



PRIMUM NON NOCERE

BIULETYN BYDGOSKIEJ IZBY LEKARSKIEJ ISSN 1234-7531 Nr 10 (243) 2011



Kujawsko-Pomorskie
Laboratoria Medyczne

Vitalabo

Zachęcamy do współpracy:
szpitale, przychodnie, ośrodki zdrowia, gabinety lekarskie oraz
laboratoria analityczne z terenu Kujaw i Pomorza.

Każdy z naszych klientów traktowany jest indywidualnie,
wspólnie poszukujemy najlepszego rozwiązania
i takiego kształtu współpracy,
który gwarantuje stuprocentową satysfakcję obu stron.

W ramach podpisanej umowy o współpracę z naszymi
laboratoriami oferujemy bezpłatnie:
transport próbek, system próżniowy do pobierania krwi oraz
szkolenia dla personelu pobierającego.

Kontakt:

Norbert Pietrykowski
606 273 702

Vitalabo NZOZ Sp. z o.o.
Laboratorium Analiz Lekarskich
Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Sp. z o.o.
85-795 Bydgoszcz ul. Hallera 2E (os. Fordon)
tel. (052) 346 92 05 fax (052) 346 92 06
e-mail: biuro@vitalabo.com.pl

PARAGRAFY I PRZEPISY

Zmiany w przepisach dotyczących praktyk lekarskich2

O wystawianiu zaświadczeń lekarskich16

Konkurs ofert w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń zdrowotnych.....17

BĘDZIE STOMATOLOGIA

Samodzielny Uniwersytet Medyczny w Bydgoszczy3

Utworzenie Wydziału Stomatologii w Bydgoszczy jest sprawą priorytetową...4

Nikt nie chce przenieść CM do Torunia....5

PODSUMOWANIA...

50 lat leczenia ostrej białaczki limfoblastycznej u dzieci w regionie kujawsko-pomorskim6

WYDARZENIA I OŚWIADCZENIA

Dr med. Andrzej Kapata – członkiem honorowym Towarzystwa Chirurgów Polskich8

W sprawie przepracowania lekarzy8

SZCZĘŚLIWA DWUNASTKA DLA

BYDGOSZCZY9

SPOTKANIA

...z finałem w biuletynie10

...z Kolegami Lekarzami Seniorami!11

Chełmno MotoBridge 201110, 15

CYTUJĄC USTAWĘ

I oto mamy widzialnego diabła.....13

TAK MYŚLĘ!

Primum non nocere.....14

WSPOMNIENIE18

FELIETON I...19

W PIGUŁCE20



Zachód słońca nad Bajkałem koło miejscowości Tanchoj, Buriacja, 9 sierpnia 2011 roku, godzina 20:05 czasu miejscowego.

Fot. Maciej Grzmieł

**Szanowne
Koleżanki i Koledzy!**



Nowe przepisy ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta wchodzące w życie 1 stycznia 2012 roku, spowodowały nie wiadomo dlaczego na początku września, ukazanie się w mediach tytułów i reklam ogłaszających w jaki sposób można dochodzić swoich roszczeń za „błędy lekarzy”. Ustawa ma zastosowanie wyłącznie do zdarzeń medycznych będących następstwem udzielania świadczeń zdrowotnych w szpitalu w rozumieniu przepisów o działalności leczniczej. Nie dotyczy więc zdarzeń medycznych występujących w opiece ambulatoryjnej i w gabinetach prywatnych. Zatrudnieni przez media pracownicy prawdopodobnie nie chcą lub nie mogą wyjaśnić czytelnikom, słuchaczom, widzom, że negatywne zdarzenia medyczne najczęściej związane są z zakażeniami szpitalnymi, których po prostu nie da się całkowicie uniknąć, choćby nie wiem jak starał się lekarz prowadzący chorego.

Olbrzymi wpływ na zakażenia szpitalne ma odpowiednia nowoczesna architektura i wyposażenie szpitala w sprzęt, narzędzia, odpowiednia liczba personelu i właściwa organizacja pracy, odpowiedniej jakości sprzęt jednorazowego użytku oraz dobre jakościowo implanty. Głośny był przypadek ciężkich powikłań spowodowanych implantem wadliwie zaprojektowanym i wykonanym ze złego materiału. Głośny był przypadek oskarżenia duńskich chirurgów o karygodne błędy techniczne podczas operacji przepukliny. Dopiero po wielu perypetiach sądowych i ekspertyzach udało się im udowodnić swoją niewinność. Czy odzyskali dobre imię? Bardzo wątpię. Oczywiście nie neguję możliwości popełnienia błędu przez lekarza, ale czy powołana komisja bez ekspertów jest w stanie ustalić błąd? Jaki jest stan sanitarny pomieszczeń i architektura naszych szpitali – widzimy na codzień. Czy nie należałoby więc wyburzać starych szpitali i w ich miejsce budować nowe o odpowiednich standardach i dać sobie spokój z wiecznymi modernizacjami? Czy tłumaczenia związane z trudnościami finansowymi są zasadne? Przecież można było zbudować nowoczesne stadiony piłkarskie. Szpitale funkcjonują przez całą dobę, przez cały tydzień, a nie tylko od święta. Widać nadal się sprawdza okrzyk autorstwa starożytnego poety Juwenalisa, które wznosiło rzymskie społeczeństwo: chleba i igrzysk.

Ostatnie doniesienia prasowe podejmują temat znacznych zarobków lekarzy. Sposób podawania do wiadomości stawek godzinowych lekarzy kontraktowych kojarzy mi się z rysunkami okresu socrealizmu przedstawiającymi bogatego, grubego i wielkiego kapitalistę (znany wszystkim lekarz kontraktowy) wyzyskującego chudego, niższego i zwykle przygarbionego robotnika (nieznany chory obywatel). Kontrakty lekarzy i pielęgniarek zostały wprowadzone nie dlatego, że oni tak sobie życzyli, ale dlatego, że zatrudnienie na umowie o pracę wymagałoby zwiększenia zatrudnienia i tym samym zwiększyłyby koszty pracy. Jednocześnie nie można byłoby zapewnić opieki całodobowej chorym z względu na znaczne braki lekarzy i pielęgniarek.

Pracownicy kontraktowi zostali pozbawieni ochrony Kodeksu Pracy i świadczeń socjalnych. O swoją emeryturę muszą sami zadbać. Z opisywanych „złotych żniw” muszą opłacić rosące co jakiś czas składki zdrowotne, emerytalne, obowiązkowe ubezpieczenia przed ewentualnymi roszczeniami, których kwoty systematycznie rosną. Z tych „patologicznych” dochodów nieporównywalnych do dochodów kolegów lekarzy z normalnych krajów starej demokracji musimy, zgodnie z obowiązkiem ustawowym, dokształcać się. Wakacje dla rodziny i dla siebie możemy zafundować sobie w zależności od funduszu, jaki sobie wygospodarujemy w naszym jednoosobowym przedsiębiorstwie. I tylko modlić się o zdrowie.

I jeszcze jedno – podawane zarobki nie są pensją za pięciodniowy, czterdziestogodzinny tydzień pracy, a za pracę bez przerw śniadaniowych, obiadowych i powrotów po dyżurach do domu, bo „optymalizacja zatrudnienia” nie pozwoliłaby na kontynuację leczenia chorych i wykonania odpowiedniej, zakontraktowanej przez szpital liczby punktów. Wielu lekarzy dodatkowo pracuje w gabinetach prywatnych, aby móc pokryć zobowiązania wobec ZUS, Urzędu Skarbowego, składkę zdrowotną i inne, ponieważ nie wszyscy kontraktowcy mogą liczyć na terminową realizację wystawionych rachunków. Tutaj przezorność jest mylona z pazernością. Coś mi się zdaje, że klasa średnia ma powstać bez lekarzy.

Dr n. med. Stanisław Pływiński

Prezes Bydgoskiej Izby Lekarskiej

Uwaga! Bardzo ważne!

Zmiany w przepisach dotyczących praktyk lekarskich

Od dnia 1 lipca 2011 roku nastąpiły zmiany w rejestrze praktyk lekarskich, co bezpośrednio związane jest z wejściem w życie przepisów ustawy o działalności leczniczej.

Działalność „kontraktowców”

Najważniejszą zmianą, z punktu widzenia prowadzenia w/w rejestru, jest wprowadzenie nowego rodzaju wykonywania działalności leczniczej przez lekarza/lekarza dentystę – praktyki lekarskiej wykonywanej wyłącznie w przedsiębiorstwie podmiotu leczniczego na podstawie umowy z tym podmiotem. Ten rodzaj praktyki przeznaczony jest dla lekarzy/lekarzy dentystów, którzy wykonują działalność na podstawie umów cywilno-prawnych tj. kontraktów z podmiotami leczniczymi. Praktyki lekarskie, które były wprowadzone do rejestru praktyk przed zmianą stanu prawnego, będą musiały być dostosowane do nowych przepisów najpóźniej do dnia 30 czerwca 2012 roku.

Niższe opłaty

Znacznym zmianie uległy opłaty za wpis do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą. Obecnie opłata za ten wpis wynosi 69 zł., a nie jak dotąd 350 zł lub 450 zł. Opłacie jednak podlegają wszelkie zmiany wprowadzane do rejestru. Każdorazowa opłata za zmianę to koszt wysokości 35 zł. Kwoty te jednak będą zmieniały się co roku i są zależne od wysokości przeciętnego miesięcznego wynagrodzenia w sektorze przedsiębiorstw bez wypłaty nagród z zysku za ubiegły rok, ogłoszanego, w drodze obwieszczenia, przez Prezesa Głównego Urzędu Statystycznego w Dzienniku Urzędowym Rzeczypospolitej Polskiej „Monitor Polski”.

Mniej dokumentów

Istotna zmiana, to również mniej dokumentów, które lekarz potrzebuje by złożyć wniosek o wpis lub zmianę wpisu w rejestrze.

Można złożyć kopię dokumentów o wpisie do ewidencji działalności gospodarczej, nadaniu numeru REGON, prawo wykonywania zawodu czy uzyskania tytułu specjalisty, ale można również złożyć tylko oświadczenie o spełnieniu wszystkich wymagań określonych w ustawie. Składając takie oświadczenie trzeba pamiętać, iż poświadczenie nieprawdy skutkuje zakazem prowadzenia działalności w formie praktyki lekarskiej na okres trzech lat.

Dokumenty konieczne

Każdy rodzaj prowadzonej praktyki nakłada na lekarza obowiązek przedstawienia Okręgowej Radzie Lekarskiej dokumentu poświadczającego zawarcie umowy ubezpieczenia Odpowiedzialności Cywilnej lekarza tj. polisy OC, oraz w przypadku udzielania świadczeń zdrowotnych w pomieszczeniu (gabinet stacjonarny) do złożenia pozytywnej opinii wydanej przez Inspektora Sanitarnego, który przeprowadzał w w/w pomieszczeniu kontrolę. Każdy lekarz zobowiązany jest zgłaszać Okręgowej Radzie Lekarskiej wszelkie zmiany danych w terminie 14 dni od dnia ich zaistnienia, w przypadku nie zgłoszenia zmian do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą Okręgowa Rada Lekarska może nałożyć *karę pieniężną w wysokości do dziesięciokrotnego minimalnego wynagrodzenia za pracę określonego na podstawie przepisów o minimalnym wynagrodzeniu za pracę*, co na dzień dzisiejszy wynosi około 14 000 zł.

Niezbędny

„Regulamin organizacyjny”

Ustawa o działalności leczniczej nakłada na lekarzy/lekarzy dentystów jeszcze jeden obowiązek, a mianowicie posiadanie przez każdą praktykę lekarską „Regulaminu organizacyjnego”, który powinien posiadać dane:

- firmę podmiotu;
- cele i zadania podmiotu;
- rodzaj działalności leczniczej i zakres udzielanych świadczeń;

– miejsce udzielania świadczeń zdrowotnych;

– wysokość opłaty za udostępnienie dokumentacji medycznej;

– organizację procesu udzielania świadczeń zdrowotnych w przypadku pobierania opłat;

– wysokość opłat za udzielane świadczenia zdrowotne inne niż finansowane ze środków publicznych.

Na dostosowanie działalności leczniczej do wszystkich zaistniałych zmian, ustawa o działalności leczniczej daje czas nie dłuższy niż 12 m-cy tj. do dnia 30 czerwca 2012 roku.

Opr. Luiza Domka

Pytania prosimy kierować do biura Bil: Luiza Domka, tel. 52 346 07 80 w.13, luiza.domka@hipokrates.org

Adresat nieznanym?

Prosimy o aktualizację!

Prosimy Państwa o zgłaszanie w biurze Bydgoskiej Izby Lekarskiej – zmian, dotyczących:

- danych osobowych,
- miejsca zamieszkania,
- adresu do korespondencji,
- adresu e-mailowego,
- stopni i tytułów naukowych
- specjalizacji,
- zatrudnienia,
- praktyki lekarskiej.

Posiadanie aktualnych danych ułatwi i usprawni pracę Biura Izby, jak też dostarczanie do Państwa „Primum non nocere” oraz „Gazety Lekarskiej”. (Każdego miesiąca wraca kilkanaście przesyłek z dopiskiem „zmiana adresu”!).

Zmiany prosimy zgłaszać: listownie na adres biura Izby (BIL, 85-681 Bydgoszcz, ul. Powstańców Warszawy 11), drogą e-mail: bil@bil.org.pl



BIULETYN BYDGOSKIEJ IZBY LEKARSKIEJ

Redakcja: e-mail: primum@bil.org.pl, agnieszka.banach@hipokrates.org tel. 52 3460785

WYDAWCA: Bydgoska Izba Lekarska, 85-681 Bydgoszcz, ul. Powstańców Warszawy 11; telefony: 52 3460084, 52 3460780; Numer konta BIL: PKO BP II O/Bydgoszcz 95102014750000830200191197;

e-mail: bil@bil.org.pl; <http://www.bil.org.pl>

• Okręgowy Rzecznik Odpowiedzialności Zawodowej:

e-mail: rzecznik@bil.org.pl tel. 52 3461257

• Pełnomocnik ds. zdrowia lekarzy i lekarzy dentystów: lek. med. Włodzimierz Kasierski 604406240

RADA PROGRAMOWA: Przewodniczący: dr n. med. Wojciech Szczęśny; wiceprzewodniczący: dr n. med. Witold Hrynczewicz; członkowie Rady: prof. Aleksander Araszewicz, red.: mgr Agnieszka Banach, red. nac.: mgr Teodora Bogdańska, lek. Mieczysław Boguszyński, dr n. med. Małgorzata Czajkowska-Malinowska, dr n. med. Marek Jurgowiak, lek. Józef Karwowski, dr n. med. Jerzy Kochan, dr n. med. Andrzej Martynowski, lek. stom. Marek Rogowski, prof. Jan Styczyński.

CZEKAMY na Państwa opinie, uwagi i propozycje! Przewodniczący Rady Programowej: Wojciech Szczęśny, tel. 602 395 654; redaktor naczelny: Teodora Bogdańska tel. 52 346 07 85, 696 016 262; redaktor: Agnieszka Banach agnieszka.banach@hipokrates.org

■ DRUK: ABEDIK, Bydgoszcz tel. 52 3700710 ■ SKŁAD: MAGRAF, Bydgoszcz tel. 52 3791435

Po burzliwej dyskusji radni bydgoskiej Rady Miasta podjęli jednogłośnie decyzję o przekazaniu reprezentacyjnego, za-
bytkowego budynku Dyrekcji Kolei – Collegium Medicum UMK. Poszerzenie bazy uczelnianej umożliwi utworzenie daw-
no planowanego Wydziału Stomatologii.

