

2 2007

Gazeta Lekarska

ISSN 0867-2146

Pismo Izby Lekarskich

Exemplarz bezpłatny



**Leczyć dobrze,
ale tanio!**

REKLAMA

REKLAMA



Trybunał strzela szpitalom w piętę

Dla prawdziwego lekarza dyżur to cudowna przygoda zawodowa. To coś więcej niż pieniądze. Ja kiedyś siedziałem w szpitalu za darmo, aby tylko zoperować kolejnego pacjenta – opowiada przed kamerami prof. Zbigniew Religa, jeden z najpopularniejszych żyjących Polaków. Wszystkiemu winna jest adrenalina, dzięki której pokolenie lekarskie pana ministra ofiarnie trwało na posterunku, nie bacząc na przyziemne potrzeby. Sęk w tym, że niedługo nie tylko nie będzie miał kto, ale również nie będzie czego strzec. Minister zdrowia powiedział, że 31 szpitali ma tak duże długi, że jeżeli dojdzie do egzekucji komorniczych, grozi im likwidacja. Likwidować państwowe to dla komorników największa gratka, która już nawet doczekała się ekranizacji. Odkąd pamiętam, to komornicy odrywali zawsze istotną rolę w podnoszeniu poziomu adrenaliny w szpitalach. Komornicy wyjaśniają, że tak samo jak wszyscy chorują i korzystają z usług służby zdrowia, wobec czego zależy im na jej prawidłowym funkcjonowaniu. A więc nie chcą, ale muszą.

Przekształcenie w spółki, kredyt, poręczenie - samorządowcy zastanawiają się jak uratować swój powiatowy szpital. Panika w dolnośląskich, zadłużonych po uszy szpitalach – dyrektorzy proszą banki i wierzycieli, aby odstąpili od natychmiastowego ściągania długów, a urzędnicy bezradnie rozkładają ręce. Zadłużonemu szpitalowi w Krośnicach na Dolnym Śląsku komornik oddał sporą część z zajętych pieniędzy tylko dlatego, że przerażony szpital ekspresowo dogadał się z wierzycielami. 160 pracowników szpitala dostało pensje, a wydarzenie uznano za cud. Dzięki pożyczkom z budżetu państwa i programowi restrukturyzacji udało się poprawić stan finansowy szpitali na Lubelszczyźnie – mówi Andrzej Olborski, wicemarszałek województwa. Czy jednak na tyle, by przetrwały ewentualną egzekucję, zobaczymy.

Przypomnijmy, że Trybunał Konstytucyjny uznał, iż zapisy kodeksu postępowania cywilnego, które chronią szpitale przed wierzycielami, są niezgodne z konstytucją. Według TK, takie unormowanie prawne narusza zasadę społecznej gospodarki rynkowej. Zapis nie jest również zgodny z zasadą równości wobec prawa, ponieważ w postępowaniu egzekucyjnym chroni państwowe jednostki organizacyjne spośród innych dłużników bez jakichkolwiek powodów, które by to uzasadniały. Orzeczenie TK oznacza, że komornicy będą mogli zajmować całe konta zadłużonych szpitali, a nie jak dotychczas tylko ich część, tj. do 25 proc. środków przekazywanych co miesiąc przez NFZ.

To wierzyciel, a nie komornik decyduje o sposobie egzekucji – broni się Gabriel Pietrasik, prezes Krajowej Rady Komorniczej. W szpitalach, to najczęściej egzekucja z rachunku bankowego, z wiarytelności i ruchomości. W zakresie egzekucji z rachunku bankowego stan prawny nie uległ zmianie. Dyrektorzy szpitali mogą zabezpieczać środki niezbędne na wypłatę wynagrodzeń. Zdaniem prezesa Pietrasika, Krajowa Rada Komornicza kilkakrotnie proponowała przyjęcie przepisu, zwalniającego od egzekucji sprzęt szpitali niezbędny do ratowania zdrowia i życia. Propozycja ta nie została przyjęta.

Na szpitale padł błąd strach. Placówka publiczna niby upaść nie może. Ale faktycznie to niejeden szpital już nie żyje. Zajęcie środków przekazywanych z NFZ przy napiętych terminach płatniczych może być powodem poważnych perturbacji. Szpital dla lekarzy, jeszcze nie raz okaże się idealnym miejscem do przeżycia fascynującej przygody, związanej z odkrywaniem i poznawaniem tego, co gdzie indziej zostało już dawno wykzione i zapomniane.

Marek Stankiewicz
naczelnny@gazetalekarska.pl

W numerze między innymi

Leczyć dobrze, ale tanio!	4-5
Okiem Prezesa	5
Rok wakacji od Unii	6-7
Wolność zawodowa – fundament lekarzy dentystów	10-11
Zdrowie 2006	12-13
Płacić czy płakać?	14-15
Granica normalności	17
Ustawiczny rozwój zawodowy. Wytoczne ekspertów	18-19
Być zwykłym pacjentem	20-23
OZZL: oby tak dalej	24
Nie warto iść w zaparte	29
Przychodzi lekarz do prawnika	30-31
Opieka zdrowotna. Nowe trendy	32-33
Anonse lekarskie	34-37
Dentystyka warszawska	36-37
Lekarski sport	38-39
Kalendarz: kursy, szkolenia, zjazdy	42-43
Książki nadesłane	45
Praca: konkursy, zatrudnię, szukam	46-58
Ogłoszenia różne	59-60
Program TVN Med	61

Podaruj **1%** Twojego podatku
POLSKIEMU TOWARZYSTWU LEKARSKIEMU
Konto:
74 1160 2202 0000 0000 7623 1675

Centrum Informacji o Leku
e-cil.pl

Leczyć dobrze, ale tanio!

Anna Augustowska

Ponad pół tysiąca nowych leków, do których dopłacać będzie państwo, znalazło się na przygotowanej właśnie przez Ministerstwo Zdrowia liście leków refundowanych. Dzięki nim dotychczasowa lista będzie liczyć przeszło 3 tysiące pozycji. Na początku stycznia lista została przesłana do konsultacji społecznych. Powinna wejść w życie w połowie lutego.

Na nowej liście znajdują się 522 nowe dotąd nie refundowane leki. Znakomita większość z nich – 470 pozycji – to leki generyczne, ale są też leki innowacyjne – 52 pozycje. Z nowych leków skorzystają przede wszystkim chorzy na nadciśnienie, po zawale serca, pacjenci z chorobą Parkinsona, padaczką, astmą, jaskrą, a także cierpiący z powodu chorób nowotworowych. Więcej leków będą też mieli chorzy na neuralgię półpaścową i kazuchoję.

Według wycień Ministerstwa Zdrowia ceny 190 leków z nowej listy obniżą się, natomiast 23 lekko wzrosną i będą to głównie ceny popularnych, tanich preparatów. Całkowicie z listy zniknie 39 rzadko stosowanych lub już wycofanych z obrotu preparatów.

Wprowadzenie na listę nowych, tańszych leków będzie się jednak wiąza-

z obniżeniem limitów refundacyjnych. NFZ będzie refundować mniej niż dotychczas, bo nowy limit refundacyjny będzie wynikał z niższej ceny leku. Dlatego chorzy, którzy nie będą chcieli korzystać z tańszych leków generycznych, ale trwać przy dotychczas stosowanych lekach, muszą się liczyć z tym, że zapłacą więcej niż obecnie.

Jak przekonuje minister Bolesław Piecha „Lek generyczny jest tak samo dobry jak innowacyjny i tylko od lekarza zależy czy zdoła do tego przekonać swego pacjenta”.

Minister Piecha zaapelował do lekarzy, aby zapoznali się z projektem nowej listy i zaczęli przepisywać pacjentom tańsze odpowiedniki, które, jak twierdzi, różnią się od droższych tylko nazwą. Podkreślił, że aptekarze także powinni informować chorych o odpowiednikach tańszych leków. – To od

postawy lekarzy będzie zależeć czy powstaną oszczędności – mówią urzędnicy resortu zdrowia.

Na razie jednak ministerstwo nie umie konkretnie oszacować jakie i czy w ogóle nowa lista da oszczędności.

Zmiany muszą najpierw wejść w życie – mówią w resorcie zdrowia podkreślając, że z całą pewnością wydatki na leki nie wzrosną. Obecnie NFZ wydaje rocznie na refundację aż 7 mld zł; niemal drugie tyle chorzy płacą w aptekach.

Tymczasem na wpisanie na listę czeka jeszcze ok. 100 nowych substancji. Teraz można je kupić tylko za pełną cenę. Ministerstwo Zdrowia zapowiada, że 12 z nich już wkrótce zostanie wpisanych na listę refundacyjną – będą to m.in. leki na niewydolność krążenia, padaczkę, mukowiscydę.

O tym, czy na liście znajdzie się jeszcze więcej leków zdecyduje ekonomia, czyli negocjacje z firmami farmaceutycznymi, a także lepsza kontrola zasadności przepisywanych recept. W związku z tym już w marcu lekarze będą musieli wpisywać na receptach numer PESEL chorego. – To pozwoli nam ustalić, którzy lekarze przepisują najwięcej drogich leków – wyjaśnia minister Piecha.

Tymczasem firmy farmaceutyczne nie kryją rozczarowania. Związek Pracodawców Innowacyjnych Firm Farmaceutycznych Infarma uważa, że nowelizacja list refundacyjnych została przygotowana z pominięciem zasad proceduralnych wyznaczanych przez prawo europejskie w tzw. dyrektywie przejrzystości. – Tylko nieliczni wnioskodawcy otrzymali informację o nieuwzględnieniu ceny ich produktów przez MZ, co

oznaczało brak włączenia tych produktów na listy. Ponadto dyrektywa wyznacza ściśle terminy rozpatrywania wniosków refundacyjnych, który powinien wynosić 90 dni. A tymczasem są leki, które na tę decyzję czekają ponad 7 lat! – piszą w wydanym oświadczeniu członkowie Infarmy. Członkowie tego stowarzyszenia uważają, że Polacy mają nadal bardzo słaby dostęp do najnowszych terapii. Co gorsza wiele z nowoczesnych leków jest już dawno refundowana w krajach UE, np. w Słowacji czy na Węgrzech. – Utrzymująca się od lat w Polsce sytuacja oczekiwania na refundację nowoczesnych preparatów jest bardzo niepokojąca. Praktycznie w tym czasie wprowadzono do wykazu refundacyjnego tylko jedną nową grupę terapeutyczną poprawiając dostęp do nowoczesnych terapii pacjentom cierpiącym na nadciśnienie – stwierdza Infarma.

Ministerstwo odpiiera ten zarzut i twierdzi, że wprowadzenie już dziś kolejnych 100 leków innowacyjnych spowodowałoby wzrost wydatków NFZ o 1,5 mld zł rocznie.

Nowe listy leków są dostępne na stronie: www.mz.gov.pl

Listy

Jestem załamany!

Szanowna Redakcjo!

Ja też nie dostałem od pana ministra Religii nawet 1 zł podwyżki. Pracuję 10 lat, mam II° specjalizacji i teraz robię podspecjalizację. Moja pensja to 1200 zł netto, z tego 1/3 „idzie” na dojazd do pracy (akredytację do robienia podspecjalizacji mają tylko pojedyncze ośrodki).

Moja pensja jest taka sama jak lekarza po stażu, dopiero zaczynającego specjalizację w ramach rezydentury i tego nie rozumiem. Widocznie tylko w Polsce płaca nie idzie w parze z kwalifikacjami. Podczas pracy w ramach etatu rezydenckiego wykonuję wszystkie obowiązki jak inni lekarze (jedyną osobą nadzorującą i oceniającą moją pracę jest ordynator oddziału), więc Pan Minister nie może argumentować, iż nie należy mi się podwyżka, bo się uczę. Zastanawiam się czy nie wysłać Panu Ministrowi moich rachunków za obowiązkowe kursy do specjalizacji (dojazd i noclegi w Warszawie).

Jestem załamany sytuacją lekarzy w Polsce i stosunkiem Pana Ministra do tego problemu.

Wojciech P.

Okiem Prezesa

24 stycznia, na dwa dni przed Dniem Transplantacji (upamiętniającym dokonanie 26 stycznia 1966 r. przez zespoły profesorów Jana Nielubowicza i Tadeusza Orłowskiego pierwszego udanego przeszczepienia nerki), odbyła się w Warszawie uroczysta inauguracja Polskiej Unii Medycyny Transplantacyjnej. Unia stawia sobie cele środowiskowe, tzn. promowanie i wdrażanie europejskich standardów opieki zdrowotnej w zakresie transplantacji, promowanie standardów nauczania w zakresie transplantologii na uczelniach medycznych, tworzenie warunków do prowadzenia badań naukowych w zakresie przeszczepiania komórek, tkanek i narządów oraz rozwijanie współpracy medycznych środowisk w kraju i za granicą, ale jej głównym celem społecznym ma być kreowanie większego poparcia społecznego dla idei medycyny transplantacyjnej oraz dawstwa narządów. Już dziś można powiedzieć, że zasadniczo poziom medycyny transplantacyjnej w Polsce nie odbiega od tego, co dzieje się w najbardziej renomowanych ośrodkach świata. Co więcej, dzięki finansowaniu bezpośrednio z budżetu państwa można powiedzieć, że tego zakresu świadczeń zdrowotnych, w przeciwieństwie do większości innych, nie dotyczą żadne ograniczenia finansowe. Co zatem wpływa na to, że Polska pod względem liczby dokonanych przeszczepień wlece się w ogonie statystycznym rozwiniętych krajów Europy?

Z całą pewnością istnieje w naszym kraju problem akceptacji przeszczepiania jako metody leczenia. Na przeszkodzie stoją mity dotyczące domniemanej niepewności stwierdzania śmierci mózgowej, a szczególnie emocje pojawiające się wśród członków rodzin potencjalnych dawców tkanek i narządów, którzy zmarli najczęściej z powodu niespodziewanej, nagłej choroby lub wypadku. Mimo jednoznacznych zachęt ze strony autorytetów, wśród nich największego, zmarłego ojca świętego Jana Pawła II, wielu ludzi, przeżywając nagłe odejście swoich bliskich, sprzeciwia się pobieraniu z ich zwłok tkanek i narządów potrzebnych do ratowania życia innym. Tym bardziej należy docenić tych, którzy podejmują walkę o poszerzenie akceptacji społecznej dla transplantacji. Uważam, że środowisko lekarskie powinno kroczyć w pierwszym szeregu tych, którzy przełamują nieporozumienia i lęki społeczne towarzyszące oporowi wobec przeszczepiania.

Należy jednak zauważyć, że jedną z przyczyn małej liczby przeszczepień w Polsce jest także fakt niezgłaszania potencjalnych dawców przez lekarzy. Trudno uzasadnić taką postawę jakimikolwiek względami medycznymi. Wydaje się, że niektórzy lekarze obawiają się kłopotów z rodzinami dawców i po prostu unikają „niepotrzebnych problemów”. Jest to postawa, która niestety w bezpośredni sposób przyczynia się do ograniczenia możliwości korzystania z dobrodziejstw transplantologii przez innych chorych, dla których często jest to jedyna szansa na życie. Wydaje się, że czas zacząć traktować jako powinności etyczne każdego lekarza i lekarza dentyści:

- szerzenie społecznego przyzwolenia dla transplantacji,
- walkę z mitami narosłymi wokół rzekomych patologii występujących jakoby powszechnie przy rozpoznawaniu śmierci i pobieraniu narządów,
- zgłaszanie potencjalnych dawców,
- podejmowanie trudnych rozmów z bliskimi zmarłych przekonujących ich do wartości narządów zmarłego dla ratowania życia innych.

Jest tu naprawdę wiele do zrobienia.

Na koniec, jak co miesiąc, proszę o kontynuowanie zbierania podpisów pod obywatelskim projektem ustawy gwarantującym nam godne wynagrodzenia (tabelka do zbierania podpisów na str. 44 i na stronach internetowych Naczelnej Izby Lekarskiej). Możliwość przedstawienia takiego projektu najwyższym władzom Rzeczypospolitej jest szczególnie pożądana teraz, gdy wielu kolegów szykuje się do strajku – nie ludźmy się: aby sprostać placowym oczekiwaniom środowiska, potrzebne są decyzje daleko poza dyrektorami zakładów opieki zdrowotnej. Tworzenie w tej sprawie także nacisku politycznego jest po prostu koniecznością chwili.



prof. Tadeusz Chruściel – Naczelna Rada Lekarska



Na proponowanej przez Ministerstwo Zdrowia liście leków refundowanych nie ma ani jednego leku innowacyjnego! Większość to leki generyczne, od dawna już u nas stosowane. Tylko bardzo nieliczne z wprowadzonych na listę leków były dotychczas nie refundowane. Nie ma więc co się łudzić, że Polacy będą mieli teraz dostęp do nowoczesnych terapii. To nieprawda. Nowa lista oznacza przede wszystkim dla części chorych zwiększenie ich współpłacenia. Wg mnie będzie to dotyczyło ponad 100 leków! Tak więc wprowadzane właśnie zmiany w refundacji leków przyniosą korzyści przede wszystkim budżetowi państwa, a nie chorym. A zachęcanie lekarzy do wypisywania pacjentom tańszych odpowiedników uważam za niestety potrzebne, ale wymagające w każdym przypadku zastanowienia. Owszem, w dużej mierze terapia zależy od rodzaju schorzenia i tak na przykład niewydolność krążeniową można leczyć skutecznie korzystając z bardzo wielu refundowanych leków generycznych, ale już astmę oskrzelową i POChP nie, gdyż niektórzy pacjenci wymagają stosowania takich postaci leków, które obecnie nie doczekały się jeszcze postaci generycznych. Usunięto dość znaczną listę różnych postaci leków, w tym także patentowych. Należy się spodziewać osobnego komunikatu resortu w tej sprawie.

Wysłuchała i zanotowała Anna Augustowska, 17 stycznia 2006 r.

Rok wakacji od Unii

Z **Dariuszem Ratajczakiem**

przewodniczącym Regionu Kujawsko-Pomorskiego OZZL
rozmawia Agnieszka Banach

• *Rozmawiamy w trakcie pełnienia przez pana tzw. dyżuru lekarskiego. Właśnie minęła 16.00. Która to już godzina pracy i ile czasu jeszcze spędzi pan w szpitalu?*

– Zaczynamy pracę o 7 rano, a więc dziewiąta. Zostanę tu do jutra, do około 14.30. Łącznie spędzę więc w szpitalu przynajmniej 32 godziny!

• *Panie doktorze czy jutro będzie pan tak samo sprawnym chirurgiem jak dzisiaj rano? Nie zadrży panu ręka przy zabiegu?*

– Badania prowadzone przez Amerykanów jednoznacznie udowodniły, że po takim dyżurze sprawność lekarza jest porównywalna do wydolności człowieka, który wypił ok. ćwiartki alkoholu i jest na tzw. rauszu. Wiadomo, że taka osoba nie może, np.

prowadzić samochodu. Natomiast lekarz w podobnym stanie wykonuje nawet bardzo skomplikowane zabiegi operacyjne i nikt na ogół nie widzi w tym problemu. Rekordziści potrafią siedzieć w szpitalu nawet tydzień! Ja najdłużej dyżurowałem 3 dni, to jest około 80 godzin. Tego trzeciego dnia ma się poczucie tzw. szumu w głowie. Czuję się jakbym siedział w więzieniu, a świat toczy się gdzieś obok, bez mojego udziału.

Takie wielogodzinne maratony pracy to prawie norma w polskich szpitalach, tymczasem od 1 maja 2004 powinniśmy postępować zgodnie z prawodawstwem UE. Dyrektywy unijne oraz orzeczenie Europejskiego Trybunału Sprawiedliwości jasno określają przeciętny czas pracy lekarza.

Dariusz Ratajczak ma 43 lata, jest przewodniczącym Regionu Kujawsko-Pomorskiego OZZL. Jest chirurgiem dziecięcym, specjalistą urologiem. Pracuje w SPZOZ Wojewódzkim Szpitalu im. Jana Biziela w Bydgoszczy.

Minister nie wierzy

Uważam, że dla ministra i dyrektorów szpitali nie ma żadnego problemu. Po pierwsze, nie wszyscy lekarze wystąpią z pozwami. Co więcej, wątpię, aby wystąpił którykolwiek z lekarzy, których znam osobiście z warszawskiego Instytutu Kardiologii czy zabrzańskiego Centrum Chorób Serca. Nie wierzę w to, bo tam koledzy chcą po prostu dyżurować. Dla prawdziwego lekarza dyżur jest cudowną przygodą zawodową. Dla wielu lekarzy dyżur to coś więcej niż pieniądze. Ja kiedyś siedziałem w szpitalu za darmo, aby tylko zoperować kolejnego pacjenta. Natomiast ci, którzy wystąpią, mogą bardzo łatwo się ułożyć ze swoimi dyrektorami. Chyba, że patrzą na siebie wilkiem.

Briefing prasowy, 11 stycznia



W okresie siedmiodniowym, łącznie z godzinami nadliczbowymi (patrz dyżur) nie może on przekroczyć 48 godz.! Za czas przepracowany ponad normę przewidzianą przez Unię pracownik ma prawo domagać się zadośćuczynienia finansowego lub odpowiedniej ilości czasu wolnego.

Wreszcie dzięki dyrektywie unijnej i sentencji wyroku w sprawie dr. Czesława Misia z Nowego Sącza państwo polskie musiało uznać, że dyżur medyczny jest czasem pracy, a czas wykraczający poza tygodniowe 40 godz. to po prostu godziny nadliczbowe! Obowiązuje nas także kodeks pracy, wg którego w ciągu roku można przepracować 150 godz. nadliczbowych, gdy tymczasem przeciętny lekarz tyle wypracowuje w ciągu miesiąca. Obliczyłem, że od 1 maja 2004 do obecnego momentu miałem około 260-270 dyżurów.

Doktorowi Misiowi, wyrokiem Sądu Okręgowego w Krakowie, za 26 dni dyżurów przyznano miesiąc płatnego urlopu. Ja, w takim razie, powinienem mieć około roku płatnego urlopu. Przeliczając to na gotówkę mój zakład pracy musiałby mi wypłacić nawet 100 tys. zł.

• *Zamierza pan skarżyć - tak jak Czesław Miś - szpital o należyty urlop?*

– Właśnie przygotowuję pozew i na przełomie stycznia, lutego skieruję go do sądu pracy. Na stronie OZZL dostępny jest pozew przygotowany przez pełnomocnika dr. Misia, prawnika związkowego, można z niego swobodnie skorzystać.

• *Myśli pan, że ruszy lawina pozwów?*

– Na pewno nie w kujawsko-pomorskim. Tu większość lekarzy pracuje na kontraktach. Na południu Polski m.in. na Podkarpaciu, Śląsku, w województwie łódzkim, lubelskim, gdzie większość lekarzy pracuje na etatach i zarabiają średnio dużo mniej niż w naszym regionie, z pewnością będzie to lawina.

• *Ogólnopolski Związek Zawodowy Lekarzy zapowiada na maj strajk w 400 szpitalach w Polsce, bo nadal nie zostały spełnione między innymi żądania płacowe lekarzy. Na stronie OZZL 89 proc. respondentów biorących udział w sondzie internetowej wyraża gotowość przystąpienia do akcji strajkowej. Tymczasem na łamach „Rynku Zdrowia” minister Zbigniew Religa wątpi w „gorący maj”, bo jak mówi „nie wierzę, aby po ostatnich podwyżkach lekarze przystąpili do masowych strajków”. A więc jaki będzie ten maj?*

– Ubiegłoroczne podwyżki nie są satysfakcjonujące, choć przyznaję – pierwszy raz w ciągu ostatnich 10 lat – wyraźnie widoczne. Nas jednak interesują płace na konkretnych poziomach: specjalista trzykrotna średnia krajowa, lekarz bez specjalizacji – 2 średnie krajowe.

Nie mówimy, że chcemy zarabiać tak jak lekarze w Niemczech, Anglii, Francji, Irlandii. Chcemy tylko, by nasze płace były proporcjonalne do średniej krajowej, tak jak jest na Zachodzie.

Nastroje wśród lekarzy na pewno nie są dobre i myślę, że można mówić o 400 strajkujących szpitalach. Na pewno będzie ich najwięcej w regionach, gdzie już strajkowano, a płace cały czas nie są takie, jakie powinny być. Szczególnie na południu, gdzie wśród lekarzy widać bardzo dużą frustrację.





Rzecznik prasowy NRL

Naczelna Rada Lekarska – 21 XII 2006

NRL opiniowała poselski **projekt ustawy o prawach pacjenta**. Stwierdzono, że przedstawiony projekt w jego znacznej części powiela już istniejące prawo określone w obowiązujących ustawach. Proponowane przepisy zawarte w takiej formie ustawy wcale nie zapewnią pacjentom lepszej znajomości przysługujących im praw, a mogą ludzi nadziejami na posiadanie pewnych trudnych do zrealizowania przywilejów. Projekt w proponowanej treści i formie jest nie do przyjęcia.

NRL opiniowała projekt ustawy o zmianie **ustawy o zakładach opieki zdrowotnej** autorstwa MZ. Przyjęto z aprobatą projekt dostosowania przepisów o czasie pracy, w szczególności lekarzy i lekarzy dentystów do Dyrektywy 2003/88/WE Parlamentu Europejskiego i Rady oraz wykładni Europejskiego Trybunału Sprawiedliwości zgłaszając jednocześnie kilka istotnych uwag (patrz Biuletyn Informacyjny NRL).

NRL opiniowała **projekt ustawy o sieci szpitali** autorstwa Ministerstwa Zdrowia. Zgodzono się z główną tezą zawartą w uzasadnieniu projektu, iż obecna struktura szpitalnictwa w zakresie rozmieszczenia placówek szpitalnych nie do końca odpowiada potrzebom zdrowotnym obywateli. Zamiar podjęcia działań naprawczych jest zatem godny poparcia. Jednak sposób realizacji tego zamiaru – zaprezentowany w nadesłanym projekcie ustawy – uznać należy za niewłaściwy. Wykazano brak przeprowadzenia dogłębnych analiz aktualnej sytuacji, co skutkuje wysokim poziomem ogólności proponowanych przepisów. Bardzo poważne wątpliwości budzą przedstawione w uzasadnieniu kalkulacje kosztów. Według ocen ekspertów koszty te, zwłaszcza w okresie wdrażania ustawy, będą znacznie wyższe niż przedstawiono w szacunkach dołączonych do projektu. Poważnym niedostatkim projektu jest praktyczny brak konkretnych (zwłaszcza w zakresie kryteriów oceny szpitali) czyniących z niego praktycznie zbiór wstępnych założeń regulacji. Zdaniem NRL należy wstrzymać dalsze prace nad projektem, podjąć w koniecznym zakresie gruntowne prace analityczne i opracować założenia ustawy. Projekt ustawy o sieci szpitali powinien stanowić kolejny etap tego procesu.

NRL przyjęła przygotowany w samorządzie projekt ustawy o zmianie **ustawy o izbach lekarskich**. Zdaniem Rady, obowiązujący katalog kar dla lekarzy i lekarzy dentystów, którymi mogą być oni ukarani przez sąd lekarski, jest niewystarczający. Obecnie są to albo kary honorowe, czyli upomnienie lub nagana, albo bardzo restrykcyjne dla lekarza, bo czasowe lub dożywotnie pozbawienie prawa wykonywania zawodu. Projekt nowelizacji przewiduje rozszerzenie form karania lekarzy o karę pieniężną (od jednokrotnego do dziesięciokrotności minimalnego miesięcznego wynagrodzenia za pracę), zakaz pełnienia funkcji kierowniczych w placówkach ochrony zdrowia na okres od 1 do 5 lat oraz czasowe zawieszenie prawa wykonywania przez lekarza określonych czynności medycznych. Zaproponowane zmiany dotyczą również tego, kto mógłby pełnić funkcję m.in. Naczelnego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej. Projekt nowelizacji przewiduje, że funkcję tę mogliby wykonywać lekarze, którzy pracują nieprzerwanie w zawodzie co najmniej od 10 lat (obecnie nie ma takiego wymogu).

