

2 2009

Gazeta
Lekarska
Pismo Izby Lekarskich
ISSN 0942-2980 NSSI
Egzemplarz bezpłatny

Prof. Tomasz Trojanowski

**Lekarze
pracują
zbyt
dużo**

REKLAMA

REKLAMA



Więcej czyli mniej

Pracujemy zbyt dużo – ostrzega z okładki znany lubelski neurochirurg prof. Tomasz Trojanowski. Coraz mniej czasu mamy na życie rodzinne, towarzyskie, hobby, odpoczynek, ruch, uprawianie sportu, niezbędne dla prawidłowego odpoczynku, łagodzenia stresu, zapewnienia poczucia pełnego zdrowia – dodaje profesor w rozmowie z „Gazetą Lekarską”. Dłużej od nas na świecie pracują tylko Koreańczycy – dowiadujemy się z raportu OECD Employment Outlook za ubiegły rok. Gonimy z posady w szpitalu do prywatnej kliniki lub spółki, łapiemy dodatkowe prace zleczone, często za takie sobie pieniądze, w efekcie ściągamy do domu wieczorem, zatapiamy się w fotelu z pilotem w rękę albo co gorsza drinkiem, który rzekomo przynosi luz. „Gdyby nie ta wariacka gonitwa od rana do wieczora, nie starczyłoby nam na spłatę rachunków. To co, już mi się nic nie należy?” – pytamy samych siebie. Raz w roku przez tydzień udajemy narciarzy na stokach alpejskich, bo tak wypada. Odwiedzamy renomowane salony samochodowe, próbujemy „bryki”, którą od dawna jeżdżą inni. Należymy przecież do elity, przynajmniej do niej zaliczyły nas już dawno tabloidy i spiskowcy wszelkiej maści.

To, że za dużo pracujemy, nie znaczy, że wszyscy lekarze to pracoholicy. To jest efekt tresury władzy, która nie zmruży oka, zanim nie wymyśli, jakby tu lekarzom znowu za coś nie zapłacić. Większość medyków pokornie się na taką pantomimę zgadza, potęgując w sobie niemądre poczucie „przymusu pracy” i przekonanie, że jesteśmy niezastąpieni. Narażamy się na lekarskie błędy z przemęczenia. Po drodze rozłażą się nasze małżeństwa, nie mamy chwili dla naszych starych, spracowanych rodziców, niepostrzeżenie oddalają się od nas nasze dorastające dzieci, tracimy dawnych, wiernych przyjaciół, gubią się gdzieś intelektualne potrzeby rozmówienia w literaturze, muzyce i sztuce. W końcu irytujemy się, gdy ktoś nam zwraca na to wszystko uwagę. „A co będzie, jak nas wyrzucą z pracy?” – odpowiadamy ze strachem w oczach. Za węglem takiego życia czai się syndrom wypalenia zawodowego. To nie jest kolejna fanaberia leniwych pracowników. To jedno z najpoważniejszych zagrożeń XXI w.

No to jak połączyć ofiarną pracę lekarza z troską o siebie i rodzinę? Czy w ogóle jest to możliwe? Tak, wystarczy mieć pracę, gdzie niewiele co robiąc dużo się zarabia – podpowiada Ferdynand Kiepski, postać niestety fikcyjna, bohater komediowego serialu telewizyjnego.

A tak już na poważnie. W połowie stycznia br. Rada NFZ pozytywnie zaopiniowała wniosek Prezesa NFZ o zmianę planu finansowego NFZ na rok 2009. Plan ten przewiduje wzrost – w stosunku do ub. roku – wpływów NFZ z płaconych przez ubezpieczonych i budżet składek (ZUS + KRUS) o 9,34 % i wzrost wydatków na ich leczenie zaledwie o 2,46 %. Oznacza to, że przy planowanej na rok 2009 inflacji 2,9 % obywatelom więcej ubędzie z własnej kieszeni; że jeszcze bardziej wydłużą się kolejki do specjalistów i diagnostyki, nie mówiąc o oczekujących na miejsce w szpitalu; że w końcu spadnie jakość opieki nad pacjentami, bo będzie mniej personelu medycznego, leków, sprawnych urządzeń etc. – wyjaśnia Maciej Niwiński, lider śląskiego OZZL.

Najdotkliwiej zaboli to pacjentów. Ale za to poprawi się administracji NFZ, której wydatki zaplanowano na poziomie o 14 %, a w stołecznej centrali aż o 24,88 % wyższym niż w roku 2008. Czy aby nie wracają czasy, gdy kierowca lub sekretarka Prezesa NFZ zarabiali za godzinę znacznie więcej niż wysokiej klasy lekarz specjalista? – wściekają się związkowcy z OZZL. Domagają się zmiany planu finansowego NFZ. Żądają również wnikliwej kontroli NIK, ale już wiemy, że inspektorzy wybiorą się tam najwcześniej w połowie kwietnia, a wyniki kontroli poznamy dopiero po wakacjach. A na razie będziemy leczyć najtaniej w Europie. Polski specjalista zarobi sześć razy mniej niż jego kolega w dwukrotnie tylko bogatszej – wg wartości PKB na mieszkańca – Francji (5700 euro brutto).

Marek Stankiewicz
naczelnny@gazetalekarska.pl

W numerze między innymi

Niewłaściwe pytanie	4
Okiem Prezesa	5
Obrona Częstochowy	6,9
Akademia Lekarza Rodzinnego	7
Lekarze pracują zbyt dużo	8
Zmęczony lekarz = martwy pacjent	10-11
Zdrowie bez ceny	12-13
Protest-PES	15
U stomatologów	16-22
Bez orzekania o winie	24-25
Tajemnica lekarska	26-27
Europejska Konwencja Bioetyczna	28
Przychodzi lekarz do prawnika	31
Zmiany w urlopach macierzyńskich	32-33
Recepta od lekarza dentysty	34-35
Świadek Apokalipsy	36-38
Kalendarz: kursy, szkolenia, zjazdy	41
Książki nadesłane	42-43
Praca: konkursy, zatrudnię, szukam	52-59
Ogłoszenia różne	60
Program TVN Med.	61
Biuletyn NRL	44-51

Baza polskich lekarzy za granicą
www.polscylekarze.org

www.blogilekarzy.pl
Daj się poznać, pisz
swojego bloga

Największa baza ofert pracy dla lekarzy
www.praca.gazetalekarska.pl

Niewłaściwe pytanie



foto: Marek Stankiewicz

Sprawa istnienia samorządów zawodów zaufania publicznego raz po raz wraca jako ciekawy temat w medialnych dyskusjach. Nieszczerólnie sprzyja to rzeczowości dyskusji. Głośne wystąpienie Rzecznika Praw Obywatelskich do Trybunału Konstytucyjnego niestety też dyskretnie pomija istotę tego problemu.

Aby ocenić do czego zmierza propozycja zniesienia obowiązkowej przynależności do samorządów zawodów zaufania publicznego trzeba przede wszystkim wyraźnie stwierdzić, że wykonywanie tych zawodów chyba już wszędzie na świecie, a na pewno we wszystkich krajach Unii Europejskiej jest regulowane. Nawet najwięksi zwolennicy zniesienia ograniczeń w dostępie do tych zawodów nie proponują zniesienia ani obniżenia wymagań, od których uzależnione jest wykonywanie każdego z nich i używanie tytułu zawodowego. Potwierdzeniem jest wpis do odpowiedniego rejestru. Tylko w ten sposób obywatele mogą mieć rozsądną pewność, że świadczenia nie są oszustwem i dlatego wykonywanie zawodów zaufania publicznego przez osoby niewpisane do rejestru jest karane.

Powstaje jednak pytanie, kto powinien sprawdzać spełnienie kryteriów, przyznawać tytuł i prowadzić rejestr. W Europie najczęściej robią to samorządy zawodowe, rzadziej administracja państwowa (głównie w krajach skandynawskich). Tam, gdzie samorządu nie ma, spełnienie kryteriów, uzyskanie prawa wykonywania zawodu i wpisu do rejestru jest też obowiązkowe.

Nie można zapisać się do samorządu zawodowego. To prawo wykonywania zawodu i wpis do rejestru powodują, że np. lekarz staje się członkiem samorządu lekarzy. Obowiązek przynależności do samorządu można więc tylko zamienić na obowiązek rejestracji w urzędzie państwowym. Z tą zamianą łączyłoby się również przejęcie innych spraw danej grupy zawodowej przez administrację państwową (nadzór nad wykonywaniem zawodu, odpowiedzialność zawodowa, doskonalenie zawodowe, rejestry praktyk itp.).

Jedynym obowiązkiem, który mógłby zniknąć po przejęciu przez administrację państwową zadań rejestracyjnych i regulacyjnych samorządu, byłoby płacenie składek. Najprawdopodobniej osoby z tych zawodów same chętnie płaciłyby je zamiast tego innym organizacjom reprezentującym zawód. Obecnie trudno sobie wyobrazić, by jakikolwiek zawód funkcjonował bez silnej reprezentacji. Potrzeby tej nie załatwią związki zawodowe, które reprezentują tylko zatrudnionych w sprawach związanych z zatrudnieniem. Składki samorządowe nie służą tylko czynnościom nadzorczym. Samorządy prowadzą również kształcenie, samopomoc, uczestniczą w procesie legislacyjnym, reprezentują zawód w kraju i za granicą.

W gorączkowych dyskusjach warto zadać sobie pytanie, czy chcielibyśmy, aby obowiązki wykonywane teraz przez nas samych w ramach samorządu zawodowego przejęła administracja państwowa. To jest prawdziwe pytanie, które wynika z inicjatyw podobnych do wniosku RPO. Czy chcemy, by wróciły znane jeszcze większości lekarzy zasady sprzed 1990 r.? Czy z wartości, jaką jest w społeczeństwach europejskich samorządność warto zrezygnować, by nie płacić niskiej składki? Niechęć do nadzoru i wymagań jest zrozumiała, ale jeżeli wykonywanie zawodu bez tego nigdzie nie jest już możliwe, to może jednak lepiej, żeby zajmował się tym samorząd?

Pamiętajmy więc, ku czemu naprawdę zmierzają propozycje przybrane w maskę poprawiania „wolności wykonywania zawodu”. Takiej wolności w zawodach zaufania publicznego od wieków już nie ma i nie będzie, a prawdziwym celem propozycji jest objęcie przez państwo bezpośrednim administrowaniem jeszcze jednej sfery życia społecznego, co niektórym byłym rządcom bardzo odpowiadało.

Jeżeli w części zawodów zaufania publicznego pojawiają się problemy z ich dostępnością, samo zniesienie obowiązkowej przynależności niczego nie zmieni. Przecież przyznawanie prawa wykonywania zawodu odbywa się obecnie i będzie się odbywać na zasadach określonych przez państwo. Być może należy te przepisy zmienić, być może potrzebne są większe nakłady, zachęty, ułatwienia. Ale wykorzystywanie stworzonych przez niewłaściwe przepisy okazji do likwidacji samorządności byłoby dużym błędem. Społeczeństwo obywatelskie to bardzo cenna idea i nie można z niej zrezygnować z powodów koniunkturalnych czy pod pretekstem przejściowych trudności.

14 stycznia 2009 r.

Romuald Krajewski

Baza polskich lekarzy za granicą

Państwo Kowalscy wybrali się do Afryki Południowej, nagle żona dostaje krwotoku, nie znają angielskiego, są bezradni. To już nie jest bajeczka z sensacyjnego filmu. Teraz w internecie pod www.polscylekarze.org mogą znaleźć parę ulic dalej polskojęzycznego lekarza i uzyskać odpowiednią pomoc i poradę.

Portal polscylekarze.org powstał dzięki inicjatywie Polskiego Towarzystwa Medycznego w Niemczech we współpracy Federacji Polonijnych Organizacji Medycznych na świecie i finansowemu wsparciu Ministerstwa Spraw Zagranicznych. Współpracujemy też z Naczelną Izbą Lekarską oraz Ministerstwem Zdrowia.

Od początku lat dziewięćdziesiątych Towarzystwo integrowało społeczność polskojęzyczną w Niemczech i na całym świecie. Założyłem Portal www.polonia.org, w którym już ponad 10 lat gromadzę informacje o Polonii na świecie.

Portal polscylekarze.org powstał z myślą o olbrzymiej ilości medyków polskojęzycznych rozsianych po całym świecie. Około 17 tysięcy lekarzy, lekarzy dentystów, lekarzy weterynarii i farmaceutów mieszka poza krajem. Olbrzymi ruch turystyczny po otwarciu granic i ostatnich zmianach politycznych, wymusza na nas obowiązek niesienia pomocy medycznej dla tysięcy polskojęzycznych turystów na całym świecie. Portal ten ma służyć polskojęzycznym turystom i mieszkańcom jednoczącej się Europy w celu znalezienia natychmiastowej pomocy medycznej w miejscu ich pobytu.

Jak skuteczna ta pomoc będzie, zależy od nas wszystkich, od lekarzy, od turystów, od pacjentów. Ten bank danych powinien żyć, być aktualizowany, służyć w razie potrzeby zawsze pomocą.

Zbyszek Kostecki

Okiem Prezesa



W połowie stycznia media doniosły: Rzecznik Praw Obywatelskich zaskarżył przepisy nakazujące prawnikom, lekarzom i przedstawicielom innych zawodów zaufania publicznego przynależność do korporacji zawodowych. Ponownie rozgorzała dyskusja na temat tego przymusu. Liczni przedstawiciele świata gospodarczego podkreślają, że obowiązek bycia członkiem izby oraz przestrzegania ograniczeń korporacyjnych w wielu przypadkach uderza w wolność gospodarczą. Pojawiły się także wywiady z profesjonalistami objętymi automatyczną przynależnością do samorządów zawodowych, którzy narzekali na nałożone na nich jarzmo, któremu, o zgrozo, towarzyszy także obowiązek opłacania składek członkowskich. Nie zabrakło wśród nich głosów lekarskich.

W roku dwudziestolecia istnienia odrodzonego samorządu lekarskiego warto przypomnieć jego historię. Pierwsze izby lekarskie powstały w niepodległej Rzeczypospolitej już w 1921 r. Zaraz po ukształtowaniu się zawodu lekarza dentysty w 1938 r. powołano do życia izby lekarsko-dentystyczne. Jedne i drugie rozwiązał w 1940 r. okupant hitlerowski. Odrodziły się one natychmiast po odzyskaniu niepodległości. Umacniający się totalitarny reżim komunistyczny już w 1950 r. doprowadził do ich ponownego rozwiązania. Wraz z pierwszymi jaskółkami przemian demokratycznych w 1989 r. odrodził się samorząd tym razem zrzeszający oba nasze zawody medyczne. Na fali solidarnościowej rewindykacji państwa przez obywateli liczne rzesze lekarzy i lekarzy dentystów włączyły się w odbudowę naszej samorządności. Jak to się stało, że po dwudziestu latach tak wielu uważa izbę za coś zbędnego lub nawet uciążliwego?

Już w pierwszym rozdziale Konstytucji Rzeczypospolitej z 1997 r. przeczytać można, że ustroj Rzeczypospolitej Polskiej zapewnia decentralizację władzy publicznej. W kontekście tego fundamentalnego stwierdzenia Konstytucja wymienia dwa rodzaje samorządności: terytorialną i zawodową. O pierwszej w artykule 16 mówi, że ogół mieszkańców jednostek zasadniczego podziału terytorialnego stanowi z mocy prawa wspólnotę samorządową. Następnie stwierdza, że samorząd terytorialny uczestniczy w sprawowaniu władzy publicznej. Zaraz po tym przepisie następuje artykuł 17 mówiący, że można tworzyć samorządy zawodowe, reprezentujące osoby wykonujące zawody zaufania publicznego i sprawujące pieczę nad należytych wykonywaniem tych zawodów w granicach interesu publicznego i dla jego ochrony. Reprezentowanie osób wykonujących zawód oznacza oczywiście wszystkie takie osoby, a nie tylko niektóre – inaczej reprezentacja nieczłonków byłaby nadużyciem, a sprawowanie pieczy nad nimi w ogóle nie byłoby możliwe. Ten sam artykuł stwierdza dalej zresztą, że można tworzyć również inne rodzaje samorządu, ale nie mogą one naruszać wolności wykonywania zawodu ani ograniczać wolności podejmowania działalności gospodarczej. Wynika z tego, że w przypadku samorządów pierwszego rodzaju, tzn. zrzeszających osoby wykonujące zawody zaufania publicznego, pewne ograniczenia (oczywiście w granicach interesu publicznego i dla jego ochrony) są możliwe, a w praktyce po prostu pożądane.

Umieszczenie w Konstytucji zapisów dotyczących samorządności zawodowej zaraz po artykule dotyczącym samorządu terytorialnego wskazuje, że ustrojodawca przewidział decentralizację władzy państwa także poprzez działanie wspólnot zawodowych, szczególnie zaś zawodów zaufania publicznego. Tak też postępował ustawodawca, kiedy powoływał do życia kolejne samorządy zawodowe – powierzając im znaczną część zadań publicznych wykonywanych wobec zrzeszanych przez nie profesjonalistów. Jest to zadanie podobne do tego, jakie realizują jednostki samorządu terytorialnego wobec swoich członków i terytoriów. Zgodnie z ideą demokratycznego państwa prawa rozwiązanie takie sprawia, że część zadań publicznych wykonywana jest przez tych, których one bezpośrednio dotyczą (i którzy najlepiej się na nich znają), a poprzez aktywizowanie zrzeszonych w samorządach członków prowadzi do budowy państwa obywatelskiego. Zarówno samorząd terytorialny, jak i samorządy zawodowe nadzorują odpowiedni ministrowie oraz sądy. Nic oczywiście nie jest idealne, ale negocjowanie przez Rzecznika Praw Obywatelskich fundamentalnego dla polskiego ustroju rozwiązania, jakim jest samorządność zawodowa zawodów zaufania publicznego (obecna w niektórych zawodach, np. lekarza czy lekarza dentysty w większości krajów europejskich) i twierdzenie, że zastąpić ją można dobrowolnymi zrzeszeniami tych profesjonalistów jest, w moim najgłębszym przekonaniu, po prostu nieporozumieniem.

Dobrze byłoby, żebyśmy to przede wszystkim my docenili. Czy nam się to podoba, czy nie, należymy przecież do wielkiej rodziny lekarskiej. Może ona pozostawać pod kontrolą państwa lub rządzić się (przynajmniej częściowo) sama. Uważam, że pomoc w odbieraniu sobie samą powierzonych nam przez państwo samorządności jest z punktu widzenia naszego środowiska niezrozumiała.

Konstanty Radziwiłł

Komunikat Kapituły Odznaczenia Meritus Pro Medicis

Szanowne Koleżanki, Szanowni Koledzy

Zwracam się do wszystkich członków samorządu lekarskiego i zapraszam do nadsyłania kandydatur osób, które w szczególny sposób zasłużyły się dla naszego samorządu. Wnioski o nadanie odznaczenia mogą składać członkowie i organy izb lekarskich. Odznaczenie zaś może być przyznawane lekarzom i lekarzom dentystom oraz innym osobom szczególnie zasłużonym dla samorządu lekarskiego.

Wnioski o nadanie odznaczenia można pobrać ze strony internetowej Naczelnej Izby Lekarskiej: <http://www.nil.org.pl/xml/nil/odznaczenia/mpm>

Wypełnione wnioski należy nadsyłać na adres: **Naczelna Izba Lekarska, ul. Sobieskiego 110, 00-764 Warszawa**, z dopiskiem na kopercie *Meritus Pro Medicis* lub urszula.rolczyk@hipokrates.org, w terminie do dnia 31 marca 2009 r.

Włodzimierz Bednorz

kanclerz Kapituły Odznaczenia Meritus Pro Medicis

Obrona Częstochowy

Jarosław Wanecki

20 lat temu, kiedy odradzał się samorząd lekarski w Polsce, zaczynałem studia i nie pamiętam, abym choćby przez chwilę zainteresował się jego istnieniem. Ale znam takich, którzy przez cały ten okres nie zauważyli, czym zajmują się ustawowo ustanowione izby zawodów lekarzy i lekarzy dentyistów. Zawsze zadają to samo pytanie: A na co mi ta izba?

Trudno z nimi rozmawiać. Argumenty, którymi się podpierają, wielokrotnie nie mają nic wspólnego z rzeczywistością, ale potrafią celować w czułe punkty, wykazując bezduszość lub bezkarność ludzi, którzy powinni dbać o prestiż naszych profesji.

Przez kolejne czternaście lat poznałem tych, którzy poświęcili się idei korporacji bez reszty, wchodzących czasem w potężny spór, aby przekonać do swoich racji. Uczestniczyłem w dyskusjach, gdzie rozmówcy nie mieli dla siebie litości, za to nikt nie miał wątpliwości, że się wzajemnie szanują. Ale poczułem również bezpardonową siłę działaczy, którzy przy okazji pełnionych funkcji załatwiają różne interesy. Szepczą, szemrzą, buczą, kombinują,

montują koalicje i torpedują rozwiązania. Nie liczą się z głosem innych, bo inni nie istnieją. Demokracja zgodnie z ich filozofią to jedynie wynik głosowania, który można ustalać wszystkimi metodami. Co gorsza, nie wahają się użyć wpływów politycznych, tylko po to, żeby pokazać, jak silną dysponują władzą.

Kiedy przyszedłem pracować do swojej izby w Płocku, dowiedziałem się jak długa była droga starszych kolegów do własnego samorządu. Referendum, petycje, zjazdy, narady, negocjacje. Udało się, bo taka była wola lokalnego środowiska, które spełniało swoje marzenia, zakazane przez czterdzieści lat. W podobny sposób, oddolnie powstało kilka innych małych izb, w tym najmłodsza, w Częstochowie.

W 1999 r. nastąpiła pierwsza próba zamachu na dotychczasową strukturę samorządu lekarskiego, pod pretekstem reformy administracyjnej kraju. Nieudana, ale przez kolejną dekadę działacze „izb nie-wojewódzkich” musieli pilnować swego. Dlaczego? Żeby nie było widać dysproporcji w sprawności organizacyjnej biur? Żeby składki wpadały do wielkich worków bez dna i pozwalały na spłatę nieudanych inwestycji? Żeby na terenie województwa był słyszalny niepodzielny głos w rozmowach z lokalnymi władzami?

Już jako delegat na krajowe zjazdy lekarskie usłyszałem o politycznych zakusach rozbicia samorządu lekarskiego, zbyt silnie wyrażającego interesy środowisk medycznych. Sposobem miały być nieobowiązkowe składki, odebranie

prowadzenia odpowiedzialności zawodowej, ograniczenie roli opiniotwórczej, a najdalsze pomysły likwidowały izby całkowicie.

15 grudnia 2006 r. Naczelna Rada Lekarska powołała zespół ds. opracowania projektu nowelizacji *Ustawy o izbach lekarskich*. Trzeba bowiem dostosować ją do zmieniającej się rzeczywistości, z niektórymi regulacjami dłużej już zwlekać nie było można. Jednocześnie zrodziła się szansa potwierdzenia na forum parlamentu niezbywalnego prawa zawodów zaufania publicznego do własnej reprezentacji. 27 czerwca 2008 r. uchwała NRL z ostateczną wersją projektu nowej ustawy została przesłana do ministra zdrowia z prośbą o nadanie biegu legislacyjnemu. Wydawało się, że zawarto konsensus.

4 grudnia ubiegłego roku odbyła się prawdopodobnie ostatnia konferencja uzgodnieniowa w sprawie nowelizacji ustawy, podczas której przewodniczący Okręgowej Rady Lekarskiej w Warszawie Andrzej Włodarczyk zgłosił propozycję wprowadzenia podziału terytorialnego izb zgodnie z podziałem na województwa. Zrobił to wbrew oficjalnemu stanowisku Naczelnej Rady Lekarskiej, której jest wiceprezesem, nie licząc się z likwidacją kilku okręgowych izb. Konstanty Radziwiłł przypomniał wówczas jednoznacznie decyzję Konwentu Przewodniczących ORL przeciwko narzucaniu korporacji zawodowej struktury geograficznej oraz poprosił o wycofanie wniosku. Bez rezultatu. Zmiana uzyskała niestety akceptację samej pani minister, która potwierdziła to w krótkiej rozmowie ze mną. No cóż, pewnie były podsekretarz stanu ma więcej racji w przedstawianiu stanowiska, którym może być bezpośrednio zainteresowany.

