwidację stażu podyplomowego, w zamian za wprowadzenie praktyki zawodowej na VI roku studiów dla lekarzy oraz na V roku dla lekarzy dentystów; zlikwidowanie Lekarskiego Egzaminu Państwowego (LEP) oraz

Lekarsko-Dentystycznego Egzaminu Państwowego (LDEP); określenie zasad odbywania przeszkolenia uzupełniającego dla lekarza nie wykonującego zawodu przez okres 5 lat (przepisy przewidują możliwość zawieszenia prawa wykonywania zawodu albo ograniczenia wykonywania określonych czynności medycznych do czasu zakończenia przeszkolenia, w drodze uchwały podjętej przez okręgową radę lekarską); wprowadzenie modułowego systemu specjalizacji z jednoczesną zmianą dotychczasowego podziału specjalizacji na podstawowe i szczegółowe oraz zasad uznawania dorobku zawodowego i naukowego za równoważne z elementami programu specjalizacji; odejście od limitowania liczby możliwych podejść do tego egzaminu oraz wprowadzenie opłat za kolejne podejścia.

Co z praktyką?

Obecnie 3 800 absolwentów uczy się praktycznych umiejętności w trakcie 12-miesięcznego stażu podyplomowego, odbywanego pod kontrolą opiekuna. Lekarz specjalista nie otrzymuje żadnego wynagrodzenia za kształcenie stażysty. Staż odbywany jest w wielu akredytowanych szpitalach nie związanych z uczelniami medycznymi. Jeśli zostanie zlikwidowany, to tzw. praktyka zawodowa studenta medycyny będzie musiała ograniczyć się do uczelni medycznej. Uczelnie zatrudniają nauczycieli akademickich, którzy uczą studentów w grupach kilkusobowych, prowadzą seminaria w grupach kilkudziesięciosobowych i wykłady dla znacznie większego grona. Do prak-

tycznej nauki zawodu i kontaktu studenta z pacjentem potrzebni będą specjaliści ze szpitali klinicznych, którym za prowadzenie zajęć trzeba będzie dodatkowo zapłacić.

Co ze specjalizacjami?

Zmienić mają się zasady postępowania kwalifikacyjnego do specjalizacji lekarskich oraz odbywania szkolenia specjalizacyjnego. Zmiany dotyczą zasad przyznawania miejsc szkoleniowych, rozdziału rezydentur na poszczególne województwa, dziedzin



AUTOR JEST CZŁONKIEM
NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ.

określanych przez ministra zdrowia oraz uruchamiania wszystkich pozostałych wolnych miejsc szkoleniowych przez wojewodów. Nowelizacja obejmie także zasady opracowywania programów specjalizacji i sposobu powoływania ich kierowników. Autorzy projektu uznają za sukces powierzenie tej funkcji lekarzom specjalistom pracującym na umowach cywilnoprawnych czyli tzw. kontraktach. Inny będzie też sposób przeprowadzenia Państwowego Egzaminu Specjalizacyjnego (PES), który ograniczono do części testowej i ustnej. Część ustna może być rozszerzona o egzamin praktyczny, z wyłączeniem procedur inwazyjnych. Projekt określa też warunki, jakie

muszą spełniać jednostki prowadzące specjalizację lub staże kierunkowe, by uzyskać akredytację na realizację takich szkoleń. Muszą przyjąć program określonej specjalizacji, zobowiązać się do jego realizacji oraz zapewnić warunki merytoryczne i organizacyjne do przeprowadzania określonych zabiegów i procedur medycznych wynikających z programu specjalizacji.

Koszty likwidacji

Powodem odejścia od LEP-u i LDEP-u są względy finansowe. Likwidacja egzaminu spowoduje zaoszczędzenie w budżecie ok. 530 000 zł rocznie. Dalsze zmniejszenie wydatków budżetowych o 162,7 mln zł rocznie nastąpi dzięki likwidacji stażu podyplomowego. Wprowadzenie modułowego systemu specjalizacji skróci okres specjalizacji, a tym samym obniży koszty uzyskania specjalizacji przez jednego lekarza. Ministerstwo podkreśla, że zaoszczędzone pieniądze wykorzysta na nowe miejsca specjalizacyjne w trybie rezydentury. Wprowadzenie nowych zasad przeprowadzania egzaminu specjalizacyjnego zaliczającego moduł podstawowy, stanowiący I część Państwowego Egzaminu Specjalizacyjnego (PES), będzie jednak wymagało przeznaczenia dodatkowych środków finansowych dla Centrum Egzaminów Medycznych. Obecnie egzamin testowy kosztuje 532 000 zł, a część praktyczna – 561 000 zł. Wprowadzenie procesu monitorowania systemu specjalizacji

przez CMKP spowoduje dodatkowe wydatki w wysokości ok. 4 mln zł. Zakłada się stopniowe rozbudowywanie systemu monitorowania specjalizacji, w taki sposób, aby docelowo corocznie kontrolowana była co najmniej jedna jednostka specjalizująca w każdej z dziedzin specjalizacji, w każdym województwie. Ponadto resort planuje organizowanie przez CMKP kursów szkoleniowych dla kierowników specjalizacji.

Zmiany na uczelniach

Ustawa proponowana przez resort zdrowia wiąże się z wypracowaniem przez uczelnie medyczne nowych programów nauczania oraz określeniem nowych minimów programowych. Obecnie są one stworzone jedynie w zarysie. Zmiany dostosowujące program nauczania do nowej ustawy będą kosztowne. Uczelnie zostaną zobowiązane do organizowania kursów i szkoleń, obecnie realizowanych w ramach stażu podyplomowego. Trzeba będzie wydać naten cel 5,2 mln

Powodem odejścia od LEP-u i L-DEP-u są względy finansowe. Likwidacja egzaminu spowoduje zaoszczędzenie w budżecie około 530 000 zł rocznie.

zł. Tyle samo, ile obecnie kosztuje szkolenie w formie wykładów z prawa medycznego, bioetyki, orzecznictwa, krwiodawstwa i medycyny ratunkowej. Studentów czeka dużo więcej zajęć praktycznych, co wymaga doposażenia uczelni w sprzęt. Aby mogli w pełni z nich korzystać, trzeba także zmniejszyć liczebność grup studenckich. W uzasadnieniu ustawy brakuje wyliczeń kosztów niezbędnych do organizacji i prowadzenia praktyki zawodowej. Łatwa oszczędność budżetu na likwidacji wynagrodzenia dla stażystów – 99,15 mln zł (3 800 x 13 miesięcy x 2007) pociągnie za sobą nowe koszty w postaci wynagrodzenia dla nauczycieli akademickich.

Ministerstwo Zdrowia uważa, że projektowana regulacja będzie miała wpływ na rynek pracy poprzez szybszy i zwiększony dopływ lekarzy i lekarzy specjalistów do systemu opieki zdrowotnej wynikający z reformy kształcenia przed- i podyplomowego. Ostateczny kształt ustawy zostanie określony jak zwykle przez posłów i senatorów. Mam nadzieję, że uwagi zgłaszane od lat przez samorząd lekarski zostaną uwzględnione i nowelizacja ograniczy się do regulacji dotyczących nowego systemu odbywania specjalizacji. Liczę na zdecydowaną postawę posłów lekarzy w zablokowaniu pomysłu likwidacji stażu, a także niedopuszczeniu do rozszerzenia definicji wykonywania zawodu lekarza o lekarzy będących kierownikami zakładów opieki zdrowotnej. ☉

R

R E K L A M A

Krytycznie o zmianach w kształceniu

Likwidacja stażu podyplomowego, LEP-u i L-DEP-u zagrozi bezpieczeństwu pacjentów – alarmowali przedstawiciele środowiska lekarskiego podczas XIX Ogólnopolskiej Konferencji Młodych Lekarzy, która odbyła się w dn. 15-17 października w Krakowie.

JOANNA DEPA, LUCYNA KRYSIAK

Ponad 60 lekarzy z całej Polski przyjechało do Krakowa, by wziąć w niej udział. Celem spotkania była debata na temat zmian w ustawach zdrowotnych przygotowywanych przez rząd, dotyczących zniesienia stażu podyplomowego, Lekarskiego Egzaminu Państwowego (LEP) oraz Lekarsko-Dentystycznego Egzaminu Państwowego (L-DEP). Gospodarzem konferencji była Komisja ds. Młodych Lekarzy ORL w Krakowie.

Młodzi medycy krytycznie odnieśli się do tych propozycji. Stwierdzili, że negatywnie wpłyną one na poziom nauczania, jakość świadczeń medycznych i bezpieczeństwo pacjentów. Ich zdanie podzielali zaproszeni goście. Rektor UJ CM Wojciech Nowak podkreślił, że kształcenie przeddyplomowe, podyplomowe i specjalizacja tworzą naczynia połączone, jeśli któregoś z nich zabraknie, system zaczyna szwankować. „Nie da się dobrze wyszkolić specjalistów, jeśli położymy kształcenie przeddyplomowe” – zastrzegł. Dodał, że dostrzega konieczność reformowania systemu kształcenia, ale nie poprzez likwidację egzaminów państwowych czy stażu podyplomowego.

Dyskutujący na ten temat młodzi lekarze byli zgodni, że LEP i L-DEP są obecnie jedynym obiektywnym kryterium kwalifikacyjnym na specjalizacje lekarskie i lekarsko-dentystyczne. Proponowana przez mini-

sterstwo kwalifikacja na specjalizację w oparciu o średnią ze studiów oraz w oparciu o predyspozycję i motywację kandydatów i dorobek zawodowy, naukowy jest metodą nieobiektywną, a wręcz korupcyjną, co uczestnicy konferencji wyraźnie podkreślili w postulatach końcowych. Ostrzegali też, że w razie likwidacji LEP-u pojawi się problem standaryzacji egzaminów oraz programów studiów między uczelniami. Dr Władysław

LEP i L-DEP są obecnie jedynym obiektywnym kryterium kwalifikacyjnym na specjalizacje lekarskie i lekarsko-dentystyczne.

Kosiniak-Kamysz z Komisji Młodych Lekarzy ORL w Krakowie krytyczne stanowisko lekarzy w tej sprawie tłumaczył tym, że trudno byłoby porównywać średnią ocen z dwóch różnych uczelni, w sytuacji, kiedy na uczelniach funkcjonują różne programy, a studentów oceniają różni egzaminatorzy. Biorąc pod uwagę te argumenty, w stanowisku przyjętym na zakończenie konferencji, lekarze stwierdzili, że całokształt proponowanych zmian jest przerażający i niebezpieczny w odniesieniu do obecnych standardów nauki medycznej,

jakości świadczeń medycznych i bezpieczeństwa pacjenta.

W proponowanych zmianach Ministerstwo Zdrowia widzi sposób na zwiększenie liczby specjalistów i oszczędności finansowe. Wiceprezes ORL w Krakowie Jerzy Friediger odparł ten argument dowodząc, że deficyt 15 000 specjalistów w roku 1997 był spowodowany mniejszym o 50% nabo-rem na studia medyczne. Zastrzegł, że likwidując teraz staż podyplomowy uzyskamy zaledwie jeden rocznik lekarzy. O to gdzie odbędzie niezbędną praktykę studenci VI roku, jeśli zostanie zlikwidowany staż podyplomowy, martwił się Grzegorz Mazur, prezes ORL w Łodzi. „Baza kliniczna uczelni medycznych jest zbyt szczupła, by mogła ich wszystkich wykształcić” – dodał. Za stażem opowiedziało się 92% stażystów. Teżę dotyczącą oszczędności, jakie mają wynikać z likwidacji stażu, podważył dr Michał Nowakowski z Zakładu Dydaktyki Medycznej. „Z przeprowadzonych w Wielkiej Brytanii wieloletnich badań wynika, że im lepiej przygotowani są do zawodu lekarze, tym większe wnoszą oszczędności do systemu ochrony zdrowia” – tłumaczył.

Propozycję likwidacji Lekarskiego Egzaminu Państwowego i stażu podyplomowego lekarzy i lekarzy dentystów negatywnie oceniła Naczelna Rada Lekarska oraz Konwent Prezesów, który w tym czasie także obradował w Krakowie. Niestety, nikt z Ministerstwa Zdrowia nie odpowiedział na zaproszenie. ●

Nie pozbawiać rzeczywistego kontaktu z leczeniem!



Marcin Koralewski, przewodniczący Komisji ds. Młodych Lekarzy

przy Wielkopolskiej Radzie Lekarskiej w Poznaniu

- Rząd przekonuje nas, że zniesienie stażu podyplomowego ułatwi dostęp do specjalizacji, ale zmiany, które proponuje raczej spowodują odejście wielu kolegów kończących studia medyczne do zawodów pokrewnych. Będą też wyjeżdżać za granicę, aby się szkolić. Od tych zmian nie przybędzie w Polsce specjalistów. Argumentacja rządu jest więc absurdalna, ponieważ projekt nie przewiduje ani zwiększenia liczby miejsc na uczelniach, ani zwiększenia miejsc specjalizacyjnych. Pomimo tego, iż ministerstwo twierdzi, że studia lekarskie nadal będą trwały 6 lat, jego propozycje prowadzą do faktycznego skrócenia nauki, gdyż szósty rok, to będzie praktyka lekarska. W takim przypadku dotychczasowy program nauczania będzie skomasowany i potrwa o rok krócej. Podobnie absurdalne jest zastąpienie stażu uczestnictwem studenta w tzw. zespole terapeutycznym, ponieważ student nie ma prawa wykonywania zawodu, nie zostanie dopuszczony do wielu czynności medycznych.



Piotr Oleksy, przewodniczący Komisji ds. Młodych Lekarzy

przy Okręgowej Radzie Lekarskiej w Krakowie

- Obawiam się, że projekty te w znacznym stopniu odbijają się na poziomie wykształcenia kadr medycznych, co w rezultacie odczują pacjenci. Polskich

lekarzy dotychczas ceniono w świecie za solidne wykształcenie, wkrótce może okazać się, że zejść do poziomu felczerów. Dziwię się, że rząd chce decydować o naszych losach bez nas. Propozycje tak poważnych i daleko idących zmian w nauczaniu zawodu lekarza powinny być konsultowane ze środowiskiem, szczególnie z osobami, które właśnie odpracowują staż podyplomowy, zdają LEP lub L-DEP oraz stoją przed wyborem i rozpoczęciem specjalizacji. Zniesienie tych egzaminów oznacza okrojenie programu studiów, a zlikwidowanie stażu pozbawienie lekarza po ukończeniu uczelni rzeczywistego kontaktu z leczeniem.



Maciej Krupiński, członek Komisji ds. Młodych Lekarzy przy Okręgowej Radzie Lekarskiej w Krakowie

w Krakowie

- Likwidacja stażu podyplomowego nie może odbyć się bez wcześniej przeprowadzonej reformy studiów medycznych. Jeśli w trakcie studiów zostanie położony większy nacisk na przygotowanie praktycznie do zawodu, wtedy można pomyśleć nad odejściem od stażu. W obecnej sytuacji to pozbawienie świeżo upieczonego lekarza możliwości skonfrontowania nabytej wiedzy teoretycznej z praktyką lekarską. Zreformowania wymaga też sposób naboru na specjalizacje lekarskie, do których dostępność jest ograniczona. Z powodu braku miejsc lekarz decyduje się na to, co jest, a nie w czym chciałby się specjali-

zować. Wielu lekarzy w końcu robi specjalizację, która nie jest zgodna z ich zainteresowaniami. To frustrujące i niezgodne z dewizą: róbmy to, w czym możemy być najlepsi.



Wioletta Bereziewicz, stomatolog, członek Komisji ds. Młodych Lekarzy przy Okręgowej Radzie Lekarskiej w Krakowie

Lekarzy przy Okręgowej Radzie Lekarskiej w Krakowie

- Utrudniony dostęp do specjalizacji najdotkliwiej odczuwają młodzi lekarze dentyści. Liczba miejsc rezydenckich jest znikoma, nie ma też chętnych nauczycieli, którzy podjęliby się prowadzenia specjalizacji. Na jednego absolwenta kończącego studia przypada zaledwie 0,1 miejsca specjalizacyjnego. Co to oznacza? O spełnianiu marzeń możemy zapomnieć, jest problem, aby w ogóle się rozwijać. Kończymy studia i nie mamy żadnego opiekuna, idziemy sami do gabinetu i sami za wszystko odpowiadamy. Pomocą jest książka i telefon, bo kursy też nie zawsze spełniają oczekiwania. Jest tylko kilka ośrodków uniwersyteckich, gdzie można się szkolić. To za mało, by sprostać potrzebom. Stomatologia to dziedzina zabiegowa, w większości sprywatyzowana i nikt w prywatnym gabinecie nie chce ponosić odpowiedzialności za lekarza w trakcie specjalizacji. Nikt nie chce też ponosić kosztów zużytych materiałów. Jeśli nie dojdzie do szybkich zmian, za chwilę może się okazać, że nie mamy ortodontów, protetyków, chirurgów szczękowych. To zagrożenie pacjenci już odczuwają.

R

Odporni na gorycz

Z Jarosławem Zawilińskim, przewodniczącym Naczelnej Komisji Rewizyjnej NIL, rozmawia Lucyna Krysiak.

Rola „rewizora” nie jest wdzięcznym zajęciem. Jak to jest patrzeć ludziom na ręce?

Niezbyt przyjemnie, ale ktoś to musi robić i najlepiej, aby to był ktoś odporny na gorycz i myślę, że do takich osób należy. Ustawowo Naczelna Komisja Rewizyjna sprawuje nadzór nad działalnością finansową i gospodarczą Naczelnej Izby Lekarskiej i już sam fakt, że coś kontrolujemy, wywołuje niechęć ze strony kolegów. Tym większą, że w tej kwestii nie liczą się sentymenty, przyjaźnie, liczą się tylko fakty wynikające z czystych rachunków. Poza tym wszystkim nikt nie lubi być oceniany, krytykowany. Często krytyka odbierana jest jak atak personalny, a nie jak wytknięcie błędów merytorycznych. Tymczasem kontroluje się daną komórkę, a nie osobę, która ją reprezentuje i firmuje pieczęcią lub parafką. To wystarczające powody, aby nie lubić „rewizora”. Ale nikt nie musi nas lubić, wystarczy, że się z nami liczą.

Kontrole dotyczą gospodarowania pieniędzmi pochodzącymi ze składek lekarzy. Czy jako szef NKR uważa pan, że wydawane są prawidłowo?

Tak, chociaż można więcej zrobić, aby gospodarowanie składkowymi pieniędzmi było jeszcze bardziej przejrzyste. Środowisko lekarskie nie mówi jednym głosem jeśli chodzi o działalność samorządową. Jest wiele opinii negatywnych na ten te-

mat, najczęściej wynikających ze zbyt powierzchownej znajomości tematyki, którą zajmują się samorządowcy. Jestem za tym, aby przy każdej możliwej okazji wyjaśniać sprawy budzące kontrowersje. Przykładem jest choćby wysokość składki. Byłem przeciwny, aby ją podnosić, ale decyzją większości wzrosła do 40 zł. Uważam, że skoro tak się stało, to pieniądze te w realny sposób powinny trafić do tych, którzy je wykładają, na przykład pod postacią bezpłatnych szkoleń wymaganych do specjalizacji. Są okręgowe izby lekarskie, które takie szkolenia organizują. Wszystko zależy od inwencji i dobrej woli.

Jednym z zadań NKR jest nadzór nad działalnością okręgowych komisji rewizyjnych. Jak jest realizowany ten zapis?

Naczelna Komisja Rewizyjna nie zna realiów panujących w poszczególnych izbach, specyfiki ich działania, trudno więc się wtrącać w ich styl pracy. Zdarza się, że pełniimy rolę rozjemcy w sporach. Za-

wsze jednak na prośbę któregoś z okręgów. Można więc mówić bardziej o współpracy, a nie o nadzorze. Raz do roku organizujemy spotkania z okręgowymi komisjami rewizyjnymi, podczas których dzielimy się wiedzą, doświadczeniem i informacjami na temat bieżących problemów. Jesteśmy tak naprawdę jednym ciałem i powinniśmy się wspierać. Tak samo traktuję współpracę z moimi zastępcami i członkami NKR – koleżankami i kolegami. Stanowimy nierozdzielalną całość.

Jakie są narzędzia egzekwowania wniosków pokontrolnych?

Ustawowo nie jesteśmy powołani do tego, aby nakładać jakieś kary, ale by wyłapywać błędy, ostrzegać, opiniować, doradzać. Naszą rolą jest ocena zasadności czy bezzasadności wydatków, a czy Rada weźmie to pod uwagę, to już wola Rady. Mamy jeszcze możliwość przedstawienia naszej opinii na Zjeździe, który decyduje o absolutorium dla Naczelnej Rady Lekarskiej. Najnowsza nowelizacja ustawy o izbach lekarskich z grudnia ubiegłego roku ogranicza nas przez zapis mówiący, że na podstawie oceny budżetu i jego wykonania w ciągu kadencji NKR stawia wniosek o udzielenie absolutorium.

Naszą rolą jest ocena zasadności czy bezzasadności wydatków, a czy Rada weźmie to pod uwagę, to już wola Rady.



USTAWOWO JESTEŚMY POWOLANI DO
TEGO, BY WYLAPYWAĆ BŁĘDY, OSTRZE-
GAĆ, OPINIOWAĆ, DORADZAĆ.

Ale daje nam także kontrolę bieżącą nad działalnością finansową i gospodarczą NIL. Największy nacisk w pracach NKR kładzie się więc na kontrolę finansów, a komisja chciałaby być liczącym się w tym względzie ciałem opiniotwórczym.

Z tego, co wiem, NKR zabiega o to od dawna. Z jakim skutkiem?

Tworzymy system naczyń połączonych. Nie ma hierarchii co do ważności poszczególnych organów izby lub komisji. Dlatego powinniśmy dbać o prawidłowe relacje między Naczelną Radą Lekarską, Naczelną Komisją Rewizyjną a innymi organami NIL. Jakikolwiek zgrzyt w tej współpracy rzutują na naszą skuteczność. Tylko dobra współpraca może zrodzić sukces. Wszyscy więc w równym stopniu ponosimy odpowiedzialność za to, co się dzieje w komisjach i Radzie. Jako samorząd lekarski jesteśmy organizacją „non profit” i moim zdaniem nie powinniśmy się angażować w przedsięwzięcia gospodarcze czy finansowe,

bo jako lekarze nie bardzo się na tym znamy. Jak uczy dotychczasowe doświadczenie wielkich sukcesów na tym polu jako Izba nie mamy. Ustawa z grudnia minionego roku przenosi ciężar działania NKR na tworzenie budżetu NIL i jego realizację. Musimy zatem bardziej uważnie śledzić moment powstawania planów finansowych, bo to jest punktem kluczowym, a po okresie rozliczeniowym, po zamknięciu roku budżetowego na ingerencję jest już za późno. W moim odczuciu NKR ma za małą moc opiniotwórczą w tym względzie. Opinia polegająca na tym, że ma ocenić budżet pod kątem jego zgodności z założeniami i realizacją, to zaszelegowanie jednego z organów NIL, kluczowego dla kontroli finansowej, do roli księgowego, a chyba nie o to chodzi. Jeśli nie ma groźby utraty płynności finansowej, debetu, to w dokumentacji księgowej zawsze wszystko się zgadza. Zresztą Rada ma prawo tak kształtować budżet, jak uważa. W świetle obowiązującej ustawy NKR ma obowiązek wyrazić swoją opinię. Nie zawsze jednak jest to opinia dla Rady wiążąca. Tak było wielokrotnie w poprzedniej kadencji.

To pana druga kadencja jako przewodniczącego NKR. Jak je pan porówna?

No właśnie, „rewizorów” się nie lubi, co niejednokrotnie dano mi odczuć, ale wybrano mnie na drugą kadencję. To znaczy, że Zjazd zauważył potrzebę zmian i była na ten temat burzliwa dyskusja. Zmiana nastąpi jednak dopiero wtedy, gdy naprawdę dotrze do nas wszystkich, że obracamy nie swoimi pieniędzmi. Jeżeli każdy będzie miał świadomość, że każda składkowa złotówka powinna być rozliczona, dopiero wtedy problemów nie będzie. Za każdym razem, kiedy wydatkujemy pieniądze ze składek członkowskich, musimy sobie odpowiedzieć na pytanie, co z tego będzie miał lekarz, który ją opłaca. Czy przekłada się to na realne korzyści każdego lekarza, lekarza seniora, a szczególnie młodego adepta uczelni medycznej, którego samorząd powinien otoczyć opieką i stworzyć poczucie więzi korporacyjnej. Myślę, że obecna kadencja przynajmniej częściowo odpowie na te pytania. ●

R

Sztuka leczenia

*Lecznictwo jest
sztuką z wszystkich
najszlachetniejszą.*

Hipokrates

JOLANTA MAŁMYGA

R statnio nie zawsze łatwo jest mi zgodzić się z tą sentencją greckiego lekarza. W starożytności główną rolą lekarza było pocieszanie i łagodzenie bólu, ale dzisiaj, w czasach wysoko rozwiniętych technologii medycznych i dużego rozwoju nauki, leczenie stało się nie tylko sztuką, lecz i bardzo odpowiedzialnym rzemiosłem, i to w pełnym znaczeniu tego słowa. Ci, którzy odpowiadają za zdrowie polskiego społeczeństwa, nie widzą w naszym zawodzie sztuki, a jedynie pieniądze i limity. Zapominają, że zdrowie człowieka jest najwyższym prawem, tego uczono nas na studiach i takie są zasady etyki zawodowej. Szczególnie przykro, że takie decyzje podejmują reprezentujący rząd lekarze.

I, moim zdaniem, to nie my, lekarze, zapomnieliśmy o naszej głównej roli – sztuce leczenia.