O oczekiwaniach, problemach i planach z tym wydarzeniem związanych mówią – w rozmowie z Magdaleną Godlewską –
Roman Jasiakiewicz, Przewodniczący Rady Miasta Bydgoszczy, Paweł Białyżyk, spec. chirurgii szczękowej, implantolo-
g, wiceprezes BIL i Małgorzata Tafil-Klawe, prorektor ds. Collegium Medicum UMK.

Samodzielny Uniwersytet Medyczny w Bydgoszczy

Rozmowa z Romanem Jasiakiewiczem – Przewodniczącym Rady Miasta Bydgoszczy

■ **17 sierpnia Rada Miasta podjęła decyzję o wykupieniu od Polskich Kolei Państwowych i przekazaniu Collegium Medicum budynku przy ul. Dworcowej 63. W budynku CM zamierza otworzyć nowy kierunek – stomatologię. Jakie były powody takiej decyzji radnych?**

Bardzo nam zależy, aby w Bydgoszczy powstał samodzielny uniwersytet medyczny o pełnym spektrum wydziałów.

Jestem niezadowolony z faktu, że Bydgoska Akademia Medyczna stała się częścią struktury Uniwersytetu Mikołaja Kopernika. Swego czasu Rada Miasta toczyła ciężkie boje w tej sprawie. Wielokrotnie apelowaliśmy, aby tej decyzji nie podejmować, aby nie zabierać Bydgoszczy Akademii Medycznej. Nie było żadnych ku temu podstaw. Dziwnym zbiegiem okoliczności urzędujący wówczas prezydent, jako jedyny, nie był przeciwny tej decyzji.

Trzeba powiedzieć też, że majątek którym dysponuje Bydgoska Akademia Medyczna, wiano które wniosła do UMK przekracza, jak sądzę, majątek całego Uniwersytetu Mikołaja Kopernika. Zadaję sobie pytanie, czy do tego majątku UMK ma prawo.

Myślę także, że i dzisiejsza sytuacja CM nie jest sytuacją do końca wyjaśnioną. Zgodnie z obowiązującym prawem, uczelnie medyczne winny być samodzielnymi placówkami naukowymi. CM w obecnej formule, przy coraz bardziej restrykcyjnym spojrzeniu ministra zdrowia, może nie mieć racji bytu w ogóle. Podobna sytuacja jest przecież w Uniwersytecie Jagiellońskim, gdzie toczą się bardzo poważne dyskusje, czy tamtejsze Collegium Medicum nadal wino być częścią UJ. Okazuje się, że te decyzje, które ministerstwo może podjąć, mogą przywrócić także CM, jako samodzielną uczelnię.

CM ma pełne uprawnienia w zakresie wydziału lekarskiego i nauk o zdrowiu, farmacja będzie, albo już jest, w trakcie zdobywania uprawnień, potrzebna jest formuła dla stomatologii. I dopiero taka uczelnia, o takim zakresie i spektrum działania, może stanowić Uniwersytet

Medyczny. I taki uniwersytet medyczny chciałbym, aby do Bydgoszczy zawiązał. Takie przekonanie ma wielu radnych, stąd jednogłośnie decyzja o przekazaniu Collegium Medicum obiektu, w którym ma mieścić się stomatologia.

■ **Czy miasto ma gwarancje, że w budynku przy ul. Dworcowej powstanie stomatologia, że będą się tam odbywały nie tylko zajęcia teoretyczne, ale i praktyczne?**

Przy dotychczasowych działaniach, które obserwujemy, gwarancji nie mamy żadnych. Docierały do nas bowiem bardzo przykre słowa i jeszcze bardziej przykre decyzje z Urzędu Marszałkowskiego. Doszło mianowicie np. do sytuacji, w której Wojewódzka Przychodnia Stomatologiczna w Toruniu, przy udziale środków Marszałka w wysokości 5 mln zł ad hoc wydanych na przekształcenie, unowocześnienie i na wyposażenie, stała się centrum stomatologii. A znamy przecież bardzo trudną sytuacją Wojewódzkiej Przychodni Stomatologicznej w Bydgoszczy.

Działania takie odczytujemy jako próbę wyprowadzenia stomatologii w inne miejsce. A na takie działanie przyzwolenia nie ma. Pamięamy deklaracje dotyczące lokalizacji CM – wszystkie formy nauczania na wszystkich kierunkach miały odbywać się w Bydgoszczy.

Sądzę jednak, że umowa o przekazaniu obiektu przy ul. Dworcowej 63 na rzecz środowiska medycznego i przyszłego uniwersytetu medycznego, dzisiejszego Collegium Medicum, będzie tak skonstruowana, aby w przypadku, kiedy w budynku nie powstanie w stomatologia, będzie on podlegał zwrotowi na rzecz miasta. Bydgoszcz nie ma ochoty doposażać uniwersytetu UMK w Toruniu. Mamy własne potrzeby i własne wydatki.

Dokończenie na str. 4

■ Jak wyglądają kontakty Rady Miasta z Bydgoską Izbą Lekarską?

Bardzo cenimy sobie współpracę z BIL. Wymieniamy między sobą uwagi, w jaki sposób umocnić bydgoskie środowisko lekarskie, jak wzmocnić jedyną w regionie uczelnię medyczną, bo ona jest i dla nas i dla BIL bardzo ważna.

Mam pełne informacje o funkcjonowaniu np. środowiska stomatologów, bo takie rozmowy także prowadziłem. Wiemy także o zaniepokojeniu wyrażanym przez bydgoskie środowisko Izby Lekarskiej

na temat np. funkcjonowania szpitali klinicznych. Chodzi między innymi o działania, które powodują, że na czele katedr wydziałów po przekształceniach nie stoją profesorowie, tak jak to dawniej się odbywało. Sądzę, że cała struktura i relacje i sposób zatrudniania pozostają w sprzeczności z formułą akademicką, jaka do tej pory obowiązywała. Uczelnia wyższa jest bardziej skomplikowanym i bardziej dostojnym organizmem niż zwykły szpital. Natomiast często odnoszę wrażenie, że się stawia między nimi znak równości, stąd wymagania są nie takie jakie powinny być. Coś tu jest nie tak i to budzi zarówno niepokój mój jak i Bydgoskiej Izby Lekarskiej.



Utworzenie Wydziału Stomatologii w Bydgoszczy jest sprawą priorytetową

Rozmowa z dr. n. med. Pawłem Białożykiem, spec. chirurgii szczękowej, implantologiem, wiceprezesem BIL

■ Jakie korzyści może przynieść naszemu miastu utworzenie Wydziału Stomatologicznego w Bydgoszczy?

Zamysł utworzenia w Bydgoszczy Wydziału Stomatologii (wówczas jeszcze w ramach Akademii Medycznej) powstał już w latach osiemdziesiątych ubiegłego wieku. Pomimo przeznaczenia na jego siedzibę budynku przy ul. dr. A. Jurasza (obecnie budynek poradni przyklinicznych na terenie Szpitala Uniwersyteckiego nr 1 im. dr. A. Jurasza), zamiaru tego nie zrealizowano. Utracono wtedy szansę na stworzenie pełnowydziałowej uczelni kształcącej także lekarzy dentystów i prowadzącej specjalistyczne kształcenie podyplomowe i działalność naukową w tym zakresie. Do dzisiaj, Collegium Medicum UMK, jako jedyna uczelnia medyczna w kraju, nie posiada w swojej strukturze Wydziału Stomatologii.

Utworzenie Wydziału Stomatologicznego w Bydgoszczy pozwoliłoby poszerzyć i unowocześnić, niedoposażoną i zbyt małą dla miasta i regionu, ogólnodostępną publiczną bazę profilaktyki i leczenia stomatologicznego, zwiększyłoby również dostęp do specjalistycznej diagnostyki i terapii, a także wzmocniło i poszerzyło, niezwykle szczerą, nieprzystającą do 350-tysięcznego miasta, bazę do odbywania staży podyplomowych dla absolwentów (obecnie dwie placówki: Wojewódzka Przychodnia Stomatologiczna i Poliklinika Wojewódzkiego Szpitala Klinicznego), kształcenia specjalistycznego (znikoma ilość placówek i miejsc) i zdobywania umiejętności (jedna placówka).

Powstanie Wydziału Stomatologii miałoby też pozytywny wpływ na sytuację gospodarczo – ekonomiczną (konieczność wyposażenia i zaopatrywania placówki i jej zakładów, kooperacja, outsourcing, znaczna ilość nowych miejsc pracy – już początkowo kilkaset, korzystanie z bazy i infrastruktury miasta itp.), demograficzną i rozwojową miasta (migracja studentów, nauczycieli akademickich, osiedlanie się absolwentów i ich rodzin).

■ Co przemawia za utworzeniem wydziału stomatologii właśnie w Bydgoszczy?

Przede wszystkim, ogromny potencjał i dorobek bydgoskiego środowiska stomatologicznego.

Niezwykle prężnie działa, utworzony w 1953 roku, Oddział Bydgoski Polskiego Towarzystwa Stomatologicznego, jeden z największych w kraju, liczący obecnie 282 członków. Co miesiąc organizuje on zebrania naukowe – szkoleniowe, także z udziałem wykładowców z ośrodków akademickich. Wielu członków Oddziału Bydgoskiego

wchodziło i wchodzi w skład Zarządu Głównego, Komisji Rewizyjnej ZG, Komisji Spraw Zawodowych, czy Sądu Koleżeńskiego. Znaczna liczba osób może się poszczycić najwyższymi wyróżnieniami organizacyjnymi.

Bydgoszcz jest jedynym w kraju miastem nieakademickim w dziedzinie stomatologii, w którym, w uznaniu dorobku i doświadczenia kilku lekarzy dentystów w zakresie implantologii, powołany został Oddział Kujawsko – Pomorski Ogólnopolskiego Stowarzyszenia Implantologii Stomatologicznej (OSIS) wchodzącego w skład Europejskiego Towarzystwa Implantologii Stomatologicznej (EDI). Jedna z placówek naszego miasta uzyskała status certyfikowanej jednostki uprawnionej do kształcenia podyplomowego w tym zakresie (Medyczo-Stomatologiczny NZOZ). Jest to jedyny tego typu ośrodek w regionie, dobrze postrzegany przez pracowników naukowo – dydaktycznych uniwersytetów medycznych w Polsce.

Wielu bydgoskich lekarzy dentystów, przez swoją pracę naukowo-badawczą, dokonania i doświadczenia zawodowe, przyczyniło się do rozwoju stomatologii w Polsce. Cieszą się oni uznaniem środowiska akademickiego w kraju i za granicą. Z naszego środowiska wywodzi się też wielu autorów publikacji zamieszczanych w piśmiennictwie fachowym oraz prac prezentowanych na krajowych i zagranicznych imprezach naukowych i szkoleniowych. Dziewięciu lekarzy dentystów zarejestrowanych w Bydgoskiej Izbie Lekarskiej posiada tytuł doktora nauk medycznych.

■ Jednak to Toruń posiada szerszą bazę do nauczania klinicznego. Czy ten fakt zmniejsza szansę na powstanie Wydziału Stomatologii w Bydgoszczy?

To, że stomatologia powstanie, wydaje się przesądzone. Pozostaje pytanie, gdzie. Bydgoszcz dysponuje bazą do nauczania podstawowego, Toruń nie. Jednak stworzenie w Toruniu bazy do nauk podstawowych dla Wydziału Stomatologii, nie byłoby dla UMK wielkim problemem.

W Bydgoszczy właściwie bazy do nauczania klinicznego nie mamy. Jednak trzeba pamiętać, że baza do nauczania klinicznego potrzebna będzie dopiero od 3 roku studiów.

W Toruniu wyremontowano i wyposażono Wojewódzką Poradnię Stomatologiczną i przekształcono ją w Centrum Stomatologii, posiadające kilkanaście stanowisk dla dorosłych i dzieci. I to może stanowić podstawę do nauczania klinicznego. Jest to mała baza, ale już jakaś jest.

Wydaje się, że trudnym do przejścia punktem będzie Senat UMK. Aby uchwała o otwarciu Wydziału Stomatologicznego w Bydgoszczy została przegłosowana, potrzebne nam będzie mocne poparcie. Trudno przewidzieć, jak Senat odniesie się do tych zamiarów.

Mimo wspomnianych trudności, uważam, że utworzenie Wydziału Stomatologii, jako integralnej części CM tu, w Bydgoszczy jest sprawą absolutnie priorytetową i należy dołożyć wszelkich starań, aby do tego doprowadzić.



Nikt nie chce przenosić CM do Torunia

Rozmowa z prof. Małgorzatą Tafil-Klawe – prorektorem ds. Collegium Medicum UMK

■ Kiedy oficjalnie Collegium Medicum otrzyma od miasta budynek przy ulicy Dworcowej 63?

Też chciałabym to wiedzieć! Myślę, że to powinno nastąpić w ciągu najbliższego pół roku. Im wcześniej będziemy dysponowali tym budynkiem, tym szybciej będziemy mogli zacząć się ubiegać o środki na jego remont. Już rozmawiałam w ministerstwie, przedstawiciele Departamentu Inwestycji Ministerstwa Zdrowia już ten budynek oglądali.

■ W otrzymanym od miasta budynku ma powstać Wydział Stomatologii, studenci mają się tutaj kształcić w zakresie nauk podstawowych i klinicznych, CM planowało również otwarcie w nim Centrum Symulacyjnego. Czy tak rzeczywiście będzie?

W tej chwili trudno powiedzieć, czy ten budynek będzie rzeczywiście te wszystkie kryteria spełniał. To jest budynek zabytkowy, ma drewniane stropy. Myślę jednak, że dysponując tym budynkiem, możemy coś, np. Centrum Symulacyjne (w którym przewidywana jest też część stomatologiczna) umieścić gdzie indziej, możemy wykorzystać inaczej budynek, które już mamy.

Budynek po PKP jest naprawdę piękny, zupełnie nieporównywalny z innymi naszymi budynkami. Powinno się go potraktować również reprezentacyjnie.

■ Wspominała Pani, że za 2 lata CM mogłoby ogłosić pierwszy nabór na studia stomatologiczne.

Myślę, że jest to możliwe. Podstaw medycznych moglibyśmy studentów stomatologii uczyć już teraz. Lokal, mam nadzieję, będziemy mieli za jakiś czas.

Gdybyśmy mogli zapewnić wszystko, co jest nam potrzebne do tych podstawowych zupełnie dyscyplin stomatologicznych, to uruchomilibyśmy studia w ciągu 2 lat. Podstawowe dyscypliny stomatologiczne wymagają między innymi fantomów, przecież czasy troszkę się zmieniły i już się nie da uczyć wszystkiego na pacjencie żywym, student, który zbliża się do pacjenta, musi być już odpowiednio na tych wszystkich sztucznych szczękach przygotowany.

■ A jak wygląda sytuacja z kadrą?