Poprosiłem panią minister, by zechciała jeszcze raz porozmawiać i nie podejmowała pochopnych decyzji. Zgodziła

dokończenie na str. 9

Akademia Lekarza Rodzinnego

Nowatorski program edukacyjny Polskiego Towarzystwa Medycyny Rodzinnej w formie filmów szkoleniowych na płytach DVD

We wrześniu 2008 r. ruszyła Akademia Lekarza Rodzinnego – nowatorski program edukacyjny Polskiego Towarzystwa Medycyny Rodzinnej oparty o filmy wideo, któremu patronuje prezes Zarządu Głównego PTMR prof. Andrzej Steciwko. To ogólnopolski, cykliczny, punktowany program wydawany na płytach DVD (filmy wideo), z możliwością oglądania w Internecie. Jest to prosta i wygodna forma

kształcenia łącząca teorię z praktyką. Co 6-8 tygodni zarejestrowani lekarze otrzymują film szkoleniowy DVD na wskazany adres całkowicie bezpłatnie. Więcej informacji na stronie programu: www.alr.edu.pl Akademia Lekarza Rodzinnego jest adresowana do lekarzy pierwszego kontaktu oraz lekarzy różnych specjalności. Tematyka jest opracowywana w oparciu o propozycje zgłaszane przez samych uczestników. Filmy szkoleniowe zawierają:

- prezentacje przypadków klinicznych,
- komentarze wybitnych specjalistów,
- prezentacje praktycznych procedur,
- unikalne animacje poglądowe itd.

Wszystkie szkolenia są punktowane. Można zdobyć maksymalnie 8 punktów edukacyjnych za każde szkolenie – w ciągu roku 48 punktów edukacyjnych.

Aby uzyskać punkty, należy obejrzeć film (zapoznać się z materiałem szkoleniowym),

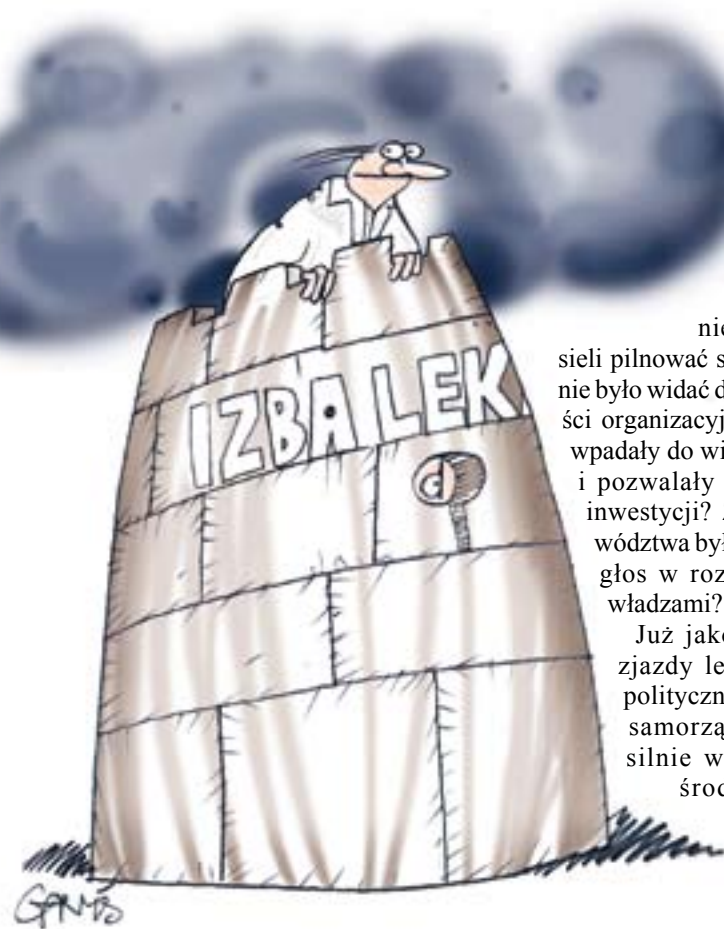
odpowiedzieć na pytania zawarte w teście i przestać wypełniony formularz testowy do siedziby organizatora. Test można rozwiązać również poprzez Internet na stronie www.alr.edu.pl

W szkoleniach Akademii Lekarza Rodzinnego wzięło już udział ponad 14 tys. lekarzy. Program cieszy się rosnącą popularnością. Codziennie rejestrują się nowi uczestnicy, a lekarze podkreślają niezwykłą wygodę tej formy kształcenia. Program ma formułę zamkniętą i jest dostępny wyłącznie dla lekarzy medycyny.

Rejestracja jest bardzo prosta i zajmuje tylko chwilę: wystarczy wejść na stronę internetową www.alr.edu.pl i kliknąć przycisk „**rejestruj**” lub skontaktować się bezpośrednio z Akademią Lekarza Rodzinnego: info@alr.edu.pl Dodatkowe informacje: tel.: **+ 48 71-328-06-62** w godz. od 10.00 do 17.00, **+ 48 791-040-641**, **+ 48 698-379-731**, e-mail: info@alr.edu.pl

REKLAMA

rys. Małgorzata Gnyś



Lekarze pracują zbyt dużo

Z prof. dr. hab. **Tomaszem Trojanowskim**, neurochirurgiem, kierownikiem Katedry i Kliniki Neurochirurgii i Neurochirurgii Dziecięcej Uniwersytetu Medycznego w Lublinie

rozmawia Agnieszka Katrynicz

foto. Profoto



• **Panie profesorze, jak pana zdrowie?**

– Dziękuję, doskonale, nie narzekam.

• **Kiedy ostatnio robił pan badania kontrolne?**

– Poddaję się badaniom kontrolnym raz do roku, zgodnie z wymaganiami przepisów dla pracowników ochrony zdrowia i oczekiwaniami pracodawcy.

• **Polacy dość niechętnie się badają, działania profilaktyczne nie mają masowego oddźwięku. Czy na tym tle lekarze wyróżniają się szczególną aktywnością?**

– Odnoszę wrażenie, chociaż nie jest to poparte żadnymi danymi, że lekarze należą do bardzo zapracowanych ludzi, którzy stawiają obowiązki zawodowe i dobro pozostających pod ich opieką chorych na pierwszym miejscu, często lekceważąc występujące u siebie dolegliwości i objawy. Dlatego często zaniedbują swoje zdrowie, bo na badania profilaktyczne nie mają po prostu czasu.

• **Jednocześnie są badania, które pokazują, że lekarze to jedna z tych grup zawodowych, obok pilotów i dziennikarzy, która jest najbardziej narażona na tzw. choroby cywilizacyjne, głównie te wynikające ze stresu...**

– Wyniki tych badań tylko potwierdzają tezy mojej poprzedniej wypowiedzi. Stres, któremu podlegają lekarze działający w poczuciu wysokiej odpowiedzialności zwykle w warunkach różnorodnych niedostatków organizacyjnych i materialnych oraz poddawani ostrej, bardzo często bezzasadnej krytyce i oskarżeniom, niewątpliwie jest istotnym czynnikiem sprzyjającym rozwojowi chorób cywilizacyjnych. Wiadomo, że w naszym zawodzie obserwuje się nadumieralność na te choroby. I to kolegów w bardzo młodym wieku.

• **Coraz częściej mówi się o epidemii chorób cywilizacyjnych, statystyki zachorowań wciąż rosną – z czego to wynika?**

– Główne przyczyny są znane. Związane są one z rosnącymi aspiracjami zawodowymi i materialnymi, powodującymi wydłużenie czasu pracy, dążenie do wzrostu jej efektywności. Do tego dochodzi pośpiech, co w naszym zawodzie wymusza długotrwałą najwyższą koncentrację, by uniknąć groźnych dla pacjentów pomyłek. Coraz mniej czasu pozostaje na życie rodzinne, towarzyskie, hobby, odpoczynek, ruch, uprawianie sportu, które są niezbędne dla prawidłowego odpoczynku, łagodzenia stresu, zapewnienia poczucia pełnego zdrowia.

• **Co trzeba zrobić, by lekarze jednak zechcieli zadbać o swoje zdrowie?**

– Jest to możliwe na szerszą skalę przez zmianę szeroko rozumianych warunków pracy. Przykładem mogą być kraje skandynawskie, gdzie ściśle przestrzegany jest czas pracy, społeczeństwo rozumie, że lekarze, jak inni pracownicy, świadczą usługi medyczne w ramach określonych ram czasowych i kontraktów. Nie oczekują pracy poza tymi normami. Niedostępność świadczeń obciąża organizatorów ochrony zdrowia i jej zasady ustalane są przez społeczeństwo poprzez swoich przedstawicieli parlamentarnych, a nie lekarzy. Poprawę sytuacji dokonuje się przez zmianę zasad organizacji i ich dodatkowe finansowanie ze środków publicznych, jeżeli okaże się to potrzebne.

Istnieje też kultura uprawiania sportu, kultywowane są prawidłowe zasady odżywiania i udostępniane różne formy aktywnego spędzania wolnego czasu.

• **Pewnie zdarzało się panu w swojej karierze leczyć pacjentów-lekarzy. Czy są to „lepsi”, bo bardziej świadomi pacjenci, czy też jest wręcz przeciwnie – nie chcą słuchać zaleceń, bo uważają, że wiedzą lepiej?**

– Są wśród nas, lekarzy, różni pacjenci. Większość lepiej, bez długotrwałego tłumaczenia rozumie istotę procesów chorobowych i leczenia. Chorujemy bardziej świadomie, bez złudzeń, a także



bez podejrzliwości, że leczenie nie jest adekwatne.

Wyjątkowo można spotkać kolegów lekarzy dążących do wymuszenia leczenia według własnych koncepcji, nie zawsze zgodnych ze stanem wiedzy czy możliwościami w dziedzinie, której dotyczy ich choroba.

• **Z jakimi problemami najczęściej zgłaszają się do pana pacjenci?**

– Jestem neurochirurgiem, naturalne jest więc, że moi pacjenci dotknięci są chorobami nowotworowymi, naczyniowymi i spowodowanymi przez urazy układu nerwowego. Wielu chorych cierpi z powodu zmian zwyrodnieniowych kręgosłupa, co jest jednym z głównych problemów w dziedzinie chorób cywilizacyjnych.

• **Czy wielu z tych zachorowań udałoby się uniknąć, gdybyśmy mieli lepiej zorganizowaną profilaktykę?**

– Nie mam wątpliwości, że tak. W mojej specjalności odpowiednie nawyki, styl życia uwzględniający uprawianie sportów, utrzymanie prawidłowej wagi ciała, pozwoliłyby na uniknięcie chorób kręgosłupa. Wiadomo, że palenie papierosów zwiększa ryzyko chorób naczyniowych mózgu i pęknięcia tętniaków wewnątrzczaszkowych.

• **Zajmuje się pan także małymi pacjentami. Ostatnio mówi się coraz częściej o załamaniu systemu opieki nad dziećmi. Potwierdza pan te obserwacje?**

– Nie, nie widzę pogorszenia się poziomu opieki lekarskiej nad dziećmi, ale jest to pogląd całkowicie subiektywny.

Obrona Częstochowy

dokńczenie ze str. 6

się. Sprawa dotyczy następujących izb: w Tarnowie, Zielonej Górze, Gorzowie, Toruniu (a może w Bydgoszczy), Koszalinie, Płocku, wojskowej. Z wielu izb w akcie solidarności nadchodzą apele, stanowiska, esemesy z propozycją pomocy. Jaki stanowią procent korporacji? Niewielki. Jak silny jest głos posłów i senatorów w ich rejonach? Skromny. Stąd pytanie pani minister: „A bardzo będziecie płakali?”

Redaktor „Gazety Lekarskiej” poradził mi, abym napisał artykuł w obronie „małych izb”. A ja wcale nie czuję się uprawniony do takiej obrony, bo ważniejszą sprawą jest idea niezależności samorządu lekarskiego, który sam zdecydował o tym, czy jego struktura ma być taka czy inna. Są tacy, którzy uważają, że duża izba ma większe możliwości, lepszą pozycję w rozmowach z urzędem marszałkowskim, nieporównywalne zaplecze naukowo-szkoleniowe. To prawda. Ale czy w największych izbach, które są ogromnymi instytucjami, sprawy rozpatrywane są indywidualnie czy raczej jak w urzędzie? Jaka jest sprawność „mołochów”, skoro nawet wyborów nie potrafią zmieścić w kalendarzu układanym dla ich wygody? Czy w wieloszczeblowej strukturze administracyjnej decyzje podejmuje się z dnia na dzień? Albo czy organizacja staży i szkoleń jest tam bardziej skuteczna? Jak wygląda współpraca z towarzystwami naukowymi, skoro słyszę o problemach w ustaleniu najprostszyc spraw, narzekania, a nieraz wręcz publiczne oskarżenia pod adresem wódatrzy punktów edukacyjnych? Jeśli dodamy anonimowość lekarza i lekarza dentystry, to czy może on samorząd potraktować inaczej niż ZUS albo urząd skarbowy? Izba lekarska to przede wszystkim ludzie, mający nie tylko prawo wyborcze, ale także własny głos!

Jeśli spojrzymy na mapę pomysłów, które pomogły w poprawie sytuacji materialnej środowiska lekarskiego w ostatnich latach, gdzie postawimy wykrzyknik? Tam, gdzie inni stawiają krzyżyk. Zielona Góra dała podstawowej opiece zdrowotnej swoje „porozumienie”, a Płock wymyślił mechanizm solidarnych wypowiedzi z pracy w oddziałach szpitalnych, co świetnie wykorzystał OZZL. W mniejszych

środowiskach opinia lekarzy traktowana jest poważniej, przelicza się ją na rozwiązania codziennej praktyki.

20 lat temu odrodził się samorząd lekarski, którego działalność wymaga spokojnej, krytycznej analizy z okazji jubileuszu. Nie spodziewajmy się masowych wypowiedzi. Większość koleżanek i kolegów przeczyta ten, jak i wiele innych tekstów i nie zajmie żadnego stanowiska. To naturalne, ale nie zwalnia z obowiązku przedstawienia na łamach pisma izb lekarskich kryzysu w ich funkcjonowaniu. Oto mamy do czynienia z bezprecedensowym podważeniem decyzji Naczelnej Rady Lekarskiej przez jedną z izb, która uważa, że liczba 26 tysięcy „szabel”, których nikt zresztą o zdanie nie pyta, upoważnia ją do samodzielnego reprezentowania własnych interesów wbrew większości na zewnątrz. Jest to działanie niedopuszczalne i szkodliwe dla całego środowiska, wpisujące się w zasadę „dziel i rządź”, tak chętnie przeciw nam na różnych etapach historii wykorzystywaną. Nielojalność jest tutaj zdumiewająca i każe się przyjrzeć bliżej działalności „partyzantów”. Pierwszy krok już uczyniono. Według niektórych prawników zmiana zasięgu terytorialnego izby pozwala na ponowne kandydowanie dotychczasowych przewodniczących. Nowelizując *Regulamin wyborczy* NRL uznała, że byłoby to niedopuszczalne, ograniczając możliwości manipulacji, która umożliwiałaby personalne korzystanie ze zmian. Zmian, których legalnie można dokonać bez zapisów w ustawie, bo są mechanizmy zapewniające łączenie i dzielenie izb oraz korygowanie granic między nimi. Dlatego omawiany precedens nie jest regulacją, tylko bezpardonowym zamachem.

Przy zielonym stoliku rozdano karty, a mój głos waży niewiele. Chciałbym jednak, by zsunęły się „różowe okulary” i aby zauważono, że wewnątrz samorządu toczy się wiele sporów: o autonomię, o kompetencję, o pieniądze, o edukację, o formy protestu, o poszanowanie praw pacjenta, o definicję łapówki, o normy etyczne, o przyzwoitość w relacjach międzykoleżeńskich, o suwerenność. Można je przemilczeć, jak wielokrotnie dotychczas, ale można także pokazać, że izba lekarska to instytucja, w której trwa poważna debata, a nie ciche gadanie i dzielenie łupów.

Jarosław Wanecki

Autor jest sekretarzem Okręgowej Rady Lekarskiej w Płocku

Zmęczony lekarz = martwy pacjent

Ryszard Kijak

Kierowcy ciężarówek mogą prowadzić pojazd maksymalnie przez 9 godzin na dobę, dwa razy w tygodniu przez maksimum 10 godzin. W połowie tego czasu muszą mieć blisko godzinną przerwę. Każdej doby przysługuje im prawo do co najmniej 11 godzin nieprzerwanego odpoczynku, który może być skrócony, ale nie mniej niż do 9 godzin, i nie częściej niż 3 razy w ciągu tygodnia. I to niezależnie od tego, czy pracują na etacie, czy w ramach swojej własnej działalności gospodarczej (czyli kontraktu).

Na krajowej „ósemce” pod Białymstokiem przylapano w dzień wigilijny Łotyszkę, która prowadziła TIR-a z Holandii na Łotwę i tak się spieszyła do domu na święta, że według wskazań tachografu siedziała za kierownicą bez wymaganych unijnymi przepisami przerw – na ostatnim odcinku przez 30 godzin, a przedtem dwa razy po 22 godziny. Kobięcie wlepiono mandat w wysokości 1 tys. zł, właściciela pojazdu ukarano kwotą 15 tys. zł. Łotyszka spędziła święta na parkingu w Żółtkach, a wyjechała z Polski dopiero, gdy przymusowo wykorzystała swoje obowiązkowe godziny odpoczynku i gdy opłacone zostały mandat i kara.

A czy ktoś słyszał, aby za przepracowanie 30 godzin pod rząd, a bezpośrednio przedtem – dwukrotnie po 22 godziny – jakiegoś lekarza (etatowego lub kontraktowego) odstawiono od świadczenia usług na parę dni i ukarano

mandatem, a jego pracodawcę obłożono jeszcze wyższą karą finansową? Czym się różni zagrożenie wywołane przez przemęczonego kierowcę od niebezpieczeństwa stworzonego przez zmęczonego lekarza?

Rozmiękczenie gorsetu

W sferze ochrony zdrowia, w dyrektywie 2003/88/WE (poprzednio: 93/104/EC) w sprawie niektórych aspektów organizacji czasu pracy, chodzi m.in. o to, aby pacjentem zajmował się lekarz wypoczęty, zrelaksowany, będący w stanie pełnej gotowości i sprawności psychofizycznej, co zapewnia chorym właściwy poziom świadczeń zdrowotnych i bezpieczeństwo w czasie ich udzielania.

Ze względu jednak na notowane w wielu krajach unijnych braki kadrowe w służbie zdrowia i ryzyko niemożności

utrzymania ciągłości pracy szpitali rządów państw unijnych dążą do zwiększenia i uelastycznienia możliwości wykorzystania czasu pracy pracowników przez pracodawców, widząc rozwiązanie swoich kłopotów w wydłużeniu czasu pracy lekarzy przy równoczesnym wyłączeniu z tego czasu części godzin dyżurowych uznanych arbitralnie za „nieaktywne”, co wiąże się oczywiście z okrojeniem wynagrodzenia za te godziny.

Reprezentacje rządów państw unijnych (Rada UE oraz Komisja Europejska – RUE i KE) robią od kilku lat wszystko, aby wprowadzić zmiany w dyrektywie o czasie pracy, zmierzające do rozluźnienia ciasnego gorsetu przepisów mających na celu zabezpieczenie pracowników (np. strażaków czy lekarzy) przed nadmiernym obciążaniem ich pracą i zapewnienie im odpowiedniego wymiaru czasu odpoczynku. Opcję tę przyjęły rządy takich krajów jak Polska, które starają się wydawać jak najmniej pieniędzy na ochronę zdrowia, i gdzie jednocześnie występuje niedobór wyspecjalizowanych kadr medycznych.

Edukacja europosłów

Przeciwko zmianom idącym w tym kierunku zaprotestowały organizacje lekarskie i związkowe krajów unijnych, wysyłając do swoich eurodeputowanych (reprezentujących Parlament Europejski – PE, czyli ciało niezależne od RUE i KE) pisma i apele uzasadniające szkodliwość proponowanych poprawek z punktu widzenia lekarzy i pacjentów. W Polsce taką akcję przeprowadziły Ogólnopolski Związek Zawodowy Lekarzy oraz Naczelna Izba Lekarska.

Podczas trwania w PE w Strasburgu debaty nad zaproponowanymi przez RUE zmianami dyrektywy o czasie

pracy, prowadzącymi m.in. do utrwalenia funkcjonowania klauzuli *opt-out* pozwalającej (za zgodą pracownika) na pracę w wymiarze łącznym do 65 godzin tygodniowo, do podziału czasu dyżuru na część aktywną i nieaktywną i do niewliczania tej ostatniej do czasu pracy, w poniedziałek 15 grudnia 2008 r. przed frontem strasburskiej siedziby PE zebrało się prawie pół tysiąca lekarzy z całej Europy, protestujących przeciwko tym poprawkom, w kilku- i kilkunastoosobowych delegacjach.

Demonstrację zorganizowała Europejska Federacja Związków Zawodowych Lekarzy Etatowych (FEMS), do której należy OZZL. Polska ekipa, skrzyknięta przez szefa Regionu Śląskiego OZZL Macieja Niwińskiego, była najliczniejsza (60 osób) i zdecydowanie wyróżniała się spośród innych. Ubrani w fartuchy chirurgiczne i maski operacyjne, zaopatrzeni w tablice na piersiach, proporce OZZL, flagi narodowe z godłem, transparenty, zrobili ogromne wrażenie nie tylko na współuczestnikach, ale i na mediach oraz na samych europosłach.

Wywieszki informowały np.: „Pracuję ponad 300 godzin miesięcznie NIE-BEZPIECZENSTWO Maciej, ortopeda traumatolog, POLSKA”, transparenty wieściły m.in.: „Zmęczony lekarz = martwy pacjent” – w językach francuskim, angielskim i niemieckim.

Wycieczka i misja

Komentując wyjazd polskiej grupy minister zdrowia Ewa Kopacz stwierdziła (wg PAP): „Nie czas na podróże do Strasburga w tej chwili, tylko czas na solidną pracę przy łóżku pacjenta i do tego zachęcam; oczywiście minister zdrowia nie może zabronić przedstawicielom związków wycieczek do Strasburga, wycieczek pod Sejm, wycieczek pod kancelarię pana prezydenta; ja jednak mimo wszystko bardzo bym apelowała i prosiła wręcz o to, abyście państwo potraktowali swoją pracę w sposób szczególny, bo to jest szczególny zawód”.

Ten lekceważący i ironiczny ton wypowiedzi utwierdził uczestników protestu w słuszności podjęcia decyzji o wyjeździe na demonstrację. Słowa pani minister można bowiem zrozumieć w ten sposób, że związkowcy powinni podwinąć pod siebie związkowe ogony, zamknąć się, siedzieć cicho i pozwolić, by do Brukseli i Strasburga regularnie jeździli tylko parlamentarzyści i przedstawiciele rządu. Bo ich wyjazdy

stanowią misję szczególną. Natomiast wyjazd związkowców w obronie praw pracowniczych to tylko jakaś fanaberia i dziwna „wycieczka”.

Zwycięstwo rozumu

Akcja wysyłania we wszystkich państwach pism do posłów europejskich z wyjaśnieniami uzasadniającymi stanowisko lekarzy, rozmowy z nimi oraz demonstracja – przyniosły pozytywny efekt. Przyjmując bezwzględną większość głosów (wymaganą w drugim czytaniu) sprawozdanie posła sprawozdawcy PE ds. dyrektywy o czasie pracy Alejandro Cercasa (z zawartymi poprawkami do stanowiska RUE) PE nie zgodził się na propozycje rządów państw członkowskich zakładające utrzymanie klauzuli *opt-out* oraz niezaliczanie dyżurów do czasu pracy. W głosowaniu 17 grudnia 2008 r. PE przyjął, iż ewentualne godziny nieaktywne dyżuru muszą być wliczane do czasu pracy, praca powyżej 48 godzin w tygodniu (za zgodą pracownika w postaci tzw. klauzuli *opt-out*) może być stosowana tylko przez najbliższe 3 lata od wejścia w życie nowelizacji (o ile wejdzie ona w życie), okres odpoczynku ma być udzielany bezpośrednio po dyżurze, a pracownikom zatrudnionym u kilku pracodawców czas pracy będzie sumowany.