Jak doskonalić sztukę, gdy ciągle napotykamy na ograniczenia i zakazy, a o wszystkim decydują pieniądze i nieprzemyślane decyzje podejmowane w imię politycznych celów (a zapłacimy wszyscy)?

Współczesna wiedza medyczna jest rozległa, a rządzący fundują nam skrócenie czasu nauki, likwidację stażu podyplomowego i egzaminów podyplomowych, po to, by w skróconym czasie więcej lekarzy i lekarzy dentystów pojawiło się na rynku pracy. Wiem, że mamy czasy informatyzacji i szerokiego dostę-

pu do Internetu, ale czy przyszli lekarze są cyborgami z komputerami zamiast mózgów? Krótka ścieżka i rzucenie na głęboką wodę – taka szybka szkoła życia, i to w XXI w., to – moim zdaniem – chyba brak wyobraźni. Fakt, nie żyjemy w czasach starożytnych – gdyż wtedy młodzi medycy uczyli się od swoich mistrzów latami – ale w nowożytnej epoce, z wszechobecnym komputerem, jednak ludzie, to nie roboty z częściami wymienionymi, co prawda niektóre można już wymienić, ale nie wszystkie. Ironizując zapytam: I gdzie tu jest sztuka?

Dom można zbudować od nowa, ale życia ludzkiego nie umiemy wskrzesić. Poza tym w razie niepowodzenia leczenia,

według najnowszych propozycji rządu, każdy pacjent lub jego rodzina może wystąpić o odszkodowanie do komisji zdrowia przy wojewodzie – też krótka ścieżka, tylko 7 miesięcy. Bez potrzeby dochodzenia winy i długich procesów sądowych, pieniądze wypłaci ubezpieczyciel.

A co z doktorem – jego ideami i frustracjami? Do kogo ma się odwołać i kogo zapytać o radę? W świecie mamony nie ma nic za

darmo. Za naukę i poradę trzeba płacić. Szkolenia i specjalizacje też wymagają dużych nakładów finansowych i czasu, a skąd ma je brać młody lekarz pracujący poza ośrodkiem akademickim, skoro rezydentura nie jest i nie będzie dostępna dla każdego. Czy w prywatyzowanych szpitalach znajdują się tacy dyrektorzy-sponsorzy, którzy będą chcieli zainwestować w przyszłego specjalistę?

O wiele łatwiej zatrudnić już wykształconego fachowca i wyliczyć punkty z limitu przydzielonego przez płatnika świadczeń medycznych, niż czekać na uczącego się doktora i za niego odpowiadać. A jak zabraknie wyszkolonych specjalistów, to co? Może właśnie tu jest ta sztuka, w przewidywaniu co się bardziej nam wszystkim opłaca, tylko co na to powiedziałby Hipokrates? ●



AUTORKA JEST LEKARZEM
DENTYSTĄ, WICEPREZESEM
OKRĘGOWEJ RADY LEKARSKIEJ
W GORZOWIE WLKP.

Jak dotrzeć do polityków?

W gorącej atmosferze toczył się Konwent Prezesów, który odbył się 16 października w siedzibie Okręgowej Izby Lekarskiej w Krakowie.

— **LUCYNA KRYSIAK** —

Tematem numer jeden był pakiet ustaw zdrowotnych przygotowywanych przez rząd. Debatujący zastanawiali się jak dotrzeć do polityków ze stanowiskami wyrażającymi protest środowiska lekarskiego w tej sprawie, aby Ministerstwo Zdrowia go uwzględniło. „Skoro resort zdrowia nie chce wziąć pod uwagę naszych opinii, będziemy indywidualnie spotykać się z posłami, zwłaszcza lekarzami, i przedstawiać stanowiska środowiska lekarskiego, szczególnie w sprawie zamiaru likwidacji stażu podyplomowego oraz egzaminów państwowych LEP i L-DEP” – powiedział Jerzy Jakubiszyn, przewodniczący Konwentu Prezesów. Dodał, że wybór terminu i miejsca spotkania prezesów nie był przypadkowy, ponieważ w tym samym czasie obradowali na konferencji w Krakowie młodzi lekarze, którzy także ostro skrytykowali zamierzenia rządu. Konwent udzielił im poparcia. Prezesi dostrzegli rzetelne, merytoryczne przygotowanie młodych lekarzy-samorządowców. Byli pod wrażeniem siły argumentów, jakie zostały w trakcie konferencji przedstawione. Konwent Prezesów przygotował list, który jest wyrazem uznania dla uczestników Konferencji Młodych Lekarzy.

Gorąco było także, kiedy uczestnicy Konwentu mówili o pieniądzach, które Ministerstwo Zdrowia jest winne izbom lekarskim z tytułu przejęcia przez nie czynności od organów administracyjnych państwa. Przypomnijmy, że na mocy ustawy o izbach lekarskich samorząd lekarski zajmuje się wpisywaniem lekarzy do rejestru, wydawaniem prawa wykonywania zawodu, prowadzeniem spraw przez rzeczników odpowiedzialności zawodowej i sądy lekarskie. Ta sama ustawa gwarantuje refundację kosztów

poniesionych z tego tytułu. Dotąd jednak resort zdrowia refunduje je zaledwie w 30%. Dług wobec Naczelnej Izby Lekarskiej sięga już blisko 3,5 mln zł. W izbach okręgowych kwoty zaległości za 3 ostatnie lata wynoszą – w zależności od liczeb-

ności izby – od kilkudziesięciu tysięcy do ponad miliona zł. Samorządowcy zapowiadają, że swoich praw będą dochodzić w sądach. Sprawa ta będzie wiodącym tematem Konwentu Prezesów, który odbędzie się w listopadzie.

R E K L A M A

R

R E K L A M A

Brytyjczykowi za

Tegoroczną nagrodę Nobla w dziedzinie medycyny i fizjologii otrzymał brytyjski naukowiec Robert G. Edwards za opracowanie metody zapłodnienia pozaustrojowego in vitro.



LUCYNA KRYSIAK

Dzięki jego badaniom wiele par uznawanych dotychczas za niepełne zyskało szansę na własne potomstwo. Badania Edwardsa zrewolucjonizowały spojrzenie na problem rozrodczości i otworzyły nowy etap w leczeniu niepłodności – schorzenia, na które cierpi obecnie blisko 10% małżeństw na świecie.

Pierwsze dziecko „z próbki” przyszło na świat w 1978 r. w Wielkiej Brytanii. Była to dziewczynka Louise Brown. Ważyła nieco ponad 2600 g i w niczym nie różniła się od noworodków poczętych w sposób naturalny. Jej rodzice przez 9 lat bezskutecznie leczyli się z niepłodności. W Polsce pierwsze- go udanego zapłodnienia

pozaustrojowego dokonał w 1987 r. profesor Marian Szamatowicz – ginekolog i położnik z Białegostoku. Od tego czasu z zastosowaniem metody in vitro urodziło się ponad 3,5 mln dzieci.

Pierwszą klinikę zapłodnienia in vitro Robert G. Edwards założył w Bourn Hall Clinic w Cambridge, razem z ginekologiem Patrickiem

KOMENTARZE SPECJALISTÓW

A co na ten temat mówią specjaliści w dziedzinie leczenia niepłodności i stosowania metody in vitro?

Prof. Marian Szamatowicz
z Kliniki Ginekologicznej UM
w Białymstoku

W moim przekonaniu opracowanie metody in vitro przez Edwardsa było największym odkryciem w zakresie medycyny klinicznej minionego stulecia. Dało nową szansę na posiadanie dzieci parom, które wcześniej były uznane za bezpowrotnie niepełne. W pierwszym etapie chodziło o czynnik jajowodowy, ale później, w miarę udoskonalenia metody możliwości eliminowania przyczyn niepłodności poprzez zapłodnienie pozaustrojowe, znacznie się poszerzyły. Zabieram głos w tej sprawie z nadzieją, że być może w naszym kraju zmieni się retoryka rozmawiania o in vitro. Także wśród lekarzy. Dla wielu z nich ważniejsza jest ideologia niż prawdziwa nauka. Przekazują oni przekłama-

ne informacje o tzw. naprotechnologii, która ma zastąpić in vitro. W naszych, polskich, warunkach trzeba sobie jasno powiedzieć, tej metody nie akceptuje Kościół katolicki i chce swoje stanowisko wyegzekwować poprzez prawo. Tymczasem na świecie lekarze, naukowcy zadają sobie pytanie, w jaki sposób skuteczniej i bezpieczniej leczyć metodą in vitro, ale nie jak jej zakazać.

Dr n. med. Sławomir Sobkiewicz,
kierownik Poradni Leczenia Niepłodności „Salve Medica” w Łodzi

Metoda in vitro w przypadku leczenia niepłodności to ostateczność. Stosuje się ją w sytuacjach, kiedy inne sposoby zawiodły. Jest to droga procedura, drogie są także leki, które pacjenci muszą zażywać. Metoda obciążona jest także ryzykiem niepowodze-

nia. Wprawdzie obecnie już 50-60% ciąży powstałych w wyniku zapłodnienia pozaustrojowego udaje się utrzymać, to i tak ryzyko poronienia jest duże. Jednak w sytuacji, kiedy problemy z zajściem w ciążę ma coraz więcej kobiet i wśród coraz większej rzeszy mężczyzn występują problemy z produkcją wystarczającej ilości nasienia, in vitro jest dla nich jedynym ratunkiem. Rzecz w tym, że ze względu na koszty w Polsce metoda ta nie dla wszystkich w równym stopniu jest dostępna. Wierzę, że Nobel dla Edwardsa przekona opozycjonistów, przynajmniej na tyle, że in vitro doczeka się całkowitej lub częściowej refundacji przez państwo. Niepłodność to choroba, która najbardziej dotyka mieszkańców krajów wysoko rozwiniętych, a Polska się do nich coraz bardziej przybliża. ☉

in vitro

Stephoe, współautorem metody. Tutaj powstały prace wyjaśniające proces dojrzewania ludzkich komórek jajowych i sposób, w jaki wpływają na niego różne czynniki. W 1969 r. udało się im po raz pierwszy dokonać zapłodnienia ludzkich komórek jajowych w probówce. Patrick Steptoe pomógł zespołowi Edwardsa przenieść laboratoryjny eksperyment do kliniki i nadać mu wymiar praktyczny. Steptoe zmarł w marcu 1988 r. Był jednym z pionierów laparoskopii, techniki pozwalającej oglądać jajniki pacjentek i pobierać z nich komórki jajowe. Dla Edwardsa współpraca z nim była nieoceniona.

Robert Geoffrey Edwards urodził się 27 sierpnia 1925 r. w Leeds. Po ukończeniu szkoły średniej kształcił się na wydziale rolnictwa na Uniwersytecie Walii i w Instytucie Genetyki Zwierząt na Uniwersytecie w Edynburgu, gdzie w 1955 r. obronił pracę doktorską na temat rozwoju zarodkowego myszy. Od początku swojej kariery naukowej pasjonował się rozrodczością. Krótco pracował w Kalifornijskim Instytucie Technologicznym (Cal Tech), później w Narodowym Instytucie Badań Medycznych w Mill Hill w Anglii i na Uniwersytecie w Glasgow. W 1963 r. przeniósł się na Uni-

***W 1969 r.
udało się
po raz pierwszy
dokonać
zapłodnienia
ludzkich komórek
jajowych
w probówce.***

wersytet w Cambridge. Prowadził badania na Uniwersytecie Johna Hopkinsa i Uniwersytecie Północnej Karoliny. Po powrocie do Cambridge zaczął wykładać fizjologię. Dziś Robert G. Edwards ma 85 lat i jest na emeryturze. Ze względu na zły stan zdrowia nie mógł osobiście odebrać nagrody. Komitet Noblowski 10 000 koron szwedzkich złożył na ręce jego żony. Jego metoda in vitro, mimo że uznana w świecie, wciąż budzi kontrowersje. Jej zagorzali przeciwnicy twierdzą, że sprzeniewierza się prawom natury, stwarza pole do nadużyć w postaci handlu oocytami i problem, co zrobić z zamrożonymi embrionami. Ich zdaniem in vitro przyczyniło się też do powstania instytucji surogatek – kobiet wynajmujących się za pieniądze do rodzenia dzieci na zamówienie innych osób. ●

R

Kierunki rozwoju

System Jednorodnych Grup Pacjentów (JGP) funkcjonuje w Polsce od 1 lipca 2008 r. Wzorowany na brytyjskim DRG (Diagnosis Related Groups), JGP jest obowiązującym systemem rozliczeń finansowych pomiędzy szpitalami a publicznym płatnikiem (NFZ).

MARZENA BOJARCZUK



PROF. A. STREET OMÓWIL FUNKCJONOWANIE SYSTEMU DRG W WIELKIEJ BRYTANII.



PROF. R. BUSSE ZAPREZENTOWAŁ NIEMIECKI SYSTEM G-DRG.

FOT: MAGDA MIROWSKA

System JGP zastąpił funkcjonujący wcześniej tzw. system katalogowy. Narodowy Fundusz Zdrowia przez wiele miesięcy przygotowywał się do wprowadzenia nowego systemu rozliczeń ze szpitalami i – jak zawsze przy tego typu przedsięwzięciach – nie zabrakło sprzeciwu wobec tego projektu. Protesty świadczeniodawców wynikały z jednej strony z braku zaufania wobec publicznego płatnika przekonującego, że JGP jest lepszy dla wszystkich, z drugiej – z braku dostatecznej wiedzy na temat jego funkcjonowania. Szpitale obawiały się przede wszystkim obniżenia kwot kontraktów i dodatkowej pracy spowodowanej wymaganiami NFZ w zakresie systemów sprawozdawczych.

Zanim system Jednorodnych Grup Pacjentów został wprowadzony do rozliczeń ze wszystkimi szpitalami w Polsce wykonującymi świadczenia finansowane ze środków publicznych, NFZ przeprowadził pilotaż systemu w kilkunastu placówkach w kraju. Do programu pilotażowego zaproszono świadczeniodawców z różnych województw, a wzięły w nim udział zarówno niewielkie szpitale powiatowe, jak i szpitale kliniczne i instytuty. Wyniki pilotażu już na wstępie pokazały kilkunastoprocentowe oszczędności i wzrost dochodów szpitali. Dziś, po ponad 2 latach funkcjonowania systemu w Polsce, przeciwników JGP jest coraz mniej.

Dotychczasowe doświadczenia wielu krajów potwierdzają, że JGP jest najlepszą metodą finansowania

świadczeń w zakresie leczenia szpitalnego, łączy bowiem aspekty medyczne i finansowe. Istotą systemu jest otwartość, co zapewnia ciągłe jego doskonalenie, rozwój i racjonalizację.

Narodowy Fundusz Zdrowia zorganizował 13 października br. konferencję podsumowującą kierunki rozwoju systemu Jednorodnych Grup Pacjentów w Polsce. Wzięło w niej udział wielu wykładowców – specjalistów z Centrali NFZ oraz przedstawicieli świadczeniodawców. O wadach i zaletach systemu DRG w Wielkiej Brytanii i G-DRG w Niemczech opowiedzieli prof. Reinhard Busse z Wydziału Zarządzania w Ochronie Zdrowia Uniwersytetu Technicznego w Berlinie oraz prof. Andrew Street z Departamentu Polityki Zdrowotnej w Centrum Ekonomii Zdrowia Uniwersytetu York.

Szkolenia kadry zarządzającej szpitali

Konferencję otworzyła Katarzyna Wiktorzak – kierownik projektu JGP – prezentacją projektu współfinansowanego przez Unię Europejską w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego „Szkolenia kadry zarządzającej szpitali, posiadających umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej zawartą z OW NFZ albo udzielających świadczeń zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych na podstawie innych tytułów oraz dysponentów środków publicznych w sektorze ochrony zdrowia, tj. kadry zarządzającej NFZ”.

Głównym celem projektu szkoleniowego było przygotowanie kadry stosującej system JGP w zakresie

użytkowania i wykorzystania systemu do poprawy efektywności zarządzania w ochronie zdrowia, a także narzędzi informatycznych wspierających edukację kadr oraz upowszechnienie zagadnień dotyczących systemu JGP jako narzędzia służącego do oceny produktywności szpitali, rozliczania i oceny jakości opieki szpitalnej w środowisku związanym z ochroną zdrowia. Szkolenia, w których do tej pory uczestniczyło 557 dyrektorów ZOZ-ów, 505 koderów i 1 273 pracowników ZOZ-ów i NFZ, obejmowały m.in. takie zagadnienia, jak: konstrukcja i logistyka systemów case-mix, organizacja procesu raportowania, sprawozdawania i kodowania, a także walidacja i weryfikacja raportów statystycznych, kodowanie z użyciem klasyfikacji chorób i procedur medycznych.

Strategia i kierunki rozwoju systemu JGP w Polsce

Maciej Dworski – zastępca prezesa NFZ ds. medycznych przedstawił strategię oraz kierunki rozwoju systemu JGP w najbliższych latach. Do najważniejszych zaliczył doskonalenie modelu zarządzania zmianami w systemie JGP oraz optymalizację racjonalności medycznej i ekonomicznej finansowania leczenia stacjonarnego. Podkre-

Dotychczasowe doświadczenia wielu krajów potwierdzają, że JGP jest najlepszą metodą finansowania świadczeń.

ślając, że celem strategicznym systemu JGP jest ocena kosztów i finansowanie leczenia określonych jednostek chorobowych, dodał: „Łatwe do wprowadzania są tylko zmiany na gorsze”.

Ocenę komercyjnego rynku finansowania leczenia szpitalnego przeprowadził Robert Zawadzki – dyrektor Gabinetu Prezesa NFZ, wskazując na korzyści wynikające z możliwości wykorzystania w przyszłości systemu JGP, m.in. przez firmy ubezpieczeniowe.

DRG w Wielkiej Brytanii

O doświadczeniach z Wielkiej Brytanii opowiedział prof. Andrew Street – dyrektor Departamentu Polityki Zdrowotnej w Centrum Ekonomii Zdrowia Uniwersytetu York. Omówił brytyjski system DRG w zakresie teorii i praktyki. Szczególną uwagę zwrócił na przedstawienie rodzaju gromadzonych danych, stopień ich dokładności oraz zarządzanie jakością na podstawie informacji uzyskanych z systemu.

W Wielkiej Brytanii system DRG przyczynił się do wzrostu aktywności szpitali, ograniczenia ich kosztów i skrócenia czasu poszczególnych hospitalizacji. Wśród zagrożeń prof. Street wymienił mechanizmy zachęcające do „zawyżania kodów” (upcoding) i błędne raportowanie – stąd konieczność prowadzenia audytów i monitoringu. Jednocześnie wobec szpitali stosuje się system kar i nagród: premie za spełnienie standardów w zakresie czasu oczekiwania i wskaźników zachorowań, kary za brak wyników. Ponadto w angielskim systemie wyodrębniono grupę świadczeń (udar, złamanie biodra, wycięcie pęcherzyka żółciowego), za których wykonanie z dobrym efektem szpitale są nagradzane.

G-DRG w Niemczech

Niemiecki system G-DRG zaprezentował prof. Reinhard Busse – kierownik Wydziału Zarządzania w Ochronie Zdrowia Uniwersytetu Technicznego w Berlinie. Przedstawił proces długiego przygotowania oraz implementacji systemu w Niemczech, omówił korzyści wynikające z jego funkcjonowania – w aspekcie zarządzania i bezpośrednich korzyści finansowych, skupiając się na potencjale i dalszych kierunkach rozwoju systemu. W Niemczech system G-DRG funkcjonuje od 10 lat. Spośród ponad 2 000 szpitali w tym kraju ok. 1 800 finansowanych jest wg G-DRG.

Ważną część konferencji stanowiła dyskusja przedstawicieli NFZ i świadczeniodawców na temat dalszych możliwości wykorzystania systemu z perspektywy zarówno płatnika, świadczeniodawcy, jak i kreowania polityki zdrowotnej państwa. System JGP został uznany za jedyne rozwiązanie systemowe, dla którego nie ma alternatywy.

R



Warte Poznaniania!

W dn. 23-25 września br. w Poznaniu odbyła się Środkowoeuropejska Wystawa Produktów Stomatologicznych CEDE. To największe europejskie wydarzenie w branży dentystycznej jest szczegółowym przeglądem tego, co dzieje się na rynku stomatologicznym.

MARZENA BOJARCZUK

W tym roku jubileuszową – 20 edycję wystawy odwiedziło ok. 13 000 profesjonalistów związanych z branżą dentystyczną. Goście przyjechali z różnych stron Polski i z zagranicy. W 5 wystawowych halach Międzynarodowych Targów Poznańskich, na powierzchni ponad 18 000 metrów kwadratowych, swoją ofertę prezentowało 300 firm związanych ze stomatologią – czołowi polscy producenci i dystrybutorzy sprzętu i materiałów stomatologicznych, a także wielu wystawców z Niemiec, Hiszpanii, Francji, Włoch, Słowacji, Czech, Szwajcarii, Łotwy, Estonii, Chin i USA. I choć co roku wystawcy narzekają na rosnące koszty związane z obecnością na Wystawie, to niewielu decyduje się na rezygnację z udziału w tej prestiżowej imprezie.

Równolegle z jubileuszową wystawą CEDE, pod naukowym kierownictwem prof. Stanisława Suliborskiego z Uniwersytetu Medycznego w Łodzi, odbywał się XVI Zjazd Zespołów Stomatologicznych – w tym roku poświęcony takim zagadnieniom, jak: diagnostyka i leczenie okluzji, stomatologia zachowawcza, postępy w perio-

dontologii klinicznej i współczesna implantologia. Oprócz bogato ilustrowanych wykładów, odbywało się wiele zajęć warsztatowych i demonstracji klinicznych „na żywo”. Jak co roku, w programie znalazły się treści nieco oddalone od stomatologii, ale ściśle z nią związane, np.: nowelizacja obowiązujących przepisów prawnych (m.in. w zakresie obowiązkowego ubezpieczenia OC dla lekarzy i lekarzy dentystów), zagadnienia z zakresu marketingu i zarządzania zespołem i praktyką oraz kwestie relacji z pacjentem (komunikacja, podnoszenie jakości relacji interpersonalnych, współdziałanie pacjenta w celu osiągnięcia sukcesu terapeutycznego). Nie zabrakło sesji dla higienistek i asystentek

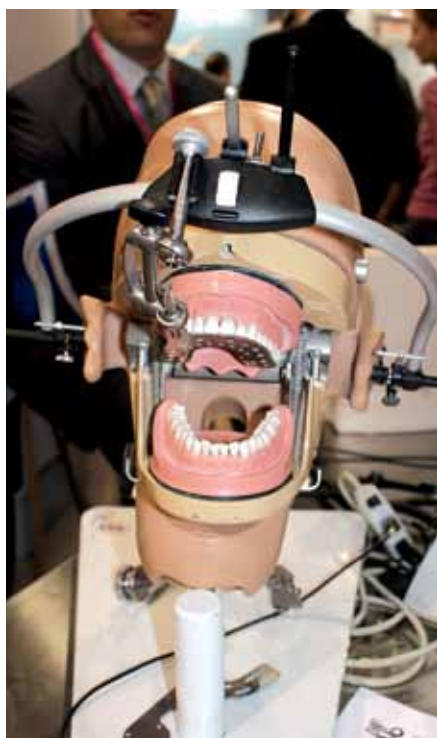
W 5 wystawowych halach MTP, na powierzchni ponad 18 000 m², swoją ofertę prezentowało 300 firm.

stomatologicznych, a zajęcia teoretyczne z praktycznymi warsztatami w zakresie pierwszej pomocy w nagłych przypadkach w gabinecie dentystycznym zgromadziły liczne grupy uczestników. Łącznie w 9 sesjach naukowych wzięło udział niemal 1400 lekarzy dentystów, techników dentystycznych, higienistek i asystentek stomatologicznych.

Tradycją CEDE jest przyznanie przez jury nagród i statuetek Grand Prix CEDE. W tym roku jury przewodniczył dr hab. n. med. Bartłomiej W. Loster, a w składzie zna-

Łącznie w 9 sesjach naukowych wzięło udział niemal 1 400 lekarzy dentystów, techników dentystycznych, higienistek i asystentek stomatologicznych.

leżli się: prof. Stanisław Suliborski (UM w Łodzi), dr Andrzej Baszkowski (Wielkopolska Okręgowa Izba Lekarska), prof. dr hab. Barbara Ada-



FOT. MARZENA BOJARCZUK

mowicz-Klepalska (UM w Gdańsku), Bożena Florczyk (Polskie Towarzystwo Techników Dentystycznych), prof. dr hab. Honorata Shaw i dr hab. med. Mariusz Pryliński (UM w Poznaniu). Nagrody Grand Prix CEDE 2010 przyznano w kategoriach: „Sprzęt stomatologiczny”, „Sprzęt techniczny”, „Materiały” i „Materiały pomocnicze, preparaty i urządzenia profilaktyczne”.

CEDE jest największym i najpopularniejszym wydarzeniem w branży stomatologicznej w Europie. Jubileusz 20-lecia był okazją do wspomnień i szczegółowej analizy procesu rozwoju tego przedsięwzięcia. W oficjalnych wystąpieniach i kularowych rozmowach wszyscy zgodnie podkreślali wysoki poziom programu naukowego, bogactwo oferty handlowej i doskonałą organizację imprezy. Z roku na rok powiększa się grono znakomitych wykładowców, wystawcy prezentują coraz większe i bogatsze stoiska, zmniejsza się natomiast grono przeciwników przeniesienia CEDE z Łodzi do Poznania.

R

CEDE ma się dobrze

Z prof. Stanisławem Suliborskim
z UM w Łodzi rozmawia Lucyna Krysiak

Targi CEDE liczą sobie już 20 lat, równie długi staż mają towarzyszące wystawie zjazdy stomatologów. Jakie były początki?

