

Gazeta Lekarska

PISMO IZB LEKARSKICH



Doktorzy po godzinach

Pozamedyczne pasje lekarzy s. 8



Właściwe sposoby

Gościem Prezydium NRL w dniu 18 marca br. był dr Milan Kubek, prezes Czeskiej Izby Lekarskiej. Opowiadał o proteście naszych czeskich kolegów, jego przyczynach, organizacji i przebiegu. Jak pamiętamy, niezadowoleni z funkcjonowania systemu opieki zdrowotnej w Czechach i ze swoich wynagrodzeń lekarze pracujący w państwowych placówkach zdecydowali się na posunięcie dramatyczne – masowo złożyli wymówienia z pracy. Ich termin mijał w ostatnim dniu lutego, co oznaczało, że, w przypadku braku porozumienia, od 1 marca w wielu szpitalach i przychodniach zabrakłoby lekarzy. Protest przebie-

gał pod hasłem „Dziękujemy, odchodzimy”. Dr Kubek mówił o znaczeniu akcji medialnej, przedstawiającej argumenty lekarzy i pozyskaniu do tego osób powszechnie znanych. Jedną ze stosowanych form miała charakter, który można uznać za drastyczny.

w proteście wzięło udział tylko 20% spośród nich. Podpisano z rządem porozumienie gwarantujące lekarzom 20-30-procentowe podwyżki wynagrodzeń oraz kolejne w następnych latach. W szpitalach prywatnych ich właściciele przyznali lekarzom podwyżki

wyższe niż były niższe niż wywalczone protestem. Źródłem sukcesu czeskiego protestu była, według prezesa Kubka, determinacja protestujących, ich solidarność oraz właściwie dobrane sposoby przekazywania do wiadomości publicznej własnych racji. To ostatnie działało przy zdecydowanie nieprzychylnym postawie mediów. Czeskie pisma brukowe nie przebiegały w środkach. Dość powiedzieć, że na jednej z okładek lekarz przedstawiony był jako... diabeł! Podstawą wymuszenia na rządzie porozumienia była ścisła współpraca Czeskiej Izby Lekarskiej i tamtejszego Związku Zawodowego Lekarzy.

Ryszard Golański
naczelnym@gazetalekarska.pl

Sukces czeskiego protestu, to m.in. właściwe przekazywanie do wiadomości publicznej własnych racji.

Po Pradze jeździła karetka, w połowie przemalowana na karawan, z napisem „Nasz *exodus* – wasz *exitus*”. Czescy lekarze osiągnęli sukces, choć

na samym początku protestu, aby zapobiec tej akcji we własnych placówkach. Protestu w tych szpitalach nie było. Po fakcie okazało się, że pod-

WIELKANOC 2011

Niechaj zabrzmi
Alleluja!

W czas wielkanocny **WSZYSTKIM CZYTELNIKOM, współpracownikom i reklamodawcom** składamy życzenia zdrowia i nadziei, którą przynosi Zmartwychwstały Chrystus.

Podzielmy się jajkiem, symbolizującym Życie i dobrym Słowem

Kolegium i Redakcja
„Gazety Lekarskiej”

- 3..... Wstępniak
Życzenia
- 4..... Pamiątkamy
- 6-7..... Rozmowa o samorządzie
Maciej Hamankiewicz
- 8-13..... Temat miesiąca
Pozamedyczne pasje lekarzy
- 14-15..... Rozmowa polityczna o zdrowiu
Michał Zaleski
- 16-18..... Dodatkowe ubezpieczenia zdrowotne
Kijomarchewka
- 20..... Z notatnika Rzecznika
Katarzyna Strzałkowska
- 21..... Nasi w Europie
Konstanty Radziwiłł
- 22-23..... Kwestie sporne
NIL - homeopatia - UOKiK
- 24-25..... Lekarze w UE (2)
Polska delegacja w CPME
- 26-27..... Przychodzi lekarz do prawnika
Lekarz też ma prawa!
- 28-29..... Rewers
Pytania i odpowiedzi przeróżne
- 30-31..... Moim zdaniem
Jak nie kijem, to pałką
- 32..... U stomatologów
Dokładać do interesu
- 33-37..... Travel&SPA
- 38..... Listy
- 40-43..... Kasy fiskalne - informator dla lekarzy (8)
Najwyższy czas na kasę... fiskalną!
- 44-45..... Felieton
Podżegacze i kułacy
- 46-47..... Indeks korzyści
Urabianie opinii
- 48-49..... List otwarty
Do Podsekretarza Stanu w MZ
- 50-51..... Profilaktyka
Całoroczna prewencja wiosennych alergii
- 52-59..... Ogłoszenia, reklama
- 60-61..... Kultura i medycyna
Osiodłać marzenia...
- 62-63..... Sport i medycyna
W Bystrem zima jest zawsze
- 64..... Komunikaty
Oświadczenie prof. J. Gadzinowskiego
- 65..... Epikryza
Kurtyna w górę
- 66..... Jolka lekarska

nie lecieli aby zginąć...

nie lecieli aby zginąć...

*pełni życia, wielkich marzeń,
chcieli tylko się pochylić nad miejscami dawnych zdarzeń
tylko chcieli złożyć kwiaty, by dać dowód swej pamięci,
nad grobami się pokłonić i wspomnieniom czas poświęcić.*

nie lecieli aby zginąć...

*między ziemią a chmurami
zawieszeni – sobie równi – choć z różnymi ideami
chcieli tylko dać świadectwo, że jest miejsce, gdzie przed laty
dokonano ludobójstwa i, że miejscem tym jest Katyń.*

nie lecieli aby zginąć...

*tylko mieli do spełnienia
chcieli tylko świat obudzić i poruszyć w nim sumienia,
ludziom prawdę zaś ukazać, a ta krwi ich była warta,
nią została dopisana, ksiąg katyńskich biała karta.*

10 kwietnia 2010
Grażyna Przybylska-Wendt*

10 kwietnia 2010 r. w katastrofie prezydenckiego samolotu na lotnisku w Smoleńsku zginęło dwoje lekarzy: Wojciech Lubiński i Bronisława Orawiec-Loffler.

Wojciech Lubiński miał 40 lat. Był ostatnim osobistym lekarzem Prezydenta Lecha Kaczyńskiego. Absolwent Wojskowej Akademii Medycznej z 1994 r., specjalista chorób wewnętrznych i chorób płuc. Karierę lekarską zaczynał jako lekarz Jednostki Wojskowej w Ostródzie. Od 1996 r. był asystentem w Wojskowym Szpitalu Gruźlicy i Chorób Płuc w Otwocku, a od 2000 r. pracował w Klinice Chorób Wewnętrznych, Pneumonologii i Alergologii CSK MON. Od 2008 r. był zastępcą Komendanta Centralnego Szpitala Klinicznego MON.

Bronisława Orawiec-Loffler – emerytowana lekarz dentysta z Poronina, miała 81 lat. Na pokładzie samolotu znalazła się na zaproszenie Kancelarii Prezydenta, ze względu na zasługi, jako przedstawicielka Stowarzyszenia Rodzin Katyńskich. Pracę zawodową zaczynała w Nowym Targu, gdzie była kierownikiem zakładu protetyki, potem pracowała w Bukowinie Tatrzańskiej. W Poroninie prowadziła swoją praktykę lekarską.

* Autorka wiersza Grażyna Przybylska-Wendt jest doktorem nauk medycznych, lekarzem sądowym i anesteziologiem. W 1981 r. internowana jako jedyna kobieta Prezydium Komisji Krajowej „Solidarności”. Odnaczona Krzyżem Kawalerskim Polonia Restituta przez prezydenta Ryszarda Kaczorowskiego oraz Krzyżem Oficerskim Orderu Odrodzenia Polski przez prezydenta Lecha Kaczyńskiego za zasługi na rzecz odzyskania Niepodległości Polski w ramach opozycyjnej działalności 1980-89.

Pozamedyczne pasje lekarzy

Specyfika zawodu lekarza sprawia, że żyje jak w kieracie. Czy uprawianie hobby może być na to antidotum?

Lucyna Krysiak

Z biorają znaczki, monety, starodruki, porcelanę, grają w brydża, śpiewają w chórach, żeglują, nurkują, jeżdżą na motorach, wspinają się na szczyty gór, majsterkują, malują, jednym słowem mają swoje hobby. Twierdzą, że te pozazawodowe pasje pozwalają im nie tylko lepiej funkcjonować w pracy i w rodzinie, ale pełniej i dłużej żyć.

By się nie wypalić

Szacuje się, że wśród lekarzy i lekarzy dentyistów co najmniej połowa ma ja-

kieś hobby, któremu poświęca swój wolny czas. Okręgowe izby lekarskie zachęcają swoich członków do rozwijania pozamedycznych zainteresowań organizując wystawy ich prac, wieczorki autorskie, zawody sportowe, rajdy, występy. Ogromnym powodzeniem cieszą się wycieczki przeznaczone dla pasjonatów turystyki i sportkania, podczas których ich uczestnicy dzielą się wrażeniami, oglądają zdjęcia i slajdy. O tym, jak szeroka jest gama tych działań, świadczą publikacje ukazujące się na łamach

„Gazety Lekarskiej” oraz w pismach okręgowych izb lekarskich. Są to przeważnie relacje z imprez kulturalnych i sportowych, ale też recenzje książek nie związanych tematycznie z wykonywanym zawodem, fotografie, wiersze czy prace plastyczne. Ich autorzy zadziwiają talentem i zaangażowaniem, z jakim oddają się swoim hobby. Zdaniem psychologów hobby, to nie tylko sposób na zintegrowanie środowiska, odreagowanie stresu, zrelaksowanie po ciężkiej i odpowiedzialnej pracy. To także skuteczne lekarstwo na uniknięcie wypalenia zawodowego i utrzymanie kondycji

fizycznej. Obok nauczyciela, prawnika, psychologa czy policjanta zawód lekarza i lekarza dentysty zalicza się do najbardziej stresujących, a tym samym zagrożonych wypaleniem zawodowym. Dzieje się tak, ponieważ są to profesje wymagające zaangażowania emocjonalnego w sprawy innych ludzi. Ten bezpośredni kontakt z drugim człowiekiem wymaga stanu ciągłej gotowości i napięcia. Tym bardziej, że obecnie pracuje się w zespołach, często na dużych przestrzeniach, gdzie trudno o zachowanie choćby odrobiny prywatności. Człowiek wypalony czuje się źle, jest zmęczony >>

Hobby to lekarstwo na uniknięcie wypalenia zawodowego i utrzymanie w kondycji ciała i ducha.



KOMENTARZ**Skuteczna
terapia**

Czesław Michalczyk, psycholog i certyfikowany psychoterapeuta z Łodzi:

W zawód lekarza wpisany jest kontakt z ludźmi. Nie chodzi jednak tylko o to, że przebywa się z nimi przez większość dnia, a jak dyżuruje – także nocy, ale że jest się przez cały czas zaangażowanym intelektualnie, emocjonalnie, uczuciowo. Można więc powiedzieć, że praca lekarza jest niezwykle absorbująca, przez co naraża go na różnego rodzaju przykre konsekwencje. Najczęściej mówi się o wypaleniu zawodowym, ale pod tym określeniem kryje się szereg różnych dolegliwości – frustracja, obniżenie nastroju, nerwica, a także choroby psychosomatyczne. Często dochodzi do rozpadu rodziny, bo druga strona nie jest w stanie zrozumieć specyfiki tego zawodu i związanych z nim obciążeń. To dlatego najtrwalsze są małżeństwa lekarskie. Moim pacjentom lekarzom, w ramach terapii, wręcz zalecam jakieś hobby. Mimo, że najczęściej to medycyna jest ich największą pasją, nie mogą ograniczać się do czytania wyłącznie literatury fachowej, a kontaktów towarzyskich czy turystyki łączyć z wyjazdami na kongresy naukowe czy sympozja. Hobby odświeża umysł, pozwala zdystansować się do spraw zawodowych, poznawać ludzi nie związanych z medycyną, jednym słowem wzbogaca, jest więc skuteczną terapią. Najlepiej znaleźć sobie taką dziedzinę zainteresowań, która odbiega jak najdalej od medycyny. Wielu lekarzy angażując się w pracę zarzuciło pasję, którymi się interesowali w przeszłości. Zachęcam, aby do nich wrócili. Aby dobrze funkcjonować, potrzeba równowagi i uprawianie hobby jest na to najlepszym lekarstwem. Pamiętajmy, że zawód się uprawia, a pasja zostaje. ●



emocjonalnie, psychicznie i fizycznie, jednym słowem jest sfrustrowany. Nie docenia siebie ani swoich dokonań. Poświęcanie się hobby pozwala odbudować stan równowagi i motywację do pracy. Nie wiadomo, ilu Polaków ma syndrom wypalenia zawodowego. W USA problem ten dotyczy prawie połowy pracujących Amerykanów. Należy więc przypuszczać, że w Polsce jest podobnie.

By nie popaść w pracoholizm

Lekarze i lekarze dentyści to ludzie zapracowani. Nie znam ani jednego medyka, który pracowałby wyłącznie na jednym etacie. Szpital, przychodnia, dyżur. Na dodatek ciągłe kształcenie, bo żeby coś znaczyć w tym zawodzie, cały czas trzeba się uczyć. Jednym słowem



praca, praca, praca. Brakuje czasu na normalne życie – rodzinę, kontakty z przyjaciółmi, rekreację, a to prosta droga do pracoholizmu. Termin karoshi, oznaczający śmierć na skutek przepracowania, stał się bardzo popularny w Japonii, ale tam problem pracoholizmu naprawdę jest zagrożeniem społecznym. Można powiedzieć, że Polakom daleko do Japończyków, ale czy na pewno? Jesteśmy coraz bardziej ce-

nieni za pracowitość i zaangażowanie w pracę, nie tylko w kraju, ale i za granicą. Nasuwa się jednak pytanie, czy może to być dla nich groźne. Okazuje się, że tak, szczególnie dla młodych lekarzy i lekarzy dentyistów, którzy wkraczając na ścieżkę kariery zawodowej często tracą kontrolę nad ilością czasu poświęcanego pracy. Sprzyja temu internet, od którego także można się uzależnić. Zagrożenie pracoholizmem jest więc

całkiem realne. Psycholodzy ostrzegają, że ten rodzaj uzależnienia wyniszcza nie tylko organizm i psychikę, ale rujnuje życie.

By zdrowiej i pełniej żyć

Hobby – inaczej pasja, konik – to zajęcie, któremu oddajemy się dla relaksu w czasie wolnym od pracy i innych obowiązków. Może łączyć się ze zdobywaniem wiedzy w danej dziedzinie, głównym celem pozostaje jednak przyjemność płynąca z jego uprawiania. Frajdą dla hobbyisty jest możliwość podzielenia się z innymi swoimi dokonaniem. Kolekcjoner jest najszczęśliwszy, kiedy pokaże swoje zbiory kolegom, sportowiec, kiedy pochwali się zdobytym pucharem lub medalem, a poeta, kiedy

To inny świat, w którym warto zagościć!

Z Robertem Drozdowskim – skoczkiem spadochronowym i lekarzem z Kliniki Chorób Wewnętrznych WIML w Warszawie – rozmawia Marzena Bojarczuk



Co się czuje stojąc w otwartych drzwiach na progu samolotu?

Nie da się tego opowiedzieć, opisać, trzeba spróbować, pociec i poczuć.

Przygodę ze sportem spadochronowym zaczął Pan z ciekawości?

Zaczął się w harcerskich czasach, kiedy miałem 15-16 lat, zarazili mnie tą pasją starsi koledzy. Najbardziej protestowała moja mama, która musiała wyrazić zgodę na pierwsze skoki, ale w końcu udało mi się i ją przekonać. „Połknąłem haczyk” i tak zostało do dziś. Oczywiście,

kiedyś wyglądało to zupełnie inaczej – inny był sprzęt i możliwości, ale taka sama ciekawość i radość.

To sport ekstremalny, niebezpieczny, czy tylko trudny?

Odpowiedzialny i wymagający. Trzeba szybko i pewnie podejmować decyzje. Nie ma czasu na rozważanie i analizowanie ani miejsca na niepewność i wahanie. Trzeba wiedzieć, co chcemy zrobić, przygotować się do tego i umieć szybko reagować na ewentualne trudności. Istnieją standardy postępowania i schematy, któ-

rych trzeba się nauczyć na pamięć, ale wiele czynności powinno się odbywać w sferze odruchów.

A co dostajemy w zamian?

Ogromną ilość adrenaliny i pozytywnej energii oraz nieprawdopodobną porcję endorfin! To inny świat, w którym warto zagościć. Do tego jest to porządny wysiłek fizyczny, tak potrzebny nam na co dzień.

Wielu jest skoczków spadochronowych wśród lekarzy?

Znam kilku z wieloletnim doświadcze-

wyda swój tomik wierszy. Wiele dyscyplin naukowych zawdzięcza swoje początki hobbyistom. Nie ma więc wątpliwości co do tego, że pozamedyczne zainteresowania nie tylko dają satysfakcję, ale rozwijają i pozwalają na dłuższą zachować dobry stan ciała i ducha. Maciej Prochowski, lekarz internista, specjalista chorób płuc z Łodzi, a jednocześnie instruktor karate i miłośnik sztuki walki, w jednym z wywiadów powiedział, że dla higieny ciała i umysłu nie

można zajmować się tylko jedną dziedziną, jaką jest opieka medyczna, bo to zubaża samą medycynę. Prof. Jan Sokołowski, chirurg onkolog z Gdańska, do niedawna kierownik Katedry i Kliniki Chirurgii Klatki Piersiowej w tym mieście, obecnie na emeryturze, zawsze uprawiał sport. Grał w piłkę, a obecnie hartuje się jako mors. Jego syn Jarosław, również chirurg onkolog, upodobał sobie hokej, ale podobnie jak ojciec należy do Gdańskiego Klubu Morsów i pła-

wi się zimą w lodowatej wodzie. Ich praca zawodowa bywa niezwykle stresująca i czasochłonna. Wymaga ciągłego dokształcania się, podejmowania trudnych decyzji. Są zgodni co do tego, że by móc ją wykonywać przez wiele lat, trzeba umieć oddzielić życie zawodowe od prywatnego. Potrafić zdystansować się i wyciszyć. To właśnie daje im sport. I dlatego, poza medycyną, stał się ich drugą pasją.

Wśród lekarzy są wybitni alpinisci, fotograficy, malarze, muzycy, a nawet śpiewacy operowi. Wiodą jakby dwa diametralnie różniące się od siebie życia, a jednak tworzą one ze sobą nierozwalną całość.

Wiele dyscyplin naukowych zawdzięcza swoje początki hobbyistom.

niem i sporą liczbą skoków na koncie. Moje osobiste doświadczenia odbiegają nieco od utartych standardów. W ubiegłym roku wspólnie z Atmosfera Skydive Club stworzyliśmy odmienny od istniejącego system wykonywania skoków. Zwykle skacze się z wysokości do 4000 m. Nasz program umożliwił bezpieczne wykonywanie skoków z wysokości przekraczającej chwilami 7000 m. Wiąże się to z kilkoma ograniczeniami wynikającymi z warunków panujących na tej wysokości i koniecznością specjalnego przygotowania, trzeba np. poddać się badaniom w komorze niskich ciśnień. 7000 m to już niemal pułap, na którym latają duże samoloty pasażerskie. Groźna jest ostra hipoksja, problemem może być choroba wysokościowa. Ale w zamian – swobodne opadanie z tego pułapu zajmuje ponad 100 sek., a wrażenia są fascynujące! Wśród kilku już setek skoków, które mam na swoim koncie, te 10 wykonanych z 7000 m pamiętam szczególnie.

Skakać każdy może?

Można powiedzieć, że to dyscyplina sportowa o dużej dostępności. Myślę, że każdy może wyskoczyć, w tandemach skaczą nawet osoby niepełnosprawne ruchowo. Ograniczeniem nie jest też wiek. Najstarsza ze znanych mi skaczących pań ma ponad 80 lat. Istnieją ograniczenia zdrowotne, dyskwalifikuje np. epilepsja i te choroby, w których pułap wysokości ma znaczenie.

Spadochroniarstwo, to sport odpowiedzialny. Nie za dużo Panu odpowiedzialności w pracy, żeby jeszcze dostarczać sobie dodatkowej w ramach hobby?

To zupełnie inny jej rodzaj. W codziennej pracy podejmujemy decyzje związane z ludzkim zdrowiem i życiem, odpowiadając za inne osoby i procesy terapeutyczne. A w sporcie spadochronowym odpowiedzialność dotyczy nas samych. To taka pozytywna odpowiedzialność, która powoduje, że ma się chęć do życia, pracy i kolejnych skoków.

To nadaje naszemu zawodowi głębi

Tomasz Sztencel

okulista z Zakopanego i żona Danuta, dermatolog, miłośnicy muzyki poważnej:

Zamiłowanie do muzyki towarzyszy nam od dawna, w rodzinie mamy wielu muzyków, podejrzewam więc, że jest to pasja wrodzona. Jednym słowem, muzyka gra nam w duszy, a ponieważ mamy zacięcie społecznikowskie, bycie melomanami przestało nam wystarczać i staliśmy się jej propagatorami. Powołaliśmy w Zakopanem Stowarzyszenie im. Mieczysława Karłowicza i jesienią 2009 r. odbyła się pierwsza edycja Międzynarodowego Festiwalu Muzyki Kameralnej „Muzyka na szczytach”. Chcieliśmy przypomnieć kompozytorów związanych z tym miejscem, ale sukces festiwalu sprawił, że w dn. 17-24 września organizujemy już jego trzecią edycję. Obcowanie z mu-

zyką uskrzydla nas, motywuje, rozwija. Poznajemy wspaniałych ludzi.

Mieczysław Chruściel

ginekolog ze Szczecina, portrecista, którego kolekcja liczy kilkadziesiąt obrazów:

Gdyby w Szczecinie była ASP, zostałbym artystą, a tak ukończyłem Pomorską Akademię Medyczną i zostałem lekarzem. Te dwie profesje jednak uzupełniają się, bo medycyna to nauka humanistyczna. Może dlatego na równi kocham malowanie i swoją pracę. Byłem adiunktem w PAM, ale zrezygnowałem i mam tylko gabinet. Był w tym pewien zamysł. Chciałem stworzyć Poczest Rektorów i udało mi się. Mojego pędzla są też portrety byłych prezesów Okręgowej Izby Lekarskiej w Szczecinie, św. Faustyny

i Jana Pawła II. Obecnie maluje Poczest Honorowych Członków OIL. Jestem malarzem z Łaski Bożej, amatorem, który kieruje się intuicją. Staram się uchwycić nie tylko zewnętrzne podobieństwo postaci, ale oddać ich osobowość. Malowanie portretów lekarzy nadaje naszemu zawodowi głębszy wymiar.

Włodzimierz Nowatorski

chirurg z Płocka, właściciel prywatnego muzeum o tematyce medycznej:

Moja pasja kolekcjonowania eksponatów związanych z medycyną liczy 20 lat. Zgromadziłem ich w tym czasie 4 szafy lekarskie. Przeznaczyłem na nie jeden z pokoi w moim domu. Są tam niespotykane już dziś naczynia aptekarskie, stare książki



Dobrze się bawię i ćwiczę umysł

Z Januszem Pawłowskim – emerytowanym anestezjologiem z Wielkiego Rychnowa, pasjonatem kosmologii i astrofizyki – rozmawia Lucyna Krysiak

Jest Pan wynalazcą, autorem wierszy, a ostatnio książki o kosmosie. Skąd tak różnorodne zainteresowania?