„To jest sukces wszystkich grup politycznych w PE, sukces całego Parlamentu. To zwycięstwo dwóch milionów lekarzy i studentów medycyny w całej UE. Rada będzie teraz mieć okazję zająć się sprawami nurtującymi obywateli Unii Europejskiej i przystąpić do konstruktywnych negocjacji pojednawczych” – powiedział po głosowaniu Cercas.

Jest to zwycięstwo lekarzy europejskich, którzy otrzymali zabezpieczenie przed skutkami przemęczenia. Nie tylko przed tymi godzącymi bezpośrednio w ich zdrowie, ale też przed rzutującymi na poziom wykonywanych przez nich usług, co jest bezpośrednio odczuwalne przez pacjentów.

O ile RUE wyrazi zgodę na wersję przyjętą przez PE, stanie się ona obowiązującym prawem europejskim. Jeśli nie, temat ten będzie jeszcze negocjowany w ramach tzw. postępowania pojednawczego w łonie komisji liczącej po 27 osób ze strony RUE i PE. Osiągnięty ewentualnie kompromis stanie się prawem, zaś brak takowego będzie oznaczał, iż proponowane przez RUE niekorzystne dla pacjentów i lekarzy propozycje okażą się nieaktualne, tak

samo zresztą jak i poprawki PE. Czyli – zostanie po staremu.

Rachunek sumienia

Warto wspomnieć o postawie 54 europosłów polskich. Za wszystkimi czterema proponowanymi przez PE korzystnymi dla pacjentów i lekarzy poprawkami opowiedziało się 21 z nich: Adam Bielan (Kraków – małopolskie i świętokrzyskie), Sylwester Chruszcz (Wrocław – dolnośląskie i opolskie), Ryszard Czarnecki (Wrocław – dolnośląskie i opolskie), Hanna Foltyn-Kubicka (Gdańsk – pomorskie), Lidia Joanna Geringer de Oedenberg (Wrocław – dolnośląskie i opolskie), Adam Gierek (Katowice – śląskie), Maciej Marian Giertych (Katowice – śląskie), Mieczysław Edmund Janowski (Rzeszów – podkarpackie), Urszula Krupa (Łódź – łódzkie), Wiesław Stefan Kuc (Lublin – lubelskie), Marcin Libicki (Poznań – wielkopolskie), Jan Tadeusz Masiel (Poznań – wielkopolskie), Bogdan Pęk (Kraków – małopolskie i świętokrzyskie), Mirosław Mariusz Piotrowski (Lublin – lubelskie), Wojciech Roszkowski (Katowice – śląskie), Leopold Józef Rutowicz (Kraków – małopolskie i świętokrzyskie), Czesław Adam Siekierski (Kraków – małopolskie i świętokrzyskie), Konrad Szymański (Wrocław – dolnośląskie i opolskie), Ewa Tomaszewska (Warszawa – mazowieckie), Witold Tomczak (Poznań – wielkopolskie), Bernard Wojciechowski (Warszawa – mazowieckie).

Spośród pozostałych polskich europosłów pięciu było nieobecnych na sesji plenarnej PE (Urszula Gacek, Krzysztof Hołowczyc, Stanisław Jałowiecki, Jan Jerzy Kułakowski, Paweł Piskorski), kolejnych sześciu pominęło co najmniej jedno ważne głosowanie, a inni głosowali przeciwko niektórym albo wszystkim poprawkom. Do tej grupy należą: Jerzy Buzek, Zdzisław Kazimierz Chmielewski, Marek Aleksander Czarnecki, Małgorzata Handzlik, Filip Kaczmarek, Janusz Lewandowski, Jan Olbrycht, Janusz Onyszkiewicz, Jacek Protasiewicz, Dariusz Rosati, Jacek Saryusz-Wolski, Bogusław Sonik, Grażyna Staniszevska, Andrzej Wielowieyski, Zbigniew Zaleski, Tadeusz Zwiefka. Dariusz Rosati na kilka dni przed debatą zaprosił po dwóch przedstawicieli NRL i OZZL na konsultacje do Brukseli, po czym... zgłosił przeciwko wszystkim zmianom. Zgadza się, aby chorych leczycy przemęczeni lekarze, opowiedzieli się bowiem jednocześnie i za tym, by ich dzieci lub wnuki były przewożone na kolonie przez pracujących 24 godziny pod rząd kierowców.

foto. Maciej Niwiński





Zdrowie bez ceny

Krzysztof Bukiel

Pod koniec roku – tradycyjnie – dochodzi do konfliktu między NFZ a świadczeniodawcami w sprawie kontraktów na udzielanie refundowanych świadczeń zdrowotnych. Głównym przedmiotem sporu jest cena za świadczenie.

Politycy bagatelizują ten problem, bo w końcu kontrakty są podpisywane i sprawa „stabilizuje się”. Jest to jednak stabilizacja pozorna, a prawdziwe i bolesne skutki problemu pojawiają się później i trwają długo.

Zasadą – brak zasad

Rzeczą najważniejszą w wycenie świadczeń jest jej metodologia. Jak

Fundusz wycenia określoną procedurę? Czy wylicza czas pracy potrzebny na jej wykonanie; ile trzeba zapłacić lekarzowi, pielęgniarce, technikowi; jaki jest udział materiałów medycznych, jakie zużycie sprzętu, energii itp.? Jeśli NFZ nie stosuje takiej metodologii, to jak można prawidłowo ocenić, czy wydaje on środki publiczne w sposób celowy i oszczędny, co nakazuje mu ustawa o finansach publicznych?

Jak można rozstrzygnąć, czy dyrektorzy zadłużają szpitale, bo nie potrafią nimi zarządzać, czy dlatego, że ceny są faktycznie zaniżone? Jak odrzucić podejrzenia o pozamerytoryczny wpływ osób albo firm na wielkość kwot refundacji za poszczególne świadczenia, gdy niektóre z nich są wycenione w sposób przynoszący wielkie zyski, a inne – oczywiste straty?

Co na to NIK?

Przez ostatnich 10 lat reformy nie dopracowano się takiej metodologii: merytorycznie uzasadnionej, jawnej i akceptowanej również przez świadczeniodawców. Wielokrotne apele do polityków w tej sprawie ze strony środowisk medycznych nie przyniosły – jak dotąd – wymiernych rezultatów. Dlatego OZZL zdecydował się poprosić o pomoc NIK.

Chcemy, aby Izba sprawdziła, czy NFZ – dbając o swoją równowagę finansową – nie zmusza przy tym inne podmioty (publiczne szpitale, samorządy terytorialne) do ponoszenia strat oraz czy Fundusz nie zapomina o swoim zasadniczym zadaniu, jakim jest zapewnienie obywatelom pewnego dostępu do leczenia. Łatwo bowiem zrównoważyć przychody i wydatki Funduszu ustalając odpowiednio niskie kwoty refundacji za poszczególne świadczenia. Koszty takich działań ponoszą szpitale, które muszą się zadłużać i pacjenci, mający utrudniony dostęp do świadczeń, których szpitale nie chcą wykonywać, aby nie pogłębiać swoich strat. Płacą również pracownicy medyczni, których pensje są przez dyrektorów zaniżane.

Niech NIK zbada na jakich zasadach NFZ ustala ceny za finansowane przez siebie świadczenia, jaką metodologię stosuje i czy w ogóle jest taka metodologia.

Przestępstwo prezesa?

W tym roku w sporze o wycenę świadczeń zdrowotnych przez NFZ pojawił się dodatkowy aspekt. Ma bowiem nastąpić ponowne połączenie dwóch strumieni pieniędzy, jakie dotychczas płynęły z NFZ do świadczeniodawców: „podwyżkowego” (wprowadzonego ustawą „wedłowską”) i „kontraktowego”, który zależał od liczby wykonanych świadczeń i ceny za świadczenia. Aby tak się stało, NFZ ma odpowiednio podwyższyć nominalną wycenę świadczeń na rok 2009, by kwota kontraktu (iloczyn liczby świadczeń i ceny za świadczenie) odpowiadała kwocie dwóch wspomnianych wyżej strumieni pieniędzy. W roku 2009 cena za świadczenie powinna być zatem o taki procent większa, jaki stanowiła kwota podwyżkowa do kwoty kontraktowej. Zgodnie z planem finansowym NFZ na rok 2008 było to 13 %. Miara wyceny świadczeń szpitalnych jest punkt rozliczeniowy. W roku 2008 jego cena wynosiła 48 zł, w roku 2009 powinna więc wynieść 54,24 zł (113 % z 48). Wyniosła – 51 zł.

Prezes NFZ tłumaczy, że nic się nie stało, bo ogólna suma środków przeznaczonych dla szpitali w planie na rok 2009 nie jest mniejsza niż w roku 2008. Nie mówi jednak o tym, że aby te pieniądze szpitale dostały, muszą w roku 2009 wykonać większą liczbę świadczeń niż w roku 2008, co oznacza zmniejszenie ceny jednostkowej. Szpitale muszą ponieść większe koszty, a wiele z nich i tak nie wykona przyznanej liczby świadczeń, bo – wcześniej – dostosowały swoje „moce przerobowe” do mniejszych limitów narzuconych przez NFZ w latach ubiegłych. Nawiasem mówiąc, przedstawiciele Ministerstwa Zdrowia potwierdzali, że to nie liczba świadczeń ma być podniesiona, ale ich wycena. Wiceminister Jakub Szulc na forum Sejmu 4 grudnia 2008 r. powiedział: „Na pewno środków nie będzie mniej niż teraz, przy założeniu, że nie będzie wykonywanych więcej świadczeń, bo nie zwiększamy strumienia pieniędzy kosztem większej pracy.” (cytat za PAP)

W ocenie OZZL prezes NFZ – nie dopełniając obowiązku odpowiedniego

zwiększenia wyceny świadczeń szpitalnych na rok 2009, w stosunku do wyceny z roku 2008 – złamał prawo i popełnił czyn zabroniony z art. 231 § 1 kodeksu karnego: *Funkcjonariusz publiczny, który przekraczając swoje uprawnienia lub nie dopełniając obowiązków, działa na szkodę interesu publicznego lub prywatnego, podlega karze pozbawienia wolności do lat 3.* Nie ma bowiem wątpliwości, że zaniżenie cen przez NFZ jest działaniem na szkodę interesu publicznego: publiczne szpitale poniosą straty finansowe, a pacjenci będą mieli ograniczony dostęp do niektórych świadczeń zdrowotnych. Obniżona też zostanie jakość świadczeń, bo szpitale będą zmuszone do podejmowania drastycznych oszczędności.

W związku z powyższym ZK OZZL wystąpił do Prokuratury Okręgowej w Warszawie z wnioskiem o sprawdzenie czy przedstawiony wyżej zarzut wobec prezesa NFZ jest zasadny.

Gra w monopol

Obniżenie (faktycznych) cen za świadczenia w roku 2009 w stosunku do roku 2008 i „sztuczki” w postaci przyznania takiej samej kwoty kontraktu pod warunkiem wykonania większej liczby świadczeń jest – ze strony NFZ – oczywiście nieuczciwością wobec swoich kontrahentów. Fundusz pozwala sobie na takie działania korzystając ze swojej monopolistycznej pozycji. I nawet jeśli miał w tym poparcie rząd (a pewnie tak było) nie zmienia to postaci rzeczy: jest to działanie prawnie zakazane. Ustawa o ochronie konkurencji i konsumentów definiuje je jako *nadużywanie pozycji dominującej*, a prezes Urzędu Ochrony Konkurencji i Konsumentów może, na wniosek dowolnego podmiotu, przeprowadzić – w takim przypadku – postępowanie antymonopolowe i wydać decyzję nakazującą monopoliście zaniechanie stosowania zakazanych praktyk. Właśnie z takim wnioskiem wystąpił OZZL do UOKiK wobec Narodowego Funduszu Zdrowia.

Czy te wszystkie działania doprowadzą wreszcie do sytuacji, w której będziemy mogli powiedzieć, że choć zdrowie jest bez ceny, to usługi zdrowotne są (uczciwą) cenę mają?

14 stycznia 2009 r.

foto: Marek Stankiewicz

Apel z 27 listopada 2008 r.

do Koleżanek i Kolegów ordynujących leki refundowane i pełnopłatne

W związku z częstymi skargami farmaceutów pracujących w aptece na nieczytelne pisanie recept i na błędy formalne w ich treści, biorąc pod uwagę dobrą współpracę z farmaceutami oraz potrzebę jej zwiększenia w związku z rozwojem działań związanych ze stopniowym wprowadzaniem opieki farmaceutycznej, zwracamy się do wszystkich Koleżanek i Kolegów z prośbą o dołożenie starań, aby recepta była nie tylko czytelna, lecz także odpowiadała szczegółowym, formalnym wymogom rozporządzenia ministra zdrowia z 17 maja 2007 r. w sprawie recept lekarskich (z następnymi, ewentualnymi zmianami).

Równocześnie apelujemy do farmaceutów pracujących w aptekach prosząc o kontynuowanie dobrego obyczaju bezpośredniego porozumiewania się z lekarzem ordynującym dla wyjaśnienia ewentualnych niedociągnięć, braków czy nawet błędów formalnych recepty.

Koleżanki i Koledzy lekarze i farmaceuci pracujący w Departamencie Gospodarki Lekami NFZ oraz w Wydziałach Gospodarki Lekami Oddziałów Wojewódzkich NFZ są proszeni o staranne odróżnianie drobnych uchybień, wynikających niewątpliwie z chwilowej nieuwagi lub pośpiechu, od poważnych błędów, które mogą spowodować nieprawidłową realizację recepty.

Apelujemy również do Koleżanek i Kolegów lekarzy pracujących w Departamencie Polityki Lekowej i Farmacji MZ, aby w kolejnej nowelizacji rozporządzenia w sprawie recepty uwzględnili uzupełnianie lub poprawianie przez farmaceutę pracującego w aptece w recepcie danych formalnych zawartych w dowodzie osobistym lub innych wskazanych w rozporządzeniu dokumentach pacjenta oraz umieścili sformułowania wyjaśniające tryb postępowania w razie ustalania odpowiedzialności za poszczególne błędy formalne.

za Zespół Polityki Lekowej NRL
prof. dr med. Tadeusz L. Chruściel, przewodniczący
dr hab. med. Andrzej Chciałowski, sekretarz

Stanowisko Konferencji
Prezesów Towarzystw Lekarskich
z 15 grudnia 2008 r.
**w sprawie stosowania
produktów leczniczych
homeopatycznych
przez lekarzy**

Produkty lecznicze homeopatyczne znajdują się w spisach leków i stosowanie ich jest dozwolone. Taki stan prawny nie zwalnia jednak lekarzy od obowiązku oceny przydatności tych, jak i wszystkich innych, produktów stosowanych u zgłaszających się do nich pacjentów. W ocenie tej należy brać pod uwagę przede wszystkim dobro pacjenta, które między innymi zależy również od stosowania metod o sprawdzonej naukowo skuteczności. Medycyna oparta na dowodach stopniowo weryfikuje wiele stosowanych od dawna, tradycyjnych metod leczniczych oraz pozwala na sformułowanie – zależnie od siły dostępnych dowodów – standardów postępowania, wytycznych lub zaleceń.

Stosowanie metod nieopartych na mocnych, zebranych zgodnie z przyjętymi zasadami badań naukowych, dowodach ma wątpliwą wartość dla pacjenta, może narażać go na niepotrzebne koszty lub stratę czasu, a w skrajnych przypadkach może się wiązać z opóźnieniem zastosowania standardowych leków i procedur. Takiego postępowania zabrania art. 57 Kodeksu Etyki Lekarskiej oraz art. 4 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty.

W przypadku środków homeopatycznych brak jest dowodów pozwalających na uznanie ich stosowania za postępowanie standardowe, wskazane czy zalecane. Podnoszone często przez zwolenników homeopatii ich własne zalecenia, istnienie obszernego piśmiennictwa, tradycja w stosowaniu leków homeopatycznych, umieszczenie produktów w farmakopeach czy ich refundacja nie są wystarczającymi dowodami w rozumieniu medycyny opartej na dowodach.

Stosowanie produktów leczniczych homeopatycznych przez lekarzy nie jest więc wprawdzie zabronione, ale jako jedyna metoda leczenia w większości przypadków byłoby postępowaniem niezgodnym z aktualną wiedzą medyczną, zaś w wielu innych byłoby stosowaniem metody zbędnej i niejednokrotnie kosztownej. Lekarze i lekarze dentyści powinni o tym pamiętać zarówno w swojej codziennej praktyce, jak i w działalności dydaktycznej.

Romuald Krajewski
koordynator KPTL

Stanowisko Konferencji Prezesów Towarzystw Lekarskich
z 15 grudnia 2008 r.
**w sprawie kształcenia specjalizacyjnego
lekarzy i lekarzy dentystów**

Konferencja wyraża uznanie dla inicjatyw mających na celu poprawę systemu kształcenia specjalizacyjnego lekarzy i lekarzy dentystów w Polsce. Potrzeba zmian w tym zakresie była zgłaszana przez wiele organizacji lekarskich i kontynuacja dyskusji oraz podjęcie działań legislacyjnych są bardzo oczekiwane przez środowisko lekarskie.

Trudny dostęp lekarzy do specjalizowania się w połączeniu z niekorzystną tendencją demograficzną (starzenie się zarówno całego społeczeństwa jak i środowiska lekarzy) już doprowadziły do odczuwalnych braków kadry w niektórych specjalnościach i należy spodziewać się, że w niedalekiej przyszłości problem ten będzie narastał. W interesie pacjentów i całego społeczeństwa leży więc usprawnienie i ułatwienie uzyskiwania specjalizacji przy zapewnieniu wysokiej jakości kształcenia i wysokich kwalifikacji lekarzy specjalistów.

Dlatego nowy system kształcenia uzyskiwania tytułu specjalisty powinien opierać się na następujących zasadach:

1. Wszyscy lekarze kończący staż podyplomowy powinni móc rozpocząć specjalizację. Jedynym ograniczeniem w tym zakresie mogą być tylko możliwości prowadzenia kształcenia przez podmioty spełniające kryteria odpowiedniej jakości kształcenia.
2. Lekarze rozpoczynający kształcenie specjalizacyjne powinni mieć zapewnioną możliwość odbycia pełnego kształcenia w wybranej przez siebie specjalizacji.
3. Podstawowym trybem kształcenia specjalizacyjnego powinien być tryb rezydentki: Wynagrodzenie lekarzy rezydentów powinno zapewniać atrakcyjność tego trybu i powinno wzrastać z upływem rezydentury.
4. Postępowanie kwalifikacyjne w przypadku większej liczby kandydatów niż dostępna liczba miejsc szkoleniowych powinno opierać się przede wszystkim na wyniku LEP albo LDEP.
5. O ile program specjalizacji to umożliwia, kształcenie specjalizacyjne powinno rozpoczynać się od kształcenia początkowego (moduł podstawowy) wspólnego dla określonej grupy specjalności i jednolitego co do czasu trwania, programu i sposobu zaliczenia.
6. Kształtujący się lekarze powinni mieć możliwość zmiany wybranego na początku kierunku specjalizacji po ukończeniu kształcenia początkowego.
7. Kształcenie ukierunkowane (moduł specjalistyczny) lekarz może rozpoczynać po zrealizowaniu programu kształcenia początkowego.
8. Akredytacja podmiotów kształcących, zwłaszcza w zakresie kształcenia początkowego, powinna odbywać się na poziomie regionalnym.
9. Warunkiem przystąpienia do Państwowego Egzaminu Specjalizacyjnego powinno być zaświadczenie o zrealizowaniu modułu podstawowego (oraz zaliczenie testowego egzaminu obejmującego program tego modułu) i modułu specjalistycznego.
10. Programy kształcenia specjalizacyjnego powinny być tak skonstruowane, aby uzyskanie tytułu specjalisty było możliwe w ciągu 5-6 lat.
11. Organizacja kształcenia powinna zapewniać uzyskanie wysokiego poziomu wiedzy oraz umiejętności w ramach czasu pracy zgodnego z obowiązującymi przepisami.
12. Lekarze wykonujący obowiązki opiekuna specjalizacji powinni otrzymywać za to wynagrodzenie.
13. Kwalifikacja do specjalizacji, odbywanie kształcenia oraz uznawanie staży kwalifikacji zagranicznych powinny się odbywać bez zbędnych utrudnień biurokratycznych.

Konferencja Prezesów Towarzystw Lekarskich zwraca się do instytucji i organizacji uczestniczących w kształtowaniu systemu specjalizacji w Polsce, z prośbą o uwzględnienie tych podstawowych założeń w przyjmowanych propozycjach i rozwiązaniach legislacyjnych. Zdaniem Konferencji wymienione założenia są niezbędnymi warunkami poprawy kształcenia specjalistycznego w Polsce.

Konferencja deklaruje gotowość do dalszego czynnego udziału w pracach nad kształceniem specjalizacyjnym polskich lekarzy i lekarzy dentystów.

Romuald Krajewski
koordynator KPTL

Protest – PES

Zabieramy głos w imieniu lekarzy protestujących przeciwko przebiegowi sesji jesiennej PES z chorób wewnętrznych, poruszeni ostatnimi dostępnymi w publikacjach prasowych wypowiedziami osób, które decydują o naszej zawodowej przyszłości. Przypominamy jedynie, iż egzaminu testowego z chorób wewnętrznych nie zdało prawie 50% przystępujących do egzaminu, nikt z ponad 700 lekarzy nie uzyskał oceny bardzo dobrej, a średnia uzyskana liczba punktów była poniżej progu zaliczenia. Był to najgorszy wynik w historii egzaminu z chorób wewnętrznych. Po odbytych egzaminie unieważniono 5 pytań, a w kilka dni po ogłoszeniu wyników ponownie zmieniono wyniki egzaminu. Czynności tych dokonano z naruszeniem regulaminu. Do dzisiaj nie są znane kryteria doboru pytań do unieważnienia.

Początkowo w oficjalnych pismach, zarówno my, jak i Ministerstwo Zdrowia, otrzymaliśmy informację, że „pytania były błędnie skonstruowane, co uniemożliwiało udzielenie prawidłowej odpowiedzi”. Po dokładniejszym przyjrzeniu się sprawie okazało się, iż pytania były prawidłowe, jedynie „zbyt trudne...”. Dlaczego unieważniono akurat te pytania – nie mniej lub więcej, tylko akurat 5 – dlaczego jedni w wyniku tej decyzji zdali, a inni wciąż byli tuż „pod kreską”, dlaczego w sposób nierówny traktowano osoby z tą samą liczbą prawidłowych odpowiedzi? – pytania te pozostają jak dotąd bez odpowiedzi. Uważamy, że mamy prawo poznać prawdę. Nikt, mimo oficjalnych zapytań kierowanych do CEM i PKE, do tej pory nie ustosunkował się do

naszych zastrzeżeń merytorycznych co do poprawności kilku pytań – są one naszym oraz zdaniem naszych kierowników specjalizacji błędne, nielogiczne, z kilkoma prawidłowymi lub wręcz bez żadnej prawidłowej odpowiedzi.

Trudno polemizować z opracowaniem merytorycznym najtrudniejszych pytań z egzaminu umieszczonym na stronach CEM, a przygotowanym przez Pana Prof. Gacionga w stylu, że „taką odpowiedź zaznaczył autor pytania”. Tym bardziej niezrozumiały jest fakt, iż nie mamy prawa zweryfikować pytań, bo są chronione „prawem autorskim” mimo iż znalazły się w druku urzędowym, jakim jest książeczka testowa.