CEDE urodziło się w Łodzi i było wynikiem historycznego już dziś V Kongresu Stomatologów Polskich zorganizowanego w 1986 r., który odbywał się w Teatrze Wielkim i po raz pierwszy zgromadził tak liczną liczbę uczestników, bo aż pięć tysięcy lekarzy. Jego organizatorem był niezjący już prof. Włodzimierz Józefowicz, wieloletni prezes Polskiego Towarzystwa Stomatologicznego. Zachęcony zainteresowaniem kongresem wpadł na pomysł, aby zorganizować wystawę sprzętu stomatologicznego i mianował mnie jej komisarzem. Trzeba pamiętać, że w tamtych czasach było to przedsięwzięcie karkołomne, ponieważ w świecie wciąż obowiązywał podział na kraje kapitalistyczne i socjalistyczne. Wystawa była więc skromna, uczestniczyło w niej zaledwie 50 wystawców. Co gorsze, można było wystawiać tylko te produkty, które były dopuszczone do obrotu na rodzimym rynku przez „Cezal”. Mimo to zaprosiliśmy firmy z krajów kapitalistycznych.

To znaczy, że wystawa ta stanowiła zaczątek, z którego później wyrosło CEDE?

Można tak powiedzieć. Młodzi lekarze dentyści nie są sobie w stanie wyobrazić jak wtedy wyglądały gabinety stomatologiczne. Prywatny gabinet był urządany „gdzieś za szafą”,

tym, co udało się odkupić z kasowanych urządzeń przez państwowe ośrodki zdrowia. Wtedy na wystawie lekarze dentyści zobaczyli jak wygląda unit. Po 5 latach, w 1991 r., z okazji VI Kongresu Stomatologów Polskich w Łodzi, ówczesny prezes PTS-u prof. Józefowicz postanowił również zorganizować wystawę. Główny nacisk był położony na organizację kongresu, a wystawę organizowaliśmy przy okazji, ale cieszyła się tak wielkim zainteresowaniem wystawców, że nie byliśmy już w stanie organizacyjnie jej ogarnąć. Spotkał się na naszej drodze ludzi, którzy się tym zajęli profesjonalnie i robią to do dziś. Anna Deja, Ewa Masztalerz i Marek Wiktorowski z firmy Exactus podjęli się tego trudu i doprowadzili do tego, że po Chicago, Kolonii i Mediolanie CEDE jest najbardziej prestiżową imprezą w naszej branży. Od czasu VI Kongresu wystawy produktów stomatologicznych organizowane były w Łodzi co roku, już pod nazwą CEDE, i towarzyszyły im zjazdy naukowo-szkoleniowe pod nazwą Łódzkie Forum Stomatologiczne.

Skąd wzięła się nazwa targów i jak powstał pomysł organizowania Zjazdów Zespołów Stomatologicznych?

CEDE dosłownie znaczy Central European Dental Exhibition, co nawiązuje do ówczesnego podziału świata. Wtedy jeszcze nie należeliśmy do Unii Europejskiej, nie identyfikowaliśmy się też ze Wschodem. Nazwa była kompromisem i wymyślili

ją profesorowie Eugeniusz Spiechowicz i Zbigniew Jończyk. Zjazdy Zespołów Stomatologicznych były pomyslane jako sposób na podnoszenie kwalifikacji. Kongresy organizowane są raz na pięć lat, a wystawa stała się imprezą doroczną już niezależną od Kongresów PTS-u. Pokazy firm pozostawiały niedosyt. Zdaliśmy sobie sprawę, że lekarz dentysta potrzebuje poszerzonej wiedzy, dyskusji, możliwości zadawania pytań i zaczęliśmy zapraszać na zjazdy autorytety naukowe. Zainteresowanie stomatologów wykładami, szkoleniami, warsztatami przeszło nasz oczekiwania. Był taki moment, że jeszcze długo po targach środowisko żyło tymi tematami. Udało nam się połączyć wystawę z codzienną praktyką. Tym bardziej, że na targi zaczęliśmy również zapraszać higienistki stomatologiczne i techników dentystycznych organizując dla nich specjalne sesje. Nowoczesne technologie prezentowane na wystawie, dotyczące niemal wszystkich dziedzin stomatologii, wymagają pracy zespołowej. O sukcesie końcowym nie decydują już tylko umiejętności lekarza, ale całego zespołu. Dlatego po 4 latach organizacji Forum przekształciliśmy te spotkania w Zjazdy Zespołów Stomatologicznych, które organizujemy corocznie do dziś.

Spśród wszystkich dziedzin leczenia w Polsce stomatologia jest sprywatyzowana w największym stopniu. Jaki udział miały w tym procesie targi CEDE oraz Zjazdy Zespołów Stomatologicznych?

Trudno ocenić. Patrząc jednak z perspektywy minionych 20 lat na stan naszej stomatologii można odnieść wrażenie, że ten wpływ był znaczący. Prywatyzacja stomatologii nie miała wzorców, zaczynała się od podstaw. Myślę więc, że to, co obecnie oferują gabinety pacjentom, jest wypadkową tego, co przez lata prezentowano na targach i o czym dyskutowano na zjeździe. Chcę jednak zaznaczyć, że postęp jest możliwy, jeśli nasza świadomość także ewoluuje. W przypadku zarówno wystawy, jak i zjazdów już dało się to odczuć. To są imprezy nieporównywalne do tych sprzed 20, 10, czy nawet kilku lat. Kiedyś



FOT. LUCYNA KRYSIAK

NIE DAJMY SIĘ OCZAROWAĆ TYM, KTÓRZY HANDLUJĄ PRODUKTAMI STOMATOLOGICZNYMI. NIECH PRZEWAŻY ROZSADEK.

unit, implant, radiowizjografia były czymś tak cudownie nowoczesnym, że każdy się tym pasjonował. Doszło do tego, że bardziej zwracano się uwagę na wystrój i wyposażenie gabinetu niż umiejętności. Obecnie stomatologia przeżywa zalew nowinek i coraz trudniej się w nich rozróżnić. Dziś potrzebna jest większa niż kiedykolwiek roztępa przy zakupie sprzętu czy materiałów. Zmieniły się także targi. Na CEDE można było zrobić zakupy. Obecnie przede wszystkim ogląda się, zbiera informacje, ocenia, porównuje.

W jakim kierunku zmierza współczesna stomatologia?

Tych kierunków jest bardzo wiele. Preferowanym kierunkiem rozwoju jest profilaktyka chorób przyzębia i zębów. Są znaczące osiągnięcia w tych dziedzinach. Coraz większy nacisk kładzie się na precyzyjną diagnostykę, szczególnie chodzi o diagnostykę radiologiczną, którą organizuje się w ramach praktyki lekarskiej.

Nowością w stomatologii jest także stosowanie stomatologicznych tomografów cyfrowych, z których obraz w technice 3D niemal natychmiast pojawia się na ekranie monitora zainstalowanego przy unie. Uzyskuje się przestrzenny obraz tkanek twardych i miękkich. W rozwoju metod odtwórczych szczególnie nacisk kładzie się na metody lecznicze umożliwiające oszczędzanie zachowanych tkanek zęba zarówno w leczeniu choroby próchnicowej, jak i w protetyce stomatologicznej. Odchodzi się od mostów stosowanych kosztem zdrowych zębów, które trzeba szlifować. Tradycyjne metody zastępuje implantologia. Przyszłość bardzo bliska to także wprowadzanie coraz szerzej technik komputerowego wspomagania etapów projektowania i wykonania uzupełnień protetycznych. Przykładem jest skanowanie warunków jamy ustnej niewielką kamerą i przetwarzanie trójwymiarowego obrazu w celach wykonania odbudowy protetycznej. Ta technika umożliwia wykonywanie protez bez konieczności pobierania wycisków, wykonywania modeli gipsowych, modelowania z wosku pierwowzorów itd. Można więc powiedzieć, że do stomatologii wkroczyła bardzo zaawansowana technologia i elektronika.

Nowoczesne technologie prezentowane na wystawie, dotyczyły niemal wszystkich dziedzin stomatologii.

Jak widzi pan przyszłość CEDE?

Impreza się wciąż rozrasta, dlatego kilka lat temu trzeba ją było przeprowadzić z Łodzi do Poznania, gdzie są nieporównywalnie lepsze warunki wystawowe. Stała się mekką dla dentystów zza wschodniej granicy i rynkiem, na którym chcą zaistnieć Azjaci. W tym roku po raz pierwszy mieliśmy wystawców z Korei Południowej i Chin. Wydaje się, że przemysł stomatologiczny obronił się przed kryzysem, ale gabinety stomatologiczne odczuwają zubożenie społeczeństwa. Niezależnie od te-

go CEDE ma się dobrze. Kurczy się natomiast znaczenie Zjazdu Zespołów Stomatologicznych, dla którego trzeba będzie znaleźć nową formułę. Obecnie organizuje się tyle zjazdów, kursów i szkoleń, że lekarze mają w czym wybierać i przestaliśmy być dla nich tak atrakcyjni jak do niedawna. Niemniej w tym roku 1 200 lekarzy dentystów z całej Polski uczestniczyło w sesjach zjazdu. To niezły wynik jak na obecne czasy.

W tym roku do programu zjazdu włączono pierwszą pomoc. Skąd ten pomysł?

Temat ratownictwa podjęliśmy na zjeździe nie po raz pierwszy. Ponieważ był duży odzew, wróciliśmy do niego. Obok wykładu lekarze mogli trenować na fantomach. Jestem zdania, że tego rodzaju kursy powinny być powtarzane co roku. Wprawdzie w gabinecie rzadko zdarzają się sytuacje, kiedy trzeba ratować pacjenta, ale od tych umiejętności może zależeć jego życie.

Mamy obecnie nadmiar produktów stomatologicznych. Skąd lekarz ma wiedzieć, co powinien kupić?

Nie tylko kupić, ale i stosować. To bardzo aktualny problem. Być może trzeba oprzeć się na autorytetach. Może ten kierunek będzie jednym z tematów przyszłorocznych sesji zjazdu. W wyborze materiałów czy metod leczniczych istotne jest samokształcenie – czytanie fachowego piśmiennictwa, uczestnictwo w kursach, dyskusjach, analiza własnych sukcesów i porażek, krytyczna ocena informacji, które do nas docierają i wyciąganie wniosków. Nie dajmy się oczarować tym, którzy handlują produktami stomatologicznymi. Niech przeważą rozsądek. Nawet najbardziej nowoczesna technologia może się nie sprawdzić w warunkach klinicznych, a zwłaszcza w rękach kogoś, kto ma zbyt małe przygotowanie, by się nią posługiwać, a odpowiedzialność zawsze spada na lekarza. Myślę, że czas zacząć mówić o komplikacjach i powikłaniach. Chciałbym, aby CEDE kojarzyło się nadal nie tylko z nowoczesnością, ale również z doskonałością zawodową. ●

Dotacje na kształcenie

ODZ w NIL, poza prowadzeniem bezpłatnych szkoleń dla lekarzy, zbiera i opiniuje wnioski o dotacje do doskonalenia zawodowego organizowanego przez okręgowe izby lekarskie.

R E K L A M A

R

KINGA WOJTASZCZYK

Takie zadanie zapisano w Uchwale Nr 15/08/V NRL z 19 września 2008 r. w sprawie Ośrodka Doskonalenia Zawodowego Lekarzy i Lekarzy Dentystów Naczelnej Izby Lekarskiej.

Jak otrzymać dotację?

Tryb postępowania w sprawie wniosków oraz szczegółowe zasady określa Uchwała Nr 52/09/P-V Prezydium NRL z 24 kwietnia 2009 r. w sprawie określenia trybu działania Ośrodka Doskonalenia Zawodowego Lekarzy i Lekarzy Dentystów Naczelnej Izby Lekarskiej. Podstawowym warunkiem otrzymania dotacji jest złożenie do Ośrodka wniosku, którego wzór stanowi załącznik do Uchwały Nr 15/08/V NRL. Każdy wniosek powinien dotyczyć jednego zdarzenia edukacyjnego i odnosić się wyłącznie do zdarzeń edukacyjnych, które zrealizowane będą w okresie do 12 miesięcy od jego rozpatrzenia. Wraz z wnioskiem należy złożyć uchwałę Prezydium ORL



AUTORKA JEST PRACOWNIKIEM OŚRODKA DOSKONALENIA ZAWODOWEGO LEKARZY I LEKARZY DENTYSTÓW NACZELNEJ IZBY LEKARSKIEJ.

upoważniającą Przewodniczącą Rady do złożenia wniosku, a także zaświadczenie o wpisie do rejestru podmiotów prowadzących kształcenie podyplomowe lekarzy i lekarzy dentystów, potwierdzające uzyskanie akredytacji NRL.

Jakie koszty obejmuje dotacja?

Dotacja może stanowić do 50% kosztów szkolenia poniesionych przez organizatora i może obejmować koszty wynagrodzenia prowadzących szkolenie, koszty wynajęcia sali, a także koszty promocji szkolenia oraz materiałów szkole-



niowych. W przypadku zdarzeń edukacyjnych, które organizowane są we współpracy z innymi podmiotami, we wniosku należy przedstawić dane dotyczące kosztów ponoszonych przez OIL oraz informację o podziale kosztów pomiędzy OIL i współpracującymi podmiotami. Wysokość dotacji określa się w odrębnej uchwale Prezydium NRL w sprawie przyznania lub odmowy przyznania dotacji, w sposób określony w Uchwale Nr 52/09/P-V.

Kiedy można składać wnioski o dotację?

Wnioski można składać w dowolnym terminie, jednak ich opinio-

***W 2009 r.
do Ośrodka
Doskonalenia
Zawodowego
Lekarzy i Lekarzy
Dentystów wpłynęło
69 wniosków
na łączną kwotę
184 543,05 zł.***

wanie przez Radę ODZ i przyznawanie dotacji przez Prezydium NRL odbywa się 2 razy w roku – w czerwcu i grudniu. Wnioski powinny dotyczyć zdarzeń edukacyjnych, które odbędą się w okresie 12 miesięcy od przyznania dotacji, tzn. jeżeli wniosek został złożony w terminie od początku grudnia do końca maja, powinien dotyczyć zdarzeń odbywających się od początku lipca do końca czerwca następnego roku, a w przypadku wniosków złożonych od początku czerwca do końca listopada – zdarzeń planowanych na następny rok. Do wersji papierowej należy dołączyć wersję elektroniczną dokumentu na dysku CD lub przesłać go pocztą elektroniczną. Ważne jest wypełnienie wszystkich pozycji formularza wniosku.

Rozliczenie przyznanej dotacji

Po przeprowadzeniu szkolenia wnioskodawca – w terminie 4 tygodni – powinien przesłać do ODZ rozliczenie dotacji. Formularz rozliczenia dotacji stanowi Załącznik nr 2 do Uchwały Nr 15/08/V NRL. Wraz z formularzem

należy przesłać dokumenty potwierdzające poniesione przez organizatora koszty (kopie faktur, umów z wykładowcami itp.).

Po otrzymaniu rozliczenia ODZ sprawdza jego poprawność, a przekazanie dotacji następuje po podjęciu przez Prezydium NRL uchwały w sprawie przyjęcia rozliczenia przyznanej dotacji.

W 2009 r. do Ośrodka Doskonalenia Zawodowego Lekarzy i Lekarzy Dentystów wpłynęło 69 wniosków na łączną kwotę 184 543,05 zł i Prezydium NRL przyznało dotacje w takiej wy-

sokości. Z tego do tej pory rozliczono 58 wniosków. W bieżącym roku już w I turze wpłynęło 58 wniosków o dotację na łączną kwotę 182 244 zł.

Ostateczny termin składania wniosków w tym roku to 30 listopada. Szczegółowe informacje na temat przyznawanych dotacji można uzyskać w siedzibie ODZ w Warszawie przy ul. Konduktorskiej 4 lub pod nr tel.: 22-559-02-69, 559-02-86 albo pisząc na adres e-mail: odz@hipokrates.org. Informacje wraz z instrukcją wypełniania wniosków znajdują się również na stronie internetowej ODZ: www.odz.nil.org.pl ☉

R E K L A M A

R

Kasa fiskalna czy drukarka fiskalna?

Przed zakupem urządzenia rejestrującego lekarz lub lekarz dentysta, który od 1 maja 2011 r. podlegać będzie obowiązkowi rejestracji przychodów za pomocą tego urządzenia, powinien dokonać wyboru i kupić kasę albo drukarkę fiskalną.

MARZENA BOJARCZUK

O tym, czym jest urządzenie rejestrujące zwane kasą fiskalną, pisaliśmy już na łamach „Gazety Lekarskiej” kilka miesięcy temu (nr 8-9/2010) – to urządzenie pracujące samodzielnie (tzn. bez żadnych innych urządzeń), posiadające pamięć fiskalną, w której zapisywane są wszystkie dokonywane w niej operacje. Producenci i dystrybutorzy urządzeń rejestrujących posiadają w swojej ofercie, obok kas, również drukarki fiskalne.

Drukarka fiskalna to nie to samo co kasa fiskalna – w odróżnieniu od kasy, drukarka nie może pracować samo-

dzielnie. Aby spełniała swoją rolę, musi być podłączona do komputera i zintegrowana z programem komputerowym sterującym drukarką. Służy do rejestrowania i drukowania paragonów, które tworzone są w komputerze przy pomocy przeznaczonego do tego programu.

Zawsze trzeba sprawdzić, czy urządzenie, które chcemy kupić, posiada pozwolenie ministra finansów na dopuszczenie do obrotu – zarówno kasy, jak i drukarki podlegają homologacji. Jest to jeden z niezbędnych warunków, wymaganych przy ubieganiu się o refundację kosztów zakupu kasy lub drukarki fiskalnej.☉

W związku z powtarzającymi się pytaniami w bieżącym odcinku informatora na temat kas fiskalnych prezentujemy – z listów Czytelników – szereg sytuacji, w których posiadanie urządzenia rejestrującego nie jest wymagane, we wszystkich bowiem cytowanych przypadkach nie zachodzi warunek tzw. obrotu konsumenckiego, tzn. stroną rozliczeniową nie jest pacjent, ale inny podmiot, którego „klientem” jest pacjent.

Pytania Czytelników

Jestem rencistą. Mam zarejestrowaną praktykę lekarską wykonywaną w miejscu wezwania. Zawarłem kontrakt z NZOZ Sp. z o.o., na podstawie którego udzielam konsultacji lekarskich w pomieszczeniach należących do spółki (opłacane są one przez NFZ na rzecz NZOZ-u, ja osobiście umowy z NFZ na porady lekarskie nie mam). Co miesiąc wystawiam (jako praktyka lekarska) rachunek za usługi świadczone na rzecz pacjentów NZOZ-u. Czy kwota zarabiana przeze mnie w NZOZ-ie (pochodząca z NFZ) wlicza się do kwoty obrotu, a tym samym obliuguje mnie do zakupu kasy?

Jestem lekarzem pracującym na kontrakcie. Dyżuruję w szpitalu i w pogotowiu. Kontrakt jest podpisany w oparciu o prywatny gabinet chirurgiczny, który musiałem w tym celu zarejestrować. Raz w miesiącu wystawiam faktury dla zakładów, w których pracuję. Gabinet jest praktycznie wirtualny – nie ma go w rzeczywistości i pacjentów prywatnie nie przyjmuję. Czy muszę mieć kasę fiskalną?

Oboje z mężem jesteśmy lekarzami. Mamy prywatne gabinety, stanowimy spółkę cywilną. Mamy prywatne praktyki i jesteśmy podwykonawca-

mi zatrudnionymi przez NZOZ (kontrakt), gdzie przyjmujemy pacjentów w ramach ubezpieczenia zdrowotnego (świadczenia finansowane przez NFZ). Wystawiamy miesięczne faktury dla NZOZ-u. Czy mamy obowiązek posiadania kasy fiskalnej?

Jako grupa 5 anestezjologów świadczymy usługi w oparciu o umowy kontraktowe w ramach prywatnych gabinetów specjalistycznych – wszyscy prowadzimy wyłącznie prywatną działalność gospodarczą. Usługi rozliczane są co miesiąc: wystawiamy rachunki zleceńodawcom. Czy w naszej sytuacji musimy posiadać kasy fiskalne, skoro każdy z nas wystawia rachunki zleceńodawcy (posiadającemu umowy z NFZ) i nie rozlicza się bezpośrednio z pacjentami?

Jestem na emeryturze i prowadzę specjalistyczną praktykę lekarską w miejscu wezwania. Jako okulistka bez własnego gabinetu podpisałam umowy na wykonywanie badań w 3 innych gabinetach. Nie pobieram pieniędzy od pacjentów, otrzymuję opłatę za usługi medyczne na firmowe konto po wystawieniu pokwitowania na koniec każdego miesiąca. Gdzie mam nosić kasę i kiedy jej używać?

Jestem lekarzem ginekologiem z II st. specjalizacji, wykonuję również badania USG. Moja praktyka medyczna oparta jest w 100% na działalności gospodarczej (osoba fizyczna prowadząca działalność gospodarczą). Świadczę usługi wyłącznie prywatnym firmom medycznym – w całości na podstawie umów cywilnoprawnych. Nie mam kontraktu z NFZ i nie jest to tzw.

pacjentom lub podmiotom, z którymi zawarły umowy na świadczenia. Ja wystawiam tylko comiesięczny rachunek zbiorczy firmie medycznej, z którą mam podpisaną umowę. Czy w tej sytuacji muszę zakupić kasę fiskalną?

Proszę o informację, czy mając gabinet na potrzeby kontraktu z SPZOZ lub NZOZ (tzn. nie prowadząc bezpośrednio

rachunki, muszę posiadać kasę fiskalną?

Jestem laryngologiem. Prowadzę prywatny gabinet specjalistyczny, nigdzie nie jestem zatrudniona na etacie. Gabinet jest zarejestrowany w miejscu wezwania, nie przyjmuję pacjentów ani w domu, ani w żadnym wynajętym pomieszczeniu. Wykonuję wyłącznie pracę dla

rachunki. Innym rachunków nie wystawiam. Czy muszę zakupić kasę fiskalną?

Czy jako lekarz emeryt, prowadzący praktykę lekarską na wezwanie, zarejestrowany jako lekarz chorób wewnętrznych i medycyny pracy będę objęty obowiązkiem prowadzenia kasy fiskalnej, skoro nie prowadzę praktyki we własnym gabinecie, lecz w kilku

zakładach pracy (na wezwanie) oraz w NZOZ Przychodni Medycyny Pracy i Zakładzie Pracy Chronionej, z którymi zawarłem umowę o świadczenie usług w zakresie medycyny pracy? Za przeprowadzone badania wystawiam firmom rachunki uproszczone. Prowadzę podatkową ksiązkę przychodów i rozchodów, w której zapisywane są wszystkie wystawione rachunki zgodnie z ich numeracją.

Dziękujemy Państwu za pytania i zachęcamy do zadawania kolejnych. Adres redakcji i e-mail: m.bojarczuk@hipokrates.org są do Państwa dyspozycji. Jednocześnie informujemy, że odpowiadamy wyłącznie na pytania dotyczące kas fiskalnych w gabinetach lekarskich, a odpowiedzi udzielamy wyłącznie na łamach „Gazety Lekarskiej”.

R E K L A M A

R

obróć konsumencki. Firmy, z którymi współpracuję, same wystawiają faktury VAT

sprzedaży usług medycznych na rzecz pacjentów) i wystawiając tym instytucjom ra-

innym firm (NZOZ), posiadających kontrakt z NFZ, którym wystawiam co miesiąc

Karta podatkowa i kasa fiskalna – o jedną rzecz za dużo?

Lekarze, lekarze dentyści i lekarze weterynarii udzielający świadczeń zdrowotnych w ramach wykonywanego zawodu mogą (po spełnieniu ściśle określonych warunków) wybrać opodatkowanie w formie karty podatkowej.

JUSTYNA ZAJDEL

Kwestie dotyczące rozliczenia na podstawie karty podatkowej określa ustawa z 20 listopada 1998 r. o zryczałtowanym podatku dochodowym od niektórych przychodów osiąganych przez osoby fizyczne – dalej UoR.

UWAGA! Opodatkowania na zasadach karty podatkowej nie mogą wybrać lekarze wykonujący zawód w formie spółki cywilnej.

Lekarz, lekarza dentysta i lekarz weterynarii mogą wybrać opodatkowanie w formie karty podatkowej, jeżeli złożą odpowiedni wniosek o opodatkowanie w tej formie (tzw. NIP 16) i określą zakres podejmowanych przez siebie czynności, jako działania w zakresie ochrony zdrowia. W trakcie udzielania świadczeń zdrowotnych podatnicy nie korzystają z pomocy innych osób nie zatrudnionych przez siebie na podstawie umowy o pracę oraz z usług innych przedsiębiorstw i zakładów. Sytuacja ta nie dotyczy przypadków, gdy pomoc

świadczona jest w zakresie usług specjalistycznych. Przez usługi specjalistyczne uważa się czynności wchodzące w inny niż zgłoszony zakres działalności, które są niezbędne do całkowitego wykonania świadczonej usługi, podatnicy nie prowadzą innej działalności gospodarczej, małżonek podatników nie prowadzi działalności gospodarczej

nie zapłaci zawsze taką samą stawkę podatku, bez względu na to jaka jest wysokość jego obrotu.