Nie chciałem, aby moje życie ograniczało się wyłącznie do pracy, chciałem, aby pozazawodowe pasje nadały mu kolorytu. Co do moich patentów, nie przyniosły mi ani pieniędzy, ani rozgłosu, ale mam satysfakcję, że wymyślone przeze mnie, m.in. urządzenie do podtrzymania czynności życiowych

wyosobnionych narządów zwierzęcych lub ludzkich, zwłaszcza serca, znalazło zastosowanie przez zespół naukowców z Brna. Wynalazłem też pneumatyczny zderzak samochodowy, ale nie wzbudził zainteresowania. W tamtych czasach trudno było się przebić z nowymi pomysłami. Fascynacja kosmosem sięga czasów dzieciństwa, kiedy rodzą się pytania, skąd pochodzimy i dokąd zmierzamy. Wtedy nie by-

ło zbyt wielu publikacji na ten temat. Obecnie jest swobodny dostęp do literatury, można pogłębiać wiedzę i konfrontować swoje przemyślenia z innymi. Jednym słowem realizuję dziecięce marzenia.

Pana książka „Kosmos mój prywatny” i „Wielki wybuch w ziarnistej przestrzeni” ma status popularnonaukowej, ale zawarte w niej koncepcje na temat budowy kosmosu, to raczej science fiction. Co Pana na to?

Ta książka to swego rodzaju przygoda intelektualna. Przedstawioną w niej koncepcję budowy kosmosu oparłem na istnieniu sztywnego eteru, usuniętego z oficjalnej nauki. Myślałem, że wywołam tym poruszenie. Próbowałem zainteresować moją książką kilka ośrodków naukowych, ale nie dostałem żadnej recenzji. Może więc coś jest w tej mojej koncepcji, skoro nikt nie chce się wypowiadać? Książka jest wydana przez wydawnictwo interneto-

szy wymiar

medyczne, narzędzia chirurgiczne, stomatologiczne, laryngologiczne, ginekologiczne. Mam nawet pierwszy gumowo-metalowy gastroskop. Kolekcja jest unikatowa. Niestety, nie wszystko jest w zasięgu mojego portfela. W pasji zbierania tych przedmiotów łączę przyjemność z misją, bo chciałbym ocalić je od zapomnienia. Tylko co dalej, bo na rozwój muzeum potrzebne są instytucjonalne środki. Być może w przyszłości przekazę je jakiejś izbie lekarskiej. Jeśli są osoby, które mają przedmioty mogące wzbogacić kolekcję, proszę o kontakt.

Mariusz Łochowski
torakochirurg z WSZ
im. Kopernika w Łodzi,
pasjonat Bitwy Łódzkiej
z okresu I wojny światowej:

Zainteresowanie tą tematyką sięga mojej młodości, kiedy jeździłem rowem po podłódzkich lasach i natykałem się na zapomniane groby z 1914 r. Najpierw była ciekawość losów pochowanych w nich żołnierzy, która z czasem przerodziła się w pasję. Zaczęłem szukać starych map, książek, dokumentów, militariów, ciekawostek. Ta przygoda trwa do dziś. Wciąż szukam nowych eksponatów. Odwiedzam antykwiariaty, przeglądam strony w internecie. Udało mi się zebrać blisko 300 unikatowych fotografii, odznaczenia i jakże cenne guziki od mundurów, co do których mam jednoznaczne skojarzenie z filmem „Katyń”. Jeden z oficerów powiedział: Pozostaną po nas tylko guziki – i to prawda. Ta pasja daje mi wytchnienie, ucieczkę od emocji, które wiążą się z wykonywanym zawodem lekarza. Tak odpoczywam, a być może wzbogacam historię.

zebrała: L. Krysiak

we „Radwan”, jest łatwo dostępna, więc wciąż liczę na odzew. Niektórzy naukowcy rozważają istnienie eteru, choć go tak nie nazywają. Postulują istnienie tzw. Pola Higgsa, które w moim mniemaniu może odpowiadać kosmicznemu eterowi. Szukają cząstki i Pola Higgsa w Wielkim Zderzaczach Hadronów. Eter został zarzucony przez astrofizyków, ale w kontekście dowiedzionej naukowo prawdy, że materia w istocie jest pusta, koncepcja budowy wszechświata na bazie eteru nie musi być nieprawdopodobna.

Jakie jest przesłanie tej książki?
Chciałem trochę namieszać w nauce. Jesteśmy ograniczani przez wiele sztywnych poglądów, pod którymi podpisują się autorytety naukowe, dlatego uważamy je za niepodważalne. Czytając jednak prace na temat rozwoju astrofizyki i kosmologii wyraźnie widzimy, jak narasta wiedza o naszej mate-

rialnej rzeczywistości i kto wie czy nie powrócimy do niektórych dawniejszych koncepcji. Nobliści i inni odkrywcy tak naprawdę nie wymyślają zupełnie czegoś nowego, ale bazują na tym, co już udowodniono, dodając do tego swoją cegiełkę. Może taką cegiełką jest i moja dysertacja. Pomyślałem, że może wniosem świeży powiew do tego hermetycznego świata nauki.

Co Panu daje uprawianie tak oryginalnego hobby?

Dobrze się bawię, ćwiczę umysł i w fascynujący sposób spędzam wolny czas. W głębi duszy mam jednak jakąś nadzieję, że być może moje pisanie jest nie tylko rozrywką, może w tych przemyśleniach jest jakieś ziarenko prawdy o kosmosie, które dopiero czeka na odkrycie. W historii jest wiele przykładów na to, że znaczących odkryć dokonali amatorzy. Poza tym hobbyści to świetni popularyzatorzy nauki, bo podejmują dyskusje, na które nie pozwoliliby sobie szanowany naukowiec. ☉

» To lokalny szpital zbiera „baty” za system «

Z Michałem Zaleskim, Prezydentem Miasta Torunia, rozmawiają Ryszard Golański i Marzena Bojarczuk



Jakiego rodzaju placówki opieki zdrowotnej, których Gmina Miasta Torunia jest organem założycielskim działają na terenie miasta? Jakie działania i przedsięwzięcia znajdują się wśród priorytetów w tym zakresie?

Są to trzy placówki: Specjalistyczny Szpital Miejski, Zakład Pielęgnacyjno-Opiekuńczy i Miejska Przychodnia Specjalistyczna. Inwestując w rozbudowę bazy zakładów opieki długoterminowej, staramy się podążać za ogromnym wyzwaniem demograficznym, jakim jest starzenie się społeczeństwa, wydłużanie średniej długości życia oraz odejście od wielopokoleniowego modelu społecznego rodziny i przyrost jednoosobowych gospodarstw ludzi starych. W 200-tysięcznym Toruniu mamy prawie 200 miejsc w trzech tego typu zakładach, tj. w gminnym Zakładzie Pielęgnacyjno-Opiekuńczym oraz dwóch zakładach opiekuńczo-leczniczych prowadzonych przez podmioty niepubliczne: Zgromadzenie Sióstr Serafitek i Fundację „Światło”. Na tle innych jednostek samorządu terytorialnego wypadamy naprawdę dobrze.

Nie brak też inwestycji w toruńskim lecznictwie zamkniętym i innych zakresach świadczeń...

Tu najbardziej specjalistyczny jest oddział hematologii w szpitalu miejskim. Jest to jeden z dwóch wyspecjalizowanych oddziałów hematologii w regionie. Wkrótce (2012/2013) będą tam przeprowadzane przeszczepy szpiku. Nasz szpital to szpital na 230 łóżek, w którym rocznie hospitalizowanych jest ok. 14 000 pacjentów, wykonuje się tu ponad 4 000 zabiegów rocznie i ok. 50 000 porad w specjalistycznych poradniach. Dzięki zaangażowaniu inwestycyjnemu miasta szpital jest w pełni wyremontowany, ma blok operacyjny na miarę XXI w. oraz nowoczesny sprzęt i aparaturę

FOT.: Z ARCH. UM TORUN

medyczną. Sytuacja finansowa szpitala w ostatnich latach była stabilna, niestety, na skutek pogorszenia sytuacji ekonomicznej kraju, co przełożyło się na gorsze finansowanie, w ubiegłym roku zanotowano ujemny wynik finansowy. Dobrą renomą cieszy się Miejska Przychodnia Specjalistyczna, która wśród wielu świadczeń specjalistycznych oferuje kompleksowe poradnictwo i zabiegi rehabilitacyjne nie tylko dla dorosłych, ale i wysoko-specjalistyczną opiekę w tym zakresie dla dzieci. Możemy się też pochwalić kilkoma programami profilaktycznymi, w tym programem szczepień dla kobiet przeciwko wirusowi wywołującemu raka szyjki macicy. Jako jedni z pierwszych w Polsce sprywatyzowaliśmy podstawową opiekę zdrowotną, w większości placówki POZ przekształcały się z jednostek publicznych w niepubliczne. Z prawdziwą radością patrzę na to, jak placówki te się rozwijają i dobrze pełnią swoją rolę, chociaż na początku tych przekształceń wszyscy byliśmy pełni obaw. Duże znaczenie dla stanu naszego zdrowia – nie tylko w tym mieście – ma to, kto się naszym zdrowiem zajmuje. Wielu torunian wybiera swojego lekarza kierując się jego doświadczeniem i renomą – już nie chcemy być pod opieką lekarza w ogóle, ale pod opieką konkretnego lekarza.

Czy problemy zdrowotne mieszkańców Torunia znajdują się czasem w programach obrad Rady Miejskiej?

Rada Miasta ma obowiązek raz do roku omówić aktualną sytuację w tej sferze i przyjąć sprawozdania z działalności swoich placówek. Poza tym kontraktujemy jako miasto usługi profilaktyczne i w tym zakresie podejmujemy szereg decyzji.

Jak układa się współpraca z innymi organami założycielskimi placówek medycznych w zakresie spraw zdrowia?

Jako gmina mamy największy wpływ na te jednostki, dla których jesteśmy organem założycielskim. Marszałek województwa zabiega o rozwój swoich jednostek – utworzył nawet spółkę w tym celu, a my swoich – inwestujemy w rozbudowę i sprzęt. Brakuje rozwiązań prawnych umożliwiających stałą, systemową współpracę poszczególnych jednostek. Wobec braku mechanizmów

systemowych jakość współpracy uzależniona jest od dobrej woli dyrektorów zakładów opieki zdrowotnej. W Toruniu w zdecydowanej większości układa się to poprawnie. Jako samorząd terytorialny dbamy, by ewentualne niedostatki współpracy nie odbijały się negatywnie na poziomie świadczeń udzielanych naszym mieszkańcom. Dobre strony tej swoistej konkurencji pomiędzy placówkami medycznymi też są: modernizujemy obiekty, inwestujemy w sprzęt i technologie, wykorzystujemy dotacje ze środków unijnych, a najważniejsze, że korzystają na tym pacjenci. W Toruniu z pewnością nie można narzekać na zastój, brak modernizacji i inwestycji w placówkach zdrowotnych.

Jakie problemy w funkcjonowaniu tej sfery życia publicznego występują najczęściej i jak sobie z nimi radzicie?

Dobrze radzimy sobie z wypełnianiem zadań własnych gminy. Mamy placówki na wysokim poziomie, wykształconą kadre, wciąż inwestujemy, pozyskujemy i dobrze wykorzystujemy środki unijne. Z pewnością nie mamy się czego wstydzić. Podstawowym problemem

» Dbamy o rozwój swoich jednostek «

funkcjonującego systemu opieki zdrowotnej w całym kraju jest brak koordynacji działań poszczególnych ogniw systemu. Brakuje zarówno na szczeblu krajowym, jak i lokalnym polityka zdrowotnego, który koordynowałby funkcjonowanie placówek. Jest to m.in. pochodną faktu, że poszczególne placówki ochrony zdrowia mają różne organy założycielskie, które nie zawsze chcą współpracować. Partykularny interes placówki bywa przedkładany nad interes pacjentów. Bolączką systemu jest też nadmierne uzależnienie organu finansującego ochronę zdrowia, tj. NFZ od nacisków politycznych. Zbyt duża jest rola uznaniowości przy podziale środków finansowych – aktualnym przykładem jest przyznanie woj. mazowieckiemu połowy krajowej rezerwy finansowej NFZ za 2010 r.

jako „rekompensaty” za zmianę algorytmu finansowego podziału środków na województwa pomimo tego, że sytuacja finansowa placówek publicznych w tym regionie jest najkorzystniejsza w porównaniu z innymi regionami kraju.

Pieniądze, a właściwie ich brak to największa zbrodnia samorządowej opieki zdrowotnej?

NFZ nie płaci za jakość, np. wysoki standard nowego bloku operacyjnego w szpitalu miejskim nie przekłada się na większe finansowanie z Funduszu – nieważne, w jakich warunkach wykonywane są zabiegi, a to wpływa przecież na komfort pacjentów. NFZ płaci tylko za konkretne zabiegi, a szpital jest wykonawcą tych zleceń. Co więcej, to właśnie lokalny szpital zbiera „baty” za system i NFZ, bo to my pozostajemy w bezpośrednim kontakcie z pacjentem. Niedostateczna edukacja społeczeństwa w zakresie systemu opieki zdrowotnej prowadzi często do konfliktów. Ponadto, zakłady niepubliczne świadczą te usługi, które są odpłacalne, a jednostki publiczne, prowadzone przez samorządy, muszą odpowiadać na wszystkie potrzeby pacjentów. Ostatnio do sfery niedo-finansowanej dołączyła również stomatologia szkolna.

Jakich narzędzi i rozwiązań prawnych potrzeba, by ochrona zdrowia na szczeblu lokalnym funkcjonowała lepiej?

System opieki zdrowotnej jest niestabilny, często się zmienia, a te zmiany i modyfikacje sprawiają, że nawet personel szpitala czy przychodni gubi się w przepisach. Pacjenci, nie znając systemu opieki zdrowotnej, tracą zaufanie do jednostek opieki zdrowotnej i lekarzy, a przecież podstawą skutecznego leczenia jest ZAUFANIE. Bez scentralizowanych, skoordynowanych działań system zawsze będzie dziurawy, a środki finansowe będą w części marnotrawione. W medycynie ważne są standardy i to do nich powinniśmy dążyć. Niestety, ani NFZ, ani Ministerstwo Zdrowia nie mają spójnej polityki zdrowotnej, brakuje rozwiązań systemowych. Ponadto, polityka państwa zmierza ku temu, aby odpowiedzialność przenieść na samorządy. ●

Kijomarchewka



Jesienna ofensywa legislacyjna rządu, która ma

* zreformować polską ochronę zdrowia weszła w fazę... wiosenną.

== MARZENA BOJARCZUK ==

Jedną z pierwszych propozycji, ogłaszanych przez Ministerstwo Zdrowia już na początku kadencji obecnego rządu była ustawa o dodatkowych ubezpieczeniach zdrowotnych. Ustawa ta jest częścią tzw. pakietu ustaw zdrowotnych, który w założeniach jest krokiem milowym w zreformowaniu systemu opieki zdrowotnej w Polsce.

Im bliżej, tym... dalej

Największym postęпом w zakresie dodatkowych ubezpieczeń zdrowotnych jest fakt, że po kilkumiesięcznych zapowiedziach projekt ustawy w ogóle powstał.

W połowie kwietnia br. mają się zakończyć konsultacje społeczne i międzyresortowe nad projektem i resort zdrowia skieruje nowe przepisy do dalszych prac legislacyjnych. Minister Zdrowia Ewa Kopacz zapowiada znaczne przyspieszenie działań, nie tylko nad tą ustawą. Zgodnie z jej zapowiedziami, należy się spodziewać, że jeszcze

w pierwszej połowie roku ten i inne projekty staną się przedmiotem zainteresowania prac komisji sejmowych i parlamentu.

Wydaje się, że tylko Ministerstwo Zdrowia podchodzi do tej inicjatywy z entuzjazmem, wyliczając same korzyści – dla wszystkich: systemu, szpitali i innych publicznych i niepublicznych świadczeniodawców, Narodowego Funduszu Zdrowia, a przede wszystkim dla pacjentów. I to nie tylko tych, którzy zdecydują się na wykupienie polisy dodatkowego ubezpieczenia zdrowotnego. Bardziej sceptyczni, a może raczej ostrożni są inni – także bezpośrednio zainteresowani tym, by sytuacja w polskiej ochronie zdrowia była lepsza. Firmy ubezpieczeniowe czekają na ustawę i zmiany w innych przepisach, pacjenci pytają o cenę polis i ich zakres.

Koncert życzeń, szacunków i obietnic

Ministerstwo Zdrowia zapewnia, że system dodatkowych ubezpieczeń zdro-

wotnych poprawi dostępność do świadczeń opieki zdrowotnej (m.in. poprzez zmniejszenie kolejek), stworzy świadczeniodawcom możliwość wykorzystania wolnych zasobów i zwiększy poziom jakości realizowanych świadczeń opieki zdrowotnej.

Prywatne wydatki na opiekę medyczną w Polsce rosną z roku na rok – w 2005 r. obywatele przeznaczyli na ten cel 19 mld zł, a w 2010 r. już ok. 30 mld zł. Teraz rząd chce im dać do dyspozycji możliwość zawierania umów – polis z prywatnymi firmami ubezpieczeniowymi. Od kilkunastu lat istnieje w Polsce rynek prywatnych ubezpieczeń zdrowotnych, w większości pod po-

Dodatkową zachętą do kupowania polis ma być ulga podatkowa

stacją tzw. abonamentów. W myśl nowych przepisów dodatkową zachętą do kupowania polis (ale tylko polis, nie abonamentów) ma być ulga podatkowa. Jaka? Nie wiadomo – na ten temat musi się wypowiedzieć Minister Finansów. Biorąc jednak pod uwagę tzw. procedurę nadmiernego deficytu, w której się znajdujemy jako państwo członkowskie Unii Europejskiej, obietnica ta wydaje się mocno na wyrost. Proponowane w ustawie odliczenie od podstawy opodatkowania zmniejszyłoby dochody budżetu państwa o ok. 38 mln zł, projektowane uregulowania prawne będą także miały wpływ na budżet Narodowego Funduszu Zdrowia. Dodatkowy system finansowania świadczeń zdrowotnych odciąży, co prawda, publicznego płatnika, ale jednocześnie może zmniejszyć wpływy do NFZ z tytułu umów dobrowolnego ubezpieczenia zdrowotnego. >>

Interesem pacjenta w... świadczeniodawcę

Wprowadzając do systemu dodatkowe ubezpieczenia, ustawodawca ma na uwadze przede wszystkim interes pacjentów. Zapewnienie łatwiejszego dostępu do świadczeń, zmniejszenie kolejek oczekujących, podniesienie jakości świadczeń to główne cele projektu ustawy. Interesem pacjentów tłumaczy się także nowe obowiązki, jakie z tytułu zawarcia umowy z prywatnym ubezpieczycielem będzie miał świadczeniodawca, posiadający jednocześnie kontrakt z płatnikiem publicznym – nowe obowiązki, które w tym wypadku oznaczają przede wszystkim

Interesem pacjentów tłumaczy się także nowe obowiązki, jakie z tytułu zawarcia umowy z prywatnym ubezpieczycielem będzie miał świadczeniodawca.

kim dodatkową dokumentację wymaganą przez Narodowy Fundusz Zdrowia. Świadczeniodawca będzie musiał np. poinformować właściwy wojewódzki oddział NFZ o zawarciu umowy z prywatnym ubezpieczycielem, wskazując jego nazwę i adres, a także o zakresie świadczeń opieki zdrowotnej objętym tą umową, wskazując kod świadczenia wg ICD-9. Każda zmiana w umowie z firmą ubezpieczeniową, a także fakt jej wygaśnięcia lub rozwiązania także muszą być zgłoszone NFZ. Zakres przekazywanych publicznej opinii informacji obejmuje także dane o prowadzonych listach oczekujących na świadczenia oraz raport z oceny tych list. Każde naruszenie w tym zakresie ze strony placówki opieki zdrowotnej będzie skutkowało karami finansowymi nakładanymi przez NFZ i ograniczeniami w zawieraniu umów z ubezpieczycielem. Do tych przepisów ustawy krytycznie odnosi się Polska Izba Ubezpieczeń w swoim stanowisku dotyczącym projektu. „Duże wątpliwości Polskiej Izby Ubezpieczeń (PIU) budzi danie NFZ możliwości nadzorowania wszystkich świadczeniodawców, zarówno publicznych,

Państwowy płatnik będzie konkurentem ubezpieczycieli i ich kontrolerem.

jak i prywatnych. Ideą ustawy powinna być likwidacja barier w kontraktowaniu przez ubezpieczycieli publicznych świadczeniodawców, których zasoby sprzętowe i kadrowe nie są w pełni wykorzystywane. Tymczasem instrumenty, w które projekt ustawy wyposaża Fundusz sprawiają, że państwowy płatnik będzie jednocześnie konkurentem ubezpieczycieli i kontrolerem ich umów ze świadczeniodawcami” – czytamy w oświadczeniu PIU.

A wszystko po to, by nie dzielić pacjentów na „lepszych” – bogatszych z prywatnymi polisami i „biedniejszych” z ubezpieczeniem tylko w NFZ.

Tekst projektu ustawy wraz z uzasadnieniem znaleźć można na stronie internetowej Ministerstwa Zdrowia (www.mz.gov.pl).

„Ludzie szlachetni odchodzą otoczeni wdzięczną pamięcią żywych”

Z głębokim smutkiem i żalem żegnamy naszego Kolegę

Śp.

dr. n. med.

Jana Kowalczyka

wieloletniego działacza samorządu lekarskiego, członka Naczelnego Sądu Lekarskiego III kadencji Wspaniałego Człowieka

Rodzinie i Bliskim Zmarłego wyrazy głębokiego współczucia składa Zespół Naczelnego Sądu Lekarskiego

Z głębokim żalem zawiadamiamy że 10 marca 2011 r. zmarł w wieku 68 lat

**dr med. Jan Kowalczyk
(1943-2011)**

Doktor nauk medycznych, specjalista chirurgii onkologicznej, wieloletni pracownik Centrum Onkologii Instytutu im. Marii Skłodowskiej-Curie.

Jeden ze współtwórców samorządu lekarskiego, delegat na wszystkie krajowe i okręgowe zjazdy lekarzy.

Założyciel i redaktor naczelny „Galicyskiej Gazety Lekarskiej”, które to obowiązki pełnił do chwili obecnej.

Przez dwie kadencje przewodniczący Okręgowego Sądu Lekarskiego, Sędzia Naczelny Sądu Lekarskiego. Były członek Naczelnej Rady Lekarskiej.

Odnznaczony m.in. Złotym Krzyżem Zasługi i Honorową Odznaką Okręgowej Izby Lekarskiej w Krakowie.

Człowiek wielkiej prawości i wiedzy, oddany całym sercem swojej pracy zawodowej i samorządowi lekarskiemu, zawsze pogodny, lubiany i życzliwy ludziom.