Proponowane zmiany dotyczą także trybu postępowania przed sądami lekarskimi. Osoba pozywająca miałaby być bardziej stroną procesu, a nie jedynie świadkiem. Mogłaby uczestniczyć w całym przebiegu procesu, zadawać pytania, powoływać swojego pełnomocnika itp. W proponowanych zmianach chodzi o większą transparentność postępowania całego przewodu sądowego.

Na początku 2007 r. projekt został przesłany do Ministerstwa Zdrowia. 16 stycznia został przedstawiony na posiedzeniu Kierownictwa Resortu i skierowany do dalszych prac.

Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej – 12 I 2007

Prezydium NRL odniosło się do projektów rozporządzeń ministra zdrowia w sprawie listy leków refundowanych. Dostrzeżono, że nadal w wykazach jest zbyt mało leków innowacyjnych, co oznacza niedostatek możliwości dostępu do nowoczesnego leczenia. Ponadto zauważono, że nie rozwiązano pozytywnie dla pacjentów leczenia schizofrenii. Pozostała kategoria „schizofrenii opornej na leczenie”, co oznacza, iż w dalszym ciągu będzie podejmowane niekorzystne dla chorych leczenie „starymi” lekami i dopiero stwierdzona „oporność na leczenie” może skutkować ordynowaniem nowoczesnych leków. Zapisy te nie zostały zmienione, mimo jednoznaczne stanowiska całego środowiska lekarzy psychiatrów.

Wydelegowano:

Dr. Kazimierza Bryndala – członka NRL – na spotkanie grupy roboczej ERO-FDI „Liberal Dental Practice in Europe”, które odbędzie się w Monachium 10.02.2007 r.

Dr Annę Lellę – członka Prezydium NRL – na spotkanie grupy roboczej ERO-FDI „Parity”, które odbędzie się w Monachium 9.02.2007 r.

Dr. hab. Marka Bolanowskiego oraz **dr. hab. Tomasza Bednarczuka** z Polskiego Towarzystwa Endokrynologicznego ustanowiono przedstawicielami NRL w Sekcji Endokrynologii Europejskiej Unii Lekarzy Specjalistów.

Z kalendarza Prezesa NIL

Odbyło się spotkanie z **prof. Józefem Oleńskim**, prezesem GUS na temat **zorganizowania systemu monitoringu demografii lekarzy i lekarzy dentystów**.

Wysłano list do **J. Herniga**, dyr. Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia – informacja, że **NIL rozpoczęła prace nad wieloaspektowym systemem monitorowania kadry lekarskiej** w Polsce na podstawie danych gromadzonych w Centralnym Rejestrze Lekarzy i Lekarzy Dentystów.

Wysłano list do **Z. Gilowskiej**, ministra finansów – dot. nowelizacji ustawy o podatku dochodowym od osób fizycznych. Proszono o wyjaśnienie **kwestii zatrudniania lekarzy na kontraktach** i określenia w związku z tym stawek podatkowych. Odpowiedź Ministerstwa Zdrowia oraz Ministerstwa Finansów w tym względzie dostępna jest na stronie internetowej NIL.

Wysłano list do **M. Bajer**, przewodniczącej Rady Etyki Mediów z prośbą o zajęcie przez Radę Etyki Mediów stanowiska w sprawie **artykułu prasowego pt. „Terrorysty”** opublikowanego w dzienniku „Fakt”.

Wysłano list do **L. Kaczyńskiego**, prezydenta RP z prośbą o wsparcie na forum międzynarodowym w sprawie oczyszczenia oskarżonych osób (lekarza i pielęgniarzek) z zarzutu o świadome **zakażenie wirusem HIV małych Libijczyków**.

Tomasz Korkosz
tel. 0602-218-710, 022-559-13-27
faks 022-559-13-26
e-mail: t.korkosz@hipokrates.org

Wolność zawodowa

Fundament lekarzy dentyków

Gabriele Prchala

Wolność zawodowa i samorząd są filarami zawodu lekarza stomatologa. Niemiecki zjazd lekarzy dentyków w Erfurcie w listopadzie ub.r. ostro bronił tego fundamentu przed dyrygowaniem służbą zdrowia przez państwo.

Zagrozenie polegające na tworzeniu medycyny państwowej przejawia się wyraźnie w zarysach reformy. Lekarze stomatolodzy przeciwstawiają się temu przedstawiając dobre argumenty za swoim wolnym zawodem.

Prezydent Federalnej Izby Lekarzy Stomatologów Jürgen Weitkamp wskazał dumnie na wyniki nowego studium higieny jamy ustnej DMS IV. Badanie wykazało ogromne zadowolenie pacjentów ze swoich lekarzy stomatologów. „To piękny dowód na to, że pacjenci nam ufają, polityka niestety nie, w przeciwnym razie nie interweniowałaby tak zdecydowanie w nasze usługi” – mówił Weitkamp. Klaus-Theo Schröder, sekretarz stanu w Federalnym Ministerstwie Zdrowia wygłosił pod adresem lekarzy dentyków wielką pochwałę: Studium DMS IV poświadcza, że Niemcy osiągnęły najwyższe wyniki w odniesieniu do profilaktyki szczególnie u dzieci i młodzieży. To można z dumą propagować na zewnątrz. Schröder zachęcał lekarzy dentyków, by nie ustawali w swoich staraniach. Zdaniem Schrödera, wysoki poziom opieki dentystrycznej pozostanie również zachowany w przyszłości.

Przekonywające argumenty przeciwko polityce reformatorskiej koalicji znalazł adwokat Heinz Lanfermann, poseł do Bundestagu, przewodniczący frakcji FDP w komisji zdrowia Bundestagu. Jego zdaniem nie uchodzi, by reforma zaczynała się znaczącym podwyższeniem składki. Skryty-

kował i zażądał, by stworzyć rezerwy na przyszłość. Fundusz zdrowia określił jako „biurokratyczne monstrum” i podkreślił, że powstał opór przeciw reformie „w poprzek szeregów”, poczynając od członków koalicji, aż po poszczególne grupy zawodowe. Lanfermann skrytykował zarówno przewidziany zjednoczony związek kas chorych, jak i nadrzędność urzędową Komisji Wspólnej Bundestagu, a przede wszystkim planowaną taryfę bazową w PKV. Kwintesencją jego wywodów: „Czuć tu medycynę państwową”.

Gotowi do dialogu

Niemieccy lekarze dentyści obawiają się, że przez reformę dojdzie do ujednoliconego ubezpieczenia. Celem jest, by utorować drogę medycynie państwowej. „Nie może być tu mowy o różnorodności i wzmocnieniu konkurencji. Samorząd stałby się marionetką w rękach ministerstwa, koniec wolności zawodowej jest już z góry zaprogramowany. Wiąże się z tym również wprowadzenie nowych form wykonywania zawodu przez sieci praktyk i modele franszyzowe, które zakładają pęta na kolegów: „Widzimy przecież wszędzie, w jakim kierunku jedziemy. Potrzebujemy drugiego poziomu honorariów, a nie spłaszczonych taryf” – argumentowali.

W centrum działalności stomatologicznej stoi pacjent. Lekarze stomatolodzy jako grupa podjęli – świadomości tej odpowiedzialności – na własną rękę cały szereg przedsięwzięć, by

wzmocnić prawa pacjentów. Do tego należy na przykład zarządzanie jakością, jak i model dwóch opinii. Wyniki Studium DMS IV pokazały, że w przyszłości w sferze parodontologii czekają lekarzy dentyków nowe wyzwania. Również i tu będą się odpowiednio angażować, a mianowicie bez wpływu polityki w ramach swojej grupy zawodowej: „Polityka powinna pozwolić nam działać. Pokazaliśmy już, czego jesteśmy w stanie sami dokonać. Jest to przecież możliwe!”

Określenie pozycji

Określenia pozycji dentystryki w stosunku do medycyny z punktu widzenia nauki dokonał prezydent Niemieckiego Towarzystwa Medycyny Zębów, Jamy Ustnej i Szczękowej (DGZMK) prof. dr h.c. Georg Meyer. Podczas gdy stomatologia w międzyczasie uwzględnia w sposób naturalny nowe odkrycia medyczne, to w medycynie wcale tak nie jest. I tak np. zniknęły całkowicie ze studium medycyny wykłady o dentystryce po nowelizacji regulaminu uzyskiwania uprawnień zawodowych dla lekarzy. Zdumiewa to tym bardziej, że właśnie w ostatnim okresie udowodniono ewidentne sprzężenia pomiędzy zmianami w błonach śluzowych ust a chorobami wewnętrznymi. Meyer podkreślał, że na bazie tych stwierdzeń musi nastąpić radykalna zmiana sposobu myślenia w ramach dotychczas wykonywanej praktyki: „Włączenie kompetencji dentystrycznej do diagnostyki in-

terdyscyplinarnej i terapii jest właściwie obowiązkowe! Z tym związane jest również celowe uświadamianie: „Powszechna i medyczna opinia publiczna, muszą wiedzieć więcej o lekarzu w lekarzu stomatologu” – przekonywał profesor.

Niezależność

„W tej reformie zdrowia tkwi zbyt wiele NRD!”, podkreślił prezydent BZÄK Weitkamp. „Powstaje tylko pytanie, czy wolne zawody to wszystko przeżyją”. Podkreślił on szczególnie rolę przedstawiciela wolnego zawodu: jasna specjalistyczna niezależność, szczególnie stosunek zaufania do pacjenta i daleko idąca, podbudowana przepisami zawodowymi samokontrola należą również do tego zakresu. Branza zawodowa ma pełne ręce roboty, by tę rolę w stosunku do polityki uwypuklić, gdyż „tylko w ramach wolnego zawodu możemy leczyć naszych pacjentów tak, jak to odpowiada naszej zawodowej i osobistej odpowiedzialności. Nasi pacjenci akceptują to codziennie, nasz rząd nie!” – Weitkamp krytykował, że w projekcie ustawy napisanej przez koalicję samorząd jest coraz bardziej upaństwowiany.

Państwo nie ma czego szukać w stosunku lekarz-pacjent, miesza się jednak coraz bardziej w to i ogranicza warunki wykonywania wolnego zawodu. Prezydent skrytykował stałe uspołecznianie wykonywania zawodu lekarza dentystry. „Prawo społeczne stało się dla ustawodawcy uniwersalną bronią, którą wywija bez zwracania uwagi na federalny porządek kompetencyjny państwa, prawa podstawowe, prawa zawodowe i postanowienia Unii Europejskiej”.

„Naszym zadaniem jest zachowanie wolności zawodowej naszej branży bez żadnych wyjątków, właśnie w takich niesprzyjających czasach. Nie powinniśmy kroczyć pozornie wygodną drogą dopasowania się. Czerpmy naszą wolnozawodową siłę z naszej roli jako lekarzy! Jesteśmy to winni naszym pacjentom” – grzmiał Weitkamp.

opr. Kazimierz Brynda

„Zahnärztliche Mitteilungen“ (24) z 16 grudnia 2006 r.



fot. Marek Stankiewicz

Zdrowie 2006

Anna Lella

Zasada: Zdrowie na Wszystkich Szczeblach (HIAP)

Miniony, 2006 r., upłynął w pracach UE jako okres, w którym priorytetowe miały być kwestie dotyczące zagadnień zdrowotnych. Zarówno Austria, która przewodniczyła w UE w pierwszej połowie 2006, jak i Finlandia, która przejęła przewodnictwo w drugiej połowie 2006, opublikowały wspólne kre- do w tej sprawie.

Państwa te skoncentrowały się na ustaleniu harmonogramu działań społecznych w zakresie ochrony zdrowia i konsumenta na lata 2007-2013.

Plan ten koncentruje się na:

- ochronie obywateli przed zagrożeniami zdrowia,
- promowaniu polityki prowadzącej do zdrowego trybu życia,
- wkładzie w zredukowanie pojawienia się groźnych chorób,
- poprawie wydajności i skuteczności systemów zdrowotnych.

Konkurencja w służbie zdrowia

Organizacja Współpracy Gospodarczej i Rozwoju (OECD) sporządziła obszerny dokument zatytułowany „Wspieranie konkurencji w służbie zdrowia”. Dokument opublikowany w grudniu 2005 r. zawiera podsumowanie rozmów, którym przewodniczyła OECD w 2004 r., jak i pisemne oświadczenia z krajów członkowskich we wspieraniu konkurencji w służbie zdrowia w ich krajach. Istnieje wiele odniesień dotyczących środowiska lekarskiego, zawodów pomocniczych, praw do reklamy oraz stałych opłat za usługi. Pomimo że dokument nie ma bezpośredniego wpływu na środowisko medyczne sugeruje kierunek, który obierze debata na temat konkurencji w UE, ponieważ Komisja często opiera swoją pracę na raportach OECD.

Wstępny raport Parlamentu dotyczący konkurencyjności w usługach

Parlament Europejski sporządza raport w odpowiedzi na porozumienie Komisji w sprawie konkurencji w zawodach świadczących usługi (COM(2005)405), w którym przygląda się regulacjom mogącym ograniczyć konkurencyjność. Sprawozdawca Parlamentu, Jan Chrystian Ekler MEP (EPP-ED, Niemcy), zachęca wykonujących wolne zawody oraz kraje członkowskie do włączenia się w pracę nad reformą, podkreślając jak ważną rolę odgrywają przedstawiciele tych zawodów w osiągnięciu celów dotyczących wzrostu gospodarczego oraz tworzeniu miejsc pracy. Opowiadając się za tradycją samoregulacji w zawodach, która funkcjonuje w wielu krajach członkowskich oraz uznając za konieczne pewne regulacje J.Ch Ekler podkreśla, iż niektóre przepisy, poza tymi, które dotyczą reklamy, są bezpodstawne i powinny mieć zastosowanie w szczególnych okolicznościach.

Pomimo że pierwotne porozumienie Komisji, jak i wstępny raport Parlamentu, nie dotyczą w szczególności profesji lekarzy, to wiele argumentów opowiadających się za wzrostem konkurencyjności może mieć także zastosowanie w zawodach medycznych. Raport Parlamentu nie będzie prawnie wiążący, niemniej jednak będzie dokumentem odsyłającym.

A.L.

Austria i Finlandia zajmowały się także przeglądem Dyrektywy dot. sprzętu medycznego oraz podkreślały zamierzenie integracji zagadnienia zdrowia we wszystkich programach na poziomie Rady.

W liście do ministrów zdrowia krajów Unii Liisa Hyssälä, minister zdrowia Finlandii, podkreśliła istotę zdrowia, jednego z głównych czynników mających wpływ na wzrost ekonomiczny w Europie. W ogłoszonej przez nią konferencji skoncentrowano się na przekazie, że polityka zdrowotna tylko w niewielkim stopniu ma być zdeterminowana przez usługi zdrowotne, a głównie poprzez te programy, które nie są powiązane z usługami zdrowotnymi, m.in. w dziedzinach zatrudnienia i polityki społecznej. Opisano to szczegółowo w broszurze wydanej przez Finów. Zdecydowano o kontynuacji kampanii „*alcohol strategy*”, a także pracy nad zielonym dokumentem dotyczącym zdro-

wia psychicznego oraz diety i aktywności fizycznej. Główne unijne propozycje legislacyjne mają dotyczyć koordynacji systemów opieki społecznej oraz korekty ustaw dotyczących sprzętu medycznego.

Europejski projekt informacyjny dotyczący zdrowia

W lutym, z inicjatywy europejskiego komisarza ds. zdrowia Markos Kyprianou, rozpoczęto prace nad multimedialną koncepcją stworzenia sieci publicznych nadawców i innych mediów, włączając w to telewizyjne programy dokumentalne, audycje radiowe, a także artykuły prasowe i internetowe dotyczące zdrowia.

Od 10 maja 2006 działa „*Health EU Portal*”. Powstał, aby służyć jako brama dostępu do istotnych i w prosty sposób przedstawianych informacji; obejmuje ok. 50 zagadnień poczynając od zdrowia niemowląt przez bioterroryzm, choroby zakaźne, a skończywszy na ubezpieczeniu zdrowotnym. Portal jest skierowany do obywateli UE, pacjentów, pracowników służby zdrowia oraz naukowców. Zawiera linki do 40000 wiarygodnych źródeł i jest dostępny w 20 językach.

Wersja pl:

http://ec.europa.eu/health-eu/index_pl.htm

Komisja Europejska opracowała też Białą Księgę dotyczącą polityki komunikacji europejskiej, która ma na celu zbudowanie pomostu między obywatelami UE. Wiceprzewodnicząca Komisji, Margot Wallstrom, podkreśliła, że „Komunikacja jest pierwszym i najistotniejszym elementem demokracji. Ludzie mają prawo wiedzieć czym jest Unia Europejska. Mają prawo do pełnego uczestnictwa w projekcie europejskim”.

Przez cały 2006 r. trwała debata nad dyrektywą o usługach na Rynku Wewnętrznym

Parlament Europejski wykluczył z zakresu usług objętych dyrektywą wszystkie usługi medyczne bez względu na to czy są świadczone przez punk-

ty medyczne, czy nie oraz bez względu na sposoby w jakich są organizowane i finansowane na poziomie krajowym oraz czy są publiczne czy prywatne (Poprawka 78). Głosowanie miało miejsce 16 lutego w Strasburgu. Dalsze poprawki i aktualizację opublikowano 4 kwietnia.

Rada Unii Europejskiej opracowała wspólne stanowisko dotyczące projektu Dyrektywy o Usługach zakończone pierwszym czytaniem nad proponowaną ustawą. W kwestii usług zdrowotnych nie ma zmiany w zakresie ich wykluczenia w sugerowanej przez Komisję poprawce z kwietnia: artykuł 2(f) wyłącza całą opiekę. Punkt 22 wyjaśnia, że w skład opieki zdrowotnej wchodzi usługi wykonywane przez wykwalifikowany personel medyczny, którego zadaniem jest określić, zachować bądź przywrócić stan zdrowia pacjentów. Komisja Europejska wydała deklarację będącą poparciem dla wspólnego stanowiska; została ona przekazana do Parlamentu Europejskiego celem podania do drugiego czytania.

Osobna inicjatywa dla usług zdrowotnych na rynku wewnętrznym

W świetle wyłączenia przez Parlament Europejski usług medycznych (publicznych i prywatnych) z zakresu Dyrektywy o Usługach, Komisja poczyniła plan zajęcia się zagadnieniem usług medycznych w odrębnej dyrektywie.

Na tym etapie wciąż nie wiadomo co będzie zawarte w wersji końcowej dyrektywy, wiadomo jednak, że z pewnością zawierać będzie punkt dotyczący zwrotów kosztów leczenia za granicą. Komisja chciała wcześniej, aby zawarto to w Dyrektywie Usługowej (art. 23).

Przekaz Komisji dotyczący usług socjalnych i zdrowotnych został ogłoszony ponad 2 lata temu na *White Paper on services of general interest* (str.17). Komisja nie chciała jednak tego publikować zanim Parlament nie podjął decyzji czy umieścić usługi medyczne w Dyrektywie o Usługach, czy nie. Głosowanie 16 lutego przyczyniło się do opublikowania tego przekazu.

Pierwotnie zamierzano ogłosić plany sterujące rynkami wewnętrznymi w zakresie usług zdrowotnych na zasadzie współpracy usług zdrowotnych i socjalnych. Odstąpiono od tego projektu z powodu braku spójnego stanowiska w tym zakresie.

Komisja już wtedy jasno określiła swoje oczekiwania dotyczące usług zdrowotnych. Przede wszystkim nosi się z zamiarem rozwoju sieci bezpiecznych i skutecznych usług na wysokim poziomie będącym wynikiem współpracy państw członkowskich oraz zagwarantowaniem, że prawa unijne znajdują odzwierciedlenie w usługach i opiece medycznej na terenie Unii.

W celu opracowania koncepcji przez Komisję, ministrowie zdrowia 25 krajów członkowskich wydali w czerwcu 2006 r. oświadczenie o wspólnych wartościach i zasadach dla unijnych systemów zdrowotnych. Należą do nich: uniwersalność, dostęp do opieki dobrej jakości, sprawiedliwość i solidarność oraz zasada równości, bezpieczeństwa, opieki opartej na dowodach, współpracy ze strony pacjenta, prawnego zadośćuczynienia oraz prawa do prywatności i poufności.

Jednakże w obrębie Unii owe zasady mogą mieć różniące się od siebie zastosowanie w praktyce. W niektórych krajach w systemach zdrowotnych wykorzystuje się mechanizmy rynkowe oraz presję wynikającą z konkurencyjności, w innych odmienne mechanizmy odpowiadające ich systemom.

Komisja Europejska ogłosiła publiczną konsultację w sprawie działań dotyczących usług zdrowotnych, których celem ma być zapewnienie pewności prawnej w zakresie transgranicznej opieki zdrowotnej zgodnie z prawem UE oraz wsparcie współpracy pomiędzy systemami opieki zdrowotnej państw członkowskich.

Publiczne konsultacje zainicjowane przez Komisję Europejską wyznaczono na dni 26.09.2006-31.01.2007.

NIL wyraziła swoją opinię, także poprzez CED i CPME.

Efektom może być akt prawny UE (dyrektywa) lub inne działania, które w istotny sposób wpływać będą na zasady udzielania świadczeń pacjentom z innych państw. Publikacja ta jest opracowywana przez Dyktariat Generalny odpowiedzialny za sprawy zdrowia we współpracy z Dyktariatem do spraw rynku wewnętrznego, zatrudnienia i spraw socjalnych.

Parlament Europejski przygotowuje też dwa dokumenty odnoszące się do opieki medycznej w UE. Jednym z nich jest raport o wpływie i konsekwencjach wykluczenia usług zdrowotnych z Dyrektywy o Usługach, drugi to rezolucja odnosząca się do trwającej konsultacji publicznej.

EP-Report przygotowany i omówiony przez IMCO 19 grudnia 2006 opublikowano w Dzienniku Urzędowym Unii Europejskiej – sprawozdanie dotyczące „Stanu rynku wewnętrznego usług” (Vol. 49,27 Dec. 06). Sporządzono w nim wykaz barier uniemożliwiających lub spowalniających rozwój usług między państwami członkowskimi.

IMCO skupiło się na wyjaśnieniu problemów napotykanym przez pacjentów w zakresie przepisów regulujących udzielanie świadczeń zdrowotnych ponad granicami państw członkowskich i problemach ruchu zawodowego lekarzy. A także na pytaniach jak poprawić przepływ i dostępność informacji zarówno dla pacjentów, jak i dla profesjonalistów oraz kwestie odpowiedzialności zawodowej.

W tym samym czasie, gdy IMCO pracuje nad wspomnianym powyżej raportem, ENVI przygotowuje drugi dokument. Dyskusję członków grupy ENVI zaplanowano na 22 stycznia 2007 r.

Planuje się, że oba dokumenty będą adoptowane przez Parlament około kwietnia 2007 r.

Gościowy Apel Polskiego Towarzystwa Lekarskiego

Do Pt Koleżanek i Kolegów

1% Twojego podatku na rzecz Polskiego Towarzystwa Lekarskiego to tak niewiele. Ale to bardzo dużo dla PTL – Organizacji Pożytku Publicznego (KRS 0000135837).

Dwa wieki pięknych kart historii polskich towarzystw lekarskich tworzyli tak wielcy poprzednicy jak Jędrzej Śniadecki, Tytus Chałubiński, Wiktor Szokalski, Ludwik Rydygier, Rafał Czerniakowski, Janusz Korczak, Henryk Jordan czy Władysław Biegański. Pomoże nam wcielić w życie ich zamierzenia. Pozyskane środki przeznaczymy na realizację celów statutowych związanych ze szkoleniem w zakresie promocji i ochrony zdrowia oraz szerzenia zasad etyki lekarskiej.

Oto nasze konto,
które jest także Twoim kontem:
74 1160 2202 0000 0000 7623 1675
Bądźcie solidarni, pomóżcie nam.

Zarząd Główny
Polskiego Towarzystwa Lekarskiego

Płacić czy płakać?



foto: Marek Stankiewicz

Krystyna Knypl

Z mocy Ustawy o zawodzie lekarza przynależymy do izb lekarskich i płacimy obowiązkowe składki. Przemiany, jakich doznaje nasz kraj po wejściu do Unii Europejskiej spowodowały, że naszym chlebodawcą niekoniecznie musi być Wielki Pan Ordynator, lecz może nim być Całkiem Malutki Szpitalik w Niemczech czy Irlandii. Możemy tak naprawdę pracować wszędzie. Składki też możemy płacić wszędzie. Czy nasi reprezentanci w strukturach izbowych mają tego świadomość? Nie jestem pewna.

Przykład osobisty

Z natury rzeczy jestem legalistką – jeżeli zobowiązana prawem muszę należeć do izby lekarskiej, to uważam, że powinnam płacić składki zgodnie z przepisami i czynię to skrupulatnie. Z lektury miesięcznika „Puls” dowiedziałam się, że aby ułatwić zadanie identyfikacji kto płaci składki, utworzone zostaną indywidualne konta bankowe charakteryzujące się tym, że ostatnie cyfry będą identyczne z naszym numerem prawa wykonywania zawodu. Na końcu notatki umieszczono wiadomość, że numer konta dla mojej wygodny jest umieszczony na nalepce adresowej koperty, w którą zwykle spowity jest „Puls”. W momencie lektury nalepka adresowa starannie pocięta spoczywała w koszu niszcarki – uległam bowiem czarowi reklamy wykonanej swego czasu przez ministra sprawiedliwości na oczach milionów telewizorów i nabyłam to biurowe urządzenie na prywatny użytek.

Pomyślałam, że z pewnością wszelkie dane będą na stronach internetowych OIL w Warszawie i kliknęłam na stosowny adres. Aktualności wydały mi się najwłaściwszym miejscem do znalezienia wiadomości o zmianach numeru konta do opłacania składek. Oczom moim ukazał się serwis informacyjny będący *de facto* kroniką obowiązków reprezentacyjnych wykonywanych przez kolegów funkcyjnych. O nowych numerach kont ani śladu. Można by się i płakać nad utracą danymi, ale niezrażona buszowałam dalej po zakładkach. Jedynie co znalazłam, to możliwość kontaktu przez pocztę elektroniczną. Ochoczo podzieliłam się pomysłem propagowania nowego numeru konta przez strony internetowe i opisałam moją niezamierzoną przygodę z nalepką.

Władza samorządowa nie kazała mi długo czekać – rychło dowiedziałam się od kolegi Włodzimierza Cerańskiego, dyrek-

tora biura OIL w Warszawie, że należę podobno do mniejszości, mam bowiem dostęp do Internetu. Nad mniejszością moja izbowa zwierzchność skupiać swej cennej uwagi nie będzie. Dlaczego? Prawdopodobnie dlatego, że w demokracji o wszystkim decyduje większość. Mniejszość jest od milczenia, potakiwania i płacenia. Jestem być może mniejszością, ale nietypową – wprawdzie obowiązki finansowe reguluję terminowo, ale nie milczę trwożliwie i nie potakuję bez potrzeby.

Kolega dyrektor biura nie uważał za stosowne podać po prostu w mailu numeru mojego konta, lecz postawił mnie do *kąta* wraz z moimi pomysłami ułatwienia wpłat.