Stawki podatku na dany rok określone są w odniesieniu do poszczególnych zawodów w drodze decyzji. Kwota podatku pomniejszana jest o kwotę składki na powszechne ubezpieczenie w NFZ, opłaconej w roku podatkowym zgodnie z obowiązującymi przepisami, chyba że została ona odliczona od podatku

OBOWIĄZUJĄCE OBECNIE STAWKI PODATKU

WYKONYWANY ZAWÓD	MIESIĘCZNA LICZBA GODZIN PRZEZNACZONA NA WYKONYWANIE ZAWODU	STAWKA PODATKU
LEKARZ I LEKARZ DENTYSTA	Do 48 GODZIN	13, 20 ZŁ ZA KAŻDĄ GODZINĘ
LEKARZ I LEKARZ DENTYSTA	Od 48 DO 96 GODZIN	633,60 ZŁ + 17,60 ZŁ ZA KAŻDĄ GODZINĘ
LEKARZ I LEKARZ DENTYSTA	POWYŻEJ 96 GODZIN	1478, 40 ZŁ

w tym samym zakresie, podatnicy nie wytwarzają w ramach podejmowanej przez siebie działalności wyrobów opodatkowanych na podstawie odrębnych przepisów.

Opodatkowanie w formie karty podatkowej jest najprostszą formą opodatkowania, co wynika m.in. z faktu, że podatnik nie oblicza podatku sam, ale robi to za niego naczelnik urzędu skarbowego. Ponadto, w przypadku rozliczania się na podstawie karty podatkowej, nie istnieje wprost proporcjonalna zależność między wysokością osiągniętego przychodu a wysokością należnego podatku. Oznacza to, że podatnik rozliczający się w tej for-

dochodowego. Kwota składki na powszechne ubezpieczenie w NFZ, o wartość której obniża się należność wynikającą z karty podatkowej, nie może przekroczyć 7,75% podstawy wymiaru tej składki.

UWAGA! Podatnicy korzystający z rozliczenia w postaci karty podatkowej nie mają prawa do korzystania z ulg i zwolnień podatkowych związanych z podatkiem płacnym w tej formie. Należy jednak podkreślić, że podatnicy rozliczający się w tej formie mają obowiązek wystawić na żądanie klienta (pacjenta) rachunek lub fakturę stwierdzającą sprzedaż towaru, wykonanie usługi lub sprzedaż towaru połączo-

Opodatkowania na zasadach karty podatkowej nie mogą wybrać lekarze wykonujący zawód w formie spółki cywilnej.

na z wykonaniem usługi (np. rachunek za sprzedaż szczepionki, której wykonanie poprzedzone jest przeprowadzeniem badania kwalifikacyjnego).

Od 1 maja 2011 r. podatnicy „wykonujący usługi” w postaci udzielania świadczeń zdrowotnych będą zobowiązani do posiadania kasy fiskalnej. Obowiązek posiadania kas rejestrujących będzie dotyczyć jednak wyłącznie lekarzy, których roczny obrót ze sprze-

Obowiązek posiadania kas rejestrujących będzie dotyczyć wyłącznie lekarzy, których roczny obrót ze sprzedaży w ramach obrotu konsumencie- kiego przekroczy 40 000 zł.

daży w ramach obrotu konsumenckiego przekroczy 40 000 zł. Przez obrót konsumencki należy rozumieć sprzedaż towarów lub usług na rzecz osób fizycznych nie prowadzących działalności gospodarczej oraz rolników ry-
czałtowych.

Do 30 kwietnia 2011 r. kas nie będą musieli nabyć lekarze opłacający zryczałtowany podatek dochodowy w formie karty podatkowej. Zgodnie z § 2 ust. 1 pkt 2 c rozporządzenia w sprawie zwolnień z obowiązku prowadzenia ewidencji przy zastosowaniu kas rejestrujących (Dz. U. 2010 r., nr 138, poz., 930 – dalej *RwSKR*) zwolnienie z obowiązku ewidencjonowania przychodu przy użyciu kasy rejestrującej dotyczy m.in. działalności wymienionych w części VIII załącznika nr 3 do ustawy o zryczałtowanym podatku dochodowym od niektórych przychodów osiąganych przez osoby fizyczne, czyli m.in. zawodów lekarza, lekarza denty-
sty, felczera, technika dentystycznego, pielęgniarki i położnej.

Należy jednak podkreślić, że zwolnienie z obowiązku ewidencjonowania przychodów przy użyciu kasy rejestrującej dla lekarzy rozliczających się na podstawie karty podatkowej ma charakter czasowy i kończy się 30 kwiet-
nia 2011 r. Od 1 maja 2011 r. podatnicy

opodatkowani kartą podatkową będą musieli ewidencjonować przychody przy użyciu kasy fiskalnej, jeśli obrót ze sprzedaży w ramach obrotu konsu-
menckiego przekroczy kwotę 40 000 zł.

Szerzej na temat obowiązku posiadania kas rejestrujących przez lekarzy zob., Haniszewski W., *Kasy fiskalne dla lekarzy cz. I i II*, tekst dostępny na stronie www.praw.mp.pl.

Obowiązek posiadania kasy rejestrującej przez lekarzy, którzy rozliczają się na podstawie karty podatkowej, a ich przychód przekroczy w poprzednim roku podatkowym kwotę 40 000 zł, jest jednak bardzo kontrowersyjny. Dlaczego?

Lekarze rozliczający się na podsta-
wie karty podatkowej nie muszą pro-
wadzić ksiąg podatkowych i nie wyka-
zuja w ogóle wysokości osiągniętego
przychodu. Wynika to z faktu, że pod-
stawą opodatkowania jest w ich przy-
padku rzeczywista liczba godzin prze-
znaczonych miesięcznie na udzielanie
świadczeń zdrowotnych w ramach wy-
konywanego zawodu (tabela wyżej).
W praktyce niemożliwe jest zatem wy-
kazanie, że lekarz rozliczający się na
podstawie karty podatkowej przekro-
czył limit 40 000 zł obrotu. Wynika to
bezpośrednio z faktu, że lekarze roz-
liczający się na podstawie karty po-
datkowej nie mają obowiązku szcze-
gółowego wykazywania wysokości
osiągniętego przychodu, gdyż są zwol-
nieni z prowadzenia ksiąg, składania
zeznań podatkowych i wpłacania za-
liczek na podatek dochodowy. Nale-
ży przy tym podkreślić, że uproszczo-
ny sposób prowadzenia dokumentacji
podatkowej jest bardzo często podsta-
wą wyboru opodatkowania na podsta-
wie karty podatkowej.

UWAGA! Teoretycznie, po 30 kwiet-
nia 2011 r., lekarze rozliczający się na
zasadach karty podatkowej będą mieli
obowiązek posiadania kasy fiskalnej, je-
śli ich obrót ze sprzedaży konsumenckiej
przekroczy w poprzednim roku podat-
kowym 40 000 zł. W praktyce obowiązek
ten nie będzie możliwy do wyegzekwo-
wania przez organy podatkowe, gdyż le-
karze rozliczający się na podstawie karty
nie muszą szczegółowo ewidencjonować
swoich obrotów i wykazywać wysokości
osiągniętych przychodów. ●

AUTORKA JEST ADIUNKTEM
W ZAKŁADZIE PRAWA MEDYCZNEGO
UM W ŁODZI.

R

REKLAMA

Nieznośna lekkość cudzego bólu

Ból ma tysiące twarzy i setki odmian, ale tylko niektóre z nich medycyna darzy należytym respektem.

KRYSTYNA KNYPL

To jedna z trudniejszych do pomiaru dolegliwości, a z tego powodu także do weryfikacji. Jako złożone zjawisko, występujące w bardzo różnych stanach chorobowych, wymyka się z prostych klasyfikacji. Mierzalność lub obrazowanie przyczyny, która ból wywołuje, nastęrcza w wielu wypadkach sporo problemów.

Współczesna nauka medyczna stawia na piedestale fakt, który aby być wiarygodnie przedstawiony, musi mieć elementy mierzalności i obrazowania. Takim więc faktem, w który z łatwością uwierzimy, będzie obniżenie ciśnienia lub podwyższenie stężenia kreatyniny zapisane za pomocą konkretnych liczb. Będą nim także zmiany w krzywej EKG pokazane na wydruku lub nieprawidłowości w badaniu radiologicznym utrwalone na kliszy. Wszystko to będą materialne i namacalne dowody istnienia zmian chorobowych lub rezultatów leczenia. Nie wszystko jednak da się w medycynie na gruncie faktograficznym zakwalifikować i opisać.



AUTORKA JEST DOKTOREM
NAUK MEDYCZNYCH, INTERNISTĄ – HIPERTENSJOLOGIEM.

Jeśli bólowi w klatce piersiowej towarzyszą zmiany wskaźników biochemicznych lub patologiczny obraz EKG, wiarygodność dolegliwości nie budzi naszych wątpliwości. Gorzej wygląda sprawa, gdy ból występuje tylko w relacji pacjenta. Ból bez zmian go legitymizujących w konkretnych badaniach jest w naszym tradycyjnym spostrzeganiu cierpienia ludzkiego mniej wiarygodny.

Ból w klatce piersiowej

To klasyczny temat pierwszych ćwiczeń z zajęć klinicznych. Każdy z nas doskonale pamięta jak uczyliśmy się podstaw zbierania wywiadu, w których żelaznym kanonem były pytania na te-

mat bólu. Gdy patrzę na te zajęcia z dzisiejszej perspektywy, mam nieodparte wrażenie, że uczono nas raczej czegoś, co nazwałabym inwentaryzacją bólu, niż rozmową z cierpiącym człowiekiem. Nie przypominam sobie, abyśmy pytali pacjenta cierpiącego na ból o to, w jakiej mierze dolegliwość ta pogorszyła jego jakość życia czy jak czuje się jego rodzina w związku z tym, że jeden z jej członków jest pogrążony w stałym cierpieniu.

W centrum uwagi pierwszych ćwiczeń z chorób wewnętrznych jest oczywiście ból w klatce piersiowej, a dokładniej rzecz nazywając – ból mostkowy lub w okolicy serca. Choć lista przyczyn tego bólu jest całkiem długa, to od czasu tych ćwiczeń każdy z nas słysząc o nim od pacjenta zawsze myśli przede wszystkim o wykluczeniu zawału serca. W diagnostyce różnicowej pomocne są różne okoliczności, między innymi lokalizacja bólu, która daje mu pewne prawa do oficjalnej egzystencji – w ból w klatce piersiowej wierzymy, ale gdy pacjent mówi „wszystko mnie boli”, zapalają się nam ostrzegaw-

cze dzwoneczki i włączają różne hasła-klucze. Wymienię tu te najpowszechniejsze: „symulant”, „pewnie chce dostać rentę” czy „nie ma choroby, w której człowieka wszystko boli”. Z pewnością niektóre z takich alarmów bywają uzasadnione, ale też musimy pamiętać, że owe hasła mają ograniczoną trafność diagnostyczną.

Poza „bólami wszystkiego”, o nie do końca potwierdzonym pochodzeniu, drugim objawem, w który z trudem przychodzi nam wierzyć, są dziwne objawy niepożądane, stwierdzane przez pacjentów w trakcie zażywania leków.

Historia sprzed lat

Gdyby mi pacjent powiedział, że jest uczulony na lek przeciwuczulenio- wy, przez wiele lat mojej praktyki lekarskiej nie dałabym wiary takiemu wyznaniu. Aż do pewnego majowego poranka, gdy młodej kobiecie z mojej rodziny, skarżącej się na objawy alergicznego nieżyty nosa, zleciłam preparat antyhistaminowy, nie mogąc już dłużej słuchać odgłosów kataru. Jak to w maju bywa, pacjentka udała się do parku, aby powygrzewać się w promieniach słońca. Pod wieczór zauważyła pęcherz na przedramieniu, potem drugi, trzeci i kolejny. Jeden czy dwa pęcherze można tłumaczyć pogryzieniem przez komary, ale kilkadziesiąt pęcherzy połączonych z bólami sta-

wów międzypaliczkowych wyglądały na sprawę poważną. Zdecydowałyśmy się na wizytę w izbie przyjęć. Wyprawa zakończyła się podaniem hydrocortyzonu i objawy szczęśliwie ustąpiły. Pozostało jednak pytanie: Czy można dostać uczulenia na lek stosowany w leczeniu tegoż? Oczywiście wiadomo, że można być uczulonym „na wszystko”, ale czy to „wszystko” to także leki przeciwhistaminowe?

Wygląda na to, że słowo „wszystko” generuje nasz, lekarski, sceptycyzm. Długo poszukiwałam zbliżonych relacji i dopiero w podręczniku dla amerykańskich pielęgniarek pracujących na stanowisku rozdawania leków znalazłam opis bardzo podobnych objawów uczulenia po zaordynowanym leku przeciwhistaminowym. Od tej pory wierzę we wszystko – tak, właśnie w owo dziwne „wszystko” – co zgłaszają pacjenci w kwestii nietolerancji leków.

Odwrotna strona medalu

Choć bóle zlokalizowane na mostkiem lub w okolicy serca cieszą się zasłużoną i powszechną uwagą medycyny, to w życiu codziennym daleko bardziej częste są dolegliwości tylnej części klatki piersiowej. Ale hasło „ból pleców” nie uruchamia równie silnych dzwonków alarmowych w głowie statystycznego lekarza jak w wypadku terminu „ból zamostkowy”.

Do opisów uporczywych dolegliwości bólowych pleców, przy prawidłowych wynikach badań, większość lekarzy podchodzi sceptycznie. Gdy bląkający się po specjalistach pacjent usłyszy w kolejnym

gabinecie diagnozę fibromialgia, sceptycyzm często wzmaga się.

Rozpoznanie to potrafi rozpalic potężne dyskusje, toczone głównie z powodu niemożności wizualizacji tego, co odczuwa chory. W wierzeniu w realność tak nieuchwytnego cierpienia może niekiedy pomóc wizualizacja w wyobraźni. Gdy słuchałam opowieści pewnej kobiety cierpiącej na fibromialgię, nie do końca czułam się przekonana do jej prawdziwości, ale gdy padły słowa: „cierpiałam nie tylko na bóle całego ciała, ale także z tego powodu, że nie mogłam wziąć mojego dziecka na ręce”, cierpienie pacjentki wydało mi się bardziej realne i wiarygodne.

W wielu wypadkach sceptycyzm lekarza narasta, gdy okazuje się, że kolejne ordynacje leków przeciwbólowych są nieskuteczne. Nie dość, że „wszystko” boli, to jeszcze żaden lek nie pomaga! – myślimy.

Gdy jednak okazało się, że w patogenie bólu w przebiegu fibromialgii odgrywa rolę zmniejszenie stężenia serotoniny oraz noradrenaliny, zrozumienie dolegliwości stało się lepsze. Inhibitory zwrotnego wchłaniania serotoniny stały się uzupełnieniem terapii przeciwbólowej, jednak nie rozwiązały wszystkich problemów, bo pozostał komponent wynikający z obniżonego poziomu noradrenaliny. Możliwość korekty tego elementu w przebiegu fibromialgii zapewnia tapentadol, wykazujący działanie analgetyczne nie tylko przez receptor μ , ale także będący inhibitorem zwrotnego wychwytu noradrenaliny. Przemawiają za tym

wyniki badań klinicznych wskazujące na większą skuteczność tapentadolu w leczeniu fibromialgii niż w wypadku klasycznych leków przeciwbólowych.

Drugą jednostką chorobową, w której syndrom „wszystko mnie boli”, a tradycyjne metody leczenia przeciwbólowego zawodzą, jest borelioza. To również schorzenie rozpalające gorące dyskusje zarówno w odniesieniu do sposobów diagnozowania, jak i wyboru leczenia. Według ILADS zwolennicy terapii boreliozy często rekrutują się spośród lekarzy, którzy osobiście doświadczali cierpienia związanego z niepomysłnym leczeniem ich własnej infekcji i dopiero długotrwała kuracja antybiotykiem wyzwoliła ich z zakłętego kręgu „bólu wszystkiego”. Są też pryncypialni przeciwnicy tej metody.

Długa droga

Na przestrzeni ostatnich lat podejście do pacjenta z bólem ulega zmianom. Obecnie silny nacisk kładzie się na to, co chory odczuwa, widzi i opisuje. Z tego powodu w praktyce bólem jest to, co chory tak nazywa i odczuwa jako dolegliwość bólową. Dla praktyki dnia codziennego oznacza to tyle, że jeżeli pacjent mówi „to mnie boli!”, to zadanie lekarza nie powinno polegać na powątpiewaniu w odczucia pacjenta, lecz na poszukiwaniu przyczyn oraz metod rozwiązania problemu i usunięcia dolegliwości. Składając bowiem przyrzeczenie lekarskie nie deklarowaliśmy, że będziemy wątpić w odczucia naszych pacjentów, lecz że przyniesiemy im ulgę w cierpieniu. ●

Załącznik

11 14 00001 1020175 15 4071

Swiadek zdrowotny

Pacjent

Jan Kowalski
Warszawa
ul. Sobieskiego 110
71011512684

PESEL

Wzrost 185 cm
Ciężar ciała 80 kg
Ciężar ciała 80 kg

01.11.2010

ROZSZYFRUJ RECEPTĘ

RECEPTA Z NUMERU 8/9 „GAZETY LEKARSKIEJ” WYWOŁAŁA SPORY ODZEW WŚRÓD CZYTELNIKÓW. NIEKTÓRZY OCENILI JĄ JAKO ZBYT ŁATWĄ, DLA ODMIANY INNI – NARESZCIE TAKĄ, ŻE MOGLI ROZSZYFROWAĆ TREŚĆ RECEPTY. POZIOM ZAGADEK JEST ZRÓŻNICOWANY, PODOBIEŃ JAK UMIEJĘTNOŚCI DESZYFRACYJNE POSZCZEGÓLNYCH OSÓB. JEDEN Z RADIOLOGÓW NAPISAŁ, ŻE NAUCZYŁ SIĘ BIEGLE ODGADYWAĆ TREŚĆ RECEPT DZIĘKI TRENINGOWI, JAKI CODZIENNIE PRZECHODZI, ODCZYTUJĄC SKIEROWANIA NA BADANIA PISANE RĘKOMA KOLEGÓW WSZYSTKICH SPECJALNOŚCI.

PRZED PROBLEMEM „CO LEKARZ MIAŁ NA MYŚLI?” MOŻE STANĄĆ NIE TYLKO FARMACEUTA, ALE TAKŻE PACJENT PRÓBUJĄCY ODCZYFROWAĆ OTRZYMANE NA PIŚMIE ZALECENIA DOTYCZĄCE ZAŻYWANIA LEKÓW. JAKIE LEKI MIAŁ ZLECONE PACJENT – OTO PYTANIE, NA KTÓRE POWINNI KOLEDZY ODPOWIEDZIEĆ, ROZSZYFROWUJĄC NASZĄ NAJNOWSZĄ ZAGADKĘ.

CZY JEST JAKĄS SPECJALNOŚĆ, KTÓREJ PRZEDSTAWICIELE BĄDZGRZĄ SZCZEGÓLNIE NIECZYTNIE? NIE MAM JEDNOZNACZNYCH OBSERWACJI NA TEN TEMAT, ALE BĘDĘ CIEKAWA WASZYCH PRZEMYŚLEŃ. KOLEJNYMI LAUREATAMI ZOSTAJĄ DR PRZEMYSŁAW ŁODEJ ORAZ DR JERZY WALIŁKO. OBU LAUREATÓW PROSZĘ O NADESŁANIE ADRESÓW POCZTOWYCH, NA KTÓRE PRZEŚLEMY NAGRODY KSIĄŻKOWE.

CZEKAM NA LISTY ORAZ SKANY TRUDNYCH RECEPT, MOGĄ BYĆ WŁASNE! GWARANTUJEMY PREZENTACJĘ NADESŁANYCH RECEPT BEZ PODAWANIA DANYCH OSOBOWYCH ICH AUTORA. KRYSZYNA.KNYPL@COMPL.NET.PL



100-lecie Ukraińskiego Towarzystwa Medycznego

Polska i Ukraina należą do krajów, których historia w sposób istotny wpływa na wzajemne relacje. Jej zrozumienie z obu stron pozwoli na budowę dobrosąsiedzkich stosunków w przyszłości. Zawiła historia znalazła swoje odbicie w ubiegłym wieku w lekarskim środowisku Lwowa.

KRZYSZTOF MAKUCH

1 października br. we Lwowie odbyła się uroczystość 100-lecia powstania Ukraińskiego Towarzystwa Medycznego (Ukrainian Medical Association-UMA). W wypełnionej sali opery lwowskiej oprócz zaproszonych gości spotkali się uczestnicy XIII Konferencji Światowej Federacji Ukraińskich Lekarskich Towarzystw. Rangę państwowej uroczystości podkreślał specjalny dekret Prezydenta Ukrainy oraz akt Rady Ministrów, a także obecność przedstawicieli World Medical Association, Europejskiego Południowo-Wschodniego Forum Lekarzy, Polski oraz ministrów zdrowia Ukrainy po „pomarańczowej rewolucji”. Gospodarzami uroczystości byli prezes Ukraińskiego Towarzystwa Lekarskiego we Lwowie Andriy Bazylewych oraz prezydent UMA Oleg Musii. Spotkanie w operze poprzedziła uroczysta liturgia w cerkwi św. Jerzego, a jej podniosła atmosfera towa-

rzyszyła do końca uroczystości. Hymn ukraińskich lekarzy „Jeden Bóg, jedna Ukraina i Przysięga Hipokratesa, która nas łączy” oraz odśpiewana modlitwa za lekarzy pozostanie w pamięci zgromadzonych. Sprawne prowadzenie spotkania, rzeczowe wypowiedzi polityków i gości, odznaczenia dla zasłużonych lekarzy, specjalnie wybita moneta, pamiątkowa koperta ze stemplem i porywający koncert Narodowego Chóru Akademickiego zasługują na najwyższą ocenę.

Cieszy fakt, że o potrzebie ustawowego powołania samorządu lekarskiego na Ukrainie oprócz przedstawicieli Warszawskiej Izby Lekarskiej mówili gospodarze i ministrowie zdrowia. I wierzyć się nie chce, że to właśnie 100 lat temu, 1 października 1910 r., we Lwowie odbył się I Zjazd Lekarzy Ukraińskich jako alternatywa dla izb lekarskich, do których Polacy w wyborach nie dopuszczali Ukraińców, a obok Uniwer-

sytetu Lwowskiego (a do 1919 r. Jana Kazimierza) działał tajny *wydział lekarski uniwersytetu ukraińskiego*. Trudno zrozumieć historię, akceptować teraźniejszość, kiedy znikają polskie nazwy we Lwowie, kościoły zamieniane są w cerkwie, a Cmentarz Orłat Lwowskich budzi tyle emocji. Ale najgorsza jest obojętność.

Na uroczystość 100-lecia do Lwowa przyjechały delegacje lekarzy ukraińskich z różnych stron świata, w tym 18-osobowa grupa z Przemyśla. We Lwowie mamy zasłużone Stowarzyszenie Lekarzy Polskich, któremu przewodniczy docent Ewelina Hrycaj-Małańcz. W przyszłym roku organizacja ta będzie obchodzić XX-lecie istnienia i warto poświęcić swój czas na przyjazd do Lwowa, na moralne i finansowe wsparcie naszych lekarzy. Ich sytuacja finansowa i zawodowa jest coraz trudniejsza, co nie przeszkadza naszym rodakom w staropolskiej gościnności. Jako lekarze możemy wiele zrobić, aby trudna historia pozwoliła budować lepszą przyszłość dla naszych krajów, lekarzy i pacjentów. ☉

Paweł Rudziński

– doktor nauk medycznych, wybitny kardiochirurg z Krakowa, mający w chwili obecnej 45 lat – uległ 29 lipca wypadkowi. W następstwie tragicznego zdarzenia przebywał na oddziałach intensywnej terapii w szpitalach w Splicie, Warszawie i Krakowie. Paweł jest w bardzo ciężkim stanie. Dwukrotnie przeżył śmierć kliniczną i dwie sepsy, o czym zdecydował jego upór, chęć walki i życia. Dzięki wysiłkom i pomocy wielu lekarzy, a szczególnie z oddziałów intensywnej terapii Szpitala MSWiA w Warszawie i Kliniki Kardiochirurgii w Szpitalu im. Jana Pawła II w Krakowie, Paweł żyje, ale jego stan jest nadal ciężki i wymaga intensywnej, długotrwałej i kosztownej rehabilitacji. Jedynym miejscem w Krakowie, gdzie można Pawła teraz

poddać rehabilitacji, jest NZOZ Polskie Centrum Rehabilitacji Funkcjonalnej VOTUM Reha-Plus S.A. To jednak placówka komercyjna, która nie zawarła kontraktu z NFZ. Oprócz opłat związanych z pobytem Pawła w tym ośrodku konieczne jest zatrudnienie pielęgniarki anestezjologicznej do bezwzględnie koniecznej opieki całodobowej. Miesięczny koszt takiego przedsięwzięcia jest olbrzymi – to 25 000 zł! Wg opinii lekarzy rehabilitacja Pawła powinna potrwać minimum trzy miesiące. Paweł to człowiek nadzwyczajny, doskonały, uznany i ceniony specjalista w dziedzinie kardiochirurgii. Żył i niestrudzenie pracował po to, aby ratować innych, oddać całą swoją wiedzę i swoje siły tym, którzy potrzebowali jego pomocy, którym w pewnym sensie przez całe lata ofia-

rowywał życie. Żył i pracował po to, aby ratować życie. Żył, nieszczęśliwy i tragiczny w skutkach wypadek sprawił, że Paweł Rudziński potrzebuje dzisiaj pomocy innych ludzi. Nie można odmówić pomocy człowiekowi, który jako lekarz zawsze pomagał tym, którzy tego potrzebowali. Paweł ratował życie innym ludziom i to stanowiło najważniejszy sens jego własnego życia. W imieniu Pawła i jego rodziny zwracamy się do każdego współczującego człowieka i każdej instytucji z prośbą o pomoc. Pomóżcie Pawłowi po to, aby mógł wyzdrowieć, odzyskać siły i wrócić do tego, co było w jego życiu najważniejsze, do niesienia pomocy innym ludziom. Opiekę nad powierzonymi przez Państwa środkami sprawować będzie Fundacja Przyszłość Neurologii z Krakowa



(wpłat można dokonać na konto nr: 36 1910 1048 2117 9967 0696 0001 tytułem: darowizna na cele statutowe fundacji związane z ochroną i promocją zdrowia). Dokonana przez Państwa darowizna daje prawo do odliczenia od dochodu darowizn przekazanych na cele społecznie użyteczne (na rzecz Fundacji Przyszłości Neurologii). Odliczeniu podlega kwota dokonanej darowizny, nie więcej jednak niż kwota stanowiąca 6% dochodu.