Lekarz z poczuciem judymowskiej misji, o sercu wrażliwym na cierpienie, zawsze gotów do niesienia pomocy w bólu i niedoli.

Okręgowa Izba Lekarska w Krakowie straciła jednego ze swoich najlepszych liderów.

Będzie Go nam ogromnie brakowało.

Cześć Jego Pamięci!

Okręgowa Rada Lekarska w Krakowie



Z notatnika rzecznika prasowego

Katarzyna Strzałkowska rzecznik prasowy NIL (22) 559 13 27, 660 763 725

Dziękujemy, odchodzimy



Milan Kubek – prezes České Izby Lékařské byl gościem posiedzenia 18 marca br. Przybyli na nie również przewodniczący OZZL Krzysztof Bukiel i przedstawiciele związku z całej Polski. M. Kubek opowiadał o szczegółach akcji „Dziękujemy, odchodzimy”, której skutkiem było porozumienie z rządem ws. wzrostu wynagrodzeń czeskich lekarzy. Na początku roku Prezydium NRL wyraziło solidarność z czeskimi lekarzami.

Lecznicza – uchwalona

W chwili zamykania tego numeru „GL”, posłowie Sejmu RP rozpoczęli głosowania nad projektami zawartymi w pakiecie ustaw zdrowotnych. 18 marca br. uchwalono ustawę o działalności leczniczej, do której samorząd zgłaszał szereg uwag („GL” 1/2011). NRL wyraziła zaniepokojenie uznaniem działalności leczniczej za jeden z rodzajów działalności gospodarczej, poddanych zwykłym prawom wolnego rynku. Oceniała negatywnie dążenie do jak najszerszej „prywatyzacji” jednostek ochrony zdrowia. Jednocześnie wskazywała na szereg kwestii, które uwzględniono w toku prac sejmowej komisji, tj. pozostawienie w gestii samorządu lekarskiego rejestru praktyk lekarskich, wprowadzenie nowej formy wykonywania zawodu – praktyki lekarskiej wyłącznie w przedsiębior-

stwie podmiotu leczniczego, umożliwienie zatrudniania w praktyce lekarskiej lekarza, lekarza dentystry celem odbywania przez niego specjalizacji lub szkolenia w celu uzyskania umiejętności z zakresu węższych dziedzin medycyny lub udzielania określonego świadczenia zdrowotnego, utrzymanie możliwości udzielania przez podmiot leczniczy zamówienia na udzielanie w określonym zakresie świadczeń opieki zdrowotnej innemu podmiotowi leczniczemu z wyłączeniem rygorów ustawy o zamówieniach publicznych.

Wpisy w KINOZ



Są już pierwsze wpisy w utworzonym w lutym br.

Krajowym Indeksie Niedorzeczności w Ochronie Zdrowia. Wpisy dotyczą świadczeń kontraktowanych z NFZ, kontroli recept, nocnej i świątecznej pomocy ambulatoryjnej, skierowań, limitów, zakazu konkurencji. Lekarze i lekarze dentyści, którzy zauważyli niedorzeczności i administracyjne bariery w wykonywaniu swojego zawodu proszeni są o dokonywanie wpisów na adres e-mailowy: kinoz@hipokrates.org

Wymóg: skargi pacjentów



Barbara Kozłowska – Rzecznik Praw Pacjenta była 25 lutego br. gościem Prezydium NRL. Omawiano kwestie sygnałów od pacjentów w związku z trybem udzielania świadczeń me-

dycznych i skarg na rozwiązanie narzucone przez NFZ. Zaznaczono, że podstawą działania Rzecznika są skargi pacjentów, które można przysyłać na adres: prasa@bpp.gov.pl Na ich podstawie Rzecznik może wystąpić z pismem do dyrektora NFZ. Jak podkreśliła Barbara Kozłowska, działając od października 2009 r., obserwuje znaczący wzrost spraw – w 2010 r. było ich 30 000.

10 000 zł za odpady?

Lekarz lub lekarz dentysta będący posiadaczem odpadów jest obowiązany do: prowadzenia ewidencji odpadów lub przekazywania wymaganych informacji lub sporządzania i przekazywania zbiorczego zestawienia danych lub sporządzania podstawowej charakterystyki odpadów lub przeprowadzania testów zgodności. Jeżeli nie wykonuje tego obowiązku albo wykonuje go nieterminowo lub niezgodnie ze stanem rzeczywistym, podlega karze pieniężnej w wysokości 10 000 zł. Tak stanowi przepis art. 79 c ust. 3 ustawy o odpadach, dodany ustawą z 22 stycznia 2010 r. o zmianie ustawy o odpadach oraz niektórych innych ustaw. NRL podjęła stanowisko, w którym domaga się nowelizacji przepisów. Jednocześnie apelowała na stronie internetowej www.nil.org.pl o zwrócenie uwagi na ten problem.

Dyrektor Biura NIL

Od 1 marca br. nowym Dyrektorem Biura NIL jest Wanda Fidelus-Ninkiewicz.

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

Priorytet

Parlament Europejski (PE) 8 marca przyjął „Raport na temat nierówności w zdrowiu”.

Stały Komitet Lekarzy Europejskich (CPME) współpracował w jego przygotowaniu i z zadowoleniem przyjął go, jako krok w kierunku znoszenia nierówności w dziedzinie zdrowia w Europie. Hańbą naszej części świata jest, że nierówności zdrowotne między państwami członkowskimi i wewnątrz nich są wciąż ogromne. Dotyczy to zarówno dostępu do opieki zdrowotnej (zwł. wysokiej jakości), jak i konkretnych wskaźników zdrowia. Istniejące od dawna róż-



nice są wzmacniane przez kryzys gospodarczy i finansowy, w którym ograniczenia budżetowe pogłębiają nierówności pomiędzy państwami, regionami i grupami etnicznymi, społecznymi i ekonomicznymi. Jedynym sposobem na skuteczne rozwiązanie problemu

nierówności w dziedzinie zdrowia jest uwzględnienie tego aspektu życia Europejczyków we wszystkich politykach europejskich i narodowych i nadanie mu odpowiedniego priorytetu. Działania te powinny być skoordynowane i oparte na społecznych, ekonomicznych i środowiskowych uwarunkowaniach zdrowia. Zdrowie winno stać się jednym z filarów polityk narodowych i europejskiej polityki spójności. Dobrze, że PE odniósł się do ograniczeń dostępu do opieki zdrowotnej, których doświadczają najbardziej narażone grupy społeczne. Prawo do najwyższego osiągalnego poziomu zdrowia jest uniwersalne. Zapewnienie

równego dostępu do opieki wszystkim mieszkańcom Unii, w tym także nielegalnym imigrantom, a szczególnie dzieciom i kobietom w ciąży musi być głównym celem w zwalczaniu nierówności w zdrowiu. Jest nadzieja, że Raport pobudzi świadomość polityków unijnych i narodowych i stworzy ramy dla konkretnych działań na obu poziomach. UE, która kładzie nacisk na równe prawa dla wszystkich, powinna stać się światowym liderem pod względem zapewnienia dostępu do wysokiej jakości i bezpiecznej opieki zdrowotnej wszystkim potrzebującym. A Polska ma także w tej dziedzinie wiele do zrobienia.

Konstanty Radziwiłł

Postanowieniem z 2 lutego br.
Urząd Ochrony Konkurencji
i Konsumentów wszczął
* postępowanie antymonopolowe *
wobec Naczelnej Izby
Lekarskiej.



NIL – homeopatia – UOKiK

Katarzyna Strzałkowska

Naczelnej Izbie Lekarskiej postawiono zarzut zawarcia na krajowym rynku świadczeń zdrowotnych porozumienia ograniczającego konkurencję na krajowych rynkach sprzedaży produktów leczniczych homeopatycznych wydawanych z przepisu lekarza. Ograniczenie to polega – zdaniem UOKiK – na ograniczeniu dostępu do tych rynków przedsiębiorcom prowadzącym sprzedaż produktów leczniczych, wskutek ograniczenia lekarzom i lekarzom denty stom możliwości ordynowania tych produktów w wyniku przyjęcia przez NRL stanowiska, iż stosowanie homeopatii stoi w sprzeczności z zasadami etyki lekarskiej.

Zmiana paradygmatu

Na konferencji prasowej zorganizowanej w lutym br., prawnicy podkreślali, że wszczęcie postępowania antymonopolowego w powyższym zakresie to działanie nie przewidziane prawem i ryzykowne społecznie.

Jak zaznaczył mec. Krzysztof Wąsowski, adwokat z Uniwersytetu

Warszawskiego, jeżeli NRL chciałaby regulować rynek sprzedaży leków, to UOKiK powinien przeciwdziałać temu, by lekarze między sobą nie prowadzili nieuczciwej konkurencji. Tymczasem, wszczęciem postępowania wobec NRL w sprawie ograniczania przez nią konkurencji na krajowych rynkach sprzedaży produktów leczniczych homeopatycznych wydawanych z przepisu lekarza UOKiK postanowił określić, jakie leczenie jest dobre, a jakie złe. „Jest pewna zmiana paradygmatu. Niepokojące jest to, że administracja zajmuje się nie tylko strukturami, ale i metodami leczenia, co nie powinno mieć miejsca” – zaznaczył mec. Wąsowski.

Absurdalność wniosku

W ocenie prezesa UOKiK, opublikowane stanowisko mogło mieć negatywny wpływ na sytuację producentów i sprzedawców produktów leczniczych homeopatycznych, utrudniając im prowadzenie działalności gospodarczej. „Prezes UOKiK wymienia dokumenty NRL i zapomnia o konsumentach. W tym jest absurdalność” – mówił na konfe-

rencji Jerzy Kruszewski, przewodniczący Komisji ds. Kształcenia NRL. Dla niego decyzja UOKiK to wejście we współczesne trendy, kiedy pojęciu leczenia próbuje się nadać konotację: leczenie to poprawianie sobie samopoczucia. „Samopoczucie poprawia wróżka lub bioenergoterapeuta, lekarze jednak powinni ograniczać się do definicji leku i leczenia. Nie mówmy o leku, ale o produkcie homeopatycznym” – zaapelował. Jolanta Orłowska-Heitzman – Naczelny Rzecznik Odpowiedzialności Zawodowej dodała, że okręgowi rzecznicy prowadzili postępowania

UOKiK postanowił określić, jakie leczenie jest dobre, a jakie złe.

ze skarg pacjentów, w których skarżący wskazywali, iż produkty homeopatyczne nie powodowały poprawy zdrowia, a w takcie stosowania tych produktów konieczne było zaprzestanie leczenia konwencjonalnego, co skutkowało pogorszeniem stanu zdrowia.

„NRL jednoznacznie działa na korzyść pacjentów. Byłoby niedobrze, żeby interes producentów produktów homeopatycznych zwyciężył nad dobrem chorych” – zaznaczył Konstanty Radziwiłł, wiceprezes NRL.



Aktualna wiedza

Maciej Hamankiewicz – prezes NRL podkreślił: „O produktach homeopatycznych należało mówić już w 1945 r. W międzyczasie jakakolwiek rozmowa na ten temat sprowadzała się do naruszenia czyichś interesów.

Mamy obowiązek leczyć pacjentów w sposób absolutnie weryfikowalny.

Widząc interes, włączyły się w to różne kręgi wraz z kręgami medycznymi, zrealizowano kursy z homeopatii, niektórzy lekarze do nich przystąpili. Z bólem serca przyznajemy, że nasze działania są spóźnione. Walka nie jest naszą rolą, ale my mamy obowiązek leczyć pacjentów w sposób absolutnie weryfikowalny”.

Do sposobów leczenia odniósł się mec. Wojciech Idaszak z Zespołu Radców Prawnych NIL, przytaczając treść art. 4 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentystry, według której lekarz ma obowiązek wykonywać zawód zgodnie ze wskazaniami aktualnej wiedzy medycznej, dostępnymi mu metodami i środkami zapobiegania, rozpoznawania i leczenia chorób, zgodnie z zasadami etyki zawodowej oraz z należytą starannością. „Jak wynika z wypowiedzi autorytetów medycznych, aktualna wiedza nie jest w stanie zaprezentować naukowej skuteczności produktów homeopatycznych” – podkreślił i stąd, jego zdaniem, wynika stanowisko NIL, która ma dbać o należyte wykonywanie zawodu. „NRL nie

otworzyła nowego rozdziału, nie idzie na wojnę z produktami homeopatycznymi, ale wypowiedziała się w ramach swoich kompetencji. To nie jest kampania przeciwko produktom, bo jeżeli ktoś wierzy, że mu pomoże dany produkt, to niech go sobie kupi. Jeżeli jednak przyjmujemy coś ze wskazań lekarza, to oczekujemy, że ten środek skutecznie leczy” – podsumował.

Stanowiska NRL kontra UOKiK

Artykuł 57 Kodeksu Etyki Lekarskiej mówi: „Lekarzowi nie wolno posługiwać się metodami uznanymi przez naukę za szkodliwe, bezwartościowe lub nie zweryfikowanymi naukowo. Nie wolno mu także współdziałać z osobami zajmującymi się leczeniem, a nie posiadającymi do tego uprawnień”. Stanowisko w sprawie stosowania homeopatii oraz pokrewnych metod przez lekarzy i lekarzy dentystry oraz organizowania szkoleń w tym zakresie zostało podjęte przez NRL w kwietniu 2008 r. NRL wymieniła w nim treść art. 57 Kodeksu i zaznaczyła, że część lekarzy i lekarzy dentystry, jak również niektóre organizacje lekarskie i uczelnie medyczne angażują się w popularyzację homeopatii i pokrewnych metod, służąc pomocą w organizacji szkoleń i działań mających na celu legitymizowanie oraz promocję homeopatii, co stoi w sprzeczności z tym artykułem. NRL w 2008 r. wróciła również do swego stanowiska z roku 2002, w którym oceniła negatywnie zjawisko coraz większej ekspansji nieracjonalnych i nie zalecanych metod tzw. medycyny alternatywnej, proponującej niesprawdzone metody diagnozowania oraz leczenie o wątpliwej wartości, które są praktykowane i popularyzowane przez różne podmioty w naszym kraju. „W takiej sytuacji dochodzi do nadużycia pojęć: medycyna i leczenie” – czytamy w stanowisku.

Postępowanie przed UOKiK ma pokazać, czy wymienione stanowiska przyczyniły się do ograniczenia konkurencji na krajowych rynkach sprzedaży produktów leczniczych homeopatycznych wydawanych z przepisu lekarza. NIL ustosunkowała się do postawione go zarzutu i będzie bronić swoich stanowisk w toku dalszego postępowania. ●

**Autorka jest
rzecznikiem prasowym NIL**

Polska delega



Staly Komitet Lekarzy Europejskich (CPME) współpracuje z innymi europejskimi organizacjami lekarzy.

KONSTANTY RADZIWIŁŁ

Komitet został utworzony w 1959 r. w Amsterdamie. Powołało go sześć narodowych organizacji lekarskich (z Belgii, Francji, Holandii, Luksemburga, Niemiec Zachodnich i Włoch). Od tego czasu CPME znacznie powiększył swoje szeregi – zrzesza obecnie narodowe organizacje lekarskie z 27 państw europejskich oraz, na prawach obserwatorów, organizacje z Andory, Chorwacji, Izraela, Macedonii i Serbii. Stale współpracuje także z innymi, „wyspecjalizowanymi” europejskimi organizacjami lekarskimi.

„Zdrowotne Schengen” i inne dyrektywy

CPME brał czynny udział w pracach (nie bez wpływu na jej treść) nad Dyrektywą w sprawie praw pacjenta w transgranicznej opiece zdrowotnej. To dokument, który już dziś okre-

ślany bywa jako „zdrowotne Schengen” i otwiera nowy rozdział w integracji europejskiej – ważny dla przyszłych pacjentów, ale także dla lekarzy i innych profesjonalistów medycznych. Zapisane w Dyrektywie (m.in. pod naciskiem CPME) zalecenie wypracowania ogólnoeuropejskiego standardu rozwiązań w zakresie e-zdrowia z upływem czasu uniemożliwi kontynuowanie anachronicznych rozwiązań w organizacji ochrony zdrowia, w ramach których wielu z nas nadal musi pracować. W 2008 r. wielkim sukcesem środowisk medycznych było zablokowanie próby liberalizacji przepisów Dyrektywy 2003/88/WE dotyczącej niektórych aspektów organizacji czasu pracy. Praktycznie nie było posła do PE, który nie byłby adresatem informacji ze strony CPME wyjaśniającej szczegóły problemu oraz „instrukcji” głosowania według stanowiska środowiska medycznego.

cja w CPME

Również i teraz, kiedy niektóre rządy (wśród nich niestety także polski) ponownie podejmują próbę liberalizacji Dyrektywy poprzez wprowadzenie w niej ducha „flexicurity”

(nowomowne słowo, które można by przetłumaczyć jako „elastyczność” – mimo mylącej, kompromisowo brzmiącej nazwy, oznaczające zwrot od bezpieczeństwa pracowników do elastyczności stosowania zasad, które ich chronią), CPME sprzeciwia się odchodzeniu od zasad stojących na straży zdrowia lekarzy i bezpieczeństwa pacjentów. W szczególności ostro zwalcza pomysły uznawania dyżurów tylko częściowo za czas pracy oraz przyjęcia, że czas odpoczynku może być przyznany lekarzowi nie bezpośrednio po dyżurze.

CPME włączył się także do debaty na temat ewentualnej nowelizacji Dyrektywy 2005/36 w sprawie uznawania kwalifikacji. Broni w niej przede wszystkim zasady automatycznego uznawania kwalifikacji lekarzy z prawem do podjęcia praktyki lekarskiej w dowolnie wybranym kraju członkowskim UE. CPME występuje też o wpisanie medycyny rodzinnej na listę specjalności europejskich.

Jako odpowiedzialna reprezentacja zawodu szczególnego zaufania pu-



Autor jest prezydentem CPME, wiceprezesem NRL

blicznego zabiera głos w europejskiej debacie na temat ważnych spraw dotyczących zdrowia publicznego, bezpieczeństwa pacjentów, organizacji ochrony zdrowia i praktyki lekarskiej,

np. w sprawach takich, jak: ochrona przestrzeni publicznej przed dymem tytoniowym, bezpieczeństwo żywności, prewencja chorób, polityka lekowa, leczenie pacjentów z chorobami rzadkimi, sposoby poprawy jakości i bezpieczeństwa leczenia, informacja kierowana do pacjentów, problemy etyczne związane z opieką nad terminalnie

nie chorymi, wsparcie dla protestujących czeskich lekarzy itd. To wystąpienia, które często stają się początkiem odpowiednich regulacji europejskich, ale też w znaczący sposób poprawiają wizerunek środowiska lekarskiego w Europie.

Potęga Komitetu

Polska delegacja w Komitecie jest od dawna jedną z najbardziej aktywnych. Przedstawiciele NIL nie tylko podczas posiedzeń, ale także poprzez wkład w prace licznych grup roboczych (pracujących obecnie przede wszystkim z użyciem narzędzi elektronicznych) wnoszą wiele cennych uwag znajdujących odzwierciedlenie w ostatecznym kształcie przyjmowanych stanowisk.

Po niedawnej zmianie statutu, w którym siłę głosu uzależniono od liczby reprezentowanych lekarzy, staliśmy się jedną z potęg Komitetu. Nie bez znaczenia jest trwające obecnie polskie przewodnictwo w CPME, poprzez które jeszcze kilka lat nasz głos będzie bardziej znaczący. To niewątpliwie wyzwania dla całego polskiego samorządu lekarskiego, coraz lepiej rozpoznawanego w Europie. ●

CPME sprzeciwia się odchodzeniu od zasad stojących na straży zdrowia lekarzy i bezpieczeństwa pacjentów.

W ostatnich latach zarówno ustawodawca, jak i instytucje społeczne kładą ogromny nacisk na wyeksponowanie praw pacjenta i edukację w tym zakresie.



Lekarz też ma prawa!

Zustyna Zajdel

Działania te są zrozumiałe biorąc chociażby pod uwagę nadrzędną zasadę rządzącą medycyną: *Salus aegroti suprema lex esto* – dobro chorego powinno być dobrem najwyższym. Dedykowanie pacjentom kolejnych aktów poświęconych ochronie praw związanych z udzielaniem świadczeń zdrowotnych i propagowanie wiedzy na ten temat stanowi jednak przeciwwagę dla sytuacji lekarzy.

Od paternalizmu do ekspozowania praw pacjenta

Zawód lekarza należący do grupy zawodów zaufania publicznego nie doczekał się do tej pory żadnego aktu prawnego, który skupiałby rozproszone przepisy odnoszące się do szeroko-

ko pojętych praw osób wykonujących ten zawód. Wydaje się, że prezentowane podejście wynika z dziewiętnastowiecznych tradycji, kiedy to główną wagą środowiska medycznego poświęcana była prawom lekarzy, choremu zaś pozostawiono wyłącznie prawo do swobodnego wyboru lekarza. Paternalistyczną relację lekarz-pacjent starano się złagodzić zamieszczając odpowiednie regulacje w dokumentach odnoszących się do etyki zawodowej.

I tak Kodeks Warszawskiego Towarzystwa Medycznego z 1884 r. podkreślał, aby lekarz nie wykorzystywał swojej przewagi nad pacjentem, która była wyraźnie widoczna w związku z wykreowaniem paternalistycznego stosunku lekarza do pacjenta uznawanego przez długi czas za podstawę nawiązania właściwej relacji terapeutycznej. Ewolucja relacji lekarz-pacjent od paternalizmu przez współpracę, aż do uznania prawa pacjenta do kształ-

towania procesu diagnostyczno-terapeutycznego odzwierciedla przeobrażenia medycyny praktycznej i stosunku pacjentów do lekarzy.

Marginalizowanie praw lekarza

Wraz z przyjęciem modelu gwarantującego pacjentowi kluczowy wpływ na przebieg świadczeń zdrowotnych prawa lekarza zaczęto trak-

tować marginalnie ekspozując jednocześnie prawa pacjenta. Istotne minimalizowanie znaczenia praw lekarza rozpoczęło się po II wojnie światowej, kiedy to zawód lekarza zaczęto postrzegać jako „posłannictwo społeczne”. W książce autorstwa T. Cypriana i P. Asłanowicza („Karna i cywilna odpowiedzialność lekarza”, Kraków 1949 r.) po-



Autorka jest adiunktem w Zakładzie Prawa Medycznego UM w Łodzi

jawia się twierdzenie, że *konsekwencją zmiany zapatrywania się na pozycję lekarza jest nałożenie na osoby wykonujące ten zawód obowiązku służenia społeczeństwu w znacznie szerszym zakresie niż to miało miejsce w ustroju, w którym lekarz jako przedstawiciel*

Obecnie arginalizowanie praw lekarza widoczne jest chociażby w samej terminologii.



jednego z wolnych zawodów oddawał swe usługi na mocy zwyczajnej umowy i pobierał za nie honorarium. Obecnie marginalizowanie praw lekarza widoczne jest chociażby w samej terminologii, która zarówno w literaturze, jak i aktach prawnych odnosi się do praw pacjenta i obowiązków lekarza.