Leczenie padaczki u dzieci i młodzieży
pod redakcją Barbary Steinborn

Format: B5
Liczba stron 224
Oprawa miękka
ISBN: 978-83-62138-68-5

Publikacja ta systematyzuje obecny stan wiedzy na temat tej choroby. Czytelnik znajdzie w książce nie tylko klasyfikację padaczki, ale również zasady rozpoczynania terapii przeciwpadaczkowej, mechanizmy działania leków przeciwpadaczkowych oraz sposoby diagnozowania i leczenia padaczki u nowo-

rodków, niemowląt, dzieci w wieku szkolnym i przedszkolnym oraz młodzieży.

Wydawca:

Termedia sp. z o.o.
ul. Kleeberga 2, 61-615 Poznań
Tel./faks: +48 61 6562200
Książka do nabycia na www.termedia.pl

50 lat leczenia ostrej białaczki limfoblastycznej u dzieci w regionie kujawsko-pomorskim

Najczęstszym nowotworem wieku dziecięcego są białaczki, które stanowią ok. 30% wszystkich nowotworów wieku rozwojowego. Wg Narodowego Rejestru Nowotworów w Polsce występuje ok. 350 nowych zachorowań rocznie. Wśród wszystkich białaczek występujących w grupie wiekowej 1–19 roku życia najczęstszą postacią jest ostra białaczka limfoblastyczna, stanowiąca ok. 80% zachorowań.

Dane epidemiologiczne

Najczęstszym nowotworem wieku dziecięcego jest ostra białaczka, która stanowi 30% wszystkich nowotworów wieku rozwojowego. Najczęstszą jej postacią jest ostra białaczka limfoblastyczna (ALL, acute lymphoblastic leukemia) stanowiąca 80–85% białaczek dziecięcych. W krajach rozwiniętych notuje się 30–40 przypadków ALL na 1 mln mieszkańców. Szczyt zachorowań występuje między 2–5 rokiem życia z przewagą dla płci męskiej i rasy białej. W ciągu ostatnich 50 lat zasadniczo zmienił się sposób diagnozowania i leczenia. Postęp w diagnostyce a także leczeniu spowodował, że w obecnych czasach ALL jest chorobą, w której wyleczalność uzyskuje się w ok. 70%–80% przypadków, w porównaniu do 1% w latach sześćdziesiątych.

Historia diagnostyki białaczek

Pierwsze doniesienia o białaczce pochodzą z czasów Hipokratesa, w których opisywano objawy kliniczne. Jednak dopiero w XIX wieku, Valpeau, Barth, Craige i Bennett po raz pierwszy podali pełniejsze opisy chorób obejmujące także obrazy mikroskopowe i anatomopatologiczne. Jako pierwszy terminu leucemia użył Virchow w roku 1846. Pierwsza biopsja aspiracyjna szpiku przypada w roku 1927 i wykonał ją Arnikin. Lata siedemdziesiąte XX wieku przyniosły postęp w postaci rozwoju metod cytochemicznych. W tych latach zostały opracowane techniki produkcji przeciwciał monoklonalnych dla oznaczania antygenów powierzchniowych komórek krwi, co pozwoliło na wprowadzenie

stratyfikacji pacjentów. Dalsze lata przyniosły przede wszystkim rozwój technik cyto-genetycznych (lata osiemdziesiąte/dziewięćdziesiąte), w tym metody PCR i FISH, które przyczyniły się do wprowadzenia określenia profilu genetycznego. Początek XXI wieku to przede wszystkim rozwój diagnostyki molekularnej, w tym technologii mikromacierzy.

Historia leczenia białaczek

Wraz z metodami diagnostycznymi i odkryciem nowych leków zmieniały się także opcje leczenia pacjentów. Pierwsze doniesienia o próbie leczenia pochodzą z roku 1947, kiedy to Sidney Faber po raz pierwszy zastosował aminopterynę. Pierwsze prace opublikowano w roku 1948. W tym samym okresie Bessis i Bernard uzyskali pierwsze remisje choroby po zastosowaniu transfuzji wymiennych krwi. Kolejnym krokiem milowym było wprowadzenie leku, 6-merkaptopuryny, który zastosował Burchnell a także stosowanie sterydoterapii. Jednakże wieloletnie przeżycia osiągało mniej niż 1% pacjentów. W 1954 roku Sansone wprowadził podawanie dokanałowe leków, a w 1959 Evans i Mitus zastosowali profilaktyczne naświetlanie OUN. Kolejne lata to pojawienie się nowych cytostatyków takich jak cyklofosfamid, winkrystyna, cytarabina, daunorubicyna, L–asparaginaza. Ważną datą okazał się rok 1962, w którym Donald Pinkiel i jego współpracownicy wprowadzili leczenie oparte na „total therapy”. Milowe kroki w diagnostyce i leczeniu przedstawiono na rycinie 1.

W Polsce

W 1974 roku powstała Polska Grupa Pediatria ds Leczenia Białaczek i Chłoniaków. Jej główne zadanie to zwiększanie wyleczalności białaczek. W Polsce zaczęto wprowadzać do leczenia międzynarodowe programy, których celem była poprawa wyleczalności choroby poprzez stratyfikację grup ryzyka i zastosowania odpowiedniej terapii wielolekowej. Obecnie ostre białaczki u dzieci są leczone w 13 ośrodkach w Polsce (Bydgoszcz, Białystok, Chorzów, Gdańsk, Katowice, Kielce, Kraków, Olsztyn, Poznań, Szczecin, Warszawa, Wrocław, Zabrze).

Region kujawsko-pomorski

W regionie kujawsko-pomorskim w latach 1958–2010 z powodu ostrej białaczki limfoblastycznej leczono 610 dzieci. Pacjentów podzielono na grupy w zależności od stosowanych protokołów. W latach 1958–1972 pacjenci byli leczeni różnymi lekami, składającymi się na pierwsze dostępne protokoły terapeutyczne. W latach 1976–1983 w leczeniu wg amerykańskich protokołów z St. Jude Hospital w Memphis. W latach 1983–1988 stosowano niemieckie protokoły BFM 78–83. W okresie 1988–1995 w leczeniu używano skandynawski protokół NOPHO–86. W latach 1995–2002 w zależności od grupy ryzyka stosowano protokół niemiecki BFM 90 oraz amerykański NEW YORK, a niemowlęta leczono wg międzynarodowego protokołu INTERFANT–99. W latach 2002–2010 stosowano interkontynentalny protokół ALL–IC–2002.

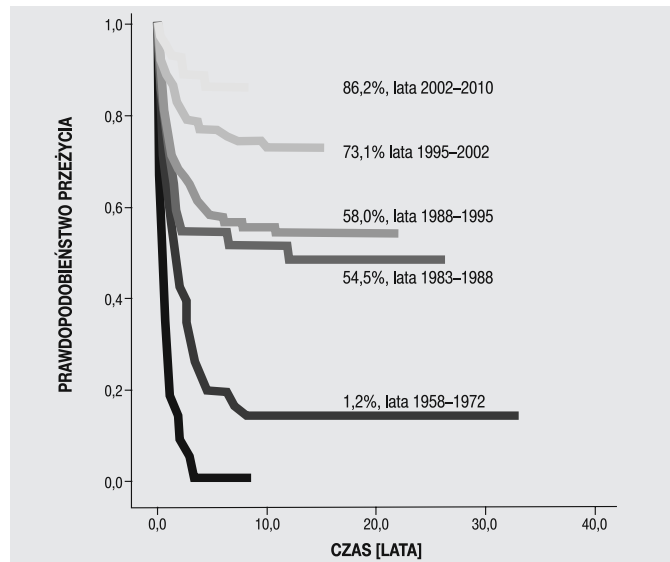
W zależności od stosowanego protokołu w kolejnych przedziałach czasowych poprawiały się wyniki leczenia. Przeżycie wzrosło od 1,2% w latach sześćdziesiątych do 86,2% w ostatniej dekadzie (rycina 2). Natomiast prawdopodobieństwo przeżycia 5-letniego czasu wolnego od białaczki rosto od 11,2% w latach siedemdziesiątych do 81,4% po roku 2000. Analizując niepowodzenia terapii onkologicznej ALL stwierdzono, że wraz z rozwojem wiedzy, postępu diagnostycznego oraz modyfikacji programów terapeutycznych ilość zgonów uległa zdecydowanemu zmniejszeniu od 100% w latach pięćdziesiątych i na początku lat sześćdziesiątych do 10,2% w ostatnich latach.

Czynniki prognostyczne

W latach 1958–2010 w regionie kujawsko-pomorskim obserwowano stopniową poprawę wyników leczenia dzieci z ostrą białaczką limfoblastyczną w kolejnych programach terapeutycznych, a wieloletnie przeżycie wzrosło z 1,2% w latach sześćdziesiątych do 86% w ostatniej dekadzie. Negatywnymi czynnikami wpływającymi na wyniki leczenia onkologicznego są zgon, których ilość maleje wraz z nowymi programami terapeutycznymi; szczególnie dotyczy to zgonów u pacjentów, którzy nie osiągnęli remisji jak i też zgonów z powodu wznowy choroby. Czynniki rokownicze u dzieci z ALL zmieniały się w czasie. Niektóre z nich tracą znacze-

1948	Sidney Faber rozpoczął leczenie aminopteryną
1950	George Hitchings, Gertrude Elion wprowadzili 6-merkaptopurynę
lata pięćdziesiąte	wprowadzenie terapii wielolekowej: 6-merkaptopuryna, steroidoterapia
lata sześćdziesiąte	kryteria rozpoznania ALL
	ustalenie faz chemioterapii: indukcja remisji, intensyfikacja, terapia OUN, kontynuacja terapii
	wprowadzenie nowych leków: winkrystyna, L-asparaginaza, daunorubicyna, cytarabina, cyklofosfamid
1962	Donald Pinkiel wprowadził „totalną terapię” oraz leczenie powikłań: transfuzje płytek, zastosowanie antybiotykochemioterapii
1969	pierwsze udane przeszczepienie szpiku kostnego u pacjenta z białaczką wykonany przez E. Donalla Thomasa
1975	klasyfikacja podtypów ALL
lata osiemdziesiąte	wyleczalność około 50% w USA i Europie Zachodniej
1988	poszukiwanie odpowiednich dawek cytostatyków, aby zwiększyć przeżywalność

Rycina 1. Milowe kroki w diagnostyce i leczeniu ostrej białaczki limfoblastycznej (ALL) u dzieci



Rycina 2. Wyniki leczenia ostrej białaczki limfoblastycznej u dzieci w regionie kujawsko-pomorskim.

nie, a wraz z wprowadzeniem nowych protokołów terapeutycznych pojawiały się nowe czynniki. W ostatnich latach niezależnymi czynnikami rokowniczymi były: początkowa liczba leukocytów, rearanżacja BCR-ABL, fenotyp białaczki oraz wczesna odpowiedź szpiku w 15. i 33. dniu leczenia. Wyniki leczenia ostrej białaczki limfoblastycznej u dzieci w regionie kujawsko-pomorskim w latach 1958–2010 były jednak nieznacznie gorsze w porównaniu do badań wieloośrodkowych, które były raportowane w środowisku międzynarodowym.

Przeszłość, terażniejszość i przyszłość

Pół wieku leczenia ostrej białaczki u dzieci w regionie kujawsko-pomorskim,

a praktycznie w Bydgoszczy, jest historią na którą pracowało kilka pokoleń lekarzy, pielęgniarek, salowych i diagnostów. Pół wieku pracy spowodowało, że choroba z całkowicie nieuleczalnej została zamieniona na uleczalną u ponad 80% pacjentów. Postęp w terapii ostrej białaczki limfoblastycznej u dzieci jest przykładem postępów w onkologii dziecięcej i wzorcem dla innych chorób nowotworowych w innych grupach wiekowych. W chwili obecnej, w wielu grupach roboczych wykorzystuje się pediatryczne modele terapii w postępowaniu z ostrą białaczką limfoblastyczną u dorosłych.

Wyniki leczenia uzyskane w ostatniej dekadzie są już praktycznie takie same jak w krajach Europy Zachodniej i Ameryki Północnej. Pokazuje to, że pogoń za czło-

wymi ośrodkami zagranicznymi była skuteczna i określa aktualne miejsce naszej Kliniki. Zmusza też do zastanowienia co należy dalej zrobić, aby te wyniki utrzymać; co należy zrobić, aby te wyniki były jeszcze lepsze.

O Autorach:

- prof. Jan Styczyński kieruje Oddziałem Transplantacji Szpiku Kostnego;
- dr Agnieszka Jatczak-Gaca obroniła rozprawę „Ostra białaczka limfoblastyczna u dzieci w regionie kujawsko-pomorskim: mega-analiza 50 lat” na stopień doktora nauk medycznych;
- prof. Mariusz Wysocki jest kierownikiem Katedry i Kliniki Pediatrii, Hematologii i Onkologii.

Zapraszamy na konferencje Termedii:

● Ogólnopolska Szkoła Kardiodiabetologii

Zagadnienia związane z leczeniem nadciśnienia tętniczego, ostrymi zespołami wieńcowymi, kardiomiopatią cukrzycową oraz terapią kardiologiczną – to główne tematy konferencji Ogólnopolskiej Szkoły Kardiodiabetologii – Postępy diagnostyczne i terapeutyczne.

OSK Kielce • 19 listopada 2011 r.

Miejsce: Hotel Uroczysko, Cedzyna 44 D, 25–900 Kielce.

OSK Szczecin • 2 grudnia 2011 r.

Miejsce: Wydział Teologiczny Uniwersytetu Szczecińskiego, ul. Papieża Pawła VI nr 271–459, Szczecin.

OSK Bydgoszcz • 10 grudnia 2011 r.

Miejsce: Hotel Pod Orłem, ul. Gdańska 14, 85–006 Bydgoszcz.

● II Kongres Polskiego Towarzystwa Ginekologii Onkologicznej 24–26 listopada

State of the arts – to hasło tegorocznego Kongresu, podczas którego zostanie zaprezentowany aktualny stan wiedzy na temat raka jajnika, szyjki macicy oraz błony śluzowej trzonu macicy.

● Neuropsychiatria i Neuropsychologia.

Update 2011 24–25 listopada 2011 r.

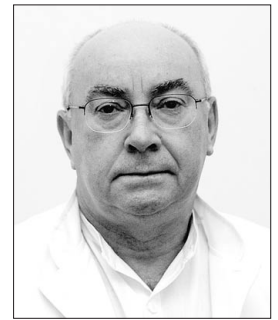
Już po raz szósty zapraszamy Państwa do udziału w konferencji Neuropsychiatria i Neuropsychologia Update 2011. Wśród licznego grona wykładowców z Polski jest również gość z zagranicy: prof. Wolfgang Fleischhacker z Austrii, który omówi leczenie farmakologiczne schizofrenii.

● XVIII Sympozjum Instytutu Kardiologii 26 listopada 2011 r.

„Dziedziczne podłoże chorób układu sercowo-naczyniowego a nowoczesne metody leczenia” – to temat tegorocznej edycji sympozjum.

**Termedia sp. z o.o., ul. Kleeberga 2, 61–615 Poznań,
tel./faks +48 616562200, szkolenia@termedia.pl,
www.termedia.pl**

Dr med. Andrzej Kapała – członkiem honorowym Towarzystwa Chirurgów Polskich



15.09. 2011 w czasie inauguracji 65-go Zjazdu TChP w Łodzi odbyła się podniosła uroczystość przyznania członkostwa honorowego naszego Towarzystwa. W tej kadencji Zarząd Główny, prócz zwyczajowo przyznawanych tytułów dla wybitnie zasłużonych dla polskiej chirurgii Kolegów z zagranicy, przyznał ten zaszczytny tytuł trzem Polakom, w tym (na wniosek prof. Wojciecha Zegarskiego) doktorowi medycyny Andrzejowi Kapała. Jest on jednym z najwybitniejszych i najbardziej wszechstronnych chirurgów ogólnych w Bydgoszczy.