ARTYKUŁ SPONSOROWANY

Deficyt onkologów klinicznych – potrzeba co najmniej 300 nowych specjalistów.

Wywiad z prof. dr hab. n. med. Maciejem Krzakowskim, krajowym konsultantem w dziedzinie onkologii klinicznej, kierownikiem Kliniki Nowotworów Płuca i Klatki Piersiowej Centrum Onkologii - Instytut im. Marii Skłodowskiej-Curie w Warszawie.

Jaka jest rola onkologa klinicznego w wielospecjalistycznym zespole w procesie terapii nowotworów?

Obecna koncepcja skojarzonego postępowania u chorych na złośliwe nowotwory polega na wielospecjalistycznym podejmowaniu decyzji i leczeniu z udziałem kilku metod. Charakter większości złośliwych nowotworów – skłonność do wczesnego uogólnienia choroby – wymaga zastosowania farmakologicznego leczenia w początkowym okresie (np. przed planowanym wycięciem nowotworu lub przed napromienianiem oraz po resekcji lub radioterapii). Poza tym, nadal w przypadku wielu nowotworów rozpoznanie jest ustalane w zaawansowanym stadium i konieczne jest zastosowanie systemowego leczenia (chemioterapia lub hormonoterapia oraz – ostatnio – leczenie ukierunkowane molekularnie). Onkologia kliniczna jest specjalnością zajmującą się systemowym leczeniem chorych na nowotwory w skojarzeniu z innymi metodami postępowania. Poza klasycznym leczeniem przeciwnowotworowym onkologia kliniczna obejmuje stosowanie tzw. wspomagającego leczenia (np. leki przeciwwymiotne lub powodujące zmniejszenie nasilenia powikłań ze strony układu krwiotwórczego), które odgrywa współcześnie rolę równorzędną do postępowania przeciwno-

wotworowemu. Szeroki zakres zastosowań farmakologicznego leczenia wymaga od onkologa klinicznego gruntownej znajomości metod diagnostycznych oraz genetyki i molekularnej biologii nowotworów.

Jakie są możliwości rozpoczęcia i rozwoju kariery zawodowej w ramach tej specjalności?

Rozpoczęcie zawodowej kariery w dziedzinie onkologii klinicznej warunkuje uzyskanie specjalizacji, co jest możliwe po odbyciu 5-letniego szkolenia i zdaniu egzaminu końcowego. Jedynym wymieniony tryb pozwala na całościową realizację kariery zawodowej w dziedzinie onkologii klinicznej. Rozpoczęcie specjalizacji jest możliwe zarówno bezpośrednio po ukończeniu studiów, jak również po wcześniejszym uzyskaniu specjalności w kilku innych dziedzinach medycyny. Warunkiem rozpoczęcia specjalizacji jest pomyślny wynik postępowania kwalifikacyjnego. Po uzyskaniu specjalizacji istnieją szerokie możliwości zatrudnienia zarówno w jednostkach publicznej ochrony zdrowia, jak również ośrodkach niepublicznych.

Onkologia kliniczna została wpisana na listę specjalności deficytowych. Jak jest zapotrzebowanie na lekarzy tej specjalności i jak rozkłada się ono w poszczególnych regionach kraju?

W Polsce obecnie liczba czynnych zawodowo onkologów klinicznych wynosi około 450. Według wskaźnika Światowej Organizacji Zdrowia liczba specjalistów w dziedzinie onkologii klinicznej powinna wynosić około 750. Dodatkowym czynnikiem jest nierówność wskaźników w poszczególnych województwach – w wielu regionach liczba specjalistów w dziedzinie onkologii klinicznej jest zbyt niska wobec liczby mieszkańców (np. Lu-

buskie, Warmińsko-Mazurskie, Podkarpackie, Zachodnio-Pomorskie, Podlaskie).

CMKP w Warszawie w ramach współfinansowanego przez Unię Europejską projektu organizuje dofinansowane kursy specjalizacyjne w onkologii klinicznej. Jakie są cele i specyfika tych kursów?

Kursy organizowane przez Centrum Medyczne Kształcenia Podyplomowego w ramach projektu współfinansowanego przez Unię Europejską mają na celu uzyskanie wiadomości i umiejętności zgodnych z bieżącym stanem wiedzy w zakresie onkologii klinicznej.

Bardzo dziękuję za rozmowę, a wszystkich zainteresowanych odsyłam na stronę www.cmkp.edu.pl (podstrona o projekcie) gdzie znajdziecie Państwo szczegółowe informacje na temat programu „Kształcenie w ramach procesu specjalizacji lekarzy deficytowych specjalności tj. onkologów, kardiologów i lekarzy medycyny pracy”. Uczestnikom projektu zwracane są koszty związane z udziałem w kursie (dojazd, zakwaterowanie, wyżywienie) w kwocie do 300 zł na dzień kursu.



KAPITAŁ LUDZKI
Człowiek – najlepsza inwestycja



UNIA EUROPEJSKA
EUROPEJSKI FUNDUSZ
SPOŁECZNY

WYWIAD WSPÓŁFINANSOWANY PRZEZ UNIĘ EUROPEJSKĄ W RAMACH EUROPEJSKIEGO FUNDUSZU SPOŁECZNEGO.

BIULETYN

Nr 8 (131) Rok XXI

NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ

Warszawa, XI 2010

Redaktor naczelny: Mariusz Janikowski

Posiedzenie NRL – 3 września 2010

Załącznik do Uchwały
Naczelnej Rady Lekarskiej
Nr 34/10/VI
z dnia 3 września 2010 r.

STATUT FUNDACJI LEKARZE LEKARZOM

Rozdział I Postanowienia ogólne

§ 1.

Fundacja pod nazwą Fundacja Lekarzy Lekarzom zwana dalej „Fundacją”, ustanowiona przez Naczelną Izbę Lekarską na mocy uchwały Naczelnej Rady Lekarskiej Nr 34/10/VI z dnia 3 września 2010 r., zwaną dalej Fundatorem, aktem notarialnym sporządzonym przez notariusza Aldonę Czarnąską w kancelarii notarialnej w Warszawie, ul. Konduktorska 4/29 w dniu 9 września 2010 r., rep. A Nr 1689/2010 działa na podstawie ustawy z dnia 6 kwietnia 1984 r. o fundacjach (Dz. U. z 1991 r. Nr 46, poz. 203 z późn. zm.) i ustawy z dnia 24 kwietnia 2003 r. o działalności pożytku publicznego i o wolontariacie (Dz. U. Nr 96, poz. 873 z późn. zm.) oraz niniejszego Statutu.

§ 2.

Fundacja posiada osobowość prawną i jest organizacją pożytku publicznego.

§ 3.

- 1) Fundacja działa na obszarze Rzeczypospolitej Polskiej.
- 2) Fundacja może używać wyróżniającego ją znaku graficznego.
- 3) Siedzibą Fundacji jest miasto stołeczne Warszawa.
- 4) Dla wykonywania swych zadań statutowych Fundacja może tworzyć oddziały, zakłady i filie.

§ 4.

Czas trwania Fundacji jest nieokreślony.

§ 5.

- 1) Fundacja posługuje się pieczęcią z oznaczeniem nazwy i siedziby Fundacji.
- 2) Fundacja może używać wyróżniającego ją znaku graficznego.
- 3) Fundacja może ustanawiać odznaki, medale honorowe i przyznawać je wraz z innymi wyróżnieniami i nagrodami dla osób fizycznych, osób prawnych i jednostek nieposiadających osobowości prawnej, zasłużonym dla Fundacji.

§ 6.

Ministrem właściwym ze względu na zakres swojej działalności oraz cele Fundacji jest minister właściwy do spraw zabezpieczenia społecznego.

Rozdział II Cele i zasady działania Fundacji

§ 7.

Celami Fundacji są:

- 1) wspomaganie inicjatyw zapewniających obywatelom, w szczególności najuboższym dostęp do opieki zdrowotnej,
- 2) działalność w zakresie pomocy społecznej, materialnej i finansowej w celu poprawy warunków życia lekarzy oraz owdowiałych małżonków lekarzy, znajdujących się w trudnej sytuacji materialnej, także z powodów klęsk żywiołowych i innych nadzwyczajnych zdarzeń,
- 3) działalność w zakresie pomocy materialnej i edukacyjnej dzieciom zmarłych lekarzy,
- 4) działalność w zakresie pomocy dzieciom lekarzy szczególnie uzdolnionym, znajdującym się w trudnej sytuacji materialnej,
- 5) działalność w zakresie pomocy materialnej oraz wspierania różnorodnych form opieki społecznej dla lekarzy emerytów, rencistów i innych nie wykonujących zawodu, znajdujących się w trudnej sytuacji materialnej.

§ 8.

Fundacja realizuje swoje cele poprzez:

- 1) udzielanie osobom wymienionym w § 7 pkt 2-5 wsparcia finansowego w formie między innymi: zapomóg bezzwrotnych i zwrotnych, stypendiów, dofinansowania zabiegów medycznych, kuracji i zabiegów rehabilitacyjnych, dofinansowywania kosztów leczenia, pobytu w sanatorium lub w domach opieki społecznej,
- 2) udzielanie osobom wymienionym w § 7 pkt 2-5 pomocy rzeczowej,

- 3) organizowanie i dofinansowywanie przedsięwzięć edukacyjnych dzieciom zmarłych lekarzy oraz dzieciom lekarzy wymienionych w § 7 pkt 5,
- 4) udzielanie wsparcia finansowego dla rozwoju społecznie akceptowanych inicjatyw samorządu zawodowego lekarzy w zakresie opieki zdrowotnej dla osób wymienionych w § 7 pkt 1,
- 5) udzielanie wsparcia finansowego dla wszelkich innych inicjatyw służących rozwojowi opieki społecznej dla lekarzy i ich rodzin, wymienionych w § 7 pkt 2,3,4 i 5.

Rozdział III Majątek Fundacji

§ 9.

Majątek Fundacji stanowią środki finansowe w wysokości 1.000,00 zł (słownie: jeden tysiąc), ustalone w akcie notarialnym ustanawiającym Fundację oraz środki finansowe, ruchomości i nieruchomości nabyte w trakcie działalności Fundacji.

§ 10.

Dochodami Fundacji zwiększającymi jej majątek są:

- 1) darowizny, spadki, zapisy, subwencje i inne nieodpłatne przysporzenia,
- 2) odsetki bankowe i dochody z majątku ruchomego i nieruchomego,
- 3) dochody ze zbiórek i imprez publicznych,
- 4) dochody z praw majątkowych,
- 5) odpisy podatkowe.

§ 11.

Dochody uzyskiwane z majątku Fundacji przeznaczone są wyłącznie na realizację celów statutowych oraz w niezbędnym zakresie na pokrycie kosztów działalności Fundacji.

§ 12.

Fundacja prowadzi gospodarkę finansową i rachunkowość według zasad obowiązujących osoby prawne.

§ 13.

- 1) Majątek Fundacji jest lokowany na rachunkach i lokatach bankowych, w papierach wartościowych, w funduszach inwestycyjnych, w nieruchomościach oraz ruchomościach stanowiących środki trwałe w rozumieniu obowiązujących przepisów.
- 2) Fundacja może tworzyć fundusze celowe.
- 3) Z dochodów określonych w § 10 Fundacja może tworzyć szczególne fundusze celowe, nazwane imieniem osób fizycznych lub prawnych, które przekazały Fundacji środki w drodze spadku lub zapisu, na których zgromadzone są środki otrzymane od ww. osób z ww. tytułów.
- 4) Decyzję w sprawie utworzenia funduszy celowych i szczególnych funduszy celowych, określenia wysokości kwot przekazywanych na fundusze oraz sposobu dysponowania środkami zgromadzonymi na funduszach podejmuje Zarząd Fundacji.

§ 14.

Fundacja nie może:

- 1) udzielać pożyczek lub zabezpieczać zobowiązań majątkiem Fundacji w stosunku do członków organów Fundacji lub jej pracowników oraz osób, z którymi członkowie organów i pracownicy pozostają w związku małżeńskim, we wspólnym pożyciu albo w stosunku pokrewieństwa w linii prostej oraz w linii bocznej do drugiego stopnia albo są związani z tytułu przysposobienia, opieki lub kurateli, zwanych dalej „osobami bliskimi”,
- 2) przekazywać majątku Fundacji na rzecz członków organów Fundacji lub jej pracowników oraz ich osób bliskich, na zasadach innych niż w stosunku do osób trzecich, w szczególności jeżeli przekazanie to następuje bezpłatnie lub na preferencyjnych warunkach,
- 3) wykorzystywać majątku na rzecz członków organów Fundacji lub jej pracowników oraz ich osób bliskich, na zasadach innych niż w stosunku do osób trzecich, chyba że to wykorzystanie bezpośrednio wynika ze statutowego celu Fundacji,
- 4) dokonywać zakupu na szczególnych zasadach towarów i usług w tym po cenach wyższych niż rynkowe od podmiotów, w których uczestniczą członkowie organów Fundacji lub jej pracownicy oraz ich bliskie osoby na zasadach innych niż w stosunku do osób trzecich.

§ 15.

Rokiem obrachunkowym Fundacji jest rok kalendarzowy.

Rozdział IV Organy Fundacji

§ 16.

Organami Fundacji są:

- 1) Rada Fundacji,
- 2) Zarząd Fundacji.

§ 17.

Rada Fundacji jest organem kontroli i nadzoru oraz organem opiniotwórczym i wnioskodawczym Fundacji.

§ 18.

- 1) Radę Fundacji tworzy 3 członków, powoływanych i odwoływanych w drodze uchwały przez Naczelną Radę Lekarską.
- 2) Na członka Rady Fundacji może być powołana osoba, która:
 - a) nie jest członkiem Zarządu Fundacji ani nie pozostaje z nim w stosunku pokrewieństwa, powinowactwa lub podległości służbowej,
 - b) nie była skazana prawomocnym wyrokiem za przestępstwo umyślne,
 - c) korzysta z pełni praw publicznych oraz ma pełną zdolność do czynności prawnych,
 - d) złożyła pisemne oświadczenie o woli uczestnictwa w Radzie Fundacji.

§ 19.

Członkostwo w Radzie Fundacji ustaje na skutek:

- 1) pisemnej rezygnacji, złożonej Przewodniczącemu Rady Fundacji,
- 2) śmierci,
- 3) odwołania przez Naczelną Radę Lekarską w drodze uchwały w przypadku zaistnienia następujących okoliczności:
 - a) pisemnej rezygnacji członka,
 - b) działania na szkodę Fundacji,
 - c) skazania prawomocnym wyrokiem za przestępstwo umyślne,
 - d) pozbawienia praw publicznych lub utraty zdolności do czynności prawnych,
 - e) zaistnienia okoliczności, które w długotrwały sposób uniemożliwiają lub w znaczny sposób utrudniają pełnienie funkcji członka Rady Fundacji,
 - f) powołania członka Rady Fundacji do Zarządu Fundacji,
 - g) nie brania udziału w posiedzeniach Rady Fundacji przez okres dłuższy niż 6 miesięcy.

§ 20.

W razie powołania członka Rady Fundacji, za jego zgodą do Zarządu Fundacji lub na wiązania przez członka Rady Fundacji stosunku pracy z Fundacją członkostwo w Radzie Fundacji ulega zawieszeniu, odpowiednio na czas pełnienia funkcji lub trwania stosunku pracy.

§ 21.

- 1) Rada wybiera ze swego grona Przewodniczącego Rady.
- 2) Przewodniczący Rady kieruje pracami Rady, reprezentuje ją na zewnątrz oraz zwołuje i przewodniczy posiedzeniom Rady.

§ 22.

- 1) Rada Fundacji obraduje na posiedzeniach, które odbywają się nie rzadziej niż 2 razy w roku.
- 2) Posiedzenia Rady Fundacji zwołuje Przewodniczący Rady z własnej inicjatywy albo na wniosek Zarządu lub Naczelnej Rady Lekarskiej, zgłoszony na piśmie w terminie 14 dni od dnia otrzymania wniosku.
- 3) Rada Fundacji podejmuje decyzje w formie uchwał – zwykłą większością głosów, w obecności co najmniej połowy członków, a w razie równej liczby głosów decyduje głos Przewodniczącego.

§ 23.

Do zadań Rady Fundacji należy w szczególności:

- 1) kontrolowanie bieżącej działalności Zarządu Fundacji,
- 2) wytyczanie głównych kierunków działalności Fundacji,
- 3) nadzór nad działalnością Fundacji,
- 4) ocena programu działania Zarządu na rok przeszły,
- 5) podejmowanie decyzji o zatrudnieniu członków Zarządu i ustalaniu ich wynagrodzenia,
- 6) wyrażanie opinii w sprawach przedłożonych przez Zarząd Fundacji.

§ 24.

Rada Fundacji w celu wykonywania zadań jest uprawniona do żądania od Zarządu Fundacji przedstawienia wszelkich dokumentów dotyczących działalności Fundacji.

§ 25.

- 1) Członkowie Rady Fundacji nie pobierają wynagrodzenia z tytułu udziału w pracach tego organu z wyjątkiem zwrotu udokumentowanych wydatków związanych z uczestnictwem w pracach tego organu, w tym kosztów podróży.
- 2) Miesięczna kwota zwrotu udokumentowanych kosztów nie może być wyższa niż przeciętne miesięczne wynagrodzenie w sektorze przedsiębiorstw ogłoszone przez Prezesa Głównego Urzędu Statystycznego za rok poprzedni.

§ 26.

- 1) Zarząd Fundacji składa się z Prezesa Zarządu i co najmniej 2 członków powoływanych przez Naczelną Radę Lekarską na czas nieoznaczony.
- 2) Naczelna Rada Lekarska może upoważnić Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej do wykonywania uprawnień do powoływania i odwoływania Zarządu Fundacji.
- 3) Funkcji członka Zarządu Fundacji nie można łączyć z funkcją członka Rady Fundacji.

§ 27.

Na członka Zarządu Fundacji może być powołana osoba, która:

- a) nie była skazana prawomocnym wyrokiem za przestępstwo umyślne,

- b) korzysta z pełni praw publicznych oraz ma pełną zdolność do czynności prawnych,
- c) złożyła pisemne oświadczenie o woli uczestnictwa w Zarządzie Fundacji.

§ 28.

Członkostwo w Zarządzie Fundacji ustaje na skutek:

- 1) śmierci,
- 2) odwołania w drodze uchwały przez Naczelną Radę Lekarską w przypadku zaistnienia następujących okoliczności:
 - a) pisemnej rezygnacji członka,
 - b) działania na szkodę Fundacji,
 - c) skazania prawomocnym wyrokiem za przestępstwo umyślne,
 - d) pozbawienia praw publicznych lub utraty zdolności do czynności prawnych,
 - e) zaistnienia okoliczności, które w długotrwały sposób uniemożliwiają lub w znaczny sposób utrudniają pełnienie funkcji członka Rady Fundacji.

§ 29.

- 1) Zarząd Fundacji kieruje działalnością Fundacji i reprezentuje ją na zewnątrz.
- 2) Do zadań Zarządu należy w szczególności:
 - a) sprawowanie zarządu majątkiem Fundacji,
 - b) prowadzenie bieżącej działalności Fundacji,
 - c) uchwalanie rocznych planów finansowych i wieloletnich programów działania,
 - d) przyjmowanie darowizn, spadków i zapisów, subwencji i dotacji z zastrzeżeniem pkt 8,
 - e) występowanie z wnioskiem w sprawie zmiany Statutu, połączenia z inną fundacją, likwidacji Fundacji,
 - f) przedkładanie Radzie Fundacji corocznie, do dnia 31 marca sprawozdania z działalności Fundacji za rok ubiegły,
 - g) przygotowywanie projektów, które zostaną objęte wnioskiem o dofinansowanie ze środków Unii Europejskiej oraz ich realizacja,
 - h) podejmowanie decyzji w innych sprawach nie przekazanych do kompetencji innym organom Fundacji.
- 3) Zarząd podejmuje decyzje na posiedzeniach w formie uchwał, podjętych zwykłą większością głosów jego członków, obecnych na posiedzeniu Zarządu. W razie równej liczby głosów rozstrzyga głos Prezesa Zarządu. Dopuszcza się głosowanie pisemne.
- 4) Posiedzenia Zarządu Fundacji zwołuje Prezes Zarządu, zawiadamiając członków Zarządu o terminie i miejscu posiedzenia pocztą elektroniczną lub listem poleconym na co najmniej 3 dni przed planowanym terminem posiedzenia.
- 5) O posiedzeniu Zarządu muszą być powiadomieni wszyscy członkowie Zarządu.
- 6) Oświadczenia woli w imieniu Fundacji, z zastrzeżeniem pkt 7 składają dwaj członkowie Zarządu działający łącznie.
- 7) W sprawach dotyczących zatrudniania pracowników oraz w sprawach nie związanych z zaciąganiem zobowiązań majątkowych powyżej 5.000,00 zł oświadczenia woli w imieniu Fundacji może składać jednoosobowo Prezes Fundacji.
- 8) W przypadku powołania Fundacji do dziedziczenia Zarząd Fundacji składa oświadczenie o przyjęciu spadku z dobrodziejstwem inwentarza i to tylko wówczas, gdy w chwili składania tego oświadczenia jest oczywiste, że stan czynny spadku przewyższa dług spadkowy.
- 9) Zarząd odpowiada przed Radą Fundacji za realizację celów statutowych Fundacji oraz za prawidłowość i celowość działań podejmowanych przez Fundację.
- 10) Czynności z zakresu prawa pracy wykonuje w imieniu Fundacji Prezes Zarządu Fundacji.

§ 30.

Zarząd może powoływać pełnomocników do kierowania wyodrębnioną sferą spraw Fundacji.

§ 31.

Zarząd ma obowiązek każdorazowego powiadamiania Rady Fundacji o planowanym terminie i tematyce posiedzeń.

Rozdział V Połączenie z inną fundacją

§ 32.

- 1) Fundacja może połączyć się z inną fundacją o podobnych celach statutowych na warunkach określonych przez strony.
- 2) Połączenie z inną fundacją nie może nastąpić, jeżeli w jego wyniku mógłby ulec istotnej zmianie cel Fundacji.
- 3) Decyzję w sprawie połączenia podejmuje Zarząd Fundacji po zasięgnięciu opinii Rady Fundacji i zatwierdzeniu przez Naczelną Radę Lekarską.

Rozdział VI Likwidacja Fundacji

§ 33.

- 1) Fundacja ulega likwidacji w razie osiągnięcia celów, dla których została ustanowiona lub w razie wyczerpania się jej środków finansowych i majątku.
- 2) Decyzję o likwidacji Fundacji podejmuje Naczelna Rada Lekarska w drodze uchwały.
- 3) Likwidację prowadzi likwidator.
- 4) Likwidatora Fundacji powołuje i odwołuje Rada Fundacji.
- 5) Do obowiązków likwidatora należy w szczególności:
 - a) zgłoszenie wniosku do Krajowego Rejestru Sądowego o wpisanie otwarcia likwidacji,
 - b) wezwanie wierzycieli w trybie ogłoszeń prasowych do zgłaszania wierzytelności w ciągu 3 miesięcy od dnia ogłoszenia likwidacji,
 - c) sporządzenie bilansu otwarcia likwidacji i sporządzenie listy wierzycieli,
 - d) sporządzenia planu finansowego likwidacji i planu zaspokojenia zobowiązań,
 - e) ściąganie wierzytelności, wypełnienie zobowiązań oraz spieniężenie majątku Fundacji,

- f) przekazanie wskazanym podmiotom środków majątkowych pozostałych po zaspokojeniu wierzycieli,
- g) złożenie wniosku do Krajowego Rejestru Sądowego o wykreślenie Fundacji z rejestru,
- h) przekazanie dokumentów Fundacji do archiwum państwowego.

§ 34.

Środki finansowe i majątek pozostały po likwidacji Fundacji mogą zostać przeznaczane na podstawie uchwały Naczelnej Rady Lekarskiej na rzecz działających w Rzeczypospolitej Polskiej fundacji o zbliżonych celach.

Rozdział VII Zmiany Statutu

§ 35.

- 1) Zmian w Statucie Fundacji dokonuje Naczelna Rada Lekarska na drodze uchwały po zasięgnięciu opinii Rady Fundacji.
- 2) W przypadku, gdyby na mocy obowiązujących przepisów Naczelna Izba Lekarska uległa likwidacji, zmiany Statutu dokonać może Rada Fundacji za zgodą Zarządu Fundacji.

Posiedzenie NRL – 8 października 2010

STANOWISKO Nr 11/10/VI NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ z dnia 8 października 2010 r.

w sprawie tzw. pakietu ustaw zdrowotnych

Ustosunkowując się do przedstawionych w trybie błyskawicznym do konsultacji projektów czterech ustaw tzw. pakietu zdrowotnego Naczelna Rada Lekarska stanowczo protestuje przeciwko próbie obniżania poziomu wykształcenia lekarzy i lekarzy dentystów, co w konsekwencji doprowadzi do zagrożenia bezpieczeństwa zdrowotnego obywateli. Ponadto, Naczelna Rada Lekarska protestuje przeciwko odbieraniu samorządowi lekarskiemu uprawnień wynikających z art. 17 Konstytucji RP i ograniczaniu jego roli w demokratycznym państwie prawa.