Fakt istnienia błędów w pytaniach byłby podstawową i bardzo istotną sprawą, bo to nie jest tylko kwestia złamania procedury czy regulaminu. Tu chodzi o podstawowe prawa i elementarny szacunek do zdających lekarzy i ich wiedzy. Jeżeli istnieje bardzo duże prawdopodobieństwo, iż kilkadziesiąt osób nie zdało, bo uznano ich wiedzę za niewystarczającą, aby być specjalistą, a u podłoża tej oceny leżą błędy w pytaniach, a nawet ich oczywisty merytoryczny bezsens, to jest to wyrażenie bolesnej krzywdy wszystkim tym, co nie zdali, ich rodzinom, a nawet ich pacjentom.

Czy można nad tym faktem przejść do porządku dziennego? To jest wołanie o elementarną sprawiedliwość, szacunek do drugiego człowieka oraz chęć poznania prawdy. Czyż nie jest rolą wszystkich lekarzy chęć poznania prawdy? Nie możemy podzielić poglądu Pana Prof. Gacionga, wedle którego „za kiepski wynik egzaminu winę ponosi nie jego

wadliwe przygotowanie, ale zły system nauczania, w którym część specjalizacji odbywa się na telefon”. Skąd ta wiedza Pana Profesora i od kiedy wie o takiej patologii systemu specjalizacji? Czy warunki szkolenia anesteziologów różnią się aż tak diametralnie od naszych, że prawie wszyscy zdali „europejski” egzamin specjalizacyjny?

Dlaczego musiało dojść do takiej sytuacji, czyżby na pewno ostatni egzamin był profesjonalnie i rzetelnie przygotowany i przeprowadzony? Czy dogmat nieomyślności ubrany w przepisy prawne, a tak naprawdę ich brak (niemożność odwołania się od wyników egzaminu czy kwestionowania pytań po egzaminie) miał też stać się standardem pracy lekarskiej?

Apelujemy o publiczną debatę na temat jakości kształcenia podyplomowego lekarzy w Polsce jak również domagamy się ujawnienia pytań z ostatniego egzaminu z chorób wewnętrznych celem ich merytorycznej oceny. W zaistniałej sytuacji, przy braku osoby odpowiedzialnej za profesjonalne przygotowanie części testowej egzaminu (dopiero co rozpoczęta procedura wyłaniania nowego konsultanta krajowego z zakresu chorób wewnętrznych), zwracamy się do Ministerstwa Zdrowia o dopuszczalne przez prawo ograniczenie egzaminu z zakresu chorób wewnętrznych w sesji wiosennej do części praktycznej i ustnej oraz rozpoczęcie starań o jak najszybsze wprowadzenie egzaminu „europejskiego”.

Dane osobowe i nazwiska sygnatariuszy do wiadomości redakcji.

REKLAMA

REKLAMA

Znowu stracą lekarze



Andrzej Baszkowski

Wróćmy jeszcze na chwilę do zeszłorocznych rozmów zespołu negocjacyjnego Komisji Stomatologicznej NRL z przedstawicielami centrali NFZ w sprawie kontraktów stomatologicznych na rok 2009.

foto: Marek Stankiewicz

Stronę samorządu lekarskiego reprezentowali Małgorzata Kaczmarska-Banasiak, Jolanta Szczurko, Robert Stępień i Andrzej Baszkowski. Rozmowy ciągnęły się przez kilka miesięcy, głównie z powodu ewolucji poglądów i zmieniających się propozycji Funduszu. W negocjacjach nie pomogła także rotacja na stanowiskach kierowniczych Funduszu. Czasem nasi rozmówcy nie wiedzieli o ustaleniach podjętych przez ich poprzedników. Głównym tematem – jak zawsze – były pieniądze. Tzn. budżet na świadczenia stomatologiczne i co za tym idzie ich ceny.

Ceny

Na realizację świadczeń stomatologicznych w roku 2009 NFZ zaplanował budżet w wysokości 3,73 % wszystkich świadczeń. Stanowi to wzrost w stosunku do roku ubiegłego o zaledwie 0,08 %. „Na 2008 dostaliście prawie 0,6 % więcej niż w 2007, no to przecież nie możecie spodziewać się takich samych podwyżek co rok” – argumentowali przedstawiciele NFZ. Przypomnijmy, że zgodnie z dwustronnymi ustaleniami do końca 2009 r. ceny na świadczenia stomatologiczne mają osiągnąć poziom cen rzeczywistych. Ciekawe w jaki sposób?

Rozmowy początkowo wyglądały obiecująco. Latem na prośbę NFZ wspólnie ustaliliśmy nowe, wyższe ceny wszystkich świadczeń dentystycznych. Tym razem nie w punktach, ale w złotych. Były to dobre ceny. Niestety, im bliżej jesieni i ostatecznych decyzji, propozycje centrali NFZ zmieniały się i coraz bardziej rozmiękały z naszymi oczekiwaniami. O uzgodnionych sumach z sierpnia prezes NFZ nie chciał słyszeć. Zaproponowaliśmy więc, aby w takim razie na rok 2009 przyjąć ceny z IV kwartału 2007 r., wyższe od tych z 2008 r. o 20%. Ale i tę propozycję

pan prezes odrzucił. Wszystko na skutek ograniczenia budżetu na stomatologię i nowych sposobów liczenia wartości punktu.

Zmiany polegają przede wszystkim na tym, że w 2009 r. znikają osobne pieniądze na świadczenia protetyczne i ortodontyczne, a więc te przeznaczone dla technika, a także na podwyżkę „wedłowską”. Po-
stanowiono dodać je do wartości punktu. Krytykowaliśmy te pomysły, bo zwykle na zmianach, nazwijmy to księgowych, tracą lekarze. Nie inaczej będzie teraz. Dziś pieniądze na technika to osobne sumy, wypłacane „obok” tych z kontraktu. W 2009 r. będzie to część naszego kontraktu. Jeżeli zapłacimy technikowi np. 1000 zł, to o tyle mniej zostanie dla nas. Czyli tracimy. Z taką opinią zgodził się nawet Fundusz, ale orzekł, że nic na to nie poradzi i musimy tę stratę traktować jako koszt wykonania protezy, podobnie jak zakup materiałów do wypełnień jest naszym kosztem przy plombowaniu zębów.

Tracimy też na manipulacjach z podwyżką. W zeszłym roku było wiadomo, ile dostajemy co miesiąc, bez względu na to, jaka część kontraktu została już zrealizowana. W 2009 r. będzie inaczej. Podwyżkę wliczy się w wartość punktu. Niby zmiana niewielka, ale znowu tracą lekarze. Jeżeli zrealizują mniej punktów kontraktowych, dostaną automatycznie mniejszą sumę podwyżki. Czy o to chodziło?

Dopłaty

W połowie roku z propozycji na rok 2009 zniknęły dopłaty. Prezes NFZ uznał, że dopłaty to umowa dwustronna między pacjentem i lekarzem, a Funduszowi nic do tego. Potem zdanie zmienił i dopłaty pojawiły się znowu. I już zostały. Izba zawsze twierdziła, że dopłaty oczywiście tak, ale dopiero wtedy, gdy wszyscy chętni lekarze będą w systemie. Dopłaty nie

mogą być elementem konkurencji z gabinetami nie posiadającymi kontraktów. No ale co by nie mówić, w 2009 r. dopłaty będą nadal.

Osobiście boję się dopłat z jeszcze jednego powodu. Otóż żeby nie stało się tak, że NFZ nie będzie skory do wprowadzenia cen rzeczywistych argumentując, że chociaż punkty wyliczone są nisko, to przecież mamy dopłaty, więc mimo wszystko jakoś wychodzimy na swoje...

15 tysięcy i dyrektorzy

Suma zobowiązań NFZ wobec świadczeniodawców na 1 stycznia 2009 r. nie może być niższa niż była na dzień 1 stycznia 2008 r. – mówi znowelizowana ustawa podwyżkowa. Ta suma, to pieniądze za realizację kontraktu, na świadczenia protetyczne i podwyżka „wedłowska”. NFZ podniósł etat z 12 000 do 15 000 i oczekuje, że suma zobowiązań NFZ wobec świadczeniodawców, o której wyżej, wynikać będzie z jego realizacji. Oznaczałoby to, że dostaniemy pieniądze takie jak w 2008 r., tyle że za większą pracę. Izba nie zgodziła się z takim rozwiązaniem. Poza tym podniesienie kontraktu do 15 tys. punktów spowoduje po pierwsze zmniejszenie wartości punktu, a po drugie olbrzymie trudności z jego realizacją. Nie można wykonać świadczeń w takiej ilości zgodnie ze standardami i z należytą starannością w ciągu 30 godzin tygodniowo, jak chce NFZ. Równie dobrze można by więc ustalić kontrakt na 20 000 albo na 25 000. Efekt byłby dokładnie taki sam – nikt by go nie zrealizował. To fakt, że byłoby oszczędności na stomatologii, a na nie czeka wielu chętnych. Izba dopuszczała kontrakty wyższe niż w 2008 r. tylko dla specjalistów, np. z chirurgii.

15 tys. łatwiej zrealizować, jeżeli wykonuje się dużo protez. Zwłaszcza, że punkty za nie udało się podwyższyć. Kolejka

oczekujących na protezy maleje. Co więc, gdy protez będzie tylko kilka? Albo wcale? Tańsze punkty spowodują, że lekarz zarobi mniej. A przecież wyliczenia NFZ nie uwzględniają jeszcze inflacji czyli zwiększonych kosztów utrzymania. W tym roku jest to ok. 4,7%. W 2006 r. podpisaliśmy porozumienie, że co roku kwoty kontraktów będą waloryzowane o wartość inflacji. Zaniechanie realizacji tego uzgodnienia, obok wyliczenia wartości punktu wynikającego z 15-tysięcznych kontraktów, spowoduje dalsze uszczuplenie naszych dochodów. Znowu tracimy...

Na szczęście zarządzenie nr 91 Prezesa NFZ z 16 października 2008 r., w paragrafie 8 pkt 3 dopuszcza odstąpienie dyrektorów oddziałów wojewódzkich od tych 15 tys. i powrót do kontraktów 12-, 9- i 6-tysięcznych. Jesteśmy zdecydowanie za tym, aby rezygnacja z 15 tys. stała się praktyką powszechną. W ten sposób uzyskalibyśmy wyższą wartość punktu. Niestety, nie wszyscy dyrektorzy chcą z tego zapisu skorzystać. Niektórzy wyczyli skandalicznie wręcz niską wartość punktu.

Swoją drogą zastanawiam się jak to jest: wielu dyrektorów, a także innych pracowników Funduszu czy Ministerstwa Zdrowia, a także posłów jest lekarzami, a więc i członkami izby lekarskiej. Izba ma swoje zdanie, często krytyczne wobec tych instytucji. Czy coś z tego wynika? Czy decyzje samorządu obowiązują tych kolegów i koleżanki czy nie? Może miejsce pracy zwalnia z obowiązku podporządkowania się korporacji? Jeżeli tak, to które są to stanowiska?

Nie rozumiem też dyrektorów, którzy nawet, jeżeli mogą bez ryzyka, bez zmian budżetu podjąć decyzję korzystną dla swoich kolegów lekarzy, wzbraniają się i odmawiają. Dlaczego? Rozrzut wartości punktu w Polsce jest ogromny. Od 1,26 zł w kontrakcie ogólnostomatologicznym w Poznaniu i 1,18 w Szczecinie do 0,92 w Kielcach i 0,87 w Białymstoku! Te ostatnie wartości to po prostu skandal, wstyd i lekceważenie dentystów.

Ceny oczekiwane

Część kolegów będzie miała zmienione warunki kontraktowania drogą aneksów, inni mieli lub będą mieli konkursy. W konkursach obowiązuje zarządzenie nr 86 Prezesa NFZ, w sprawie określenia kryteriów oceny ofert w postępowaniu w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej. Chcę zwrócić uwagę na

jedno tylko kryterium. W załączniku nr 2 przywołana jest przez NFZ cena oczekiwana. Jest to pojęcie zupełnie abstrakcyjne. Wynika z ilości posiadanych przez Fundusz pieniędzy i ilości planowanych świadczeń. Cena oczekiwana nie uwzględnia rzeczy podstawowej czyli kosztów wykonania świadczeń. Nie odpowiada więc rzeczywistości i jako taka nie powinna być żadnym kryterium konkursowym. Zwłaszcza, że skłania lekarzy do drastycznego zaniżania kosztów, co nieuchronnie prowadzi do niebezpieczeństwa obniżenia jakości świadczeń. Tymczasem Fundusz wymyślił, że oferent, który poda cenę jeszcze niższą od oczekiwanej, w nagrodę otrzyma maksymalną liczbę punktów.

4 listopada ub.r. na spotkaniu zespołu negocjacyjnego z centralą NFZ zwróciliśmy uwagę na tę niedorzeczność. Przypomnieliśmy, że izba lekarska od dawna domaga się ustalenia ceny minimalnej, poniżej której nie wolno byłoby kontraktować. Fundusz jest zdania, że nie ma podstaw prawnych do ustalenia takiej ceny. A dla cen oczekiwanych są? Izba ponownie podkreśla, że wprowadzenie cen minimalnych jest równoznaczne ze spełnieniem postulatu wprowadzenia minimalnych cen rzeczywistych i izba z niego nie zrezygnuje.

Na listopadowym spotkaniu, po kilkugodzinnej dyskusji, uzgodniono m.in.:

1. centrala NFZ zwróci się do dyrektorów oddziałów wojewódzkich o elastyczne podchodzenie do ustalania liczby punktów na jeden etat i korzystanie z zapisu paragrafu 8 zarządzenia Prezesa NFZ,
2. centrala przypomni także o możliwości ustalenia przez oddziały wojewódzkie współczynników korygujących na świadczenia specjalistyczne i dla dzieci.

Natomiast NFZ nie zgodził się na zmniejszenie liczby godzin dziennej pracy dla lekarza stomatologa do pięciu maksymalnie. To, że lekarz wie, iż pieniądze dostanie za realizację kontraktu i że obojętnie ile godzin mu to zajmie, to musi się z niego rozliczyć, nie jest dla NFZ żadnym argumentem. Ma być 6 godzin i już.

Wciąż aktualny pozostaje problem cen rzeczywistych. To jest zadanie dla izby na najbliższe miesiące. Podobnie jak wyjaśnienie w jaki sposób poszczególne oddziały wojewódzkie wyliczyły na swoim terenie dramatycznie niskie wartości punktów i dlaczego nadal spychają stomatologię na margines świadczeń medycznych.

Benevolenti na setne urodziny

3 stycznia 2009 r. ukończyła 100 lat absolwentka Warszawskiej Akademii Stomatologicznej z 1934 r. doktor Marta Brzostowska. W środowisku lekarzy warszawskich cieszy się największym autorytetem lekarza społecznika.

Już w czasach studenckich działała społecznie w Studenckiej Bratniej Pomocy, tzw. Bratniaku, organizacji pomagającej studentom w trudnej sytuacji finansowej. Jako wolontariuszka opiekowała się więźniarkami Pawiaka oraz dziewczętami „moralnie zaniedbanymi”. Po studiach nieodpłatnie przyjmowała dwa razy w tygodniu w przychodni dla bezrobotnych. Po wojnie, pracując w Zakładzie Stomatologii Zachowawczej AM w Warszawie (do 1958 r.), zdobyła sympatię studentów.



dr Marta Brzostowska, rok 1939



Była członkiem-założycielem Kasy Wzajemnej Pomocy i działała w niej aktywnie do początku lat dziewięćdziesiątych broniąc jej niezależności i samodzielności. Aktywnie działała w Związku Zawodowym Lekarzy, a od powstania NSZZ „Solidarność” została jego członkiem.

Od momentu reaktywacji samorządu lekarskiego z niezwykłym zaangażowaniem

i wrażliwością poświęcała się sprawom socjalnym lekarzy wspierając powstanie Funduszu Samopomocy przy warszawskiej izbie lekarskiej, przewodniczyła też Komisji Emerytów. Z jej inicjatywy powstała Fundacja *Pro Seniore* im. Lekarzy Polskich Poległych i Pomordowanych w czasie II wojny światowej. Zamieszkała w Domu Lekarza Seniora, by swoim entuzjazmem i zaangażowaniem wspierać przebywających tam pensjonariuszy.

W uznaniu dobroczynności doktor Brzostowskiej został jej przyznany tytuł *Benevolenti*, który wraz ze statuetką i życzeniami 200 lat został wręczony Dostojnej Jubilatce przez delegację OIL w Warszawie i Fundacji *Pro Seniore*. Oby jak najdłużej wspierała nas swoją wrażliwością i radością życia!

Krzysztof Makuch



Patronka lekarzy dentystów. Opiekunka cierpiących na choroby zębów i dziąseł (imieniny 9 lutego)

Święta Apolonia

W Średniowieczu uważano, że choroby wywołane są przez ponadnaturalne siły nieczyste. Najczęstszym sposobem ich zwalczania były modły o boską pomoc. Ponieważ bezpośrednie zwracanie się do samego Boga stanowiło grzeszną uchwałę, chorzy modlili się do Świętych Kościoła.

Różnorodność intencji, z jakimi zwracali się chorzy do swoich boskich lekarzy spowodowała, że niektórym z nich zaczęto przypisywać szczególne moce w uzdrawianiu określonego typu schorzeń. Nazwano ich patronami poszczególnych chorób i dolegliwości. Najczęściej miano to zdobywali święci z powodu cierpień fizycznych, jakich doznali.

III stulecie naszej ery. W Aleksandrii (Egipt) chrześcijanie czują się bezpiecznie. Niespodziewanie rok 248/9 staje się rokiem pogromów. Chrześcijanie są torturowani, ponoszą śmierć. Stają się ofiarami. Szczególną postacią, o której Kościół i wierni pamiętają, jest, uznana za świętą, Apolonia.

Stara kobieta została poddana wyrafinowanym torturom. Wyrwano jej wszystkie

zęby, połamano szczękę; w końcu sama skoczyła w przygotowany przez pogan stos. Gdyby nie wyrzekła się Chrystusa dobrowolnie, oprawcy sami spaliliby Apolonię. Samodzielna decyzja Apolonii nie jest traktowana jako śmierć samobójcza. Wierni traktują jej postawę jako ostateczną i bezgraniczną oddanie się Bogu.

Bardzo dramatyczne, drastyczne, okrutne i bolesne tortury św. Apolonii szybko i na długo (od Średniowiecza po nasze stulecie) stały się tematem wielu grafik, obrazów olejnych i rzeźb.

W obrazie Caspera de Crayera (szkoła flamandzka), namalowanym po 1300 latach od wydarzeń historycznych, Apolonia przedstawiona została jako wykwintnie ubrana dama.



Zgodnie z duchem buńczucznego, pełnego patosu Baroku malarz wykreował stój wyrafinowany, bogaty, wykonany z ozdobnych drogich tkanin.

Świętej towarzyszą putta i anioł. Unoszą i pokazują atrybuty męczeństwa: palmę, wieniec laurowy, połamane szczęki.

Najważniejsze narzędzie użyte do okaleczenia: kleszcze z zębem, trzyma Apolonia.

W takim ujęciu męczeństwo jest kontrastem w stosunku do spokojnego wyrazu twarzy świętej. To nie średniowieczny obraz etapów męczeństwa – to wizerunek świętej, która tym spokojem budzi zaufanie i wiarę w Boga, i moc uzdrowienia.

Dzięki tej tradycji współcześnie uznaje się Apolonię za patronkę lekarzy dentyków.

Anna Ziemia



Ewolucja, a nie rewolucja

Bartłomiej W. Loster

System edukacji lekarskiej kadry stomatologicznej kreowany jest przez różne środowiska. Najczęściej powodem wprowadzanych zmian jest dążenie do poprawy jakości szkolenia, ale czasem podejmowane są próby użycia systemu do osiągnięcia innych celów, niekoniecznie związanych z edukacją. Najważniejsze jest to, że tym systemem dysponujemy.

Z pewnością ma on wiele niedociągnięć. Być może wcześniej był już na wyższej fazie swego rozwoju, ale i tak dalej pozostał systemem, a jego obecna forma śmiało może być określona jako dojrzała. Na jego aktualny stan wpływają wcześniej zajęte stanowiska organizacji lub opiniotwórczych jednostek; decyzje, które kiedyś ogłoszone – niesłusznie uznawane są za nienaruszalne wykładnie; protokoły, a raczej echa zwoływanych zebrań, których organizatorzy realizują taką politykę, którą tylko oni uważają za słuszną, a zebrań organizowane są jedynie w tym celu, aby usłyszeć argumenty popierające postawione przez nich same założenia.

Wciąż nabywało się zdarza, aby inicjowane były spotkania prawdziwie twórcze, gdzie zgodnie z regułami tworzenia należałoby zacząć od analizy stanu zastałego – określić jego mocne i słabe strony, poznać jakich można się spodziewać zagrożeń i szans rozwoju całego systemu i dalej poprzez początkową „burzę mózgów” różnych stanowisk stworzyć nowy, wspólny kierunek rozwoju. I też w tym kontekście z wysokim uznaniem odnoszę się do ostatniej inicjatywy podjętej przez Naczelną Izbę Lekarską zmierzającą do wypracowania wspólnego stanowiska wszystkich środowisk medycznych (a w tym i stomatologów) w zakresie kierunków modyfikacji systemu specjalizacyjnego. Systemu, który wymaga poprawy, ale nie w wyniku tylko decyzji administracyjnych, które poprzez swoje nadmierne uogólnienia często są oderwane od stomatologicznej rzeczywistości klinicznej. Przykładem niech będzie publiczna debata na temat zasadności prywatyzacji służby zdrowia, która już – w większości sprywatyzowanej – stomatologii nie dotyczy. To jedno z różnicujących założeń konstruowania modyfikacji systemu specjalizacyjnego. Pozytywną rolę tworzenia opinii pełnią zebrań w Nałęczowie i za ich coroczną

organizację należy się uznanie dla całego zespołu lubelskiego zaangażowanego w prace organizacyjne. To ważny, opiniotwórczy – początkowy etap tworzenia wizji kierunków rozwoju przed i podyplomowej dydaktyki stomatologicznej, który możemy uznać za niepodważalny dorobek całego środowiska stomatologicznego. Wprowadzanie zmian wcale nie musi oznaczać likwidacji starego i budowy od podstaw. Nauczmy się zmieniać tak, aby wykorzystać pracę poprzedników – tworząc procesy ewolucyjne, a także wprowadzając narzędzia monitorowania wprowadzanych zmian. Wprowadzane zmiany bez dodatkowych instrumentów nadzoru mogą ulec niekontrolowanemu wypaczeniu prowadząc do karykaturalnych efektów końcowych.

Podejmowana nad nowymi rozwiązaniami praca powinna być realizowana z uwzględnieniem całości edukacji, której integralną częścią składową jest szkolenie przed i podyplomowe. Specjalizacja, wprowadzane umiejętności oraz wymóg dopełnienia obowiązku ustawicznego doskonalenia zawodowego to aktualne formy podyplomowego kształcenia lekarzy. Przystępujemy do kolejnej modyfikacji systemu specjalizacyjnego, który z trzech ww. postaci szkolenia podyplomowego jest formą najbardziej dojrzałą. Z niej czerpią wzorce nowo tworzone umiejętności, więc o ich rozwój również będzie można być spokojnym, gdy będą postępować zgodnie z zasadą ewolucji, a nie rewolucji. Jednym z głównych warunków prawidłowego rozwoju umiejętności stomatologicznych jest udostępnianie ich tylko dla lekarzy, którzy wcześniej uzyskają specjalizację.

Spróbujmy zastanowić się, kiedy lekarz dentysta powinien mieć możliwość otrzymania dyplomu specjalisty uprawniającego do realizowania zadań zarezerwowanych dla tej grupy lekarzy. Kim jest specjalista? Jakie są jego obowiązki? Jakie ma uprawnienia? W stomatologii

specjalizacja jest najwyższym etapem edukacji. Jest ukierunkowaniem całej drogi zawodowej wiążącej lekarza z wybraną specjalnością do końca czynnej pracy zawodowej. W przeciwieństwie do lekarzy medycyny dużo rzadziej zdarza się, aby stomatolog podejmował drugą specjalizację.