Potrzebę zajęcia się tematyką odnoszącą się do praw lekarza potwierdza ostatnia decyzja środowiska lekarskiego o powołaniu Rzeczników Praw Lekarza, która to instytucja ma zupełnie nowy charakter. Nie bez znaczenia pozostaje fakt, że Rzecznik Praw Lekarza nazywany jest „obroną konieczną” (patrz www.rynekzdrowia.pl) niezbędną do zrównoważenia sytuacji, w której pacjent posiada prawa, a lekarz wyłącznie obowiązki z nich wynikające.

Prawda o prawach lekarza

Pomijanie tematyki związanej z prawami lekarza widoczne jest nie tylko w związku z brakiem aktów prawnych dedykowanych tej tematyce, ale również w związku z charakterystycznym podejściem do tego problemu ogólnie używanego i powszechnego źródła wiedzy, jakim jest internet. Poszukując odniesienia do praw lekarza w internecie natrafiłam na nieliczne publikacje, co pozwala przyjąć twierdzenie, że poruszanie tej tematyki jest kazuistyczne. Należy przy tym podkreślić, że do tej pory nie powstała żadna monografia, która w sposób kompleksowy odnosiłaby się do omawianej tematyki. Wkrótce ukaze się pierwsza jak do tej pory monografia autorki niniejszego testu, poświęcona w całości temu

tematowi. Mając na uwadze potrzeby środowiska lekarskiego, wspólnie z Redakcją, rozpoczynam na łamach „Gazety Lekarskiej” cykl poświęcony prawom lekarza. Pierwsza część cyklu zostanie poświęcona prawom, które mają ścisły związek z udzielaniem świadczeń zdrowotnych, w tym prawu do odmowy udzielania świadczeń, prawu do ochrony dóbr osobistych i prawu do podejmowania autonomicznych decyzji w procesie leczenia.

Kolejna część dedykowana będzie kontrowersyjnym prawom lekarza, do których należą, między innymi, możliwość zastosowania leków „off-label use”, wykorzystanie telemedycznych środków przekazu w trakcie udzielania świadczeń zdrowotnych, decydowanie o odstąpieniu od uporczywej terapii i pobieranie narządów ze zwłok ludzkich wbrew woli najbliższej rodziny zmarłego. Nie zostaną także pominięte prawa lekarza jako pracownika, prawa lekarza żołnierza oraz prawa lekarza przedsiębiorcy. Wybór kolej-

Rzecznik Praw Lekarza nazywany jest „obroną konieczną” niezbędną do zrównoważenia sytuacji, w której pacjent posiada prawa, a lekarz wyłącznie obowiązki z nich wynikające.

nych tematów podyktowany będzie rzeczywistą potrzebą Czytelników i profilem zainteresowania poszczególnymi problemami.

Theodor Billroth mawiał, że „zasadą, metodą i celem dociekań jest ustalenie prawdy pomimo tego, że prawda może okazać się sprzeczna z naszymi realiami społecznymi, etycznymi i publicznymi”. Wierząc, że prawda o prawach lekarza i potrzebie ich szybkiego wyeksponowania i umocnienia wpisze się zarówno w oczekiwania środowiska medycznego, jak i samych pacjentów, zachęcam do lektury kolejnych artykułów. ☉



Ponoć nie ma głupich pytań – natomiast bywają głupawe odpowiedzi. Jednak ja z tym twierdzeniem zgodzić się nie mogę, ponieważ znam wiele bezsensownych pytań, wśród których znajdują się też owe irytująco-naiwne, nieraz modelowane na niby dziecinne, a także takie, na które trudno jest znaleźć jakąś sensowną odpowiedź. I nie szkodzi, ponieważ zawsze można je skwitować uśmiechem lub choćby wzruszeniem ramion.

Pytania i o przeróżne

ROMAN WERS

W okienku, które właśnie otwieramy, będą się pojawiały pytania wszelkich gatunków, z różnych dziedzin i o rozmaitym podtekście czy wydźwięku. Mogą one być poważne, filozoficzne, satyryczne, absurdalne, prymitywne lub wysublimowane, nie koniecznie żartobliwe, ale zawsze takie, które potrafią zaciekać lub sprowokują do szukania odpowiedzi – choćby i tych niezbyt konkretnych, lub nieco głupawych. To jest propozycja na chwilę wspólnej rozrywki i odprężenia, ale czy tego rodzaju eksperyment się powiedzie, będzie zależało od nas samych. W każdym razie warto spróbować, bowiem to obecne, nazbyt pośpieszne, a niekiedy wręcz zagonione życie nieraz pozbawia nas stosownego dystansu do tzw. rzeczywistości. Zaczniemy więc artykułować swoje wątpliwości, zadawać pytania i odpowiadać na nie, ujawniając też kontrowersje, nawet prowokujemy umowne, również absurdalne spory, ale niechaj

wreszcie dzieje się coś pozytywnego i radosnego. Na początek, a nawet i potem, można rozrzucić serpentyny i konfetti, zapalić pochodnie, założyć jakieś twarzone, błazeńskie czapki (mogą być też niewidki). Potem spróbujmy ustroić barwnymi balonikami humoru nasze domowe twierdze, gdzie bytujemy w coraz większej izolacji.

Od pewnego czasu człowiekowi do człowieka nie jest łatwo się zbliżyć, bo wszędzie są zasieki; w efekcie kultywowania quasi-postępu zrobiliśmy się jacyś „ksobni-osobni”; jednak czy naprawdę tak powinno być i czy nam z tym dobrze? Polacy wszak od zawsze byli gościnni, towarzyscy i nawet w życiowo trudnych sytuacjach zachowywali poczucie humoru; aż trudno sobie wyobrazić, że to wszystko może nam zaniknąć. Nie dajmy się przerobić na sztywne mumie

„Gdy dwaj robią to samo, to nie jest to samo”

TERENCJUSZ (PUBLIUS TERENTIUS AFER,
OK. 190 - OK. 159 P.N.E.)

„Gdy amfora jest pusta, przyjaciele rozchodzą się”

HORACY (QUINTUS HORATIUS
FLACCUS, 65 - 8 P.N.E.)

i koniecznie zachowajmy nieco fantazji. Spróbujmy przymrużyć oko i uchylić drzwi, ponieważ za nimi być może już stoi taki fajny, uśmiechnięty piesek, który zaskoczy nas pytaniem: Czy wiecie, dlaczego pies macha ogonem? A jeśli zabraknie nam refleksu, to sam odpowie: Ponieważ ogon psem nie może machać. I w podskokach pobiegnie dalej, aby innych, nazbyt poważnych lub wręcz nadętych, także pytać o takie lub podobne głupotki, jak np.: Gdzie jest najwięcej mokrych kamieni, a gdzie najwięcej żył? Albo: Dlaczego,

**„Głupszym
od nieuka jest
głupiec uczony”**

MOLIERE (WŁAŚC. JEAN BAPTISTE POQUELIN,
1622-1674)

dpowiedzi

mądre, głupie i takie sobie

gdy Anglik napisze rozprawę naukową, to czyta się ją jak humoreskę, natomiast w Polsce humoreskę, satyrę lub fraszkę nieraz czyta się jak rozprawę? I gdyby wtedy ktoś, dotychczas wielce ważny-poważny, zechciał też wpaść w podobnie frywolny ton, pogłaskał tego umownego psa i spytał: A co komu do jemu, a jemu do komu? (albo jakoś tak podobnie), to czy by nie było znakomicie?

Jeszcze pozwolę sobie dodać od siebie kilka „zapytań” z prośbą

o nadsyłanie (choćby anonimowo) stosownych, ewentualnie całkiem niestosownych lub purnonsensownych odpowiedzi oraz podpowiedzi czy propozycji. Postaramy się publikować je w tym oto gazetowym okienku i wspólnie tworzyć przyjazny klimat.

Łączę serdeczne, koleżeńskie pozdrowienia i pozostaję z nadzieją, że jednak nam się uda.

e-mail: wers1@o2.pl

PS. A tutaj są te dodatkowe, oparte na cytatach „zagadnienia do rozpatrzenia”. ◉

**„Formuła sztuki
nowoczesnej stała się bardzo
prosta: prowokacja plus reklama”**

(GIORGIO DE CHIRICO)

**„Filozofia nie ma bezcennych
wyników, lecz studiowanie filozofii
daje wyniki bezcenne”**

Jak nie kijem,

*Wszystko
można ulepszyć
z wyjątkiem
człowieka*

Bertolt Brecht

JOLANTA MAŁMYGA

Od dawna samorząd lekarski zabiega o wprowadzenie koszyka gwarantowanych świadczeń medycznych finansowanych ze środków publicznych, czyli Narodowego Funduszu Zdrowia. Prawdą jest także, że propagowaliśmy ideę dodatkowych ubezpieczeń zdrowotnych dla obywateli – ubezpieczeń na procedury, których nie będzie w koszyku, a dodatkowe ubezpieczenia ułatwią i przyspieszą ich wykonanie.

Łatanie budżetu strachem

No i mamy, co chcieliśmy, czyli zapowiedź wprowadzenia ubezpieczeń dodatkowych, dla zamożnych. Mają one wykreślić z kolejek na zabiegi i na porady specjalistyczne bogatych, aby zwolnić miejsca dla mniej zamożnych.

Według projektodawców to idealny sposób na likwidację kolejek i łatanie niskiego budżetu, jaki w naszym kraju przeznaczają się na opiekę zdrowotną.

A koszyka ciągle brak – no bo i po co on? Moim zdaniem koszyk pewnie będzie zbyteczny, jeżeli społeczeństwo dodatkowo się ubezpieczy. Może wcale nie będzie potrzeby przeznaczania tak dużej ilości środków finansowych na zapewnienie opieki medycznej. W starzejącym się społeczeństwie, ze strachu przed chorobami, większość ludzi powinna przeznaczyć ostat-



ni grosz na zapewnienie sobie leczenia – tym bardziej, że nie wiadomo, jaki zakres świadczeń będą owe ubezpieczenia obejmowały. Tylko pytam: Z czego renciści i emeryci mają te dodatkowe pieniądze wyłożyć? Młodzi mają inne priorytety i o chorobach nie myślą.

Koszyk świadczeń gwarantowanych pewnie będzie zbyteczny, jeżeli społeczeństwo dodatkowo się ubezpieczy.

to pałką

Zamiast leczyć, będziemy drukować paragony.

Prywatna = kosztowna?

Stomatologia praktycznie w większości jest już prywatna. Czy wszyscy są zadowoleni? Mam co do tego wątpliwości, ale w wielu wypadkach nie ma innego wyjścia i trzeba leczyć się prywatnie. Wciąż straszy się nas prywatyzacją szpitali – uczciwie powiem, że nie wszystkim, tylko tym, których zarządzający będą na takie przekształcenia gotowi. Istnieją już przecież szpitale w pełni prywatne, w których pacjenci są przyjmowani szybko i udziela się im świadczeń na wysokim poziomie – owszem, to kosztuje obie strony, ale obie też są zadowolone. Nie mówię tu o szpitalach prywatnych, które mają kontrakty z NFZ i przyjmują pacjentów w ramach Funduszu – te radzą sobie dzięki możliwości wykonywania procedur w pełni opłacanych przez pacjentów. A szpitale publiczne wciąż są zadłużone.

„Leczenie” paragonem

Gdyby się zastanowić, toż to kraj szczęśliwości! Prędzej czy później wszyscy zrozumieją, że lepiej się zabezpieczyć dodatkowym ubezpieczeniem, żyć bez strachu i nie liczyć na świadczenia publiczne. Owszem, pozostanie pewna grupa społeczeństwa, która tego nie zrobi z braku moż-

liwości finansowych, ale przecież zgodnie z Konstytucją RP jakąś opiekę będzie miała zagwarantowaną.

Bardzo pomocne w realizacji tego pomysłu w takim wydaniu jest wprowadzenie kas fiskalnych w gabinetach prywatnych. Kierowcy taksówek na paragonach wpisują liczbę kilometrów, a lekarze zgodnie z zaleceniami Ministerstwa Finansów mają wpisywać liczbę udzielonych świadczeń z wyszczególnieniem ich rodzaju i odwoła-



Autorka jest lekarzem dentystą, wiceprezesem ORL w Gorzowie Wlkp.

niem do pozycji cennika lub katalogu świadczeń, np. opartego na wykazie świadczeń NFZ.

Po co takie wydruki – nie wiem, o tajemnicy lekarskiej nie wspominam, gdyż na paragonach nie ma danych identyfikujących pacjenta, a jedynie dane lekarza. Zamiast leczyć, będziemy drukować paragony, a tym samym mniej czasu pozostanie na leczenie – fakt,

pewnie będzie to robiła zatrudniona dodatkowo osoba i, proszę, mamy dodatkowy efekt: udział lekarzy w zmniejszeniu bezrobocia, a przecież o to chodzi.

Prędzej czy później wszyscy zrozumieją, że lepiej żyć bez strachu i nie liczyć na świadczenia publiczne.

Moim zdaniem pomysł jest genialny, jeszcze w żadnym państwie nikomu nie udało się wprowadzić takiej szybkiej reformy opieki zdrowotnej, prawda?

Polak potrafi, szczególnie przed wyborami! ●

Dokładać do interesu...



Narodowy Fundusz Zdrowia płaci stomatologom nie tyle, ile trzeba, tylko tyle, ile chce.

ANDRZEJ BASZKOWSKI

Każdy lekarz, także stomatolog, ma prawo otrzymywać za wykonaną na rzecz NFZ usługę zapłatę, która w całości pokryje jego koszty i pozwoli na stosowny do wkładu pracy i wykształcenia zarobek. Taka zasada obowiązuje w gospodarce rynkowej. Ale nie w NFZ. Fundusz płaci nie tyle, ile trzeba, tylko tyle, ile chce. Komisja Stomatologiczna Naczelnej Rady Lekarskiej od lat domaga się wprowadzenia w rozliczeniach z Funduszem cen rzeczywistych. Ich opracowaniem zajął się, na zlecenie samorządu, mgr inż. Waldemar Styło, który wyliczył je w realiach roku 2003, a następnie dwukrotnie aktualizował. Powstało rzetelne opracowanie, będące podstawą do rozmów z NFZ. Żeby je przypomnieć posłużę się przykładem 4 najczęściej wykonywanych świadczeń.



Autor jest lekarzem dentyścią, wiceprezesem WIL, członkiem NRL

Minimalne koszty jednostkowe świadczeń na koniec 2005 r., i przy założeniu, że koszt pracy lekarza oparto o poziom 2-krotnego przeciętnego wynagrodzenia w gospodarce, powinny przedstawiać się następująco:

- badanie stomatologiczne 34,77 zł,
- wypełnienie (tzw. plomba) 96,04 zł,
- ekstrakcja ze znieczuleniem miejscowym, nasiękowym 80,16 zł.

Trzeba przy tym pamiętać, że koszty utrzymania gabinetu (m.in. media, ma-

teriały, środki dezynfekujące, płace personelu) od 2005 r. do dziś znacznie wzrosły. Należałoby więc powyższe ceny waloryzować. W ten sposób wiadomo byłoby, jak powinny wyglądać rzeczywiste ceny świadczeń stomatologicznych i do czego chcemy dojść.

W ostatnim jednak czasie pojawił się w internecie

i w niektórych publikacjach zdumiewające wypowiedzi kolegów zaniżających swoje oczekiwania finansowe wobec NFZ. Deklarują oni, że wystarczająca dla nich wartość punktu to np. 1,15 czy 1,20 zł. Oznacza to, że dla nich badanie warte jest 12,65 lub 13,20 zł, wypełnienie 49,45 i 51,60 zł, a ekstrakcja ze znieczuleniem odpowiednio 48,20 i 50,40 zł. Koledzy utrzymują, że te ceny pokrywają poniesione przez nich koszty. Ciekawe, czy pozwalają także na utrzymanie właściwej jakości świadczeń...

Trudno zrozumieć dlaczego koledzy postanowili pójść na rękę NFZ, zaniżyć swoje koszty i zrezygnować z należnych im pieniędzy. Tłumaczenie, że aktualnie przepisy nie pozwalają Funduszowi na wprowadzenie cen rzeczywistych jest bałamutne. Przepraszam, ale co to nas obchodzi? Lekarze nie chcą nie wiadomo czego, tylko zapłaty za swoją pracę, do czego mają święte prawo. Żadne przepisy tego nie zabraniają, a wręcz przeciwnie. Urzędników trzeba zmusić do zaakceptowania tego oczywistego faktu. Do tej pory to się nie udało. Należy jednak szukać wszelkich sposobów, aby ten stan zmienić. Z pewnością de-

Komisja Stomatologiczna NRL od lat domaga się wprowadzenia w rozliczeniach z Funduszem cen rzeczywistych.

klaracje samych lekarzy, że oni rezygnują z części roszczeń wobec NFZ – sprawie nie pomagają. Więcej – jest to absurd, którym zachwycony musi być Fundusz. Rezygnować z należnych pieniędzy i dokładać do interesu... No, no...

Co bym pomyślał o pompierzu na stacji benzynowej, na której dziś płaciłem 5 zł za litr paliwa, który przy kasowaniu dobrodusznie zaproponowałby, żebym zapłacił nie po 5, ale po 4, bo wiadomo: wszystkim jest ciężko...? ☉

Czujemy się osaczeni

Szanowny Panie Redaktorze! Przeczytaliśmy wraz z żoną Pana artykuł „W czarnych barwach” („GL” nr 2/20011) i jako lekarze stomatolodzy popadliśmy w rozpacz. Dotarło bowiem do nas, w jaką pułapkę zastawioną przez urzędników z ochrony środowiska zostaliśmy złapani. Staramy się prowadzić nasz gabinet zgodnie z wszelkimi przepisami, ale czegoś takiego się nie spodziewaliśmy. Oczywiście prowadzimy tak zwaną gospodarkę odpadami, lecz o sprawozdaniu do marszałka województwa usłyszeliśmy dopiero jesienią ubiegłego roku. Wiedzę tę posiadaliśmy dzięki „Gazecie Lekarskiej”. Niedługo przyjdzie nam złożyć takie sprawozdanie za 2010 r. i pewnie dopadną nas urzędnicy za 2009 r., za który nie złożyliśmy sprawozdania. Mamy z żoną zarejestrowane osobne praktyki w tym samym gabinecie, więc zagrożeni jesteśmy podwójną karą. 20 000 zł jednorazowo będzie dla nas prawdziwą „egzekucją” finansową. Nie wiemy jak można było taką ustawę opracować. Tak jak Pan wspomniał w artykule, segregujemy odpady, przechowujemy w specjalnych pojemnikach i kolorowych workach, w przeznaczony do tego celu lodowce, posiadamy umowy z firmą utylizacyjną, prowadzimy dokumentację. I mimo to czeka nas gigantyczna kara za niezłożenie papierka. Niechby tam jakaś kara była, ale racjonalna i adekwatna do czynu. Tak na marginesie, tych odpadów mamy maksymalnie około 30 kg rocznie.

Dochodzimy do wniosku, że prowadząc nasze praktyki czujemy się osaczeni przez coraz bardziej biurokratyzowane systemy państwa. Prowadzenie samodzielnie gabinetu lekarskiego jest już udręką. Dopadają nas przepisy skarbowe, „zusowskie”, ochrony środowiska, „sanepidowskie”, ewidencje działalności gospodarczej, koszmar systemu NFZ, przepisy z zakresu ochrony danych, prowadzenia dokumentacji, gospodarki lekami. Można by pewnie jeszcze wymieniać długo. Nie jesteśmy



tego w stanie śledzić ani poznać. Zawsze coś robimy nie tak jak chcą przepisy, chociaż o tym często nie wiemy. Aż przychodzi taki dzień, w którym dowiadujemy się, że jest dla nas kara po 10 000 zł, albo za coś tam możemy pójść do więzienia. Czekamy, kto zapuka do gabinetu, by nam przyłożyć z jakiegoś przepisu. Prosimy Pana Redaktora o kontynuowanie rozpoczętego tematu i nagłaśnianie sprawy tych drakońskich kar za sprawozdania o odpadach.

JOANNA I TOMASZ WESOŁOWSCY

Fakie systemy wartości?

W numerze 12/2010 „GL” jest interesujący artykuł dra Konstantego Radziwiłła pt. „Klauzula sumienia”. Z uwagi na osobę autora, długoletniego prezesa NRL i przedstawione w tym artykule poglądy należy ten artykuł traktować z odpowiednią uwagą. Otóż autor pisze, że art. 39 o zawodzie lekarza i lekarza dentystry przyznaje lekarzowi prawo do powstrzymania się od wykonywania świadczeń zdrowotnych niezgodnych z jego sumieniem, jednak w ogóle nie przyznaje takiego prawa placówkom ochrony zdrowia. Z całą pewnością wymaga to nowelizacji twierdzi autor. (...) Czyli autor uważa, że nie tylko pracownicy służby zdrowia, ale i całe placówki mają swoje sumienie i mogą postępować według swojego systemu wartości. Uważam, że z uwagi na osobę autora takie twierdzenia wymagają wyjaśnienia.

Po pierwsze, o jakie placówki ochrony zdrowia chodzi? Czy to ma być np. państwowy szpital kliniczny, który zatrudnia ok. 1000 osób, czy oddział ginekologiczny szpitala powiatowego? Jak ustalić, jaki system wartości chce mieć dana placówka i jakie „kontrowersyjne procedury z punktu widzenia moralnego” w związku z tym będzie chciała wykonywać, a jakich nie? Czy za pomocą tajnego głosowania większością głosów, czy ustali to dyrektor, rada szpitala albo ordynator wg starej zasady *Cuius regio, eius religio*? Co się stanie z pracownikiem, który się temu systemowi wartości placówki nie podporządkuje? Zostanie zwolniony, czy tylko napiętnowany, czy może jeszcze coś innego go spotka?

I najważniejsze, o jakie systemy wartości chodzi? Dr Radziwiłł nie pisze tego. A w „pluralistycznym świecie” tych systemów wartości jest dużo. Każda placówka będzie mogła mieć „swoją wartość”. W jednej nie będzie można zapisywać środków antykoncepcyjnych, a w drugiej będą wykonywane aborcje ze wskazań społecznych, bo uznawanie „Swojego systemu wartości” ma stać ponad prawem obowiązującym w danym kraju. Trzeba tylko wskazać placówkę, która tego prawa przestrzega.

Mogą być „systemy wartości” buddystów, ewangelików, a w systemie wartości świadków Jehowy nie będzie można leczyć chorych przetaczaniem krwi. Taki artykuł jak „Klauzula sumienia” p. dra Radziwiłła z pewnością wymaga wyjaśnienia i dyskusji.

DR MED. JACEK KSIĄŻECKI,
LUBLIN

Najwyższy czas na kase... fiskalną!

* Od 1 maja 2011 r. lekarze prowadzący prywatne praktyki i udzielający w ich ramach świadczeń zdrowotnych na rzecz indywidualnych pacjentów będą zobowiązani do posiadania kas fiskalnych.