Należało mi się! Mam szkaradne maniery – bezmyślnie niszcę nalepki, miał je przechowywać, archiwizować, a takie, na których zwierzchność samorządowa wydrukowała wiadomość – oprawiać w ramki.

Jeżeli naprawdę ma ulec poprawie sytuacja ze składkami, nie można ludziom robić toru przeszkód.

Szkościć, jak to łatwo powiedzieć

Inny urzędowo nakazany obowiązek połączony z wydatkowaniem pieniędzy to szkolenie podyplomowe. Znakomita większość kolegów uczestniczy w konferencjach, nie szczędząc czasu i pieniędzy. Czy wychodzą z tych spotkań mądrzejsi, a zdobyta wiedza procentuje w trafnych diagnozach i ordynacjach? Tego nie wie nikt. Choć procedura uzyskania akredytacji firmy organizującej szkolenia jest dość żmudna i wymaga dostarczenia wielu dokumentów, to mam wrażenie, że ocena jest specyficznie powierzchowna, skupia się bowiem głównie na zagadnieniach formalnych, a nie opinii i potrzebach słuchaczy.

Tytuły wykładowców i szacowne towarzystwa naukowe niejako z klucza

mają zapewniać wysoką jakość i zadowolenie słuchaczy. A tak nie jest! Problem ten próbowali poruszyć czytelnicy wspomnianego miesięcznika „Puls”. Mam wrażenie, że w żwawo już kręcącym się polskim biznesie edukacyjnym najważniejsze jest samozadowolenie wykładowców i organizatorów. Bywam dość często na konferencjach, ale jeszcze nie udało mi się trafić na taką, po której zapytano by mnie we wnikliwej ankiecie, co myślę o świeżo przekniętym kęsie wiedzy. Nie ukrywam, że danie to często jest niestrawne, po wielokroć odgrzewane i prawdę powiedziawszy należałoby je skreślić z jadłospisu potraw przeznaczonych do żywienia lekarskiego umysłu.

Zbyt często ci sami wykładowcy odgrzewają już po wielokroć wygłoszone wykłady, dosypują treści wczoraj złowionych w Internecie i z kamienną twarzą podają ciężko strawną potrawę umysłową na talerzu... *pardon...* na przeczach. To mało ważne, że słuchacz nie korzysta i się nudzi, bo słyszał pięć razy tę kompilację na wcześniejszych konferencjach. Liczy się coraz żwawiej kręcący się biznes.

Edukacja może być dobrym biznesem

Nikt rozsądny nie będzie twierdził, że edukacja podyplomowa powinna być działalnością charytatywną. Nie należy udawać, że da się ją zorganizować bez współuczestnictwa finansowego przemysłu farmaceutycznego – widzę taką współpracę pozytywnie i wierzę, że *grantodawca* nie wpływa na treść wykładu. Nie należy się łudzić, że wykład wygłoszony w siemiejnej sali wykładowej szpitala, przy którym nie można zaparkować samochodu, zgromadzi tłumy. Pozyskanie w środku dnia satysfakcjonującej liczby słuchaczy jest wyzwaniem, któremu trudno sprostać na-

wet laureatowi Nagrody Nobla – czego najlepszym dowodem była mocno pustawa sala podczas wykładu profesora Louisa Ignarro w Warszawie.

Idealnym rozwiązaniem wydaje się kształcenie w domu przez media. Szeroko reklamowana edukacja przez telewizję TVNMed miała być tego przykładem. Nie jestem w stanie moim Czytelnikom powiedzieć, co oferuje owa stacja. Mimo moich wielokrotnych próśb kierowanych mailowo i telefonicznie do stosownych jej struktur o bezpłatne wypożyczenie choćby na kilka dni dekodera, abym mogła jako dziennikarz medyczny zapoznać się z wykładami – zostałam odesłana z kwitkiem. Nie jestem specjalistą medycyny rodzinnej, więc bezpłatny dekod nie należy mi się. Mogę udać się do NIL, gdzie podobno jest do wglądu tajemniczy kanał edukacyjny.

Wizja godzinnej dojazdu do izby, poszukiwanie owego telewizora z dostępem do nieobcej mi skądinąd wiedzy o zasadach rozpoznawania zawału serca, zwracanie głowy komuś, aby pomógł mi skomplikowaną maszynę uruchomić – skutecznie mnie zniechęciła. Jeżeli koledzy, którzy próbowali przedrzeć się przez zasieki organizacyjne też poczułi się zniechęceni procedurami i cenami uzyskania dekodera, to na pociechę możemy powiedzieć, że chyba jest nas spora gromadka. Może będziemy atrakcyjną grupą dla innego organizatora szkolenia, lepszego i bardziej zainteresowanego zdaniem potencjalnych słuchaczy?

O ile nie udało mi się bez wychodzenia z domu poznać oferty edukacyjnej polskiej telewizji, to nie miałam najmniejszych problemów z uczestnictwem w szkoleniu podyplomowym oferowanym przez Internet lekarzom amerykańskim. Zalogowałam się bez ograniczeń i bezpłatnie, przeczytałam ciekawy artykuł, nie zawierający cienia aluzji do oferty terapeutycznej *grantodawcy*, odpowiedziałam na merytoryczne pytania kontrolne oraz oceniłam przydatność zdobytej wiedzy w mojej praktyce, po czym wydrukowałam dyplom i spis posiadanych punktów aprobowanych przez American Medical Association.

Jestem dumną posiadaczką 0,75 punktu edukacyjnego ważnego w USA. Przedstawiam stosowne dokumenty w formie ilustracji tego felietonu, niekoniecznie oczekując, że będą one zaliczone w poczet kolekcji jakże często kosztownych punktów krajowych.

Okazuje się, że lekarz amerykański może bez dodatkowych kosztów i udziwnień, nie wychodząc z domu czegoś fajnego się nauczyć. Jego polski kolega często musi przepłacać, nudzić się bez możliwości wyrażenia swojej opinii i pielgrzymować do stolicy, choć może wolałby inaczej spożytkować czas i pieniądze.

Jak zawsze czekam na listy – tym razem proponowane słowa kluczowe to „lekarze, Internet, edukacja podyplomowa”.

krystyna.knypl@compi.net.pl



Zagadka z numeru 1/2007 nie okazała się tak trudna, jak przypuszczałam i większość rozszyfrowała leki prawidłowo – były to **orungal**, **metronidazol** i **pimafucin**.

Niektórzy dodali komentarze na temat czytelnego wypisywania recept. **Dr Andrzej Marynowski** podzielił się szerszą refleksją i opisał swój sposób na recepty:

Od zawsze starałem się pisać recepty czytelnie (jestem lekarzem już ponad 40 lat), ale ponieważ wołałem czas poświęcać na myślenie, a nie na kaligrafię, zdecydowałem skomputeryzować swoją praktykę. Problem był w tym, że wówczas nie było jeszcze gotowych programów dla lekarzy, więc zamówiłem sobie według mojego pomysłu u programisty w zaprzyjaźnionym szpitalu. Obiecał napisać w 6 tygodni, z wdrożeniem do użytku za 4-6 miesięcy. Program ruszył rzeczywiście za 1/2 roku, ale ja nauczyłem się podstaw programowania i wspólnie przez 4 (!) lata go dopracowywaliśmy. Uważam, że na moje potrzeby jest doskonały, ale niestety już bardzo stary i nie z każdym systemem operacyjnym mogę na nim pracować (jak go uruchomiliśmy, to DOS był bardzo nowoczesny). Mam nadzieję, że do końca mojej praktyki wytrzyma.

Ale wracając do recept, to problemy moje zaczęły się od razu przy wystawianiu recept z komputera. Był to etap, kiedy firmy farmaceutyczne w ramach reklamy dawały lekarzom bloczki z wydrukowaną nazwą produkowanego przez nich leku – tylko do wpisania nazwiska. Ministerstwo wydało zarządzenie zabraniające realizacji recept drukowanych. Dla apteki moja była oczywiście drukowana. Musiałem osobiście na szczęblu dyrektora Departamentu Farmacji w MZ interweniować, aby wydano wyjaśnienie, że recepta z drukarki komputerowej to nie ten druk. Ale i tak po tym wyjaśnieniu niejednokrotnie interweniowałem w Nadzorze Farmaceutycznym w Warszawie, bo apteki odmawiały realizacji. No ale to na szczęście już historia. Myślę jednak, że wcześniej czy później problem nieczytelnych recept będzie rozwiązany na drodze elektronicznej, postęp techniczny jest jednak szybszy niż zmiany w mentalności.



Jak zawsze załączam kolejną receptę-łamiągłówkę i czekam na rozwiązania pod adresem: **krystyna.knypl@compi.net.pl**

Co do idei elektronicznego rozwiązania różnych kwestii w naszej praktyce, to zgadzam się oraz podziwiam pomysł wdrożenia programu do obsługi recept w skali indywidualnego gabinetu. Mój pomysł i wizja w skali makro są takie:

Każdy z nas ma lekkiego laptopa (są już takie co ważą 1,28 kg, a tyle już da się nosić w torbie lekarskiej) z wtopionym w kłapę i w część klawiaturową dużym naszym numerem PWZ oraz otwieranym na linie papilarne – zero korzyści dla złodzieja z takiego sprzętu i na kilometr byłoby widać, że ukradł go lekarzowi. Pacjent ma elektroniczne ID z chipem – dostęp do części chorobowej ma każdy lekarz, a aptekarz do części lekowej. Wpisujemy na kartę chipową zlecenie, które jest realizowane przy okienku po odczytaniu w komputerze aptecznym tego, co zlecieliśmy w gabinecie. Jeśli pacjent zgubi kartę ID lub zapomni przynieść ją na wizytę (widzę te masowe zagubienia...), przechodzi na taryfę pełnopłatną.

Koszt nabycia laptopa powinien być odliczony od podatku, a przy dużej liczbie zamówień taki sprzęt mógłby być znacząco tańszy. Jeszcze kwestia obsługi komputera – sporo Kolegów starszej generacji nie obsługuje komputerów, dlatego w szkoleniu podyplomowym powinno być obowiązkowe takie praktyczne i pożyteczne szkolenie. Nie uważam, że je-

dynie nowinki z międzynarodowych wytycznych idealnie spełniają formalne kryteria tego, co może być przedmiotem szkolenia. Nowinki mogą poczekać w kolejce... zwłaszcza że poważne badania wykazują znikomy ich wpływ na codzienną praktykę lekarską. Wszelka wiedza, którą możemy spożytkować w naszej lekarskiej pracy powinna znaleźć się w programie naszej podyplomowej edukacji, nie ma bowiem wiedzy lepszej i gorszej, lecz jest przydatna i nieprzydatna do codziennych wdrożeń. Wybierajmy tę przydatną.

Laureatką trzeciej edycji konkursu „Rozszyfruj receptę” zostaje **dr Małgorzata Cisowska**. Gratulujemy!

Granica normalności

fot. Marek Stankiewicz



Primum non nocere to pierwsze przykazanie w katechizmie każdego lekarza. Zasada ta powiada, że lekarz nie ma prawa zaszkodzić swym działaniem pacjentowi. Stare prawdy wynikające z wielowiekowych doświadczeń powinny znaleźć zastosowanie praktyczne nie tylko w kontaktach z chorym człowiekiem, lecz również stanowić credo w stosunkach międzyludzkich, w tym również w kontaktach między lekarzami. Że tak się jednak nie dzieje wiemy wszyscy, a podnoszoną przez media jedność lekarskiego klanu jako przykład złe rozumianej solidarności zawodowej można dziś śmiało włożyć między bajki.

Stosy niezasadnych skarg na rzekome błędy i zaniedbania lekarskie zalegające na biurkach rzeczników odpowiedzialności zawodowej i kolegów zajmujących się lekarską etyką inspirowane są bezsprzecznie przez innych lekarzy, którzy kierowani nie zawsze szlachetnymi pobudkami nie wahają się krytykować jakości pracy swoich kolegów. Czasami czytając skargę rozsierzonego pacjenta bądź częściej jego roszczeniowej rodziny na sposób leczenia czy niezgodny z jej oczekiwaniami przebieg procesu terapeutycznego mam wrażenie, że treść jej została podyktowana przez innego lekarza. Dlaczego tak się dzieje? Odpowiedzi należy szukać chyba w starej mądrości, że jak nie wiadomo, o co chodzi, to chodzi o pieniądze.

Rozmienianie na drobne swoich talentów i możliwości jest stare jak świat i jest zjawiskiem powszechnym, od czasu słynnego wynalazku Fenicjan. Dziwi to, że w czasach, kiedy słowo solidarność odmieniano przez wszystkie przypadki, kiedy jest takie olbrzymie zapotrzebowanie na zwykłe odruchy będące ucieleśnieniem tego słowa, mamy tyle przykładów właśnie braku solidarności, złe pojętej konkurencji czy wreszcie wrogości. Nawoływania kolegów do lekarskiej jedności i zjednoczenia środowiska wobec nadciągających z różnych stron czarnych chmur spotykają się najczęściej z obojętnością, a nawet ze wzruszeniem ramion. Rozczarowana końcem epoki część medyków, w której komunistyczni władcy publicznie twierdzili, że lekarzom nie należy płacić za pracę, bo i tak pacjenci ich wyżywią, często odczuwa głęboką niesprawiedliwość z powodu braku możliwości realizacji dotychczasowych przywilejów. Otworzyły się granice państw, będących jeszcze niedawno ziemią obiecaną, mitycznym Edenem, gdzie nikomu nie przychodzi do głowy szantażować lekarzy legendarnym Judymem, gdzie tzw. powołanie nie stanowi straszaka dla pragnących zarabiać godziwie wykształconych ludzi, gdzie w końcu nie ma miejsca na kupowanie sobie miejsc w szpitalu lub lepszej opieki kosztem innych, bo nie można sobie kupić ludzi wolnych, zadowolonych ze swej pracy i z jej wymiernych finansowych efektów.

Na pytanie czy masowe protesty lub strajki przyniosą finansowe efekty i radykalną zmianę materialnego statusu polskich lekarzy odpowiedzi twierdzącej dać nie można. Można za to określić granicę normalności. Osiągnie się ją wtedy, gdy do Polski masowo imigrować będą lekarze z Hiszpanii, Niemiec czy Anglii marząc, że osiągną w Polsce sukces, którego w ich rodzinnych stronach odmawiają im współobywatele.

Andrzej Ciołko

Lepsza jakość opieki zdrowotnej, większe bezpieczeństwo pacjentów

Zyjemy w czasach, w których dokonął się i nadal się dokonuje znaczący postęp w medycynie. Przełożenie tych odkryć na język praktyki klinicznej zależy od opanowania przez lekarzy wiedzy o tym, jak nowe techniki, metody leczenia i pojęcia medycyny klinicznej mogą poprawić jakość i bezpieczeństwo opieki medycznej. Od zarania medycyny lekarze byli świadomi znaczenia edukacji, uważając podnoszenie kwalifikacji za jedną z podstaw rozwoju umiejętności oraz etyki zawodowej.

fot. Marek Stankiewicz

Komentuje Konstanty Radziwiłł, prezes NRL



Problem ustawicznego rozwoju zawodowego (*Continuing Professional Development* – CPD) lekarzy jest jednym z podstawowych tematów większości międzynarodowych spotkań lekarzy i organizatorów ochrony zdrowia. Powszechnie dostrzega się związek CPD z jakością opieki nad pacjentami i bezpieczeństwem pacjentów w systemach ochrony zdrowia. Warto zauważyć, że CPD jest czymś więcej niż tradycyjnie pojmowane ustawiczne kształcenie zawodowe (*Continuing Medical Education* – CME) – polega bowiem nie tylko na utrzymywaniu i poprawianiu kompetencji medycznych i umiejętności klinicznych, ale także zdolności komunikacyjnych, pracy zespołowej oraz korzystania z wyników kontroli i badań naukowych. CPD musi być z jednej strony dostosowane do indywidualnych potrzeb lekarza, z drugiej jednak podlegać systemowej akredytacji i kontroli. I wreszcie: CPD to obowiązek zawodowy i etyczny każdego lekarza, ale także oczywisty interes społeczny. Organizatorzy systemu ochrony zdrowia są odpowiedzialni za stworzenie lekarzom warunków do realizowania tego obowiązku poprzez tworzenie/wspieranie instytucji edukacyjnych, ułatwianie dostępu lekarzy do technologii informacyjnych, zapewnianie im odpowiedniego czasu na CPD i wreszcie wspieranie finansowe wysiłków lekarzy w tym zakresie.

W nowym stuleciu – erze przyspieszonego tempa zmian, rosnącej złożoności, nieznanego wcześniej przyrostu ilości informacji i coraz wyższych oczekiwań społecznych – nieodzowne jest wspieranie kształcenia ustawicznego lekarzy od uczelni medycznej po emeryturę. Dzięki takiemu wsparciu, rozumiejąc podnoszenie kwalifikacji jako swój obowiązek, lekarze będą mogli w większym stopniu stosować w praktyce wiedzę wyniesioną z kształcenia, co przyczyni się do rozwoju ich kompetencji klinicznych i poprawy jakości opieki nad chorymi.

Ustawiczny rozwój zawodowy lekarzy prowadzi do poprawy nie tylko jakości opieki nad konkretnymi pacjentami, ale również do poprawy jakości systemów opieki zdrowotnej. Wynika to ze zwiększonej wiedzy lekarzy na temat konieczności usprawnienia pracy służby zdrowia oraz wiedzy, jak tego dokonać. Z racji łączenia obowiązków klinicznych i administracyjnych lekarze są najbardziej odpowiednimi osobami, które mogą wprowadzać innowacje poprawiające jakość, wydajność i efektywność opieki zdrowotnej.

Przedstawiane tu wytyczne odnoszą się przede wszystkim do rozwoju zawodowego lekarzy, jednak również dobrze znajdują zastosowanie w całym środowisku nowoczesnej opieki zdrowotnej łączącym różne działy medycyny i specjalności lekarskie, i mogą mieć zastosowanie również w odniesieniu do innych medycznych grup zawodowych.

1. Ustawiczny rozwój zawodowy (*Continuing Professional Development*, CPD) to całokształt środków edukacyjnych służących lekarzom do utrzymania i poszerzania kompetencji zawodowych i umiejętności klinicznych. Tak zdefiniowany ustawiczny rozwój zawodowy jest pojęciem szerszym niż ustawiczne kształcenie lekarzy, które zawiera się w pojęciu ustawicznego rozwoju zawodowego.

2. Etycznym i zawodowym obowiązkiem każdego lekarza jest zagwarantowanie, że opieka, jaką otacza pacjentów, nie naraża ich na niebezpieczeństwo i jest oparta na aktualnej wiedzy naukowej. Wypełnienie tej powinności jest możliwe tylko dzięki aktywnemu uczestnictwu każdego lekarza w procesie ustawicznego rozwoju zawodowego odpowiednio do specjalności i charakteru pracy.

3. Ostatecznym beneficjentem uczestnictwa lekarzy w ustawicznym rozwoju zawodowym są leczeni przez nich pacjenci, gdyż rozwój kwalifikacji prowadzi do poprawy jakości i bezpieczeństwa opieki medycznej. Korzystna dla pacjentów jest także większa dostępność medycznych materiałów edukacyjnych, z których dowiadują się więcej na temat chorób, na które cierpią, i ich leczenia. Tę wiedzę można poszerzyć jeszcze bardziej stwarzając lekarzom lepsze możliwości udziału w opracowywaniu takich materiałów informacyjnych i komunikacji z pacjentami.

4. Bez względu na charakter systemu opieki zdrowotnej, który może być finansowany ze składek opłacanych przez pracodawcę, bezpośrednich wpłat pacjentów lub z ubezpieczenia medycznego, należy zadbać o przeznaczenie odpowiednich środków w celu umożliwienia lekarzom uczestniczenia w ustawicznym rozwoju zawodowym. Proces ustawicznego rozwoju zawodowego wspierają takie czynniki, jak działania edukacyjne, dostęp do technologii informacyjnej, wygospodarowanie dla lekarzy czasu na udział w edukacji, propagowanie w środowisku lekarskim atmosfery sprzyjającej pogłębianiu wiedzy oraz odpowiednie środki finansowe i infrastruktura edukacyjna.

5. Uczenie się nie jest dla lekarzy niczym nowym, lecz każdy lekarz uczy się trochę inaczej. Te różnice należy wziąć pod uwagę umożliwiając lekarzom wykorzystanie naj-

piej im odpowiadających metod nauczania, określanych na podstawie analizy potrzeb edukacyjnych. Środowisko edukacyjne musi odzwierciedlać tę różnorodność potrzeb. Jednocześnie należy zachęcać lekarzy do poszukiwania nowych sposobów uczenia się i do optymalnego wykorzystania nowych rozwiązań technicznych, które wspomagają edukację w medycynie.

6. Każdy czynny lekarz musi pielegnować te aspekty ustawicznego rozwoju zawodowego, które są wspólne dla wszystkich specjalności medycznych, takie jak umiejętność komunikacji i pracy w zespole oraz umiejętność korzystania z wyników zewnętrznej oceny własnej pracy i osiągnięć nauki. Jednocześnie lekarze nie mogą zapominać o rozwijaniu tych „specjalistycznych” elementów kwalifikacji zawodowych, innych dla każdej specjalności i podspecjalności medycznej, które bezpośrednio odnoszą się do ich praktyki.

7. Szczególną uwagę należy poświęcić środowisku pracy lekarzy, które powinno sprzyjać „naucze przy pracy”. Dzięki temu lekarze będą mieli możliwość uczenia się poprzez kontakt z problemami bezpośrednio odnoszącymi się do praktyki klinicznej i refleksję na ich temat. Będąc ważnymi członkami zespołów opieki zdrowotnej lekarze powinni także być zachęceni do wykorzystywania możliwości uczenia w warunkach zespołu skupiającego przedstawicieli różnych specjalności i różnych zawodów medycznych, gdy jest to korzystne dla opieki nad pacjentem.

8. Lekarze powinni także brać udział w działaniach edukacyjnych poza miejscem pracy, takich jak uczenie się przez czytanie, zdobywanie wiedzy przez Internet, uczenie się w małych grupach i udział w konferencjach klinicystów. Takie działania rozwijają umiejętność uczenia się przez odniesienie do zewnętrznych standardów nauczania.

9. Należy stwarzać lekarzom okazje do uczenia się w sytuacji, gdy w pracy pojawiają się problemy. W takich okolicznościach do nauczania wykorzystuje się kontrole kliniczne, informacje zwrotne od pacjentów i innych lekarzy oraz systemy przekazywania informacji o zdarzeniach klinicznych/krytycznych, które w ten sposób przyczyniają się do kształtowania kultury podnoszenia jakości i stopnia bezpieczeństwa.

10. Lekarze powinni wracać do tego, czego się nauczyli, i zastanawiać się nad możliwościami zastosowania nabytej wiedzy w praktyce klinicznej. Każdy lekarz powinien regularnie dokonywać samooceny postępów w doskonaleniu zawodowym, najlepiej w dialogu z innymi lekarzami, i na tej podstawie określać, jakie zagadnienia wymagają wzmożonej pracy przed kolejną oceną. W tym celu lekarze powinni prowadzić rejestr podejmowanych działań z zakresu ustawicznego doskonalenia zawodowego. Najlepszym rozwiązaniem jest wpisywanie do rejestru osiągnięć edukacyjnych. Dzięki mechanizmowi wzajemnej krytycznej oceny (*peer review*) stopnia realizacji założonych celów doskonalenia zawodowego taki system, oprócz wspomaganie dobrej jakości procesu edukacyjnego, daje podstawy do kontrolowanej przez innych samoregulacji.

11. Gwarancją dla lekarzy, że działania z zakresu ustawicznego doskonalenia zawodowego, w jakich biorą udział, odpowiadają określonym wysokim standardom, jest istnienie systemu zapewnienia jakości przez akredytację zdarzeń i działań tworzących ofertę ustawicznego rozwoju zawodowego i weryfikację ich organizatorów/twórców. Choć takie systemy z reguły mają zasięg krajowy, zdarzenia o charakterze międzynarodowym mogą otrzymać akredytację European Accreditation Council for CME (EACCME).

12. Należy wprowadzić mechanizmy regulujące organizację działań pod oficjalnym szyldem ustawicznego rozwoju zawodowego. Należy zobowiązać organizatorów takich działań do przestrzegania zasad, określanych zazwyczaj na poziomie krajowym, służących całkowitej eliminacji przejawów nieobiektywności i dyskryminacji. Organizatorzy i prelegenci muszą jasno zadeklarować wszelkie potencjalne lub rzeczywiste konflikty interesów, a sposoby zdobywania funduszy na działania edukacyjne muszą być przejrzyste.

Stały Komitet Lekarzy Europejskich

Luksemburg, 14 grudnia 2006

opr. Mariusz Górnicz

Być zwykłym pacjentem

Maciej Skrzypczak

Moja Corolla spotkała się z TIR-em. To, co nastąpiło potem – dwie operacje i pobyt na kilku oddziałach – nasunęło mi pytania, na które może powinniśmy my, lekarze, poznać odpowiedź.

Czy człowiek po poważnym urazie ma szansę wyzdrowieć w naszych szpitalach tak szybko jak powinien ze względu na naturalny przebieg gojenia i procesów naprawczych, tak szybko jak przebiega proces gojenia po zabiegach operacyjnych? Na ile proces leczenia i rekonwalescencji przedłużają lekceważenie zasad, błędy, ignorancja, niechlujstwo i bezwładność naszej służby zdrowia? I kolejne pytanie: o ile mniejsze szanse na wyzdrowienie po urazie ma „zwykły człowiek”, bez kolegów, znajomych, którzy pomogą – nie w załatwieniu skomplikowanych procedur, ale w zwykłym przetrwaniu.

Złota godzina

Odliczanie złotej godziny rozpoczyna się w momencie zaistnienia urazu. Trwa ona, jak każda godzina, 60 minut, a to, co uda się w niej zmieścić ma istotne znaczenie dla późniejszego rokowania. Ile udało się zmieścić w mojej – nie wiem.

Nie pamiętam nic z okresu okołowypraskowego. Myślę, że ze względu na remonty dróg czas dojazdu karetki mógł wynosić do 30 minut i był niezależny od dobrej woli Pogotowia; podróż do szpitala też chyba nie była łatwa; i może to właśnie na tych podróżach minęła moja złota godzina?

Po przywiezieniu do szpitala zaczęła się dalsza część leczenia i diagnostyki. Po około czterech godzinach od wypadku nadal trwały moje wycieczki pomiędzy poszczególnymi pracownikami diagnostycznymi – zaczynały się dreszcze, ból, pojawił się strach o to, co będzie dalej i o to, czy w danej poczekalni (gabinie?) ktoś przy mnie czuwa. Pamiętam radość, kiedy udało mi się przekonać dyżurnego chirurga z IP do samodzielnego zeszywania powieki, bez odsyłania mnie do okulisty (zrobił to naprawdę świetnie, po zdjęciu szwów nie ma śladu

po ranie!). Zaoszczędziłem co najmniej godzinę. Ale w tym samym czasie zaoszczędzono na mnie bandaż elastyczny i może chustę trójkątną – mimo ewidentnych objawów złamania kości ramiennej, przez cały czas aż do zabiegu operacyjnego nie dorobiłem się żadnej stabilizacji ramienia. O rękę musiałem dbać sam. Na szczęście byłem już w miarę przytomny i świadomy sytuacji.