Czy kończąc specjalizację trzy lub cztery lata po studiach lekarz dentysta jest w stanie realizować powierzone zadania specjalisty? Czy lekarz po zakończeniu trzy lub czteroletniej edukacji (pod nadzorem) może być uznany za autorytet w danej dziedzinie? Być może znajdziemy wyjątki, które tylko potwierdzą regułę, że tak nie jest. System powinien być tworzony nie dla wyjątków, lecz dla całej grupy zawodowej. Bo czy lekarz stomatolog nie widzący efektów swojej pracy po czterech, pięciu latach może odpowiedzialnie kształcić następne kadry, oceniać i opiniować pracę kolegów z wieloletnim doświadczeniem? Czy może orzekać w sprawach sądowych, kiedy jego doświadczenie kliniczne nie przekroczyło pięciu lat? Jak może napisać opinię na temat długookresowej skuteczności zastosowanego wcześniej leczenia, jeżeli sam takich doświadczeń nie ma?

W celu ochrony rangi naszego zawodu, pacjentów, a też i naszych najmłodszych kolegów powinniśmy ich chronić przed pokusą zbyt szybkiego awansu zawodowego, który będzie tylko ułudą dającą dokument nie mający wartości zawodowej, która musi być poparta zdobytym doświadczeniem własnym.

Współczesny świat coraz bardziej przyspiesza. Dzięki powszechnemu dostępowi do mediów, komputeryzacji, coraz szybszym środkom transportu, rozwoju i produkcji oraz powszechnym życiowym udogodnieniom mamy coraz szybszy dostęp do informacji, miejsc świata, kontaktów międzyludzkich, pozyskiwania dóbr. Patrząc na chętnych do nauki studentów, którzy – jak nigdy wcześniej – mogą kształcić się w różnych ośrodkach

polskich i zagranicznych, możemy ze spokojem patrzeć na rozwój przyszłych kadr z tym jednak zastrzeżeniem, że mimo tych wszystkich udogodnień dzisiejszego świata – jednego im dać nie możemy. Nie możemy im dać ani nie możemy nauczyć: doświadczenia. Owszem, próbujemy i w tej mierze dokonąć akceleracji choćby poprzez zwiększenie liczby godzin ćwiczeń klinicznych już na studiach, poprzez umożliwianie zdobywania doświadczenia na coraz powszechniej dostępnych akredytowanych kursach, praktykach i stażach krajowych i zagranicznych. Możemy podnieść temperaturę w naszej dydaktycznej szklarni, ale jeśli dojrzewanie będzie następować zbyt szybko, równie szybko może nastąpić niekontrolowana fermentacja. Stopniowe nabieranie doświadczenia daje gwarancję prawidłowego rozwoju.

Projekt nowego rozporządzenia ministra zdrowia w sprawie specjalizacji lekarzy i lekarzy dentystów z 8 sierpnia 2008 r. zainicjował nowy etap dyskusji nad kierunkiem rozwoju istniejącego w Polsce systemu specjalizacyjnego, a może słuszniej byłoby użyć sformułowania: systemem podyplomowych studiów specjalizacyjnych. Dziedziny stomatologiczne na równi z innymi są uznanymi dziedzinami specjalności medycznych. Do uznanych specjalizacji wprowadzamy dodatkowe umiejętności stomatologiczne i proces ten już trwa. Jest to wartość, której nie możemy nie zauważać i nie doceniać.

Uwzględniając fakt, że stomatologia jest integralną częścią medycyny, Komisja Polskiego Towarzystwa Stomatologicznego ds. Szkolenia Przed i Podyplomowego pozytywnie odnosi się do działań zmierzających do unifikacji wymogów odnoszących się do realizacji wszystkich dziedzin medycznych (w tym stomatologicznych), równocześnie uważając, że analogicznie jak specjalności lekarskie tak i specjalności lekarsko-dentystyczne powinny być realizowane wg tych samych ram obejmujących „staż kierunkowy początkowy” oraz „staż specjalizacyjny w danej specjalności”. Oczywiście szczegóły wykonawcze ogólnego założenia mogą się różnić i powinny być rozpatrywane pod kątem konkretnej specjalności. Nasze stanowisko również podlega pewnej ewolucji, która jest wynikiem uwarunkowań zewnętrznych. Nie żyjemy w odizolowanym środowisku, a rozwiązania, które są przez nas promowane, powinny godzić przede wszystkim interes pacjenta z utrzymaniem współczesnych standardów specjalistycznych oraz ambitne oczekiwania tworzenia nowych wysoko wykwalifikowanych kadr medycznych. Wychodzimy z założenia, że nie powinniśmy tworzyć żadnych barier

dla jakiegokolwiek specjalności medycznej. Specjalizacja powinna być dostępna dla każdego lekarza, który chce się rozwijać w określonym kierunku.

Nasze założenia prowadzą do systemu, gdzie specjalizacja będzie dostępna dla każdego lekarza, który chce rozpocząć szkolenie, a lekarz będący już specjalistą będzie mógł podjąć kolejną specjalizację. Uważamy, że staż początkowy powinien być częścią wprowadzającą, obowiązującą wszystkie aktualnie realizowane specjalności stomatologiczne. Nikt nie kwestionuje zasadności realizacji staży kierunkowych, dlatego też proponujemy, aby większość czasu aktualnie przeznaczanego na staże kierunkowe została przekierowana na ww. staż początkowy. Ukończenie stażu początkowego powinno być warunkiem dopuszczającym do rozpoczęcia zasadniczego stażu specjalizacyjnego.

Staż początkowy obejmowałby całą stomatologię ogólną w zakresie specjalności aktualnie wymienionych w programach specjalizacji ukierunkowanych na dziedzinę medyczną, w której podejmowana jest specjalizacja. Założenia programowe powinien opracować konsultant krajowy tej dziedziny i powinny one zostać poddane konsultacji uzgodnieniowej z innymi konsultantami w odpowiadających im zakresach kompetencji specjalizacyjnej. Na etapie stażu początkowego stażysta realizowałby również program podstawowy w odniesieniu do podjętej specjalizacji w wymiarze nie większym niż jeden dzień w tygodniu. Po tym czasie stażysta wchodziłby już do pełnoetatowej realizacji zagadnień specjalizacyjnych realizując program – zgodnie z pozostałym czasem aktualnie przyjętego okresu realizacji programu specjalizacyjnego.

Natomiast w przypadku lekarzy już posiadających specjalizację, którzy planowaliby podjąć studia w zakresie innej specjalności, raz zaliczone kursy i staże kierunkowe nie musiałyby być powielane. Lekarz ten musiałby zrealizować tylko tę część stażu początkowego, którego nie obejmowała jego specjalność.

Do aktualnie obowiązujących specjalizacji stomatologicznych proponujemy dodatkowo wprowadzić specjalizację w zakresie stomatologii rodzinnej jako odpowiednika medycyny rodzinnej w zakresie specjalizacji ogólnolekarskich. Byłaby to specjalność dostępna dla każdego lekarza dentysty natychmiast po otrzymaniu prawa wykonywania zawodu. Specjalność ta byłaby realizowana w formie kształcenia np. dwuletniego, nadzorowanego przez izby lekarskie, którego program zostałby opracowany przez zespół powołany przez ministra zdrowia. W celu umożli-

wienia powszechnego (tzn. dostępnego dla każdego zainteresowanego lekarza dentysty) specjalizowania się w tym trybie proponuje się, aby szkolenie to mogło być realizowane w każdej placówce stomatologicznej, takiej jak: Zakład Opieki Zdrowotnej, praktyka grupowa lub indywidualna praktyka lekarska, gdzie realizowane są zabiegi stomatologiczne z zakresu stomatologii ogólnej. Rolę tę mogłyby pełnić np. te jednostki, które w chwili obecnej posiadają akredytację do prowadzenia stażu podyplomowego. Stomatologia rodzinna nie zawierałaby w swoim ramowym programie żadnych staży cząstkowych (kierunkowych). Całość realizowana byłaby w jednej jednostce, a program oprócz stażu klinicznego obejmowałby np. dziesięć wybranych zagadnień, które specjalizujący musiałby zrealizować w ramach kursów, których czas trwania nie mógłby być dłuższy niż dwa dni.

Specjalizacja z zakresu stomatologii rodzinnej nie byłaby obowiązkowa, ale jej posiadanie dawałoby preferencje do zawierania kontraktów z NFZ-em oraz dodatkowe punkty kwalifikacyjne w staraniach o otwarcie innej specjalizacji w dziedzinach stomatologicznych. Warunkiem uprawniającym do prowadzenia tej specjalizacji powinno być dysponowanie przez jednostkę minimum dwustanowiskową bazą kliniczną oraz zatrudnianie lekarza dentysty posiadającego jakąkolwiek stomatologiczną specjalizację kliniczną, a w tym specjalizację ze stomatologii ogólnej (w dawnym trybie) oraz stomatologię rodzinną (w nowym ujęciu – z minimum pięcioletnim, udokumentowanym stażem klinicznym). Lekarz ten przejmowałby rolę kierownika specjalizacji.

Jakie korzyści mogą płynąć z powstania specjalizacji z zakresu stomatologii rodzinnej? Po pierwsze, spełniony byłby ogólny postulat szerokiego dostępu do specjalizacji! Po drugie, gwarantujemy młodym lekarzom zatrudnienie – o co tak usilnie zabiegają izby lekarskie. Tworzymy logiczny element systemu dający dobre przygotowanie do realizacji innych stomatologicznych specjalizacji. Po określeniu kompetencji porządkujemy odpowiedzialność lekarzy i stwarzamy wymierne narzędzia oceny. Wprowadzamy przejrzystość ubiegania się o kontrakty z NFZ-em. Zabezpieczamy dobór wykwalifikowanej kadry podejmującej inne specjalności stomatologiczne. A poprzez wszystkie wyżej wymienione elementy podnosimy poziom udzielanych świadczeń stomatologicznych, co ma bezpośrednie przełożenie na zdrowie pacjenta i społeczeństwa.

dokończenie na str. 22

Ewolucja, a nie rewolucja

dokończenie ze str. 21

Wprowadzenie specjalizacji z zakresu stomatologii rodzinnej, w nowej formule, nie jest powrotem do przeszłości – ale ewolucyjnym tworzeniem nowoczesnego new betele na wzór i podobieństwo pocziwego, niezawodnego „garbusa”. Specjalizacja w zakresie stomatologii rodzinnej nie upoważniałaby do realizowania wszystkich zabiegów. Nie byłaby to superspecjalizacja zastępująca wszystkie pozostałe, ale raczej mocny krok w kierunku uzyskania konkretnej specjalności.

Kwestie kompetencji to zagadnienie ściśle łączące się z wszystkimi etapami edukacji. Warto przy tej okazji powrócić do nowo opracowanej Centralnej Bazy Świadczeń Stomatologicznych i określić czterostopniowy, sekwencyjny zakres kompetencyjny, gdzie zdefiniowano by kompetencje, jakie lekarz uzyskuje po: 1) otrzymaniu prawa wykonywania zawodu, 2) zakończeniu specjalizacji ze stomatologii rodzinnej, 3) uzyskaniu specjalizacji w określonej specjalizacji oraz 4) uzyskaniu umiejętności w zawężonej dziedzinie stomatologicznej.

Pozostaje kwestia lekarzy, którzy by nie realizowali specjalizacji w zakresie stomatologii rodzinnej. Zgodnie z obowiązującymi wymogami są, jak każdy lekarz, zobligowani do realizowania obowiązków w zakresie ustawicznego kształcenia. Lekarz, nie posiadający specjalizacji w zakresie stomatologii rodzinnej, mógłby przystąpić do postępowania kwalifikacyjnego uprawniającego do rozpoczęcia specjalizowania się w zakresie innych dziedzin stomatologicznych. W tych przypadkach zebrana liczba punktów za ostatni dwuletni okres byłaby brana pod uwagę przy postępowaniu kwalifikacyjnym. Oznacza to, że do postępowania kwalifikacyjnego do specjalizacji stomatologicznych (za wyjątkiem stomatologii rodzinnej, epidemiologii i zdrowia publicznego) lekarz mógłby przystąpić po przedłożeniu udokumentowanego minimum dwuletniego okresu lekarskiej pracy klinicznej.

Ponadto konieczne jest zwrócenie uwagi na położenie osobnego, mocnego akcentu na rolę kierowników specjalizacji, którzy

osobiście odpowiadają za cały jej przebieg. Ponośzą pełną odpowiedzialność za wszystkie realizowane przez specjalizujących się procedury medyczne. Jest to grupa, na której opiera się cały system specjalizacyjny. Bez tej kadry realizowanie specjalizacji w ogóle nie byłoby możliwe. Równocześnie jest to grupa niedostatecznie zauważana i niedoceniana. Wciąż słyszymy o miejscach specjalizacyjnych. Tworzeniu nowych, „blokowaniu” istniejących. Zwracam uwagę, że to nie miejsca szkołą, ale konkretni specjaliści. Mistrz dla ucznia, który jest osobą mającą takie same ludzkie potrzeby jak jego podopieczny. Tylko że rezydent ma zagwarantowane wynagrodzenie na poziomie wyższym od swego nauczyciela, np. pracownika naukowo-dydaktycznego z kilkunastoletnim stażem zawodowym. Jak taka dysproporcja może wpływać na tworzenie dobrych relacji? Może opierać się tylko na odpowiedzialności zawodowej i wdrożonych u tzw. starej kadry nawykach nie zwracania uwagi na wynagrodzenia. Tylko że czas płynie i już za chwilę ci, którzy są rezydentami, powinni przejąć obowiązki kierowników specjalizacji. I co mamy im do zaoferowania? To, że po kilku latach nauki, gdy już zyskają doświadczenie i status specjalisty – powinni zadowolili się niższym wynagrodzeniem. Kto zgodzi się na takie warunki? To pytanie pozostawiam bez odpowiedzi.

Jednak z naszych doświadczeń wynika, że żaden z lekarzy – aktualnie kończących specjalizację – nie wykazał zainteresowania kontynuacją zatrudnienia w ośrodku akredytowanym i podjęciem w przyszłości zadań kierownika specjalizacji. Jak wyobrażam sobie rozwiązanie tej kwestii? Bardzo prosto. Jeżeli utrzymujemy rezydenturę jako podstawową formę realizowania specjalizacji, to również powinniśmy wprowadzić ekwiwalent rezydentki dla kierownika specjalizacji. Powinien on być co najmniej równy wartości wypłacanej rezydentowi (za każdego specjalizującego się). I jestem przekonany, że jest to najtańszy sposób zwiększenia liczby tzw. miejsc specjalizacyjnych i zagwarantowania zwiększenia wykwalifikowanej kadry medycznej. Innym działaniem, które zwiększyłoby liczbę miejsc specjalizacyjnych, byłoby wprowadzenie możliwości realizowania specjalizacji – poza postępowaniem kwalifikacyjnym – przez określoną grupę lekarzy zatrudnionych w jednostce uprawnionej do prowadzenia specjalizacji. Na wniosek kierownika tej jednostki Wojewódzkie Centrum Zdrowia Publicznego mogłoby skierować do odbywania specjalizacji, poza postępowaniem kwalifikacyjnym, osobę zatrudnioną w ramach umowy o pracę przez okres co najmniej trzech lat w tej

jednostce. W tym trybie mogłoby być zajmowane jedno z czterech uaktywnionych miejsc specjalizacyjnych (lub odpowiednia wielokrotność: przy ośmiu uaktywnionych miejscach byłaby możliwość zajęcia dwóch miejsc itd.). Takie rozwiązanie nie dotyczyłoby jednostek, w których może się specjalizować mniej niż czterech stażystów. Skierowanie wymagałoby uzyskania zgody właściwego konsultanta wojewódzkiego i powiadomienia o zastosowaniu tego trybu konsultanta krajowego w danej dziedzinie medycyny.

Na koniec jeszcze raz powtórzę, że jedną z największych wartości, jaką mamy w systemie edukacji, jest to, że ten system istnieje. Jest to system w odniesieniu do całej edukacji i w odniesieniu do studiów specjalizacyjnych. Ponieważ nim dysponujemy, może się to wydawać wartością oczywistą, a przecież wcale tak nie musiało być. Niejeden europejski kraj patrzy na wypracowane przez nas procedury chcąc wykorzystać nasze doświadczenia w tym zakresie. Powinniśmy umieć docenić pracę tych, którzy doprowadzili do tego, że system specjalizacji stomatologicznych w Polsce zaistniał i ma w tej chwili swoją, już ugruntowaną pozycję. Jeżeli istnieje system, to dzisiaj jesteśmy w tej szczęśliwej sytuacji, że nie musimy mówić o jego tworzeniu, ale o nowelizacji, modyfikacji, poprawie, ulepszeniu – w takim kierunku, aby był zgodny z wymogami dnia dzisiejszego. Aby szkolenie specjalizacyjne tworzyło nowe, dobrze wyszkolone kadry, które będą w stanie widzieć wskazania specjalizacyjne na tle problemów ogólnostomatologicznych i wskazań terapeutycznych innych specjalności medycznych i medyczno-stomatologicznych.

Chcielibyśmy, aby lekarz podchodząc do specjalizacji wiedział, jakie kompetencje zawodowe uzyska po jej zakończeniu. Aby nie było już więcej przypadków rezygnacji ze specjalizacji w ostatnim roku jej realizacji, co czasami wynikało z rozgoryczenia wynikającego z faktu, że wiedza uzyskana w trakcie realizacji specjalizacji jest równoznaczna z tą, którą uzyskał inny lekarz w trakcie kursów szkoleniowych, a kompetencje obu niczym się nie różnią. Chcielibyśmy, aby lekarz chciał rozpocząć specjalizację, ponieważ będzie wiedział, jakie niesie ona ze sobą korzyści dla szkolonych, kadry szkolącej, a przede wszystkim naszych pacjentów.

Bartłomiej W. Loster

Autor jest wiceprezydentem Polskiego Towarzystwa Stomatologicznego i przewodniczącym Komisji Szkolenia Przed i Podyplomowego PTS.



foto: Marek Stankiewicz

Rzecznik prasowy NRL

Prezydium NRL – 9 I 2009

Prezydium przyjęło stanowisko w sprawie projektów **rozporządzeń „lekowych” ministra zdrowia**. Prezydium pozytywnie ocenia projektowane zmiany. Umożliwią one m.in. farmakoterapię niektórych chorób i stanów patologicznych, w których do chwili obecnej nie jest możliwe stosowanie właściwych leków ze względu na wysoki koszt terapii nimi, a wprowadzone niektóre leki innowacyjne zwiększą możliwość wykorzystania różnych mechanizmów działania w tej samej chorobie. Pozytywnie należy ocenić również wprowadzenie do wykazu dodatkowych jednostek chorobowych (np. PO-ChP). Na aprobatę zasługuje także wprowadzenie do wykazu chorób AMD, uporządkowanie nazewnictwa w niektórych zespołach płucnych oraz obniżenie kosztów farmakoterapii cukrzycy lekami standardowymi, jednakże nadal nie wprowadzono na wykazy refundacyjne najnowszych i najlepszych zmodyfikowanych cząsteczek insuliny. Prezydium szczególnie podkreśliło, że nadal konieczne jest dalsze obniżanie współpłacenia przez pacjentów za produkty lecznicze.

Prezydium odniosło się do projektu rozporządzenia ministra sprawiedliwości zmieniającego rozporządzenie w sprawie **kosztów przeprowadzenia dowodu z opinii biegłych w postępowaniu sądowym**. Prezydium po raz kolejny wnioskowało o dokonanie nowelizacji przedmiotowego rozporządzenia w zakresie wynagradzania biegłych sądowych w dziedzinie medycyny. Wynagrodzenie wypłacane na podstawie obecnego rozporządzenia nie uwzględnia rzeczywistego nakładu pracy lekarzy i z uwagi na swoją wysokość nie jest na tyle atrakcyjne, aby zainteresować lekarzy o wysokich kwalifikacjach zawodowych wydawaniem opinii jako biegli sądowi.

Prezydium przyjęło stanowisko w sprawie **samorządności zawodowej lekarzy bułgarskich**. Prezydium stanowczo sprzeciwiło się działaniom, jakie podjęto w ostatnim czasie w Bułgarii, polegającym na ograniczaniu kompetencji lekarskiego samorządu zawodowego, próbie wpływania władz państwowych na działania organów samorządu czy ograniczaniu członkostwa w samorządzie. Prezydium wyraziło pełne poparcie dla dążeń lekarzy bułgarskich do zachowania samorządności zawodowej. Wbrew wyobrażeniom niektórych polityków ograniczanie samorządności zawodowej lekarzy w żadnej mierze nie wpłynie na poprawę sytuacji w ochronie zdrowia, której głównym problemem są zbyt niskie nakłady finansowe.

Prezydium przyjęło uchwałę w sprawie **wydawania rocznika „Medyczna Wokanda”**. Prezydium zdecydowało o wyda-

waniu rocznika „Medyczna Wokanda”, który będzie stanowił kontynuację publikowanego w latach 1999-2003 „Biuletynu informacyjnego sądu lekarskiego i rzecznika odpowiedzialności zawodowej”. Na stanowisko redaktora naczelnego powołano prof. dr. hab. Krzysztofa Linke, zaś siedzibę redakcji ustanowiono w siedzibie Okręgowego Sądu Lekarskiego Wielkopolskiej Izby Lekarskiej w Poznaniu.

Delegowano:

- **Konstantego Radziwiłła i Wojciecha Idaszaka** na spotkanie Grupy Roboczej Stałego Komitetu Lekarzy Europejskich ds. Strategii (WG Strategy) (Strategy WG) oraz na posiedzenie Komitetu Wykonawczego Stałego Komitetu Lekarzy Europejskich (CPME Executive Committee), w dn. 20-21.01.br. w Brukseli.
- **Konstantego Radziwiłła** na posiedzenie Komitetu Wykonawczego Stałego Komitetu Lekarzy Europejskich (CPME Executive Committee), w dn. 18.02., 22.04., 20.05., 8.07., 16.09., 4.11. oraz 2.12.br. w Brukseli.

Prezydium NRL – 23 I 2009

Prezydium pozytywnie zaopiniowało kandydaturę **dr. hab. n. med. Jacka Imieli** na stanowisko **konsultanta krajowego w dziedzinie chorób wewnętrznych**.

Prezydium przyjęło stanowisko w sprawie projektów **programów specjalizacji w dziedzinie medycyny pracy**. Prezydium po zapoznaniu się z projektami programów specjalizacji w dziedzinie medycyny pracy pozytywnie ocenia zawartość merytoryczną przedłożonych projektów. Prezydium zwróciło jednak uwagę, iż przedstawione do zaopiniowania projekty jedynie w niewielkim stopniu uwzględniają potrzeby sprawowania przez lekarza tzw. profilaktyki ogólnej, a także dość ogólnikowo opisują działania lecznicze i rehabilitacyjne podejmowane w celu umożliwienia pracownikowi powrotu na poprzednio zajmowane stanowisko pracy.

Prezydium przyjęło uchwałę w sprawie **deficytowych dziedzin medycyny**. Prezydium po zapoznaniu się z propozycjami nadesłanymi przez OIL stwierdziło, że za deficytowe dziedziny medycyny należy uznać: patomorfologię, neonatologię, pediatrię, medycynę sądową, transfuzjologię kliniczną, medycynę ratunkową, toksykologię, pedodoncję, zdrowie publiczne dla lekarzy dentyków, rehabilitację, ortopedię i chirurgię urazową, medycynę sportową, medycynę paliatywną, epidemiologię, neurologię i laryngologię dziecięcą.

Prezydium przyjęło uchwałę w sprawie projektu ustawy **Przepisy wprowadzające ustawy z zakresu ochrony zdrowia**. Prezydium podkreśliło, że opiniowany projekt ustawy umożliwi wejście w życie ustaw o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, o konsultantach krajowych i wojewódzkich i o akredytacji w ochronie zdrowia, do których NRL zgłaszała wiele krytycznych uwag, lecz

uwagi te nie zostały uwzględnione. W szczególności NRL uważa za całkowicie chyby zniżenie zamiar przeniesienia przepisów dotyczących dokumentacji medycznej do ustawy o prawach pacjentów i Rzeczniku Praw Pacjenta.