Andrzej po ukończeniu studiów w Białymstoku, związał się z naszym ośrodkiem medycznym i tu uzyskał I-wszy i II-gi stopień specjalizacji z chirurgii. Jego zainteresowania dotyczyły szeroko pojętej chirurgii, w tym naczyniowej, którą miał oka-

zję poznać i rozwijać twórczo, początkowo pod kierunkiem dr. Kazimierza Krejczego, a przede wszystkim prof. Zygmunta Mackiewicza. Kiedy w Bydgoszczy powstał ośrodek dializacyjny, dr Kapała rozpoczął swoją, trwającą do dziś, przygodę z chirurgią dostępu naczyniowego. Doszedł w tej materii do perfekcji. „Bydgoskie” przetoki są znane w całym kraju, czego wyrazem były dwie konferencje naukowe na temat dostępu naczyniowego współorganizowane przez Andrzeja. Temat ten w naturalny sposób stał się podstawą jego rozprawy doktorskiej. Jako pierwszy na świecie zastosował metodę „teleskopową” w przypadku wykonywania połączeń t-ż do celów hemodializy.

Andrzej jest dla nas – jego uczniów – niekwestionowanym wirtuozem chirurgii. Mam zaszczyt współpracować z nim i uczyć się od niego chirurgii od 1986 roku. Styl jego operacji to elegancja, precyzja i doskonała znajomość anatomii. Ktoś słusznie powiedział,

że jeżeli operacja, którą oglądasz – choć skomplikowana – wydaje ci się łatwa, to znaczy, że wykonuje ją doskonały chirurg. Trudno o lepszą definicję operacji, jakie wykonuje Andrzej. I jeszcze jedna cecha dr. Kapały. Zawsze gotowy jest pomagać. Kiedyś ktoś w rozmowie powiedział, że jeśli coś zdarzyło się podczas zabiegu to najpierw padało „grubsze” słowo, a potem: „poproście Kapała na salę”. Spokój, jaki zawsze wnosił, pomagał nawet w najtrudniejszych sytuacjach.

Andrzeju!

Gratulujemy Ci tego zasłużonego, zaszczytnego wyróżnienia! Cieszymy się, że po chorobie wrócisz do naszego zespołu i nadal służysz nam, a przede wszystkim chorym, swoją nieocenioną pomocą.

Przyjmij nasze wyrazy szacunku i szczerzej przyjaźni, jaką wszyscy Cię obdarzamy!

*W imieniu zespołu Kliniki Chirurgii Ogólnej, Naczyniowej i Endokrynologicznej
Wojciech Szczęsny*

Oświadczenie Zarządu Krajowego OZZL

W sprawie przepracowania lekarzy

Niedawny, nagłośniony przez media przypadek śmierci lekarza podczas pełnienia kilkudniowego dyżuru pokazuje, że przepracowanie lekarzy w Polsce jest problemem realnym, a nie wymyślonym, jak to nieraz próbują przedstawiać rządzący. Podobnych przypadków śmierci z przepracowania jest wśród lekarzy znacznie więcej niż informują o tym media. Pośrednio świadczy o tym także niższy niż w innych grupach zawodowych średni wiek życia lekarzy, zwłaszcza niektórych specjalności.

W ocenie OZZL jest wiele powodów takiego stanu rzeczy. Podstawowym jest skrajny niedobór lekarzy w Polsce, przekładający się wprost na niedobór lekarzy w szpitalach i innych zakładach opieki zdrowotnej. W takiej sytuacji lekarze są zmuszani – różnymi sposobami – do pracy ponad siły. Głównym takim sposobem jest – odziedziczona po PRL i prowadzona przez kolejne rządy RP – „polityka” wynagradzania lekarzy. Zakłada ona, iż wynagrodzenie podstawowe lekarza musi być niskie, aby skłonić go do dorabiania. Dopiero gdy lekarz pracuje dodatkowo, np. pełniąc wiele dyżurów w miesiącu, jego zarobki mogą zbliżyć się do płacy podstawowej innych porównywalnych zawo-

dów. Dzięki temu rząd „oszczędza” pieniądze publiczne, przeznaczane na ochronę zdrowia. Dlatego też rządzący informują o zarobkach lekarzy w sposób zniekształcający prawdę, podając ich wysokość łącznie – za pracę podstawową i dodatkową (dyżury). Chcąc w ten sposób upowszechnić przekonanie, że jest rzeczą normalną iż lekarz – aby nie być biednym – musi pracować ponad miarę.

Zjawisku przepracowania lekarzy w Polsce nie zapobiegło objęcie ich przepisami unijnej dyrektywy o czasie pracy, która przewiduje maksymalnie 48 godzinny tydzień pracy wraz z ewentualnymi nadgodzinami. Dyrektywa ta jest omijana przez zatrudnianie lekarzy w szpitalach na podstawie umów cywilno – prawnych. Część lekarzy jest zmuszana – nieformalnie – do takich kontraktów przez dyrektorów szpitali, część godzi się na nie dobrowolnie, aby – pracując bez przeszkód prawnych ponad siły – uzyskać miesięczne wynagrodzenie odpowiadające randze swojego zawodu.

Jest oczywiste, że przepracowani lekarze stanowią zagrożenie nie tylko dla siebie, ale i swoich pacjentów. Dlatego w naszym wspólnym interesie jest, aby problem nadmierne-

go czasu pracy lekarzy rozwiązać. Nie służą temu lekceważące wypowiedzi na ten temat z jakiegokolwiek strony, a zwłaszcza ze strony rządzących. Tym bardziej, że rozwiązanie problemu nie jest łatwe, bo wymaga – w istocie – reformy całego systemu lecznictwa, łącznie z koniecznością zrównoważenia nakładów publicznych na lecznictwo z zakresem świadczeń gwarantowanych, przed czym rząd broni się wszelkimi siłami.

Zarząd Krajowy OZZL zwrócił się do Ministra Zdrowia z prośbą o spotkanie w gronie zainteresowanych środowisk: przedstawicieli OZZL, samorządu lekarskiego i ministerstwa zdrowia, aby znaleźć rozwiązanie problemu przepracowania lekarzy w Polsce.

Zarząd Krajowy OZZL wystąpił również list do Przewodniczącego Parlamentu Europejskiego informując go o zjawisku powszechnego omijania unijnej dyrektywy o czasie pracy w odniesieniu do lekarzy w Polsce i przedstawiając propozycję odpowiednich zmian w dyrektywie, która by temu zapobiegła (objęcie ograniczeniami czasu pracy lekarzy niezależnie od formy i miejsca zatrudnienia).

*Krzysztof Bukiel
przewodniczący Zarządu Krajowego OZZL*

Szcęśliwa dwunastka dla Bydgoszczy

Już dwunasty raz pod patronatem Naczelnej i Bydgoskiej Izby Lekarskiej 10 września 2011 roku odbyły się, jak co roku, w malowniczym zakątku Borów Tucholskich – Osiu, Otwarte Międzynarodowe Mistrzostwa Polski Lekarzy w Strzelectwie Myśliwskim.

Dzień przed mistrzostwami na strzelnicy w Osiu odbył się trening, z którego materiał szkoleniowy był szczegółowo omawiany podczas wieczornego spotkania.

W sobotę o godz. 9. odbyło się oficjalne otwarcie zawodów, które uświetnili swoją obecnością oraz płomiennymi zagrzewającymi do sportowej rywalizacji przemówieniami: prezes Polskiego Stowarzyszenia Strzelectwa Parcurowego – Jerzy Kamiński, Przewodniczący Naczelnej Komisji Strzelectwa Myśliwskiego – Roman Bernacki, Prezes Bydgoskiej Izby Lekarskiej – Stanisław Prywiński, Wójt Gminy Osie – Michał Grabski. Zawody zostały rozegrane w klasyfikacji indywidualnej oraz drużynowej z reprezentacjami okręgowych izb lekarskich. W osobnej klasyfikacji walczyli o puchary sympatycy naszego środowiska uczestniczący w zawodach. W trakcie zawodów z maszyn rozstawionych na całym terenie strzelnicy każdemu strzelcowi podanych zostało 100 rzutków w różnych kombinacjach określonych w regulaminie Międzynarodowej Federacji FISTASC na czterech osiach strzeleckich. Nad całością ustawień schematów umiejscowienia maszyn czuwał sam Prezes klubu Strzeleckiego „ASTRA” Sergij Isaryk.

Mistrzem Polski w kategorii lekarzy został kol Maciej Gmitrzak (Bydgoska Izba Lekarska), I vice-mistrzem – Marek Jedwabiński (Bydgoska Izba Lekarska), a II vice-mistrzem Sergij Isaryk (Bydgoska Izba Lekarska).

Wśród sympatyków środowiska lekarskiego zwyciężył Rafał Jarecki (Bydgoszcz), II-miejsze zajął Roman Bernacki (Katowice) a III miejsce – Jacek Jarecki (Bydgoszcz).

W klasyfikacji drużynowej Bydgoska Izba Lekarska w składzie: Maciej Gmitrzak, Marek Jedwabiński, Sergij Isaryk wyprzedziła Toruńską i Gdańską Izbę Lekarską. W klasyfikacji indywidualnej lekarzy i gości pierwsza piętnastka strzelców została nagrodzona kryształowymi pucharami oraz cennymi nagrodami. Szczególną ozdobę rywalizacji stanowiły dwie urocze „Diany” które również zostały wyróżnione nagrodami. W czasie trwania zawodów odbył się również turniej dobroczynny „Dar Serca”, którego dochód – jak co roku – przeznaczony został na pomoc dla małych pacjentów Szpitala Uniwersyteckiego nr 1 im. Jurasza w Bydgoszczy

Pogoda oraz dobre nastroje dopisały do końca zawodów, podtrzymywane kilkakrotnie w czasie rywalizacji „dzikimi” smakołykami z kuchni mistrza Mirosława. Wspaniata koleżeńska atmosfera tego spotkania lekarzy i sympatyków z wszystkich stron naszego kraju i zagranicy jest dla organizatorów bezcenną nagrodą za wkład pracy, włożony w przebieg zawodów i gwarancją dużej frekwencji na następnej – trzynastej edycji mistrzostw.

„DARZ BÓR” (jedmar)

Galeria zwycięzców



Na osi strzelckiej



Dwa pokolenia strzelców



Rodzinne tradycje



W majowe popołudnie br. odbyło się kolejne, klubowe spotkanie seniorów, a jego prelegentem był Profesor Wojciech Zegarski Kierownik Katedry Chirurgii Onkologicznej CM UMK Centrum Onkologii w Bydgoszczy. Spotkanie, na które wszyscy czekaliśmy, a szczególnie ja, gdyż dzisiejszy Prelegent jest synem moich niezapomnianych Kolegów ze studiów medycznych w Gdańsku – prof. Zofii Chudybówny – Zegarskiej i prof. Witolda Zegarskiego. Tyle wspomnień, tyle wspaniałych, młodzieńczych wspomnień – a tu już „synowska profesura”. Mój Boże, jak czas szybko leci, jak nieubłaganie mija.

I cóż, okazało się, że to moje wymarzone spotkanie nie było mi sądzone, gdyż w tym czasie znajdowałam się w „pozycji horizontalnej” po upadku przy wielkanocnych porządkach (ale, na szczęście „materiał przedwojenny”, co to” „gniotsa, nie łamiotsa”).

A – według informacji Koleżanek i Kolegów – spotkanie było wspaniałe, Profesor dosłownie zauroczył wszystkich i to nie tylko pięknym, przystępnie podanym wykładem na temat nowych trendów w chirurgii i onkologii, ale także przyjazną, ciepłą atmosferą spotkania. Wszyscy słuchacze uznali (a ja się także do nich przyłączam), że słusznym byłaby publikacja tego wykładu w naszym biuletynie, na co Pan Profesor wyraził zgodę, a my za to spotkanie i tę zgodę (dodatkowo Profesora obciążającą) serdecznie dziękujemy z nadzieją na spotkanie następane.

*Halina Grzybowska-Rogulska
Klub Lekarza Seniora*

Spotkania...

...z finałem
w biuletynie



Chełmno MotoBridge 2011

Zdjęcia: Hanna Śliwińska, Stanisław Leks.
Więcej na stronie 15.



...z Kolegami Lekarzami Seniorami!

Wojciech Zegarski

Zaproszenie na spotkanie w Bydgoskiej Izbie Lekarskiej, które otrzymałem od Pani dr Grzybowskiej, było dla mnie niezwykle miłe i czułem się tym zaszczycony i wyróżniony.

Sprawiła mi tym wielką przyjemność, ponieważ nie tylko wiem, że jest Koleżanką moich Rodziców – absolwentów pierwszej rocznika Gdańskiej Akademii Medycznej, ale również dlatego, że na sali – jak się później okazało – miałem ogromną przyjemność spotkać wielu Wspaniałych Lekarzy, którzy po moim przyjeździe z Gdańska do Bydgoszczy uczyli mnie podstaw medycyny praktycznej oraz pod ich kierunkiem zdobywałem specjalizację i stopnie naukowe, za co pozostaję Im głęboko wdzięczny. Te, już dziś ponad 30 lat pracy w Bydgoszczy wspominam niezwykle miło, właśnie dzięki takim zacnym Kolegom, którzy dzielili się ze mną swoją wiedzą i doświadczeniem.

Tematem mojego wystąpienia były nowotwory jelita grubego i nowe możliwości i techniki w leczeniu tej częstej choroby nowotworowej. Temat taki wybrałem dlatego, że jest to drugi pod względem częstości występowania nowotwór u kobiet i mężczyzn w Polsce i Europie. Drugi powód – to fakt, że Klinika Chirurgii, którą kieruję już 10. rok w Centrum Onkologii w Bydgoszczy, stała się czołowym ośrodkiem w Polsce w zakresie leczenia raka jelita grubego. Zwiększyliśmy liczbę tych operacji w ciągu kilku lat od kilkudziesięciu do około 300 rocznie. Jesteśmy jednym z trzech czołowych ośrodków w kraju w zakresie leczenia raka jelita grubego. Rocznie w Polsce na tę chorobę zapada około 15 tys. osób. Dlaczego ważna jest ilość? Można powiedzieć, że jakość jest najważniejsza. Ale wszyscy wiemy, że ważna jest odpowiednia krzywa uczenia – czyli ilość wykonanych operacji, powtarzalność czynności, ruchów i przestrzeganie standardów, bo tylko wtedy można osiągać dobre wyniki. Dobry wynik w onkologii to przeżycia wieloletnie i jakość życia. Po podsumowaniu naszych 5-cioletnich przeżyć chorych, leczonych na raka jelita grubego z satysfakcją możemy stwierdzić, że jest to około 70%, co koresponduje z najlepszymi wynikami światowymi.