Diagnostyka

W ramach wstępnej diagnostyki zaliczyłem CT głowy, klasyczną radiologię, badanie ultrasonograficzne jamy brzusznej. Dzięki działaniu leków przeciwbólowych z karetki (i chyba endorfinom) podczas próby wykonania zdjęcia boczno-kregosłupa pięknie współpracowałem – co prawda nie dałem rady zgodnie z sugestią technika radiologii położyć złamanej ręki nad głowę, ale wziąłem ją w drugą – tę zdrową – i uniosłem do pionu (wykonane dzięki brakowi unieruchomienia), uwidoczniając odcinek Th-L kregosłupa. Następnie była kolejna podróż na Izbę Przyjęć, i znowu wycieczka do Pracowni CT (tym razem kregosłup i staw barkowy). Potem znowu izba przyjęć, celem umycia i zeszycia.

Do wdrożenia drugiego etapu diagnostyki musiały minąć dwie doby... Zespole nie śrubą złamanej kości ramiennej utrudniło podjęcie decyzji o wykonaniu MRI złamanego kregosłupa. I w tym momencie okazało się o ile większe szanse na wyzdrowienie ma lekarz. Pracownia rezonansu magnetycznego mieszcząca się w tym szpitalu jest zakładem prywatnym, dzierżawiącym tylko pomieszczenie, szpital wykonuje badania rezonansu wożąc pacjentów do zakładu w innym szpitalu, chociaż trudno to pojąć. Kolejna podróż karetką ze złamanym kregosłupem może się skończyć, i mogła się dla mnie skoń-

czyć, trwałym kalectwem. Dzięki koledze – szefowi pracowni MRI – miałem to badanie wykonane od ręki i na miejscu. Pozostał jeden szkopuł – dyrektor szpitala wystosował pismo, że nie zapłaci za to badanie i jego kosztami należy obciążyć lekarza kierującego (cena badania w tej pracowni jest niższa niż w miejscu, gdzie pacjenci wozeni są normalnie).

Zespole nie złamania

Szpitalny wózek, łóżko, sala chorych, oczekiwanie na zabieg i wątpliwości, czy jeszcze „coś nie wyskoczy”. A jeśli jest się lekarzem, to wie się, czego można się spodziewać... Boli nadbrzusze i boli „gdzieś z tyłu”, więc pojawia się skądinąd uzasadnione pytanie, czy nie doszło do uszkodzenia trzustki. Pomyśl i „własną inicjatywę diagnostyczną” zweryfikuje czas – koledzy ortopedzi nie badają brzucha ani nie oznaczają diastaz – dowiaduję się, że aby je zlecić, potrzeba konsultacji chirurgicznej – może im nie wolno, może ordynator nie pozwala – całkiem możliwe. Może dlatego, że w zasadzie wszystko mnie boli, a może dlatego, że akurat otrzymałem coś przeciwbólowego – robi mi się wszystko jedno. Ale gdzieś w podświadomości lęk zostaje – widziałem już kilka pourazowych zapaleń trzustki i wołałbym, aby ewentualne rozpoznanie było postawione wcześniej niż później.

Wreszcie zabieg operacyjny – zespolenie kości ramiennej i powrót na salę. Tu zaczyna się okres pełniejszej świadomości, pełnego odczuwania bólu. A boleć musi i tyle. Jak powszechnie wiadomo ból wynika z nadmiernego litowania się nad sobą i generalnie jest nieszkodliwy, nie generuje powikłań i niekorzystnych konsekwencji, w przeciwieństwie do silnych leków z grupy opioidów, które:

- mogą spowodować depresję ośrodka oddechowego, a więc śmierć,
- nawet w pojedynczej dawce mogą uzależnić i spowodować w efekcie śmierć na samym dnie społeczeństwa,
- petydyna (dolargan) w dawce 100mg iv. działa dokładnie przez sześć godzin i ani chwili krócej,
- są złe, prawdopodobnie są gdzieś daleko w kasetce i trzeba po nie iść, pewnie daleko,
- a morfina prawdopodobnie jest jeszcze bardziej szkodliwa...

Natomiast metamizol (pyralgina) jest:

- bezpieczna w każdej dawce (4 x 2,5g iv.),
- ma działanie wprost proporcjonalne do dawki – dlatego właśnie podaje się 4 x 2,5g,
- ale... 4 x 2,5g = 10g, a maksymalna dawka dobową dla metamizolu w Polsce wg danych z rejestracji wynosi 5 gramów! Odwaga? Brawura wynikająca z niewiedzy i postępowania rutynowego? Chęć pomocy za wszelką cenę? Na szczęście moja wątroba i szpik tę pomoc wytrzymały.

Leżąc w łóżku człowiek traci poczucie co faktycznie jest bólem... Według definicji „Ból jest to nieprzyjemne doznanie zmysłowe i emocjonalne związane z aktualnie występującym lub potencjalnym uszkodzeniem tkanek, albo opisywane w kategoriach takiego uszkodzenia”. A ból bywa bezwzględny i obiektywny szczególnie, gdy jest źle leczony. Odwiedzająca mnie żona zauważała, że po podaniu dolarganu (niestety w bolusach co 6 godzin – a pod ręcznikowy czas działania wynosi 2-4 godziny, w rzeczywistości bliżej 2-3 godzin) robiłem się spokojniejszy, odzyskiwałem kolory i zaczynałem lepiej oddychać. A więc podróżowałem w klasyczny sposób pomiędzy bólem, który oceniłbym w skali VAS na 8-9, a sedacją i snem. O PCA lub innej bardziej skutecznej formie podaży mogłem sobie pomarzyć. Tak na marginesie, nie monitorowano u mnie równowagi kwasowo-zasadowej ani prostej saturacji. Wracając do kwestii analgezji – nie pomagały dzwonki co 5 minut, nie dało się doprosić konsultacji anestezjologicznej (w końcu kiedyś przyszedł anestezjolog, ale w skuteczności leczenia nic to nie zmieniło), wreszcie drugiego wieczoru podłączono mi butelkę z *placebo* – z wielkim napisem MORFINA. A może była

tam morfina, tyle że w dawkach homeopatycznych? W tym momencie zazna-czyła się korzyść bycia lekarzem i bycia anestezjologiem. Wiedząc, że trzeba się ruszać, że trzeba oddychać, że ból nie sie szereg niekorzystnych reakcji patofizjologicznych – mogłem o sobie zadbać: o przyrząd do rehabilitacji oddechowej typu balonik na sondzie grzecznie poprosiłem, do pewnej aktywności starałem się jakoś zmotywować, a leki przeciwbólowe w końcu, po wezwaniu pomocy, po prostu miałem (istnieje na szczęście coś takiego jak apteki otwarte i recepty)... Wreszcie miałem poczucie bezpieczeństwa i choć jedną w miarę przespaną noc. Szczególnie fajne jest we wspomnieniach nabieranie morfiny do strzykawki o trzeciej w nocy przy pomocy 1,25 ręki i przy świetle ekranika telefonu komórkowego. Ale jaka ulga, gdy wreszcie można swobodnie wciągnąć powietrze do płuc! I jaka satysfakcja, że jest się niezależnym!

W sumie jestem mięczakiem – kolega ortopeda po poważnym zabiegu artroskopowym powiedział „już tydzień nie śpię – kolano boli, najgorsze są noce”. A młody kolega anestezjolog (tuż po specjalizacji) stwierdził, że też nie dałby więcej opioidów (tj. 100 mg dolarganu iv. co 6 godzin dla faceta 85 kg) z obawy przed depresją ośrodka oddechowego.

Tak więc, dysponując prywatną apteczką, doświadczeniem i minimalną niezbędną sprawnością manualną, mogłem sam sobie kontrolować analgezję bez narażania szpiku na kolejne dawki pyralginy, którą, jak już wspomniałem, „można dawać bez ograniczeń”. Wiązało się to może z jakimś ryzykiem, ale korzyści były od niego większe.

Potem była kolejna podróż – profesjonalna, na twardych noszach, ale z dobrym zabezpieczeniem analgetycznym i kolejny oddział, tym razem tylko na kilka godzin, w oczekiwaniu na stabilizację kregosłupa.

Adekwatnego leczenia bólu bez własnego udziału doczekałem się dopiero dwa dni później na Oddziale Intensywnej Terapii, gdzie trafiłem po drugim zabiegu z niewydolnością oddechową (stłuczenie płuca, ARDS, wysięk w opłucnej), która cicho i niespostrzeżenie (dzięki brakowi monitorowania) rozwijała się na oddziale ortopedii. I wtedy, przy prawidłowej podaży mieszanki NLPZ z tramalem, szybko udało się odstawić opioidy.

dokończenie na str. 22

Być zwykłym pacjentem

dokńczenie ze str. 21

Koreczki i spirytus

Czy pobyt na OIOM-ie można witać z ulgą? Można! Wiadomo, że tam pacjent traktowany jest całościowo, a nie jako ręką do naprawienia, kręgosłup do naprawienia, płuco do naprawienia. Nie wszystko jednak nawet tam wygląda tak różowo.

Na OIOM-ie żyją całe szczepy doskonałe szkolonych bakterii szpitalnych, a nawyki aseptyczne personelu pozostawiają wiele do życzenia. Mimo znanego faktu, że żadnych koreczków do kaniuli nie wolno po odkręceniu używać ponownie, wielokrotnie doświadczałem tego procederu na samym sobie.

Korek położony gdziekolwiek wędrował ponownie na wkłucie. Pół biedy, jeśli podczas wlewu był nakręcony na boczne wejście wkłucia – wtedy jako osoba świadoma zagrożenia mogłem go odkręcić, po czym odrzucić daleko, daleko... I tu znowu wychodziła moja przewaga nad „zwykłym nicnie-wiedzącym chorym”.

A gdybym zwrócił uwagę? Trochę strach – jako osoba wtrącająca się mogę być narażony na szykany, a czy warto? Raz jeden usłyszałem, że mam up... charakter, i starczy. A może po prostu brak asertywności, nie starczyło odwagi? W końcu chodziło o moje własne życie. Doświadczenie podpowiada, że czasem na posocznice można umrzeć...

Czemu do rozważań wlepiłem umowny spirytus? Ano dlatego, że skóra przed wkłuciem dezynfekowana jest zawsze, tzw. linia żylna sporadycznie, najczęściej jak ktoś patrzy na ręce, a kaniula w żyłę obwodowej przed podaniem leku nigdy! Czyżby bakterie na niej nie rosły? Nie mogły dostać się do niej z owego położonego byle gdzie koreczka? Komu brak tu wyobraźni – czy tylko pielęgniarkom, czy także lekarzom? A może brak podstawowej wiedzy? Może lubimy niechlujstwo i powikłania?

Wiemy, że kilkadziesiąt procent powikłań septycznych leczenia szpitalnego to posocznice odcewnikowe, mniej ludzi wie, że kaniula obwodowa ma też kontakt z krwią, że stanowi drogę zakażenia, chyba prawie nikt nie wie, że wszelkie połączenia linii żylnych przed ma-

nipulacjami stają się jałowe dopiero po odkażeniu. Na marginesie: koszt leczenia posocznicy odcewnikowej w USA to ok. 25 tys \$. Czy u nas to dużo mniej? Czy stać nas na to w imię pielęgnowania niechlujstwa?

Żywienie, jedzenie i inne przygody po przeniesieniu z OIT

Opuszczenie OIOM-u wiązało się z przejściem do świata samodzielności. Wylądowałem na normalnej sali i cierpliwie czekałem na lekarza... Nie do czekałem się. Jedyna osoba z personelu, która się pojawiła, podsunęła do podpisania niewypełnioną ankietę z wywiadem epidemiologicznym.

Na pewno sama wiedziała, czy w ostatnim pół roku miałem rwane zęby, robione zastrzyki etc. Podpisałem *in blanco* bez skrupułów, w tym wypadku chodziło przecież o zabezpieczenie szpitala przed ewentualnym odszkodowaniem z tytułu WZW, a więc to nie mój interes czy podchodzi do zabezpieczenia samego siebie poważnie, zawsze można wytknąć fałszowanie dokumentacji – tej pani prawdę nie nie interesowało.

Po 6 godzinach od ostatniej dawki ketonalu czy tramalu zadzwoniłem do kolegi na mój macierzysty oddział z prośbą o leki w tabletkach; była to słuszną decyzją – tego dnia zapomniano o mnie, może to normalna procedura dla pacjentów przekazywanych z OIOM-u, a może tak postąpiono, bo jestem lekarzem? Dziś przeczytałem wypis, który z Oddziału Intensywnej Terapii został wydany przy moim przekazaniu: „...kontynuacja antybiotykoterapii: taclar, tazocin”, włączony trzy doby wcześniej z powodu narastania wykładników zapalenia. Jego odstawienie polegało na tym, że po prostu nikt nie zauważył, że jakiś antybiotyk był używany. Wypis z poprzedniego oddziału nie interesował nikogo – przedłużenie profilaktyki przeciwzakrzepowej załatwiłem przez konsultanta rehabilitacji: „nie uważa pani doktor, że warto by jeszcze pociągnąć tę Fraxi? ... no, to niech pani wpisze to w swojej konsultacji, ja nie chcę się wtrącać.” I mniej więcej w taki sposób ustawiłem leczenie. Leczenie bólu regulowałem sam (dowiedziałem się, że tramal szybko uzależnia, musiałem go kupić i trzymać w stoliczku, żeby nie stresować lekarza prowadzącego).

Truizmem jest mówienie, że osoby niesprawne, niedołężne, unieruchomione w łóżku nie mają szans na odpo-

wiednie odżywianie w szpitalu. Często nienaruszone posiłki wracają prosto ze stolika do wiadra na odpadki.

Kolacja pierwszego dnia po powrocie z OIOM-u, kiedy moja sprawność dorównywała sprawności żółwia przetróconego na plecy, wylądowała na stoliku daleko poza zasięgiem rąk. Kiedy po jakimś czasie pielęgniarz, sanitariusz albo może ktoś przebrany za sanitariusza spytał, czy nie będę jadł kolacji, nie było mnie stać na nic innego niż niezbyt uprzejme poinformowanie go, że brak mu wyobraźni (no cóż, eufemizm... było tak: „a jak to sobie k... pan wyobrażasz, jak mam sięgnąć po cokolwiek?”). Kolacja za karę wylądowała w odpadkach, pan sanitariusz, pielęgniarz (albo ktoś przebrany) na korytarzu usiłował dowiedzieć się „co to za frajer tam leży”, wieczorna sielanka mogła trwać dalej.

O kolację poprosiłem telefonicznie pielęgniarki z mojego oddziału. Przyniosły cały talerz pyszności i pomogły się umyć. Ja na drugi dzień miałem „wewnętrzna wymówkę” przeciw mierzeniu temperatury o 6 rano – może bym i nie protestował, ale używany był dla wszystkich ten sam elektroniczny termometr do pomiaru w przewodzie słuchowym i jakoś nie przemawiało do mnie symboliczne przetarcie go chyba suchym gazikiem między kolejnymi chorymi.

Wracając do tematu żywienia: czy ktoś potrafi wyjaśnić, dlaczego wszystkie zupy są szare? Dlaczego śniadanie podawane jest o 9.00, obiad o 12.30, a kolacja o 17.00? Jakie jest znaczenie terapeutyczne tak uzyskanej „przerwy metabolicznej” – 16 godzin bez posiłku! A może inaczej: jak sobie z tym radzić? Ja jadłem rano po obowiązkowej pobudce koło szóstej owoce, w południe czasem (raczej często) dojadłem Nutridrinkami, a wieczorem spożywałem co wpadło w rękę. I czy tak naprawdę z ręką na sercu ktokolwiek jest w stanie powiedzieć, jaki jest skład i jakie ma znaczenie terapeutyczne kuchenna „dieta lekkostrawna wysokobiałkowa”. Czy chodzi tu tylko o elegancki wpis w kartę zleceń, który można wykonać bez zaglądania do książek i wysilania szarych komórek?

Na zakończenie jeszcze anegdotka: wjeżdża na moją salę pacjent bezpośrednio po zabiegu operacyjnym ze straszonymi odruchami wymiotnymi. „Co ty wyprawiasz, zaraz spadniesz z wózka” mówi z wyrzutem pielęgniarka do wymiotującego chłopaka...

Koledzy lekarze, pomyślcie o tym, że kiedy któryś z Was lub ktoś z Waszych bliskich znajdzie się na moim miejscu. Może nie będzie miał tyle szczęścia co ja, i po cichu wykrwawi się na Izbie Przyjęć w trakcie wstępnej diagnostyki, może zejdzie z tego świata z powodu zakażenia szpitalnego wynikającego z niechlujstwa? Może zostanie kaleką, bo pojedzie za późno trzęsącą się karetką do innego szpitala na badanie MRI, choć pracownia będzie na miejscu, może z powodu bólu będzie miał niedodmę, zapalenie płuc, zostanie zaintubowany, będzie wentylowany... można by dalej dywagować. Czytam teraz książkę innego lekarza, który znalazł się w podobnej sytuacji w latach sześćdziesiątych i konstatuję, że w rytuałach szpitalnych niewiele się zmieniło. Życzę samych sukcesów i dużo wyobraźni na przyszłość.

Na końcu chciałem podziękować:

- Ludziom, którzy wydobyli mnie z samochodu zanim ten doszczętnie spłonął.
- Ekipie karetki „R”, która w całości dowiozła mnie do szpitala.
- Ordynatorowi oddziału ortopedii, gdzie trafiłem w pierwszej kolejności, za cenną i niezwykle inteligentną uwagę na dzień dobry, że „trzeba było kupić Hondę Accord, to by się pan tak nie połamal” (takim autem jeździ rzeczony). Cenna uwaga, może kiedyś się dostosuję...
- Anestezjologom za znieczulenia, z których budziłem się w dobrej formie.
- Neurochirurgom za operację kręgosłupa.
- Ortopedom za wkręcenie pierwszego dnia śruby w złamaną kość ramienną i podjęcie ryzyka skierowania mnie na badanie do najbliższej pracowni MRI.
- Moim szefom, koleżankom i kolegom z OIOM-u za całokształt działań, za to, że mogłem czuć się tam względnie bezpiecznie.
- Wszystkim, którzy mnie odwiedzali, których obecność dodawała sił i była po prostu miła.
- Wszystkim pozbawionym wiedzy i wyobraźni dziękuję za dostarczenie materiału do rozważań nad kierunkami kształcenia lekarzy i do tego felietonu.

Źle nikomu nie życzę, ale jednak każdy lekarz powinien co jakiś czas być zwykłym pacjentem.

Maciej Skrzypczak
maciejskrzypczak@o2.pl



OZZL: oby tak dalej



Ryszard Kijak

Podsumowując działalność Ogólnopolskiego Związku Zawodowego Lekarzy w roku 2006 mogę stwierdzić bez większych skrupułów, że był to bardzo dobry rok, może nawet najlepszy w ostatniej dekadzie.

Gdyby w każdym poprzednim roku OZZL notował choć połowę tak pozytywnych zdarzeń jak w ostatnim, to prawdopodobnie już teraz Związek mógłby z satysfakcją ogłosić zakończenie swojej działalności i samorozwiązanie, po całkowitym wypełnieniu misji przewidzianej w Statucie.

Do wielkich sukcesów OZZL w r. 2006 zaliczam przede wszystkim zorganizowanie na masową skalę skutecznych strajków i manifestacji lekarzy oraz innych pracowników ochrony zdrowia (w tym – niesamowitego, powszechnego, ogólnopolskiego „dnia wolnego na żądanie”). Stało się to m.in. dzięki wyraźnemu zacieśnieniu współpracy z samorządem lekarskim, który znacznie (i nie bez wpływu związkowców) radykalizował swoje poglądy, a także metody działania, czego wyrazem był np. wybór dwójga członków prezydium Zarządu Krajowego i kilku innych działaczy OZZL w skład Naczelnej Rady Lekarskiej. To kolejny sukces.

Następnym było nadanie olbrzymiego rozgłosu medialnego akcjom organizowanym przez Związek i izbę lekarską, przy – w sumie przychylnym (w swej masie) – nastawieniu mediów. Poprzez spokojną, rzeczową i konstruktywną a jednocześnie stanowczą i konsekwentną argumentację racji pracowniczych wobec ataków rządu oraz niektórych harcówników i prowokatorów medialnych Związkowi i samorządowi udało się przełamać negatywne nastawienie mediów do problemów lekarskich, co spowodowało, że większość liczących się, poważnych dziennikarzy pisała o tych kwestiach pozytywnie.

Bezprecedensowym wydarzeniem stało się specjalne posiedzenie Komisji Zdrowia Sejmu RP, poświęcone wyłącznie wysłuchaniu i przedyskutowaniu projektu ustawy o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym autorstwa OZZL, opartego na założeniach opracowanego przez Związek racjonalnego systemu opieki zdrowotnej. Nigdy wcześniej Komisja Zdrowia nie zbiera-

ła się w celu analizowania społecznego projektu ustawy, który nawet nie został wprowadzony oficjalnie pod obrady Sejmu. Zwłaszcza – projektu napisanego przez taką organizację, jak OZZL. Był to prawdziwy przełom, a decyzję tę należy zawdzięczać przewodniczącej Komisji.

OZZL może też przypisać sobie (jako jednemu z głównych „współwinowców”) fakt powołania przez premiera Międzyresortowego Zespołu ds. Opracowania Zasad Zatrudniania i Wynagradzania w Ochronie Zdrowia. I niezależnie od tego, czy Zespół ten dopracuje się jakiegoś konkretnego dorobku czy nie, samo istnienie tego ciała dowiodło, że problemy pracowników opieki zdrowotnej zyskały (przynajmniej na jakiś czas, ciekawe na jaki) właściwą rangę. Decyzja rządu o utworzeniu tego gremium była odpowiedzią na wcześniejsze założenie – z inicjatywy OZZL i przy współpracy z NRL – Krajowego Komitetu Porozumiewawczego na rzecz Wzrostu Wynagrodzeń Pracowników Służby Zdrowia, z którego wprawdzie w ostatniej chwili wyłamały się: OPZZ, NSZZ „S” i OZZPiP, ale to jednak, na szczęście, nie osłabiło nacisku Komitetu na władze.

Dalszą konsekwencją podejmowanych m.in. przez OZZL działań stało się uchwalenie 22 lipca 2006 „ustawy podwyżkowej”. I nie chodzi już o to, że spowodowała ona bardzo nierówny i niesprawiedliwy wzrost wynagrodzeń, albo o to, że nie spełnia podstawowych oczekiwań pracowników, ale o to, że z końcem roku 2007, gdy jej działanie wygaśnie, rząd znajdzie się w dużej kropce: co tu dalej zrobić, żeby nie zbulwersować wszystkich zatrudnionych w ochronie zdrowia w kraju nagłą obniżką zarobków i nie sprowokować ich tym samym do spontanicznego strajku generalnego, którego związki zawodowe (czy samorządy) nie będą już nawet musiały za bardzo stymulować. Ta ustawa, to zawiązana rządowi przez Sejm pętla na szyi, i bardzo jestem ciekaw, jak się z niej władza wypląće.

Kolejnym sukcesem OZZL jest uzyskanie korzystnej dla lekarzy kontraktowych interpretacji Ministerstwa Finansów odnośnie nowej definicji pozarolniczej działalności gospodarczej. Pojawiły się bowiem obawy, że kontrakty lekarskie przestaną się opłacać. Związek opracował opinię dementującą te pogłoski – i okazała się ona zbieżna ze stanowiskiem Ministerstwa Finansów. Ułatwi to w znacznej mierze realizację zjazdowej uchwały programowej OZZL, zalecającej lekarzom m.in. uruchamianie indywidualnej działalności gospodarczej.

Realizacją (na razie co prawda – tylko planowaną) zgłaszanych uporczywie od długiego czasu przez Związek postulatów dotyczących dostosowania czasu pracy lekarzy do norm Unii Europejskiej stał się projekt nowelizacji ustawy o ZOZ-ach. Myślę, że Ministerstwo Zdrowia zwietryło problem, iż na bazie prawa europejskiego OZZL może w sądzie wygrać sprawę o potraktowanie godzin dyżurowych jako nadliczbowych, i dlatego, zupełnie niespodziewanie, puściło ten (istniejący już przecież od dwóch lat i wymyślony przez poprzednią opcję rządzącą) projekt w obieg. I dobrze zrobiło, bo tuż przed końcem roku proces w tej sprawie został wygrany, co jest kolejnym, spektakularnym sukcesem Związku. Wydaje mi się nawet (choć głowy nie dam), że jest to pierwszy wyrok w historii RP opierający się nie na prawie krajowym, lecz unijnym. W tym momencie, posługując się terminologią piłkarską, OZZL strzelił Ministerstwu i rządowi „gola do szatni”.

Każde z wymienionych wyżej działań było prowokowane głównie (lub w dużej mierze) przez OZZL, przy współpracy z izbą lekarską, i każde z nich spełniło jakiś fragment postulatów związkowych. I to jest niewątpliwy powód do satysfakcji. Oby tak dalej w Nowym Roku.

Autor jest sekretarzem generalnym OZZL ds. kontaktów z Rządem i Parlamentem

Lista Stu

Nie kto inny jak minister zdrowia **Zbigniew Religa** otwiera ranking najbardziej wpływowych osób w ochronie zdrowia.

Popularny plebiscyt „Pulsu Medycyny” ma już 5 lat. Aktualna lista pokazuje jak bardzo upolitycznione jest polskie zdrowie. Pierwsza piątka jest niemal fotografią władzy. Tuż za Zbigniewem Religą plasują się: szef NFZ **Andrzej Sośnierz** (2), wiceministrowie **Jarosław Pinkas** (3) i **Bolesław Piecha** (5) oraz doradca Prezydenta RP, gdański internista **Tomasz Zdrojewski** (4). Drugą piątkę otwiera **Konstanty Radziwiłł** (6) i **Zyta Gilewska** (7), którym towarzyszą w kolejności otolaryngolog prof. **Henryk Skarżyński** (8), animator akcji rzucania palenia prof. **Witold Zatoński** (9) i wiceprezydent Warszawy, do niedawna prezes NFZ, bohatersko broniący się przed naciskami koalicji **Jerzy Miller** (10).

Za nimi same znakomitości: m.in. król informatyki **Ryszard Krauze** (11), lider OZZL **Krzysztof Bukiel** (13), szef warszawskiego samorządu lekarskiego **Andrzej Włodarczyk** (16), politycy **Ewa Kopacz** (15) i **Tadeusz Cymański** (19), profesorowie alergolog **Piotr Kuna** (20) i onkolog **Marek Nowacki** (21) oraz wielu, wielu innych.

Prywatny biznes medyczny i farmaceutyczny nie cieszył się jakimś szczególnym uznaniem. **Jerzy Starak** (48), właściciel Polpharmy i Herbapolu, **Irena Rej** (50), zarządzająca rodzinnym holdingiem produkującym leki i **Maciej Adamkiewicz** (68), prezes Adamedu, to tylko rodzyńki w cieście, które okazały wyrosło na starych, sprawdzonych drożdżach – żalił nam się jeden z właścicieli świetnie prosperującego prywatnego szpitala na Wybrzeżu.

Młodzież lekarska i menedżerska, choć zbiera laury w konkursach międzynarodowych, do rodzimego pantonu gwiazd „Pulsu Medycyny” karty wstępu, jak na razie, nie posiada. Najmłodszy na liście to 39-latek... **ks. Arkadiusz Nowak**, niestrudzony działacz na rzecz praw pacjenta. Polscy lekarze dentyści, cieszący się niezmiennie dobrą opinią i oblegani przez pacjentów nie tylko z kraju, Listy Stu również nie wzbogacają. A powinni! Ranking zamyka **Ryszard Kijak** (100) anestezjolog z Białegostoku i publicysta „Gazety Lekarskiej”.

ms

fol. Marek Stankiewicz



Czołowa piątka plebiscytu: Zbigniew Religa, Andrzej Sośnierz, Jarosław Pinkas, Tomasz Zdrojewski i Bolesław Piecha

Odnaleźć siebie

Ponad 2000 osób odwiedziło w tym roku dziewięć Centrów Pomocy ulokowanych w ośmiu największych miastach Polski.