R E K L A M A

MARZENA BOJARCZUK

Od kiedy rozpoczęliśmy na łamach „Gazety Lekarskiej” publikację artykułów z cyklu „Kasy fiskalne – informator dla lekarzy”, do redakcji napływa wiele listów z pytaniami dotyczącymi nowych fiskalnych obowiązków, które rozporządzeniem ministra finansów zostały nałożone na lekarzy. Obowiązkwowi temu lekarze i lekarze dentyści podlegać będą od 1 maja br., czyli już za kilkanaście dni. To ostatnie chwile na wyjaśnienie wątpliwości i podjęcie decyzji dotyczących tego, czy i jakie urządzenie rejestrujące zakupić. W poprzednim numerze „Gazety Lekarskiej” odpowiadaliśmy na najczęściej pojawiające się pytania Czytelników. W bieżącym wydaniu „Gazety” – w ostatnim już odcinku dotyczą-

cym kas fiskalnych i obowiązku ich instalowania w indywidualnych gabinetach lekarskich – zamykamy serię pytań i odpowiedzi. O wyjaśnienie wciąż istniejących wątpliwości zwróciliśmy się do Departamentu Podat-



Magdalena Kobos –
rzecznik prasowy
Ministerstwa Finansów

Podatnicy mają prawo do odliczenia kwot wydatkowanych na zakup każdej z kas rejestrujących, które zostały zgłoszone na dzień rozpoczęcia ewidencjonowania.



O liczbie kas niezbędnych do prawidłowego prowadzenia ewidencji decyduje sam podatnik.

ku od Towarów i Usług Ministerstwa Finansów. W imieniu MF odpowiedzi udziela rzecznik prasowy Ministerstwa Finansów Magdalena Kobos.

Jakie akty prawne regulują kwestie rejestrowania przychodów za pomocą urządzeń rejestrujących i objęcia tym obowiązkiem prywatnych praktyk lekarskich?

Zagadnienia związane z obowiązkiem ewidencjonowania obrotu za pomocą kas rejestrujących

regulują przepisy art. 111 ustawy z 11 marca 2004 r. o podatku od towarów i usług (Dz.U. nr 54, poz. 535 ze zm.), jak również rozporządzenie ministra finansów z 26 lipca 2010 r. w sprawie zwolnień z obowiązku prowadzenia ewidencji przy zastosowaniu kas rejestrujących (Dz.U. nr 138, poz. 930) oraz rozporządzenie ministra finansów z 28 listopada 2008 r. w sprawie kryteriów i warunków technicznych, którym muszą odpowiadać kasy rejestrujące oraz warunków ich stosowania (Dz.U.

nr 212, poz. 1338 ze zm.). Zgodnie z art. 111 ust. 1 ww. ustawy obowiązkiem ewidencjonowania obrotu za pomocą kas rejestrujących objęci są podatnicy dokonujący sprzedaży na rzecz osób fizycznych nieprowadzących działalności gospodarczej oraz rolników ryczałtowych.

Co jest obrotem konsumenckim w kontekście ww. przepisów?

Obrotem w rozumieniu ustawy o podatku od towarów i usług jest kwota należna z tytułu sprzedaży, pomniejszona o kwotę należnego podatku. Ustawa nie posługuje się pojęciem obrotu konsumenckiego i nie zawiera szczególnych regulacji dla rozliczenia usług prowadzonych w ramach

prywatnej praktyki lekarskiej. W tych dziedzinach mają zastosowanie ogólne przepisy dotyczące ewidencji przy zastosowaniu kas.

Czy do limitu rocznego obrotu 40 000 zł wlicza się np. kwotę ze sprzedaży samochodu osobie fizycznej lub przychód z tytułu wynajmu lokalu osobie fizycznej, czy też jest to wyłącznie przychód z tytułu świadczonych usług medycznych?

Limit 40 000 zł obrotu, który uprawnia do korzystania przez podatników ze zwolnienia do 31 grudnia 2011 r. lub 2012 r. z obowiązku ewidencjonowania obrotu za pomocą kas rejestrujących, odnosi się tylko do obrotu uzyskanego ze sprzedaży >>

na rzecz osób fizycznych nieprowadzących działalności gospodarczej oraz rolników ryczałtowych w ramach prowadzonej działalności gospodarczej. Działalnością gospodarczą w rozumieniu art. 15 ust. 2 ww. ustawy jest wszelka działalność producentów, handlowców lub usługodawców, a także działalność osób wykonujących wolne zawody – również, gdy czynność została wykonana jednorazowo w okolicznościach wskazujących na zamiar wykonywania czynności w sposób częstotliwy. Jeżeli samochód osobowy stanowi majątek przedsiębiorstwa podatnika, sprzedaż tego samochodu winna być wliczona do ww. limitu.

Czy przyjmując pacjentów indywidualnych w kilku gabinetach w różnych miejscach (np. w 2 gabinetach w różne dni tygodnia) trzeba w każdym z nich instalować urządzenia rejestrujące, czy wystarczy jedna kasa przenośna (mobilna), którą dodatkowo zabiera się na wizyty domowe i wymagana kasa rezerwowa na wypadek awarii?

Wybór właściwego typu kasy rejestrującej należy do podatnika. Wybór ten powinien być poprzedzony analizą specyfiki prowadzonej przez podatnika działalności gospodarczej. Przepisy w zakresie kas rejestrujących nie



O liczbie urządzeń rejestrujących i miejscu (adresie) ich użytkowania podatnik informuje naczelnika właściwego urzędu skarbowego.

rozstrzygają tej kwestii. Podstawowym wymogiem dotyczącym ewidencjonowania obrotu za pomocą kas rejestrujących jest obowiązek rejestrowania na kasie każdej sprzedaży, o której mowa w art. 111 ust. 1 ww. ustawy. O liczbie kas niezbędnych do prawidłowego prowadzenia ewidencji decyduje sam podatnik. O liczbie kas rejestrujących i miejscu (adresie) ich użytkowania informuje naczelnika właściwego urzędu skarbowego.

Czy refundacja kosztów urządzenia rejestrującego będzie dokonywana tylko w tym roku czy zawsze przy zakupie pierwszej kasy?

Na podstawie art. 111 ust. 4 ww. ustawy podatnicy mają prawo do odliczenia kwot wydatkowanych na zakup każdej z kas rejestrujących, które zostały zgłoszone na

dzień rozpoczęcia (powstania obowiązku) ewidencjonowania. W odniesieniu do ww. regulacji obecnie nie zastosowano żadnego czasowego ograniczenia. Odejście od tej regulacji wymagałoby zmiany ustawy o podatku od towarów i usług. Warunkiem skorzystania z odliczenia (§ 2 ust. 1 pkt 1 rozporządzenia ministra finansów z 27 grudnia 2010 r. w sprawie odliczenia i zwrotu kwot wydatkowanych na zakup kas rejestrujących – Dz.U. nr 257, poz. 1733) jest złożenie przez podatnika do naczelnika właściwego urzędu skarbowego, przed terminem rozpoczęcia ewidencjonowania obrotu i kwot podatku należnego, pisemnego zgłoszenia o liczbie kas rejestrujących i miejscu (adresie) ich użytkowania, które podatnik zamierza stosować do tego ewidencjonowania.

R E K L A M A



Obowiązek posiadania kasy fiskalnej w 2011 r. określa się m.in. na podstawie wysokości obrotu w roku 2010. Czy analogicznie będzie to wyglądało w przyszłym roku, tzn. jeżeli w tym roku nie powstanie taki

obowiązek, to na jakiej podstawie określać się go będzie na rok przyszły i lata następne?

Powołane wcześniej rozporządzenie z 26 lipca 2010 r. określa zasady zwolnień z obowiązku ewidencjonowania za pomocą kas rejestrujących w latach 2011-12. Nieprzekroczenie 40 000 zł obrotu w 2011 r. z działalności określonej w art. 111 ust. 1 ww. ustawy pozwala na korzystanie ze zwolnienia z obowiązku ewidencjonowania za pomocą kasy rejestrującej w 2012 r. pod warunkiem jednak, że wcześniej w stosunku do podatnika nie powstał obowiązek ewidencjonowania (§ 3 ust. 1 pkt 2 ww. rozporządzenia) i podatnik nie rozpoczął wyko-

nywania czynności wyszczególnionych w § 4 ww. rozporządzenia.

Szczegółowe informacje dotyczące obowiązku instalowania kas fiskalnych w indywidualnych gabinetach lekarskich znaleźć można także na stronie internetowej Ministerstwa Finansów (www.mf.gov.pl) w broszurze informacyjnej pt. „Kasy rejestrujące – prawa i obowiązki podatnika zobowiązanego do prowadzenia ewidencji za pomocą kasy rejestrującej”. Pytania w tej sprawie można także kierować (najlepiej w formie pisemnej) do „swojego” urzędu skarbowego. ☉

Marzena Bojarczuk

OD REDAKCJI

W związku z pojawiającymi się pytaniami dotyczącymi danych, które powinny być umieszczone na paragonie (wydruku) z kasy fiskalnej

informujemy, że zakres tych danych szczegółowo został opisany w poprzednim odcinku informatora z cyklu „Kasy fiskalne – informator dla lekarzy”. Wspomniana tam możliwość umieszczenia na paragonie symboli odwołujących się do pozycji z cennika lub np. wykazu świadczeń NFZ jest tylko możliwością, a nie bezwzględnym wymogiem.

Podzégacze i kułacy

Biopolityka to współczesna forma rządzenia światem.

KRYSTYNA KNYPL

Retoryka zimnowojenna dobrze sprzedaje się w polityce – tak przynajmniej sądzą ci, którzy ją uprawiają. Stwierdzenia używane w politycznej walce na słowa powinny być dosadne i działające na wyobraźnię słuchacza lub czytelnika, który jest wyborcą.

Przy spadającym poparciu wszystkie chwytły są dozwolone i wszystkie rodzaje zalotów wobec wyborców uzasadnione. Najlepsze polityczne umizgi polegają na zadeklarowaniu nieustającej troski o zdrowie i finanse obywateli. Ponieważ ludzie lubią słuchać obietnic, w zasadzie można się do nich ograniczyć. Mini-

sterstwo Zdrowia wprawdzie nie jest resortem siłowym, ale z pewnością w strategii oddziaływania na społeczeństwo ma bardzo silną i ważną pozycję. Wszak biopolityka to współczesna forma rządzenia światem. Dziś nie trzeba zaorywać komuś między, najeżdżać terytorium sąsiada czy podbijać całych krajów, aby wygrać ważną bitwę. Wystarczy za władnięc wyobraźnię ludzi, a gdy owo zawładnięcie dotyczy tak wrażliwej kwestii jak zdrowie, wygrana jest prawie pewna.

Dlatego wie co robi minister, a także posłanka Ewa Kopacz, poświęcając bardzo dużo uwagi wystąpieniom w mediach, natomiast zdecydowanie mniej angażując się w stanowienie prawa. Posłanka Ewa Kopacz nie traci czasu na taką pracę w sejmie, jak dyskusje w komisji czy zadawanie pytań przedstawicielom innych resortów. Gdy klikniemy na link zatytułowany „wystąpienia na posiedzeniach sejm” (<http://orka2.sejm.gov.pl/Debata6.nsf/idWWW?OpenView&RestrictToCategory=170>), dowiemy się, że poseł Ewa Kopacz nie wygłosiła żadnych wypowiedzi. Link „interpelacja, zapytania, pytania w sprawach bieżących” (<http://orka2.sejm.gov.pl/IZ6.nsf/www-ident?openview&RestrictToCategory=170>) dostarczy nam odpowiedzi „brak aktywności”.

Pani poseł Ewa Kopacz nie należy też do żadnej komisji sejmowej, zespołu parlamentarnego, delegacji parlamentarnej czy grupy bilateralnej.



Autorka jest doktorem nauk medycznych, internistą – hipertensjologiem

Wątpa aktywność parlamentarna nie przeszkodziła jednak pani poseł zostać – nazwijmy to zgodnie z poetyką filmową – matką chrzestną pakietu ustaw zdrowotnych. Od paru miesięcy treść tych ustaw budzi żywe dyskusje praktycznie wszystkich środowisk związanych z systemem ochrony zdrowia i, powiedzmy jasno, nie są to głosy zachwyty. Wykazuje się uchybienia i niejasne zapisy w proponowanej treści ustaw, nierealistyczne rozwiązania, groźne dla środowiska lekarskiego pomysły, nieprecyzyjne sformułowania i inne kwiatki.

Wszelkie wątpliwości, zapytania czy krytyczne głosy pani minister kwituje krótko – to z inspiracji firm farmaceutycznych! Wszyscy, którzy mają inne zdanie niż pani minister, są przez tajemniczego kogoś inspirowani, podzégani i „ktoś za nimi stoi”, jak mówi znane w kręgach politycznych określenie.

W czasach mojego dzieciństwa zawsze na dyżurze w mediach było dwóch wrogów ludu pracującego miast i wsi. Byli to podzégacze wojenni i kułacy. Teraz sytuacja jest prostsza – w ochro-

R E K L A M A

nie zdrowia zawsze winne są firmy farmaceutyczne. Wprawdzie pani minister nie wyjaśnia, na czym owa wina współczesnych *podżegaczy i kulaków* miałyby polegać, ale co tam takie detale! Przecież idą nowe wybory i trzeba zawalczyć o możliwości kontynuowania skrajnego zatroskania o los polskiego pacjenta! Któż lepiej pomoże w pokazaniu rozmiaru tej troski niż media? I zgodnie z tym sprawdzonym sposobem zwiększania szans wyborczych pani minister nie stroni od mediów, a nawet jest starannie do tych kontaktów przygotowana, zgodnie z wymogami współczesnego PR. Na przykład gdyby ktoś nie mógł sobie przypomnieć jak wygląda pani minister, kliknie na <http://www.kopacz.pl/galeria,2.html> i już ma galerię zdjęć do wykorzystania. Firma obsługująca stronę internetową pisze w swej ofercie, że kładzie *główny nacisk na zadowolenie klienta*. Można sądzić, że jest to firma skuteczna w swym działaniu, bo czego jak czego, ale zadowolenia to u pani minister zawsze dostatek i zamieszczone pod wspomnianym adresem zdjęcia dobrze owo zadowolenie dokumentują!

W technikach PR ważną strategią jest tzw. ocieplanie wizerunku. Nic bardziej nie nadaje się do takich akcji niż czas świąt. W okresie Bożego Narodzenia mieliśmy więc zwierzenia kandydatki na posłankę nadchodzącej VII kadencji na temat pielęgnowania tradycji kulinarnych w rodzinie (<http://kobieta.dziennik.pl/kuchnia-i-przepisy/artykuly/314624,swiateczne-przepisy-ewy-kopacz.html>). Akcja „Kochaj swoje serce. Dla zdrowia!” pokazała nam wielce „ocieploną” panią minister zdrowia, lepiącą pierogi według wła-

snego przepisu. Rozumiem, że lepienie pierogów jest bardziej medialne niż pisanie sensownych ustaw i pewnie też bym się na te pierogi rzuciła, zwłaszcza że to popisowe danie w mojej kuchni.

Jednak akcja ocieplania wizerunku pani minister miała, moim zdaniem, zbyt mały zakres. Gdybym była doradcą do spraw medialnych, zaraz wymyśliłabym na okres przedświąteczny coś zdecydowanie większego. Zaproponowałabym co najmniej Narodowy Program Lepienia Pierogów, a nawet dobrałabym odpowiednio nośne hasło. Jakże? Na przykład takie: *Narodzie drogi – jedz zawsze pierogi, a komu milsza kielbasa, ten nie po hasa!* Wszelkie programy ze słowem „narodowy” w nazwie nabierają z definicji wysokiej rangi i każdy czuje się odpowiednio dopieszczony.

Choć płyną deklaracje, że pod rządami nowych ustaw pacjenci będą wydawali mniej na leki, to nic na to nie wskazuje – bo skoro wszystko drożeje, to dlaczego akurat leki miałyby stanąć? Jedyny powód, jaki przychodzi mi do głowy jest taki, że obietnice bezpłatności lub minimalizmu finansowania zawsze miło brzmią dla ucha wyborcy, który ma zakodowane, że „zdrowie” równa się „za darmo”.

Gdy rankiem idę do kiosku po gazetę, przyglądam się zakupom sąsiadów. Proszą o papierosy, zapalniczki, prasę kolorową, zbiory krzyżówek do „ćwiczenia pamięci” i bez mrugnięcia okiem płacą 10-15 zł. Nigdy nie widziałam osoby, która by odeszła od kiosku ze słowami: „To dla mnie za drogo, nie stać mnie na ten zakup”. Zapytałam kioskarkę, czy ktoś narzekał na ceny tych codziennych i powiedzmy

sobie nie pierwszej potrzeby zakupów. Z uśmiechem odrzekła, że wszyscy płacą bez protestów.

Spróbowałam więc sobie wyobrazić, że oto złecam pacjentowi lek, którego 1 tabletką kosztuje 15 zł, i musi biedak wysupłać 450 zł miesięcznie na leczenie. Ileż zaraz by zadano pytań w stylu: „Kto za tym stoi? Czy leczenie musi tyle kosztować?” – podobne spazmy i lamenty na łamach prasy nie miałyby końca.

Nie jestem przekonana, że powinniśmy na stałe przywiązywać się do minimalizacji medycznych budżetów. Wszyscy twierdzą, że zdrowie jest najważniejsze, a skoro tak jest, to musi kosztować i może pora powiedzieć: nie ma rzeczy bezcennych za darmo – jeszcze takiej kombinacji ekonomiści nie wymyślili ani w socjalizmie, ani w komunizmie, a tym bardziej w liberalnym ustroju,

który co jak co, ale pieniądze lubi mieć policzone i dobrze ulokowane, a niewydane na zachcianki wyborców.

Sejm uznał ustawy zdrowotne za wymagające poprawy i powędrowały one do komisji sejmowej w celu udoskonalenia. Z internetowego monitoringu prac komisji wynika, że przyjęła ona złotą zasadę *festina lente*. 14 grudnia 2010 r. ustawa w swej dotychczasowej postaci została skierowana do podkomisji nadzwyczajnej, które to gremium dwukrotnie zebrało się w styczniu 2011 r. dwukrotnie i przedyskutowało dwa z siedemdziesięciu czterech artykułów ustawy refundacyjnej. Rozumiem, że do udoskonalania przepisów nie mają zastosowania proste reguły arytmetyczne i komisja może nabrać niebywałego rozpędu w każdej chwili, trzeba jednak pamiętać, że *co nagle, to po diable*.

ROZSZYFRUJ RECEPTĘ

W związku z dość często wyrażaną opinią, że ostatnio pokazywane zagadki z serii okulistycznej były zbyt łatwe, postanowiłam podnieść poprzeczkę do poziomu, na którym każdy Czytelnik będzie mógł zrealizować swoje największe ambicje deszyfracyjne. Dotychczas tradycja „Rozszyfruj receptę” było to, że w numerze grudniowym, gdy obchodzimy urodziny rubryki, zagadka jest trochę trudniejsza. Pora świąt sprzyja rozkoszom łamania głowy, więc do tych trudniejszych zagadek bożonarodzeniowych dodaję wielkanocną – supertrudną. Ilustracja graficzna przedstawia rozpoznanie, jakie otrzymała moja pacjentka podczas hospitalizacji w Japonii. Górny rząd znaków jest napisany ręcznie przez lekarza, drugi komputerowo przez moją pacjentkę, która jest japońistką. Pierwszym zadaniem do wykonania jest porównanie wszystkich znaków i wytypowanie, który z nich (w górnym wierszu) jest napisany najbardziej starannie (zgodnie z wierszem dolnym), a który najmniej starannie. Drugie zadanie jest przeznaczone dla Kolegów, którzy znają język japoński lub potrafią skorzystać z tłumacza Google i podać rozpoznanie. Ponieważ w historii rubryki nie zdarzyło się jeszcze, aby nie nadeszło przynajmniej jedno rozwiązanie, jestem przekonana, że i tym razem tak się stanie. Laureatem „Rozszyfruj receptę” z poprzedniego numeru zostaje dr Jacek Grabowski z Chojnic. Prosimy o podanie specjalizacji oraz adresu, na który zostanie przesłana nagroda książkowa.

Na rozwiązanie czekam pod adresem: krystyna.knypl@compi.net.pl

左副腎腫瘍 (クッシング症候群)

左副腎腫瘍 (クッシング症候群)



Urabia

Kwalifikacje lekarzy, w tym naszych młodych kolegów, są coraz wyższe, poprawiły się warunki leczenia.

Relacje pomiędzy nami a pacjentami były wprawdzie „patriarchalne”, ale i bardziej bezpośrednio i serdeczne.

JERZY FRIEDIGER

Ato dla Pana Lekarza – powiedziała staruszka w jednej z podkrakowskich wsi, wręczając mi (rok 1974), początkującemu lekarzowi pogotowia, 50 zł na zakończenie wizyty. Widać, że dom dwojga starych ludzi biedny, ale więcej niż schludny. Wszędzie czysto, wysprzątane, stół nakryty białym obrusem. Odmówiłem przyjęcia pieniędzy. Babcia w odpowiedzi wyjęła z kredensu 100 zł, a kiedy ponownie odmówiłem, starsza pani dołożyła jeszcze 50 zł i rozpłakała się, że więcej już nie ma. Co było robić? Z 50 zł wydałem 40 i powiedziałem, że tyle się na-

leży. To było moje pierwsze zetknięcie się ideałów z życiem.

Lekarz jak niewykwalifikowany robotnik

Rejestr korzyści był wtedy dziwny. Niepisana umowa państwa z lekarzami wyglądała podobnie jak umowa z kelnerkami w kawiarniach licznie odwiedzanych przez turystów: my wam płacimy grosze, resztę macie z napiwków. Dlatego pensja młodego lekarza zbliżała się do pensji robotnika niewykwalifikowanego, a ordynatora oddziału szpitalnego do pensji robotnika kwalifikowanego, choć w żaden sposób nie

była porównywalna z zarobkami pracowników hut czy kopalni. Za to, we wspomnianym pogotowiu, niemal co tydzień na weselu odbywającym się w rejonie naszego działania zapraszana była karetka. Podkreślam: **zapraszana**, nie wzywana. Kiedy już pracowałem w szpitalu, znajdującym się w niespokojnym i niebezpiecznym (wówczas) rejonie Krakowa, którego po zmroku wszyscy unikali, my, młodzi wówczas lekarze, mogliśmy bezpiecznie wejść w każdy zaułek, a nasze samochody zaparkowane pod szpitalem (w odróżnieniu od innych) były całe nawet w nocy. Relacje po-

między nami a pacjentami nie tylko w pogotowiu, ale w szpitalu i poradni były wprawdzie niewątpliwie „patriarchalne”, ale i bardziej bezpośrednio i serdeczne. Bez bariery pomiędzy „usługodawcą” a „usługobiorcą”. Więcej było w tych relacjach wzajemnego szacunku i zaufania, mniej strachu i formalności.