Niewątpliwie wiele czynników się na to składa. Leczenie skoordynowane (chirurgia–radioterapia–chemioterapia), interdyscyplinarne zespoły ludzi blisko współpracujące na co dzień, pozwalają osiągać dobre wyniki w onkologii. Dobre planowanie leczenia, wykonanie kompletu badań diagnostycznych – obrazowych, laboratoryjnych i ocena stanu chorego pozwala zaplanować strategię postępowania terapeutycznego. Dla mało zaawansowanych guzów w raku jelita grubego wykorzystujemy technikę laparoskopową, która pozwala na operację małoinwazyjną, dzięki której chory wraca szybciej do domu, jest mniejsza utrata krwi podczas operacji, mniej dolegliwości bólowych i system odpornościowy ma więcej mocy – wydolności do walki z komórkami nowotworowymi.

Istnieje możliwość wycinania małych guzów odbytnicy drogą endoskopową TEM – rektoskop operacyjny. Niezwykle istotne jest przedoperacyjne naświetlanie dużych guzów odbytnicy – to znacząco wpływa na zmniejszenie ilości wznów miejscowych. Bardzo istotnym krokiem postępu było wprowadzenie termoablacji w niszczeniu przerzutów do wątroby. Jest to możliwość niszczenia w wątrobie energią termiczną zmian, które nie mogą być wycięte chirurgicznie z uwagi na położenie lub stan chorego. Można to zrobić przezskórnie bez otwierania brzucha chorego, przy

pomocy USG lub tomografu. Kapitalne znaczenie w leczeniu raka jelita grubego, a zwłaszcza przypadków wznowy ma badanie PET-CT – pozytonowa tomografia emisyjna – która pomaga w trudnych decyzjach terapeutycznych: którego chorego można operować, a któremu operacja może tylko zaszkodzić i powinna być wykonana w późniejszym terminie np. po wstępnej chemioterapii. W tym zakresie jesteśmy czołowym ośrodkiem w kraju, ponieważ posiadamy ogromną skuteczność w identyfikacji śródoperacyjnej ognisk nowotworu. Nawet w przypadkach zaawansowanego raka jelita grubego istnieją dziś możliwości skutecznego leczenia przerzutów do wątroby. Dzieje się tak dzięki możliwości zapanowania nad zjawiskiem angiogenezy – dzięki zastosowaniu czynników hamujących rozwój nowych naczyń można skutecznie niszczyć ogniska metastatyczne w wątrobie.

Najistotniejsze, abyśmy korzystając z tych nowych technik pamiętali zawsze, że leczymy konkretnego chorego człowieka, który oczekuje od nas pomocy w wyborze najlepszej metody leczenia, ale także życzliwości i nadziei, że będzie dobrze... Tak mnie uczyli moi Starsi Koledzy Lekarze, za co im dziękuję.

O autorze:

prof. Wojciech Zegarski jest Kierownikiem Katedry Chirurgii Onkologicznej CM UMK Centrum Onkologii w Bydgoszczy, oraz Prezesem Elektem Polskiego Towarzystwa Chirurgii Onkologicznej



Wypożyczalnia Sprzętu Medycznego Sue Ryder

Wypożyczalnia Sprzętu Medycznego Sue Ryder oferuje:

- bezpłatne wypożyczenie sprzętu medycznego
- bezpłatny dowóz sprzętu do domu pacjenta
- montaż sprzętu wraz z instruktażem w zakresie obsługi
- doradztwo w doborze sprzętu według potrzeb pacjenta

W naszej ofercie znajdują się m.in.:

- łóżka elektryczne
- materace przeciwdoleżynowe
- wózki inwalidzkie
- chodziki
- sprzęt pomocniczy

Dane teleadresowe:

Wypożyczalnia Sprzętu Medycznego Sue Ryder
ul. Powstańców 6, 86-050 Sołec Kujawski
tel. (52) 515 40 30 - wew. 2 / kom. 668 163 364

Czynne od poniedziałku do piątku: 8⁰⁰ - 15⁰⁰

Regulamin wypożyczalni oraz cennik kaucji dostępne są na stronie www.sueryder.org.pl



Projekt jest dofinansowany ze środków Województwa Kujawsko-Pomorskiego w ramach grantu Samorządu Województwa Kujawsko-Pomorskiego otwartego konkurs ofert nr 9/2011 pn. "Wsparcie działań z zakresu opieki nad osobami przewlekle chorymi"





ŻYJ NATURALNIE I LUKSUSOWO

WILCZA OSADA
Lukusowy Park
WILCZE K/BYDGOSZCZY

Domy gotowe
do zamieszkania



12 NATURALNYCH
DOMÓW DREWNIANYCH

CENY:
4100-5500 zł/m²



ZAPRASZAMY DO ODWIEDZIN WILCZEJ OSADY KONTAKT: 516 005 988 www.wilczaosada.pl

STWÓRZ WŁASNE, ORIENTALNE DZIEŁO SZTUKI

ORIENTALNE POTRAWY
SMAZONE W WOKU

MC CHIŃCZYK

zamówienia: 52 500 00 03



Do gabinetów i szpitali
w Bydgoszczy

DOWÓZ* GRATIS!

NOWOŚĆ!!!

Możliwość płatności kartą
nawet "na dowóz"



menu dostępne na stronie: www.mcchinczyk.pl

INSTAL

express

TECHNIKA GRZEWCZA I SANITARNA

VIESSMANN

salon firmowy

- kotły
- pompy ciepła
- kolektory słoneczne
(45% dofinansowania z Funduszu Ochrony Środowiska i Gospodarki Wodnej)
- projekty
- wyceny
- sprzedaż
- wykonawstwo
- serwis VISSMANN 24h
- certyfikaty energetyczne

www.instalexpress.pl



OFERTA SPECJALNA

Do 31 października 2011
dedykowane warunki dla
lekarzy (najkorzystniejsza
oferta w regionie)

Zapraszamy do Salonu
Firmowego

VISSMANN w Osielsku



86-031 Osielsko, ul. Polna 9-11
tel. +48 52 361 63 36 • fax. +48 52 342 21 97

I oto mamy widzialnego diabła...

I oto mamy widzialnego diabła, a będzie nim w oczach urzędników NFZ-u, lekarz Podstawowej Opieki Zdrowotnej. Medyk, nawet jeśli będzie miał tytuł naukowy i specjalizację z medycyny rodzinnej, praktycznie nie będzie mógł samodzielnie leczyć, a jeśli będzie ordynował leki „od siebie”, to narazi się na różne sankcje ze strony organów kontrolujących świadczeniodawcy, w tym także pieniężne. Postaram się to dalej wyjaśnić.

Nowa ustawa uchwalona 12 maja 2011 roku „o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych” ogłoszona w Dz.U.2011, nr 122 poz. 696 reguluje wypisywanie recept przez lekarzy uprawnionych i inne zasady np. kontakty lekarzy z przedstawicielami firm farmaceutycznych. Ale chciałbym skupić się na zasadach wystawiania recept na leki refundowane w interpretacji ustawy Pani Justyny Zajdel, adiunkta z Zakładu Prawa Medycznego UM w Łodzi przedstawionej w dwu artykułach w „Gazecie Lekarskiej” nr 8 i 9/2011. W artykule zamieszczonym w numerze 8/2011 Pani adiunkt poruszyła sprawę wypisywania leków osobom przewlekle chorym, które same nie stawiają się do zbadania i wypisania im leków, lecz proszą inne osoby, by „załatwiły” dla nich recepty, a takich przypadków jest znaczny odsetek w gabinetach POZ-u. Z artykułu wynika, że niby można lekarzowi to uczynić, ale interpretacja jest zawiła i w mojej opinii mało czytelna. Osobiście unikałbym takich sytuacji, głównie z przesłankę prawnych.

Prawdą jest, że ustawa dotyczy lekarzy specjalistów oraz lekarzy medycyny rodzinnej i felczerów medycyny, ale przede wszystkim wkracza w obszar lekarza podstawowej opieki zdrowotnej, gdyż lekarz specjalista bardzo rzadko wypisuje leki z nie swojej specjalności, czyli z natury rzeczy nie dotyczy go „nieprawidłowe wypisanie recepty”, natomiast lekarz medycyny rodzinnej wypisuje najczęściej recepty na leki **różnych** specjalności medycznych, gdyż nie ma **chorób rodzinnych** (z wyjątkiem genetycznych, ale waga od ich leczenia w gabinecie POZ-u).

Z powyższego wynika, że lekarz podstawowej opieki zdrowotnej będzie musiał

mieć wszechstronną i bardzo silną dokumentację medyczną uzasadniającą wypisanie leku refundowanego specjalistycznego – najlepiej jeśli każdy lek będzie na osobnej receptce, by w razie konieczności, lekarz nie płacił za całą receptę. W dokumentacji przychodni lekarz rodzinny będzie musiał mieć aktualne zaświadczenie konsultacyjne od lekarza specjalisty, który zaordynował ten lek.

W przeciwnym wypadku od 1 stycznia 2012 roku bez takiej dokumentacji każda recepta z lekiem refundowanym przepisany przez lekarza rodzinnego, będzie mogła być zakwestionowana przez NFZ (być może podlegająca będzie kontroli w okresie 5 lat), a prawdopodobnie Urząd Skarbowy, w oparciu o swoje przepisy, będzie zajmował się „ściągnięciem” należności od lekarza za nieprawidłowe wypisanie leku refundowanego (patrz przykład 1 i 2 cytowanego artykułu 9/2011). W myśl ustawy i wykładni Zakładu Prawa Medycznego UM w Łodzi cyt.: „*Za nieprawidłowe wypisanie recepty lekarz będzie musiał zwrócić równowartość kwoty należnej refundacji wraz z ustawowymi odsetkami*”.

Lekarz rodzinny, aby być w zgodzie z prawem będzie mógł tylko:

– każdego pacjenta **wysyłać** na konsultację do właściwego specjalisty, który wykona potrzebną diagnostykę, rozpozna chorobę i podejmie leczenie specjalistyczne (lekarz rodzinny nie powinien wykonywać żadnych badań diagnostycznych specjalistycznych kosztochłonnych, bo tym samym „wchodzi w buty specjalisty” i może być posądzony o rozpoczęcie specjalistycznego procesu leczenia nie mając do tego prawa, a wtedy każdy średnio inteligentny adwokat (IQ 105), w razie konfliktu sądowego lekarza rodzinnego z pacjentem, „rozbije w pył obronę lekarza”, w oparciu o brak uprawnienia lekarza rodzinnego do leczenia specjalistycznego wynikający z powyższej ustawy.)

– w dokumentacji pacjenta będzie musiało być aktualne tzn. zgodne z okresem podanym w zaświadczeniu od specjalisty, prawo do wypisania leku. Prócz tego „w zaświadczeniu od lekarza specjalisty musi być informacja o rozpoznaniu, sposobie leczenia, rokowaniu, zaordynowanych lekach, w tym czasokresu ich stosowania i dawkowania oraz terminie wizyty kontrolnej”. Brak któregoś elementu może być uznany przez świadczeniodawcę za receptę przepisaną niewłaściwie, a lekarz

rodzinny będzie musiał zwrócić należność za nią z odsetkami.

– lekarz rodzinny (i inny) będzie musiał każdorazowo zweryfikować osobiście aktualność dokumentu ubezpieczenia pacjenta i odnotować ten fakt w dokumentacji medycznej, gdyż w przypadku, jeśli recepta zostanie wystawiona osobie nieuprawnionej, świadczeniodawca domagać się będzie od lekarza pokrycia kosztów leczenia Dotychczas karę ponosiła przychodnia..

– w dokumentacji winna znaleźć się notatka mówiąca, że wypisany lek jest zgodny z aktualnym **obwieszczeniem** Ministra Zdrowia odnośnie wykazu refundowanych leków (w różnym stopniu), środków specjalnego przeznaczenia żywieniowego i wyrobów medycznych. Gdy lekarz tu popełni błąd, to będzie zobowiązany do zwrotu kosztów refundacji w proporcji do refundacji.

Co może więc lekarz medycyny rodzinnej w POZ-cie? Pytanie retoryczne? Nasuwa się odpowiedź – niewiele. **Może wydawać skierowania do specjalisty i zapisywać leki, które zleci mu specjalista.** Może jeszcze wypisywać leki na pełną stu-procentową odpłatność, ale wówczas konflikty z pacjentami ubezpieczonymi będą nieuniknione.

Wypisując leki refundowane, drżał będzie, czy aby jego recepta nie będzie zakwestionowana przez świadczeniodawcę tj. Narodowy Fundusz Zdrowia. Jak znam życie i w medycynie widziałem już prawie wszystko, NFZ skwapliwie skorzysta z ustawy. Powoli a dokładnie sprawdzać będzie zasadność wypisania refundowanego leku, porównywać z kodem ICD – 11 do drugiego miejsca po kropce i tak w okolicach listopada i grudnia zaczną ściągać z lekarzy równowartość kwoty należnej refundacji z ustawowymi odsetkami za recepty z pierwszych miesięcy roku, a resztę „ściągnie” Urząd Skarbowy, analogicznie jak wobec przewinień w ZUS-ie.

Na koniec moja osobista refleksja. To, że lekarz rodzinny nic nie będzie mógł, że stał się, w mojej opinii, przystawowym diabłem urzędniczym świadczeniodawcy, jest to po trosze też jego wina. To on miał być podstawą lecznictwa w RP, ale temu nie sprostał, co może będzie tematem mojego następnego artykułu.

Dr n. med. Sylwester Milczarek

Prof. dr hab. med. Władysław Sinkiewicz

Primum non nocere

W Polsce, zgodnie z obowiązującym prawem, co roku ginie około pół tysiąca dzieci nienarodzonych. Taka sytuacja jest nie do zaakceptowania, gdyż każde życie ludzkie powinno być chronione od poczęcia do naturalnej śmierci. Podejmując to wyzwanie, środowisko obrońców życia przygotowało projekt ustawy, która wprowadza całkowity zakaz zabijania dzieci nienarodzonych. Zaproponowane przez nich rozwiązanie przewiduje zmianę regulacji z 7 stycznia 1993 r., zezwalającej na przerwanie ciąży z następujących powodów: gdy stanowi ona zagrożenie zdrowia lub życia matki, gdy badania prenatalne ujawnią duże prawdopodobieństwo ciężkiego i nieodwracalnego uszkodzenia albo nieuleczalnej choroby płodu lub gdy ciąża jest wynikiem czynu zabronionego, np. gwałtu. Projekt ustawy uzyskał bardzo szerokie poparcie społeczne, gdyż podpisało się pod nim prawie 600 tys. osób. Z badań CBOS wynika, że 85 procent Polaków jest przeciw aborcji, zaś 65 procent chce pełnej ochrony prawnej każdego dziecka przed urodzeniem. Dziesiątki tysięcy osób uczestniczą w Marszach dla Życia w całej Polsce.

Ochrona życia nienarodzonych – kwestia światopoglądu czy sumienia i przestrzegania naturalnego prawa do życia?

Często spotykamy się z twierdzeniem, że przywrócenie całkowitej ochrony życia poczętego to problem forsowany przez Kościół Katolicki i środowisk z nim związanych. Nie ulega najmniejszej wątpliwości, że obrona życia, a szczególnie życia nienarodzonych dzieci, jest jednym z głównych elementów nauczania Kościoła. Katechizm Kościoła Katolickiego stwierdza jednoznacznie: „Życie ludzkie od chwili poczęcia powinno być szanowane i chronione w sposób absolutny. Już od pierwszej chwili swego istnienia istota ludzka powinna mieć przyznane prawa osoby, wśród nich nienaruszalne prawo każdej niewinnej istoty do życia”. Kościół zdecydowanie potępia też aborcję: „Kościół od początku twierdził, że jest złem moralnym każde spowodowane przerwanie ciąży”.