Centrum Pomocy działa w ramach Ogólnopolskiego Programu Zmiany Postaw Wobec Psychiatrii **Odnaleźć siebie** i jest przeznaczone przede wszystkim dla osób, które z powodu problemów ze swoim samopoczuciem psychicznym znajdują się „na rozdrożu” i mają wątpliwości dotyczące celowości leczenia. W Centrum Pomocy porady specjalistów – lekarzy psychiatrów i psychologów – dostępne są dla każdego. Wizyta w Centrum Pomocy polega na rozmowie, jest anonimowa i zachowana w tajemnicy. Odwiedzający są „oswajani” z psychiatrą – lekarz nie siedzi w fartuchu, nie wydaje recept, nie ma kart pacjentów, a wizyta polega na swobodnej rozmowie ze specjalistą. Wszystkie porady są bezpłatne i nieograniczone czasowo.

W wypadku celowości regularnej terapii uzyskuje się informację o możli-

wości takiego leczenia, wraz ze wskazaniem najodpowiedniejszych form terapii. Każdy odwiedzający otrzymuje również poradnik edukacyjny pt. „Rozmowa, która nie boli”, w którym znajdują się odpowiedzi na podstawowe pytania dotyczące współczesnej psychiatrii, objawów i przyczyn chorób psychicznych, a także metod leczenia. Można go także bezpłatnie zamówić poprzez stronę internetową www.odnalezciesiebie.pl

Pierwsze Centrum Pomocy zostało otwarte we wrześniu 2004 r. w Warszawie, następnie powstawały kolejno w Białymstoku, Krakowie, Bydgoszczy, Poznaniu, Łodzi, Gdańsku i Wrocławiu. Do chwili obecnej z porad udzielanych w Centrum Pomocy skorzystało już w sumie ok. 5000 osób!

Problemy, z jakimi przychodzą ludzie, to cały przekrój problemów psychiatrii: zaburzenia lękowe i osobowości, dolegliwości depresyjne, nerwice, zaburzenia adaptacyjne spowodowane dramatycznymi wydarzeniami. Dyżurujący lekarze zaobserwowali, że więcej osób zgłasza się do Centrum dzięki informacjom uzyskanym za pośrednictwem mediów. Dlatego też zależy nam na regularnym informowaniu opinii publicznej o istnieniu Centrum Pomocy.

„Program «Odnaleźć siebie» odpowiada na wielkie społeczne zapotrzebowanie, na profesjonalną poradę leka-

rzy psychiatrów i psychologów. Z badania przeprowadzonego przez OBOP na zlecenie organizatorów Programu wynika, że większość Polaków niechętna jest skorzystaniu z pomocy psychiatry, nawet w sytuacji, gdyby jej naprawdę potrzebowali. Tymczasem strach i uprzedzenia powodują, że nie leczymy zaburzeń, na które współczesna psychiatria znalazła skuteczną odpowiedź” – mówi doc. **Joanna Meder** z warszawskiego Instytutu Psychiatrii i Neurologii, ogólnopolski koordynator programu.

Ogólnopolski Program Zmiany Postaw wobec Psychiatrii „Odnaleźć siebie” jest inicjatywą Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego i ma charakter edukacyjny. Jego nadrzędnym celem jest przełamanie stereotypów związanych z leczeniem zaburzeń psychicznych, wyeliminowanie lęku przed wizytą u lekarza psychiatry, a także przekonanie pacjentów, że odpowiednio wczesna diagnoza i wczesnie rozpoczęte leczenie dają szansę na normalne życie. Zamierzeniem akcji jest także zbudowanie pozytywne- go wizerunku psychiatrii wśród innych nauk medycznych.

Więcej informacji o Programie „Odnaleźć siebie” można znaleźć na stronie internetowej: www.odnalezciesiebie.pl

ms

Sto milionów

Rada Ministrów przyznała uczelni 100 mln euro na budowę centrum badawczego, którego koordynatorem jest warszawska AM.

Pieniądze przyznane przez rząd zasilą budżet budowy Centrum Badań Przedklinicznych i Technologii (CEPT), które powstanie częściowo w kampusie Akademii Medycznej w Warszawie przy ulicy Żwirki i Wigury, a częściowo na sąsiadujących z tym kamпусem terenach Polskiej Akademii Nauk i Uniwersytetu Warszawskiego. W skład Centrum wchodzić będzie dziesięć najnowocześniejszych laboratoriów, w których prowadzone będą badania m.in. nad budową i funkcjami białek w organizmie człowieka, biotechnologią, nanotechnologią i nowymi lekami. Naukowcy będą pracować nad wynalezieniem nowych technologii medycznych i leków na choroby trapiące ludzkość, a także schorzenia wywołane starzeniem się organizmu – m.in. choroby Parkinsona i Alzheimera.

– Celem tych inwestycji jest stworzenie jednego z najbardziej zaawansowanych technologicznie ośrodków badawczych w Europie – mówi Grzegorz Lisicki, rzecznik prasowy Akademii Medycznej w Warszawie. – Aby to osiągnąć, będziemy musieli wybudować i wyposażać nowoczesne laboratoria, a to są ogromne pieniądze. Sama budowa pochłonie 180, zaś wyposażenie laboratoriów – 680 mln zł – dodaje Lisicki.

Oprócz laboratoriów na terenie kampusu powstanie także centrum obliczeniowe o wielkiej mocy. – 100 mln euro to poważny zastrzyk pieniędzy, ale by sfinansować to przedsięwzięcie, będziemy szukali partnerów instytucjonalnych oraz koncernów, które byłyby zainteresowane włączeniem się w budowę i późniejsze badania naukowe – dodaje rzecznik.

Tak kosztowna inwestycja nie byłaby możliwa, gdyby nie współpraca między naukowcami.

– W budowę Centrum zaangażowały się wszystkie ośrodki naukowe zlokalizowane na terenie kampusu przy ulicach Banacha oraz Żwirki i Wigury – mówi Anna Kierzkowska, pełnomocnik rektora Akademii Medycznej ds. budowy Centrum – czyli: Uniwersytet Warszawski, Polska Akademia Nauk, Politechnika Warszawska i nasza Akademia, która jest koordynatorem projektu. Na terenie należącym do AM powstaną cztery laboratoria, pozostałe sześć – na terenach PAN i UW.

– Chcemy, by odkrycia dokonywane w Centrum natychmiast służyły ludziom – mówi Grzegorz Lisicki – dlatego oprócz laboratoriów na terenie Centrum będą powstawały firmy zajmujące się wdrażaniem wyników badań naukowych. To normalna praktyka w tego typu przedsięwzięciach – ich pierwowzorem był Uniwersytet Stanforda w Kalifornii, z którego „wykielkowała” Dolina Krzemowa – mówi Lisicki. Będą to firmy informatyczne, biotechnologiczne i medyczne dające pracę warszawiakom. W ten sposób dołączymy do grona ponad 300 tego typu przedsięwzięć na świecie – opowiada Lisicki.

– Budowa Centrum Badań Przedklinicznych i Technologii planowana jest aż na sześć lat – mówi Anna Kierzkowska. – Rok 2007 poświęcimy na przygotowanie dokumentacji. Pierwszą łopatę planujemy wbić w roku 2008. Pełną parą Centrum ruszy w roku 2013.

ms



POŻYCZKA MIESZKANIOWA NA CELE REMONTOWE

OPROCENTOWANIE TYLKO 7,9%o!!!

KWOTA DO 50 000 PLN!!!

Kwota pożyczki w PLN	Okres spłaty 36 miesięcy	Okres spłaty 48 miesięcy	Okres spłaty 60 miesięcy
10 000	312,91	243,67	202,30
30 000	938,72	731,00	606,89
50 000	1 564,53	1 218,34	1 011,48

LOKATY:

LOKATA KRYSTAŁOWA 12-MIESIĘCZNA – 5,35%*

LOKATA KRYSTAŁOWA 24-MIESIĘCZNA – 5,80%*

**oprocentowanie zmienne w skali roku*

PEŁNA OFERTA DEPOZYTÓW I POŻYCZEK:

Infolinia 0-801 88 88 11 (opłata jak za połączenie lokalne)

www.skokil.pl

oraz przedstawiciele przy okręgowych izbach lekarskich

www.gazetalekarska.pl

REKLAMA



fot. Marek Stankiewicz

Zasady i tryb kontroli wykorzystywania zwolnień lekarskich

Bogdan Jakubski

Zaświadczenia lekarskie o czasowej niezdolności do pracy podlegają kontroli nie tylko w aspekcie medycznej zasadności ich wystawiania przez lekarzy. Taka ocena ma oczywiście największą wartość, gdyż na podstawie badania pacjenta ocenia się zasadność podjętej przez lekarza leczącego decyzji orzeczniczej. Oceny takiej może dokonać tylko lekarz i wykonują to lekarze orzecznicy ZUS.

Najczęstszą formą przeprowadzanej kontroli jest bezpośrednie badanie lekarskie w wyznaczonym miejscu lub miejscu pobytu chorego. Oceny dokonać można także na podstawie analizy dokumentacji uzyskanej od lekarza orzekającego. W razie stwierdzenia, w wyniku bezpośredniego badania lekarskiego, wcześniejszego, niż orzekł to lekarz leczący, ustania przyczyny będącej podstawą do wystawienia zaświadczenia, lekarz orzecznik wydaje osobie badanej tzw. zaświadczenie korygujące, skracające czas trwania zwolnienia i określające jako datę odzyskania zdolności do pracy, dzień przeprowadzonego badania. Zaświadczenie osoba badana otrzymuje do rąk własnych, potwierdzając to własnoręcznym podpisem. O fakcie tym jest również powiadamiany pisemnie lekarz wydający skorygowane zaświadczenie.

Osoby, których wydane zaświadczenia bezpośrednio dotyczą, a więc sami chorzy, mogą podlegać kontroli także w innym aspekcie. Jest to kontrola stosowania się do zaleceń lekarskich i prawidłowości wykorzystywania zwolnienia lekarskiego. Jeśli więc będą wątpliwości czy chory prawidłowo wykorzystuje zwolnienie lekarskie, czy np. zamiast się leczyć nie pracuje, nie remonduje mieszkania, nie porządkuje ogrodu itp., można przeprowadzić odpowiednią kontrolę.

Szczegółowe zasady i tryb formalnej kontroli zwolnień lekarskich oraz ich wykorzystania reguluje rozporządzenie ministra pracy i polityki socjalnej z 27 lipca 1999 r. (Dz. U. nr 65, poz. 743). Oto najważniejsze z nich:

- Kontroli prawidłowości wykorzystania zwolnień lekarskich od pracy z powodu choroby lub konieczności sprawowania przez ubezpieczonego opieki nad chorym członkiem rodziny dokonują pracodawcy zgłaszający do ubezpieczenia chorobowego, czyli zatrudniający ponad 20 pracowników. Jeśli pracodawca zatrudnia mniej pracowników, na jego wniosek chorego może skontrolować ZUS. ZUS sprawdza także, czy właściwie korzysta ze zwolnienia lekarskiego przedsiębiorca prowadzący własną firmę. Kontrola prowadzona przez ZUS dotyczy tylko świadczeń w razie choroby z ubezpieczenia społecznego, nie dotyczy więc zwolnień wystawionych celem opieki nad chorym dzieckiem lub innym członkiem rodziny. Kontrola w tym zakresie może być prowadzona tylko przez pracodawcę. Na uwagę zasługuje fakt, iż pracodawca, niezależnie od liczby zatrudnionych, może kontrolować pracowników podczas zwolnienia lekarskiego i wypłacania przez pierwsze 33 dni choroby wynagrodzenia, które wypłaca z własnych środków. Jeśli uzna, że zwolnienie jest wykorzystywane niezgodnie z przeznaczeniem, może zdecydować o odebraniu wynagrodzenia za czas choroby. Od tej decyzji pracownikowi przysługuje prawo odwołania do sądu.

- Do obowiązków pracodawcy należy także kontrola formalna zaświadczeń lekarskich polegająca na sprawdzeniu, czy zaświadczenie nie zosta-

ło sfałszowane oraz czy zostało wydane zgodnie z przepisami dotyczącymi trybu i sposobu ich wystawiania. W razie podejrzeń o sfałszowanie zaświadczenia pracodawca winien wystąpić do lekarza orzekającego z wnioskiem o potwierdzenie treści zaświadczenia i ewentualne wyjaśnienie zaistniałych wątpliwości. W razie podejrzenia wystawienia zaświadczenia niezgodnie z obowiązującymi przepisami o wyjaśnienie należy zwrócić się do terenowej jednostki organizacyjnej ZUS. Stwierdzenie w czasie postępowania wyjaśniającego faktu sfałszowania zaświadczenia lekarskiego winno skutkować powiadomieniem organów ścigania.

- Kontrola prawidłowości wykorzystywania zwolnień lekarskich polega na ustaleniu czy pracownik w okresie orzeczonej niezdolności do pracy nie wykonuje pracy zarobkowej, a także czy nie wykorzystuje zwolnienia lekarskiego od pracy w sposób niezgodny z jego celem. W przypadku zwolnień w celu sprawowania opieki nad chorym kontroluje się ponadto, czy poza pracownikiem nie ma innych członków rodziny pozostających we wspólnym gospodarstwie domowym, mogących zapewnić opiekę. Nie dotyczy to jednak sprawowania opieki nad chorym dzieckiem w wieku do lat 2.
- Wątpliwości, czy zwolnienie lekarskie od pracy wykorzystywane było niezgodnie z jego celem, rozstrzyga

właściwa terenowa jednostka organizacyjna ZUS uzyskując, w miarę potrzeby, opinię lekarza leczącego.

- Stwierdzenie w wyniku kontroli, że ubezpieczony w trakcie orzeczonej niezdolności do pracy wykonywał pracę zarobkową lub wykorzystywał zwolnienie lekarskie niezgodnie z jego celem, powoduje utratę prawa do zasiłku chorobowego za cały okres zwolnienia. Jeśli kontrolowany był na świadczeniu rehabilitacyjnym i pracował, będzie musiał je zwrócić w wysokości należcej się za 30 dni, chyba że kontrola wykazała, iż pracował przez cały czas jego pobierania. Wtedy będzie musiał zwrócić całość.
- Do skontrolowania chorego niezbędne jest imienne upoważnienie od pracodawcy lub ZUS. Dopiero ono uprawnia do kontroli, którą przeprowadza się w miejscu zamieszkania chorego, jego czasowego pobytu lub miejscu zatrudnienia. Jeśli stwierdzono, że zwolnienie lekarskie wykorzystywane było niezgodnie z przeznaczeniem, sporządza się protokół, do którego kontrolowany może wnieść swoje uwagi i zastrzeżenia. Wydana na tej podstawie decyzja może być przez pracownika zaskarżona do sądu.

Praktyka pokazuje, że powyższe zasady są przez pracodawców bardzo rzadko wykorzystywane do dyscyplinowania pracowników, szczególnie tych często korzystających ze zwolnień lekarskich. Dla lekarza leczącego informacja o niestosowaniu się pacjenta do zaleceń i wykorzystywaniu zwolnienia niezgodnie z celem jego przeznaczenia byłaby również niezwykle cenną, zwłaszcza w przypadku tych osób, które z niezrozumiałych powodów są tak „oporne na leczenie”.

Znajomość powyższych zasad przez lekarzy wydaje się być szczególnie pożądana w kontaktach lekarz-pracodawcy, gdy winą za częste korzystanie przez pracownika ze zwolnień lekarskich obciąża się zwykle właśnie lekarza, nie pamiętając o własnych możliwościach oddziaływania na pracowników i wpływania na absencję.

Zielona Góra, 2.01.2007

Z lekarskiej wokandy

Nie warto iść w zaparte

W przeszłości za typową poradę adwokacką dla osoby oskarżonej uznawano twierdzenie, że należy konsekwentnie i zawsze „iść w zaparte”. Ale, jak pokazuje i życie, i praktyka sądowa, postawa taka jest nieskuteczna do tego stopnia, że może spowodować wymierzenie surowszej kary.

Na poźółklej już kartce w aktach sądu lekarskiego złożonych do archiwum znajdujemy taką oto odręcznie pisaną skargę: „Z przykrością zawiadamiam, że jako lekarz piszę zażalenie na lekarza stomatologii. Niewłaściwe leczenie moich zębów doprowadziło do konieczności usunięcia jednego z nich, który stanowił punkt podporowy do protezowania. W związku z takim leczeniem zaznałam wiele cierpienia fizycznego. Dentysta (bo tak nazywać będziemy obwinionego) zobowiązał się do zwrotu pieniędzy, ale dotychczas tego nie uczynił. Chciałabym, aby w przyszłości pacjenci nie zaznawali takich cierpień i nie tracili niepotrzebnie uzębienia”. Dalej z akt wynika, że Lekarka (to identyfikator poszkodowanej) po zabiegach dokonanych w gabinecie Dentysty leczona była w poradni chirurgii szczękowej z powodu ostrego zapalenia tkanek okołowierchołkowych w okolicy zęba 3–.

Sąd lekarski, składający się z trzech lekarzy, dobranych przez przewodniczącego według specjalności, której dotyczy rozpatrywany przypadek, zawsze powołuje biegłych do wydania opinii w sprawie. I słusznie. Nie można być zarazem bezstronnym ekspertem i bezstronnym sędzią. W tej sprawie orzekali sędziowie – lekarze stomatologii, a opinię wydawał (oczywiście) biegły z listy sądowej z zakresu stomatologii zachowawczej. Opinia – pominiemy jej szczegółowe ustalenia – była niekorzystna dla Dentysty, a wówczas zaproponował on polubowne rozwiązanie, polegające na zwrocie otrzymanego wynagrodzenia w wysokości 700 zł, a w przypadku niezaakceptowania takiej formy – powołanie innego biegłego.

Lekarka w odpowiedzi na tę propozycję podała do protokołu, że to proponowała w trakcie leczenia, a teraz żąda 10 tys. zł w zamian za – jak to określiła – „załatwienie sprawy”. Dentysta propozycję odrzucił argumentując, że „niczego w tej sprawie nie można autorytatywnie stwierdzić, ponieważ nie jest to możliwe”. Sąd powołał zatem innego biegłego, który potwierdził wcześniejszą opinię. Oceniał bowiem, że Dentysta spowodował zapalenie miazgi przez niewłaściwe szlifowanie zęba 3–, złamał narzędzie

kanałowe, a nie próbując go usunąć, doprowadził do infekcji tkanek okołowierchołkowych w trakcie leczenia, czego następstwem było zapalenie okostnej, a w konsekwencji – utrata zęba.

Wyrok zapadł 13 września 2000 r. Dentysta na podstawie art. 8 Kodeksu Etyki Lekarskiej otrzymał karę nagany, a Okręgowy Sąd Lekarski nałożył na niego obowiązek zwrotu kosztów postępowania w wysokości ponad 1800 zł. Postanowieniem z 17 października 2001 r. Naczelny Sąd Lekarski odrzucił odwołanie zainteresowanego, jako wniesione po terminie. 26 października 2004 r. Dentysta wniósł o wznowienie postępowania, gdyż dowiedział się o nowych okolicznościach istotnych dla rozstrzygnięcia sprawy. Twierdził, że pacjentka posługiwała się sfałszowaną dokumentacją radiologiczną zęba 3–, ponadto w czasie prowadzonego przez niego leczenia składała wizyty u innego lekarza stomatologa, zażądał zatem powołania kolejnego biegłego. OSŁ odmówił wznowienia postępowania, nie znajdując podstaw do kwestionowania dokumentacji radiologicznej, a dowód z przesłuchania drugiego stomatologa uznał za nieistotny w sprawie. Obszerne, trzynastostronicowe zażalenie Dentysty na to postanowienie również okazało się nieskuteczne – NSL postanowieniem z 25 września 2005 roku (siędem lat po nieudanych zabiegach stomatologicznych) stwierdził, że nie ujawniły się nowe fakty i dowody przemawiające na korzyść Dentysty, które uzasadniałyby wznowienie postępowania.

W przeszłości za typową poradę adwokacką dla osoby oskarżonej uznawano twierdzenie, że należy zawsze i konsekwentnie „iść w zaparte” (słyszałem, jako podobno autentyczną wskazówkę, że „jak zostaniesz przyłapanym z kochanką *in flagranti*, twierdź, że się na tę nieznaną ci kobietę przypadkowo przewróciłeś”). Dentysta wyraźnie kroczył taką ścieżką. Ale, jak pokazuje i życie, i praktyka sądowa, postawa taka jest nieskuteczna do tego stopnia, że może spowodować wymierzenie surowszej kary.

Jerzy Ciesielski, adwokat

„Panaceum” nr 1 (118) – styczeń 2007.

Przychodzi lekarz do prawnika

Kiedy zgodę na leczenie dziecka muszą wyrazić oboje rodzice?

W praktyce zgoda na podjęcie czynności leczniczych w stosunku do małoletniego dziecka zarówno w procesie leczenia ambulatoryjnego, jak również w trakcie hospitalizacji wyrażana jest najczęściej przez jednego z rodziców. Praktyka taka jest prawidłowa jeżeli zgoda dotyczy czynności leczniczych, które nie stanowią podwyższonego ryzyka dla zdrowia lub życia dziecka. Prawo przewiduje jednak wyjątki od zasady podejmowania decyzji o leczeniu tylko przez jednego z rodziców!

Zgodę na podjęcie czynności leczniczych w stosunku do pacjenta małoletniego musi wyrazić uprawniony podmiot, którym jest przedstawiciel ustawowy. Przedstawicielami ustawowymi dziecka są jego rodzice, chyba że zostali oni wyrokiem sądu pozbawieni władzy rodzicielskiej. W sytuacji, gdy oboje rodzice posiadają nieograniczoną władzę rodzicielską, każde z rodziców jest uprawnione do sprawowania tej władzy indywidualnie, a co za tym idzie do samodzielnego decydowania o leczeniu dziecka. Jeżeli rodzice dziecka są w separacji lub po rozwodzie i władza jednego z nich została ograniczona do ściśle określonych uprawnień, z których sąd wyłączył władzę w zakresie decydowania o leczeniu dziecka, jedynym przedstawicielem ustawowym małoletniego jest drugi rodzic.

Przedstawiciel ustawowy jest jedynym podmiotem mogącym wyrazić zgodę lub sprzeciw na czynności lecznicze tylko wtedy, gdy dziecko nie ukończyło szesnastego roku życia. Po ukończeniu przez dziecko szesnastu lat rodzice mogą jedynie współdecydować o leczeniu małoletniego, wyrażając zgodę lub sprzeciw na czynności lecznicze wraz z nim.

Jak już wspomniano decyzje o leczeniu dziecka poniżej szesnastego roku życia może podejmować samo-

dzielnie każdy z rodziców, chyba że chodzi o sprawy istotne dla dziecka. Zgodnie z art. 97 § 2 kodeksu rodzinnego i opiekuńczego (...) o istotnych sprawach dziecka rodzice rozstrzygają wspólnie. W procesie leczenia sprawami istotnymi dla dziecka są czynności lecznicze, których wykonanie wiąże się z podwyższonym ryzykiem dla zdrowia lub życia małoletniego pacjenta. Do takich można zaliczyć np. zabieg chirurgiczny związany ze zwiększonym ryzykiem okołoperacyjnym, a także zabieg diagnostyczny o podwyższonym ryzyku.

Rodzice podejmujący różne decyzje dotyczące leczenia dziecka powinni zgłosić się do sądu opiekuńczego w celu rozstrzygnięcia sporu i podjęcia przez sąd decyzji o leczeniu małoletniego. Do momentu uzyskania zgody na leczenie wyrażonej przez sąd lekarz nie może podjąć w stosunku do dziecka czynności leczniczej, której dotyczy spór. Lekarz może jednak zatrzymać małoletniego w szpitalu do czasu rozstrzygnięcia sporu i wyrażenia zgody lub sprzeciwu na podjęcie czynności leczniczych przez sąd opiekuńczy. Zatrzymanie dziecka w szpitalu może nastąpić w takiej sytuacji nawet wbrew woli przedstawiciela ustawowego, jeśli stan zdrowia dziecka wymaga zdaniem lekarza hospitalizacji. O rozstrzygnięcie sporu między rodzicami może wystąpić do sądu opiekuńczego również lekarz, szczególnie w sytuacji, gdy niepodjęcie spornej czynności leczniczej stanowi zagrożenie dla życia lub zdrowia małoletniego. Powinnością lekarza jest w takim przypadku poinformowanie sądu o stanie zdrowia dziecka, rokowaniach, ryzyku niepodjęcia leczenia oraz o czasie, w którym powinna zostać podjęta decyzja o leczeniu bez ryzyka dla pacjenta.

Należy zaznaczyć, że lekarz jest zobowiązany do respektowania woli obojga rodziców jedynie wówczas, gdy oboje rodzice są w momencie pobierania zgody na wykonanie czynności leczniczej o podwyższonym ryzy-

ku obecni. Lekarz mający kontakt tylko z jednym rodzicem, który ma nieograniczoną władzę rodzicielską i wyraża zgodę na leczenie dziecka, nie musi poszukiwać drugiego rodzica dziecka po to, aby ten również wyraził zgodę.

Zgodę na podjęcie w stosunku do dziecka czynności leczniczej o podwyższonym ryzyku powinni wyrazić oboje rodzice. W przypadku gdy nie ma kontaktu z jednym z nich, zgoda jednego rodzica posiadającego pełną władzę rodzicielską jest wystarczająca.

Czy lekarz musi informować pacjenta o następstwach i powikłaniach terapii lekowej?

Lekarz, który nie poinformuje pacjenta o następstwach i ewentualnych powikłaniach terapii lekowej, naraża się na odpowiedzialność cywilną i karną z tytułu podjęcia w stosunku do pacjenta czynności leczniczych bez jego zgody!

Czynnościami leczniczymi są w rozumieniu prawa wszelkie działania, jakie lekarz podejmuje w stosunku do pacjenta na etapie profilaktyki, diagnozy oraz w trakcie terapii i rehabilitacji. Bez wątpienia czynnością leczniczą w procesie leczenia ambulatoryjnego jak również w trakcie hospitalizacji jest wdrożenie terapii lekowej.

Lekarz rozpoczynający terapię ma obowiązek poinformowania pacjenta o normalnych, typowych następstwach działania leków oraz o znanych, często występujących powikłaniach. Czytelna informacja uzyskana przez pacjenta w tym zakresie stanowi podstawę do wyrażenia świadomej, a co za tym idzie ważnej zgody na leczenie. Zgoda wyrażona przez pacjenta, który nie został poinformowany o skutkach i następstwach danej czynności leczniczej jest wadliwa, co skutkuje nieważnością zgody. Leczenie pacjenta bez ważnej zgody jest równoznaczne z leczeniem bez zgody w ogóle, co nara-

ża lekarza na odpowiedzialność cywilną (odszkodowawczą) i karną.

Należy podkreślić, że lekarz nie ma obowiązku informowania o następstwach i powikłaniach terapii lekowej pacjentów poniżej szesnastego roku życia, pacjentów, którzy nie są zdolni do zrozumienia przekazywanej im informacji z powodu swojego stanu psychicznego lub fizycznego oraz pacjentów, którzy nie chcą uzyskiwać żadnych lub wybranych informacji na swój temat.

W szczególnych przypadkach lekarz może ograniczyć informację dotyczącą negatywnych następstw i powikłań terapii lekowej. Dotyczy to sytuacji, w których rokowanie jest dla pacjenta niepożądane, a ograniczenie „złych” informacji wpłynie zdaniem lekarza pozytywnie na stan zdrowia pacjenta.

Czym grozi poświadczenie nieprawdy przez lekarza?