Na czele rankingu zaufania

Wracajmy do „korzyści”. Głoryfikującym (przeważnie publicystom) dawne czasy chciałbym przypomnieć, że wielcy i mniejsi tamtych czasów (podkreślam, że nie wszyscy, aby uniknąć zarzutu uogólniania), łącznie z największymi, uznawanymi i cytowanymi do dzisiaj autorytetami etycznymi w większości nie mieli w zwyczaju leczyć za darmo. Wówczas, mimo tych licznych minusów, byliśmy na czele rankingu szacunku i zaufania społecznego. Co w takim razie zmieni-

Nie jesteśmy całkiem bez winy, ale nie zasługujemy na krzywdzące uogólnienia.

nie opinii



ło się od tych – niedawnych przecież – czasów, że spadliśmy w tym rankingu na znacznie niższy poziom? Czy jest to wina nasza, czy częściowo nasza? A może wina zmieniających się szybciej od nas warunków, w jakich przyszło nam pracować? Bo – moim zdaniem – nie pracujemy gorzej. Kwalifikacje lekarzy, w tym naszych młodych kolegów są coraz wyższe, zmieniło się na korzyść podejście do chorych, poprawiły się warunki leczenia. Wyniki leczenia nie odbiegają od światowych. Co się stało? Jak to się zaczęło, że w wielu miejscach jesteśmy odsądzani od „czci i wiary”? Że lekarzom przypisuje się wszystko co najgorsze? Mówi się i pisze, że nie umiemy i nie chcemy leczyć, że bez łapówki nie przystępujemy, że okradamy Narodowy Fundusz Zdrowia, leczymy po pijanemu i w ogóle dobrze, że ktokolwiek uchodzi z życiem z naszych łap, a ratunkiem dla ochrony zdrowia jest zdyscyplinowanie lekarzy.

A jeśli nie ma winnych?

Choć niewątpliwie nie jesteśmy środowiskiem samych aniołów i świętych, to na taką ocenę nie zasługujemy. Początkiem takiej opinii była afera „łowców skór”. Teraz już wiadomo, że sąd nie potwierdził zarzutów stawianych publicznie lekarzom. Ale też nikt ich nie odwołał. La-

wina ruszyła. Najgłośniejsze sprawy nie znalazły potwierdzenia w sądach, jednak te wyroki uniewinniające nie były już nagłaśniane. Gdzieś znalazła się drobna wzmianka na piątej stronie. Osad pozostał zarówno w opinii publicznej, jak i wśród nas. „Urabianie opinii” trwa. Wobec pogarszających się warunków finansowania, rosnącej biurokracji, trudności w dostępie do leczenia, zwłaszcza specjalistyczne-

Jeżeli dr X przyjmował pijany, to winny jest dr X, a nie „lekarze”, i to on powinien zostać ukarany.

go, trzeba wskazać winnego. Oczywiście, nie może być winny system finansowania, brak organizacji ochrony zdrowia, brak specjalistów, rosnące koszty, ograniczenia stawiane przez płatnika. Winni są lekarze. Przekonuje o tym minister zdrowia, NFZ, p. Sandauer i wielu innych. Nie jesteśmy całkiem bez winy, ale nie zasługujemy na krzywdzące uogólnienia. Jeżeli dr X przyjmował pijany, to winny jest dr X, a nie „lekarze”, i to on powinien zostać ukarany.

Jeżeli dr Y odmówił pomocy, to winny jest dr Y, a nie „lekarze”. W środowisku sporego jak na polskie warunki miasta zawsze znajdują się tacy, którzy postępują źle i nic nie upoważnia do rozciągania ich odpowiedzialności na resztę środowiska, podobnie jak nie upoważnia do rozciągnięcia odpowiedzialności na całe miasto.

Duma mimo wszystko

Znowu odszedłem od korzyści. Bo mimo tego,

co piszę powyżej, jestem dumny ze swojego zawodu i swojej pracy. Jak każdy lekarz, nie mam w pracy samych sukcesów. Gdybym jednak po raz kolejny miał wybierać zawód, to chyba zostałbym znowu lekarzem i jeszcze do tego chirurgiem. A jak jest z tym rejestrem korzyści? Choć rejestr kojarzy się z czymś wymiernym i policzalnym, to myślę, że w naszym przypadku nie o to chodzi. Myślę, że bilans jest jednak dodatni. ☺

Szanowny Panie Ministrze

W numerze 1/2011 „Gazety Lekarskiej” (2011, 241,1,10-11) ukazał się wywiad z Panem „Wiele możemy zaproponować Europie”. Środowisko nasze dowiedziało się w ten sposób, oficjalnie, o zadaniach, jakie stoją przed polskim systemem ochrony zdrowia i Ministerstwem Zdrowia w związku z prezydencją w Unii Europejskiej.

Jednym z programów priorytetowych jest projekt badań przesiewowych narządu słuchu, wzroku i mowy u dzieci. Jest to zatem projekt w dużej części związany z otorynolaryngologią, audiologią i foniatrią. Reprezentantem specjalistów tych dziedzin jest Polskie Towarzystwo Otorynolaryngologów Chirurgów Głowy i Szyi (PTORL). Uprzejmie informuję, że nasze Towarzystwo nie zostało do tej pory poinformowane o takim projekcie. Nikt też nie zwracał się do nas o konsultacje ww. przedsięwzięć.

Jest nam miło, że Ministerstwo Zdrowia docenia pracę 3 000 polskich otorynolaryngologów, audiologów i foniatorów. Uważamy jednak, że informacja mogłaby zostać już zwyczaj konsultowania istotnych spraw z lekarskimi towarzystwami naukowymi i zawodowymi, reprezentującymi środowisko w sposób realny, a nie wirtualny, czy medialny.

Pragnę poinformować Pana Ministra, że Polskie Towarzystwo Otorynolaryngologów Chirurgów Głowy i Szyi obchodzi w tym roku jubileusz 90-lecia i przez cały ten okres prowadziło działalność edukacyjną, kliniczną i profilaktyczną i wspierało nasz kraj w każdej sytuacji.

Nawiązując do projektu badań przesiewowych narządu słuchu, wzroku i mowy u dzieci jako polskiego priorytetu medycznego podczas zbliżającej się prezydencji w UE pragnę poinformować, że istnieje w Polsce Program Powszechnych Przesiewowych Badań Słuchu u Noworodków (PPPBSuN). Program jest nadzorowany i utrzymywany w dużej mierze przez Fundację „Wielka Orkiestra Świątecznej Pomocy” i opiera się na pracy neonatologów, otorynolaryngologów, audiologów, foniatorów, logopedów i pielęgniarek. Funkcjonowanie programu z oczywistych względów wpisuje się w ramy priorytetu, o którym Pan Minister wspomina. Ponadto Program PPPBSuN jest niezwykle ważnym osiągnięciem polskim w skali światowej z kilku powodów:

- w momencie powstawania (w 2003 r.) był to pierwszy w świecie program powszechnych badań przesiewowych słuchu (obejmując cały kraj, wszystkie ośrodki neonatologiczne i wybrane ośrodki audiologiczne, przy czym wejście do programu jest możliwe dla wszystkich ośrodków audiologicznych po spełnieniu określonych kryteriów),

Pan Adam Fronczak
Podsekretarz Stanu
w Ministerstwie Zdrowia

R E K L A M A

- program ten jest prowadzony przez organizację pozarządową,
- funkcjonuje w dużej mierze dzięki entuzjazmowi lekarzy, logopedów i pielęgniarek,
- nie otrzymuje istotnego wsparcia ze strony MZ i NFZ (brak koordynacji legislacyjnej i priorytetów w zakresie np. kontraktowania procedur medycznych przez realizatorów programu),
- funkcjonuje nadal dobrze i ponad 96% noworodków przechodzi badania przesiewowe słuchu w pierwszych dniach życia (do tej pory przebadano ponad 3 mln noworodków !!!),
- spowodował istotne obniżenie wieku dzieci, u których wykonywana jest specjalistyczna diagnostyka, ustalenie rozpoznania, wdrożone właściwe leczenie i rehabilitacja zaburzeń słuchu,
- wpłynął znacząco na świadomość rodziców w zakresie znaczenia słuchu dla prawidłowego rozwoju dziecka.

W imieniu Zarządu PTORL wyrażam opinię, że nawet niewielkie wsparcie ze strony MZ i NFZ spowoduje, że będzie to nadal najlepszy program badań przesiewowych słuchu na świecie i będziemy się mogli szczycić tym jako polskim, oryginalnym osiągnięciem medycznym w zakresie profilaktyki zaburzeń słuchu, mowy i rozwoju języka.

Z informacji, które dotarły do Zarządu Głównego PTORL wynika, że polskim priorytetem medycznym mają być jedynie badania przesiewowe słuchu i wzroku u dzieci w wieku szkolnym. Jeżeli tak miałoby się stać, to pragnę zwrócić uwagę na fakt, że takie programy są przynajmniej w części konsekwencją rozpadu profilaktyki i opieki zdrowotnej w szkołach. Poza tym, badania przesiewowe słuchu u dzieci starszych nie mają tak istotnego wpływu na możliwości skutecznej terapii i nieodwracalność zaburzeń mowy jak ma to miejsce u noworodków i niemowląt.

Liczymy, że powyższe uwagi będą traktowane jako głos Polskiego Towarzystwa Otorynolaryngologów, Chirurgów Głowy i Szyi w dyskusji nad ostatecznym wyborem priorytetów medycznych podczas polskiej prezydencji w Unii Europejskiej.

Z wyrazami szacunku
prof. Kazimierz Niemczyk –
przewodniczący Zarządu
Głównego PTORL

Całoroczna prewencja wiosennych alergii

Profilaktyka chorób alergicznych ma duże znaczenie w codziennym życiu chorych, zwykle przez cały rok.

JERZY KRUSZEWSKI

W przypadku chorób wywołanych przez pojawiające się na wiosnę (sezonowo) alergeny wziewne, głównie pyłki roślin, profilaktyka ma szczególne znaczenie z uwagi na uporczywość objawów stanowiących duże utrudnienie w codziennym życiu, nauce

i pracy. Chorobę alergiczną wywołaną pyleniem roślin, przebiegającą z objawami nieżyty nosa, zapalenia spojówek i niekiedy także astmy określa się często mianem pyłkowicy.

Skuteczna kontrola

W pyłkowicy możliwe są trzy kierunki działań profi-

laktycznych: unikanie alergenów, immunoterapia alergenowa i stosowanie leków. Decyzja o wdrożeniu określonych działań zależy od zajętych narządów oraz nasilenia choroby i powinna być przedyskutowana z pacjentem. Zawsze musi być poprzedzona postępowaniem diagnostycznym, mającym na celu ustalenie uczulającego alergenu. Skuteczna kontrola narażenia na alergeny wziewne, zawsze ważna w praktyce, ma raczej ograniczone znaczenie. O okresie i stopniu narażenia pacjentów na alergeny pyłków roślin w danym

roku decyduje sama natura, serwując nam określoną pogodę (wiatr, deszcze). Jednak możliwe są indywidualne sposoby ograniczania ryzyka. W tym zakresie zaleca się:

- Uwzględnianie informacji o aktualnym i prognozowanym stężeniu pyłku uczulającej rośliny, a gdy jest wysokie – pozostanie w pomieszczeniu zamkniętym.
- Unikanie otwierania okien i przebywania na zewnątrz pomieszczeń w czasie, gdy stężenie pyłku jest najwyższe, a w szczególności unikanie spacerów, biwakowania, przebywania

KOMENTARZ

Profilaktyka chorób alergicznych – prewencja pierwotna

Zapadalność na choroby alergiczne w krajach rozwiniętych stale rośnie i staje się poważnym problemem zdrowia publicznego. Dlatego istnieje nagląca potrzeba sformułowania strategii zapobiegania rozwojowi alergii. Wiemy, że u podłoża alergii leży złożona reakcja immunologiczna. Nie jest natomiast oczywiste, dlaczego u pewnej grupy osób ekspozycja na antygeny, takie jak pokarm czy pyłki roślin powoduje uczulenie. Nie potrafimy określić, jakie czynniki powodują rozwój alergii. O ile unikanie kontaktu z alergenem w prewencji wtórnej ma logiczne uzasadnienie, o czym pisze prof. Jerzy Kruszewski, to pytanie, czy w prewencji pierwotnej znaczenie ochronne ma ekspozycja, czy unikanie alergenu jest otwarte. Jak



Kierownik Kliniki Chorób Wewnętrznych, Astmy i Alergii UM w Łodzi

dotąd udało się zidentyfikować kilka czynników ryzyka rozwoju alergii. Należą do nich dieta stosowana w okresie niemowlęcym, ekspozycja na alergeny powietrzno-pochodne, infekcje wirusowe i bakteryjne, narażenie na spaliny samochodowe oraz dym tytoniowy. Pierwsze objawy alergii występują często we wczesnym

dzieństwie, dlatego sugeruje się, że działania profilaktyczne powinny rozpocząć się tuż po urodzeniu, a nawet w okresie prenatalnym. Zagadnienia prewencji chorób alergicznych pozostawiają nadal wiele pytań. Na podstawie wyników najnowszych badań można sformułować następujące zalecenia: Ekspozycja na dym tytoniowy, szczególnie w okresie ciąży i wczesnego dzieciństwa zwiększa ryzyko wystąpienia astmy. Stosowanie diety eliminacyjnej przez kobiety w ciąży nie przynosi korzyści, a nawet może być szkodliwe.

- Dieta wykluczająca wysoko alergizujące pokarmy stosowana przez kobiety w czasie laktacji w grupie wysokiego ryzyka atopii przynosi pewne korzyści,

ale musi być prowadzona pod ścisłym nadzorem.

- Karmienie piersią przez co najmniej 4-6 miesięcy chroni przed wystąpieniem świsistów i atopowego zapalenia skóry.
- Dowody na prewencyjną wartość eliminacji alergenów roztoczy kurzu domowego ze środowiska domowego nie są jak dotąd wystarczająco przekonujące.
- Strategia łącząca zalecenia dietetyczne i eliminację antygenów roztoczowych wpływa na redukcję częstości atopowego zapalenia skóry i astmy.
- Probiotyki (*Lactobacillus Rhamnosus* GG) mogą mieć znaczenie w zapobieganiu rozwojowi atopowego zapalenia skóry.

Prof. dr hab. Piotr Kuna



Prof. dr hab. Jerzy Kruszewski – kierownik Kliniki Chorób Infekcyjnych i Alergologii WIM

w namiotach, udziału w wycieczkach w dni o wysokim stężeniu pyłku.

- Zakładanie okularów przeciwsłonecznych podczas przebywania na zewnątrz pomieszczeń, aby uchronić oczy przed kontaktem z pyłkiem.

- Unikanie jazdy samochodem lub pociągiem przy otwartych oknach w dniach o wysokim stężeniu pyłku.

- Zmianę odzieży po powrocie do domu i (za pomocą kąpieli) usunięcie osadzonych ziaren pyłku.

- Wychodzenie na spacer po deszczu lub wieczorem, gdy stężenie pyłku w atmosferze jest najniższe.

- Częste koszenie trawników wokół domu tak, by zapobiegać wytworzeniu się kwiatostanów.

- Urlop w czasie i miejscu, gdzie pylenie uczulającej rośliny jest niskie lub nie występuje (np. nad morzem, rejs żeglarski, w wysokich górach, za granicą w innej strefie klimatycznej).

Pacjenci wolą leki?

Warto wiedzieć, że w naszej strefie klimatycznej py-

łek drzew iglastych nie uczula, choć wdychany może uwrażliwiać śluzówki na kontakt z innymi alergenami pyłkowymi, a fruwające w okresie pylenia traw gniazda nasienne topoli nie są pyłkiem topoli i nie uczulają. Zależność pomiędzy stężeniami alergenów pyłków roślin naszej strefy a reakcją dróg oddechowych jest ewidentna. Wartość graniczna stężenia pyłku kwitnących traw niezbędna do wywołania objawów chorobowych waha się między 10 a 50 ziaren w 1 m³ powietrza, a objawy stają się ciężkie przy stężeniu ponad 80 ziaren w 1 m³. Pierwsze objawy chorobowe u większości uczulonych na pyłek olchy pojawiają się przy ekspozycji na 45 ziaren w 1 m³, gdy stężenie to przekracza 85 ziaren w 1 m³ objawy występują u wszystkich chorych. Pacjenci zwykle w niewielkim stopniu stosują się do tych zaleceń, traktując je jako zbyt uciążliwe oraz stosunkowo mało skuteczne i preferują stosowanie leków.

A może odczulanie?

Możliwy jest też szczególny rodzaj profilaktyki pyłkowicy, realizowany na wiele tygodni przed pyleniem uczulających roślin. Chodzi o immunoterapię alergenową, popularnie zwaną odczulaniem. Polega ona na podawaniu, w naszym kraju głównie drogą wstrzyknięć podskórnych, stopniowo wzrastających co 7-14 dni dawek wyciągów alergenowych w okresie przed sezonem pylenia, powtarzanym przez

kilka kolejnych lat. Poddanie się takiemu postępowaniu jest w stanie u większości chorych po kilku latach zdecydowanie zmniejszyć objawy powstające w wyniku działania pyłków roślin. Jednocześnie zapobiega progresji pyłkowicy do jej cięższych postaci. Jeśli chory do tej pory nie był poddany immunoterapii alergenowej, to o jej wdrożeniu należy pomyśleć jesienią. Przed tym należy wykonać testy skórne z odpowiednim, dobranym na podstawie informacji z wywiadu, zestawem alergenów, ustalić związek wykrytych uczuleń z występowaniem objawów, dobrać szczepionkę i rozpocząć jej stosowanie na początku stycznia.

Farmakoprofilaktyka

Jak wspomniałem, u większości chorych na pyłkowicę istotne ograni-

czenie narażenia, a także immunoterapia alergenowa z różnych przyczyn nie zawsze są możliwe, a ich skuteczność może być niższa niż oczekiwania chorych. W takiej sytuacji należy rozważyć farmakoprofilaktykę, która jest postępowaniem typowo objawowym. Stosuje się, najlepiej na kilka dni przed okresem pylenia uczulającej rośliny (zapowiedź taka jest dostępna w komunikatach o pyleniu roślin), przed wystąpieniem objawów, leki zalecane w zapewnieniu kontroli choroby. Najczęściej są to leki przeciwhistaminowe podawane w tabletkach, aerozolach donosowych lub kroplach do oka, sterydy donosowe i betamimetyki doraźnie. W szczególnych przypadkach konieczne może być też stosowanie innych leków. ●

Średnia długość życia mężczyzn pozycjonuje nasz kraj bliżej Białorusi czy Rumunii niż krajów Europy Zachodniej i USA.

Zamieńmy wyczekiwanie na działanie

Z Maciejem Hamankiewiczem, prezesem Naczelnej Rady Lekarskiej, rozmawia
Lucyna Krysiak

Mija rok odkąd został Pan prezesem Naczelnej Rady Lekarskiej. Czy to był dobry czas dla samorządu lekarskiego, czy raczej można mówić o pewnym niedosycie?

Wejście w nową rolę jest zawsze trudne, wymaga zaadaptowania się do nowych warunków i zestrojenia oczekiwań z zastaną rzeczywistością. Tego rodzaju działania może nie są spektakularne, ale istotne dla funkcjonowania naszego gospodarstwa, jakim jest Naczelna Izba Lekarska. Zjazd Krajowy powierzając mi prezesurę zobowiązał mnie do przeprowadzenia reasumpcji wydatków i utworzenia rezerwy na wypadek nagłych zdarzeń. Taka rezerwa już jest i stało się to za sprawą zmian dokonanych w sposobie wydawania „Gazety Lekarskiej”. Pismo pozostało autonomiczne, jego wydawcą nadal jest Naczelna Rada Lekarska, ale skład, druk i kolportaż

Powodzenie wielu inicjatyw, które podejmujemy, zależy od jednoznacznej postawy członków samorządu.

przejęła firma z zewnątrz i mamy z tego wymierne korzyści. Ciężar codziennych obowiązków dźwigam wspólnie z Prezydium i biurem. Dokonaliśmy pewnych ruchów, m.in. w strukturze zatrudnienia, co pozwoliło wzmocnić wewnętrzną strukturę NIL. Jednym z zadań, jakie spoczywają na prezesie izby jest reprezentowanie środowiska

lekarskiego na zewnątrz. Prowadzę kalendarz zdarzeń medialnych i wliczyłem, że średnio dwa razy w ciągu dnia udzielam wypowiedzi do mediów. To dowód na to, że izba jest aktywna, zajmuje stanowisko w wielu sprawach i potrafi przebić się z nimi poza środowisko medyczne.

Można więc powiedzieć, że wiele się działo. Z którymi z tych zdarzeń najtrudniej było Panu się zmierzyć?

Największe zamieszanie wywołało wprowadzenie kas fiskalnych. Decyzje w tej sprawie zapadły odgórnie, nasze protesty nie mogły więc niczego zmienić. Skupiliśmy się więc na tym, aby wejście w kasy fiskalne było dla kolegów jak najłagodniejsze. Ostatnie pół roku zdominowały dyskusje na temat pakietu ustaw zdrowotnych przygotowanych przez rząd. Spotykaliśmy się z przedstawicielami Ministerstwa Zdrowia, zorganizowaliśmy specjalne posiedzenie Rady, przebijaliśmy się z naszymi stanowiskami. Apelowaliśmy do posłów, uczestniczyliśmy w posiedzeniach sejmowej podkomisji zdrowia. W drugiej połowie ubiegłego roku zajęliśmy się egzekwowaniem od Ministra Zdrowia zwrotu pieniędzy, które ustawowo należą się izbom za czynności przejęte od organów administracji państwa. Przy wsparciu prezesów okręgowych izb lekarskich otrzymaliśmy wyższe refundacje, choć uważam, że refundacja powinna być pełna i nie ukrywam, że czuję niedosyt.

Samorząd lekarski liczy już sobie 22 lata, ale nie jest dobrze postrzegany w środowisku. Dlaczego?

Nie wiem, ale zrobię wszystko, aby poznać odpowiedź na to pytanie. Na jed-

no z posiedzeń Prezydium zaprosiłem prezesa Czeskiej Izby Lekarskiej, aby opowiedział, jak tamtejsi lekarze zdołali się zjednoczyć i poprawić swój status. Powodzenie wielu inicjatyw, które podejmujemy, zależy od jednoznacznej postawy członków samorządu, której u nasznie ma. Przykładem są niekorzystne dla nas rozstrzygnięcia dotyczące wystawiania druków L-4 przez ZUS. Gdyby wszyscy lekarze odmówili wypisywania tych zaświadczeń za darmo, uniknęlibyśmy problemu. Wszystkich, którzy krytykują samorząd – często dla samej krytyki – zachęcam do współpracy. Niech zamienią wyczekiwania na działania. Może mają lepsze pomysły, aby coś zrobić dla innych. Skorzystamy z nich.

Lekarze zarzucają władzom samorządowym skostniałość struktur, pasywność. Może tu tkwi przyczyna tej niechęci?

Izby lekarskie są w trudnej sytuacji, bo z mocy ustawy reprezentują władzę państwową, a władzy się w Polsce nie lubi, państwowej w szczególności. Mają również uprawnienia do reagowania w przypadku tych, którzy są na bakier z etyką, a tego też się nie lubi. Jestem jednak optymistą, bo to postrzeganie samorządu powoli, ale zmienia się na lepsze i wierzę, że z czasem będzie to zmiana diametralna. Koledzy lekarze wciąż bardzo mało wiedzą o działaniach samorządu i to jest jeden z powodów ich niechęci. Robimy wszystko, aby kontakt był lepszy. Włączyliśmy w te działania „Gazetę Lekarską” i internet. Izby podejmują się zadań trudnych i będą one coraz trudniejsze. Jednym z przykładów jest wprowadzenie pare-



Wszystkich, którzy krytykują samorząd, zachęcam do współpracy.

lat temu nowego trybu obejmowania stanowisk kierowniczych w ochronie zdrowia. Weszliśmy wtedy w nową Polskę, bardziej demokratyczną, która stwarzała równe szanse awansu dla wszystkich. Ale konkurs wygrywała jedna osoba, a przegranych, często minimalnie, było co najmniej 10. Wokół tych konkursów narastała zła atmosfera, tworzono teorie spiskowe, a to wszystko szkodziło środowisku.