Nauczanie na ten temat do dzisiaj nie uległo zmianie. Kościół jednoznacznie ocenia, że „bezpośrednie przerwanie ciąży, to znaczy zamierzone jako cel lub środek, jest głęboko sprzeczne z prawem moralnym”. Kościół nakłada też na katolików funkcjonujących w życiu publicznym konkretne obowiązki. W „Notcie doktrynalnej dotyczącej pewnych kwestii

związanych z udziałem i postawą katolików w życiu politycznym” Kongregacji Nauki Wiary czytamy, że „wszyscy, którzy na mocy wyboru zasiadają w gremiach prawodawczych, mają konkretną powinność przeciwstawienia się wszelkiemu prawu, które okazywałoby się zamachem na ludzkie życie”. Parlamentarzystom nie powinno się zatem okazywać takiego prawa poparcia w głosowaniu.

I bynajmniej nie jest to próba narzucenia swojego światopoglądu inaczej myślącym, ale prosta konsekwencja przyjęcia tego, co o początku ludzkiego życia mówi współczesna genetyka i zastosowania tego do stanowienia prawa. Jeśli bowiem godzimy się z faktem, że nowy ludzki organizm powstaje po zakończeniu procesu poczęcia, to nie możemy się zgodzić na jego likwidację i to w majestacie prawa.

Od badań prenatalnych do eugeniki i aborcji

Ze sprawozdania Rady Ministrów z wykonania oraz stosowania ustawy z 1993 r. o planowaniu rodziny, ochronie płodu ludzkiego i warunkach dopuszczalności przerywania ciąży wynika, że w Polsce zmniejszyła się liczba aborcji w sytuacjach, gdy zagrożone jest życie lub zdrowie matki. W 2002 r. było 71 takich przypadków, w 2006 – 82 (liczba rekordowa), zaś w 2010 roku znacznie mniej, bo 28. Stosunkowo niewielka była liczba aborcji dzieci, które zostały poczęte w wyniku czynu zabronionego – w 2002 było 6 takich wypadków, najwięcej w 2006 – 12, w 2008 i 2010 nie było takich zabiegów, w 2009 zaś tylko jeden. Niestety, lawinowo wzrasta natomiast liczba aborcji, które są wynikiem wykonanych wcześniej badań prenatalnych – od 2002 roku jest ich liczba zwiększyła się ponad siedmiokrotnie do 2010 roku. (w 2002 było ich 82, w ubiegłym roku aż 611). Tylko w ciągu roku liczba dzieci pozabawionych życia wzrosła o ponad 100 – w 2009 wykonano 510 aborcji, w 2010 – aż 611, co świadczy o coraz większej dostępności tego typu badań.

Czy można wyrazić zgodę na fakt, że prawo dyskryminuje pewną część ludzi tylko ze względu na ich stan zdrowia? Obecnie obowiązująca ustawa o ochronie życia dopuszcza aborcję w sytuacji, gdy płód jest nieodwracalnie uszkodzony, co jest najczęstszą przyczyną wykonania aborcji. Nieoficjalne informacje uświadamiają zaś, że owym „ciężkim i nieodwracalnym uszkodzeniem płodu” najczęściej był zespół Downa.

Jakie zatem nasuwają się wnioski? Czy zespół Downa jest chorobą, która pozwala na odebranie komuś życia? I nie jest do końca prawdą zapewnienie, że aborcji dokonuje się to tylko do trzeciego miesiąca, polskie prawo dopuszcza bowiem w takiej sytuacji aborcję do momentu, gdy dziecko nie staje się zdolne do samodzielnego życia poza organizmem matki, co w praktyce może oznaczać okres do 21.–22. tygodnia ciąży.

Dziecko na tym etapie rozwoju jest już niemal ukształtowane. Nasza konstytucja jasno zakazuje dyskryminacji ze względu na stan zdrowia czy niepełnosprawność. W tym przypadku zaś uznaje, że prawo do życia powinno być uzależnione wyłącznie od ...stanu zdrowia. I właśnie ten argument powinien być rozstrzygający, gdyż zasada niedyskryminacji jest podstawową normą, jaka przysługiwać powinna człowiekowi w demokratycznym społeczeństwie. Jeśli zatem uznaje się, że nie można odbierać komuś podstawowych praw ze względu na jego stan cywilny, wyznaczenie, światopogląd czy skłonność seksualną, to jak możemy odebrać mu fundamentalne prawo do życia, na którym oparte są wszystkie inne, tylko z powodu jego zdrowia? Należy również pamiętać, że przy obecnym dynamicznym postępie medycyny, wiele chorób, uważanych dotychczas za nieuleczalne, stało się uleczalnymi. Ostatnio ogłoszono wyniki badań dotyczących możliwości przyczynowego leczenia również osób dotkniętych zespołem Downa.

Prof. Bogdan Chazan, były konsultant krajowy w dziedzinie ginekologii uważa, że w takich sytuacjach należy otoczyć szczególną opieką rodziców i zapewnić jak najlepszą opiekę zdrowotną dziecku, nie proponować zaś uśmiercenia nienarodzonego. Rodzice boją się przyjęcia dziecka z wadą wrodzoną, boją się podjąć wychowania niepełnosprawnego dziecka. Tym bardziej należy skupić się na pomocy finansowej, organizacyjnej, psychicznej i duchowej. I nie podsuwać im myśli, że najlepszym rozwiązaniem jest zabicie dziecka. Całkowita ochrona życia, także dzieci z wadami genetycznymi, jest jedynym uczciwym postulatem.

Leczyć, nie zabijać, czyli kurs na prawdziwą medycynę

Obecna polska ustawa aborcyjna dopuszcza również zabicie dziecka w przypadku choroby matki. W proaborcyjnej nowomowie to jest „aborcja terapeutyczna”.

tyczna” w przypadku „ciąży zagrażającej zdrowiu matki”. Oba sformułowania nie są prawdziwe. Aborcja, czyli bezpośrednio, zamierzone zabicie dziecka w łonie matki, nigdy nie jest żadną terapią. Jest inwazyjną, niszczącą dla matki i śmiertelną dla dziecka procedurą, która niczego nie leczy. Aborcja co najwyżej likwiduje chorobę poprzez likwidację pacjenta, co na pewno nie jest medycyną. Podobnie prawidłowa ciąża nie może zagrażać zdrowiu matki, gdyż jest dla kobiety stanem naturalnym. Zdrowiu matki (jak i dziecka) może zagrażać patologia, stan chorobowy jej organizmu. Mamy wtedy do czynienia z dwoma pacjentami i prawdziwa medycyna podejmuje się leczyć i matkę, i dziecko z dużymi sukcesami.

Nawet jeśli matka ma chorobę nowotworową i wymaga chemioterapii, stosuje się taką terapię na życzenie pacjentki. Czasem dzieci po chemioterapii rodzą się w dobrym stanie, czasami terapia skutkuje śmiercią dziecka. W takich przypadkach śmierć dziecka jest

przewidywalnym, ale pośrednim i niezamierzonym skutkiem ubocznym koniecznej terapii. Nie jest to aborcja, czyli bezpośrednio, celowe uśmiercenie dziecka, ani według kryteriów medycznych, ani prawnych, ani etycznych.

Również Kościół Katolicki nie wskazuje w takich wypadkach, czy matka powinna ratować siebie, narażając dziecko, czy też w trosce o dziecko narażać siebie, nie podejmując leczenia. Obie postawy są moralnie dobre. Powszechnie rezygnacja z leczenia uważana jest za wyjątkowy heroizm (święta Joanna Molla, czy Agata Mróz). Tak więc nikt nigdy nie wymaga od kobiety rezygnacji z leczenia, nawet jeśli terapia zagraża życiu dziecka. Co za tym idzie, całkowity zakaz aborcji nie pozbawi żadnej kobiety prawa do ratowania jej życia lub zdrowia. Dodatkowo lekarza prowadzącego leczenie zagrażające dziecku chroni art. 26 kk, który usprawiedliwia poświęcenie jednego życia dla ratowania drugiego, gdy nie ma innego wyboru. Wraz z postępem medycyny nikną przy-

padki, kiedy nie da się pomóc obu pacjentom. Dlatego całkiem nieuzasadnione jest utrzymywanie przepisu, który podpowiada lekarzom, że zamiast brać odpowiedzialność za obu pacjentów, mogą w świetle prawa dziecko zabić, a matkę wyjaśnić, że takie postępowanie jest właściwe.

„Wystarczy, by dobrzy ludzie nic nie robili, a zło zatriumfuje”, powiedział angielski filozof Edmund Burke. Dlatego starajmy się czynić dobrze. Nie musimy ulegać przemocy międzynarodowego sprzysiężenia przeciw życiu, narzucającego dzieciobójstwo prenatalne wbrew demokracji, prawom człowieka i zdrowemu rozsądkowi. Jesteśmy to winni tysiącom niewinnych dzieci, winni przyszłym pokoleniom i własnemu sumieniu.

O autorze:

jest lekarzem, pracownikiem naukowym CM UMK i przewodniczącym Komisji Bioetycznej Bydgoskiej Izby Lekarskiej.

Chełmno MotoBridge 2011

Dokończenie ze str. 10

Tym razem przyjechali do Chełmna. Lekarze motocykliści, członkowie Motocyklowego Klubu Lekarzy „DoctoRRiders”, który powstał przy OIL w Łodzi i od 2005 roku zrzesza lekarskich motomaniaków z całej Polski. Organizatorami zlotu w Chełmnie są Bożena (Struś) i Stanisław (Wiking) Leksowie od dwudziestu lat mieszkający w Chełmnie – mieście leżącym na granicy terenów działania dwóch izb lekarskich – bydgoskiej i toruńskiej. Przejazd i zwiedzanie zaplanowano po obu stronach Wisły – stąd pomysł na nazwę imprezy.

Zostałam zaproszona na to wydarzenie i dostałam nawet zaszczytu bycia „plecakierem” – czyli pasażerem motocykla.

Do tej pory myślałam, że to sposób spędzania czasu zarezerwowany dla mężczyzn. Myliłam się. Sporo kobiet na własnych motocyklach, czterolatek w „koszu”, mówią o tym, że impreza przybiera charakter rodzinny.

Przyjechali z różnych stron Polski, zatrzymali się w Karczmie Chełmińskiej.

Jest sobota, 30 lipca, godz. 10.00. Ruszają. Jadą w szyku, w dwóch rzędach, naprzemiennie, „szachownicowo”. Rzuca się w oczy wysoka kultura jazdy. Nikt nie wyprzedza, nikt się nie przepycha. Asekurują się nawzajem i widać, że czerpią ogromną radość ze wspólnej jazdy.

Pierwszy przystanek – rezerwat „Cisy Staropolskie” im. Leona Wyczółkowskiego w Wierzchucinie. Zwiedzanie rezerwatu z przewodnikiem, potem przerwa na kawę i toruńskie pierniki! Odpalają maszyny i w dro-

gę. Drugi przystanek – Kopalnia „Montania” w Borach Tucholskich. Po krótkiej wizycie w kopalni, leśnymi duktami podążają do skansenu w Stopce na obiad, a stamtąd Doliną Dolnej Wisły wracają do Chełmna. Drogi coraz bardziej malownicze, ale i coraz węższe. Tu jadą jeden za drugim, „gęsiego”, na wyraźny znak dany przez prowadzącego kolumnę. Muszę przyznać, że wygląda to imponująco. Łączny dystans – 160 km.

Wieczorem – biesiada rycerska.

Jadło najprzedniejsze: swojska kiełbasa prosto z wędzarni, bigos znad olchowego ogniska i wiele, wiele innych przysmaków. Do tego igrze rycerskie i zabawy plebejskie, ale gwoździem programu był pokaz kuglarzy zonglujących ogniem. To zjawiskowe przedstawienie w wykonaniu młodych artystów wywołało aplauz biesiadników.

Nazajutrz – spacer po Chełmnie z panią przewodnik. Z zapartym tchem słucha-

liśmy informacji o przebogatej historii tego miasta. W pewnym momencie pani przewodnik urwała swoją opowieść w pół słowa i z figlarnym uśmiechem oznajmiła: „a resztę... opowiem Wam w przyszłym roku”. Wypowiedziała głośno to, o czym myśleli wszyscy uczestnicy: tę imprezę koniecznie trzeba powtórzyć!

Po krótkim odpoczynku – wyjazd do Torunia, zwiedzanie ruin zamku krzyżackiego, spacer po starym mieście, obowiązkowe lody u Lenkiewicza i... czas się żegnać. Na „odjazdne” wszyscy deklarowali chęć powrotu w roku przyszłym.

Organizatorzy, zdaje się, nie mają wyboru. Muszą już myśleć o „drugiej edycji”. Mają nadzieję, że przyszłoroczna impreza zainteresuje lekarzy, którzy nie są członkami klubu, a jeżdżą na motocyklu i chcieliby poczuć atmosferę jazdy w grupie. Będę Was o tym informować.

Hanna Śliwińska



O wystawianiu zaświadczeń lekarskich ZUS ZLA



Chciałbym odnieść się do informacji Głównego Lekarza Orzecznika ZUS-u w Bydgoszczy odnośnie wystawiania zaświadczeń lekarskich ZUS ZLA zamieszczonej w numerze 8/9 PNN. Zawarte w niej uwagi Pana Mariusza Ostrowskiego dotyczą starych druków i wprowadzają nas lekarzy w błąd.

Wbrew temu co pisze Orzecznik, nie można wydając zaświadczenie, posługiwać się numerem dowodu osobistego pacjenta, a numerem paszportu jedynie wtedy, gdy nie nadano NIP-u. Praktycznie więc wykorzystać można tylko NIP osobisty. Nie wpisuje się również nazwy firmy/płatnika, a tylko jej NIP.

Nowe druki zawierają mniej pól do wypełnienia, co cieszy, ale w związku z zaniechaniem nadawania NIP-u osobistego pracownikom etatowym wystawianie zaświadczeń zgodnie z wymogami ZUS-u niektórym pacjentom będzie niemożliwe. Liczę na opinię Orzecznika w tej sprawie.

Z poważaniem

Przemysław Malinowski

Z ostatniej chwili

Komunikat Głównego Lekarza Orzecznika ZUS Oddział w Bydgoszczy

PESEL zastępuje NIP jako identyfikator ubezpieczonego. NIP wychodzi z użytku jako identyfikator osoby ubezpieczonej w ZUS. Pozostaje natomiast podstawowym identyfikatorem płatnika składek.

■ Od 1 września 2011r. uległ zmianie zakres danych identyfikacyjnych osoby ubezpieczonej, podawany w dokumentach ubezpieczeniowych przekazywanych do Zakładu Ubezpieczeń Społecznych.

W dokumentach ubezpieczeniowych (np. ZUS ZUA) w bloku danych identyfikacyjnych osoby ubezpieczonej należy podawać jako numer identyfikacyjny numer PESEL, a w razie gdy ubezpieczonemu nie nadano tego numeru – serię i numer dowodu osobistego lub paszportu.