Delegowano:

- **Konstantego Radziwiłła** na spotkanie Grupy Roboczej Stałego Komitetu Lekarzy Europejskich ds. Strategii (WG Strategy), 6.02.br. w Brukseli.
- **Romualda Krajewskiego** na posiedzenie Zarządu Europejskiej Unii Lekarzy Specjalistów (UEMS Enlarged Executive) oraz na spotkanie Prezesów i Sekretarzy Sekcji Europejskiej Unii Lekarzy Specjalistów (Presidents and Secretaries of the UEMS Sections & Boards), w dn. 20-21.02.br. w Brukseli.
- **Konstantego Radziwiłła, Klaudiusza Komora, Macieja Hamankiewicza, Jana Adamusa i Marka Szewczyńskiego** na posiedzenie Stałego Komitetu Lekarzy Europejskich, w dn. 13-14.03.br. w Pradze.

Z kalendarza Prezesa NRL

- List do Ewy Kopacz, minister zdrowia – dot. zwiększenia kwoty wynikającej z umowy na przekazanie w 2008 r. środków budżetowych na pokrycie kosztów czynności przyjętych przez samorząd lekarski od organów administracji państwowej.
- Udział w Konferencji Prezesów Towarzystw Lekarskich.
- List do wszystkich przewodniczących ORL – informacja i porządek przebiegu uroczystości jubileuszu 20-lecia odrodzonego samorządu lekarskiego.
- List do Donalda Tuska, prezesa Rady Ministrów – prośba o uwzględnienie postulatów samorządu lekarskiego dot. projektu ustawy o izbach lekarskich.
- List do Ludwika Koteckiego, podsekretarza stanu w Ministerstwie Finansów – w sprawie zwolnień z obowiązku prowadzenia ewidencji przy zastosowaniu kas rejestrujących.
- List do marszałków województw – dot. zapewnienia prowadzenia kształcenia podyplomowego lekarzy i lekarzy dentyków w 2009 r.
- Udział w konferencji nt. pozasądowego modelu rekompensaty za szkody i wypadki medyczne w NIL.
- Udział w noworocznym spotkaniu środowisk służby zdrowia z metropolitą diecezji warszawskiej abp. K. Nyczem.
- Udział w posiedzeniu Komisji Kształcenia Medycznego NRL.
- Udział w posiedzeniu Konferencji Prezesów Samorządów Zawodów Zaufania Publicznego.

Tomasz Korkosz

tel. 022-559-13-27, 0602-218-710

faks 022-559-13-26

e-mail: t.korkosz@hipokrates.org

Sprostowanie

Uprzejmie informujemy, że autorką zdjęć opublikowanych na kolumnie „U stomatologów” na str. 20-22 jest pani **Wiesława Klemens**, a wśród wykonawców koncertu (str. 21) była pani **Elżbieta Woźniak** – fortepian. Redakcja

Bez orzekania o winie

Agnieszka Katrynicz

Roszczeniowość pacjentów rośnie. Tak jak i wysokość zasądzonych odszkodowań. Dlatego samorząd lekarski wraz z Instytutem Praw Pacjenta i Edukacji Zdrowotnej rozpoczęły debatę nad zmianą systemu rekompensowania pacjentom szkód spowodowanych przez błędy w sztuce lekarskiej.

Dotychczasowy system oparty na czasochłonnym i drogim dochodzeniu odszkodowań na drodze sądowej nie jest korzystny ani dla świadczeniodawców, ani dla pacjenta. – Pacjenci, którzy uważają, że padli ofiarą pomyłki lekarskiej po pierwsze zderzają się z niewygodnym systemem ochrony zdrowia, a idąc

sprawy sądowej jest zawsze niepewny, bo polskie sądy nie wypracowały jednolitej linii orzeczniczej.

Jak podają eksperci, polskie sądy odwołują w całości ok. 30-40 proc. spraw dotyczących roszczeń finansowych za błędy medyczne.

Znamienne dla tych procesów są trudności dowodowe, brak dokumentacji,

pomyłkę niewłaściwie podłączono kroplówkę, w wyniku czego jest sparaliżowany. Do przestrzeni w kregosłupie wtłoczono omyłkowo płyn żywieniowy zamiast leku znieczulającego. Pielęgniarkę skazano na rok pozbawienia wolności w zawieszeniu i dwuletni zakaz wykonywania zawodu, a lekarza na półtora roku pozbawienia wolności w zawieszeniu na trzy lata.

Tracą lekarze

Z drugiej strony rosnące sumy odszkodowań uderzają zarówno w placówki, jak i lekarzy. Przede wszystkim dlatego, że każdy przegrany proces powoduje wzrost składki na obowiązkowe OC. Od 1975 r. w Stanach Zjednoczonych koszty odszkodowań ponoszone przez szpitale wzrosły o 2 tys. proc. i stanowią 8 proc. kosztów leczenia. A ich suma jest równa 1,8 proc. rocznego PKB. Odszkodowania wywalczają jednak nieliczni. Blisko 70 proc. wszystkich pozwów jest odrzucanych, a 80 proc. spraw wygrywają szpitale. Jednocześnie co drugie odszkodowanie wywalczone przez pacjenta to milion dolarów. – Efekt jest taki, że koszt coraz wyższego OC wpływa na wybór specjalizacji, bo młodzi lekarze nie chcą się narażać na konieczność płacenia wysokich składek, a w razie czego – wypłaty wysokiego odszkodowania – tłumaczy Konstanty Radziwiłł, prezes NRL. – Dotyczy to zwłaszcza położnictwa, ortopedii i specjalności zabiegowych.

jak i długi czas trwania. Procesy potrafią ciągnąć się latami, m. in. ze względu na niejednoznaczne opinie biegłych.

Warto od razu dodać, że prawdopodobnie największe jak na razie odszkodowanie zasądzono w 2007 r. na rzecz Piotrusia Soszki: 700 tys. zł zadośćuczynienia, 15 tys. zł odszkodowania oraz dożywotnią rentę. W 2002 r. 4-letniemu wówczas chłopcu przez

Są też inne skutki. – Lekarze zlecają zbędne badania, bojąc się w razie czego zarzutu zaniedbania. To znowu podraża koszty leczenia, nie mówiąc już o tym, że pacjent czeka godzinami na postawienie trafnej diagnozy i rozpoczęcie leczenia – dodaje Romuald Krajewski, członek Prezydium NRL i długoletni przewodniczący Naczelnego Sądu Lekarskiego.

Szybsza ścieżka

Dlatego NIL proponuje, aby stworzono ustawową możliwość uzyskania przez pacjenta odszkodowania bez konieczności prowadzenia skomplikowanych procesów i orzekania przez sądy powszechne o lekarskiej winie.

– Na coraz większej roszczeniowości pacjentów korzystają jedynie prawnicy – uważa Romuald Krajewski.

Tzw. rozwiązanie skandynawskie umożliwia chociażby szybsze uzyskanie odszkodowania, chociaż – co trzeba dodać od razu – w mniejszej wysokości.

– Panuje u nas męt, że procesy i wysokie odszkodowania polepszą opiekę medyczną. A w USA prowadzi to do pogorszenia ochrony zdrowia. Komisja Europejska rekomenduje wprowadzanie pozasądowego systemu dochodzenia odszkodowań – podkreśla Konstanty Radziwiłł. Pomyśl podoba się także drugiej stronie, czyli organizacjom pacjentów. – Możliwość uzyskania ugody poza sądem to zysk także dla pacjenta, bo szybciej dostanie odszkodowanie – mówi Marta Bojarska z Instytutu Praw Pacjenta.

A jakie rozwiązania są stosowane w Europie? W Szwecji poszkodowany tylko w niektórych sprawach musi skorzystać z drogi sądowej np. wówczas, kiedy została przekroczona zgoda pacjenta na dane leczenie. W drodze uproszczonej może dochodzić odszkodowania np. za przypisanie nieodpowiedniego leku, stosowanie nieodpowiedniej metody leczenia, wady materiałów i instrumentów medycznych czy wypadki w czasie transportu.

– Procedura jest dość prosta. Pacjent składa specjalny formularz do ubezpieczyciela. Lekarz ubezpieczyciela przygotowuje opinię i na jej podstawie wydawana jest decyzja o ewentualnej wypłacie rekompensaty. Istnieje też specjalna komisja ekspercka, do której strony mogą się odwołać. Jest też możliwość odwołania się do sądu arbitrażowego – tłumaczy prawnik dr Dorota Karkowska z Uniwersytetu Łódzkiego.

Droga pozasądowa wykorzystywana jest także we Francji. Takimi sprawami zajmują się w tym kraju Regionalne Komisje Pojednawcze.

– Strony postępowania dostarczają materiały do ekspertyzy. Ubezpieczyciel proponuje odszkodowanie. Strony zgadzają się na nie lub nie. Wypłata rekompensaty następuje w ciągu miesiąca od decyzji – mówi Dorota Karkowska.

Dodaje, że we Francji łączone są dwa systemy: ubezpieczeniowy i państwowy. Podstawą odpowiedzialności jest odpowiedzialność cywilna. Jednak istnieje też państwowy fundusz gwarancyjny, który w przypadku, kiedy suma gwarancyjna jest zbyt mała do wypłaty odszkodowania, uzupełnia ją, tak aby szkoda została zrekompensowana całkowicie. Tego typu fundusze funkcjonują też np. w Nowej Zelandii czy Japonii.

Chowanie głowy w piasek

Zdaniem posła SdPi Marka Balickiego problem rekompensat za błędy medyczne w Polsce dopiero zaczyna być dostrzegany.

– Jest to moment, kiedy rząd powinien poważnie podejść do sprawy i zlecić ekspertyzy, które pokażą, jaką mamy sytuację w tej materii. Rząd powinien pokusić się o taki raport, ponieważ system, jaki obowiązuje u nas, jest nieprzyjazny dla pacjenta, nie sprzyja bezpieczeństwu pacjentów i sprzyja ukrywaniu błędów – apeluje Balicki.

Lekarze boją się otwarcie rozmawiać o błędach nawet w celach szkoleniowych, bo przyznanie się do błędu jest odbierane jak przyznanie się do winy i natychmiast grozi procesem sądowym.

Operują w strachu

O skali problemu na świecie, gdy chodzi o obawy lekarzy dotyczące roszczeń pacjentów, mogą świadczyć chociażby nastroje włoskich chirurgów.

Prawie 80 proc. z nich operuje w strachu, że popełni błąd i narazi się z tego powodu na cywilny czy nawet karny proces – wskazują wyniki sondażu przeprowadzonego na zlecenie włoskiego towarzystwa chirurgicznego. 78 proc. przystępuje do operacji z lękiem, że może się ona nie udać, a w konsekwencji będą ponosić za to odpowiedzialność. Do włoskich sądów każdego roku trafia 28 tys. pozwów od pacjentów, którzy ucierpieli z powodu błędów lekarzy. W 68 proc. sąd przyznaje rację poszkodowanym i nakazuje wypłatę odszkodowania w wysokości od 25 do 30 tys. euro.

W Polsce nie prowadzi się osobnych statystyk dotyczących procesów o błędy w sztuce lekarskiej.



Romuald Krajewski (z lewej): Na coraz większej roszczeniowości pacjentów korzystają jedynie prawnicy

do sądu – z niewygodnym systemem sądowym – uważa Adam Bodnar z Helsińskiej Fundacji Praw Człowieka i wylicza wady sądowego dochodzenia odszkodowań. – Procesy trwają latami, pacjent musi mieć determinację i pieniądze. Musi znaleźć nie tylko dobrego prawnika, ale też biegłego, który potwierdzi, że doznał szkody z winy lekarza czy placówki. Wreszcie wynik

REKLAMA

REKLAMA



Tajemnica lekarska

Krystyna Knypl

Tajemnica lekarska obok powołania uważana jest za nieodłączny atrybut naszego zawodu. Choć znaczenie słowa tajemnica nie uległo żadnym zmianom na przestrzeni lat, to już pojmowanie terminu tajemnica lekarska przechodzi niebywałe przeobrażenia. Jeszcze trochę, a tajemnica lekarska będzie synonimem tajemnicy poliszynela.

foto: Marek Stankiewicz

Dawno, dawno temu, za górami, za lasami nie uchodziło być chorym ani też rozprawiać o szczegółach swych dolegliwości, jeśli już takowe się pojawiły. Zgodnie z tymi zwyczajami lekarz dochowywał dyskrekcji, gdy pomógł swojemu pacjentowi pozbyć się jakiejś wstydlivej lub całkiem niewinnej przypadłości. Dochowywanie tajemnicy lekarskiej sprawiało lekarzowi satysfakcję i jednocześnie miał on świadomość, że panuje nad tym, czego się dowiedział o swoim pacjencie w związku z wykonywaniem zawodu.

Dziś opowiedzieć publicznie o podejrzanym plamach na skórze czy zaburzonych wypróżnieniach nie stanowi dla wielu osób większego problemu. Ci, którzy rezerwują takie zwierzenia wyłącznie

dla lekarza, coraz częściej obawiają się, że informacje o nich też mogą być upublicznione. Milczenie i dyskrekcja lekarza na nic się zdadzą w świecie, w którym nowoczesna elektronika, montowana przez różne osoby i z różnych powodów, monitoruje gabinety lekarskie. Domorośli monterzy owych urządzeń zapytani o motywy instalowania kamer zawsze na końcu języka mają dobro pacjenta oraz chęć uchronienia obywatela od wiedzącego placówkę medyczną przed niecnymi działaniami lekarzy.

Brat płatnik i jego krewni

Epoka sprzed kas chorych czy NFZ-u wydaje się tak odległa jak era przedłdownicowa. Dobrze trzeba się wysilić,

aby przypomnieć sobie czasy, gdy codzienna dokumentacja lekarska nie wymagała ślęczenia godzinami przy komputerze, a lekarz nie potrzebował pobierać specjalnych nauk ani wydawać pieniędzy na przymusowe oprogramowanie służące dokumentowaniu tego, co robił danego dnia przy pacjentach.

Wielki brat płatnik nie po to płaci, aby niczego nie wymagać! To, że lekarz potrafi postawić trudną diagnozę lub wykonać skomplikowaną operację, brata płatnika nie powala na kolana. Sprawy nabierają mocy urzędowej i finansowej, gdy odpowiednie kratki są ładnie wypełnione.

Nie tylko istota pracy lekarza ulega przewartościowaniu, ale i prawo wykonywania tego zawodu. Problematiczne

nazwanie lekarza przedstawicielem zawodu zaufania publicznego zaczyna mieć swój ciąg dalszy – pojawia się oto termin *moralne prawo do wykonywania zawodu lekarza*, o którym często rozprawiają ci absolwenci medycyny, dla których poranny obchód lekarski to wizyta w kilku stacjach radiowych lub telewizyjnych, gdzie rozprawia się o cudzej moralności. Miłośnikom tej politycznej terminologii pragnę wyznać, że nie leczę publiczności i nie oczekuję od niej zaufania, wystarczy mi zaufanie moich pacjentów. Numer certyfikatu moralności zamiast numeru PWZ? To dziś tylko ponury żart, ale kto wie co przyniesie coraz bardziej upolitycznione życie codzienne?

Reguły przywoływania

Gdy współczesny płatnik składek na ubezpieczenie społeczne wybiera z klawiatury tonowej numer dowolnej placówki medycznej, to nierzadko odnosi się wrażenie, że jest to czynność sprzężona z jednoczesnym wezwaniem jakże mobilnej ekipy stacji telewizyjnej, aby przyjechała i udokumentowała wszystko, co będzie z nim robione. Gdy przypadkiem telewizja akurat jest zajęta relacjonowaniem ważniejszych zdarzeń niż udzielanie pomocy przy skoku temperatury aż do 37,6°C, to

z pewnością dojedzie trochę później, gdy temperatura poszybkuje do 38°C! Dziarski redaktor odpyta z troską w głosie nie tylko pacjenta, ale i sporą grupkę sąsiadów ubraną w długie płaszcze, narzucone na jeszcze dłuższe koszule nocne. Scenariusz audycji będą wyznaczały określone słowa kluczowe, opieszałość medycyny w spieszeniu z pomocą będzie żelaznym wątkiem, podlanym sosem niezrozumienia przez niedobrych doktorów (nie wiadomo dlaczego zwanych często medykami) i doprowadzona narzekaniami na drożyznę na rynek leków i usług medycznych.

Rodacy gotowi są pokazać wszystko i wyjawiać każdy aspekt wadliwego funkcjonowania swojego organizmu przed kamerami, byle dołożyć niedobrym doktorom. Czas, w którym zobaczymy transmisję z badania ginekologicznego, nakręconą podręcznym telefonem komórkowym przez pacjentkę niezadowoloną ze swojego *gin'a* – jak mawiają bywalczyńie wszelkich zdrowotnych portali – jest już blisko... coraz bliżej.

Prawdziwą tajemnicą mają szansę być objęte wyłącznie te informacje o pacjencie, które lekarz zachowa tylko dla siebie, bez odnotowywania ich w dokumentacji, która wszak służy utrwalaniu spostrzeżeń, a nie ich dyskretnemu przemilczaniu.

Rozszyfruj receptę

Wiele aspektów wiąże się z nieczytelnym i niewyraźnym pisanem recept – najważniejsze jest bezpieczeństwo ordynacji, pozornie oczywiste dla każdego, ale nie zawsze w praktyce realizowane. Konsekwencje bazgrołów na „druku ścisłego zachowania”, z którym pacjent przychodzi do apteki, mogą być poważne i groźne. Zamiast poświęcania 1/3 powierzchni recepty na „dane o podmiocie drukującym recepty” chętnie umieściłabym w miejscu tej drukarskiej informacji napis „**Nieczytelna recepta to zagrożenie dla pacjenta i lekarza. Pisz wyraźnie!**”

Sygnalizują mi farmaceuci, coraz częściej czytający naszą rubrykę, że sporą trudność sprawia odróżnianie na receptach jedynki od dwójki. Jeżeli dotyczy to liczby opakowań leku – pół biedy, natomiast jeżeli dotyczy to dawki leku – mamy poważny problem!

Początek Nowego Roku to czas składania postanowień – proponuję, aby wszyscy mający kłopoty z wyraźnym pisanem **wykaligrafowali** (żeby potem mogli to każdego dnia łatwo odczytać!) na liście swoich postanowień: **Od dziś piszę recepty wyraźnie i czytelnie, bo to bardzo ważna sprawa.**

Nadeszła kilka wiadomości elektronicznych z rozpoznaniem wartymi przytoczenia:

- Nietrzymanie oczu
- Wole guzkowe zamosznowe
- Bronchopneumonia. *Therapia domestica ineffectiva*
- Nadżerka z przepukliną przełyku przeponowego
- Mam wysyfkę!

Laureatami zostają: **dr Dariusz Grduszek** i **dr Romuald Adamik**. Proszę Kolegów o nadesłanie adresów pocztowych mailami zatytułowanymi „adres laureata” oraz podanie swoich specjalności. Nagrody książkowe prześlemy pocztą.

Czekam na rozwiązania nowej zagadki, pod adresem: **krystyna.knypl@compi.net.pl**



Najlepsi w Małopolsce

Ponad 20 tys. czytelników „Gazety Krakowskiej” głosowało w dorocznym plebiscycie na tytuł Lekarza i Przychodni Roku 2008.



foto: Marek Stankiewicz

Pracują z wyjątkowym oddaniem. Z ich strony pacjent jest otoczony staranną opieką i wie, że jest w dobrych rękach. O każdej porze można liczyć na ich lekarską pomoc – kompletowali laureatów pacjenci w listach do redakcji. Najwięcej głosów i tytuł Lekarza Roku 2008 w kategorii lekarz pierwszego kontaktu zdobyli: Katarzyna Stein-Sedlak z NZOZ Tyniec w Krakowie oraz Radosław Czosnowski z SCDZ Medicina Kraków i Krzysztof Dunał z GOZ w Miechowie. W kategorii lekarz specjalista: chirurg Anna Chrapusta z Uniwersyteckiego Szpitala Dziecięcego Kraków Prokocim i Scanmedu, neurolog Monika Kusiak z NZOZ Remedium w Brzesku, która prowadzi także swój gabinet i Marek Szuścik, ortopeda w Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym im. Ludwika Rydygiera w Krakowie oraz SCDZ Medicina. Na Przychodnię Roku 2008 pacjenci wybrali: NZOZ Tyniec w Krakowie, krakowskie Specjalistyczne Centrum Diagnostyczno-Zabiegowe i Małopolskie Centrum Rehabilitacji Ręki. Zdaniem Jerzego Friedigera, szefa krakowskiego samorządu lekarskiego, który od lat sprawuje honorowy patronat nad plebiscytem, takie konkursy, zwłaszcza na fali nagonki na lekarzy, pomagają w przywróceniu dobrego wizerunku lekarza – bezgranicznie oddanego pacjentom, ratującego życie i zdrowie, pomimo trudności, z jakimi boryka się dziś służba zdrowia. **MS**



foto: Marek Stankiewicz

Marek Czarkowski

Przez media przetacza się dyskusja o ratyfikacji przez Polskę tzw. Konwencji Bioetycznej. Jak zwykle skupiono się na detalach towarzyskich i nośnych tematach zastępczych. Warto, aby polscy lekarze poznali treść tego dokumentu przed jego ratyfikacją przez Polskę.

Konwencja Bioetyczna ma w rzeczywistości dłuższą nazwę: „Konwencja o ochronie praw człowieka i godności jednostki ludzkiej w dziedzinie zastosowania biologii i medycyny: Konwencja o Prawach Człowieka i Biomedycynie”. Ten zbyt długi tytuł powoduje, że najczęściej używa się określenia Konwencja o Prawach Człowieka i Biomedycynie. Konwencja to inaczej umowa międzynarodowa, która określa stosunek państw do danych zagadnień, w tym przypadku biomedycznych. Konwencja została opracowana przez Radę Europy – międzyrządową organizację skupiającą państwa Europy, powołaną w 1949 r. w celu ochrony praw człowieka, demokracji oraz w celu współpracy państw członkowskich w dziedzinie kultury. Jej siedzibą jest Strasburg i nie jest ona instytucją Unii Europejskiej. Należy do niej 47 państw, w tym takie jak Rosja, Turcja, Ukraina, Azerbejdżan, Armenia, Gruzja.

Konwencja o Prawach Człowieka i Biomedycynie została zawarta 4 kwietnia 1997 r. w hiszpańskim mieście Oviedo. Dlatego bywa także nazywana Konwencją z Oviedo. Zawiera jedynie podstawowe normy etyczne dotyczące wyrażania zgody na interwencję we własne zdrowie, ochrony życia prywatnego oraz prawa do bycia informowanym o stanie zdrowia. Podstawowe trzy zasady wymienione w Konwencji to:

- Zasada ochrony godności i tożsamości wszystkich ludzi, gwarantująca każdemu człowiekowi – bez dyskryminacji – poszanowanie jego integralności oraz innych praw i podstawowych wolności wobec zastosowań biologii i medycyny,
- Zasada prymatu jednostki ludzkiej nad wyłącznym interesem społeczeństwa lub nauki,
- Zasada sprawiedliwego dostępu do opieki zdrowotnej o odpowiedniej jakości (przy uwzględnieniu potrzeb zdrowotnych i **dostępnych środków**).

Artykuł 4 Konwencji nakłada obowiązek realizacji opieki zdrowotnej, a także

badań naukowych zgodnie z zasadami postępowania zawodowego (standardami zawodowymi).