Lekarz poświadczający w opiniach, zaświadczeniach lub dokumentacji medycznej okoliczności niezgodne z prawdą podlega odpowiedzialności karnej, a także cywilnej za fałsz intelektualny!

Zgodnie z art. 271 kodeksu karnego (...) osoba uprawniona do wystawienia dokumentu, która poświadczając w nim nieprawdę co do okoliczności mającej znaczenie prawne podlega karze pozbawienia wolności od 3 miesięcy do 5 lat. Jednym z wielu uprawnień lekarza jest wydawanie opinii, orzeczeń, świadectw i zaświadczeń, a także dokonywanie wpisów w dokumentacji medycznej. Dokumenty wydawane przez lekarzy przyjmują najczęściej postać zaświadczeń o stanie zdrowia pacjentów, ale mogą również stanowić poświadczenie jakiegoś zdarzenia (np. zaświadczenie o urodzeniu dziecka, zaświadczenie o zgonie) lub przyjąć formę opinii lub zgłoszenia (np. o zachorowaniu na chorobę zakaźną). Poświadczenie nieprawdy, zwane przez prawo fałszem intelektualnym, może polegać na sporządzeniu dokumentu, w którym lekarz zamieści informacje niezgodne z rzeczywistością (np. orzeknie, że pacjent ma dużo mniejszą wadę wzroku niż to ma miejsce naprawdę) lub zatai istotne okoliczności (np. stwierdzi, że ciężarna pacjentka nie jest w ciąży). Lekarz do-

puszcza się fałszu intelektualnego również wtedy, gdy podpisuje niezgodny z prawdą dokument, który został sporządzony przez inną osobę.

Należy podkreślić, że lekarz popełnia przestępstwo jedynie wówczas, gdy działa umyślnie, to znaczy poświadczając nieprawdę lub zataja prawdę świadomie oraz chce albo zgadza się na to, żeby sfałszowana treść została wykorzystana przez inną osobę. Nie popełnia przestępstwa lekarz, który wystawi „fałszywy” dokument lub dokona niezgodnego z prawdą wpisu do dokumentacji medycznej nieumyślnie, czyli w związku z własną lekkomyślnością lub niedbalstwem.

Przykładem niedbalstwa jest wydanie zaświadczenia o stanie zdrowia pacjenta bez uprzedniego zbadania go i przeprowadzenia niezbędnych analiz laboratoryjnych. Lekkomyślnością jest natomiast np. uznanie informacji uzyskanych od pacjenta za prawdziwe oraz wyczerpujące i wpisanie ich bez zweryfikowania prawdziwości do dokumentacji medycznej pacjenta.

Wydanie nieprawdziwego dokumentu przez lekarza może skutkować również powstaniem odpowiedzialności cywilnej w stosunku do poszkodowanego pacjenta. O powstaniu odpowiedzialności cywilnej można mówić, kiedy szkoda, jakiej doznał pacjent, jest wynikiem wystawienia przez lekarza dokumentu niezgodnego z prawdą (np. lekarz wydaje zaświadczenie o zdolności do pracy w charakterze kierowcy osobie chorej na padaczkę, która doznaje uszkodzenia ciała w wyniku wypadku, jaki powoduje w trakcie pracy w związku z napadem). Szkoda powstała w wyniku takiego działania lekarza uprawnia pacjenta do ubiegania się o odszkodowanie. Odszkodowanie może polegać na pokryciu przez lekarza wszelkich wydatków poniesionych przez pacjenta w związku z uszkodzeniem ciała lub rozstrojem zdrowia, a także na wypłaceniu renty w przypadku utraty zdolności do pracy.

Justyna Zajdel

Zakład Prawa Medycznego UM w Łodzi
prawo@gazetalekarska.pl

Artykuły ukazują się przy współpracy wydawnictwa Progress, wydawcy „Prawa w Medycynie” i medycznych atlasów multimedialnych – www.progress.med.pl

• **Do Lekarzy w Polsce!** „Nie bójcie się. Utwórzcie organizację terenową OZZL w swoim szpitalu i przystąpcie natychmiast do sporu zbiorowego. Wśród białych plam są jeszcze m.in. Dolny Śląsk, Kraków, Podlasie, Zachodnie i Środkowe Pomorze, woj. lubuskie. Jest to sytuacja zupełnie niezrozumiała, którą wykorzystuje minister zdrowia ogłaszając triumfalnie, że lekarze są niezdolni do protestu” – napisali w dramatycznym apelu do lekarzy w Polsce członkowie OZZL. • **Dyżur medyczny jako „cudowna przygoda” (!).** „Wątpię, że wszyscy lekarze wystąpią z pozwami do sądu w związku z przepracowanymi dyżurami lekarskimi” – powiedział min. Zbigniew Religa i dodał, że „lekarze chcą dyżurować, dyżur to dla nich cudowna przygoda”. Podkre-

ciąg dalszy na str. 36

Opieka zdrowotna

Nowe trendy

Wojciech Idaszak

Począwszy od lat dziewięćdziesiątych ubiegłego wieku coraz większym uznaniem i popularnością na całym świecie cieszą się zagadnienia *evidence based medicine* (EBM) oraz *health technology assessment* (HTA), czyli odpowiednio medycyny opartej na dowodach naukowych oraz oceny technologii medycznych.

Rozwój medycyny związany z rozwojem nowoczesnych technologii jest obecnie tak szybki, że dostępne stają się coraz to nowsze metody leczenia oraz nowe rodzaje leków. Jednakże nowoczesne technologie me-

dyczne, podobnie jak wszystkie technologiczne nowatorskie rozwiązania w innych dziedzinach życia, są niezwykle kosztowne. Wysokie koszty nowych technologii medycznych w powiązaniu z ograniczonymi środkami, jakimi dysponuje każdy podmiot odpowiedzialny za finansowanie opieki zdrowotnej sprawiają, iż w praktyce zachodzi potrzeba ograniczenia dostępności tych technologii oraz zapewnienia ich stosowania w takich przypadkach, gdy dadzą one najlepsze efekty medyczne. Na szczęście z pomocą przychodzą medycyna oparta na dowodach naukowych oraz ocena technologii medycznych.

Medycyna oparta na faktach

Medycyna oparta na dowodach naukowych to podejście do leczenia pacjenta, która zakłada korzystanie z wyników badań klinicznych przy prowadzeniu leczenia i podejmowaniu decyzji z tym związanych, np. w przedmiocie kierunku prowadzonych badań diagnostycznych. Nie oznacza to bynajmniej, iż wyniki badań klinicznych są tutaj elementem najistotniejszym. Równie istotne jest doświadczenie lekarza i jego wiedza, a także preferencje pacjenta co do sposobu leczenia. EBM jest więc próbą znalezienia swoistego „złotego środka”, czyli takiej metody leczenia pacjenta, która uwzględniałaby aktualną wiedzę i dostępną technologię medyczną, wiedzę i doświadczenie lekarza oraz wolę pacjenta.

EBM kładzie nacisk na wykorzystywanie przez lekarzy dostępnych im źródeł wiedzy w postaci drukowanych w różnego rodzaju periodykach publikacji naukowych i wyników badań klinicz-

nych pod kątem stosowania ich wyników we własnej praktyce. Jednakże z uwagi na ogromną liczbę dostępnych informacji zachodzi potrzeba ich oceny pod kątem przede wszystkim wiarygodności wyników badań, bądź też publikacji, następnie oceny przydatności tychże wyników w praktyce oraz systematyzowania wniosków z różnych publikacji dotyczących tego samego problemu. EBM to nie tylko „ślepe” stosowanie się do publikowanych zaleceń i wyników badań, ale również umiejętność oceny wiarygodności tych publikacji, przeprowadzanych badań ich wyników oraz wyciągniętych wniosków.

Coraz większe rozpowszechnienie Internetu, gdzie z roku na rok zamieszczanych jest coraz więcej publikacji naukowych, daje obecnie lekarzom bezprecedensowy w historii medycyny dostęp do wiedzy naukowej i wyników badań klinicznych.

Umiejętność oceny wiarygodności tych publikacji oraz wniosków w nich zawartych oraz korzystania ze zdobytej w ten sposób wiedzy wydaje się być bardzo cenna, w szczególności mając na względzie wynikające z Kodeksu Etyki Lekarskiej obowiązki wykonywania zawodu z zasadami aktualnej wiedzy lekarskiej oraz ciągłego podnoszenia posiadanych kwalifikacji w ramach doskonalenia zawodowego.

Ocena technologii medycznych

Kolejnym zdobywającym coraz większe uznanie w opiece zdrowia aspektem organizacji tej opieki jest ocena technologii medycznych. Jak wyżej wspomniałem, rozwój technologii medycznych, w tym np. farmakologii, stwarza ogromne możliwości leczenia przy zastosowaniu coraz bardziej zaawansowanych technologicznie środków i narzędzi. Problem kosztowności najnowocześniejszych środków legł u podstaw rozwoju oceny technologii medycznych jako multidyscyplinarnego i analitycznego podejścia do budowania polityki zdrowotnej przez płatników opieki zdrowotnej w wielu krajach na świecie.

Oceną technologii medycznych zajmują się liczne ośrodki na całym świecie, które dokonują analiz dostępnych metod, środków i technologii leczniczych, wyników ich stosowania pod kątem ich przydatności w planowaniu polityki zdrowotnej jako spójnego systemu.

Istotny, jak zawsze po stronie płatnika, jest dla oceny technologii medycznych rachunek koszt-korzyść, jak się bowiem okazuje stosowanie niezwykle wyrafinowanych metod leczenia bądź profilaktyki nie przekłada się zawsze na znaczącą poprawę stanu zdrowia pacjentów w szerszej populacji bądź nie powoduje spadku zachorowalności w tej populacji. W konsekwencji oznacza to, iż koszty stosowania nowoczesnych technologii medycznych mogą niekiedy być wyższe niż medyczne, społeczne i czy- sto finansowe korzyści wynikające z ich stosowania.

Racjonalizacja polityki zdrowotnej uwzględniająca najnowsze dostępne metody leczenia i profilaktyki, ich skuteczność kliniczną w danej społeczności, koszty jej wprowadzenia do systemu opieki zdrowia, kształtowanie poziomu dostępności danej technologii dla określonych grup pacjentów oraz spodziewane korzyści medyczne, społeczne i finansowe realizowana jest właśnie przy użyciu oceny technologii medycznych.

Wiedza na temat opisanych powyżej zagadnień rozwija się również dynamicznie w Polsce, czego znamiennym przykładem jest utworzenie przez ministra zdrowia Agencji Oceny Technologii Medycznych, oraz działania innych podmiotów realizujących działania związane z medycyną opartą na dowodach naukowych i oceną technologii medycznych.

Na rok 2007 zaplanowany został cykl szkoleń obejmujących zagadnienia EMB i HTA organizowany przez Agencję Oceny Technologii Medycznych w ramach instytucjonalnej współpracy bliźniaczej polsko-francuskiej.

Szczegółowych informacji na temat szkoleń, warunków uczestnictwa, terminów i miejsc szkoleń można zasięgać w Agencji Oceny Technologii Medycznych.

Wszystkich zainteresowanych poruszoną powyżej tematyką gorąco zachęcam do przeszukania Internetu w celu uzyskania bardziej szczegółowych informacji, które z oczywistych względów nie mogły znaleźć się w tak krótkim tekście. Poszukiwanie takie być może sprawi, iż połączą Państwo bakcyla i zaczną aktywnie poszukiwać informacji na temat nowych metod leczenia ich skuteczności właśnie poprzez Internet, realizując przy tym założenia medycyny opartej na dowodach naukowych.



LUBELSKIE
HOSPICIUM
DLA DZIECI
im. Młodego Kalceja

przekaż 1% podatku

www.hospicjum.lublin.pl

tel. (81) 746 19 00

Bank Pekao S.A. III o/Lublin 73 1240 2382 1111 0000 3923 3280
Bank Millennium S.A. 03 1160 2202 0000 0000 6017 6058

Anonse lekarskie

Jak się ogłaszać, jak nie należy się reklamować!

Zygmunt Wiśniewski

Podobno w dawnych czasach – przed połową XIX w. – lekarze nie musieli się ogłaszać, ani reklamować. Było ich tak mało, że wieść o osiedleniu się lekarza obiegała okolice lotem błyskawicy.

Inaczej było w okresie II Rzeczypospolitej. Pozorny nadmiar lekarzy, połączony z kryzysem gospodarczym sprawił, że musieli sami zabiegać o pacjentów. Droga do pacjentów wiodła poprzez upowszechnianie informacji, ogłaszanie się, anonse.

Zawód lekarza w warunkach wolnorynkowych podlegał zasadom ekonomicznym, które nie mają wpisanych w siebie reguł etycznych. Gra wolnorynkowa preferuje silniejszych, bardziej pomysłowych, aktywniejszych. Słabszych stawia na przegranych pozycjach. Izby lekarskie reprezentowały interesy jednych i drugich – silnych i słabych. Musiały więc wkraczać w te sytuacje, żeby chronić interesy słabszych, a studiować zapędy nadmierne przedsiębiorczych, przede wszystkim zaś tworzyć wzorce etyczne, do których powinni równać wszyscy wykonujący zawód lekarski.

Izby lekarskie stały przed problemem skodyfikowania tego, co było mało wymierne, bo brało się z poczucia ładu moralnego. Te prawa moralne musiały zostać przeniesione na treść, stylistykę, rozmiar, częstotliwość informacji i ogłoszeń. Nakreślona też musiała zostać granica między tym, co etyczne (informacją), a tym, co pozostawało z nią sprzeczne (reklamą).

To jeszcze jedno, współczesne, odbicie oblicza stanu lekarskiego, które pojawiło się w pierwszej połowie XX w.

Pitawał – czyli sprawy zabawne

W czerwcu 1931 r. przed sądem dyscyplinarnym Izby Lekarskiej Warszawsko-Białostockiej, w jego oddziale terenowym w Białymstoku, stanął lekarz, Łazarz K. z Siemiatycz. Sąd uznał go winnym rozpowszechniania ulotki reklamowej o udzielaniu ulgowych porad po dwa złote i tolerowaniu ulotek wydanych przez związek rzemieślników, tj. niezgodnie z przepisami o ogłoszeniach lekarskich obowiązującymi na obszarze Izby.

Jak ustalił przewód sądowy, dr Łazarz B. sam polecił wydrukować ulotkę i tolerował pozostałe ulotki, pod względem treści niezgodne z przepisami o ogłoszeniach lekarskich. Czynił to ze względów konkurencyjnych w celu zwiększenia praktyki.

Sąd Izby Lekarskiej Warszawsko-Białostockiej wymierzył obwinionemu karę upomnienia, ze specjalnym ostrzeżeniem, tj. z opublikowaniem wyroku w „Dzienniku Urzędowym Izby Lekarskiej” z podaniem imienia i nazwiska ukaranego.

Sprawy o uprawianie przez lekarzy niedozwolonych form reklamy były w sądzie Izby Lekarskiej Warszawsko-Białostockiej bardzo liczne.

Przewodniczącym sądu Izby W-B był w latach trzydziestych przez dwie kadencje doc. dr Leon Owczarewicz. Napisał przez niego sprawozdania z pracy sądu Izby mają charakter opisowy. A że dr Owczarewicz był bystrym obserwatorem i miał temperament felietonisty – jego opisy są zabawne w formie i pouczające w treści.

Wśród popełnionych przez lekarzy wykroczeń na pierwsze miejsce wysuwa się niedozwolona reklama. Jesz-

cze ciągle zdarzają się lekarze, którzy sądzą, że gdy na kolorowych papierkach rozlepią swoje nazwiska i adresy, albo rozsypią swoje bilety wizytowe na zjazdach akuszerów – to sława i fortuna wejdzie do ich poczekalni... Rezultat tej pomysłowej reklamy był zawsze taki sam: sprawa w sądzie, a pacjentów też nie więcej, jeśli nie jeszcze mniej.

Dbą też doc. dr L. Owczarewicz o wskazanie na wychowawcze oddziaływanie wyroków sądów izbowych.

Owa stosunkowo duża ilość spraw o niedozwoloną reklamę dowodzi, że wśród ogółu lekarzy nie brak jednostek, które przypuszczają, że drogą ogłoszeń nieraz na kolorowych papierkach rozdawanych po mieście lub wyświetlanych w kinach mogą zdobyć uznanie i praktykę. Jeśli jednak zainteresować się tym, co się stało dalej z tymi lekarzami, to widzimy, że przeważnie byli oni zmuszeni w krótkim czasie opuścić to miejsce, gdzie się reklamowali, a ich zachwalane zakłady lecznicze zamknęły się nieraz przed zakończeniem procesu w sądzie Izby.

Anegdotę i rodzajowość do tej problematyki wnoszą też sprawozdania Izby Lekarskiej Łódzkiej za rok 1933.

W jednym z żargonowych pism miejscowych ogłoszono, jako premię dla prenumeratorów, bony na porady lekarskie u szeregu lekarzy łódzkich. Na wezwanie zarządu, wymienieni lekarze zmuszeni zostali do rezygnacji ze swoich ogłoszeń. W jednym z miast prowincjonalnych lekarz rozpowszechniał ulotki, umieszczał je w sklepie spożywczym oraz w lokalu publicznym (łaźni). Również poddano rozważeniu sprawę ogłaszania sprawozdań towarzystwa lekarskiego w prasie codziennej, upatrując w tym z jednej strony zbędne podawanie szczegółów, często nie zrozumiałych dla szerszego ogółu, z drugiej zaś możliwość wyzyskania tego dla celów osobistej reklamy.

Prawo na użytek izb lekarskich

Okręgowe izby lekarskie reagowały w różny, na ogół mało skuteczny, sposób na zjawisko nieetycznych sposobów ogłaszania się poprzez druki ulotne i prasę od początku nasilenia się tego zjawiska. Nastąpiło ono wraz ze wzrastającymi dolegliwościami ekonomicznymi kryzysu gospodarczego. Na początku lat trzydziestych władze państwowe wydały przepisy, które dawały izbom lekarskim umocowania prawne do ścigania wykroczeń z tytułu niedozwolonej reklamy. Podstawą była nowa ustawa o wykonywaniu praktyki lekarskiej z 1932 r., w której ustawodawca zapowiedział unormowanie drogą rozporządzenia sprawy ogłoszeń publicznych, komunikatów i innych reklam, dotyczących wykonywania praktyki lekarskiej. W ślad za tą zapowiedzią, w 1934 r. ukazało się rozporządzenie, które przekazywało uprawnienia do regulacji spraw ogłoszeń i reklam izbom lekarskim.

Okręgowe izby lekarskie wykorzystały to uprawnienie ogłaszając przepisy, które niekiedy ogólnikowo, a niekiedy aż do przesady szczegółowo regulowały te kwestie.

Co wolno, czego nie wolno w Izbie Warszawsko-Białostockiej?

W połowie 1934 r. Rada Izby Warszawsko-Białostockiej uchwaliła obszerny dokument określający jej stosunek do ogłaszania się i reklamowania lekarzy, stanowiący zarazem obowiązujący na terenie Izby prawo.

Art. I przepisów stanowi:

Zabrania się wszelkich sposobów reklamy, polegających na narzucaniu publiczności swych usług w formie ubliżającej godności stanu lekarskiego i wykraczającej przeciw zasadom etyki lekarskiej.

Tyle na początek, i to w formie zakazu. Artykuł ten staje się bardziej czytelny po poznaniu paragrafów formujących pozytywnie prawa ogłaszania się w prasie:

Ogłoszenia lekarzy mogą zawierać wyłącznie: nazwisko i imię lekarza, tytuł naukowy uzyskany na jednym z uniwersytetów polskich, specjalność, adres, numer telefonu, godziny przyjęć.

Wszelkie odchylenia ogłoszeń od tych przepisów pod względem treści i formy (np. ogłoszenia lekarzy bez imienia i nazwiska, podanie szczególnych kwalifikacji, wyszczególnienie nazw chorób, wymienienie wysokości honorarium, zaofiarowanie bezpłatnej pomocy le-

karskiej lub cen „ulgowych”, „leczniczych” itp.) są zabronione.

Niedozwolone są również pośrednie sposoby reklamy lekarzy pod postacią: pseudonaukowych lub pseudopopularystycznych artykułów i notatek dziennikarskich, publicznego wydawania opinii o środkach leczniczych, przetworach kosmetycznych itp.

Wywieszanie jakichkolwiek ogłoszeń reklamowych w aptekach, składach aptecznych, instytucjach handlowych, lokalach i miejscach publicznych itp. jako też rozsyłanie tych ogłoszeń pocztą, lub rozdawanie ich w postaci ulotek jest zabronione.

Rada Izby Warszawsko-Białostockiej przewidywała doniesienia karne, a więc kierowane do sądów powszechnych, przeciwko lekarzom nie respektującym przepisów o ogłaszaniu się i reklamie. Dostępne dokumenty (a przetrwały prawie tylko prasowe) nie pozwalają na ocenę, na ile przepisy te były respektowane.

Czego nie wolno w Izbie Wileńsko-Nowogródzkiej?

Władze Izby Wileńsko-Nowogródzkiej przyjęły, widocznie, stanowisko, że dozwolone jest wszystko, co nie jest zabronione, skoro skoncentrowały się na rejestrze przykładów negatywnych. Zrobiły to wcześniej od innych okręgowych izb lekarskich, bo już w 1929 r., a w dodatku rejestr ogłoszeń i reklam zabronionych wpisały do swojego kodeksu deontologicznego.

Wzbronione są następujące sposoby reklamy:

Ogłaszanie pomocy lekarskiej w przewodnikach podróży, w księgach informacyjnych dla podróżnych, w kalendarzach (z wyjątkiem kalendarzy lekarskich), w pismach ulotnych, ogłoszeniach hotelowych itp. drukach.

Ogłaszanie w dziennikach lub w ogóle publiczne ofiarowanie bezpłatnej lub ulgowej pomocy lekarskiej.

Zalecanie szczególnych własnych metod leczniczych lub środków tajemnych drogą ogłoszeń w pismach nie-lekarskich lub przy pomocy ulotek, czy też odczytów publicznych.

Zamieszczanie w pismach nie-lekarskich opisów kuracji lub dokonanych rękoczynów.

Podawanie w dziennikach wzmianki o zawodowym udziale w przypadkach niezwykłych lub dotyczących osób wpływowych, z wyjątkiem biuletynów urzędowych.

Tym rejestrem niedozwolonych form reklamy Izba Wileńsko-Nowogródzka

dokończenie na str. 37

Listy

Hitlerowcy zniszczyli pomnik Edwarda Wittiga

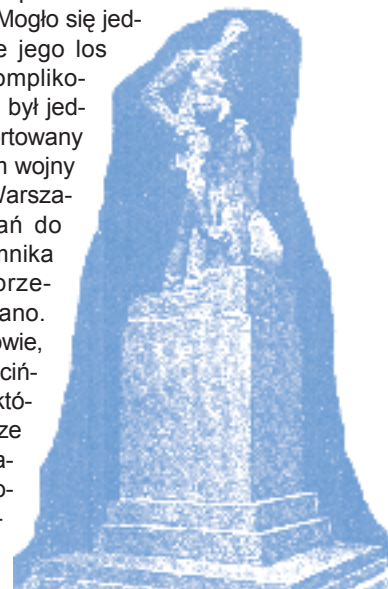
Po publikacji szkicu Zygmunta Wiśniewskiego „Pomnik, którego nie ma” (GL nr 10/2006) otrzymaliśmy list od pana Romana Kalicińskiego z Krakowa, który odpowiada na pytania autora o dalszy los pomnika, którego gipsowy model trafił w 1937 r. do krakowskiej odlewni Piotra Seipa.

O pomniku dowiedziałem się już bardzo dawno, bo około 64 lata temu. W 1943 r., po ukończeniu szkoły zawodowej, dostałem nakaz pracy do małej niemieckiej firmy na terenie Krakowa w dzielnicy Podgórze. Jedną z pierwszych prac, do jakich mnie skierowano, było sortowanie złomu na złomowisku metali przy ul. Romanowicza (nieдалеко fabryki Schindlera). Na tym złomowisku zobaczyłem wiele małych fragmentów – części jakiegoś pomnika. Zainteresowało mnie to bardzo, bo był to okres burzenia wielu polskich pomników. Zapytany przeze mnie stary polski pracownik tego złomowiska powiedział, że był to pomnik sanitariusza, przywieziony z Warszawy. Pamiętam, że bardzo wtedy dziwiłem się, dlaczego Niemcy przywieźli pomnik z Warszawy do Krakowa. Tak to już w mojej pamięci zostało, bo oczywiście wtedy historii pomnika nie znałem.

Teraz chyba sprawa się wyjaśniła, jeżeli przyjąć, że pomnik nie wyjechał z Krakowa. Pewne jest, że pocięty na części pomnik był we wrześniu 1943 r. na złomowisku w Krakowie-Podgórzu – czego byłem naoczny świadkiem.

Od autora: Nie ulega wątpliwości, że pan Roman Kaliciński widział zniszczony przez hitlerowców pomnik dłuta Edwarda Wittiga. Prawdopodobnie trafił on na złomowisko prosto z odlewni Piotra Seipa. Mogło się jednak zdarzyć, że jego los był bardziej skomplikowany i że odlew był jednak przetransportowany przed wybuchem wojny 1939 roku do Warszawy. Przygotowań do odstonięcia pomnika w Warszawie przecież nie przerwano. Może są świadkowie, tacy jak pan Kaliciński z Krakowa, którzy wniosą jeszcze nieznane informacje do dziejów pomnika sanitariusza?

Z.W.



Doc. dr Leon Owczarewicz był bakteriologiem i analitykiem, pracownikiem naukowym, docentem na Wydziale Lekarskim Uniwersytetu Warszawskiego. W pracy zawodowej nie miał okazji wykazać się swoim talentem literackim. Jego próbkę znajdujemy w opisach zachowań lekarzy przed sądem Izby Lekarskiej Warszawsko-Białostockiej.

Dentystyka warszawska

Nauczanie dentystyki i stomatologii na ziemiach polskich pod zaborami rozwijało się dwiema drogami. Pierwszą była droga uniwersytecka, drugą zawodowa.

Lekarzy stomatologów kształciły wydziały lekarskie uniwersytetów w Krakowie i we Lwowie. Pod koniec XIX i na początku XX w. najwyższą rangą cieszył się Kraków, za nim – za sprawą Cieszyńskiego – na czoło wysunął się Uniwersytet Jana Kazimierza we Lwowie. Także na Uniwersytecie Warszawskim kształcono w niewielkim zakresie, z pomocą kadry spoza uczelni, lekarzy o specjalizacji stomatologicznej.

W Warszawie, obok kształcenia uniwersyteckiego – na wzór Petersburga – powstały w końcu XIX w. dwie prywatne szkoły dentystyczne o profilu zawodowym. Zapoczątkowały one nurt nieuniwersyteckiego kształcenia zawodowego.

Kiedy w odrodzonej Polsce gremium lekarskiemu, zwołanemu przez ministra zdrowia publicznego, Tomasza Janiszewskiego, przyszło w 1920 r. zdecydować o przyszłości kształcenia lekarzy dentystów – wybrano model szkolenia zawodowego. Za wyborem kształcenia przemawiał przerażający niedobór lekarzy dentystów i potrzeby rozwijającej się polskiej służby zdrowia.