Podstawą demokracji jest samorządność zarówno terytorialna, jak i zawodowa. Samorząd zawodowy lekarzy i lekarzy dentystów musi więc stać na straży odpowiednio wysokiego poziomu świadczeń zdrowotnych dla pacjentów w Polsce.

SEKRETARZ
Mariusz Janikowski

PREZES
Maciej Hamankiewicz

STANOWISKO Nr 12/10/VI NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ z dnia 8 października 2010 r.

w sprawie projektu ustawy o zmianie ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty

Po zapoznaniu się z projektem ustawy o zmianie ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty nadesłanego przy piśmie Pana Marka Twardowskiego Podsekretarza Stanu w Ministerstwie Zdrowia, z dnia 3 września 2010 r., znak MZ-NSK-842-244226/MF/10, Naczelna Rada Lekarska przypominając przekazane wcześniej do Ministerstwa Zdrowia:

- a) uchwałę NRL Nr 5/09/V z dnia 13.02.2009 r. w sprawie przyjęcia projektu ustawy o zmianie ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty w części dotyczącej doskonalenia zawodowego,*
- b) stanowisko NRL Nr 6/08/V z 4.08.2008 r. w sprawie zapowiedzi zniesienia stażu podyplomowych lekarzy i lekarzy dentysty,*
- c) stanowisko NRL Nr 10/07/V z dnia 22.06.2007 r. w sprawie ustawicznego rozwoju zawodowego lekarzy i lekarzy dentystów,*

biorąc pod uwagę stanowiska środowiska lekarskiego, a w szczególności:

- a) stanowisko Konferencji Prezesów Towarzystw Lekarskich z dnia 28 czerwca 2010 r. w sprawie stażu podyplomowego lekarzy i lekarzy dentystów;
- b) stanowiska senatów wielu uczelni medycznych;
- c) stanowiska organizacji młodych lekarzy,

a także mając na względzie podstawowe zadanie samorządu lekarskiego, którym jest sprawowanie pieczy nad należyty i sumienny wykonywaniem zawodu lekarza, co uwarunkowane jest przede wszystkim dobrą jakością kształcenia przed i podyplomowego, stwierdza że:

- 1) Należy zachować instytucję stażu podyplomowego jako niezbędne uzupełnienie wiedzy i umiejętności praktycznych uzyskanych w trakcie studiów. Staż podyplomowy lekarza i staż podyplomowy lekarza dentysty obowiązują polskich lekarzy dentystów od 1927 r., a polskich lekarzy od 1932 r. W większości rozwiniętych krajów UE staż jest podstawą przygotowania absolwentów studiów lekarskich i stomatologicznych do wykonywania zawodu i do pracy z pacjentami, która wymaga zarówno wiedzy, jak i praktycznych umiejętności, nabywanych właśnie w czasie stażu.
- 2) Należy zachować Lekarski Egzamin Państwowy i Lekarsko-Dentystyczny Egzamin Państwowy, które stanowią podstawę do potwierdzenia posiadania wiedzy wymaganej do wykonywania zawodu oraz do oceny kandydatów do rozpoczęcia kształcenia specjalizacyjnego. Są one także dobrą formą oceny wiedzy i umiejętności lekarzy i lekarzy dentystów cudzoziemców spoza UE, którzy ubiegają się o prawo wykonywania zawodu

w Polsce.

- 3) Faktyczne skrócenie studiów, zarówno na kierunku lekarskim, jak też lekarsko-dentystycznym budzi obawy, czy obecny, bardzo obszerny program studiów medycznych, którego rozszerzenia stale domagają się przedstawiciele wielu dziedzin medycyny, może być zrealizowany w tak krótkim czasie. Skracanie studiów w zakresie nauczania teoretycznego na pewno wywrze wpływ na kwalifikacje absolwentów, a także może spowodować podważenie zgodności kształcenia przeddyplomowego w polskich uczelniach medycznych z przepisami Dyrektywy 2005/36/WE i pozbawić polskich lekarzy i lekarzy dentystów prawa do uznania dyplomu w krajach Unii Europejskiej. Może to także przyczynić się do pogorszenia jakości przygotowania absolwentów do podejmowania w przyszłości pracy o charakterze naukowym i dydaktycznym, co jest warunkiem utrzymania polskiej medycyny na wysokim poziomie oraz stanowi zagrożenie dla bezpieczeństwa zdrowotnego obywateli.
- 4) Niewłaściwe jest dodanie do czynności uznanych za wykonywanie zawodu lekarza i lekarza dentysty pełnienie funkcji administracyjnej, jaką jest kierowanie zakładem opieki zdrowotnej. Wykonywanie zawodu lekarza polega przede wszystkim na udzielaniu świadczeń zdrowotnych. Wiedza i umiejętności niezbędne do wykonywania zawodu lekarza i lekarza dentysty, w przypadku nieudzielania świadczeń przez dłuższy czas, dezaktualizują się.
- 5) Na poparcie zasługuje wprowadzenie modułowej konstrukcji szkolenia specjalizacyjnego, projekt powinien jednak uwzględnić kompleksowe rozwiązania proponowane przez Naczelną Radę Lekarską w uchwale Nr 5/09/V z dnia 13.02.2009 r. w sprawie przyjęcia projektu ustawy o zmianie ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty w części dotyczącej doskonalenia zawodowego.
- 6) Proponowana nowelizacja pomija istotne zagadnienie jakim jest uzyskiwanie umiejętności z zakresu węższych dziedzin medycyny lub udzielania określonych świadczeń zdrowotnych.
- 7) Samorząd lekarski, wzorując się na rozwiązaniach w wielu krajach UE, wielokrotnie deklarował i nadal deklaruje chęć przejęcia zadań organizacyjnych w zakresie kształcenia podyplomowego lekarzy i lekarzy dentystów m.in. w zakresie organizacji szkolenia specjalizacyjnego, prowadzenia rejestru lekarzy i lekarzy dentystów odbywających specjalizację oraz przeprowadzania akredytacji podmiotów prowadzących kształcenie podyplomowe lekarzy i lekarzy dentystów. Projekt w najmniejszym stopniu nie wychodzi naprzeciw tym oczekiwaniom, co należy ocenić negatywnie.
- 8) Projekt nie zwiera regulacji dotyczących istotnych elementów finansowania proponowanych zmian.
- 9) Należy rozważyć możliwość przywrócenia tradycyjnego, funkcjonującego przed II wojną światową tytułu zawodowego „doktor” dla osób wykonujących obecnie zawód lekarza. Tytuł ten jest stosowany wobec osób, które ukończyły studia medyczne i wykonują zawód lekarza w większości krajów Unii Europejskiej. Wprowadzenie tytułu zawodowego „doktor” w polskim porządku prawnym i co za tym idzie notyfikowanie stosownych zmian Komisji Europejskiej, wpłynie na podwyższenie prestiżu naszej grupy zawodowej na arenie międzynarodowej, bowiem tytuł ten, w przeciwieństwie do tytułu lekarza, w większości krajów świata jednoznacznie kojarzy się z praktykowaniem medycyny. Szczegółowe uwagi do przedstawionego projektu ustawy są zawarte w załączniku nr 1 do niniejszego stanowiska.

SEKRETARZ
Mariusz Janikowski

PREZES
Maciej Hamankiewicz

* - stanowiska w załączniku nr 2

Załączniki do Stanowiska NRL Nr 12/10/VI z dnia 8 października 2010 r. - www.nil.org.pl

STANOWISKO Nr 13/10/VI NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ z dnia 8 października 2010 r.

w sprawie projektu ustawy o zmianie ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta

Naczelna Rada Lekarska, po zapoznaniu się z projektem ustawy o zmianie ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, nadesłanym przy piśmie podsekretarza Stanu Ministerstwa Zdrowia z dnia 2 września 2010 r., znak MZ-PR-WL-0214-24280-2/KBR, AB/10 z zadowoleniem przyjmuje fakt próby zrealizowania postulatu VII Nadzwyczajnej

nego Krajowego Zjazdu Lekarzy. Naczelna Rada Lekarska stwierdza jednak, że przesłany projekt będąc dalekim od realizacji słusznej idei, grozi kompromitacją całego rozwiązania, a w konsekwencji może spowodować narastanie konfliktów i doprowadzić do odrzucenia bardzo potrzebnego sposobu rekompensacji szkód związanych z leczeniem.

Projektodawca nie bierze pod uwagę wieloletnich doświadczeń państw, które wprowadziły pozasądowy system kompensacji szkód wyrządzonych przez niepożądane zdarzenia medyczne. Przyjęte w projekcie rozwiązanie wymaga powołania publicznego funduszu, z którego finansowane byłoby odszkodowania.

Naczelna Rada Lekarska uważa, że niewłaściwa jest przyjęta w projekcie jako podstawa odszkodowania konstrukcja „błędu medycznego”, wymagająca wykazania błędu, a zatem pośrednio udowodnienia winy osoby fizycznej za błąd odpowiedzialnej. W ten sposób, postulowana i oczekiwana pozasądowa droga uzyskania odszkodowania bez konieczności dowodzenia winy przenosi tylko procedurę dowodzenia winy poza sąd i oddaje ją w ręce innego, nieprzygotowanego do prowadzenia tego rodzaju postępowań, ciała. Orzeczenie o popełnieniu błędu medycznego wiązałoby się nieodparcie ze stwierdzeniem, iż działanie konkretnej osoby wykonującej zawód medyczny było nieprawidłowe. Powyższe może mieć konsekwencje dla osoby wykonującej zawód medyczny, która nie ma możliwości wzięcia udziału w sprawie przed komisją wojewódzką jeżeli nie zostanie wezwana przez komisję do złożenia wyjaśnień. Projekt nie określa w żaden sposób, jak orzeczenie komisji o szkodzie może wpływać na postępowania w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej i przed sądami powszechnymi. Zawarte w uzasadnieniu projektu stwierdzenie, iż komisja nie będzie badać adekwatnego związku przyczynowego jest w sprzeczności z projektem, który nakazuje komisji powołać np. postawienie niewłaściwej diagnozy z opóźnieniem właściwego leczenia przyczyniając się do rozwoju choroby. Tym samym komisja musi badać adekwatność związku przyczynowego pomiędzy zaistniałą szkodą a ewentualnymi nieprawidłowościami w postępowaniu terapeutycznym, leczniczym lub rehabilitacyjnym. Projekt nie reguluje ponadto relacji pomiędzy szpitalem a lekarzem wykonującym w nim zawód na podstawie umowy innej, niż umowa o pracę. Tymczasem ustalenie przez komisję, że osoba wykonująca zawód medyczny popełniła błąd medyczny otwierałaby szpitalowi drogę do roszczeń regresowych w stosunku do tej osoby mimo, że nie miała ona możliwości uczestniczenia w postępowaniu przed komisją. Takie rozwiązanie może prowadzić do naruszenia konstytucyjnej zasady prawa obywateli do rozpoznania sprawy przez niezależny, bezstronny i niezawisły sąd. Wprowadzona przepisem art. 671 projektu możliwość wniesienia skargi na niezgodność z prawem orzeczenia wojewódzkiej komisji nie realizuje konstytucyjnego prawa do sądu tym bardziej, że w sprawie niezgodności z prawem orzeczenia komisji mają decydować nie sędziowie, lecz osoby wykonujące zawody medyczne, adwokaci, radcowie prawni lub inne osoby wskazane przez ministra właściwego do spraw zdrowia i Rzecznika Praw Pacjentów.

Ponadto, Naczelna Rada Lekarska stoi na stanowisku, iż ocena stopnia szkody, która wystąpiła na skutek niepożądanego działania medycznego powinna być dokonywana przez komisję lekarską.

Wątpliwości budzi powołanie wojewódzkich komisji w jednakowej liczbie członków w całym kraju. Występowanie niepożądanych zdarzeń medycznych związane jest nie tylko z rozmieszczeniem populacji, ale również z rozmieszczeniem szpitali, w tym w szczególności dużych ośrodków klinicznych. Przyjęcie przez projektodawcę, iż obciążenie liczbą wpływających do komisji wojewódzkich spraw będzie w skali kraju porównywalne jest bezpodstawne. Użyte w uzasadnieniu do projektu ustawy dane liczbowe obrazujące możliwą liczbę spraw, jakie rozpatrzyć musiałyby wojewódzkie komisje pozostaje bez żadnego związku z proponowaną strukturą komisji, czyniąc wykonanie tak ogromnej pracy niewykonalnym.

Uzasadnienie projektu pomija wpływ projektowanej regulacji na rynek ubezpieczeń w zakresie działalności medycznej oraz nie wskazuje jaki wpływ na wysokość kosztów funkcjonowania szpitali – w zakresie ubezpieczania ich działalności medycznej – będzie miała projektowana regulacja, która w zamierzeniu ma ułatwić pacjentom dochodzenie odszkodowań, czyli de facto zwiększyć liczbę wypłacanych przez ubezpieczycieli odszkodowań, co w konsekwencji doprowadzi do zmniejszenia środków przeznaczonych na leczenie pacjentów.

W związku z nieznaną liczbą możliwych postępowań przed wojewódzkimi komisjami konieczne jest poddanie procesu ustalania taryf składek ubezpieczeniowych za ubezpieczenie odpowiedzialności cywilnej lekarzy i lekarzy dentystów niezbędnej kontroli administracyjnej – takiej, jaka ma zastosowanie w odniesieniu do ubezpieczeń wskazanych w art. 8 ustawy z dnia 22 maja 2003 r. o ubezpieczeniach obowiązkowych, Ubezpieczeniowym Funduszu Gwarancyjnym i Polskim Biurze Ubezpieczycieli Komunikacyjnych.

Naczelna Rada Lekarska postuluje, aby przyjęć, iż przedmiotem projektowanej regulacji powinny być „skutki medycznych zdarzeń niepożądanych” zachodzących w związku z udzielaniem świadczeń medycznych w każdych okolicznościach, a nie „błędy medyczne”. Przyjęcie takiej terminologii pozwoli na realizację zakładanych przez projektodawcę celów bez wskazanych powyżej komplikacji.

SEKRETARZ
Mariusz Janikowski

PREZES
Maciej Hamankiewicz

STANOWISKO Nr 14/10/VI NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ z dnia 8 października 2010 r.

w sprawie projektu ustawy o działalności leczniczej

Po zapoznaniu się z projektem ustawy o działalności leczniczej, nadesłanym przy piśmie Pana Jakuba Szulca, Sekretarza Stanu w Ministerstwie Zdrowia, z dnia 8 września 2010 r., Naczelna Rada Lekarska stwierdza, że:

1. Próba kompleksowej regulacji licznych zagadnień związanych z udzielaniem świadczeń zdrowotnych jest celowa, ale jednocześnie niezwykle złożona i trudna. Konsultacje projektu ustawy powinny być poprzedzone szeroką debatą nad założeniami leżącymi u podstaw takiej propozycji. Bez szerokich i długotrwałych konsultacji, których w fazie przygotowania projektu ustawy nie było, jego pierwsza wersja musi zawierać liczne dyskusyjne propozycje wymagające dalszych konsultacji i pracy. Czas, który Naczelna Rada Lekarska oraz inne pytane podmioty miały na wydanie opinii o tak ważnym i obszernym akcie prawnym był bardzo krótki, ale już w tej chwili można wskazać szereg problemów, które zdaniem Naczelnej Rady Lekarskiej wymagałyby odmiennie niż zaproponowane rozwiązania.

2. Należy doprecyzować i skorelować z innymi obowiązującymi aktami prawnymi proponowane w projekcie definicje (np. świadczenia zdrowotnego, praktyki zawodowej, poszczególnych rodzajów świadczeń i rodzajów udzielających ich podmiotów) oraz zrezygnować z umieszczania w tej ustawie kwestii dobrze uregulowanych w innych aktach prawnych, jak na przykład przepisy dotyczące wykonywania zawodów lekarza, lekarza dentysty, pielęgniarki i położnej, które powinny pozostać w ustawach o wykonywaniu tych zawodów.

3. Pozytywnie należy ocenić zawarte w projekcie propozycje:

- zmierzające do zrównania sytuacji lekarzy wykonujących zawód w praktykach lekarskich i wszystkich typach zakładów opieki zdrowotnej,
- zniesienie obowiązku, o którym mowa obecnie w art. 35 ust. 6 ustawy o zakładach opieki zdrowotnej, stanowiącego kolejną podstawę ustawową do objęcia obowiązkiem ubezpieczenia OC, choć pożądanym by było, aby wykonywanie zawodu lekarza i lekarza dentysty objęte było tylko jednym obowiązkiem ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej,
- zniesienia ograniczenia wypływającego obecnie z brzmienia art. 38 ust. 5 ustawy o zakładach opieki zdrowotnej.

4. Naczelna Rada Lekarska stanowczo sprzeciwia się przekazaniu wojewodom zadania prowadzenia rejestru praktyk lekarskich oraz nadzoru nad nimi. Jest to jedno z podstawowych zadań samorządu, stanowiące wypełnienie jego konstytucyjnej roli. Pozbawienie samorządu lekarskiego możliwości tak rejestracji jak i kontroli nad praktykami lekarskim może być potraktowane jako naruszenie art. 17 Konstytucji poprzez uniemożliwienie realizacji obowiązku dbania o należyte wykonywanie zawodu lekarza. Doświadczenie i sprawne działanie okręgowych izb lekarskich w tym zakresie nie powinno być odrzucane, a związane z tworzeniem nowych rejestrów trudności i wydatki nie znajdują racjonalnego uzasadnienia.

5. Naczelna Rada Lekarska wyraża zaniepokojenie widocznym w projekcie ustawy uznaniem działalności leczniczej za jeden z rodzajów działalności gospodarczej, poddanych zwykłemu prawom wolnego rynku. Należy podkreślić, że żadna ustawa nie może zdyktować z organów władzy publicznej konstytucyjnego obowiązku zapewnienia jak najlepszej ochrony zdrowia dla obywateli.

Negatywnie należy ocenić dążenie do jak najszerzej „prywatyzacji” jednostek ochrony zdrowia. Zamierzenie to nie cieszy się poparciem społeczeństwa czyli pacjentów, a ponadto jest sprzeczne z trendami światowymi w ochronie zdrowia. Należy mieć na uwadze, że poddanie systemu ochrony zdrowia bezwzględnyemu regułom rynku może zagrozić dostępności świadczeń zdrowotnych na terytorium Polski.

Pozostałe, szczegółowe uwagi do przedmiotowego projektu ustawy zostały przedstawione w załączniku do niniejszego stanowiska.

Naczelna Rada Lekarska deklaruje gotowość dyskusji i współpracy nad problemami objętymi projektowaną regulacją, z uwzględnieniem uchwał i stanowisk organów samorządu zawodowego lekarzy i lekarzy dentystów.

SEKRETARZ
Mariusz Janikowski

PREZES
Maciej Hamankiewicz

Załącznik do Stanowiska NRL Nr 14/10/VI z dnia 8 października 2010 r. - www.nil.org.pl

STANOWISKO Nr 15/10/VI NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ z dnia 8 października 2010 r.

w sprawie projektu ustawy o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych

Naczelna Rada Lekarska, po zapoznaniu się z projektem ustawy o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych, nadesłanym przy piśmie Ministra Zdrowia z dnia 9 września 2010 r., znak: MZ-PLO-462-10218-13/MZ/10, pozytywnie opiniuje zaproponowany w przedmiotowym projekcie ustawy kierunek zmian dotyczących przekształcenia systemu refundacyjnego. Jednocześnie Naczelna Rada Lekarska nie znajduje uzasadnienia dla przepisu art. 34 projektu, który nakłada obowiązek zawarcia umowy z Narodowym Funduszem Zdrowia na wystawianie recept na refundowane leki, środki spożywcze specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyroby medyczne przez lekarzy i lekarzy dentystów, którzy są zatrudnieni w zakładzie opieki zdrowotnej, mającym zawartą taką umowę. Ponadto projekt nie gwarantuje finansowania innowacyjnych technologii medycznych.

SEKRETARZ
Mariusz Janikowski

PREZES
Maciej Hamankiewicz

UWAGA UWAGA UWAGA

Upierzejmie informujemy, że ogłoszenia do „Gazety Lekarskiej” przyjmujemy pod numerami telefonów:

(22) 232 05 68, (22) 232 18 01

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

Cennik ogłoszeniowy: • Konkurs na ordynatora 1650,00 zł + VAT (22%)
• Zatrudnię lekarza, drobne: 9,00 zł za słowo + VAT (22%) •

Konto Nr IBAN: PL 39188000090000001100128110

Wpłaty dokonane na inne konto niż podane nie będą uwzględniane.

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

mateusz.gajda@axelspringer.pl
malgorzata.galazka@axelspringer.pl

KONKURSY NA ORPDYNATORÓW

**Dyrektor Centrum
Psychiatrii w Katowicach,
w porozumieniu ze Śląską
Izbą lekarską w Katowicach
ogłasza konkurs na stanowiska
ordynatorów:**

- » Oddziału Psychiatrycznego I,
- » Oddziału Psychiatrycznego II,
- » Oddziału Psychiatrycznego III,
- » Oddziału Psychiatrycznego IV,
- » Oddziału Dziennego Psychiatrycznego I.

Wymagane kwalifikacje zgodne z rozp. MZIOS z 7 lipca 1995 r. (Dz. U. Nr 84, poz. 425). Kandydaci zgłaszający się do konkursu winni złożyć dokumenty określone w rozp. MZIOS z 19 sierpnia 1998 r. (Dz. U. Nr 115, poz. 749 z późn. zm.). Oferty z dokumentami prosimy składać w terminie 30 dni od daty ukazania się ogłoszenia pod adresem: **Centrum Psychiatrii w Katowicach, ul. Korczaka 27, 40-340 Katowice**, z adnotacją na kopercie „Konkurs na stanowisko ordynatora oddziału „, i adresem nadawcy. O terminie konkursu powiadomimy indywidualnie.

Dyrektor Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego w Legnicy w porozumieniu z Dolnośląską Izbą Lekarską we Wrocławiu ponownie ogłasza konkurs na stanowisko ordynatora:

- » Oddziału Dermatologicznego,
- » Oddziału Neurochirurgicznego,
- » Oddziału Pulmonologii,
- » Oddziału Rehabilitacyjnego.

Kandydaci zgłaszający się do konkursu proszeni są o składanie dokumentów określonych w § 14 ust.1 rozporządzenia MZIOS z 19.08.1998r. w sprawie szczegółowych zasad przeprowadzania konkursu na niektóre stanowiska kierownicze w publicznych zakładach opieki zdrowotnej, składu komisji konkursowej oraz ramowego regulaminu przeprowadzania konkursu (Dz.U. z 1998r. nr 115 poz.749 ze zm.). Wymaga one kwalifikacje zgodnie z rozporządzeniem

MZiOs z 29.03.1999r. w sprawie kwalifikacji wymaganych od pracowników na poszczególne stanowiskach pracy w publicznych zakładach opieki zdrowotnej (Dz.U. nr 30 poz.300). Oferty prosimy składać w terminie 30 dni od daty określonej w „Gazecie Lekarskiej” pod adresem: **Wojewódzki Szpital Specjalistyczny, ul. Iwaskiewicza 5, 59-220 Legnica**, 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 zapewniaamy.

Dyrektor Okręgowego Szpitala Kolejowego Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej w Lublinie w porozumieniu z Okręgową Izbą Lekarską w Lublinie, ogłasza konkurs na stanowisko

- » **Ordynatora Szpitalnego Oddziału Ratunkowego.**

Kandydaci przystępujący do konkursu powinni spełniać warunki określone w rozporządzeniu MZiOs z dn. 29.03.1999 r. (Dz.U.Nr.30, poz. 300). Kandydaci na w/w stanowisko prośzeni są o składanie dokumentów określonych w rozporządzeniu MZiOs z dn.19.08.1998 r. (Dz.U.Nr 115, poz. 749 § 11, ze zmianami w Dz.U.Nr 45 z 2000 r., poz.530). Do w/w dokumentów należy dołączyć oświadczenie o niekaralności, w tym za przewinienia zawodowe oraz „Ankiętę o przebiegu pracy zawodowej „ którą można otrzymać w Dziale Kadr Szpitala lub siedzibie Izby Lekarskiej. Dokumenty należy składać w terminie 30 dni od daty ukazania się ogłoszenia o konkursie się „ Gazecie Lekarskiej”, pod adresem:

Okręgowy Szpital Kolejowy Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Lublinie, 20-468 Lublin. ul. Kruczkowskiego 21, z dopiskiem na kopercie „ Konkurs na stanowisko Ordynatora

Szpitalnego Oddziału Ratunkowego". Przewidywany termin rozpatrywania kandydatur do 60 dni po upływie terminu składania ofert. O terminie i miejscu przeprowadzenia konkursu kandydaci zostaną powiadomieni indywidualnie. Prosimy o podanie adresu zwrotnego.