Może więc potrzebna jest zmiana mentalności, sposobu myślenia?

Sadzę, że tak, ponieważ – co mnie bardzo boli – niechęć lekarzy do samorządu jako do instytucji często się personifikuje. Tak się złożyło, że zarówno ja, jak i wielu moich kolegów działaczy samorządowców zostawia tu kawał swojego życia prywatnego i zawodowego, a jednak niechęć przeważnie skupia się na nich i prezesach, a więc na tych, którzy aktywnie działają i kierują izbami. Ale to właśnie samorząd lekarski dokonał wielkiej mobilizacji, by wykorzystać zapis dyrektywy unijnej o zmianie czasu pracy na rzecz poprawy wynagrodzeń, dzięki czemu znacząco wzro-

sły płace w ochronie zdrowia. To był spektakularny sukces korporacji i warto o tym pamiętać, zresztą deklaruje, że na tym nie koniec.

Nasilają się ataki agresji ze strony pacjentów i mediów wobec lekarzy. Są to bardzo upokarzające incydenty. Pacjenci w sytuacjach, kiedy czują się pokrzywdzeni, potrafią stworzyć silne lobby i bronić swoich praw, a lekarze nie.

Co się stało?

Zostało zachwiane zaufanie społeczne, które przez wiele dziesięcioleci towarzyszyło pracy lekarza. Politycy zaczęli wykorzystywać media do manipulacji nastrojami społecznymi. Po drugiej stronie strajków i protestów postawiono lekarza o wątpliwej reputacji i kwalifikacjach. Wystarczyło kilka nagłośnionych spraw,

Podjęliśmy jako samorząd ogromny wysiłek, aby starać się porozumieć i osiągnąć consensus.

aby nakręciła się spirala agresji ze strony pacjentów, którzy mają dość kolejek do specjalistów, trudności z uzyskaniem skierowania na badania itd. Ten kryzys zaufania uderzył w całą opiekę zdrowotną, ale pacjent nie szuka winnych w złej organizacji systemu, czy nietrafionych decyzjach polityków, ale skupia się na lekarzu. Staramy się odbudować to zaufanie, ale to jest długi proces. Powołałiśmy w izbach, również w NIL, Rzeczników Praw Lekarza, którzy udzielają pomocy pokrzywdzonym kolegom.

Pańska prezesura przypadła na okres wprowadzania przez rząd reform zdrowotnych. W jakim stopniu samorząd lekarski wpłynął na ich kształt?

Od początku była niechęć ze strony resortu zdrowia do dyskusji na temat pakietu ustaw zdrowotnych, co rokowało źle dla naszych uwag. Z niepokojem śledziłem tok spraw. Podjęliśmy jako samorząd ogromny wysiłek, aby starać się porozumieć i osiągnąć consensus, spowodować, aby opinie środowiska lekarskiego wzięto w tych ustawach pod uwagę. Nie wszystko nam się udało – nie pozostawiono stażu podyplomowego w ustawie o zawodach, nie wprowadzono odpowiedniego modelu odszkodowawczego, jaki proponowaliśmy w ustawie o prawach pacjenta, wiele do życzenia pozostawia „wolnorynkowość” w działalności leczniczej. Uwzględniono natomiast nasze postulaty dotyczące egzaminów. Nowy egzamin będzie się nazywał Lekarskim Egzaminem Końcowym i ma spełniać funkcje, o jakie zabiegaliśmy. Udało się nam zachować rejestry lekarskie, udało się przeforsować uwagi w ustawie o działalności leczniczej, np. możliwość zatrudniania lekarzy i lekarzy dentyistów przez specjalistyczne praktyki lekarskie, umożliwiając im specjalizowanie się. Przewodowaliśmy zapis zmieniający dotychczasowe zasady w systemie specjalizacyjnym. Takich przykładów o większym i mniejszym znaczeniu jest znacznie więcej.

Gdyby był Pan futurologiem, jak widziałby Pan przyszłość korporacji?

Po nas przyjdzie już zupełnie inne pokolenie, ale wierzę, że uda mu się zbudować samorząd zawodowy spójny i jednolity. ●

Osiodłać marzenia...

„...i pognać galopem przez zielone
połoniny radości” to początek wiersza,
* który przed kilkoma laty przywiódł
mnie na Biesiadę Literacką.

== MIROŚLAWA KUCHCIAK-BRANCEWICZ ==

O d tamtej pory w każdy pierwszy piątek marca przybywam do Łódzkiego Klubu Lekarza, gdzie w pięknej sali, przy blasku świec, przy udekorowanych stołach odbywa się biesiadowanie Unii Polskich Pisarzy Lekarzy. Tak było i w tym roku. Pomysłodawczynią i realizatorką była jak zawsze Barbara Szeffer-Marcinkowska. Zjechaliśmy z całej Polski, w licznym gronie poetów i prozaików już po raz jedenasty. Przybyły również nowe osoby, które po raz pierwszy doświadczyły dreszczu emocji towarzyszącego imprezie. Wszyscy przy wejściu wpisywali się do Księgi Pamiątkowej i otrzymywali karteczki do głosowania.

Po uroczystym powitaniu i zapaleniu Znicza Eskulapa miejsce przy mikrofonie zajęły krytyk literacki Mariusz Gołąb. Z wielką znajomością rzeczy, czyli literatury fachowej i zawłości (które to są nam odkrywane jak odsłony w teatrze), omawiał poszczególne utwory nadesłane do oceny przez

autorów – w tym roku w porządku alfabetycznym. Następnie przystąpiliśmy do głosowania, w którym brali udział lekarze piszący i zaproszeni goście. I miejsce zdobyła poezja Joanny Czajkowskiej, II Waltera Pyki, a III Marika Pawlikowskiego. Zdobywczyni (po raz trzeci z rzędu) wypłała puchar ambrozji (dla lekarzy kierujących pojazdami samochodowymi ze względu na bezpieczeństwo powrotu do domu jest to sok z czarnej porzeczki, zaś dla niezmotywowanych prawdziwe czerwone wino – i jedno, i drugie jest dobre, bo sama kiedyś kosztowałam). Potem był czas na gratulacje, autografy i wymianę książek, druków własnych, telefonów i e-maili oraz jak mawiał Kubuś Puchatek na „małe co nieco” do przegryzienia lub wypicia.

Koniec wieczoru oddaliśmy do dyspozycji artystom kabaretu „Bąk” z sekcją muzyczno-wokalną w składzie: Adam



Wykonawcy prezentowali swoje utwory, a biesiadnicy odkrywali nowe oblicza koleżanek i kolegów. Na zdjęciach: Barbara Szeffer-Marcinkowska w dwóch wcieleniach.



10 kwietnia 2010

„wszystko jedno”

Borys Yelnikoff z filmu „co nas kręci, co nas podnieca”

kiedy spadał rządowy samolot – siedziałam w kinie „wszystko jedno” powtarzał bohater Woody Allena mimo ekologicznej żywności, energooszczędnych żarówek szczepień i regularnych pomiarów poziomu cukru śmierć nas nie minie, a po nas gdy przyjdą następni ze swoją naiwną wiarą w napoje bez konserwantów, w jogę w globalny pokój i miłość bez granic „wszystko jedno” powtarzał, widownia śmiała się głośno potem zamknięto kina na okres żaloby o śmierci było dużo na każdym kanale a przesłanie to samo, co i w średniowieczu „wszystko jedno” jak ważny urząd i wielkie zasługi śmierć zrówna nas ze sobą i zrówna nas z ziemią reszta jest pustą formą i szermierką o nic, tyradą błazna, zmiętym plikiem gazet wygasłym zniczem i zwiędniętym wieńcem jedynie kwiecień drzewa przyodziewa bielą co gdy jednych nie będzie – to innych zachwyci i będą kwitły bujnie w swoim krótkim czasie czy w sadach, czy na grobach, bo im wszystko jedno

JOANNA CZAJKOWSKA

Madej (teksty piosenek, muzyka i gitara), Justyna Dłubek (śpiew i gra na flecie), Adam Białas (instrumenty klawiszowe) i zespołem scenicznym w składzie: Barbara Szeffer-Marcinkowska, Jerzy Andrzejczak, Krysia Józwiak i Beata Wyrwas. Za scenografię odpowiedzialna była Bogumiła Kempieńska-Mirośławska. Całością prób i przedstawień kierowała pani reżyser Teresa Starzyńska.

Wśród salw śmiechu prezentowali swoje utwory poszczególni wykonawcy, a biesiadnicy odkrywali nowe oblicza koleżanek i kolegów prezentujących inne talenty niż tylko poetyckie.

Następnego dnia odbył się Walny Sprawozdawczo-Wyborczy Zjazd Unii Polskich Pisarzy Lekarzy.

Dokonałiśmy podsumowania minionego okresu, udzieliliśmy absolutorium ustępującym władzom oraz dokonaliśmy wyboru nowego zarządu w składzie: Marek Pawlikowski – prezes, Jarosław Wanecki i Ryszard Żaba – wiceprezesi, Bogumiła Kempieńska-Mirośławska – sekretarz, Jerzy Andrzejczak – skarbnik oraz Maria Magdalena Człapińska i Barbara Szeffer-Marcinkowska.

Z wielką niecierpliwością oczekujemy na informację o terminie i miejscu kolejnego zjazdu UPPL, gdzie spotkamy się w gronie piszących, wybierześmy najlepszego autora w konkursie jednego wiersza i poddamy swoje utwory wnikliwej analizie krytyków, doskonaląc swój literacki warsztat.

Unia Polskich Pisarzy Lekarzy wkrótce skończy 45 lat. ☉

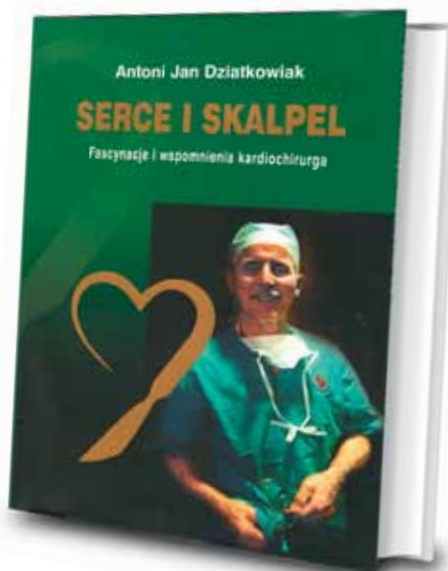
„Serce i skalpel”

Lektura tej książki powinna być zalecana wszystkim młodym adeptom chirurgii i kardiochirurgii.

RYSZARD GOŁAŃSKI

Do lektury książki przystępowałem z pewną obawą. Początek mojej pracy to rok 1978, a miejsce – zespół anestezjologów w Instytucie Kardiologii Akademii Medycznej w Łodzi. Jego szefem był wówczas prof. Jan Moll, zaś jego zastępcą... doc. Antoni Działkowiak. Moje wątpliwości potwierdziły się! Oczywiście, zacząłem czytać książki od rozdziału „Łódź 1965-1979”. W sposób nieunikniony wracały wspomnienia z tamtych lat. Zatem dopiero drugie podejście do czytania było w miarę obiektywne.

Profesora Działkowiaka pamiętam przede wszystkim jako wybitnego chirurga, który w kryzysowych momentach był „instancją odwoławczą”, pomagając wybrnąć kolegom z trudnej sytuacji. Tymczasem z kart książki przemawia do mnie doświadczony literat, umiejętnie operujący (to słowo świetnie tu pasuje) językiem polskim i odpowiednio dobierający proporcje co do miejsca poświęcane-



go poszczególnym okresom swego długiego zawodowego życia, piszący o sprawach niezwykle poważnych, ale miejscami nie stroniący od tonu lżejszego. Dla młodych kardiochirurgów i kardiologów dzieło to jest kopalnią wiedzy o historii tych dziedzin w Polsce. Dwa rozdziały szczególnie przykuły moją uwagę. Napisały w bardzo osobistym tonie rozdział „Mosina – moja mała ojczyzna” oraz przedstawiony ze swadą, godną kierownika zabiegowej kliniki, rozdział „Pięć minut w historii”. Ten dru-

gi prezentuje krakowskie dokonania Autora: zbudowanie Kliniki Chirurgii Serca, Naczyń i Transplantologii oraz stworzenie Fundacji Rozwoju Kardiochirurgii COR AEGRUM. Uśmiech na twarz przy-

wołuje opis „profesorskiego stolika” w kawiarni krakowskiego Grand Hotelu. Szacunek budzi przedstawiona przez Autora wizja rozwoju kardiologii i kardiochirurgii w XXI w. Lektura rozdziału „Jaki powinien być i chirurg i kardiochirurg” powinna być zalecana młodym adeptom tych dziedzin, a wzbudzi refleksje w każdym czytelniku. Znajdujemy w książce fragmenty zaska-

kujące: z jednej strony wątki historyczne, z drugiej wspomnienie okresu, kiedy Autor był opiekunem żeńskiego akademika na łódzkim „Lumumbowie” oraz opisy zabaw kostiumowych u gościnnych państwa Korombów w Węglówce. Należy wspomnieć o osobie, która walczyła przyczyniła się do powstania książki – prof. Hannie Działkowiak, żonie Autora. Obojgu gratuluję tak starannego przygotowania ciekawego dzieła, a czytelników „Gazety” zachęcam do lektury. ☉

IV MISTRZOSTWA POLSKI LEKARZY W PİLCE NOŻNEJ 6-OSOBOWEJ

W CZĘSTOCHOWIE

18-19 CZERWCA ROZGRYWKI

NA MIEJSKIM STADIONIE „RAKÓW”

PRZY UL. LIMANOWSKIEGO W CZĘSTOCHOWIE

ORGANIZATORZY (OIL W CZĘSTOCHOWIE):

PIOTR JANIK, TEL. 602 380 957; PRZEMYSŁAW

KLIMAS, TEL. 604 792 574; RITA IDZIAK,

TEL. (34) 368 18 88, FAKS (34) 365 41 20,

E-MAIL: CZESTOCHOWA@HIPOKRATES.ORG

ZGŁOSZENIA I WPLATY DO 30 KWIEŚNIA,

DECYDUJE TERMIN WPLATY.

WPISOWE 1000 ZŁ OD DRUŻYNY DO 10 OSÓB.

KONTO: BRE BANK S.A

ODDZIAŁ CZĘSTOCHOWA NUMER:

82 1140 1889 0000 2433 3300 1001

TYTUŁEM: MISTRZOSTWA W PİLCE NOŻNEJ.

XI JURAJSKI RAJD ROWEROWY LEKARZY

OIL W CZĘSTOCHOWIE ZAPRASZA

NA KOLEJNY RAJD

PO JURZE KRAKOWSKO-CZĘSTOCHOWSKIEJ

ROZPOCZYNAJMY 11 CZERWCA, W SOBOTĘ.

WYJAZD NA TRASY ROWEROWE SPOD

OŚRODKA WYPOCZYNKOWEGO W PORAJU

O GODZ. 10.00. PRZYGOTOWANO DWIE

TRASY, ODPOWIEDNIO 20 I 50 KM, KAŻDA

PILOTOWANA PRZEZ PRZEWODNIKA

PTTK. KOŃCZYMY OK. GODZ. 17.30

SPOTKANIEM INTEGRACYJNYM NA TERENIE

OŚRODKA SZKOLENIOWEGO W JASTRZĘBIU

K. PORAJA (OŚRODEK KONFERENCYJNO-

-SZKOLENIOWY „PORAJ”, UL. WOJSKA

POLSKIEGO 79, JASTRZĄB K. PORAJA,

42-360 PORAJ). W NIEDZIELĘ, 12 CZERWCA

ZAPLANOWALIŚMY ZWIEDZANIE KLASZTORU

NA JASNEJ GÓRZE.

KOSZT UCZESTNICTWA W RAJDZIE, PIKNIKU

I WSTĘP DO KLASZTORU – 70 ZŁ DLA

DOROSŁYCH I 30 ZŁ DLA DZIECI.

DO DYSPOZYCJI SĄ POKOJE 2, 3 I 4-OSOBOWE

ZE ŚNIADANIEM (4-OSOBOWE Z ŁAZIENKĄ

300 ZŁ, 3-OSOBOWE Z ŁAZIENKĄ

225 ZŁ, 2-OSOBOWE Z ŁAZIENKĄ 150 ZŁ).

ABY ZAREZERWOWAĆ POKÓJ, NALEŻY

DOKONAĆ PRZEDPŁATY W WYSOKOŚCI

100 ZŁ, DOLICZAJĄC JĄ DO OPŁATY

ZA UDZIAŁ W RAJDZIE I PRZEKAZAĆ

PRZELEWEM NA KONTO OIL

W CZĘSTOCHOWIE,

NR 82 1140 1889 0000 2433 3300 1001

BRE BANK ODDZIAŁ W CZĘSTOCHOWIE.

TYTUŁ WPLATY: UDZIAŁ W RAJDZIE

(LICZBA) OSÓB. POTWIERDZENIE

WPLATY NALEŻY PRZESŁAĆ

FAKSEM NA NR (34) 365 41 20 W. 300.

WPLATY MOŻNA DOKONAĆ RÓWNIEŻ

OSOBISTIE W BIURZE OIL, UL. GEN. JÓZEFA

ZAJĄCZKA 5. INFORMACJE: RITA IDZIAK,

TEL. (34) 368 18 88, E-MAIL: POCZTA@CIL.

FINN.PL CZESTOCHOWA@HIPOKRATES.ORG

TOMASZ KLIMZA, TEL. 691 488 383.



Błękit nieba, słońce,
ośnieżone drzewa i lek-
ko ujemna temperatu-
ra stwarzały idealne wa-
runki do rywalizacji...

W Bystrem zima jest zawsze

Kiedy kilkanaście dni przed rozpoczęciem
III Mistrzostw Lekarzy Podkarpacia w Narciarstwie
Alpejskim większość witała się już z wiosną,
stali bywalcy tej imprezy byli spokojni.

JANUSZ MAJKA

W czasie poprzed-
nich dwóch
mistrzostw oraz jedena-
stunastu wcześniejszych
o randze ogólnopolskiej
Bystre nigdy nie
zawodziło. No ale
jak się ma taką szefo-
wą organizatorów jak
dr Maria Szuber – po-
wtarzają od lat uczest-
nicy – która ma chyba
„układy” na górze,
to nie straszna odwilż
przed zawodami. Tak
było i tym razem.

Pod stok Dwidowej
(713 m n.p.m.) zjecha-
ło liczne grono uczest-
ników z jednej stro-
ny żądnych sportowej
rywalizacji, z drugiej
stęsknionych za towa-
rzyskimi spotkaniami.
Zaczęło się w piątek,

od rywalizacji w sla-
lomie przy światłach.
To był dobry pomysł.
To był dobry pomysł.
W poprzednich latach
wieczór rozpoczynają-
cy narciarski week-
end poświęcony był
na trening, w tym ro-
ku była to już rywa-
lizacja. Wszyscy zda-
wali sobie sprawę,
że jest to tylko pre-
ludium do sobotniej
walki o tytuły w sla-
lomie gigancie. Pora-
nek przywitał uczest-
ników mistrzostw
(713 m n.p.m.) zjecha-
ło liczne grono uczest-
ników z jednej stro-
ny żądnych sportowej
rywalizacji, z drugiej
stęsknionych za towa-
rzyskimi spotkaniami.
Zaczęło się w piątek,

wodami profesjonalną
rozgrzewkę dla zawo-
dników poprowadził Je-
rzy Stodolny (Święto-
krzyska 1L). Lekarze
przejeżdżali trasę dwa
razy, sympatycy, dzie-
ci i młodzież jeden raz.
Jak zwykle uczestnicy
podzielili się na dwie
grupy: zwolenników
barona Pierre’a de Co-
ubertina (najważniej-
sze jest samo uczest-
nictwo) i tych, dla
których ważne są set-
ne części sekundy. Na
stoku było wszystko:
relaks, walka, tracone
szanse i niespodziewane
wyniki, a najważ-
niejsze – wspania-
ła zabawa. Wśród
uczestników przeważa-
li członkowie izb, któ-



Do Bystrego przyjechali lekarze z sześciu innych izb.

FOT.: RADOSŁAW POTACZAŁA

X OGÓLNOPOLSKI TURNIEJ TENISA ZIEMNEGO LEKARZY W CZĘSTOCHOWIE

**ODBĘDZIE SIĘ
20-22 MAJA**

NA OBIEKCIE
CZĘSTOCHOWSKIEGO
KLUBU TENISOWEGO
„VICTORIA” PRZY
UL. 3 MAJA OBOK JASNEJ GÓRY.
SĘDZIA GŁÓWNY ZAWODÓW:
ZENON HARCIAREK. DRUGIEGO
DNIA TURNIEJU SPOTKANIE
W KLUBIE LEKARZA W SIEDZIBIE
NASZEJ IZBY LEKARSKIEJ.

ORGANIZATORZY Z RAMIENIA
OIL: LESŁAW RUDZIŃSKI,
601 913 381, RITA IDZIAK,
(34) 368 18 88,
FAKS (34) 365 41 20.
OPŁATA ZA UDZIAŁ: 100 ZŁ
– CZŁONKOWIE POLSKIEGO
STOWARZYSZENIA TENISOWEGO
LEKARZY, 150 ZŁ – LEKARZE NIE
ZRZESZENI W PSTL.

WPLATY DO 30 KWIEŃNIA
NA KONTO BRE BANK S.A.
ODDZIAŁ CZĘSTOCHOWA
NUMER:

82 1140 1889 0000 2433 3300 1001
TYTUŁEM: TENIS 2011.

re były organizatorami zawodów – rzeszowskiej i krakowskiej (ta skupia lekarzy z okolic Przemysła i Krosna). Ale wspinała renoma, jaką wyrobili sobie przez 11 lat organizatorzy ogólnopolskich zawodów (OIL w Rzeszowie) sprawiła, że do Bystrego przyjechali lekarze z sześciu innych izb (najliczniejszą reprezentację miała Lubelska IL z Edwar-

dem Wolińskim na czele). „Zagraniczni” zdobyli też główne trofea, bowiem organizatorzy postanowili, że nie będą rozdzielać tytułów dla „swoich” i przyjezdnych. Mistrzynią Podkarpacia została Maria Mituś-Kenig (OIL Kraków), a Mistrzem Szymon Skoczylński (Słaska IL). Podjęto też ważną decyzję o zmianie nazwy

imprezy z Mistrzostw Lekarzy Podkarpacia na Podkarpackie Mistrzostwa Lekarzy. Niby zmiana niewielka, ale już oficjalnie zapraszająca lekarzy z innych izb do rywalizacji. Warto o tym pamiętać, bo w Bystrem pogoda nigdy nie zawodzi.