Rozdział drugi poświęcony jest kwestii uzyskania zgody na każdą interwencję medyczną, której udzielenie musi być poprzedzone odpowiednią informacją o celu, naturze oraz ryzyku i skutkach takiej interwencji. Osoba wyrażająca zgodę ma także prawo do wycofania jej w dowolnym momencie. Ponieważ nie wszyscy ludzie mogą samodzielnie wyrazić zgodę na interwencję medyczną (np. osoby małoletnie, ubezwłasnowolnione czy nieprzytomne), Konwencja określa zasady postępowania w takich sytuacjach. Konwencja zaleca także branie pod uwagę wcześniej wyrażonych życzeń pacjenta odnośnie zgody na interwencję medyczną w przypadku, gdy pacjent nie jest w stanie wyrazić swojej woli bezpośrednio przed taką interwencją.

Rozdział trzeci zapewnia prawo do poszanowania życia prywatnego w zakresie informacji dotyczących zdrowia, jak również prawo do uzyskania wszelkich informacji dotyczących zdrowia jednostki. Konwencja zaleca także, aby respektować życzenia osób, które nie chcą być informowane o swoim stanie zdrowia.

Rozdział czwarty dotyczy genomu ludzkiego.

Konwencja zakazuje dyskryminacji osób ze względu na dziedzictwo genetyczne, dokonywania wyboru płci u potomstwa (w przypadku wspomaganej prokreacji) z wyjątkiem sytuacji, w których dziedziczna choroba zależna jest od płci, czy też prowadzenia interwencji genetycznych w celu wywołania zmian dziedzicznych u potomstwa. Określa także zasady stosowania testów genetycznych przydatnych w rozpoznawaniu chorób, których powstanie spowodowane jest anomalią genetyczną.

Rozdział piąty dotyczy reguł prowadzenia badań naukowych w dziedzinie biologii i medycyny. Artykuł 16 określa niezbędne warunki dopuszczające prowadzenie badania. Są nimi: 1. brak alternatywnej metody badawczej o po-

równywalnej skuteczności (zamiast badania na człowieku), 2. ryzyko dla uczestnika badania musi być proporcjonalne do potencjalnych korzyści płynących z tego badania, 3. projekt badania musi być zatwierdzony przez właściwą instytucję (komisję bioetyczną), która oceniła go co do wartości naukowej oraz dopuszczalności pod względem etycznym, 4. uczestnik badania musi być poinformowany o swoich prawach 5. i wyrazić zgodę na udział w badaniu w sposób jednoznaczny (zgoda winna być udokumentowana), a uczestnik ma zapewnione prawo do jej swobodnego wycofania.

Artykuł 17 określa zasady prowadzenia badania wśród osób niezdolnych do wyrażenia zgody na udział w badaniu, a artykuł 18 dotyczy badań na embriochach *in vitro*. Kolejne artykuły określają zasady pobierania narządów i tkanek od żyjących dawców dla celów transplantacji oraz zakazują osiągnięcia zysku lub wykorzystywania części ciała ludzkiego. Osoby zainteresowane pełnym tekstem Konwencji (w tłumaczeniu na język polski) odsyłam do strony internetowej – coe.org.pl/files/286115680/file/ets_164.pdf. Tekst Konwencji nie jest długi i zapoznanie się z nim nie zajmie dużo czasu.

Konwencja o Prawach Człowieka i Biomedycynie jest uzupełniana o bardziej szczegółowe wytyczne, które zawarte są w protokołach dodatkowych. Jak dotychczas opracowano:

- Protokół dodatkowy o zakazie klonowania istot ludzkich (1998),
- Protokół dodatkowy dotyczący transplantacji organów i tkanek pochodzenia ludzkiego (2002),
- Protokół dodatkowy dotyczący badań biomedycznych (2005).

Konwencja nie została ratyfikowana przez Polskę, a także: Francję, Niemcy, Włochy, Szwajcarię, Szwecję, Wlk. Brytanię oraz dziewiętnaście innych krajów.

Autor jest przewodniczącym Ośrodka Bioetyki NRL.

Znamiona przemocy wobec dziecka

Szanowny Pan dr Konstanty Radziwiłł, Prezes Naczelnej Rady Lekarskiej

Wielce Szanowny Panie Prezesie,

mój niepokój budzą codzienne doniesienia medialne o powtarzających się przypadkach katowania dzieci. Agresja wobec najmłodszych nasila się. Przejawem agresji jest nie tylko przemoc fizyczna, również częsta – i nie mniej groźna – przemoc psychiczna, wykorzystywanie seksualne, a także zaniedbanie.

Konsekwencje przemocy są dla dziecka dramatyczne w skutkach. Niemalże codziennie opinia publiczna dowiaduje się o przemoc, której skutkiem jest śmierć dziecka albo poważny rozstrój zdrowia. Wiele przypadków, w których dochodzi do mniej lub bardziej groźnego uszkodzenia ciała pozostaje niezarejestrowanych. Ogromna część ofiar przemocy jest bezimienna, bez szans na pomoc i ochronę.

Jest poza wszelką wątpliwością, że rola lekarza jest tu podstawowa i nieodzowna. Wczesne rozpoznanie i równoczesne zgłoszenie do właściwych organów ścigania, służb społecznych warunkuje w wielu przypadkach uratowanie dziecka.

Tymczasem zdarza się, że lekarze są bierni wobec problemu i unikają informowania właściwych organów o przypadkach mających znamiona przemocy. Często pomimo podejrzeń, że uraz jest skutkiem świadomego stosowania przemocy wobec dziecka, lekarz podejmuje jedynie działania medyczne. Policję zawiadamia się tylko w najbardziej drastycznych przypadkach. Przyczyny są wielorakie: niedostateczna znajomość problemu, a przede wszystkim niechęć uwikłania się w procedury prawne, które zajmują czas i oddalają lekarza od codziennej, podstawowej pracy zawodowej.

Chciałbym w tym miejscu przypomnieć, że ustawa z dnia 17 listopada 1974 r. – Kodeks Postępowania Cywilnego (Dz.U. nr 43, poz. 296 z późn. zm.) w art. 572 stanowi: § 1. *Każdy komu znane jest zdarzenie uzasadniające wszczęcie postępowania z urzędu, obowiązany jest zawiadomić o nim sąd opiekuńczy.*

Obowiązek taki wynika także z przepisów art. 304 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. – Kodeks postępowania karnego (Dz.U. nr 89, poz. 555 z późn. zm.) § 1. *Każdy dowiedziawszy się o popełnieniu przestępstwa ściganego z urzędu ma społeczny obowiązek zawiadomić o tym prokuratora lub policję.*

§ 2. *Instytucje państwowe i samorządowe, które w związku ze swą działalnością dowiedziały się o popełnieniu przestępstwa ściganego z urzędu, są obowiązane niezwłocznie zawiadomić o tym prokuratora lub policję (...).*

Obowiązujące przepisy formułują jedynie obowiązek społeczny, nie da się wyprowadzić z nich obowiązku prawnego podjęcia działań i co więcej ich egzekwowania. Zgłaszanie przypadków przemocy i podjęcia pozamedycznych działań pozostaje w głównej mierze obowiązkiem moralnym i zawodowym lekarza, płynącym z troski o dobro pacjenta, pozostawionym jego sumieniu. Należy zatem stale uwrażliwiać lekarzy na istniejący problem, tworzyć wsparcie dla lekarza podejmującego pomoc krzywdzonemu dziecku, a także kształtować właściwe formy współpracy lekarza z wymiarem sprawiedliwości, organami ścigania.

Ustawa z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu przemocy w rodzinie (Dz.U. nr 180, poz. 1493) w art. 12 stanowi: *Osoby, które w związku z wykonywaniem swoich obowiązków służbowych powzięły podejrzenie o popełnieniu przestępstwa z użyciem przemocy wobec członków rodziny, powinny niezwłocznie zawiadomić o tym policję lub prokuratora.*

Celem zawarcia niniejszego przepisu w ustawie o przeciwdziałaniu przemocy w rodzinie było nałożenie zobowiązania do konkretnej reakcji na określone osoby, które w swojej pracy, wykonując obowiązki, mogą zetknąć się z osobami doświadczającymi przemocy w rodzinie, w tym z dziećmi. Do takich osób zaliczyć można w szczególności lekarzy, pielęgniarki, nauczycieli. Podczas prac sejmowych nad rządowym projektem ustawy wskazano, że określenie takiego obowiązku w ustawie sprawia, iż **nabiera on charakteru obowiązku prawnego, co jest wysoce pożądane m.in. w związku z kontrowersjami, jakie budzi przepis art. 304 Kodeksu postępowania karnego.**

Środowisko lekarskie często tłumaczy niezgłaszanie podejrzanych przypadków zachowaniem tajemnicy lekarskiej. Zgodnie z art. 23 Kodeksu Etyki Lekarskiej, jak i art. 40 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty (Dz.U. z 2008 r. nr 136, poz. 857) stanowi, że lekarz ma obowiązek zachowania w tajem-

nicy informacji związanych z pacjentem, a uzyskanych w związku z wykonywaniem zawodu. Powyższy obowiązek nie posiada jednak charakteru absolutnego. Art. 40 ust. 2 pkt 3 przewiduje wyjątki od tej zasady: *gdy zachowanie tajemnicy może stanowić niebezpieczeństwo dla życia lub zdrowia pacjenta lub innych osób (...).*

Kodeks Etyki Lekarskiej określa kolejne wyjątki: nie jest naruszeniem tajemnicy lekarskiej przekazanie informacji o stanie zdrowia pacjenta innemu lekarzowi, jeżeli jest to niezbędne dla dalszego leczenia lub wydania orzeczenia o stanie zdrowia pacjenta (art. 24); zwolnienie z zachowania tajemnicy lekarskiej może nastąpić: gdy pacjent wyrazi zgodę, jeśli zachowanie tajemnicy w sposób istotny zagraża zdrowiu lub życiu pacjenta lub innych osób oraz jeśli zobowiązują do tego przepisy prawa (art. 25); lekarz ma prawo do ujawnienia zauważonych faktów zagrożenia zdrowia lub życia w wyniku łamania praw człowieka (art. 27). Przytoczone przepisy stwarzają lekarzowi możliwość podjęcia poza czysto medycznym, także innych działań dla dobra pokrzywdzonego dziecka.

Ustawa z dnia 17 maja 1989 r. o izbach lekarskich (Dz.U. nr 30, poz. 158 z późn. zm.) w art. 4 stanowi, że zadaniem samorządu lekarzy jest w szczególności: sprawowanie pieczy i nadzoru nad należytych i sumiennym wykonywaniem zawodu lekarza (ust. 1 pkt 1).

W związku z powyższym, mając na uwadze dobro dziecka, zwracam się do Pana na podstawie art. 10a ust. 1 ustawy z dnia 6 stycznia 2000 r. o Rzeczniku Praw Dziecka (Dz. U. Nr 6, poz. 69 z późn. zm.) – jako Prezesa organu kierującego działalnością samorządu lekarzy zgodnie z art. 35 ust. 1 ustawy o izbach lekarskich – o podjęcie pilnych działań dyscyplinujących i uświadamiających lekarzy o nałożonym na nich społecznym i moralnym obowiązku zgłaszania właściwym służbom wszystkich przypadków mających znamiona przemocy wobec dziecka.

Z wyrazami szacunku

Marek Michalak
rzecznik praw dziecka
ul. Śniadeckich 10, 00-656 Warszawa
tel. 022-696-55-44, faks 022-629-60-79

Warszawa, dnia 14 stycznia 2009 r.

Przychodzi lekarz do prawnika

Czy za każde negatywne następstwo zabiegu estetycznego odpowiada lekarz?

Często zdarza się, że wystąpienie negatywnych następstw zabiegu lekarskiego w postaci: rozstroju zdrowia, uszkodzenia ciała lub naruszenia funkcjonowania narządu pociąga za sobą odpowiedzialność cywilną, karną, a także zawodową lekarza. Prawo przewiduje jednak wyjątki od tej zasady. Do wyjątków takich należy wyłączenie odpowiedzialności karnej w przypadku wystąpienia negatywnych następstw zabiegów estetycznych i kosmetycznych.

W wyniku spełnienia ściśle określonych przesłanek odpowiedzialność karna lekarza zostaje w takich przypadkach wyłączona, pomimo że wystąpiły negatywne następstwa lub powikłania skutkujące negatywnymi następstwami dla pacjenta. Wyłączenie odpowiedzialności karnej nie jest jednoznaczne z wyłączeniem odpowiedzialności o innym charakterze (odpowiedzialności cywilnej i zawodowej). Należy podkreślić, że wyłączenie odpowiedzialności karnej w przypadku negatywnych następstw zabiegów estetycznych i kosmetycznych możliwe jest dzięki instytucji kontraktu.

Uwaga! Przez pojęcie kontraktu należy rozumieć okoliczność wyłączającą karną bezprawność czynu. Kontrakt powoduje, że działanie lub zaniechanie wypełniające znamiona czynu zabronionego nadal jest czynem zabronionym, ale nie jest przestępstwem.

Przykład: *U pacjenta został wykonany zabieg fotoepilacji laserowej. W wyniku zabiegu doszło do negatywnego następstwa w postaci zmian odbarwieniowych na całym obszarze skóry objętej zabiegiem. Spowodowanie negatywnego następstwa należy traktować jako popełnienie czynu zabronionego (oszcpecenie ciała), które jednak nie jest traktowane jak przestępstwo.*

Należy podkreślić, że kontrakt czynności kosmetycznych odnosi się do zabiegów kosmetycznych i estetycznych wykonywanych bez wskazań zdrowotnych i nie mających celu leczniczego. Zabiegi estetyczne i kosmetyczne nie mające celu leczniczego nie są uznawane za typowe świadczenia zdrowotne, co pociąga za sobą zmianę sposobu postrzegania przez prawo negatywnych następstw przeprowadzonych zabiegów. Warto jednak zaznaczyć, że taki sam rodzaj zabiegu kosmetycznego lub

estetycznego może mieć zarówno cel leczniczy, jak i wyłącznie cel estetyczny. Przykładem jest zabieg peelingu chemicznego, który może być wykonywany w celu ściśle estetycznym, jak również w celu leczniczym (usunięcie zmian trądzikowych). W odniesieniu do zabiegów kosmetycznych lub estetycznych mających cel leczniczy kontrakt czynności kosmetycznych nie ma zastosowania! Przykład: Kontrakt czynności kosmetycznych nie ma zastosowania do czynności wysoce inwazyjnych, które łączą się z przeprowadzeniem operacji plastycznych podjętych w celu rekonstrukcyjnym.

Czynności podjęte w celu usunięcia defektów urody lub polepszenia wyglądu, które wywołały negatywny dla pacjenta skutek, nie są traktowane jako błąd w sztuce i nie powodują powstania odpowiedzialności karnej, jeżeli zostaną spełnione niżej wymienione warunki:

- zabieg został wykonany zgodnie z aktualnym stanem wiedzy medycznej,
- ryzyko wykonania zabiegu zostało określone przez lekarza przed wykonaniem zabiegu jako przeciętne. Przez pojęcie przeciętnego ryzyka należy rozumieć niski stopień ryzyka zdrowotnego, które nie naraża pacjenta na znaczny uszczerbek zdrowia lub rozstrój zdrowia,
- zabieg został wykonany przez profesjonalistę, czyli osobę uprawnioną do wykonywania czynności danego typu,
- zabieg został wykonany w celu kosmetycznym lub estetycznym, który miał skutkować poprawą wyglądu pacjenta,
- pacjent wyraził na wykonanie zabiegu świadomą (poinformowaną) zgodę,
- przed wyrażeniem przez pacjenta zgody na zabieg lekarz udzielił pacjentowi wyczerpujących informacji

na temat typowych, także rzadko występujących negatywnych następstw i powikłań zabiegu oraz możliwego do osiągnięcia efektu.

Spełnienie wyżej wymienionych przesłanek powoduje, że nawet w przypadku wystąpienia negatywnych skutków dla zdrowia pacjenta lekarz wykonujący zabieg estetyczny lub kosmetyczny nie poniesie odpowiedzialności karnej. Należy podkreślić, że wyłączenie odpowiedzialności karnej nie pociąga za sobą wyłączenia innego rodzaju odpowiedzialności (np. odpowiedzialności cywilnej, zawodowej).

Przykład: *Lekarz dermatolog wykonał zabieg polegający na wypełnieniu zmarszczek kwasem hialuronowym. W wyniku przeprowadzonego zabiegu pacjent doznał negatywnego następstwa w postaci powstania utrwalonych stwardnień i ropni w miejscu podania wypełniacza. Jeżeli zabieg został wykonany: przez profesjonalistę, w oparciu o aktualną wiedzę medyczną, podstawą wykonania zabiegu była świadoma zgoda pacjenta, a lekarz udzielił pacjentowi wyczerpujących informacji na temat stopnia ryzyka przed wykonaniem zabiegu, lekarz nie jest narażony na odpowiedzialność karną (kontrakt czynności kosmetycznych). Fakt ten nie wyłącza jednak prawa pacjenta do dochodzenia roszczeń cywilnych, np. w związku z doznaniem rozstroju psychicznego spowodowanego widocznym oszcpeceniem twarzy.*

Justyna Zajdel

Zakład Prawa Medycznego w Łodzi

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



Zmiany w urlopach macierzyńskich

Bogdan Jakubski



1 stycznia 2009 r. weszła w życie ustawa z 6 grudnia 2008 r. o zmianie ustawy – Kodeks pracy oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. nr 237, poz. 1654). Przepisy tej ustawy zmieniają m. in. przepisy Kodeksu pracy w części dotyczącej urlopu macierzyńskiego i urlopu na warunkach urlopu macierzyńskiego oraz przepisy ustawy o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa.

Oto zmiany dotyczące wymiaru i prawa do zasiłku macierzyńskiego, zasiłku opiekuńczego i długości okresu zasiłkowego w czasie ciąży.

Zmiany od 1 I 2009 r.

I. Zmiany w Kodeksie pracy

1. Zmiana wymiaru urlopu macierzyńskiego

Zgodnie z nowym brzmieniem art. 180 § 1 Kodeksu pracy pracownicy przysługuje urlop macierzyński w wymiarze:

- 1) 20 tygodni w przypadku urodzenia jednego dziecka przy jednym porodzie,
- 2) 31 tygodni w przypadku urodzenia dwojga dzieci przy jednym porodzie,
- 3) 33 tygodnie w przypadku urodzenia trojga dzieci przy jednym porodzie,
- 4) 35 tygodni w przypadku urodzenia czworga dzieci przy jednym porodzie,
- 5) 37 tygodni w przypadku urodzenia pięciorga i więcej dzieci przy jednym porodzie.

2. Przerwa w urlopie macierzyńskim

W art. 180 Kodeksu pracy dodane zostały przepisy wprowadzające możliwość przerwania urlopu macierzyńskiego przez pracownicę oraz korzystania z urlopu macierzyńskiego przez pracownika-ojca wychowującego dziecko.

W przypadku, gdy matka dziecka wymaga opieki szpitalnej ze względu na stan zdrowia uniemożliwiający jej sprawowanie osobistej opieki nad dzieckiem, po wykorzystaniu przez nią urlopu macierzyńskiego w wymiarze 8 tygodni po porodzie, ojcu wychowującemu dziecko przysługuje prawo do części urlopu macierzyńskiego odpowiadającej okresowi pobytu matki w szpitalu. W takim przypadku urlop macierzyński matki przerywa się na okres, w którym z urlopu macierzyńskiego korzysta ojciec wychowujący dziecko. Łączny wymiar urlopu macierzyńskiego wykorzystanego przez matkę i ojca nie może jednak przekraczać ściśle określonego wymiaru.

3. Zmiana wymiaru urlopu na warunkach urlopu macierzyńskiego

Zgodnie z nowym brzmieniem art. 183 § 1 Kodeksu pracy okres urlopu na warunkach urlopu macierzyńskiego został wydłużony i uzależniony od liczby dzieci przyjętych na wychowanie. Pracownik, który przyjął dziecko na wychowanie i wystąpił do sądu z wnioskiem o wszczęcie postępowania w sprawie przysposobienia dziecka lub przyjął dziecko na wychowanie jako rodzina zastępcza, z wyjątkiem rodziny zastępczej zawodowej niespokrewnionej z dzieckiem, ma prawo do urlopu na warunkach urlopu macierzyńskiego w wymiarze:

- 1) 20 tygodni w przypadku przyjęcia jednego dziecka,
- 2) 31 tygodni w przypadku jednoczesnego przyjęcia dwojga dzieci,
- 3) 33 tygodnie w przypadku jednoczesnego przyjęcia trojga dzieci,
- 4) 35 tygodni w przypadku jednoczesnego przyjęcia czworga dzieci,
- 5) 37 tygodni w przypadku jednoczesnego przyjęcia pięciorga i więcej dzieci, nie dłużej jednak niż do ukończenia przez dziecko 7 roku życia, a w przypadku dziecka, wobec którego podjęto decyzję o odroczeniu obowiązku szkolnego, nie dłużej niż do ukończenia przez nie 10 roku życia.

Minimalny wymiar urlopu na warunkach urlopu macierzyńskiego, w razie przyjęcia na wychowanie dziecka w wieku do ukończenia 7 lat albo odpowiednio 10 lat, ulega wydłużeniu do 9 tygodni.

II. Zmiany w ustawie z 25 czerwca 1999 r. o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa (art. 5 ustawy z 6 grudnia 2008 r.)

1. Okres wyczekiwania

Okres nieprzerwanego dobrowolnego ubezpieczenia chorobowego, po upływie którego osoby podlegające takiemu ubezpieczeniu nabywają prawo do zasiłku chorobowego skrócono od 1 stycznia 2009 r.

ze 180 do 90 dni. Zmiana ta dotyczy także osób podlegających dobrowolnemu ubezpieczeniu chorobowemu przed 1 stycznia 2009 r., jeżeli okres podlegania ubezpieczeniu przed tym dniem wynosi co najmniej 90 dni lub okres 90 dni ubezpieczenia chorobowego upływa po dniu 31 grudnia 2008 r.

2. Okres zasiłkowy dla ubezpieczonych, których niezdolność do pracy przypada na okres ciąży

Zgodnie z nowym brzmieniem art. 8 ustawy z 25 czerwca 1999 r. okres zasiłkowy dla ubezpieczonych, których niezdolność do pracy przypada na okres ciąży, został wydłużony do 270 dni. Wnioski o przyznanie świadczenia rehabilitacyjnego złożone przed 1 stycznia 2009 r., jeszcze nie rozpatrzone, rozpatrywane nie będą, a ubezpieczeni zostaną poinformowani o prawie do zasiłku chorobowego za okres do 270 dni przysługującego na podstawie wystawionych przez lekarza leczącego zaświadczeń lekarskich na druku ZUS ZLA.

3. Przerwa w urlopie macierzyńskim w związku z pobytem ubezpieczonej matki dziecka w szpitalu

Od 1 stycznia 2009 r. pracownikowi-ojcu wychowującemu dziecko przysługuje prawo do zasiłku macierzyńskiego za okres sprawowania opieki nad dzieckiem odpowiadający okresowi pobytu matki dziecka w szpitalu w przypadku, gdy wymaga ona leczenia szpitalnego. Matka, po przedłożeniu zaświadczenia lekarskiego na druku ZUS ZLA, ma za ten okres prawo do zasiłku chorobowego na zasadach ogólnych. Prawo do zasiłku macierzyńskiego przysługuje ojcu dziecka wyłącznie za okres pobytu matki w szpitalu.

4. Zasiłek opiekuńczy

Od 1 stycznia 2009 r. w ustawie z 25 czerwca 1999 r. dodany został art. 32a, na podstawie którego ubezpieczonemu-ojcu dziecka przysługuje dodatkowo zasiłek opiekuńczy w wymiarze do 8 tygodni, tj.

56 dni, w czasie korzystania przez matkę z urlopu macierzyńskiego w okresie do 8 tygodni po porodzie i jej pobytu w szpitalu. Przepis ten ma zastosowanie do ojca dziecka lub innego ubezpieczonego członka najbliższej rodziny, jeżeli przerwie zatrudnienie lub inną działalność zarobkową w celu sprawowania osobistej opieki nad dzieckiem.