W 1921 r. zarejestrowano w Polsce 860 lekarzy dentystów. Praktykowało pewnie znacznie więcej, ponieważ spuścizna byłego zaboru rosyjskiego wniosła tolerancyjne prawo dla absolwentów prywatnych szkół dentystycznych, techników – czyli ludzi przyuczonych na sposób rzemieślniczy – oraz samowzańcych „partaczy”. Jeśli jednak polegać na oficjalnej statystyce, to wynika z niej, że jeden lekarz dentysta przypadał na 31 600 mieszkańców. W tym samym 1921 r. praktykowało 5548 lekarzy ogólnych. Jeden lekarz przypadał w województwach centralnych na 6100 mieszkańców, a na Kresach na 11 500 mieszkańców. Polska stała więc przed wiekowym zaniedbaniem w dentystycznej opiece medycznej. To zapóźnienie mogło nadrobić tylko szybkie szkolenie zawodowe.

Prof. W. Łepkowski, wspominając w 10 lat później naradę u min. Janiszewskiego, pisał, że zebranie elity lekarsko-stomatologicznej u ministra zdrowia opowiedziało się za utworzeniem instytutu dentystycznego w Warszawie, a więc za rządową szkołą zawodową oraz jednocześnie za skasowaniem prywatnych szkół dentystycznych.

Państwowy Instytut Dentystyczny, powstały z piętnem szkoły zawodowej, nie dającej absolwentom cenzusu akademickiego, będzie walczył o swoją nobilitację przez cały okres II Rzeczypospolitej.

Ze Lwowa (prof. A. Cieszyński) i z Krakowa (prof. W. Łepkowski) będą od-mawiali absolwentom dentystyki warszawskiej prawa do tytułowania się lekarzami. Nie przyjmą też propozycji objęcia katedr w PID w Warszawie, gdzie mieliby znacznie dogodniejsze warunki do rozwijania swoich prac naukowych.

Znaleźli się jednak w Warszawie praktycy i naukowcy, którzy systematycznie będą dźwigać Instytut w górę pod względem jakości kształcenia i prestiżu.

Podstawy naukowe i praktyczne warszawskiej uczelni dentystycznej mozolnie budowali lekarze stomatolodzy (dentyści) z cenzusami naukowymi: m.in. Hilary Wilga, Alfred Meissner, Franciszek Zwierzchowski i Marian Żeńczak.

Hilary Wilga był absolwentem studiów lekarskich w Moskwie. Doktoryzował się i wykładał na Uniwersytecie Moskiewskim. Po powrocie do Polski został profesorem i pierwszym dyrektorem Państwowego Instytutu Dentystycznego.

Alfred Meissner, zanim trafił do PID, odbył studia lekarskie i specjalistyczne stomatologiczne we Wrocławiu, w Lipsku i w Monachium. W PID kierował katedrą chirurgii stomatologicznej i pełnił funkcję wicedyrektora.

Franciszek Zwierzchowski był absolwentem petersburskiej Akademii Woskowo-Medycznej. Przed powrotem do kraju uzyskał tytuł profesora stomatologii w Psychoneurologicznym Instytucie w Petersburgu. W odrodzonej Polsce,

jako lekarz wojskowy w stopniu pułkownika, uczestniczył w budowie wojskowej służby zdrowia. Był współorganizatorem PID i kierownikiem katedry stomatologii zachowawczej.

Marian Żeńczak zdobył ostrogi lekarsko-stomatologiczne na Uniwersytecie Jana Kazimierza we Lwowie, doktoryzował się w Pradze. W PID jako zastępca profesora kierował katedrą protetyki stomatologicznej.

PID miał kadrę naukową na miarę uniwersyteckiej, jego pracownicy naukowcy prowadzili nawet zajęcia zleczone dla studentów medycyny na Uniwersytecie Warszawskim. Jako szkoła bez cenzusu akademickiego pozostawał jednak w cieniu uniwersytetów w Krakowie i we Lwowie.

Warszawskiemu Instytutowi Dentystycznemu nie szczędził zwłaszcza uwag, dobrych rad, pomysłów reorganizacyjnych i zwykłych złośliwości prof. Antoni Cieszyński.

W 1932 r. opublikował w redagowanej przez siebie „Polskiej Stomatologii” artykuł o potrzebie reformy studiów dentystycznych, w którym dworował z feminizacji zawodu lekarza dentysty za sprawą PID.

Jeżeli przyjrzymy się składowi studentów w Państwowym Instytucie Dentystycznym w Warszawie, stwierdzimy niepomierłą liczbę kobiet studiujących tamże i otrzymujących dyplomy dentystyczne; objaw ten musi trwogą napędzać cały stan lekarsko-dentystyczny. Ponieważ liczba kobiet mających przystęp

do studiów lekarskich na wszystkich wydziałach lekarskich jest ograniczona, jest olbrzymia ilość kobiet ze świadectwami dojrzałości, które szukają przytułku w Państwowym Instytucie Dentystycznym w Warszawie. Kandydaci mężczyźni nie przedstawiają przy tym elementu najlepszego, są to bowiem przeważnie ci, którzy stracili już prawo do studiów lekarskich, ponieważ nie powiódł im się egzamin na pierwszych latach studiów.

Złośliwe żarty nie przeszkadzały prof. A. Cieszyńskiemu widzieć problemu kształcenia lekarzy dentystów i lekarzy stomatologów w wymiarze ekonomicznym i społecznym.

Przedłużenie roku praktycznego po uzyskaniu studiów lekarskich i osobnego doktoratu z medycyny w Polsce przedłuża studia lekarskie obecnie do 7 i pół roku (6+1+pół). Specjalizacja w stomatologii wymaga przy uniwersytetach we Lwowie, Krakowie i Poznaniu przynajmniej 4 trymestry, tj. 1 i pół roku, czyli stomatolog z tytułem dr med. potrzebować będzie blisko 9 lat, podczas gdy lekarz dentysta uzyskuje te same prawa w Państwowym Instytucie Dentystycznym w Warszawie po 4 i pół roku. Dysproporcja wymagań wypływa z braku jednolitości studiów w Polsce. Dziwić się więc nie można, że liczba kandydatów na stomatologów spadnie do minimum, gdyż za wielkie są ofiary do uzyskania równych uprawnień z lekarzem dentystą, a nawet z uprawnionymi technikami dentystycznymi.

Prof. Cieszyński abstrahował od potrzeb społecznych, a także – chyba – od

Prof. dr Hilary Wilga ukończył studia medyczne w Moskwie. Na Uniwersytecie Moskiewskim uzyskał też tytuł profesora stomatologii. W latach 1921-27 był dyrektorem i wykładowcą w Państwowym Instytucie Dentystycznym w Warszawie. W PID, pod jego kierownictwem, pracowała dobrze wykształcona na uczelniach zagranicznych kadra naukowo-dydaktyczna.



konieczności stomatologicznego wykształcenia wszystkich lekarzy parających się dentystyką. Znany był z tego, że stawiał najwyższe wymagania lekarzom, a społeczeństwu radził dorosnąć do stanu zamożności, w którym będzie mogło utrzymać ludzi dbających o jego zdrowie. Według tej miary formułował też program dla Warszawy.

Czas byłby najwyższy, ażeby Uniwersytet Warszawski uzyskał osobną katedrę stomatologii i klinikę stomatologiczną przy tak wielkiej liczbie studentów medycyny. Stan obecny należy uznać za prowizorium, który niestety już trzynasty rok istnieje.

Była to jednak kwadratura koła, bo nie sposób było pogodzić wymagań stawianych absolwentom przez Antoniego Cieszyńskiego z programem kształcenia 150 dyplomowanych lekarzy dentystów rocznie.

Z.W.

Anonse lekarskie

dokńczenie ze str. 35

ka nie odróżnia się od innych izb, które – o kilka lat później, wprawdzie – przyjęły podobny rejestr praktyk informacyjno-reklamowych zabronionych. Życie przynosiło jednak fakty i zachowania, które prawdopodobnie skłoniły twórców kodeksu deontologicznego Izby Wileńsko-Nowogrodzkiej do wpisania do niego czynności ze wszech miar nagannych, odnotowywanych dotąd tylko wśród szarlatanów:

Nadawanie sobie nienależnych tytułów lekarskich lub naukowych...

Używanie agentów i faktorów dla przysporzenia sobie klientów bez względu na to, czy lekarz dzieli się wprost zyskiem z nimi, czy też wynagradza usługi ich w inny sposób.

Dzielenie się z aptekarzami lub innymi przemysłowcami zyskiem płynącym z zakupu ordynowanych przez lekarza leków...

Umowy z aptekarzami o odsyłanie do lekarza chorych w zamian za polecenie tym chorym przez lekarza odnośnych aptek...

Wydawanie świadectw o skuteczności tzw. środków tajemnych.

Wydawanie świadectw nie-lekarzom, że osoby te są zdolne do samodzielnego wykonywania czynności lekarskich (felczerzy, akuszerki, pielęgniarki, technicy dentystyczni, masażyści, bandażyści itp.) lub polecenie tych osób chorym do samodzielnego czynności lekarskich...

Wspólne z nie-lekarzami leczenie chorych, pokrywanie swym nazwiskiem leczenia chorych przez nie-lekarzy (partaczy leczniczych) lub popieranie ich w jakikolwiek sposób.

Przytoczony tu – za kodeksem deontologicznym Wileńsko-Nowogrodzkiej Izby Lekarskiej – rejestr reklam i czynności niedozwolonych znany był dotąd

z opisów dziennikarskich i literackich praktyk szarlatańskich. Skoro trafił do kodeksu deontologicznego, to – widocznie – praktykowany musiał być również przez ludzi z dyplomami lekarskimi. W ten sposób stał się świadectwem ztracenia przez niektórych lekarzy elementarnych norm deontologicznych.

*

Podobnie jak ówczesne kodeksy deontologiczne, tak i przepisy o ogłaszaniu i reklamowaniu się są odbiciem zachowań i postaw etycznych ówczesnych lekarzy. Tak jak na podstawie spraw, które dotyczyły wykroczeń nielicznych przeciwko normom obowiązującym świat lekarski, nie można formułować ocen powszechnych, tak również na podstawie zakazów kodeksowych nie można wyrokować o zjawiskach w seregach stanu lekarskiego. Skoro jednak powstały zakazy – to musiały również istnieć czyny zakazane!

Zygmunt Wiśniewski

ciąg dalszy ze str. 38

kuje obecnie już ponad 900 anestezjologów. • **A teraz mniej kija, a więcej marchewki.** MZ chce, aby anestezjologdy otrzymali 30-proc. dodatek do pensji – donosi „Gazeta Prawna”. W ten sposób resort chce powstrzymać emigrację zarobkową (z Polski wyjechało już 12% wszystkich anestezjologów). Koszt ww. podwyżek ma zostać pokryty ze środków budżetowych. • **Lepsza opieka i leczenie za... 7 zł miesięcznie?** MZ pracuje nad możliwością wprowadzenia dodatkowych, dobrowolnych ubezpieczeń zdrowotnych. Za 7-10 zł mies. ma zostać zagwarantowany wyższy standard leczenia, np. osobny pokój w szpitalu, opieka wybranego lekarza czy dodatkowa pielęgniarka. Pomysł ten nie podobą się natomiast premierowi Jarosławowi Kaczyńskiemu („Nie dopuścimy, by w jednym szpitalu byli pacjenci lepsi i gorsi”). • **„A tu jest taki mały upominek od naszej firmy”.** Zgodnie z przyjętym przez rząd projektem nowelizacji ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej, lekarzom, felczerom i farmaceutom będzie grozić odpowiedzialność karna za przyjmowanie korzyści od firm farmaceutycznych. • **Niskie płace przyczyną korupcji.** Przyczyną korupcji w ochronie zdrowia są przede wszystkim niskie płace personelu medycznego – wynika z badania przeprowadzonego przez Fundację im. Stefana Batorego we współpracy z największym portalem med. dla lekarzy Esculap.pl, dzień. „Rzeczpospolita” oraz mies. „Zdrowie”. • **Nowe listy i obowiązki PESEL pacjenta na każdej receptce.** Prawdopodobnie od połowy lutego będą obowiązywały nowe listy leków refundowanych, a od marca lekarze będą mieli obowiązek zapisywania na wszystkich receptach numeru PESEL pacjentów. • **„Zapraszamy z własnymi plastrami i igłami”.** Wiele szpitali w regionie łódzkim zmusza pacjentów do kupowania igieł, plastrów czy wenflonów, a nawet chust wykorzystywanych podczas operacji. Według NFZ takie postępowanie jest bezprawne. • **Nie tylko po, by skończyć z wezwaniami po recepty.** „Paradoksalnie szanse uratowania życia są większe, gdy do wypadku przyjeżdża paramedyk, a nie lekarz. W krajach, gdzie w karetkach jeżdżą lekarze (Polska, Francja, Niemcy), przeżywa mniej poszkodowanych w wypadkach niż tam, gdzie w karetkach są ratownicy (USA, Kanada, Izrael)” – wyjaśnia lekarz, spec. med. ratunkowej Przemysław Guła. • **Prywatne rośnie w siłę.** Od stycznia zmieniły się zasady odliczania kosztów finansowania prywatnej opieki medycznej

dokńczenie na str. 40

Tenis w Pabianicach

Po raz dziesiąty lekarze z całego kraju rywalizowali na kortach MOSiR-u w Pabianicach podczas Jubileuszowego Ogólnopolskiego Turnieju Tenisowego Lekarzy, który w dn. 10-12.11.2006 r. zorganizowała Komisja Sportu i Rekreacji OIL w Łodzi. Przybyło ponad 50 uczestników.

Imprezę otworzył w imieniu Przewodniczącego ORL w Łodzi sekretarz Rady dr Marek Nadolski. W otwarciu uczestniczył również prezydent Pabianic prof. Jan Berner oraz prezes Pabianickiego Klubu Tenisowego Tadeusz Rozwens i prezes oddziału łódzkiego PZT Jerzy Kobierski, a także przedstawiciele sponsorów imprezy.

Puchar Fair Play otrzymała Agnieszka Widziszowska z Gliwici.

Komisja Sportu i Rekreacji ORL w Łodzi

Wyniki: PANIE do 40 lat 1. Agnieszka Widziszowska, 2. Anna Balicka, 3. Joanna Szafranek-Pyzel, Anna Zambrzycka; **+40 lat** 1. Bożenna Kędzierska, 2. Elżbieta Warzecha, 3. Małgorzata Olszewska-Płoszaj; **debel** 1. Kędzierska – Widziszowska, 2. Warzecha – Balicka, 3. Olszewska – Szafranek-Pyzel; **PANOWIE open** 1. Klaudiusz Ciepliński, 2. Dominik Chodyra, 3. Adam Mroczek, Paweł Machała; **+35 lat** 1. Marcin Wroński, 2. Wojciech Służalec, 3. Piotr Sieroszewski, Jacek Kowal; **+ 45 lat** 1. Bogusław Rataj, 2. Andrzej Jasiński, 3. Wojciech Pietrzak, Sławomir Stawicki; **+ 50 lat** 1. Adam Jakubowski, 2. Andrzej Bachurski, 3. Dariusz Obin, Marek Iwaszko; **+ 55 lat** 1. Krzysztof Migala, 2. Janusz Malarski, 3. Jerzy Sobel, Piotr Kołodziej; **+ 60 lat** 1. Józef Herman, 2. Stanisław Kaczmarski, 3. Wiesław Krakowski, Antoni Prokopowicz; **debel do 45 lat** 1. Wroński – Telega, 2. Pietrzak – Semczuk, 3. Sieczyk-M.Polikowski, Marcin Fafik – Szymak; **debel + 45 lat** 1. Jasiński – Stawicki, 2. M.Polikowski – Pudełko, 3. Rataj – Głabisz, Sobel – Iwaszko; **debel + 60 lat** 1. Malarski – Prokopowicz, 2. Krakowski – Kaczmarski, 3. Herman – Solarzski, B. Polikowski – Ostapowicz; **MIXTY** 1. Widziszowska – Rataj, 2. Balicka – Malarski, 3. Warzecha – Pudełko, Kędzierska – Jakubowski

Ze względu na małą liczbę zawodników grupy + 60 i + 70 zostały połączone z niższymi.

sport@gazetalekarska.pl

Okręgowa Izba Lekarska w Łodzi informuje, że w dn. 26-27 maja 2007 r. organizuje Mistrzostwa Polski Lekarzy w Piłce Nożnej.

Zapraszamy do udziału 6-osobowe drużyny z poszczególnych OIL. Ze względów organizacyjnych uprzejmie prosimy o wstępne potwierdzenie udziału **do końca lutego br.** u organizatora Mistrzostw: **dr Mariusz Maroszyński**, tel. **0504-121-832**. Warunkiem uczestnictwa w turnieju jest przesłanie wpisowego w wys. 1000 zł od drużyny w nieprzekraczalnym terminie **do 31 marca 2007 r.** na konto OIL w Łodzi: PKO BP SA I Oddział w Łodzi nr konta 98 1020 3352 0000 1602 0010 0362 z dopiskiem „Piłka nożna”. Szczegółowy program Mistrzostw zostanie przesłany w kwietniu do zainteresowanych drużyn.

X Halowe Mistrzostwa Polski Lekarzy w Tenisie odbędą się 3-5 marca 2007 roku w Stalowej Woli. Szczegółowe informacje: <http://www.pstl.org>, <http://mktstalowawola.republika.pl>. Serdecznie zapraszamy, kontakt **Alfred Micał**, 0603-927-870, Jacek Kowal, 0502-39-18-18

Angielski przez Internet

www.skoknet.pl/demo

login: demoang

hasło: HGtYcVas

Zapraszamy Państwa do korzystania

z **POKOI GOŚCINNYCH**

Naczelnej Izby Lekarskiej,

ul. Sobieskiego 110, Warszawa

50 zł/doba – lekarz, 70 zł/doba – pozostałe osoby

Rezerwacja: tel. 022-559-13-00, 022-559-13-24

Strzelający medycy

10 grudnia 2006 r. na obiekcie KSS Feniks w Węgrowie odbyły się V mistrzostwa polski medyków w strzelectwie sportowym

Zawody odbywały się w trzech konkurencjach: pistolet sportowy (Psp 20), pistolet centralnego zapłonu (Pcz 20) i karabinek sportowy w postawie stojącej (Ksp 20).

Mistrzem Polski na rok 2006 w konkurencji pistolet sportowy (Psp 20) z wynikiem 180 pkt. został pan dr Marek Adamczewski z Łodzi, wicemistrzem z wynikiem 178 pkt. pan dr Janusz Kozłowski z Gdyni, natomiast III miejsce z wynikiem 176 pkt. pan dr Lech Dziedzic z Sokołowa Podlaskiego.

Mistrzem Polski na rok 2006 w konkurencji pistolet centralnego zapłonu (Pcz 20) z wynikiem 185 pkt. został pan dr Lech Dziedzic, wicemistrzem z wynikiem 181 pkt. pan dr Marek Adamczewski, III miejsce z wynikiem 176 pkt. pan dr Janusz Kozłowski.

Mistrzem Polski na rok 2006 w konkurencji karabinek sportowy w postawie stojącej (Ksp 20) z wynikiem 96 pkt. została pani dr Marta Krasny z Warszawy, wicemistrzem z wynikiem 90 pkt. pan dr Lech Dziedzic, III miejsce z wynikiem 87 pkt. pan dr Janusz Kozłowski.

Zawody sportowe odbywały się w koleżeńskej i miłej atmosferze.

Zapraszamy serdecznie na otwarty Puchar Mazowska Medyków, który odbędzie się w maju i na mistrzostwa Polski Medyków w październiku.

Lech Dziedzic



Prezes KSS Feniks Konrad Kasperowicz odczytuje wyniki zawodów. Zwycięzcy konkurencji strzeleckich od lewej: pan dr Janusz Kozłowski, pan dr Marek Adamczewski, pani dr Marta Krasny, pan dr Lech Dziedzic.

2

ZIMOWE IGRZYSKA LEKARSKIE

ZAKOPANE - NOWY TARG

8-11 marca 2007

slalom gigant	●
slalom specjalny	●
slalom równoległy	●
carving	●
snowboard	●
biegi narciarskie	●
triathlon zimowy	●
ski tour	●
hokej na lodzie	●
łyżwiarstwo szybkie	●

kontakt:
maciek@igrzyskalekarskie.org

dokńczenie ze str. 38

nej, ponoszonych przez pracodawców. Firmy będą mogły wliczyć je w koszty prowadzenia działalności. Spowoduje to wzrost zainteresowania usługami prywatnych przychodni, lecz jednocześnie ograniczy wpływy do publicznych placówek, które mają płacone za usługę. • **70 tys. zł łapówki za specjalizację.** Za rozpoczęcie spec. z okulistyki – ok. 30 tys. zł; za ginekologię i położnictwo – od 50 do 70 tys. zł – taka jest wg „Życia Warszawy” taryfa łapówek płaconych przez młodych lekarzy ubiegających się o specjalizację. Samorząd lekarski bije na alarm: chirurdzy się starzeją, a młodzi mają znikome szanse na zrobienie specjalizacji. • **Korupcja i wyłudzenia w NFZ.** Kolejny akt oskarżenia, dot. wyłudzenia 107 tys. zł refundacji z małopolskiego oddz. NFZ i przyjęcia blisko 77 tys. zł łapówki przez wysokiego urzędnika Funduszu skierowaną do sądu Prokuratura Apelacyjna w Krakowie. • **„Minister nie będzie latał po stolicy z kondomami”** – oświadczył wicemin. Bolesław Piecha (PiS). Była to odpowiedź na postulat sek-suologów i feministek, aby MZ promowało prezerwatywy (a nie inne, mniej skuteczne formy antykoncepcji). Powodem dyskusji na ten temat jest przypadek Kameruńczyka, który zaraził HIV 14 młodych Polek. • **Powszechny dostęp do Cochrane Library.** Za 100 tys. dolarów MZ zakupiło prawa powszechnego dostępu do bazy danych o procedurach i świadczeniach medycznych – *The Cochrane Library*. Ze zgromadzonych w bazie informacji będą mogli korzystać przez Internet polscy lekarze, naukowcy, politycy, ale też pacjenci.

Goniec Medyczny jest elektronicznym biuletynem informacyjnym, wysyłanym bezpłatnie raz w tygodniu na ponad 100 000 kont poczty elektronicznej polskich lekarzy i innych pracowników medycznych, zarejestrowanych w portalu Esculap.pl. Esculap.pl to portal medyczny, zawierający pełne teksty artykułów z kilkunastu polskich czasopism medycznych, bazę leków Pharmindex, giełdę pracy dla lekarzy oraz giełdę używanego sprzętu medycznego i podręczników. Współpracujemy z kilkunastoma towarzystwami naukowymi i uczelniami medycznymi oraz największymi polskimi wydawnictwami. Dostęp do wszystkich materiałów w portalu jest bezpłatny i wymaga jednorazowej rejestracji. Dodatkowo istnieje możliwość błyskawicznego założenia własnego konta poczty elektronicznej i strony WWW.

Serdecznie zapraszamy.

lek. **Jarosław Kosiaty**
redaktor naczelny portalu Esculap.pl
Dendrite International
www.esculap.pl
e-mail: jkosiaty@esculap.pl

Karnawałowe szaleństwo na Floriańskiej

270 osób z całej Małopolski bawiło się do białego rana na X Jubileuszowym Balu Lekarzy w Krakowie, a wraz z nimi tradycyjnie już Konstanty Radziwiłł, prezes NRL.

Szampańskiej zabawie w Hotelu pod Różą, którą przygotowała Okręgowa Izba Lekarska w Krakowie, towarzyszyły liczne atrakcje, wykwintne przekąski, zacne kulinaria, trunki i napoje. Takich wodzirejów jak Jacek Tętnowski i Jerzy Friediger pozazdrościłby niejeden bal. Nie zabrakło humoru i śmiechu aż do łez. Dystans do samych siebie pozwala lepiej rozumieć tych, którzy tak żarliwie nas na co dzień krytykują – komentowali biesiadne konkursy uczestnicy.

Krakowski bal był okazją do wręczenia nagród laureatom plebiscytu „Gazety Krakowskiej” na Lekarza Roku i Przychodnię Roku 2006. Na 17 tysiącach kuponów czytelnicy głosowali na 250 kandydatów. Do wielu kuponów dołączone były listy ze słowami uznania i wdzięczności pod adresem lekarzy. Nie brakowało również sceptycznych głosów: „Przecież Polacy nie lubią lekarzy, kto ich będzie chciał chwalić”. A jednak chcą i mają kogo wyróżniać. W kategorii „lekarz pierwszego kontaktu” triumfowali: Ryszard Kaim z Jurkowa w powiecie limanowskim, Krzysztof Nachyl z Ratnowa i Katarzyna Stein-Sedlak z Tyńca (na zdjęciu). Najpopularniejsi lekarze specjaliści to: Zbigniew Jurek z Proszowic, Marek Kul z Tarnowa i Mirosław Szura z Krakowa. Nagroda specjalna ufundowana przez Okręgową Izbę Lekarską stała

się udziałem Zofii Jungiewicz z Tęgo-borza, która po raz trzeci została laureatką. Najlepsze, zdaniem pacjentów, przychodnie w Małopolsce to: MEDICINA Kraków, NZOZ Tyniec i RES MEDIA Tarnów. Laureatów uhonorowano oryginalnymi statuetkami, złotymi zapinkami oraz dyplomami.

„Myślę, że taki plebiscyt mobilizuje pracowników służby zdrowia do lepszej pracy. Wybierając lekarza pacjenci nie kierują się wyłącznie opinią o jego kwalifikacjach, lecz także oceniają go jako człowieka” – podkreśla prof. Antoni Dziatkowiak, znakomity krakowski chirurg, szef Kapituły Plebiscytów.

„Plebiscyt pokazuje inne, przyjazne pacjentom oblicze służby zdrowia. Czytając opinie, często pełne wzruszających osobistych przeżyć, widzimy, że nie da się wymierzyć pracy lekarza liczbą wizyt i wykonanych zabiegów – mówi Barbara Grzybek-Korgól z Agencji Image Line Communications, pomysłodawcy i współorganizatora. „Plebiscyt jest nie tylko formą prezentacji wspinających lekarzy i pięknych osobowości, ale też podziękowaniem dla wszystkich, którzy ten piękny zawód wybrali i wykonują z powołaniem” – podsumowuje Agata Niemiec-Miżejewska.