Wyniki zawodów i zdjęcia na stronie: www.rzeszow.oil.org.pl

ZAPRASZAMY NA

9 Mistrzostwa Polski Lekarzy w Kolarstwie Szosowym
3-4 czerwca 2011 r. Bychawa k/Lublina

więcej informacji:
www.szosa.eu

Krzysztof Matras tel. 605084016
Mariusz Trus tel. 697111238

ZJAZDY KOLEŻEŃSKIE

Absolwenci AM Kraków rocznik 1956-61

Starosta Roku zaprasza na zjazd absolwentów AM Kraków rocznika 1956-61, 18 czerwca br. Informacje: www.krakowskie-dni-dializoterapii.pl zakładka Absolwenci AM 1961; Sekretariat zjazdu: danuta.maliszewska@fmc.pl Tel.: 788 684 234. Olgierd Smoleński.

Absolwenci AM w Poznaniu rocznik 1955-60

50 LAT PO DYPLOMIE
Rektor UM im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu oraz komitet organizacyjny zapraszają na „Odnowienie dyplomów lekarskich po 50 latach” absolwentów AM w Poznaniu rocznika 1955-60, które 10 września br. odbędzie się w Centrum Kongresowo-Dydaktycznym UM w Poznaniu. Ze względu na przygotowanie nowych dyplomów prosimy o PILNE przesyłanie zgłoszeń do końca kwietnia! Wszelkie informacje i formularz zgłoszeniowy umieszczone są na stronie internetowej: www.absolwenci1961.pl Zgłoszenia przyjmowane są też telefonicznie, pisemnie lub osobiście w Biurze Organizacji Konferencji i Zjazdów Fundacji UM, ul. Tęczyńska 3, 60-275 Poznań, tel.: (61) 662 11 20 w. 15.
Szanowni Koleżanki i Koledzy! Korzystamy z bazy adresowej z poprzednich lat, prosimy więc o powiadomienie Koleżanek i Kolegów, z którymi jesteście w kontakcie osobistym, telefonicznym czy mailowym, o naszym spotkaniu.

Wydział Lekarski Oddział Pediatrii i Stomatologii AM we Wrocławiu, rocznik 1961

Serdecznie zapraszamy na uroczyste obchody z okazji 50 rocznicy uzyskania absolutorium, 24 września br. we Wrocławiu. Opłata za uczestnictwo w zjeździe: od absolwenta 350 zł, osoba towarzysząca na bankiecie 200 zł, tylko uroczystości 150 zł. Wpłaty na konto DIL we Wrocławiu: **17 1540 1030 2001 7753 6075 0001**, do 31 maja, z dopiskiem „Zjazd 1961” lub bezpośrednio w OIL we Wrocławiu (II p. pok.1). Koleżanki prosimy o podanie nazwiska obecnego oraz pamiątkowego. Zakwaterowanie we własnym zakresie (nie jest wliczone w cenę zjazdu). Informacje: Patrycja Malec, DIL we Wrocławiu (71) 79 88 068, e-mail: patrycja.malec@dilnet.wroc.pl lub patka.malec@wp.pl
Komitet Organizacyjny: Danuta Aszkielowiec, Jerzy Fonfara, Krystyna Kazimierzczak-Orzechowska, Mirosława Przyjąłowska, Jacek Szechiński.

Absolwenci AM we Wrocławiu rocznik 1971

Serdecznie zapraszamy na spotkanie koleżeńskie z okazji 40 rocznicy ukończenia AM we Wrocławiu, w dn. 7-8 października br. we Wrocławiu. Opłata za

uczestnictwo w zjeździe: dla absolwenta z bankietem 350 zł, dla osoby towarzyszącej na bankiecie 250 zł, dla absolwenta – jedynie część oficjalna 100 zł, przedstawienie w Operze 65 zł. Wpłaty na konto DIL we Wrocławiu: **17 1540 1030 2001 7753 6075 0001** do 31 maja, z dopiskiem „Zjazd 1971” lub bezpośrednio w DIL we Wrocławiu (II p. pok.1). Panie prosimy o podanie nazwiska obecnego oraz z okresu studiów. Informacje: Patrycja Malec, DIL we Wrocławiu, (71) 79 88 068, e-mail: patrycja.malec@dilnet.wroc.pl, patka.malec@wp.pl
Komitet Organizacyjny: Magdalena Koziorowska, Wanda Man-Widerska, Bogusław Romanowicz. Zakwaterowanie (hotel) we własnym zakresie. Proponujemy hotele, w których należy zrobić rezerwację indywidualnie do 18 kwietnia.
Hotel Jana Pawła II (Św. Idziego 2) – tel.: (71) 327 14 00. Hotel Tumski (WySPA Stodowa 10) – tel.: (71) 322 60 88. Hotel Lothus (Wiła Stwosza 22/23) – tel.: (71) 341 97 38. Hotel przy DIL (Matejki 6) – tel.: (71) 79 88 068. Jubilatka (Wojciecha z Brudzewa 10) – tel.: (71) 348 42 32.

Wydział Lekarski i Stomatologii ŚAM we Wrocławiu rocznik 1960-66

Z okazji 45 rocznicy ukończenia studiów, w dn. 20-22 maja br., odbędzie się zjazd koleżeński w DW „JAWOR” w Ustroniu Jaszowcu, ul. Wczasowa 51. Koszt uczestnictwa 250 zł za pobyt dwudniowy (sobota-niedziela) oraz 350 zł za pobyt trzydniowy (piątek-sobota-niedziela). Wpłaty do 5 maja na konto: DW „JAWOR”, Nr: **51 1050 1096 1000 0022 3344 7123**, z dopiskiem: Zjazd ŚAM 1960-66. Informacje w recepcji DW „Jawor”, tel.: (33) 854 23 93 lub (33) 854 39 00, e-mail: recepcja@jawor.ustron.pl oraz: Gabriela Stowińska-Phillipp, tel.: (32) 222 61 06, kom.: 601 472 562, e-mail: gabriela.ph@interia.pl
Maria Górzewska-Cienciała, kom.: 600 255 081, e-mail: ciencialamaria@wp.pl
Teresa Bromilska-Lipowczan, tel.: (32) 257 12 85, kom.: 696 251 212, e-mail: lipowczan@neostrada.pl

Absolwenci ŚAM rocznik 1961 (reforma studiów rocznik 1954-61)

W związku z odnową dyplomu po 50 latach prosimy absolwentów wydziału lekarskiego i oddziału stomatologii o zarejestrowanie się w Dziekanacie Wydziału Zabrzeńskiego u pani Julity Prabuńskiej, do 30 czerwca br. Adres Dziekanatu: 41-800 Zabrze, plac Traugutta 2, tel.: (32) 370 52 66,

e-mail: kkpzabrze@sum.edu.pl
O terminie i programie uroczystości powiadomimy indywidualnie każdego zarejestrowanego. Zygą Wawrzynek, prezes Stowarzyszenia Wychowanków ŚAM.

Wydział Lekarski Oddział Stomatologii AM im. M. Kopernika w Krakowie roczniki: 1981, 1980 i 1979

W dn. 10-12 czerwca br. w Rytrze k. Nowego Sącza odbędzie się spotkanie absolwentów trzech roczników: '79, '80 i '81 Wydziału Lekarskiego Oddziału Stomatologii ówczesnej AM im. M. Kopernika w Krakowie. Zainteresowanych prosimy o kontakt z organizatorami spotkania: Tadeusz Bernacki, tel.: 602 680 557; Andrzej Wilga, tel.: 604 133 042; Jolanta Pytko-Polocińska, tel.: 601 453 513.

Absolwenci AM w Gdańsku rocznik 1955-60

Serdecznie zapraszamy na koleżeńskie spotkanie 21 maja br. o godz. 13.00 do hotelu „ZATOKA” w Sopocie, ul. E. Plater 7/9/11. Rezerwacja pokoi, tel.: (58) 551 09 50. Zgłoszenia do 30 kwietnia przyjmują kol.: Barbara Pętlak-Till, ul. Straganiarska 43/46 m. 4, 80-837 Gdańsk; Janina Borówko, ul. Pawia 1A m. 5, 80-626 Gdańsk.

Wydział Lekarski AM w Białymstoku rocznik 1965-71

W dn. 16-18 września br. planowany

jest zjazd absolwentów w Białymstoku z okazji jubileuszu 40-lecia ukończenia studiów i uzyskania dyplomu lekarza. Zgłoszenie uczestnictwa korespondencyjnie: Janusz Zawistowski, ul. Legionowa 11 m. 6, 15-281 Białystok lub tel.: (85) 869 65 54 (kom.: 505 129 714), e-mail: p.dunaj@pb.edu.pl do 30 maja br. W zgłoszeniu należy podać dokładny adres zamieszkania, telefon oraz wybór zakwaterowania w akademiku. Szczegółowy program zjazdu i wysokość opłaty prześlę po otrzymaniu zgłoszenia uczestnictwa.

Wydział Lekarski AM w Białymstoku rocznik 1975-81

Zapraszamy na zjazd absolwentów w dn. 15-18 września br. do hotelu Energetyk w Grudziądzu, ul. Miła 2. Proponujemy 2 warianty uczestnictwa. 1 – pobyt 15-18 września obejmuje zwiedzanie Chełmna, Torunia, Golubia-Dobrzyń, Grudziądza oraz udział w imprezie grillowej w ogrodach hotelu Energetyk i uroczystym Balu Absolwentów. Cena 750 zł, a osoba towarzysząca 700 zł. 2 – pobyt 16-18 września obejmuje zwiedzanie Grudziądza i imprezy okolicznościowe. Cena 450 zł, a osoba towarzysząca 400 zł. Wpłaty na konto **05 1160 2202 0000 0000 2953 1782**, z dopiskiem Zjazd Absolwentów, do 15 lipca br. Informacje: Gabriela Gross, tel. kom.: 693 274 333; Michał Sigurski, tel. kom.: 602 180 103, e-mail: michalsigurski@wp.pl

KOMISJA KULTURY, SPORTU I TURYSTYKI OIL W WARSZAWIE ORGANIZUJE W DN. 29 KWIEŚNIA-6 MAJA BR. WYJAZD NA BEATYFIKACJĘ PAPIEŻA JANA PAWŁA II

ORAZ KRÓTKĄ PODRÓŻ DO NAJCIĘKAWSZYCH MIEJSC
WE WŁOSZECH. INFORMACJE I ZGŁOSZENIA:
E-MAIL: PRACA68@OIL.ORG.PL, TEL.: (22) 542 83 30

OŚWIADCZENIE

W NAWIĄZANIU DO FRAGMENTU ARTYKUŁU
„NAUKA I WIEDZA MEDYCZNA JEST JEDNA”
ZAMIESZCZONEGO W „GL” NR 2/2011

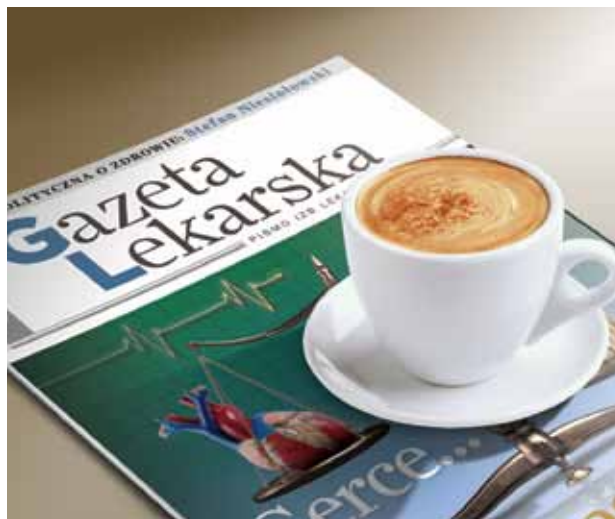
CYT.: „W KLINICE PROF. GADZINOWSKIEGO PRZEBYWAŁO DUŻO DZIECI PO POZAUSTROJOWYM ZAPŁODNIENIU (CZĘSTO BYLI TO NASI PACJENCI) I ZAPEWNIAMY, ŻE DZIECI TE NIE STWARZAŁY INNYCH PROBLEMÓW NEONATOLOGICZNYCH NIŻ DZIECI Z CIĄŻY POCZĘTYCH NATURALNIE.” OŚWIADCZAM, ŻE AUTORZY NIE KONTAKTOWALI SIĘ ZE MNĄ I W ZWIĄZKU Z TYM NIE ZNAJĄ FAKTÓW DOTYCZĄCYCH NOWORODKÓW W KLINICE, W KTÓREJ JESTEM KIEROWNIKIEM. W ZWIĄZKU Z TYM, AUTORZY NIE MIELI PODSTAW DO TAKIEGO OŚWIADCZENIA.

OCEŃĘ TEJ SYTUACJI POZOSTAWIAM CZYTELNIKOM
Z POWAŻANIEM, PROF. DR HAB. JANUSZ GADZINOWSKI

W moim teatrze kurtyna rozsunała się po raz pierwszy podczas spektaklu „Bestia i Piękna” Grochowiaka. Miałem 7 lat i zostałem oczarowany utworem, gdzie nawet zło i brzydota okazały się maską, pod którą ukryto wrażliwość i dobroć.

Kurtyna w górę

- » Od tamtej pory kurtyna unosi się przed moimi oczyma w różnych zakątkach Polski, najczęściej w Teatrze Narodowym w Warszawie, gdzie gra się nadal niespiesznie, refleksyjnie, mądrze. Poza tym wykorzystuje się tam ogromne możliwości inscenizatorskie, sceny ruchome, obrotowe, hydrauliczne, zapadnie, fosy i stawy wypełniane wodą.
- » Kurtyny teatralne są różne. Często są to tylko grube bordowe zasłony. Ale mogą to być również potężne kurtyny metalowe służące do celów przeciwpożarowych. W Teatrze Muzycznym w Gdyni podczas „Open-tańca” szumiała w tle, stanowiąc niezwykle wprost dekorację, kurtyna wodna.
- » Najpiękniejsze są jednak kurtyny haftowane, gobeliny w ramie sceny, takie jak Siemiradzkiego w Teatrze Miejskim w Krakowie czyli po prostu w Teatrze Słowackiego. O wykonanie tej kurtyny biło się wielu wybitnych artystów, na przykład Wyspiański czy Mehoffer, chociaż w dniu konkursu może jeszcze



- nie aż tak sławnych.
- » Podczas „Dżumy” w Teatrze Witkacego w Zakopanem opada tiulowa kurtyna oddzielająca scenę od widowni, symbolizująca zamknięcie miasta opopanego przez zarazę i poddanego kwarantannie.
- » Wychylająca się zza kurtyny głowa jest najczęściej świadectwem programu kabaretowego, gdzie poła materiału trzymanego przez prezentera lub wykonawcę skeczu ma symbolicznie uchylać rąbka tajemnicy przed kolejnym „numerem”, dajmy na to występem Hanka Ordonówny.
- » W wielu teatrach nie ma jednak kurtyny. Dekoracje stoją gotowe na oczach wchodzącej publiczności. Nie ma tajemnicy.
- » Zdarzają się także kurtyny wewnętrzne, jeśli grają „Hamleta”, a fachowo rzecz ujmując: teatr w teatrze. Kurtyna odsłania kolejną kurtynę.
- » Niespokojnie czekam na moment aż kurtyna pójdzie

- w górę i pokaże pracę scenografa, techników sceny, oświetleniowców, akustyków, kostiumologów, aktorów i reżysera. W ogromnej przestrzeni puszk scenicznej i na proscenium widać wówczas nagą prawdę o nas samych, naszych gustach, cierpliwości, umiejętności obiektywnej krytyki i oczekiwaniach teatralnego katharsis.
- » Lekarze lubią Teatr. Za szpitalnym parawanem codziennej praktyki kryje się niejedna dramatyczna opowieść o ludzkim losie, która mogłaby posłużyć i niejednokrotnie służy do scenicznej interpretacji.
- » Teatr lubi Lekarzy. Choroba i walka z nią stanowi nieodłączny element, który artyści wykorzystują do pokazania ludzkiego wnętrza, zarówno po stronie pacjenta, jak i medyka oraz rozważań etycznych, egzystencjalnych i prawnych.
- » Teatr i Lekarze połączą siły 4 kwietnia w warszawskim TM „Roma”, a o wrażeniach po podniesieniu i opadnięciu kurtyny opowiemy za miesiąc. ☉

KONKURS Z FILIŻANKĄ Przypominamy! Kolegium Redakcyjne „Gazety Lekarskiej” ogłosiło konkurs dziennikarski na reportaż o samorządzie lekarskim, którego regulamin znajduje się na stronie internetowej „GL”. Teksty zawierające nie więcej niż 5000 znaków edytorskich wraz ze spacjami należy przesyłać w jednym egzemplarzu na adres: „Gazeta Lekarska”, ul. Konduktorska 4, 00-755 Warszawa, z dopiskiem „REPORTAŻ Z FILIŻANKĄ” oraz na adres e-mail: konkurs@gazetalekarska.pl do 30 maja 2011 r. Zwycięski reportaż opublikujemy, wypłacimy honorarium autorskie, a na grudniowym posiedzeniu Naczelnej Rady Lekarskiej wręczymy porcelanową filiżankę, czyli nagrodę główną.



Wydawca: Naczelna Rada Lekarska

Dla członków izb lekarskich bezpłatnie
Nakład 156 500 egz.

Redaktor naczelny:
Ryszard Golański
tel. 600 909 382

e-mail: naczelny@gazetalekarska.pl

Kolegium redakcyjne:

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

Sekretarz redakcji:
Urszula Bąkowska
tel. (22) 559 02 67

e-mail: u.bakowska@gazetalekarska.pl

Redaktor prowadzący:

Marzena Bojarczuk
tel. (22) 559 02 63, 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:

ringier

axel springer

02-672 Warszawa, ul. Domaniewska 52

Reklama i ogłoszenia:

Kierownik sprzedaży: **Aldona Ciosek**

e-mail: aldona.ciosek@axelspringer.pl

Mateusz Gajda

tel. (22) 232 05 68, 600 064 140

e-mail: mateusz.gajda@axelspringer.pl

Małgorzata Gałazka

tel. (22) 232 18 01, 668 276 630

faks +48 (22) 232 55 54

e-mail: malgorzata.galazka@axelspringer.pl

Magdalena Maj-Nowisz

tel. (22) 232 17 91, 668 304 346

e-mail: magda.maj-nowisz@axelspringer.pl

Dodatki tematyczne: **Krystyna Gdera**

tel. (22) 232 17 98, 668 526 225

e-mail: krystyna.gdera@axelspringer.pl

Koordinacja wydawnicza: **Alicja Micuła**

tel. (22) 232 00 17

e-mail: alicja.micula@axelspringer.pl

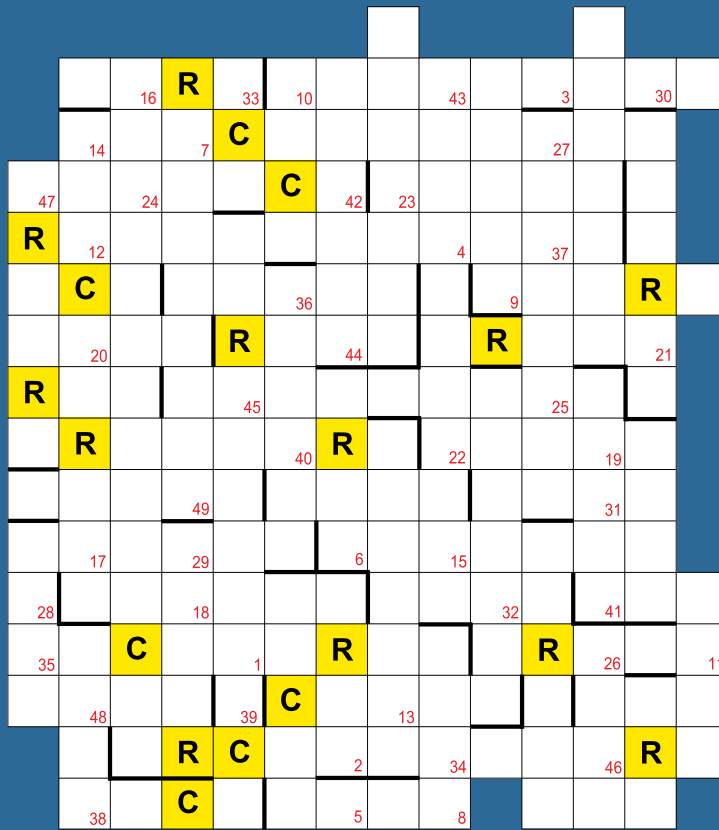
Projekt graficzny: **Bogusław Kalwala**

Materiałów nie zamówionych redakcja nie zwraca i zastrzega sobie prawo do skrótów, 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 165

BJER



Objaśnienia 63 haśle podano w przypadkowej kolejności. W diagramie ujawniono wszystkie litery C i R.

Na ponumerowanych polach ukryto 49 liter hasła, które stanowi rozwiązanie.

Należy je przesłać na kartce pocztowej na adres redakcji do 15 maja br.

Wśród autorów prawidłowych rozwiązań rozlosujemy nagrody książkowe (prosimy o podanie specjalizacji).

dwoinka rzeźączki • krytyk się nie boi • miasto z Ostrą Bramą • -morele • mieszka w Trondheim • grecki rynek • las bogaty w zwierzynę • napad • Inicznik • katedra arcybiskupia • między Pisco a Nazca • samiec sarny • metropolita warszawski • szlachcic w służbie u magnata • jest nim mowa • ojczyzna ludzi • flisak • stan z Boise • dorobił się majątku • napis na krzyżu • głos psa • O3 • pierwsza odkryta gwiazda wizualnie podwójna • pozwala kierować koniem • mieszkanka Bejrutu • 1 dyn x 1 cm • duże miasto nad Uralem • dodatek, załącznik • rzemieńiec • Joan, piosenkarka country i protest song • brewiarz • góry z Musąłą • putto • szef Pawlaka • rzemieślnik • puch marny? • pnącza w dżungli • partia Olszewskiego • Turgut, premier i prezydent Turcji • sławna śpiewaczka opery • kurze ziele • w ujściu Saony do Loary • bawół indyjski • niewłaściwość sądu lub władzy • noblista Umberto • pomidorowa • obóz Kozaków zaporoskich • ostatnia faza lotu szybowca • wołanie, jak ryk jelenia • cenne stadium jedwabnika • przedmiot dawnej sztuki • Mellechowicz • jogurt firmy Zott • podium do odczytywania Tory • Arkadiusz Skrzypaszek • ząb jedyńka • rozdziobią nas z wronami • dzielnica Wilna z kościołem św. Piotra i Pawła • chwyt komediowy • otwór wejściowy do lisiej nory • lekki statek wodny • partia Napieralskiego • pałeczka czerwonki

Rozwiązanie Jolki lekarskiej nr 163 („GL” nr 2/2011)

Ludzie w nieszczęściu szybciej się starzeją. Homer

Nagrody otrzymują: Janusz Hernik (Zielona Góra), Barbara Kuca (Krzeszowice), Barbara Mirska (Częstochowa), Hanna Odorkiewicz-Sikocińska (Katowice), Michał Tarka (Człuchów), Krzysztof Wojtalewicz (Mirostowice Dolne).

Nagrodami za prawidłowe rozwiązania są książki wydawnictw: medipage, Urban & Partner i ZNAK („Lepiej” Atula Gawande). Nagrody prześlemy pocztą.