**Dyrektor Samodzielnego
Publicznego Szpitala
Wojewódzkiego im. Papieża
Jana Pawła II, ul. Aleje Jana
Pawła II 10, 22-400 Zamość,
ogłasza konkurs na stanowisko**

- » **Ordynatora Oddziału Rehabilitacji z Pododdziałem Rehabilitacji Kardiologicznej.**

Kandydaci zgłaszający się do konkursu powinni posiadać kwalifikacje określone w § 10 rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 17 maja 2000 r. w sprawie wymagań, jakim powinny odpowiadać osoby na stanowiskach kierowniczych w zakładach opieki zdrowotnej określonego rodzaju (Dz.U. Nr 44, poz. 520), złożyć dokumenty określone w § 11, ust 1 rozporządzenia Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 19 sierpnia 1998 r. w sprawie szczegółowych zasad przeprowadzania konkursu na niektóre stanowiska kierownicze w publicznych zakładach opieki zdrowotnej, składu komisji konkursowej oraz ramowego regulaminu przeprowadzania konkursu (Dz.U. Nr115, poz. 749 z późn.zm.). Przebieg pracy zawodowej kandydaci przedstawiają na ankiecie według wzoru ustalonego przez Lubelską Izbę Lekarską w Lublinie, dostępnej w SP Szpitalu Wojewódzkim im. Papieża Jana Pawła II w Zamościu lub w Lubelskiej Izbie Lekarskiej w Lublinie, ul. Chmielna 4). Jedną z opinii o kwalifikacjach zawodowych kandydata powinna być wystawiona przez Konsultanta Wojewódzkiego. Za dokumenty potwierdzające kwalifikacje zawodowe kandydata uważa się oryginały dokumentów lub uwierzytelnione ich kopie. Oferty wraz z wymaganymi dokumentami, należy składać w zamkniętej kopercie z napisem „Konkurs – Ordynator Oddziału Rehabilitacji z Pododdziałem Rehabilitacji Kardiologicznej”, w terminie 30 dni od daty opublikowania ogłoszenia w „Gazecie Lekarskiej” na adres: Samodzielny Publiczny Szpital Wojewódzki im. Papieża Jana Pawła II, ul. Aleje Jana Pawła II 10, 22-400 Zamość. Na kopercie kandydat umieszcza swoje imię i nazwisko oraz adres do korespondencji. Przewidywany termin rozpatrzenia zgłoszonych kandydatur – 60 dni od terminu ukazania się ogłoszenia w prasie. O miejscu i terminie przeprowadzenia konkursu, kandydaci zostaną powiadomieni pisemnie.

**Dyrektor Samodzielnego
Publicznego Zakładu Opieki
Zdrowotnej w Obornikach
ogłasza konkurs na stanowiska:**

- » **Ordynatora Oddziału
Pediatricznego,**
- » **Ordynatora Oddziału Anestezjologii
i Intensywnej Terapii,**
- » **Ordynatora Oddziału
Ginekologiczno-Położniczego.**

Kandydaci przystępujący do konkursu powinni posiadać kwalifikacje określone w rozp. MZiOS z 29.03.1999r. (Dz. U. Nr 30, poz. 300). Oferty wraz z dokumentami

określonymi w rozp. MZiOS z 19.08.1998r. (Dz. U. Nr 115, poz. 749 z póź. zm.), należy składać w terminie 30 dni od daty ukazania się ogłoszenia, na adres: **Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej, ul. Szpitalna 2, 64-600 Oborniki** z adnotacją na kopercie „Konkurs na stanowisko ordynatora Oddziału”. Konkurs zostanie rozstrzygnięty w ciągu 60 dni od daty zakończenia składania ofert. Z kandydatem wyłonionym w drodze konkursu Dyrektor SP ZOZ Oborniki zawrze umowę o pracę, dopiero po rozwiązaniu przez wybraną osobę dotychczasowego stosunku pracy. O terminie i miejscu przeprowadzenia konkursu kandydaci, zostaną powiadomieni indywidualnie.

**Dyrekcja Samodzielnego
Publicznego Zespołu Zakładów
Opieki Zdrowotnej w
Sandomierzu ogłasza
konkurs na stanowisko:**

- » **Ordynatora Oddziału Pediatrii z Pododdziałem Kardiologii Dziecięcej,**
- » **Ordynatora Oddziału Kardiologii,**
- » **Ordynatora Oddziału Chorób Wewnętrznych.**

Kandydaci zgłaszający się do konkursu powinni posiadać kwalifikacje określone w Rozp. MZ i OS z 29.03.1999r. (Dz. U. Nr 30 poz. 300) tj.: wykształcenie wyższe medyczne i specjalizację II stopnia w danej dziedzinie oraz 8-letni staż pracy w zawodzie. Kandydaci proszeni są o złożenie dokumentów określonych w Rozp. MZ i OS z 19.08.1998r. w sprawie szczegółowych zasad przeprowadzania konkursu na niektórych stanowiska kierownicze w publicznych zakładach opieki zdrowotnej, składu komisji konkursowej oraz ramowego regulaminu przeprowadzania konkursu (Dz. U. Nr 115 poz. 749 z późn. zm.). Oferty wraz z dokumentami należy składać w terminie 30 dni od daty ukazania się ogłoszenia, na adresem: **Samodzielny Publiczny Zespół Zakładów Opieki Zdrowotnej, 27-600 Sandomierz, ul. Schinza 13**, z adnotacją „konkurs na stanowisko ordynatora*.”. O terminie przeprowadzenia konkursu kandydaci zostaną poinformowani indywidualnie. Należy wpisać nazwę konkursu, na który kandydat składa dokumenty.

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

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

Samodzielnego Szpitala Wojewódzkiego im. Mikołaja Kopernika w Piotrkowie Tryb. Kandydaci spełniający wymagania kwalifikacyjne określone w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z 29.03.1999 r. (Dz.U. Nr 30, poz. 300) proszeni są o złożenie dokumentów określonych w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z 19.08.1998 r. (Dz.U. Nr 115, poz. 749 z późniejszymi zmianami) w terminie 30 dni od daty ukazania się ogłoszenia. Oferty należy kierować pod adres: Samodzielny Szpital Wojewódzki im. Mikołaja Kopernika, ul. Ra-

kowska 15, 97-300 Piotrków Trybunalski, z dopiskiem na kopercie „Konkurs na stanowisko...”. Oferty zostaną rozpatrzone w ciągu 60 dni od daty zakończenia składania dokumentów konkursowych. O terminie przeprowadzenia konkursu kandydaci zostaną poinformowani indywidualnie.

Dyrekcja Szpitala Specjalistycznego im. Sz. Starkiewicza w Dąbrowie Górniczej w porozumieniu ze Śląską Izbą Lekarską w Katowicach,

na podstawie rozporządzenia Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 19 sierpnia 1998r. w sprawie szczegółowych zasad przeprowadzania konkursu na niektóre stanowiska kierownicze w publicznych zakładach opieki zdrowotnej, składu komisji konkursowej oraz ramowego regulaminu przeprowadzania konkursu (Dz. U. z 1998r., Nr 115, poz. 749 z późn. zm.) ogłasza konkurs na stanowisko:

» Ordynatora Oddziału Kardiologicznego.

Do konkursu może przystąpić osoba, która spełnia wymogi kwalifikacyjne określone w rozporządzeniu MZIOS z dnia 29.03.1999r. w sprawie kwalifikacji wymaganych od pracowników na poszczególnych rodzajach stanowisk pracy w publicznych zakładach opieki zdrowotnej / Dz. U. z 1999r., Nr 30, poz. 300 /. Zgłoszenie kandydatów przystępujących do konkursu powinno zawierać: podanie o przyjęcie na stanowisko objęte konkursem, dokumenty stwierdzające kwalifikacje zawodowe wymagane do zajmowania danego stanowiska, w tym: zaświadczenie o prawie wykonywania zawodu, opisany przez kandydata przebieg pracy zawodowej, świadectwo pracy z okresu ostatnich 3 lat, w razie gdy stosunek pracy został rozwiązany lub wygasł, co najmniej dwie opinie świadczące o kwalifikacjach zawodowych kandydata, inne dokumenty, w szczególności potwierdzające dorobek i kwalifikacje zawodowe kandydata. Kandydaci składają zgłoszenia do Dyrektora Szpitala Specjalistycznego im. Sz. Starkiewicza w Dąbrowie Górniczej w terminie 30 dni od daty opublikowania ogłoszenia pod adresem: **Szpital Specjalistyczny im. Sz. Starkiewicza, ul. Szpitalna 13, 41-300 Dąbrowa Górnicza**, z adnotacją na kopercie: „Konkurs na stanowisko Ordynatora Oddziału Kardiologicznego” wraz z imieniem, nazwiskiem oraz adresem kandydata do korespondencji. O terminie i miejscu rozpatrzenia zgłoszonych kandydatur, kandydaci zostaną powiadomieni indywidualnie.

Dyrektor Szpitala Wolskiego im. dr Anny Gostyńskiej Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej w Warszawie w porozumieniu z Okręgową Izbą Lekarską w Warszawie ogłasza konkurs na stanowisko:

- » Ordynatora: I Oddział Chorób Wewnętrznych z Pododdziałem Endokrynologicznym,**
» II Oddział Chorób Wewnętrznych z Pododdziałem Diabetologicznym,
» Oddział Anestezjologii i Intensywnej Terapii.

Kandydaci zgłaszający się do konkursu powinni posiadać: kwalifikacje zgodnie z rozporządzeniem MZIOS z dnia 29.03.1999 r. w sprawie kwalifikacji wymaganych od pracowników na poszczególnych stanowiskach pracy w publicznych zakładach opieki zdrowotnej (Dz. U. Nr 30 poz. 300) oraz rozporządzeniem MZ z dnia 17.05.2000 r. w sprawie wymagań jakim powinny odpowiadać osoby na stanowiskach kierowniczych w zakładach opieki zdrowotnej (Dz. U. Nr 44 poz. 520 z późn. zm.), tj. tytuł specjalisty lub specjalizację II stopnia w odpowiedniej dziedzinie medycyny; tj.: w przypadku Ordynatora I Oddziału Chorób Wewnętrznych z Pododdziałem Endokrynologicznym oraz Ordynatora II Oddziału Chorób Wewnętrznych z Pododdziałem Diabetologicznym – z chorób wewnętrznych; wskazane jest posiadanie specjalizacji szczegółowej; w przypadku Ordynatora Oddziału Anestezjologii i Intensywnej Terapii – z anestezjologii i intensywnej terapii; oraz minimum 8 lat pracy w zawodzie. Kandydaci proszeni są o złożenie dokumentów określonych rozporządzeniem MZIOS z dnia 19.08.1998 r. (Dz. U. Nr 115, poz. 749 z późn. zm. w Dz. U. z 2000 r. Nr 45, poz. 530), tj.: podanie, odpis dyplomu, przebieg pracy zawodowej, prawo wykonywania zawodu, zaświadczenie o posiadaniu specjalizacji, stopniach i tytułach naukowych, spis publikacji, 2 opinie o kwalifikacjach zawodowych oraz opinię z ostatnich 3 lat pracy lub świadectwo pracy zawodowej z okresu 3 lat (w razie gdy stosunek pracy ustał lub został rozwiązany) i oświadczenie o niekaralności, w tym za przewinienia zawodowe, oraz inne dokumenty w szczególności potwierdzające dorobek i kwalifikacje zawodowe kandydata. Dokumenty należy składać w kopercie podpisanej imieniem i nazwiskiem oraz adresem w terminie 30 dni od daty opublikowania niniejszego ogłoszenia w Gazecie Lekarskiej na adres: **Szpital Wolski im. dr Anny Gostyńskiej, Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej, ul. Kasprzaka 17, 01-211 Warszawa**. O terminie posiedzenia Komisji Konkursowej kandydaci zostaną powiadomieni indywidualnie.

Dyrektor Wojewódzkiego Samodzielnego Zespołu Publicznych Zakładów Opieki Zdrowotnej im. Profesora Eugeniusza Wilczkowskiego w Gostyninie ogłasza konkurs na stanowisko:

- » ORDYNATORA 1. ODDZIAŁU REHABILITACJI PSYCHIATRYCZNEJ;**
» 2. ODDZIAŁU PSYCHOGERIATRII;
» 3. ODDZIAŁU LECZENIA ALKOHOLOWYCH ZESPOŁÓW ABSTYNYENCYJNYCH.

Kandydaci spełniający wymogi kwalifikacyjne określone w rozporządzeniu MZIOS z dnia 29.03.1999 r. (Dz. U. Nr 30, poz. 300) proszeni są o złożenie dokumentów określonych w rozporządzeniu MZIOS z dnia 19.08.1998 r. (Dz. U. Nr 115, poz. 749 ze zm.) w terminie 30 dni od daty ukazania się ogłoszenia pod adresem: **Wojewódzki Samodzielny Zespół Publicznych Zakładów Opieki Zdrowotnej im. Profesora Eugeniusza Wilczkowskiego, 09-500 Gostynin, ul. Zalesie 1**, z adnotacją na kopercie „Nie otwierać – Konkurs na stanowisko Ordynatora Oddziału ...” Kopertę z ofertą

należy oznaczyć imieniem i nazwiskiem oraz adresem korespondencyjnym. Przewidywany termin rozpatrzenia zgłoszonych kandydatur – IV kwartał 2010 r. O terminie konkursu kandydaci zostaną powiadomieni indywidualnie. Mieszkania nie zapewniamy.

Dyrektor Wojewódzkiego Szpitala im. Św. Ojca Pio w Przemyślu w porozumieniu z Okręgową Radą Lekarską w Krakowie ogłasza ponownie KONKURS na stanowisko

» Ordynatora Oddziału Neonatologicznego z Pododdziałem Patologii Noworodka.

Kandydaci przystępujący do konkursu powinni złożyć dokumenty określone w §11 Rozporządzenia Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 19.08. 1998 r. (Dz.U. Nr 115 poz. 749 z późn. zm.) powinni posiadać kwalifikacje określone w Rozporządzeniu MZIOS z dnia 29.03.1999 r. (Dz.U. Nr 30 poz. 300). Dokumenty należy złożyć w ciągu 30 dni od daty ukazania się ogłoszenia w „Gazecie Lekarskiej” w kopercie zamkniętej i podaniem zwrotnego adresu z adnotacją: „Konkurs na stanowisko Ordynatora Oddziału Neonatologicznego z Pododdziałem Patologii Noworodka” na adres: **Wojewódzki Szpital im. Św. Ojca Pio w Przemyślu, 37-700 Przemyśl, ul. Monte Cassino 18**. O terminie przeprowadzenia konkursu kandydaci zostaną powiadomieni indywidualnie na piśmie. Postępowanie konkursowe może rozpocząć się nie wcześniej niż po upływie 14 dni od daty zakończenia składania ofert.

Dyrektor Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego im. Janusza Korczaka w Słupsku ul. Prof. Lotha Nr 26, w porozumieniu z OIL w Gdańsku, ogłasza konkurs na stanowisko

» Ordynatora Szpitalnego Oddziału Ratunkowego. Wymagane kwalifikacje: specjalizacja II stopnia z odpowiedniej dziedziny medycyny oraz co najmniej 8-letni staż pracy w zawodzie.

Kandydaci proszeni są o składanie dokumentów określonych w rozporządzeniu MZIOS z dnia 19 sierpnia 1998 r. (Dz.U. nr 115, poz.749 z późniejszymi zmianami) w terminie 30 dni od daty ukazania się ogłoszenia pod adresem: **Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. Janusza Korczaka w Słupsku ul. Prof. Lotha Nr 26, 76-200 Słupsk** z adnotacją na kopercie „Konkurs na stanowisko Ordynatora Szpitalnego Oddziału Ratunkowego”. Przewidywany jest jednogodzinny okres rozpatrzenia zgłoszeń. O terminie i miejscu przeprowadzenia konkursu kandydaci zostaną powiadomieni pisemnie.

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

» Ordynatora Oddziału Psychiatrycznego z Pododdziałem Uzależnień.

Kandydaci zgłaszający się do konkursu powinni posiadać, kwalifikacje określone w §10 Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 17 maja 2000r. w sprawie wymagań, jakim powinny odpowiadać osoby na stano-

wiskach kierowniczych w zakładach opieki zdrowotnej określonego rodzaju (Dz. U. Nr 44 poz. 520) oraz złożyć dokumenty określone w §11 ust. 1 Rozporządzenia Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 19 sierpnia 1998r. w sprawie szczegółowych zasad przeprowadzania konkursu na niektóre stanowiska kierownicze w publicznych zakładach opieki zdrowotnej, składu komisji konkursowej oraz ramowego regulaminu przeprowadzania konkursu (Dz. U. Nr 115 poz. 749 z późn. zm.) oraz ankietę opisującą przebieg pracy zawodowej kandydata – wzór dostępny w Lubelskiej Izbie Lekarskiej. Za dokumenty potwierdzające kwalifikacje zawodowe uważa się oryginały lub kopie uwierzytelnione. Oferty wraz z dokumentami należy składać w terminie 30 dni od daty opublikowania ogłoszenia na adres: **SPZZOZ w Janowie Lubelskim, 23-300 Janów Lubelski, ul. Jana Zamoyskiego 149**. Przewidywany termin rozpatrzenia kandydatur: nie później jak 60 dni od daty złożenia ofert. O miejscu i terminie przeprowadzenia konkursu kandydaci zostaną powiadomieni pisemnie.

Dyrektor Centrum Onkologii – Instytutu im. M. Skłodowskiej –Curie oddział w Krakowie, 31-115 Kraków, ul. Garmarska 11, tel. 12 423-10-31 ogłasza konkurs na stanowiska:

- » 1. KIEROWNIKA KLINIKI NOWOTWORÓW GŁOWY I SZYI,**
» 2. KIEROWNIKA KLINIKI NOWOTWORÓW PIERSI I KŁATKI PIERSIOWEJ w Centrum Onkologii Oddział w Krakowie, ul. Garmarska 11.

Od kandydatów wymagane są następujące kwalifikacje: tytuł naukowy profesora nauk medycznych nadany postanowieniem Prezydenta Rzeczypospolitej Polskiej, 2. specjalizacja w zakresie radioterapii onkologicznej, 3. prawo wykonywania zawodu lekarza, 4. doświadczenie w kierowaniu kliniką o profilu onkologicznym, 5. dorobek naukowy, 6. oświadczenie o niekaralności. Dokumenty kandydata powinny zawierać: podanie, opis przebiegu pracy zawodowej, komplet zaświadczeń potwierdzających posiadane kwalifikacje (kserokopie do weryfikacji). Oferty wraz z dokumentami należy składać w Sekretariacie Dyrektora na adres: **31-115 Kraków, ul. Garmarska 11** z zaznaczeniem, że chodzi o KONKURS, w ciągu 30 dni od daty opublikowania ogłoszenia. Przewidywany termin rozpatrzenia ofert wynosi do 3 tygodni od daty upływu terminu składania.

Dyrekcja Miejskiego Zespołu Opieki Zdrowotnej w porozumieniu ze Śląską Izbą Lekarską w Katowicach ogłasza konkurs na stanowisko:

» Ordynatora Oddziału Szpitalnego Rehabilitacji Narządu Ruchu MZ02 Łędziny.

Kandydaci posiadający kwalifikacje określone w rozporządzeniu MZIOS z dnia 29.03.1999r. (Dz. U. Nr 30, poz. 300) proszeni są o złożenie dokumentów wyszczególnionych w rozporządzeniu MZIOS z dnia 19.08.1998r. (Dz. U. Nr 115, poz.749) i rozporządzeniu MZIOS z dnia 30.05.2000r. (Dz.U. Nr 45, poz. 530) w terminie 30 dni od daty ukazania się ogo-

Druki Medyczne

www.pekamed.com.pl

SPRZEDAM

» **Sprzedam 3-letni rentgen punktowy Planmeca Intra wraz z wywoływarką półautomatyczną.**

USG Medison SA9900 2006.

» **Najnowsze oprogramowanie 3D/4D. 4sondy. Używany tylko 3godz/dz. C.75000PLN.** Tel:601366208.

Używany i powystawowy

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

Aparat ECHO SONOS 5500

» **z pełną opcją kardiologiczną (PW, CW, doppler tkankowy kolor i czarno-biały, THI) videoprinter, głowica s4, tanio.** 602 621 696.

Sprzedam działkę budowlaną

» **w Warszawie Aninie róg Nawigatorów i Odrodzenia o powierzchni 1966m.** Tel. 609477676.

Indywidualną praktykę

lekarza medycyny pracy

» **oraz budynek (300 m2) w którym znajduje się przychodnia (7 gabinetów lekarskich) oraz mieszkanie o pow. 100 m2 sprzedam.** Lokalizacja woj. Świętokrzyskie, Staszów kontakt tel 604247557.

Aparat USG TOSHIBA-XARIO, LCD,

demo, gwarancja, 601250433.

Aparat USG Siemens

Sonoline G40,

» **głowice convex i endowaginalna, kolor i power doppler, stan idealny.** Sprzedam. Tel. 604905024.

Pantomograf cyfrowy,

» **unity Fedessa - NOWE, NIEUŻYWANE - TANIO,** tel. 601-811-410.

Unit stomatologiczny sprzedam, tel. 505-44-16-0.

Używane aparaty RTG

» **- szeroki wybór - gwarancja, atesty, serwis,** tel. 0603-888-402.

WYNAJMĘ

CENTRUM CHIRURGII wynajmie salę operacyjną wtorki czwartki. Powiśle 22 407 33 07.

Wynajmę gabinet

» **ogólnolekarski w przychodni stomatologicznej.** Centrum miasta Jarosław (podkarpackie). Tel 607-572-720.

Do wynajęcia

» **dwa gabinety dentystyczne z pełnym wyposażeniem w centrum Myślenic.** Informacja: 510192731, po 18.00.

Gabinet stomatologiczny

3-stanowiskowy,

» **10 lat tradycji, 2 tys. kartotek pacjentów, lokal 80 m kw.,** budynek parterowy wolnostojący w ścisłym centrum Bielska-Białej sprzedam najchętniej energicznemu zespołowi stomatologów (2-6 osób), które pragną stworzyć klinikę z prawdziwego zdarzenia. Cena do negocjacji. Kontakt tel.600-918-000 i e-mail: tadeusz-macha@transmedium.pl

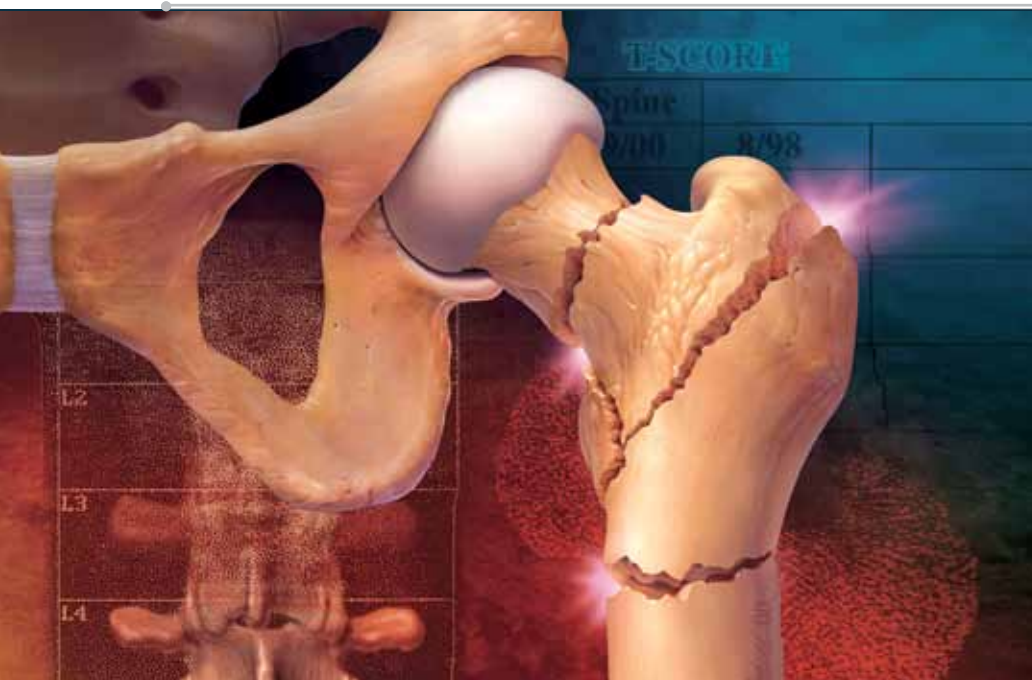
R

R

R

R

R



Osteoporoza przy okrągłym stole

* Osteoporoza dotyka 200 mln osób na świecie, w tym 3 mln Polek. *

LUCYNA KRYSIAK

Rzyko złamania kości udowej, kręgow i dalszego odcinka kości promiennej jest porównywalne do ryzyka choroby wieńcowej, które ocenia się na 40%. Po układzie krążenia i nowotworach, choroba ta jest na trzecim miejscu jeśli chodzi o śmiertelność. Z okazji przypadającego 20 października Światowego Dnia Osteoporozy w warszawskim Ratuszu przy Europejskim Okrągłym Stole Kobiet debatowano na temat rozpoznawania, leczenia i profilaktyki tej choroby.

Zdaniem uczestniczącej w konferencji Iwony Drozdowskiej, prezes Stowarzyszenia Zdrowej Kości STENKO, w Polsce wciąż jeszcze osteoporoza jest za późno wykrywana i źle leczona.

Powód: zbyt mała świadomość zagrożeń związanych z tą chorobą, niewystarczająca liczba densytometrów i słaba dostępność do tych aparatów. Szczególnie rzadko wykrywa się złamania kręgow. Ponieważ mogą wystąpić u osób w młodszym wieku niż złamania biodra czy nadgarstka, lekarze rzadko kojarzą je z osteoporozą. Tylko 30% przypadków złamań kręgosłupa diagnozuje się w związku z tą chorobą i, obok wykonywania pomiarów gęstości kości, przeprowadza się badanie radiologiczne. – „Źle zdiagnozowane i źle leczone złamania kręgow prowadzą do poważnej deformacji kręgosłupa i inwalidztwa” – ostrzega dr Ewa Biernat-Stanisławska, reumatolog, członek zarządu Polskiego Towarzystwa Reumatologicznego. Deformacjom tym towarzy-

szą bóle pleców uniemożliwiające normalne funkcjonowanie, utrata wzrostu, unieruchomienie, depresja, pogorszenie funkcjonowania płuc i układu trawiennego oraz przedwczesna śmierć.

Debatujący zwrócili także uwagę na obciążenia finansowe, jakie niesie za sobą leczenie osteoporozy, związane z hospitalizacją, rehabilitacją, opieką czy wycofaniem z aktywności życiowej i zawodowej. To także obciążenie dla kieszeni pacjentów, ponieważ leki podawane w osteoporozie są drogie i większość z nich nie podlega refundacji. Celem leczenia farmakologicznego osteoporozy jest zapobieganie złamaniom kości, a to wymaga terapii skojarzonej, czyli podawania kilku leków. Jednym z warunków skuteczności leczenia osteoporozy jest regularne ich przyjmowanie. Ze względu na koszty, możliwości leczenia farmakologicznego osteoporozy są więc w Polsce dość ograniczone.