Tekst i zdjęcie Marek Stankiewicz



Koleżanki i Koledzy Absolwenci AM w Warszawie z dyplomem lekarza medycyny uzyskanym w roku 1957

Z okazji uroczystej odnowy dyplomu lekarza (50 rocznicy uzyskania dyplomu) są zaproszeni na ceremonię organizowaną przez JM Rektora Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego w dniu **16.06.2007 r.** Aby nikt nie został pominięty przy sporządzaniu odnowionych dyplomów prosimy: **1.** Podaj swój aktualny adres, telefon lub inne dane dla nawiązania z Tobą kontaktu; **2.** Podaj nr dyplomu, datę ukończenia studiów i datę otrzymania dyplomu. Termin zgłoszenia upływa 31.01.2007 r. z uwagi na konieczność przygotowania dyplomu przez rektorat; **3.** Zadeklaruj swój udział ew. wraz z osobą towarzyszącą w spotkaniu towarzyskim zaraz po ceremonii oficjalnej. Kwotę opłat ustalono na 150 zł od uczestnika, 130 od osoby towarzyszącej. Wpłaty należy dokonać od dnia 1.02.2007 r. na konto: Polskie Towarzystwo Lekarskie, Zarząd Główny, Nr 84 1160 2202 0000 0000 2820 5146, z dopiskiem „Opłata za udział w 50-leciu dyplomu”. Termin wpłaty upływa 31.03.2007 r.; **4.** Dla osób w sytuacji wyjątkowej przewidziano zniżki, ew. zwolnienie z opłat, po porozumieniu się z organizatorami; **5.** Zgłoszenia potraktuj jako sprawę ważną i bardzo pilną! Adres do korespondencji: **Biuro Zarządu Głównego, Polskie Towarzystwo Lekarskie, Al. Ujazdowskie 22, 00-478 Warszawa, tel. 022-628-86-99, e-mail: ptl@interia.pl**

Absolwenci Wydziału Lekarskiego, rocznik 1966-72 i Wydziału Stomatologii, rocznik 1966-71 AM w Krakowie
Jubileuszowy zjazd odbędzie się **12.05.br. w Krakowie.** Informacje i zgłoszenia: **Barbara Garcarz-Kłodzińska, tel. 0601-585-808, e-mail: zjazd35lecia@wp.pl**

Wydział Lekarski AM w Warszawie (absolutorium 1957, studia 1952-58)
Koleżanki i Koledzy zapraszamy na spotkanie koleżeńskie **26.05.br. o godz. 16.00 do siedziby Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego przy ul. Raszyńskiej 54 w Warszawie.** Spotkanie to pozwoli na ponowne nawiązanie osobistych kontaktów, a jednocześnie umożliwi organizację przypadającej w roku 2008 uroczystości akademickiej odnowienia naszych dyplomów lekarskich w 50-lecie ich uzyskania. Koszty spotkania – 100 zł. Przewidziana wspólna kolacja. Za interesowane osoby prosimy o kontakt w nieprzekraczalnym terminie **do 31.03.br.** Do tegoż dnia prosimy o wpłaty na konto: Stowarzyszenie Wychowanków Akademii Medycznej w Warszawie, nr 42 1020 1055 0000 9702 0015 8238, tytułem „Spotkanie absolwentów rocznika 1958”. Adresy kontaktowe: **Mieczysław Szostek, tel. 022-599-25-64, faks 022-599-15-64, e-mail: szostekm@amwaw.edu.pl lub Grzegorz Janczewski, e-mail: grzegorz.janczewski@wp.pl, tel. dom. 022-668-88-67. Prosimy o przekazanie tej informacji Koleżankom i Kolegom, z którymi macie kontakt. Prof. dr hab. med. Grzegorz Janczewski**

Absolwenci Wydziału Stomatologii AM w Gdańsku, dyplom 1957
Prosi się o kontakt w sprawie uroczystości 50-lecia absolutorium. Sprawa pilna! Planowane spotkanie w **czerwcu br.** Kontakt: **Ewa Majchrowska, tel. 058-301-65-94; Helena Kobylska, 058-344-19-82, ew. e-mail: kama77@wp.pl**

Absolwenci Wydziału Lekarskiego AM w Gdańsku roczniki 1951-57
11.05.br. odbędzie się uroczystość odnowienia dyplomów lekarskich. Jeżeli do tej pory nie dotarła do Was ankieta, prosimy o **pilny kontakt z: Barbara Iwaszkiewicz, tel. 058-341-29-39, Halina Pawlik, tel. 058-557-47-47, Teresa Tylicka, tel. 058-552-08-16, Jerzy Wolf, tel. 058-551-10-77. Łączyć wyrazy szacunku Jerzy Wolf**

Wydział Lekarski i Stomatologii PAM w Szczecinie, rocznik 1952-57
Zjazd koleżeński z okazji 50 rocznicy absolutorium odbędzie się **12.05.br. w Szczecinie.** Zgłoszenia: **tel. 091-422-25-95, 091-487-13-76, do 30.03.br.**

Absolwenci AM w Warszawie, rocznik 1996
Planujemy organizację zjazdu absolwentów - **koniec czerwca 2007, Warszawa.** Koszt 150 zł/os. Termin nasyłania zgłoszeń i wpłat: do 15.03.br. Kontakt: **Anna Pisula, aniap@wp.pl, 0606-745-072; Jakub Kłapecki, jakub.kłapecki@imid.med.pl, 0501-100-212.** Prosimy o przekazanie tej informacji wszystkim znanym Wam absolwentom z rocznika 1996.

Absolwenci AM w Krakowie, rok 1982
Zjazd Jubileuszowy (XXV-lecie dyplomu) odbędzie się w dn. **25-27.05.br. w Rytrze w hotelu Perla Południa.** Koszt udziału 560 zł (noclegi – pokoje 2 os., śniadania, obiady, 2 uroczyste kolacje z muzyką). Warunkiem potwierdzenia udziału jest wpłata kwoty 560 zł od osoby na konto hotelu: Raiffeisen Bank Polska S.A. 95 1750 1240 0000 0000 0791 0304. Wpłata do 25.03.br. Możliwość dopłaty do pokoju 1 os. Kontakt: **Joanna Walter, tel. 018-477-82-80; lub 0500-119-790; Hotel Perla Południa 33-343 Rytro 380**

Absolwenci Wydziału Lekarskiego rok 1967 i Wydziału Stomatologicznego rok 1966 AM w Poznaniu
W 40 rocznicę ukończenia studiów organizujemy zjazd koleżeński w dn. **9-10.06.br. w Ośrodku WŁOP w Kiekrzu.** Pocztą rozesłaliśmy informację do osób, których adresy są organizatorom zjazdu znane. Kto nie otrzymał wiadomości, a chce uczestniczyć we wspólnym spotkaniu, proszony jest o kontakt do końca marca br. **Wydział Lekarski: Bogumiła Olszewska-Jachimska, 60-655 Poznań, ul. Prześwit 4, tel. 061-822-43-97; Wydział Stomatologii: Bogna Ballenstedt-Ladziak, 60-177 Poznań, ul. Gerwela 6, tel. 061-868-93-27**

Stowarzyszenie Absolwentów AM i UM w Łodzi 90-419 Łódź, al. Kościuszki 4, tel. 042-639-39-39, 042-632-15-00
Nasi Drodzy! Doczekaliśmy się wspaniałego jubileuszu, 50-lecia posiadania dyplomu lekarskiego. Uhonorowanie oficjalną uroczystością w **Pałacu Poznańskich 16.06.br. – od godz. 11.00** (nowe dyplomy i publikacja książkowa wspominająca nasze życie studenckie i zawodowe). Potwierdzenie uczestnictwa **do 28.02.br.** Do 30.03.br. wpłaty na konto: Stowarzyszenie Absolwentów AM i Uniwersytetu Medycznego w Łodzi, 90-419 Łódź, al. Kościuszki 4, PKO BP I O/Łódź 76-1020-3352-0000-1202-0009-9499. Koszt uczestnictwa: I cz. „Pałac Poznańskich” – 80 zł/os; II cz. – bankiet „Malinowa” – 120 zł/os., ul. Piotrkowska 72. **Za Komitet Organizacyjny Lucjan Wesolek.**

Absolwenci Oddziału Stomatologii rocznik 1971 i Wydziału Lekarskiego rocznik 1972 PAM w Szczecinie
TO ponownie MY – Samozwańcy, Niedemokratyczny, Zależny i Niesamofinansujący się Komitet Organizacyjny IV Zjazdu Absolwentów Oddziału Stomatologii rocznik 1971 (najlepiej!) oraz Wydziału Lekarskiego rocznik 1972 PAM w Szczecinie. Wychodząc na spotkanie chorałnym zjazdem, nie mogąc już dłużej wytrzymać presji, chcąc mieć wreszcie święty spokój ogłaszamy w dn. **15-17.06.br.** spotkanie Koleżanek i Kolegów, którzy mieli szczęście znaleźć się w gronie tych absolwentów. **Piaski k. Wolina, Hotel „Piaski”.** Koszty: 420 zł od osoby. Wpłaty do 15.04.rb. I rata – 150 zł do 31.05.br. II rata – 270 zł dr Bronisław Lipiński, Szczecin, ul. Staromiejska 5 na konto: Zachodniopomorska SKOK 21 7999 9995 1440 0150 2704 0001. **Za Komitet Organizacyjny – Stomatologia: kol. Halina Teodorczyk 091-422-59-70, 0604-41-68-64, – Lekarski: kol. Lucyna Kuźnicka 091-482-29-12, 0601-94-57-31, kol. Maria Kozanecka (Lubowiecka) 091-439-26-23, 0504-64-39-52**

Oddział Stomatologii AM we Wrocławiu, rocznik 1957
12.04.br. zamierzamy w sposób uroczysty uczcić tę rocznicę 60 lat trwania uniwersyteckiej stomatologii we Wrocławiu. Jednym z punktów uroczystości będzie odnowienie dyplomu lekarza dentysty po 50 latach. **Proszę o kontakt do 30.03.br. z dziekanatem Wydz. Lek.-Stom. AM we Wrocławiu, ul. Krakowska 26, tel: 071-784-03-56, e-mail: stomat.@dw.am.wroc.pl. Dziekan Wydz. Lek.-Stom. dr hab. Tomasz Konopka**

Wydział Lekarski AM we Wrocławiu, rocznik 1977
Zjazd z okazji 30 rocznicy ukończenia studiów odbędzie się w dn. **8-10.06.br. w Hotelu LAS w Piechowicach.** Opłata za uczestnictwo 450 zł. **Korespondencję prosimy kierować do kol. Andrzeja Bugajskiego, e-mail: a.bugajski@biurosystel.com.pl, tel. 0602-583-335.** Organizatorzy: Anna Bartnik, Jolanta Kasperkiewicz, Magda Rudnicka, Danuta Sidor i Andrzej Bugajski. Komunikat nr 1 zostanie rozesłany do wszystkich zainteresowanych spotkaniem.

u.bakowska@gazetalekarska.pl

Zjazdy koleżeńskie w Internecie www.absolventus.pl

Serwis pomoże Państwu zorganizować zjazd absolwentów. Przyjazny układ i ergonomiczna budowa umożliwiają szybkie wyszukanie informacji oraz dodanie informacji o nowym zjeździe.

Mazowiecka Szkoła **Ultrasonografii**.
Kursy praktyczno-teoretyczne w 2007 r.:
• **9-11.02. Ultrasonografia w ginekologii i położnictwie z ultrasonografią sutka**
• **8-10.03. Echokardiografia prenatalna – kurs dla położników**
• **30-31.03. Niepłodność – diagnostyka i leczenie w prywatnej praktyce lekarskiej**
• **13-15.04. Doppler w ginekologii i położnictwie z diagnostyką wad płodu**
• **26-28.04. Echokardiografia w kardiologii**
• **25-27.05. Diagnostyka ultrasonograficzna w urologii** – warsztaty
W przygotowaniu kursy z ultrasonografii jamy brzusznej i diagnostyki dopplerowskiej. Terminy na naszej stronie internetowej. Prawo do pkt edukac. izby lekarskiej. Informacje i zapisy: 09-400 Płock, ul. Kwiatka 39/1, tel. 0602-122-513, www.mszu.pl, e-mail: mazowiecka@mszu.pl

Kursy doskonalące w dziedzinie **diabetologii**
• **13-15.02., 20-22.02., 13-15.03., 20-22.03., 17-19.04., 24-26.04., 15-17.05., 22-24.05.** – 1 część kursu
• **13-14.06., 20-21.06., 19-20.09., 26-27.09., 17-18.10., 24-25.10., 14-15.11., 21-22.11., 5-06.12., 12-13.12.** – 2 część kursu
Klinika Endokrynologii i Chorób Metabolicznych ICZMP w Łodzi organizuje w ramach realizacji grantu MZ bezpłatne: **Kursy doskonalące w dziedzinie diabetologii dla lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej**, obejmujące zagadnienia diagnostyki, zapobiegania i leczenia cukrzycy. 1 część kursu odbywać się będzie 2 razy w miesiącu w formie 3-dniowych zajęć w godz. 9.00-16.45. 2 część odbywać się będzie 2 razy w miesiącu w formie 2-dniowych zajęć w godz. 9.00-16.45. Każdemu lekarzowi za udział w 2-częściowym kursie przysługuje po 15 pkt. edukac. za każdą część. Zapisy oraz bliższe informacje: tel. 042-271-17-15 (Monika Pawłowska). Program kursu: aktualności na str. głównej UM www.umed.lodz.pl

CEDUS. Kursy w 2007 r. Ciechocinek.
• **15-18.02. USG w ginekologii i położnictwie**
• **11-16.02. USG w ortopedii i reumatologii**
• **18-23.03. Doppler podstawowy**
• **28-31.03. USG brzucha** – podstawowy
Informacje i zgłoszenia: CEDUS, ul. J. Bruna 32, 02-594 Warszawa, tel. 022-646-41-56, www.cedus.edu.pl

• **17.02.-3.03.2007 r.** Karpacz. Zimowe Sympozjum **Medycyny Ratunkowej i Intensywnej Terapii** 2007. Informacje: www.medycynaratunkowa.com.pl

• **19-20.02.2007 r.** Białowieża. VI Konferencja Naukowo-Szkoleniowa: **Nowoczesne zarządzanie finansami w zakładach opieki zdrowotnej z praktycznym wykorzystaniem controllingu finansowego, w tym rachunku kosztów i budżetowania**. Organizator: Katedra Finansów Akademii Ekonomicznej we Wrocławiu i Agencja Konsultingowo-Edukacyjna Ordo sp z o.o. w Białymstoku. Informacje i zapisy: Agencja Konsultingowo-Edukacyjna Ordo sp z o.o., tel. 085-73-222-03, e-mail: biuro@ordo.info.pl, www.ordo.info.pl

• **27.02.2007 r.** Warszawa. Konferencja Centrum Edukacji Medycznej: **Ochrona osobowych danych medycznych i technologie ich przetwarzania w placówkach służby zdrowia**. Informacje pod adresem: www.cpi.com.pl/imprezy/2007/oedm/index.php. Centrum Promocji Informatyki Sp. z o.o. ul. Międzyborska 50, 04-041 Warszawa, tel. 022-871-85-51, faks 022-871-85-56.

• **III-IV 2007.** Medyczne Centrum Kształcenia Podyplomowego Uniwersytetu Jagiellońskiego zaprasza na Warsztaty **psychologiczne** dla lekarzy **relacja lekarz-pacjent**. Dwudniowe (week-end) spotkania, raz w miesiącu. Łącznie 30 godzin. Certyfikaty i pkt. edukac. Wymagane dokumenty: Kserokopia dyplomu ukończenia studiów medycznych. Pisemne zgłoszenie ze strony

www.mckp.cm-uj.krakow.pl (w dziale Kursy dla wszystkich specjalizacji). Składanie dokumentów: Medyczne Centrum Kształcenia Podyplomowego UJ, 31-531 Kraków, ul. Grzegorzewska 20, pok. nr 14, 15; tel. 012-421-67-71, 012-429-22-07, w. 26, 27, faks 429-22-13. Limit przyjęć: 25 osób. Oplata: 400 zł.

• **4-11.03.2007 r.** Eurodens – Towarzystwo Szkolenia Podyplomowego w Lublinie zaprasza na: III Forum **Stomatologii Praktycznej**. Krynica-Zdrój, Hotel Lwigród – www.hotel-lwigrod.pl. Zajęcia w godz. 16.00-21.00 (30 godz. – 30 pkt. edukac.) Plus 20 pkt. edukac. za udział w programie edukacyjnym opartym o zadania testowe 100 pytań x 0,2 punkta za każdą prawidłową odpowiedź. info: 0-661-898-179 lub 0601-244-319 (zgłoszenia do 21.02.br.) info: www.eurodens.pl

Wielkopolska Szkoła Diagnostyki Obrazowej. Praktyczne kursy **ultrasonograficzne**. Wiosna 2007 r.

Kursy podstawowe
• **8-11.03. Echokardiografia**
• **15-18.03. Ultrasonografia dopplerowska naczyń obwodowych (tętnice szyjne i kręgowe, układ tętniczy i żylny kończyn dolnych, aorta brzuszna)**
• **22-25.03. Ultrasonografia w pediatrii (w tym przeziemiączkowa)**
• **29.03.-1.04. Ultrasonografia jamy brzusznej**
• **13-15.04. Narządy powierzchowne szyi (tarczycza, ślinianki, węzły chłonne)**
• **19-22.04. Ultrasonografia gruczołu piersiowego**
• **10-13.05. Echokardiografia**
• **17-20.05. Ultrasonografia dopplerowska w neurologii (w tym TCD)**

Kursy doskonalące
• **20-21.04. Echokardiografia: wada mitralna; wada aortalna**
• **21-22.04. Jama brzuszna – doppler: krążenie wrotne, tętnice nerkowe**
• **11-13.05. Usg dopplerowskie kończyn górnych, dolnych; prze-toki tętniczo-żylne**
• **18-20.05. Gruczoł piersiowy**
• **1-3.06. Ultrasonografia dopplerowska tętnic dogłowych i wewnątrzczaszkowych**

Nr konta: 92 1090 1362 0000 0000 3612 1908. Prawo do pkt. edukac. izby lekarskiej. Zapisy: Wielkopolska Szkoła Diagnostyki Obrazowej, tel./faks 061-819-25-00, tel. 0603-76-20-41, www.obraz.pl, e-mail: obraz@obraz.pl

• **17.03.2007 r.**, godz. 9.00-16.00. Teatr Wielki, Łódź, pl. Dąbrowskiego. II Katedra i Klinika Kardiologii UM w Łodzi oraz Fundacja „Dar Serca”, Fundacja dla Kardiologii Stowarzyszenie „Forum Kardiologów” zapraszają na XIII Łódzką Konferencję **Kardiologiczną Ostre zespoły wieńcowe, Niewydolność serca, Naciśnienie tętnicze współistniejące z cukrzycą, Nowoczesne metody obrazowania, Zatorowość płucna, Forum przypadków klinicznych, Gorąca linia – najnowsze doniesienia z kardiologii**. Zgłoszenia: II Katedra i Klinika Kardiologii Uniwersytetu Medycznego w Łodzi, Szpital im dr. Wł. Biegańskiego, 91-347 Łódź, Kniaziewiczza 1/5, tel./faks 042-653-99-09/042-251-60-15, www.lodz.ptkardio.pl/konferencja, e-mail: drozd@ptkardio.pl. koszt uczestnictwa: do 1.03. 40 zł (wpłata na konto), na miejscu – 50 zł. Nr konta: PKO BP IV Oddział Łódź 63 1020 3378 0000 1202 0011 3738

• **17.03.2007 r.** o godz. 8.45 w Centrum Nauczania AMG Gdańsk, Al. Zwycięstwa 41/42 odbędzie się Pomorska Konferencja Alergologiczna organizowana przez dr Teresę Małaczyńską – ordynatora Oddziału Przewlekłych Chorób Płuc i Alergii SP ZOZ nad Matką Dzieckiem w Gdańsku. Udział bezpłatny, w związku z ograniczoną liczbą miejsc prosimy o zgłaszanie uczestnictwa na adres: konferencja@denver.com.pl. Daria Cyron, Komisja Kształcenia Medycznego OIL w Gdańsku.

• **23-24.03.2007 r.** Poznań. IV Repetytorium **Pulmonologiczne**. Coroczna konferencja szkoleniowo-naukowa dla lekarzy rodzinnych, internistów i pulmonologów. Pkt. edukac. Zgłoszenia: formularz rejestracyjny: www.sk1.am.poznan.pl/ftyzjo pod odnośnikiem konferencja, e-mail: repetytoriumpoznan@poczta.fm, tel. 854-93-95 lub faks 854-93-91/ 841-70-61. Informacje: Sekretariat Konferencji – Katedra i Klinika Ftyzjopneumonologii AM w Poznaniu, ul. Szamarzewskiego 84, tel. 061-854-93-95 lub tel./faks 061-841-70-61. Zapisy: do 28.02.br. Decyduje kolejność zgłoszeń. Oplata: 150 zł; dla osób poniżej 30 r.ż. i emerytów 70 zł. Wpłaty na konto: Stowarzyszenie Wspierania Pulmonologii Poznańskiej, ul. Szamarzewskiego 84, 60-569 Poznań WKB S.A. 82 1090 1362 0000 0001 0200 1772, z dopiskiem „Konferencja”. Prosimy o potwierdzenie zgłoszenia po wpłacie pieniędzy na konto

• **14.04.2007 r.** Sala Collegium Maius AM w Lublinie, ul. Jaczewskiego 4, godz. 9.00-17.00. Klinika Reumatologii i Układowych Chorób Tkanki Łącznej AM w Lublinie organizuje Konferencję Naukowo-Szkoleniową **Toczeń Układowy** z cyklu **Układowe Choroby Tkanki Łącznej**, przeznaczoną dla lekarzy reumatologów, lekarzy specjalizujących się w reumatologii, w zakresie chorób wewnętrznych oraz w nefrologii i dermatologii. Omawiane będą problemy związane z postępowaniem diagnostycznym oraz powikłaniami hematologicznymi, nefrologicznymi i neurogicznymi występującymi w przebiegu choroby. Udział bezpłatny. 10 pkt edukac. Informacje i rejestracja: www.reumatologia.paiz.com.pl. Zgłoszenia przyjmuje SKOLAMED, tel. 081-534-43-87, 081-534-71-48, faks 081-534-71-50, e-mail: kongres@paiz.com.pl

• **16.06.2007 r.** w Pieninach. Uroczyste otwarcie na Zamku w Niedzicy 15.06. **Hormony a zdrowie kobiet** – Konferencja dla lekarzy organizowana przez Fundację Profilaktyki Endokrynologicznej (FPE) im. Jerzego Tetera, przy współpracy Związku Lekarzy Polskich (ZLP) w Chicago. Rejestracja 250 zł (przyjęcie powitalne, lunch i przerwy na kawę), nie obejmuje kosztu zakwaterowania, wycieczek i imprez fakultatywnych. Termin zgłoszeń i opłat do 15.04.br. Informacje: www.fpe.pl lub www.zlpchicago.org. Zgłoszenia: www.symposium.pl, tel. 48 012-422-76-00, faks 48 012-421-38-57. Pierwszeństwo zakwaterowania na Zamku w kolejności zgłoszeń. Komitet Organizacyjny: dr Ewa Wierbowska, Warszawa, tel. 48 22-843-18-18, faks 48 22-853-11-65, prof. Ewa Radwańska, Chicago, tel. 1-312-907-67-37, dr Hubert Wolski, Zakopane, tel. 48 602-49-11-80.

Roztoczańska Szkoła **Ultrasonografii**
zaprasza na kursy praktycznej ultrasonografii podstawowe i doskonalące w 2007 r. Informacje: www.usg.com.pl. Pkt. edukac. Patronat i akredytacja Polskiego Towarzystwa Ultrasonograficznego.

• Instytut **Medycyny Pracy** im. prof. J. Nofera. Szkolenia w ramach projektu: **Wzmocnienie służby medycyny pracy w zakresie opieki nad pracownikiem niepełnosprawnym**. Formularz zgłoszeniowy: www.imp.lodz.pl. Zgłoszenia: Instytut Medycyny Pracy Zakład Polityki Zdrowotnej, ul. Św. Teresy od Dzieciątka Jezus 8, 91-348 Łódź, faks 042-655-61-02, e-mail: rekrutacja@imp.lodz.pl

• Polska Fundacja **Osteoporozy** na prośbę wielu uczestników **odwoluje** Kurs **Osteoporoza a złamanie** ze względu na identyczny okres (31.05.-2.06.br.) zapowiedzianych Lubelskich Dni Reumatologicznych. O nowym terminie i miejscu kursu zawiadomimy Państwa. Przepraszamy dziękując za współpracę i zrozumienie. Prof. Janusz E. Badurski

u.bakowska@gazetalekarska.pl

Unia Polskich Pisarzy Lekarzy uprzejmie informuje, że **VII Ogólnopolska Biesiada Literacka UPPL** odbędzie się w **piątek, 2 marca 2007 r. o godz. 18.00 w łódzkim Klubie Lekarza OIL przy ul. Czerwonej 3**
Serdecznie zapraszamy Autorów-Lekarzy z całej Polski do czynnego udziału w tej tradycyjnej imprezie, a Szanownych Gości – miłośników żywego słowa prosimy o łaskawe przybycie oraz „współbiesiadowanie”. Osoby, które pragną zaprezentować podczas Biesiady własne utwory, proszone są o nadesłanie zgłoszeń uczestnictwa oraz proponowanych do wygłoszenia tekstów (w dwóch egzemplarzach) najpóźniej do połowy lutego br., pod adresem: **ZG UPPL 93-005 Łódź, ul. Czerwona 3** (z dopiskiem na kopercie „Biesiada Literacka”) Uwaga! Zależnie od liczby zgłoszeń uczestników – dla każdego autora czas przewidziany na prezentację utworów wynosi 3 do 5 minut. Teksty można również przesłać na dyskiecie lub płycie CD ew. Internetem (w pliku, jako załącznik do e-maila) pod adresem: **bsm3@tlen.pl** Istnieje możliwość rezerwacji noclegów w Hotelu Asystenckim PL – tuż obok Klubu Lekarza (jest tam także parking). *Wszelkich bliższych informacji można zasięgnąć telefonując do OIL pod nr 042-683-17-91 w. 110*

Droży Chórzyści Członkowie Chóru AM w Białymstoku w latach 1951-2007
W dn. **11-12.05.br. w Białymstoku** odbędą się uroczyste obchody Jubileuszu 55-lecia istnienia naszego Zespołu. Naszym zamierzeniem jest zgromadzenie w tym terminie wszystkich Chórzystów śpiewających przez te lata i mających udział w sukcesach Chóru AMB. *Wszelkie informacje dotyczące Jubileuszu (terminy, wysokość opłaty uczestnictwa, numer konta, plan uroczystości oraz formularz zgłoszeniowy) będą dostępne na naszej jubileuszowej witrynie internetowej <http://chor.amb.edu.pl/jubileusz> oraz stronie głównej Chóru: <http://chor.amb.edu.pl>*
Komitet Organizacyjny zwraca się z prośbą do wszystkich Chórzystów o możliwie najszybszy kontakt. Zamierzamy zamknąć listę uczestników najpóźniej **do 31.03.br.**
Zwracamy się również z gorącą prośbą o powiadamianie Chórzystów, z którymi utrzymujecie kontakt o zbliżającym się święcie (nie wszystkie posiadane przez nas adresy są aktualne, nie wszystkie dane są kompletne). Chórzystki prosimy o podawanie również nazwisk panieńskich.
Prosimy o korespondencję i szybki kontakt z: Komitet Organizacyjny Jubileuszu 55-lecia Chóru AMB, Chór AM w Białymstoku, ul. Kilińskiego 1, 15-089 Białystok, faks: 085-748-54-16, prezes Chóru: Hanna Zajaczkiewicz, tel. 0501-084-964, e-mail: haneczka@interia.pl, z-ca prez.: Jan Biskup, tel. 0512-266-655, e-mail: janbiskup@o2.pl, sekr.: Paweł Abramowicz, tel. 0605-580-212, e-mail: pabram@o2.pl lub e-mail Chóru: choramb@hotmail.com
Komitet Organizacyjny Jubileuszu 55 lat Chóru AM w Białymstoku

Ojcowie Karmelici Bosi zapraszają na Rekolekcje dla Pracowników Służby Zdrowia, które odbędą się w dniach: 29.03-1.04.2007 r. (czw. g. 18.00 - nd. g. 14.00) w Domu OO. Karmelitów Bosych w Sopocie	Bliższych informacji udziela: o. Julian Ilwicki, tel.: 0-600-227-684
Adres: Dom OO. Karmelitów Bosych ul. Głowackiego 3, 81-744 Sopot-Wyścigi	
Temat: Mistyka św. Jana od Krzyża o. Julian Ilwicki, OCD	

Spotkania i Msze św.
dla środowiska medycznego prawobrzeżnej Warszawy
będą się odbywać w każdą **pierwszą niedzielę** miesiąca o godz. **17.00** przy **ul. Floriańskiej 3** w Warszawie (kaplica w dawnym budynku kurialnym).
Terminy spotkań w 2007 r.: **4.03., 1.04., 6.05., 3.06.**