Zatem w dokumentach ubezpieczeniowych składanych od września 2011r., nie powinien być używany numer NIP jako numer identyfikacyjny osoby ubezpieczonej ani osób zgłaszanych jako członkowie rodziny. Numer NIP osoby ubezpieczonej nie musi być także podawany w drukach zwolnień lekarskich – ZUS ZLA (ale dotyczy to tylko numeru NIP osoby ubezpieczonej, nie dotyczy natomiast numeru NIP płatnika, czyli pracodawcy, który to numer nadal musi być wpisywany w ZUS ZLA). Numer NIP nadal obowiązuje jako identyfikator płatników składek.

Mariusz Ostrowski

Główny Lekarz Orzecznik ZUS w Bydgoszczy

ZUS skontrolował zwolnienia lekarskie

W I półroczu 2011 r. Oddział ZUS w Bydgoszczy cofnął wypłatę zasiłków chorobowych na kwotę ponad 358 tys. zł. To efekt prowadzonych systematycznie kontroli zwolnień lekarskich.

Zakład Ubezpieczeń Społecznych prowadzi dwa rodzaje kontroli. Z jednej strony sprawdzana jest prawidłowość orzekania o czasowej niezdolności do pracy, a z drugiej – prawidłowość wykorzystania zwolnień.

W zakresie orzekania o czasowej niezdolności do pracy lekarze orzecznicy Oddziału ZUS w Bydgoszczy przeprowadzili w I półroczu 2011 r. 6456 badań kontrolnych. Ich następstwem było wstrzymanie dalszej wypłaty świadczeń 1110 osobom. Oznacza to, że 17 proc. przebadanych uznanych zostało za zdolnych do pracy. W przypadku 72 osób lekarze ZUS wydali decyzję o potrzebie odbycia rehabilitacji leczniczej. Kwota wstrzymanych z tego tytułu zasiłków wyniosła ponad 291 tys. zł.

Kontrola prawidłowości wykorzystania zwolnień lekarskich objęła 1307 ubezpieczonych. W jej efekcie Oddział ZUS w Bydgoszczy wstrzymał wypłatę zasiłku chorobowego 34 osobom, na łączną kwotę ponad 66 tys. zł.

Prawo do prowadzenia kontroli wykorzystywania zwolnień lekarskich mają również pracodawcy zatrudniający powyżej 20 osób.

Alina Szałkowska

rzecznik prasowy ZUS Oddział w Bydgoszczy

Zapraszamy na kolejne szkolenie



Kurs 15 października

● **Wkłady, nakłady, overlay, endokorony i korony wykonane z ceramik, kompozytów i stopów złota**

W wykładzie omówione będą: • wszystkie rodzaje odbudowy pośredniej zębów bocznych • materiały i biomechanikę każdego rodzaju wkładu • wskazania i przeciwwskazania do ich zastosowań • sposoby wykonawstwa klinicznego • sposoby wykonawstwa laboratoryjnego wkładów i nakładów złotych kompozytowych i ceramicznych • wady i zalety każdego rodzaju wkładów.

Wykładowca: Pani dr hab. n. med. Beata Dejak – Kierownik Zakładu Protetyki Stomatologicznej, Katedra Stomatologii Odtwórczej Uniwersytetu Medycznego w Łodzi.

Kursy organizuje: Włocławskie Stowarzyszenie Lekarzy Stomatologów pod patronatem Kujawsko-Pomorskiej Okręgowej Izby Lekarskiej. Informacje i zgłoszenia na naszej stronie www.stomatologia.edu.pl

Dodatkowe informacje: (54) 2315157, 694 724 871.

▶ **Projektowanie, wykonawstwo, administracja stron www** i systemów informatycznych z przeznaczeniem dla kierunków medycznych.

▶ **Elektroniczne rozliczenia** z oddziałami NFZ, kontraktowanie i aneksowanie umów.

▶ **Transmisje z operacji** i zabiegów w sieci z jakością HD.

▶ **Opracowanie materiałów graficznych** plus wirtualne wycieczki po obiektach i placówkach medycznych.

▶ **Wspomaganie systemów informatycznych**, rozliczeniowych i administracja bazami danych.

▶ **Tomasz Rumiński** <http://ruminski.eu/>
e-mail: Tomasz@Ruminski.eu • tel: +48 695350052

Konkurs ofert w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń zdrowotnych – część I

Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz.U. z 2011 r. nr 112, poz. 654) umożliwia podmiotowi leczniczemu udzielić zamówienia na udzielanie w określonym zakresie świadczeń zdrowotnych, podmiotowi wykonującemu działalność leczniczą, lub osobie legitymującej się nabyciem fachowych kwalifikacji do udzielania świadczeń zdrowotnych w określonym zakresie lub określonej dziedzinie medycyny. Jednak przedmiot zamówienia nie może wykraczać poza rodzaj działalności leczniczej oraz zakres świadczeń zdrowotnych wykonywanych przez udzielającego zamówienia i przyjmującego zamówienie, zgodnie z wpisem do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą. Nadal udzielanie zamówienia następuje w trybie konkursu, taki tryb udzielania zamówienia przewidziany był również w art. 35 a nieobowiązującej od 01.07.2011 r. ustawie o zakładach opieki zdrowotnej.

Ustawa o działalności leczniczej nakazuje kierownikowi podmiotu leczniczego udzielającego zamówienia stosować do przeprowadzenia konkursu ofert niektóre przepisy ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2008 r. nr 164, poz. 1027, z późn. zm.). Do udzielenia zamówienia nie stosuje się przepisów o zamówieniach publicznych.

Lekarz wykonujący indywidualną praktykę lekarską wyłącznie w przedsiębiorstwie podmiotu leczniczego na podstawie umowy z tym podmiotem lub indywidualną specjalistyczną praktykę lekarską wyłącznie w przedsiębiorstwie podmiotu leczniczego na podstawie umowy z tym podmiotem jest obowiązany spełniać warunki:

- posiadać prawo wykonywania zawodu;
- nie może być:
 - a) zawieszony w prawie wykonywania zawodu ani ograniczony w wykonywaniu określonych czynności medycznych na podstawie przepisów o zawodach lekarza i lekarza dentystry lub przepisów o izbach lekarskich,
 - b) ukarany karą zawieszenia prawa wykonywania zawodu,
 - c) pozbawiony możliwości wykonywania zawodu prawomocnym orzeczeniem sądu karnego zakazu wykonywania zawodu albo zawieszony w wykony-

waniu zawodu zastosowanym środkiem zapobiegawczym;

- uzyskać wpis do ewidencji działalności gospodarczej;
- od 01.01.2012 r. zawrzeć umowę ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej w zakresie określonym w art. 25 ust. 1 pkt 1 (umowa ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej obejmuje szkody będące następstwem udzielania świadczeń zdrowotnych albo niezgodnego z prawem zaniechania udzielania świadczeń zdrowotnych).

Lekarz wykonujący działalność leczniczą w formie indywidualnej specjalistycznej praktyki lekarskiej wyłącznie w przedsiębiorstwie podmiotu leczniczego powinien dodatkowo posiadać specjalizację w dziedzinie medycyny odpowiadającej rodzajowi i zakresowi wykonywanych świadczeń zdrowotnych, a zarazem będących przedmiotem konkursu ofert.

Zaznaczyć należy, że zgodnie z art. 25 ustawy o działalności leczniczej, który wejdzie w życie od 01.01.2012 r. Minister właściwy do spraw instytucji finansowych w porozumieniu z ministrem właściwym do spraw zdrowia, po zasięgnięciu opinii między innymi Naczelnej Rady Lekarskiej określi, w drodze rozporządzenia, szczegółowy zakres ubezpieczenia obowiązkowego oraz minimalną sumę gwarancyjną, biorąc pod uwagę rodzaj działalności leczniczej i rodzaj podmiotów wykonujących tę działalność. Dotychczasowy obowiązek zawarcia umowy ubezpieczenia przez przyjmującego zamówienie wynikał z art. 35 ust. 6 ustawy o zakładach opieki zdrowotnej oraz Rozporządzenia Ministra Finansów z 23.12.2004 r. w sprawie obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej podmiotu przyjmującego zamówienie na świadczenia zdrowotne. Jednak ustawa o zakładach opieki zdrowotnej oraz rozporządzenie regulujące obowiązek ubezpieczenia wydany na jej podstawie nie obowiązują od 01.07.2011 r.

W chwili obecnej projekt Rozporządzenia Ministra Finansów w sprawie obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej podmiotu wykonującego działalność leczniczą określa minimalną sumę gwarancyjną ubezpieczenia OC, która wynosi równowartość w złotych: 100 000 euro na

jedno zdarzenie i 500 000 euro na wszystkie zdarzenia dla lekarza wykonującego działalność leczniczą w formie jednoosobowej działalności gospodarczej jako indywidualna praktyka lekarska, indywidualna praktyka lekarska wyłącznie w miejscu zwzwaniania, indywidualna specjalistyczna praktyka lekarska wyłącznie w miejscu zwzwaniania, indywidualna praktyka lekarska wyłącznie w przedsiębiorstwie podmiotu leczniczego na podstawie umowy z tym podmiotem, indywidualna specjalistyczna praktyka lekarska wyłącznie w przedsiębiorstwie podmiotu leczniczego na podstawie umowy z tym podmiotem. Rozporządzenie wejdzie w życie z dniem 01.01.2012 r. i zastąpi obecnie obowiązujące rozporządzenia Ministra Finansów z dnia: 28 grudnia 2007 r. w sprawie obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej świadczeniodawcy udzielającego świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. Nr 3, poz. 10), 26 kwietnia 2010 r. w sprawie obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej lekarzy i lekarzy dentystrów wykonujących zawód na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej (Dz. U. Nr 78, poz. 515).

Istotnym zapisem w projekcie jest stwierdzenie, że przepisy rozporządzenia stosuje się do umów ubezpieczenia OC zawartych od dnia wejścia w życie rozporządzenia, czyli po 01.01.2012 r. Zatem poprzednio zawarta umowa ubezpieczenia obowiązuje do wygaśnięcia, nie później jednak niż w okresie 12 miesięcy od dnia wejścia w życie rozporządzenia.

Konkurs ofert

W chwili obecnej kierownik podmiotu leczniczego (Udzielający zamówienia) nie ma obowiązku ogłaszania konkursu ofert na łamach prasy codziennej oraz informowania i zamieszczania w siedzibie terenowo właściwego okręgowego organu samorządu zawodu medycznego np. Bydgoskiej Izby Lekarskiej. Uchylono zapisy, iż w pracach komisji konkursowej ma prawo uczestniczyć z głosem doradczym przedstawiciel właściwego samorządu zawodu medycznego np. m. in. przedstawiciel Bydgoskiej Izby Lekarskiej.

Kierownik podmiotu leczniczego udzielającego zamówienia określa:

- przedmiot postępowania w sprawie umowy o udzielanie świadczeń zdrowotnych;
- kryteria oceny ofert;
- warunki wymagane od oferentów.

Kryteria oceny ofert i wymagane warunki są jawne i nie podlegają zmianie w toku postępowania.

Odrzuca się ofertę:

- złożoną po terminie;
- zawierającą nieprawdziwe informacje;
- jeżeli nie określono przedmiotu oferty lub nie podano proponowanej liczby lub ceny świadczeń opieki zdrowotnej;
- jeżeli zawiera rażąco niską cenę w stosunku do przedmiotu zamówienia;
- jeżeli jest nieważna na podstawie odrębnych przepisów;
- jeżeli oferent złożył ofertę alternatywną;
- jeżeli oferent lub oferta nie spełniają wymaganych warunków określonych w przepisach prawa oraz warunków określonych przez Kierownika podmiotu leczniczego udzielającego zamówienia;
- złożoną przez oferenta, z którym została rozwiązana przez Kierownika podmiotu leczniczego udzielającego zamówienia, umowa o udzielanie świadczeń zdrowotnych w określonym rodzaju lub zakresie w trybie natychmiastowym z przyczyn leżących po stronie oferenta.

W przypadku gdy braki, o których mowa w pkt 1–8, dotyczą tylko części oferty, ofertę można odrzucić w części dotkniętej brakiem. W przypadku gdy świadczeniodawca nie przedstawił wszystkich wymaganych dokumentów lub gdy oferta zawiera braki formalne, komisja wzywa oferenta do usunięcia tych braków w wyznaczonym terminie pod rygorem odrzucenia oferty.

Kierownik podmiotu leczniczego udzielającego zamówienia unieważnia postępowanie gdy:

- nie wpłynęła żadna oferta;
- wpłynęła jedna oferta niepodlegająca odrzuceniu, jednak jeżeli w toku konkursu ofert wpłynęła tylko jedna oferta niepodlegająca odrzuceniu, komisja może przyjąć tę ofertę, gdy z okoliczności wynika, że na ogłoszony ponownie na tych samych warunkach konkurs ofert nie wpłynę więcej ofert;
- odrzucono wszystkie oferty;
- kwota najkorzystniejszej oferty przewyższa kwotę, którą Udzielający zamówienia przeznaczył na finansowanie świadczeń opieki zdrowotnej w danym postępowaniu;
- nastąpiła istotna zmiana okoliczności powodująca, że prowadzenie postępowania lub zawarcie umowy nie leży w interesie ubezpieczonych, czego nie można było wcześniej przewidzieć.

Rozstrzygnięcie postępowania

Jeżeli nie nastąpiło unieważnienie postępowania, komisja ogłasza rozstrzygnięcie w miejscu i terminie określonych w ogłoszeniu o konkursie ofert. Z chwilą ogłoszenia rozstrzygnięcia postępowania następuje jego zakończenie i komisja ulega rozwiązaniu.

Środki odwoławcze

Oferenci, których interes prawny doznał uszczerbku w wyniku naruszenia przez Udzielającego zamówienia, zasad przeprowadzania postępowania w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, przysługują środki odwoławcze (protest, odwołanie).

Protest

W toku postępowania, do czasu zakończenia postępowania, oferent może złożyć do komisji umotywowany protest w terminie 7 dni roboczych od dnia dokonania zaskarżonej czynności. Do czasu rozpatrzenia protestu postępowanie ulega zawieszeniu, chyba że z treści protestu wynika, że jest on oczywiście bezzasadny. Komisja rozpatruje i rozstrzyga protest w ciągu 7 dni od dnia jego otrzymania i udziela pisemnej odpowiedzi składającemu protest. Nieuwzględnienie protestu wymaga uzasadnienia. Protest złożony po terminie nie podlega rozpatrzeniu. Informację o wniesieniu protestu i jego rozstrzygnięciu niezwłocznie zamieszcza się na tablicy ogłoszeń oraz na stronie internetowej Udzielającego zamówienia. Zniesiony został obowiązek informowania każdego oferenta na piśmie o wniesieniu i rozstrzygnięciu protestu. W przypadku uwzględnienia protestu komisja powtarza zaskarżoną czynność.

Odwołanie

Oferent biorący udział w postępowaniu może wnieść do Udzielającego zamówienia, w terminie 7 dni od dnia ogłoszenia o rozstrzygnięciu postępowania, odwołanie dotyczące rozstrzygnięcia postępowania. Odwołanie wniesione po terminie nie podlega rozpatrzeniu. Odwołanie rozpatrywane jest w terminie 7 dni od dnia jego otrzymania. Wniesienie odwołania wstrzymuje zawarcie umowy o udzielanie świadczeń zdrowotnych do czasu jego rozpatrzenia.

Środki odwoławcze nie przysługują na:

- 1) wybór trybu postępowania;
- 2) niedokonanie wyboru świadczeniodawcy;
- 3) unieważnienie postępowania w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej.