Nowym kierunkiem leczenia farmakologicznego osteoporozy są próby zastosowania preparatów, które w sposób celowany wpływają na metabolizm kostny. Obecnie jest ocenianych kilka z nich. Niektóre z tych związków pośredniczą w działaniu leków stosowanych w osteoporozie. Jednym z efektów zastosowania ich w przyszłości może być zmniejszenie objawów ubocznych występujących podczas podawania stosowanych obecnie leków. Aktorka Beata Tyszkiewicz zaangażowana społecznie w promowanie zdrowego stylu życia radzi, aby więcej uwagi poświęcać aktywności fizycznej, diecie bogatej w wapń i edukacji społeczeństwa na temat czynników ryzyka tej choroby. – „Co trzecia kobieta po menopauzie ma osteoporozę. Choroba dotyczy szczególnie kobiet po 50 roku życia. Jej skutki często są bagatelizowane” – tłumaczy Beata Tyszkiewicz. Może warto więcej na ten temat rozmawiać wśród przyjaciół, w rodzinie i ze swoim lekarzem. Patricie McKenney, prezes Międzynarodowej Fundacji Osteoporozy (IOF), podsumowując debatę podkreśliła, że granica wieku cierpiących na osteoporozę przesunęła się w kierunku coraz młodszych kobiet i mężczyzn. Problem będzie więc narastał i należy poważnie zastanowić się, jak skuteczniej walczyć z tą chorobą, bo dotychczasowe wyniki nie są zadowalające. ●

R



UCZESTNICY ZLOTU NA RYNKU W PIOTRKOWIE TRYBUNALSKIM.

FOT.: GRZEGORZ MAZUR

Motory w Sulejowie

GRZEGORZ KRZYŻANOWSKI

W dn. 3-5 września odbył się w Sulejowie VI Ogólnopolski Zlot Motocyklowy Lekarzy Klubu DoctoRRiders przy OIL w Łodzi. Padł kolejny rekord: przybyło 200 lekarskich zaprzęgów motocyklowych wraz z rodzinami. W sumie ok. 300 osób. Od Szczecina po Rzeszów i od Olsztyna po Wrocław.

Największą atrakcją była wielogodzinną paradą.

Zaczelismy od spotkania z burmistrzem Sulejowa Stanisławem Baryłą i jego asystentką, by następnie opanować stary rynek w Piotrkowie, gdzie gościł nas prezydent tego starego grodu Krzysztof Chojniak. Cała starówka w motocyklach, a czas umilali nam zarząd klubu „DoctoRRiders”, pan prezydent Kostek Radziwiłł (oczywiście też na motocyklu), Grzegorz Mazur, instrukcji udzielał Włodek Kapiec i szef piotrkowskiego klubu motocyklowego „Quo Vadis” Tomasz Bubas. Kawalkada 200 motocykli ruszyła następnie w trasę: „gierkówką” na tamę zalewu sulejowskiego i przez ol-

brzymie, zachowane w całości bunkry w Konewce, do Spały i powrót do Sulejowa. Po drodze grochówka, parówka, buła i oranżada jak za peerelu. W sumie ok. 140 km.

Samochodami i motocyklami obstawiała nas policja z trzech powiatów: piotrkowskiego, tomaszowskiego i opoczyńskiego – wielkie brawa i wielkie dzięki.

Dodatkowo, a może przede wszystkim, czuwalni nad nami koledzy z motocyklowego klubu piotrkowskiego „Quo Vadis”. 20 motocyklistów związało się jak w ukropie, aby było bezpiecznie, sprawnie i przyjemnie. To duży wyczyn – wielkie uznanie. Im też zawdzięczamy obszerną dokumentację zdjęciową.

Kolejny zlot możemy uznać za bardzo udany dzięki wspaniałej pracy i wysiłkowi organizacyjnemu małżeństwa Joli i Włodka Kapców oraz oczywiście Eli, Uli i Ewie z biura OIL w Łodzi. Wszystkim składam serdeczne dzięki. Największe podziękowania oczywiście należą się nam – uczestnikom tego wspaniałego spotkania za

niewpowtarzalną atmosferę.

Do zobaczenia na kolejnym zlocie „DoctoRRiders”.

PS Zebraliśmy ok. 9000 zł na rehabilitację dla naszego kolegi „rajdersa” – brawo!

W MIELCU W DN.

18-19 GRUDNIA BR. ODBĘDĄ SIĘ

**XVI MISTRZOSTWA POLSKI
LEKARZY W HALOWEJ PIŁCE
NOŻNEJ MIELEC 2010**

WARUNKIEM UDZIAŁU W TURNIEJU JEST PRZESŁANIE WYPEŁNIONEGO FORMULARZA ZGŁOSZENIA, WPŁATA DO 26.11.BR.

1000 ZŁ (JEDEN TYSIĄC ZŁ) NA KONTO OIL W RZESZOWIE – NR KONTA:

60 12 40 47 51 11 11 00 00 55 12 14 15

BANK PKO SA, Z DOPISKIEM „TURNIEJ” ORAZ POTWIERDZENIE TEJ WPŁATY FAKSEM (NR 17-780-05-52) DO 30.11.BR. INFORMACJE NA TEMAT MISTRZOSTW, FORMULARZ ZGŁOSZENIA I REGULAMIN MISTRZOSTW NA STRONIE POGOTOWIA RATUNKOWEGO MIELEC: WWW.POGOTOWIE-MIELEC.PL.

INFORMACJI TELEFONICZNIE UDZIELAJĄ: INŻ. LESZEK KOŁACZ, DYREKTOR SZPITALA, 504-196-732; LEK. MED. ZBIGNIEW BOBER, DYREKTOR POGOTOWIA, 507-384-281.

Złoty brydż

== KRZYSZTOF MAKUCH ==

Prawie 40 lekarzy brydżystów rywalizowało o medale w rozegranych w dn. 8-9 października w Warszawie XVI Mistrzostwach Polski Lekarzy w Brydżu Sportowym. W trzech turniejach rozgrywanych równolegle z X Mistrzostwami Mazowska potwierdził się wysoki poziom lekarskiego brydża.

W turnieju na zapis maksymalny złoto wywalczyli Piotr Ratajski i Jacek Szwed z Oleśnicy, srebro Iwona Czajka (Ciechanów) i Halina Kaleta (Tarnowskie Góry), brąz Mirosław Kotowski (Ostrowiec Świętokrzyski) i Włodzimierz Niedolaz (Kielce). W turnieju na punkty meczowe zwyciężyli Igor Łobodziński (Piotrków Tryb.) i Andrzej Kaźmierczak (Bełchatów), przed Krzysztofem Dachem (Łomża) i Stanisławem Gawryszczakiem (Wygoda) oraz przed Mariuszem Mysłkiem ze Zbigniewem Berą z Kępna. Turniej teamów dla warszawianek Zofii Zaręby, Agnieszki Jończyk z An-

drzejem Szewczykiem (Tomaszów Maz.) i Lechosławem Piotrowskim, srebro Robert Grabowski i Adam Błachnio (Grudziądz), Aleksander Skop, Krzysztof Makuch, brąz Mariusz Mysłek i Zbigniew Bera oraz Urszula Cwyl i Marek Palubiński (Warszawa).

W klasyfikacji generalnej zwyciężyli Andrzej Kaźmierczak i Igor Łobodziński, a brąz zdobył zeszłoroczny zwycięzca, organizator zawodów Aleksander Skop z Torunia. Wśród pań podium dla warszawianek: Zofia Zaręba, złoto, Agnieszka Jończyk, srebro, Urszula Cwyl, brąz.

Organizatorami była OIL w Warszawie oraz WZBS z prezesem Tadeuszem Luzakiem na czele, sędziował wzorowo Włodzimierz Rutkowski, a zawody uwiecznił Krzysztof Siwek. Wyniki, galeria zdjęć na stronie www.hipokrates.org w zakładce sport. ☉

ZWYCIĘZCY XVI
MISTRZOSTW POLSKI
LEKARZY W BRYDŻU
SPORTOWYM.



OD LEWEJ: BURMISTRZ WIELENIA Z. STOCHAJ, BURMISTRZ KRZYŻA J. KORBIK, M. MAŁYSZA, T. KACZMAREK, K. ŚMIGIELSKA-KOZIOL, W. SZAMREJ, J. PLESIEWICZ I A. KAJZER – ZWYCIĘZCA OPEN DYSTANSU GIGA 100 KM.

Michałki 2010

== TOMASZ KACZMAREK ==

Tydzień po Mistrzostwach Świata Medyków w Kolarstwie nadeszła okazja do udowodnienia supremacji i rewanżów, ponieważ w Wieleniu nad Notecią odbyły się Mistrzostwa Polski Lekarzy w Kolarstwie Górskim. O Puchar ufundowane przez delegaturę pilską WIL ubiegało się 40 lekarzy i pracowników innych zawodów medycznych.

Stanęli oni na starcie w gronie ponad 340 zawodników z całej Polski, którzy tradycyjnie rywalizowali na dystansach Giga 100, Mega 57 i Mini 30 km. Walka o tytuł MP Lekarzy rozgrywana była na dystansie 57 km. Pięć mistrzowskich koszulek wywalczyli: Katarzyna Śmigiel-ska-Koziół (Poznań), Michał Małysza (Lublin), Wojciech Szamrej (Koszalin), Tomasz Kaczmarek (Wielen) i Janusz Plesiewicz (Wałcz). Nasi koledzy wspaniale wypadli na tle braci kolarskiej nielekarskiej. Misiek Małysza przyjechał z Lublina bronić tytułu MP Lekarzy, jechał jak ekspres i był trzeci open na dystansie Mega, a Wojtek Szamrej wygrał na Mega klasyfikację M4.

Trzeba docenić hart ducha kolarzy, że poradzili

sobie z urozmaiconą trasą oraz że nie ulegli pokusie zbierania grzybów, które bez przerwy plątały się pod kołami. W zamian zostali uhonorowani pucharami, medalami, nagrodami.

Wielu przyjeżdża na Michałki do Wielenia od lat, ale są tacy, którzy byli po raz pierwszy, jak chociażby najwszechstronniejsza sportsmenka wśród lekarzy Miśka Przyłuska. Myślę, po rozmowie z nią, że będzie naszym ambasadorem na sportowych arenach świata.

Do Wielenia warto przyjechać z dziećmi. Organizujemy dla nich wyścigi rowerowe ze wspaniałymi nagrodami. A największe z nich ufundował m.in. nasz kolega kardiolog Marek, któremu tak przypadła do gustu nasza impreza, że postanowił się do niej przyłączyć.

I na tej zasadzie chcielibyśmy dalej działać – jeśli jesteście za, to wspierajcie i przyjeżdżajcie, jak przestaniecie, to znaczy, że trzeba kończyć Michałki. Dziękuję Izbie Naczelnej i Wielkopolskiej za wsparcie.

Zapraszam do Wielenia na stale oznakowane trasy, może spotkacie Misie.

Wszelkie informacje na www.maraton.wielen.pl ☉

I Ogólnopolski Koncert Lekarzy



FOT.: RYSZARD GOLĄŃSKI

16 października w Olsztynie mogliśmy uczestniczyć w niezwykłym w Polsce wydarzeniu, jakim był pierwszy ogólnopolski koncert lekarzy.

ZBIGNIEW GUGNOWSKI

Wczternastowiecznej bazylice konkatedralnej pw. św. Jakuba Apostoła mogliśmy zobaczyć połączone chóry lekarzy: „Medici pro Musica” z Olsztyna pod kierunkiem Małgorzaty Wawruk, „Remedium” ze Szczecina pod kierownictwem Jacka Kraszewskiego oraz „Medicantus” z Warszawy pod kierunkiem Dobrochny Martenki, którym towarzyszyła orkiestra Kameralna Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego pod kierunkiem Beaty Herman.

Powagi koncertowi dodała zbieżność daty koncertu z rocznicą wyboru Karola Wojtyły na tron papieski, 16 października 1978 r. Z tego powodu wszystkich przybyłych, przed Katedrą, witały liczne lampiony zapalone pod tablicą upamiętniającą to wydarzenie, a które w połączeniu z wyjątkowo pięknym zachodem słońca, jaki tego dnia był w Olsztynie, wzbudzało u wszystkich słuchaczy dodatkowo wiele zadumy i wzruszenia.

Koncert odbył się w nawie głównej Bazyliki, słynącej na całej Warmii z doskonałej akustyki, w której w latach 1898-1900 organistą był Feliks Nowowiejski, kompozytor „Roty” i „Legendy Bałtyku”, a gościli w nim tacy wybitni Polacy, jak: Jan Dantyszek, Marcin Kromer czy Ignacy Krasicki, wszyscy trzej piastujący godność biskupów warmińskich oraz w roku 1635 król Władysław IV. Co ciekawe w latach 1979-1988 zarządzał stąd diecezją warmińską biskup Józef Glemp (późniejszy prymas Polski).

Na zaproszenie organizatorów stawili się znamienici goście z całego kraju. Widzieliśmy więc: arcybiskupa metropolitę warmińskiego Wojciecha Ziembę, posłów na Sejm RP Iwonę Arent (PiS), Beatę Bublewicz (PO), Janusza Cichonia (PO), Tadeusza Naguszewskiego (PO), wiceprezesa NRL Konstantego Radziwiłła, prezesa PTL prof. Jerzego Woy-Wojciechowskiego, prezydenta Olsztyna Piotra Grzymowicza, dziekana WNM UWM prof.

Wojciecha Maksymowicza, prodziekana ds. kształcenia WNM prof. nadzw. Jerzego Gieleckiego, prodziekana ds. dydaktyki WNM prof. nadzw. Jadwiegę Snarską, dyrektora artystycznego Filharmonii Warmińsko-Mazurskiej Janusza Przybylskiego.

Przybyłych powitał Marek Zabłocki, prezes Warmińsko-Mazurskiej Izby Lekarskiej w Olsztynie, podkreślając wagę i rangę koncertu, wyrażając nadzieję na kontynuowanie go w latach następnych.

Artyści pod batutą Jacka Kraszewskiego, w towarzystwie solistów: Marii Rozynek – sopran, Marty Pafil – mezzosopran, Kornela Maciejewskiego – tenora i Eryka Rymanowskiego – basy wykonali mszę Józefa Haydna pt.: „Missa Sancti Nicolai in G”, skomponowaną w roku 1772, która spotkała się z entuzjastycznym przyjęciem wszystkich obecnych.

Na zakończenie głos zabrał Jego Ekscelencja Arcybiskup Metropolita Warmiński Wojciech Ziemia, który podziękował za wspaniałe wykonanie dzieła podkreślając fakt, iż wykonany był przez lekarzy i w związku z rocznicą wyboru Papieża Jana Pawła II.

Organizatorem koncertu była Warmińsko-Mazurska Izba Lekarska, Olsztyński Chór Lekarzy „Medici pro Musica”, a współfinansowała Naczelna Izba Lekarska. ☉

Premierowy pokaz październikowego wydania nowej „Gazety Lekarskiej” odbył się podczas spotkania w Płocku. Po wielomiesięcznej pracy kolegium redakcyjnego, dziennikarzy i grafików nasze głowy zmył zimny prysznic, przygotowany przez redaktorów pism okręgowych. Spodziewana krytyka była nadspodziewana, ostra i bezkompromisowa.

Gazeta „MMAA”

» Lekarz Mieczysław Themer-son miał syna Stefana, który zamiast iść w ślady ojca, wybrał działalność artystyczną. Po latach coraz częściej odkurzane są jego przedwojenne teksty, na podstawie których powstają spektakle dramatyczne i operowe. Wszystkie można określić jako awangardowe i intrygujące, wymarzone wprost dla dziennikarzy i literatów, dalekie od wodewilu i farsy oraz chałtur z „wielkim nazwiskiem” na afiszu. Zaprosiłem więc twórców prasy samorządowej na sztukę, którą niektórzy uznali za intelektualną prowokację. „Mmaa” opowiada o termitach, które próbują poznać świat HOMO.

» Kiedy zaczęła się prezentacja pierwszych slajdów oblał mnie pot. Strona po stronie redaktorzy z 20 biuletynów okręgowych wytykali „Gazecie Lekarskiej” kolejne błędy. Najpierw poszło o reklamy, ich kolorystykę i miejsce. Dalej wymieniono zdania o papierze. Potem dyskutowano o wielkości zdjęcia Macieja Hamankiewicza i potrzebie drukowania tekstów osób funkcyjnych. Padło nawet zdanie, że bez felietonu prezesa jego rola mogłaby zostać w jakiś sposób pomniejszona. Moje osobiste zdanie jest tutaj odrębne, a łączenie rządzenia z publicystyką uznaję za nie zawsze korzystne.



FOT. JOANNA MASŁANOWSKA

» Im bardziej wchodziliśmy w szczegóły, tym wyraźniej było widać różnice, jakie mamy w sposobie nie tylko redagowania, ale także oglądania tekstów, zanim je przeczytamy. Jednym odpowiadają duże fotografie, innym wręcz przeciwnie – przeszkadza wszystko. Liczy się tylko tekst, a rolę lidów, wyimków, śródtytułów i ozdobników traktują po macoszemu. Zarysowały się także dwa główne nurty pod hasłami: „różnorodnie jest lepiej” i „jednolicie jest przejrzyste”. Nie uzyskano konsensusu: czy każdy łam ma być równy, czy każda rozkładówka powinna być

jednakowa, czy każda gazeta ma być inna, czy taka sama, nasza, rozpoznawalna, wyjątkowa? Opinie pociągały za sobą coraz to nowe wątpliwości.

» Wydawanie gazet jest podobne do badań ludzi przez termity. Różne naukowe ośrodki dochodzą do różnych wniosków. Mimo starań nie zawsze dochodzi się do zadowalających rezultatów, a wyniki nadają się tylko do kosza. Czy poszukiwanie nowego wymiaru „Gazety” należy uznać w takim razie za porażkę?

» Nie! Spotkanie redaktorów zaakceptowało warunkowo pierwszy etap zmian, które ma-

ją prowadzić do jeszcze bardziej ożywionej dyskusji redakcyjnej w przyszłości, wymiany poglądów o dziennikarstwie i sposobach pozyskiwania materiałów, by ogólnopolska „Gazeta” była „Gazetą” dla ludzi, w każdej lekarskiej rodzinie.

» Gdyby „Gazeta Lekarska” chociaż w części intelektualnie prowokowała, byłbym szczęśliwy. A na razie tylko moje zdjęcie z filizanką (czterokrotnie większe od prezesa!) wywołuje emocje. Stąd zmiana w listopadowym wydaniu i fotka redaktorów z całej Polski, których pytam: czy oby nie jest zbyt duża? ☉



WYDAWCA: NACZELNA RADA LEKARSKA
DLA CZŁONKÓW IZB LEKARSKICH BEZPŁATNIE
Nakład 154 300 egz.

Redaktor naczelny:
RYSZARD GOLĄSKI
tel. 600-909-382
e-mail: naczelnym@gazetalekarska.pl

Kolegium redakcyjne:
JAROSŁAW WANECKI (PRZEWODNICZĄCY)
RYSZARD GOLĄSKI
MARIUSZ JANIKOWSKI
JOLANTA MAŁMYGA
WOJCIECH MARQUARDT
KATARZYNA STRZAŁKOWSKA

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

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

Dziennikarz:
LUCYNA KRYSIAK
e-mail: l.krysiak@gazetalekarska.pl

Sekretariat:
ELŻBIETA MON
tel. 22-559-02-62
e-mail: redakcja@gazetalekarska.pl

Faks: 22-559-02-61

Redaktor naczelny Biuletynu NRL:
MARIUSZ JANIKOWSKI
tel. 600-909-381

Redaktor wydania sieciowego:
ROMUALD KRAJEWSKI
e-mail: wwwgl@hipokrates.org

Stale współpracują:
JERZY BADOWSKI (OLSZTYN)
STANISŁAW CIECHOWICZ (ŁÓDŹ)
KRYSTYNA KNYPL (WARSZAWA)
ANNA LELLA (OLSZTYN)
JUSTYNA ZAJDEL (ŁÓDŹ)

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

PROJEKT GRAFICZNY, SKŁAD, DRUK, KOLPORTAŻ, REKLAMA:



02-672 WARSZAWA, UL. DOMANIEWSKA 52

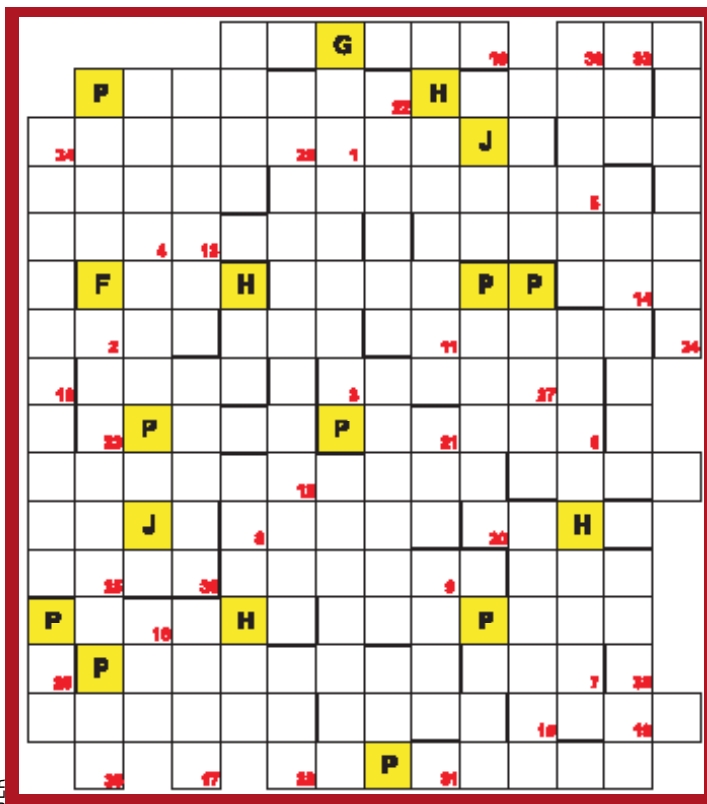
Reklama i ogłoszenia:
Kierownik sprzedaży: **ALDONA CIOSEK**
e-mail: aldonaciosek@axelspringer.pl
MATEUSZ GAJDA
tel. 22-232-05-68, 600-064-140
e-mail: mateusz.gajda@axelspringer.pl
MALGORZATA GALAZKA
tel. 22-232-18-01, 668-276-630
faks +48 22 232 55 54
e-mail: malgorzata.galazka@axelspringer.pl

Koordinacja wydawnicza:
ALICJA MICULA
tel. 22-232-00-17
e-mail: alicja.micula@axelspringer.pl

Projekt graficzny:
BOGUSŁAW KALWAŁA

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

JOLKA LEKARSKA 160



Objaśnienia 68 haseł podano w przypadkowej kolejności. W diagramie ujawniono wszystkie litery F, G, H, J i P. Na ponumerowanych polach ukryto 36 liter hasła, które stanowi rozwiązanie. Należy je przesłać na karcie pocztowej na adres redakcji do 15 grudnia br. Wśród autorów prawidłowych rozwiązań rozlosujemy nagrody książkowe (prosimy o podanie specjalizacji).

ojciec hydroterapii • wpada do łuzu • nasz mistrz olimpijski w biegu na 10 km • między Judeą a Galileą • piękno ze zdrowiem • Pesach lub Wielkanoc • krezus, milioner • przynieś Azor! • gród z Amicą • świt • oddział z izbą przyjęć • obrót w powietrzu • Helmut, zjednoczył Niemcy • kraj z Quito • bliźniak • na pilne! • koalicja Krzaklewskiego • skąpiec • miasto polskiej piosenki • sprawiedliwy z Sodomy • nicpoń • efekt alopecji • tatarak • 39,33 cali • stolica Fionii • odprowadza ścieki i deszczówkę • aminokwas na „s” • zrzucanie sierści • zawód, profesja • z festiwalem filmowym w Prowansji • lisia jama • sudor • karaczan niemiecki • stolica Albanii • żółty lub pleśniowy • dźwiękonaśladownictwo • nad kolanem • starożytny Kitron • pocisk przeciw okrętom • krewna pszczoły • imię odtwórcy roli Jasia Fasoli • przesiewacz • zabiegi z rozgrzaną parafiną • cios • płaszcz przeciwdeszczowy • turecki sąsiad Halab • chłopska zupa wigilijna • antygeny zgodności tkankowej • premier Hiszpanii • d + pół tonu • Akwizgran • UN • redukcja tlenków metali krzemem • wywołuje pełzakowicę • portugalska złotówka • stan z Rio Branco • synowie Noego • Cassius, mistrz boks • arcus • miła pani w samolocie • płynie w Kaliszu • sowiecka polityka gospodarcza (1921-29) • nabrzeże do cumowania • jest nim mowa • pseudonim autorki „Panienki z okienka” • kraj ajatollahów • drążek na firanki • wielocukier •

Rozwiązanie Jolki lekarskiej nr 158 („GL” nr 8-9/2010)

Dowody należy nie liczyć, ale ważyć. Cynceron

Nagrody otrzymują: Renata Jarosz (Lipsko), Bożena Jawień (Kraków), Łukasz Konecki (Władków), Adam Staroń (Sosnowiec), Igor Szmigielski (Gorlice), Sylwia Trzcińska (Siedlce).

Nagrodami za prawidłowe rozwiązania są książki wydawnictw: Urban & Partner, medipage, PZWL. Nagrody prześlemy pocztą.

R