Jadwiga Jarzabkiewicz-Górnica
Radca prawny BIL



Wspomnienie

Znałam panią doktor Barbarę Pietras-Budzińską przez zaledwie kilka lat. Pracowała w naszym Centrum jako radiolog od 2006 roku. Jej ogromne doświadczenie, wnikliwość i precyzja w stawianiu diagnozy radiologicznej sprawiły, że współpraca z nią była przyjemnością.

Przez całe swoje życie zawodowe była nie tylko wspaniałym lekarzem, ale również nauczycielem i opiekunem wielu młodych radiologów i techników kształcących się w dziedzinie radiologii.

Ale przede wszystkim chciałabym kilka słów napisać o tym, jak wspaniałym była człowiekiem. Człowiekiem z minionej epoki, o wysokiej kulturze osobistej i nienagannyh manierach. Rozmowa z nią o muzyce klasycznej (którą się pasjonowała), o przedwojennym wychowaniu, wspólna szklanka zielonej herbaty sprawiły, że człowiek zatrzymywał się na chwilę w codziennej gonitwie, zatęsknił za czasem minionym, przewartościowywał to, co jest w życiu najważniejsze. Takich ludzi jest coraz mniej. Tym bardziej żał, że odchodzą.

Ewa Domżańska wraz ze wszystkimi pracownikami WCRR



*Katolickie
Stowarzyszenie
Lekarzy Polskich
zaprasza:*

- **18 października 2011 r.** na Mszę Świętą z okazji Święta Patrona Lekarzy Św. Łukasza do Kościoła pw. Św. Trójcy przy ul. Św. Trójcy na godz. 18.00
- **7 listopada 2011 r.** na godz. 16.00 do Kaplicy Cmentarnej na Błoniu na Jarach przy ul. Lotników na Mszę Św. i Zadzuski Lekarskie przy grobach zmarłych lekarzy.

DORADCA PODATKOWY

mgr inż. Sławomir J. Rogalski



nr wpisu – 05537

Siedziba: ul. E. Kwiatkowskiego 2 Bydgoszcz
tel. (52) 344 36 34 (Fordon, obok Lidla)

Filia: ul. Szubińska 15 Bydgoszcz
tel. (52) 37 307 87 (między Piękną a Castoramą)

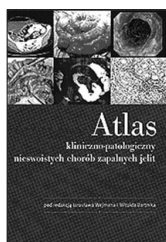
Telefon kom. 602 38 65 81
e-mail: rogalski@box.net.pl

- PROWADZENIE ROZLICZEŃ PODATKOWYCH KONTRAKTÓW LEKARSKICH
- ROZLICZENIA z ZUS i US
- ROZLICZENIA ROCZNE
- DORADZTWO PODATKOWE

*Dwie rzeczy są w życiu pewne
– śmierć i podatki*

Benjamin Franklin

DO WYNAJĘCIA GABINETY LEKARSKIE
Fordon obok Lidla i Carrefour
Kontakt: tel. (52) 344 36 34



Atlas kliniczno-patologiczny nieswoistych chorób zapalnych jelit

pod redakcją Jarostawa Wejmiana i Witolda Bartnika
Format: 205 × 290 mm
Liczba stron 180
Oprawa twarda
ISBN: 978-83-62138-62-3

Mój jest ten kawałek podłogi!...

*Nad ranem jeszcze biały szron,
A oto już się dzień płomieni.
I stoi mój rówieśnik – klon
W pozłocie słońca i jesien.*

Jan Brzechwa



Szanowne Koleżanki i Koledzy!

Jesień!!!

Nie wiem jak was Mili Czytający te słowa, ta pora roku nastraja?

Mnie – zapewniam – napawa jakimś smutkiem i złym samopoczuciem.

Po prostu melancholia towarzyszy mi co dnia! I właściwie na tym stwierdzeniu powinienem zakończyć ten „kawałek podłogi”!

Nie chce mi się pisać i koniec, w końcu przecież mam takie prawo, zwłaszcza przy złym samopoczuciu!

Ale! Ale wpadł mi w oko cytat zapomnianego, lub nawet już zapomnianego poety polskiego, jednego z wybitnych poetów kręgu Młodej Polski, który to powiedział, że „melancholia jest ojczyzną myśli”.

Ergo? Jeżeli jestem w nastroju melancholijnym to powinienem myśleć! A myślenie każe mi doszukiwać się w jesieni nie tylko smutku i przygnębienia, ale i także piękna!

Po takim stwierdzeniu wybieram się na poszukiwanie w myślach tego piękna i – o dziwo – je znajduję! Znajduję w pamięci obrazy, które trudno zapomnieć! Płaty porannej mgły na łące błyszczącej w słońcu kroplami rosy, wspaniałe rubinowy dywan z opadłych liści buku na Kaszubach, czerwone łebki kozaków w brzo-zowym lesie, sznury odlatujących ptaków, dających nadzieję na ich powrót wiosną, zaciekawienie sikorek przydomowym karmnikiem, „a może już podsypano ziarna słonecznika”?

Jedynie żal serce gniecie, że już nie jestem w stanie z aparatem fotograficznym w rękę szukać wspaniałych barw jesieni.

Niestety, bo to już także:

*„Z moczarów, z okolicznych łąk
O zmierzchu wczesny chłód przenika,
I szybko spada słońca krąg
W pobliskie mroki października”.*

Wasz melancholią zdjęty, ale jeszcze myślący

A. Martynowski

cem doświadczeń autorów zdobytych w czasie kilkudziesięciu lat zajmowania się nieswoistymi zapaleniami jelit.

Wydawca:

Termedia sp. z o.o.
ul. Kleeberga 2, 61-615 Poznań
Tel./faks: +48 61 6562200
Książka do nabycia na www.termedia.pl

PRACA

Dyrektor Szpitala Uniwersyteckiego Nr 2 im. dr Jana Bizuela w Bydgoszczy ul. Ujejskiego 75 zatrudni **lekarza ze specjalnością mikrobiologii klinicznej** oraz **lekarza ze specjalnością farmakologii klinicznej**. Warunki zatrudnienia do uzgodnienia. Osoby zainteresowane prosimy o kontakt z dyrektorem ds. lecznictwa tel. 52 3655356, 52 3655380 lub przesłanie CV oraz listu motywacyjnego na adres kancelaria@bizuel.pl

Małżeństwo mgr **fizjoterapii** poszukuje pracy. Kontakt: 725 989 917 lub 691 722 998.

NZOZ Nasza Przychodnia w Kcyni, ul. Libelta 28 zatrudni **lekarza do pracy w POZ** (najchętniej specjalistę medycyny rodzinnej lub w trakcie specjalizacji). NZOZ dysponuje mieszkaniem służbowym. Kontakt: tel. 502 624 355 lub e-mail: pprusak@op.pl

NZOZ Remedium w Bydgoszczy zatrudni **lekarza dentystę**. Pacjenci wyłącznie prywatni. Kontakt: 601 66 06 36.

Dyrektor Samodzielnego Publicznego Zespołu Opieki Zdrowotnej w Chełmnie zawrze umowę cywilnoprawną z lekarzem specjalistą – anestezyjologiem w oddziale anestezyjologii i intensywnej terapii na stanowisku koordynatora oraz z lekarzem specjalistą w zakresie położnictwa i ginekologii w oddziale ginekolo-

giczno-położniczym i poradni ginekologiczno-położniczej. Mile widziane posiadanie certyfikatu uprawniającego do badań ultrasonograficznych. Oferujemy atrakcyjną bardzo dobrze płatną pracę. Zainteresowanych naszą ofertą prosimy o kontakt: telefon +48 56 6772607, e-mail: sekretariat@zoz.chelmno.pl

Przychodnia Rodzinna w Nakle nad Notecią zatrudni lekarza do pracy w POZ. Informację pod nr. tel. 52 3855303.

Specjalista medycyny rodzinnej i medycyny ogólnej podejmie pracę w niepełnym wymiarze, godziny pracy dowolne.

Kontakt: telefon 880 942 971 lub e-mail: janpawel777@gmail.com

NZOZ w Nakle nad Notecią zatrudni **lekarza pediatrę i lekarza medycyny rodzinnej** (lub w trakcie specjalizacji) do pracy w POZ w pełnym lub niepełnym wymiarze godzin. Kontakt: 607 309 407.

NZOZ „Leśna” sp. z o. o. w Bydgoszczy zatrudni **lekarza podstawowej opieki zdrowotnej** w poradni ogólnej. Zapewniamy bardzo dobre warunki pracy i płacy. Informacji udziela Dział Kadr, tel. 52 3415421.

NZOZ Przychodnia Akademicka w Bydgoszczy ul. Kołtąta 9 zatrudni pilnie **lekarza stomatologa** do pracy w Poradni Stomatologicznej. Warunki współpracy do uzgodnienia. Tel. 52 3223402 lub 515 263 020.

Ogólnopolska Wystawa Fotografii pod hasłem „Moje spojrzenie na...”

W Klubie Lekarza w Łodzi przy ul. Czerwonej 3 odbędzie się w październiku, tradycyjnie jak co roku, powakacyjna Ogólnopolska Wystawa Fotografii Lekarzy tym razem pod hasłem „Moje spojrzenie na...”. Urok i specyfika miejsc znanych i nieznanymi, wydarzenia, ciekawe sytuacje, interesujące postaci... realizację tego tematu pozostawiamy inwencji i wyobraźni lekarzy i lekarzy dentyistów, chcących wziąć udział w tegorocznej Wystawie.

Wernisaż wystawy planujemy na **23 października 2011 roku (niedziela) o godz. 17**. Wystawa potrwa do 28 października br.

Zapraszamy do udziału w prezentacji zdjęć Koleżanki i Kolegów nie tylko z łódzkiej OIL, ale ze wszystkich okręgowych izb w Polsce. Prace prosimy nadsyłać na nasz adres nie później niż do 10 października br.

Fotogramy winny być nie mniejsze niż w formacie A5, wykonane w technikach dowolnych, opatrzone następującymi informacjami: imię i nazwisko, specjalizacja i miejscowość zamieszkania Autora, a także ewentualnie tytułem.

Kontakt: Iwona Szelewa, Sekretariat Okręgowej Izby Lekarskiej, 93-005 Łódź, ul. Czerwona 3, tel. (42) 683 17 01.

Szanowni Koledzy!

Bydgoska Izba Lekarska, podczas swojej, ponad dwudziestoletniej działalności zadbała o opuszczone groby kilku zasłużonych lekarzy. Z takimi inicjatywami wychodzili członkowie Komisji Historycznej BIL, przedstawiciele stowarzyszeń zawodowych itp. Jednak nie o wszystkich zapomnianych, opuszczonych, samotnych grobach lekarzy – wiemy.

Prosimy więc Was, Koleżanki i Kole-dzy o pomoc w tej sprawie. Szanujemy naszych poprzedników, szanujemy pamięć o nich.

Prosimy o kontakt do Biura Izby: tel. 52 3460780, 52 3460084, bil@bil.org.pl lub listownie na adres: Bydgoska Izba Lekarska, 85-681 Bydgoszcz, ul Powstańców Warszawy 11

*W imieniu ORL
Stanisław Prywiński*

Talenty – wystąp!

Kto z Państwa chciałby podczas najbliższego balu lekarza – **3 lutego 2012** – prezentować teksty starego kabaretu lekarskiego, który błyszczał na niegdysiejszych balach lekarza? Teksty warte przypomnienia, a tradycja – przywrócenia! Liczymy na wiele zgłoszeń!

Czekamy też na nowe pomysły i nowe teksty. Tematów, jak wiemy, nie brakuje! No, to do dzieła! Mamy nadzieję, że będziemy się wspólnie dobrze bawić!

Do karnawału i naszej, „Medycznej Nocy w Operze” jeszcze trzeba... trochę poczekać (tylko do 3 lutego 2012!), ale czekajmy – przygotowując się. Więc prosimy: nie ukrywajcie swoich talentów.

Czekamy!

Spotkania w Klubie Lekarza Seniora

3 listopada 2011 r. CZWARTEK!

Zapraszamy lekarzy seniorów 3 listopada 2011 r. o godz. 15.00 do Izby na comiesięczne spotkanie.

Tym razem gościem lekarzy seniorów będzie dr Narolska-Wierczewska, z wykładem „Szczepienia ochronne skutecznym sposobem zapobiegania i zwalczania chorób zakaźnych”.

Zapraszamy!

Nowe BMW serii 1



www.bmw-dynamicmotors.pl

Radość z jazdy



NIE MUSISZ WYPRZEDZAĆ, ŻEBY BYĆ 1-SZYM.

Nowe BMW serii 1 oferuje niespotykane możliwości indywidualizacji, dzięki dwóm liniom stylistycznym: Sport i Urban. Nie ma znaczenia, które z nowych BMW serii 1 wybierzesz. Dynamiczne silniki TwinPower Turbo, system optymalizacji spalania ECO PRO i doskonałe właściwości jezdne sprawią, że będzie to zawsze właściwa decyzja! Chcesz pierwszy doświadczyć radości z jazdy nowym BMW serii 1? Odwiedź swojego Dealera BMW od 17 września, ale już dziś zarejestruj się na jazdę próbną i doświadcz niespodziewanych emocji. Dowiedz się więcej na www.bmw.pl/seria1

JEDNO POCHODZENIE. DWA CHARAKTERY. NOWE BMW SERII 1. LINIE URBAN I SPORT.

BMW EfficientDynamics
Mniejsza emisja. Większa radość z jazdy.

Dealer BMW
Dynamic Motors

ul. Fordońska 264

85-790 Bydgoszcz

Tel.: +48 52 339 51 10

www.bmw-dynamicmotors.pl

Emisja CO₂ i zużycie paliwa w cyklu mieszanym według normy ECE dla BMW 116i: 129-132 g/km i 5,5-5,7 l/100km.

JUŻ OD 61 900 zł

SHIFT the way you move



NOWY NISSAN JUKE MIASTOODPORNY. ENERGETYZUJĄCY.

Dostępny także z następującym wyposażeniem:*

- Inteligentny napęd All Mode 4x4-i
- Nowy silnik z turbodoładowaniem 190 KM;
1,6 litra
- Przycisk uruchamiający silnik
- Trzy tryby jazdy (Normal / Sport / Eco)
- Multimedialny system nawigacji
Nissan Connect
- Kamera cofania
- 17" felgi ze stopu metali lekkich

**Autoryzowany Dealer Nissana
Yama Sp. z o.o.**

86-031 Osielsko, ul. Szosa Gdańska 28,
tel. 52 360 53 10



*Wskazane wyposażenie jest wyposażeniem dodatkowym. Zdjęcia są jedynie ilustracją. Dane i fakty podane w niniejszej reklamie służą wyłącznie celom informacyjnym i nie stanowią oferty zawarcia umowy. Oferta ważna od 01/05/2011 do 30/06/2011. W celu uzyskania bliższych informacji na temat Nissan Connect, dostępnych wersji językowych oraz terytoriów odwiedź naszego Dealera lub stronę www.nissan.pl. Zużycie paliwa w cyklu mieszanym: 5,1-7,6 l/100 km, emisja CO₂: 134-175 g/km. Informacje dotyczące odzysku i recyklingu samochodów oraz ich przydatności w tym zakresie dostępne są na stronie internetowej www.nissan.pl.