Zmiany od 1 I 2010 r. i w terminach późniejszych

III. Zmiany w Kodeksie pracy

1. Dodatkowy urlop macierzyński

Od 1 stycznia 2010 r. wprowadzono dodatkowy urlop macierzyński, którego wymiar wynosi:

- 1) w przypadku urodzenia jednego dziecka przy jednym porodzie:
 - a) od 1 stycznia 2010 r. do 31 grudnia 2011 r. – do 2 tygodni,
 - b) od 1 stycznia 2012 r. do 31 grudnia 2013 r. – do 4 tygodni,
 - c) od 1 stycznia 2014 r. – do 6 tygodni,
- 2) w przypadku urodzenia więcej niż jednego dziecka przy jednym porodzie:
 - a) od 1 stycznia 2010 r. do 31 grudnia 2011 r. – do 3 tygodni,
 - b) od 1 stycznia 2012 r. do 31 grudnia 2013 r. – do 6 tygodni,
 - c) od 1 stycznia 2014 r. – do 8 tygodni.

Dodatkowy urlop macierzyński będzie udzielany jednorazowo, w wymiarze tygodnia lub jego wielokrotności, bezpośrednio po wykorzystaniu urlopu macierzyńskiego. Dodatkowego urlopu macierzyńskiego udziela pracodawca na pisemny wniosek pracownicy, składany w terminie nie krótszym niż 7 dni przed rozpoczęciem korzystania z tego urlopu. Pracownica korzystająca z dodatkowego urlopu macierzyńskiego może łączyć korzystanie z tego urlopu z wykonywaniem pracy u pracodawcy. W takim przypadku dodatkowy urlop macierzyński obejmuje tylko część dobowego czasu pracy. Podjęcie pracy w czasie dodatkowego urlopu macierzyńskiego następuje na pisemny wniosek pracownicy, złożony w terminie nie krótszym niż 7 dni przed rozpoczęciem wykonywania pracy. We wniosku pracownica wskazuje wymiar czasu pracy oraz okres, przez który zamierza łączyć korzystanie z dodatkowego urlopu macierzyńskiego z wykonywaniem pracy.

Z dodatkowego urlopu macierzyńskiego wraz z możliwością jego łączenia z wykonywaniem pracy u pracodawcy, który udzielił dodatkowego urlopu macierzyńskiego, może skorzystać pracownik-ojciec wychowujący dziecko, w przypadku gdy urlop macierzyński wy-

korzystała matka albo gdy zrezygnowała z pozostałej części urlopu macierzyńskiego, po wykorzystaniu po porodzie co najmniej 14 tygodni urlopu, a niewykorzystaną część urlopu macierzyńskiego udzieleno ojcu wychowującemu dziecko. Wysokość zasiłku macierzyńskiego w okresie dodatkowego urlopu macierzyńskiego łączonego z wykonywaniem pracy będzie pomniejszona proporcjonalnie do wymiaru czasu pracy, w którym pracownik pracuje.

2. Urlop ojcowski

Począwszy od 1 stycznia 2010 r. pracownik-ojciec wychowujący dziecko ma prawo do urlopu ojcowskiego w wymiarze:

- 1) od 1 stycznia 2010 r. do 31 grudnia 2011 r. – 1 tygodnia,
- 2) od 1 stycznia 2012 r. – 2 tygodnie, nie dłużej jednak niż do ukończenia przez dziecko 12 miesięcy życia.

Urlop ojcowski przysługuje niezależnie od urlopu macierzyńskiego przysługującego matce oraz ewentualnego korzystania przez ojca wychowującego dziecko z urlopu macierzyńskiego lub dodatkowego urlopu macierzyńskiego. Urlopu ojcowskiego udziela pracodawca na pisemny wniosek pracownika-ojca wychowującego dziecko, złożony w terminie nie krótszym niż 7 dni przed rozpoczęciem korzystania z urlopu.

3. Dodatkowy urlop na warunkach urlopu macierzyńskiego

Począwszy od 1 stycznia 2010 r. wprowadzono dodatkowy urlop na warunkach urlopu macierzyńskiego, którego wymiar wynosi:

- 1) w przypadku przyjęcia na wychowanie jednego dziecka:
 - a) od 1 stycznia 2010 r. do 31 grudnia 2011 r. – do 2 tygodni,
 - b) od 1 stycznia 2012 r. do 31 grudnia 2013 r. – do 4 tygodni,
 - c) od 1 stycznia 2014 r. – do 6 tygodni,
- 2) w przypadku jednoczesnego przyjęcia na wychowanie więcej niż jednego dziecka:
 - a) od 1 stycznia 2010 r. do 31 grudnia 2011 r. – do 3 tygodni,
 - b) od 1 stycznia 2012 r. do 31 grudnia 2013 r. – do 6 tygodni,
 - c) od 1 stycznia 2014 r. – do 8 tygodni,
- 3) w przypadku korzystania z uprawnień do minimalnego wymiaru urlopu na warunkach urlopu macierzyńskiego:
 - a) od 1 stycznia 2010 r. do 31 grudnia 2011 r. – do 1 tygodnia,
 - b) od 1 stycznia 2012 r. do 31 grudnia 2013 r. – do 2 tygodni,
 - c) od 1 stycznia 2014 r. – do 3 tygodni.

Recepta od lekarza dentystry

Zygmunt Wiśniewski

Nowo powstałe izby lekarsko-dentystyczne miały niewiele czasu na zaistnienie. Od 1 grudnia 1938 r., kiedy powołaniem naczelných władz zakończyły się wybory, do 1 września 1939 r., kiedy wybuchła wojna. W ciągu tych zaledwie 9 miesięcy zrobiły bardzo wiele.

Nowo powołana korporacja zawodowa, poza władzami, musiała mieć możliwość sprawnego i publicznego komunikowania się ze swoimi ogniwami i poszczególnymi członkami. Do tego służył organ prasowy. Izby lekarsko-dentystyczne wydały pierwszy numer swego pisma – „Dziennika Urzędowego Izby Lekarsko-Dentystycznych” – już w połowie grudnia 1938 r. Z archiwalnych egzemplarzy tego pisma czerpiemy dziś wiedzę o budowaniu samorządu zawodowego lekarzy dentyistów. W kraju, gdzie stołeczne archiwa padły dwukrotnie pastwą płomieni: we wrześniu 1939 i w sierpniu 1944 r. – tylko dokumenty opublikowane w pismach wielonakładowych przetrwały i są dziś źródłem informacji.

Aleksander Ujejski, lekarz dentyista, który redagował periodyk dentystyczny, określił jego ukazanie się jako *znowu krok w rozwoju spraw zawodu*, kolejny po *nadaniu przywileju do samorządu zawodowego*. Nazwa miesięcznika, nawiązująca do „Dziennika Ustaw”,

a więc oficjalnego organu państwowego, podkreśla rangę izb lekarsko-dentystycznych, których dokumenty mają moc obowiązującą wszystkich wykonujących ten zawód. Nazwa ta definiuje pośrednio samorząd zawodowy jako korporację, na którą władza scedowała część swoich uprawnień, a więc jako władzę urzędową, której wykonawcami są ludzie powołani z wyboru przez członków samorządu. Ta ranga „urzędowa” samorządu lekarsko-dentystycznego, podobnie jak samorządu lekarskiego, przebiegała się w świadomości społecznej z trudem, ponieważ wobec mnogości różnego rodzaju związków, towarzystw i stowarzyszeń – ich ranga zdezwuowała się. Samorząd definiował się w swoich dokumentach jako *urząd pochodzący z wyboru*, ale w odróżnieniu od stowarzyszenia mający uprawnienia nakazowe nadane ustawą.

Niewiele dziś wiemy o urzędniku, magistrze praw, radcy ministerialnym Witoldzie Wojnarskim, który w ministerstwie opieki społecznej – którego

częścią była służba zdrowia – przygotował dokumenty powołujące izby lekarsko-dentystyczne i przeprowadził procedury wyborcze. O tym, że był urzędnikiem naprawdę doskonałym, świadczy zredagowane przez niego wydawnictwo: „Zbiór przepisów prawnych dotyczących całokształtu spraw dentystycznych”. To niezwykle rzadkie dziś w naszych bibliotekach wydawnictwo daje kompendium wiedzy o miejscu zawodu lekarza dentyisty w II Rzeczypospolitej i o zawiłych drogach wybijania się „dentystów” na „lekarzy”.

Samorząd lekarzy dentyistów wziął się raźnie do roboty. W ciągu kilku miesięcy załatwił kilka spraw, które utrudniały wykonywanie zawodu przez całe XX-lecie międzywojenne.

Zaskakująco może brzmieć informacja, że lekarze dentyści nie mieli uprawnień do wypisywania recept. Można domniemywać, że wszystkie lekarstwa i specyfiki służące leczeniu zębów i jamy ustnej mogli podawać pacjentom tylko w swoich gabinetach lub wyposażać w nie pacjentów z zaleceniem stosowania w domu. Tak było aż do 16 stycznia 1939 r., kiedy ukazało się rozporządzenie ministra opieki społecznej Mariana Zyndrama-Kościałkowskiego o *stosowaniu leków przez lekarzy-dentystów*. Rozporządzenie to stanowiło, iż *lekarze-dentyści, mający prawo wykonywania praktyki lekarsko-dentystycznej, mogą stosować i zapisywać w postaci recept środki lecznicze, zmierzające do leczenia chorób jamy ustnej i zębów*. Rozporządzenie to jednocześnie wprowadzało zastrzeżenie, że *lekarze-dentyści mogą wystawiać zapotrzebowania na środki odurzające tylko do stosowania ich przez siebie samych*.

„Dziennik Urzędowy Izby Lekarsko-Dentystycznych” komentuje to rozporządzenie jako realizację *najbardziej podstawowych postulatów stanu lekarsko-dentystycznego*. „Kronika Dentystyczna” – pismo środowiska warszawskiego – odpowiada przy okazji na pytanie, czy



Fotokopia strony tytułowej „Zbioru przepisów prawnych dotyczących całokształtu spraw dentystycznych” opracowanego przez Witolda Wojnarskiego.

lekarze dentyści nie będący członkami izb nogą wystawiać recepty. Pismo daje na to pytanie odpowiedź negatywną, ponieważ – jak argumentuje – dopiero wpisanie na listę członków samorządu uprawnia do wykonywania zawodu.

Prawo do wypisywania recept – to nie jedyne uprawnienie zawodowe, które lekarze dentyści zawdzięczają swojemu samorządowi. A jak było z uprawnieniami do orzekania o stanie zdrowia pacjenta? To prawo kojarzy się z lekarzami jako nieodłączny atrybut ich zawodu. Lekarze dentyści również w pełni go nie mieli. Indagowany w tej sprawie przez Naczelną Izbę Lekarsko-Dentystyczną minister opieki społecznej odpowiadał ogólnikowo, że *ustawodawstwo polskie nie przewiduje ograniczeń dla lekarzy-dentystów w wystawianiu świadectw o stanie uzębienia ich pacjentów*.

Dalsze wyjaśnienia nie wprowadzają jasności co do uprawnień lekarsko-dentystycznych.

Świadectwa, wydawane przez lekarzy dentyistów, mają wartość prawną, o ile stwierdzają stan uzębienia, stopień utraty zdolności do pracy wskutek choroby zębów, względnie stopień utraty możliwości żucia, natomiast we wszystkich tych przypadkach, gdy w następstwie znaczniejszych braków w uzębieniu lub cierpienia zębów nastąpiły u dotkniętych tymi cierpieniami osób inne schorzenia, np. przewodu pokarmowego – *świadectwa lekarzy-dentystów mogą służyć tylko jako materiał fachowy do wykorzystania przez lekarzy medycyny przy wydawaniu przez nich świadectw lekarskich*.

NIL-D uznała stanowisko ministra za interpretację zawężającą obowiązujące

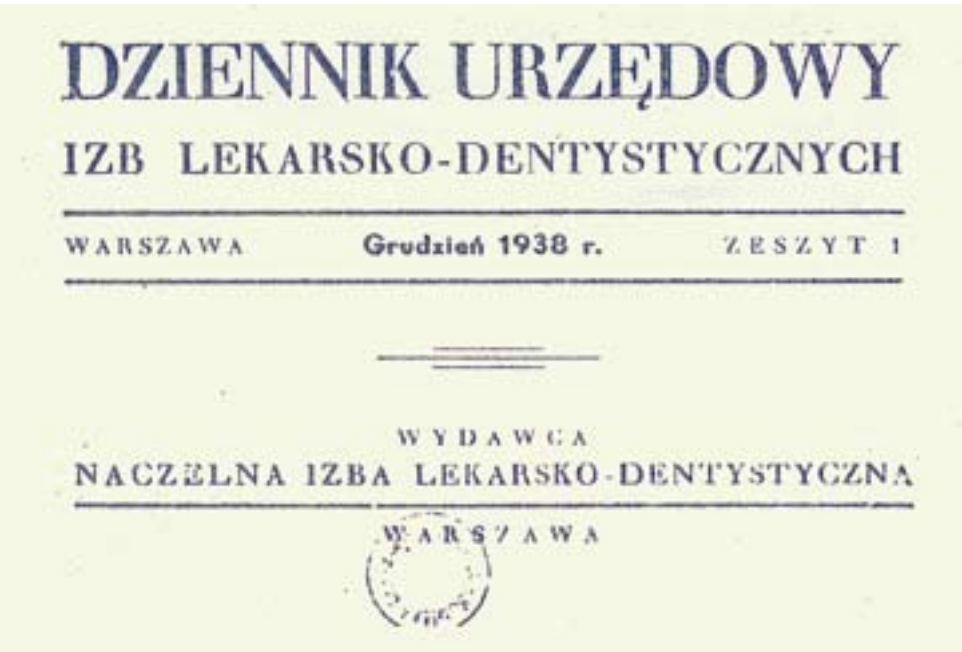
prawo, ponieważ – jak stanowi prawo – *lekarz-dentyista uprawniony jest do leczenia nie tylko chorób zębów, ale i chorób jamy ustnej*.

Prezes NIL-D Julian Łączyński, korzystając z przyzwolenia ministra, zinterpretował na łamach „Dziennika Urzędowego” uprawnienia lekarzy dentyistów w tym względzie następująco: *lekarz-dentyista uprawniony jest do wydawania świadectwa lekarskiego z zakresu swej specjalności*.

Ponieważ lekarz dentyista uprawniony jest do leczenia nie tylko zębów, ale także jamy ustnej – stanowisko Naczelnej Izby Lekarsko-Dentystycznej zostało odczytane w środowisku jednoznacznie jako uprawnienie i upoważnienie do orzekania o stanie zdrowia pacjentów w pełnym zakresie prowadzonego leczenia. Jasność prawa w tym zakresie była niezbędna, ponieważ w przypadkach pacjentów zatrudnionych na tzw. państwowych posadach, np. urzędników, zwolnienia od wykonywania pracy wydawane przez lekarzy dentyistów musiały być respektowane.

PS W okresie historycznym, o którym opowiadam w tej publikacji, używa się pisowni „lekarz-dentyista” z łącznikiem (tiret) pośrodku. Pisownia wskazywała na odrębność zawodu lekarza-dentyisty od zawodu lekarza (lekarza medycyny). Współcześnie odstąpiono od tej reguły. Dotyczy to wprawdzie tylko pisowni, ale jest też znakiem czasu, mówiącym o procesach integracyjnych w ramach zawodów lekarskich.

ZW



Fotokopia strony tytułowej „Dziennika Urzędowego Izby Lekarsko-Dentystycznych” z grudnia 1938 r.

Świadek Apokalipsy

Zygmunt Wiśniewski

W obozie śmierci Auschwitz, gdzie od lipca 1942 r. osadzony był prof. Jan Olbrycht, grupa więźniów wykryła niemieckiego konfidenta. Takie przypadki współwięźniowie rozstrzygali między sobą.

Postanowili z konfidentem skończyć. Z tzw. kanady, czyli magazynu rzeczy odebranych idącym do gazu, przemycili piękny sweter, który zapakowany w celofan podarowali donosicielowi. Wcześniej do środka włożyli wszy zarażone tyfusem. Na efekt nie musieli długo czekać. W kilkanaście dni później obdarowany zachorował na dur wysypkowy. Wtedy potwierdziło się, że jest na usługach esesmanów, którzy go strzegli i otoczyli czułą opieką. Inni chorzy na tyfus kierowani byli do gazu. Konfident był leczony, a jako rekonwalescent otrzymywał m.in. zastrzyki wzmacniające. Po jednym z takich zastrzyków, wykonanych przez więźnia-sanitariusza, nie obudził się. Lekarz – Polak – stwierdził zgon z powodu zawału serca. Esesmani w to nie uwierzyli i zarządziли sekcję zwłok. Jedynym człowiekiem, który

mógł jej dokonać, był więzień, prof. Jan Olbrycht.

Jan Olbrycht był znanym w Polsce i w świecie specjalistą medycyny sądowej. Przed wojną i przed aresztowaniem kierował Zakładem Medycyny Sądowej Uniwersytetu Jagiellońskiego.

Wykonywał tę sekcję w towarzystwie lekarzy niemieckich. Nie przeszkodziło mu to wykonać na sercu denata śladów udaru własnymi rękami. Lekarze-esesmani nie zorientowali się. Ich kwalifikacje, jak później stwierdził profesor, były mizerne.

W tej sekcji w obozie spełnił się jakiś wyrok losu. Profesor na wolności w Krakowie, jako ekspert w zakładzie medycyny sądowej, odmówił podpisania fałszywego orzeczenia z przeprowadzonej tam przez lekarza niemieckiego sekcji zwłok, za co został wydany w ręce gestapo. W obozie wydał nieprawdziwą opinię dla ratowania współwięźniów i polskich lekarzy.(1)

Wiedza i autopsja

Profesor Jan Olbrycht występował jako ekspert przed Najwyższym Trybunałem Narodowym w sprawach przeciwko lekarzom niemieckim oskarżonym o ludobójstwo. W opiniach swych, jak zapewnia, kierował się tylko wiedzą o hitlerowskim systemie ludobójstwa oraz analizą dostępnych dokumentów. Aby uniknąć stosunku emocjonalnego, nie powoływał się na własne przeżycia i doświadczenia. W kilka lat później prof. Józef Bogusz, który redagował specjalne, raz do roku wydawane numery „Przeglądu Lekarskiego”, tzw. oświecimskie, zwrócił się do Jana Olbrychta o spisanie przeżyć osobistych. Ukazały się one w 1968 r.(2)

Wspomnienia rozpoczyna Jan Olbrycht od dnia 6 listopada, kiedy miało miejsce aresztowanie grupy profesorów krakowskich znane jako „Sonderaktion Krakau”. Uniknął wtedy aresztowania, ponieważ Niemcy potrzebowali go jako eksperta w sprawach o charakterze kryminalnym. Miał w krótkim czasie wystą-

pić w tej roli przed sądem. W sprawie tej gestapo usiłowało udowodnić, że zmarły kolejarz – folksdeutsch – został otruty w restauracji na Prudniku. Wiadomo było powszechnie, że denat pił alkohol metylowy ukradziony z transportowanej cysterny. W trakcie sekcji zwłok Olbrycht potwierdził to domniemanie. Gestapo nie zgadzało się z tą ekspertyzą. Od tego czasu profesor został poddany nadzorowi policyjnemu, a następnie wydany w ręce gestapo. Przyczynił się do tego walenie Werner Beck, który od kwietnia 1940 r. został kierownikiem Zakładu Medycyny Sądowej UJ w Krakowie. Jan Olbrycht pracował w tym instytucie jako ekspert sądowy.

Werner Beck, przed przybyciem do Krakowa i objęciem funkcji w Zakładzie Medycyny Sądowej, był asystentem we Wrocławiu. Był gestapowcem, nad jego biurkiem wisiało zdjęcie Hitlera ściskającego mu rękę. W Krakowie gorliwie oddawał swe usługi gestapo, wystawiając m. in. fałszywe orzeczenia. Postępowaniu jego sprzeciwiał się Jan Olbrycht.

Niemiecki kierownik dr W. Beck miał duże ambicje i chorobliwą wprost żądzę władzy. Otrzymał (bądź sobie nadał) tytuł Dyrektora Instytutu i kierownika służby sądowo-lekarskiej w Generalnej Guberni. Prof. J. Olbrycht pozostawał w Instytucie jako kierownik oddziału sądowo-lekarskiego. Obecność profesora w Instytucie była dla W. Becka niewątpliwie niewygodna. Był on moralnym opiekunem wszystkich Polaków zatrudnionych w Instytucie; sama jego obecność dawała im wrażenie, że pracują nadal w swojej polskiej placówce. Autorytet profesora wpływał na okupacyjny personel niemiecki, hamując w pewnym stopniu jaskrawe wybryki w znęcaniu się nad Polakami.(3)

Olbrycht pisał po latach o Becku jako o pijaku i psychopacie, który stworzył atmosferę terroru i podejrzliwości. Potrafił terroryzować pracowników wrzeszcząc i wymachując pistoletem.

Pomimo ciągłej kontroli i poganiania organizacja pracy w Instytucie pozosta-

wiała wiele do życzenia głównie z winy samego dyrektora. Beck celowo i rozmyślnie utrudniał pracownikom pracę; czynił to ze złośliwą satysfakcją, dążąc do ich upokorzenia i nękania. Najczęściej i jedną z najbardziej przykrych uderzeń lekarzy i laborantów było oczekiwanie na tzw. odebranie sekcji. Po skończonej sekcji zwłok lekarz w niewygodnym odzieniu sekcyjnym i gumowych rękawicach musiał stać obok otwartych zwłok nieraz parę godzin, czekając, aż dyrektor zdecyduje się przyjść i „odebrać” sekcję. Jeśli przypominało dyrektorowi o skończonych sekcjach i czekających lekarzach, wyrażał się ostro: „Niech czekają, aż szernieją”.

Pozostaje jeszcze do wyjaśnienia sprawa dochodów Becka, który nie liczył się z pieniędzmi. Jednym ze źródeł były złote zęby zwłok selekcionowanych w Instytucie. Wyznaczony przez niego laborant miał obowiązek wyjmować po sekcji zwłok złote zęby w ścisłej tajemnicy i oddawać je dyrektorowi. Jednym z makabrycznych dziwactw Becka było wysyłanie swoim przyjaciołom popielniczek wykonanych z czaszek ludzkich i piszczelek spreparowanych ze zwłok, które selekcionowano w Zakładzie.

Taką charakterystykę Becka dał Bolesław Popielski, lekarz, specjalista medycyny sądowej zatrudniony w jego zakładzie.

Ostatniego dnia czerwca 1942 r. prof. Olbrycht został aresztowany, a jego gabinet i mieszkanie prywatne przeszukane. W czasie wielogodzinnego przesłuchania profesor zorientował się, że na biurku śledczego znajdowało się pismo z nadrukiem Instytutu. Domyślił się, że był to donos Becka, który stał się podstawą do aresztowania.

Na początku było krakowskie więzienie Montelupich, później Auschwitz, a na końcu Mauthausen. Prof. Jan Olbrycht doświadczył osobiście wszystkiego, co Niemcy zgotowali ofiarom obozów koncentracyjnych.

Co widział, czego doświadczył

Swoje osobiste wspomnienia obozowe Jan Olbrycht zdecydował się spisać późno, bo dopiero w 1968 r., kiedy znane już były i opisanie wszystkie hitlerowskie zbrodnie, perfidne i wyszukane metody zadręczania i uśmiercania więźniów. Wcześniej napisał ekspertyzę o zbrodniach nazistowskich dla trybunału sądującego hitlerowskich lekarzy oskarżonych o zbrodnie wojenne.

Jego wspomnienie z KL Auschwitz zaczynało się bardzo nietypowo.

Ustawiono nas przed jednym z bloków, kolejno wywoływano, wydawano

trójkąty i numery obozowe celem umieszczenia na pasiakach. Gdy tak stojąc oczekiwałem mego wywołania, podszedł do mnie więzień z zielonym trójkątem i wręczył mi owinięty w gazetę kawałek chleba, mówiąc, że chyba jestem głodny, bo ostatni raz jadłem na Montelupich. W więzieniu tym rozpoznałem międzynarodowego włamywacza, którego stan psychiczny badałem w okresie międzywojennym z polecenia sądu w Krakowie.

To ewenement we wspomnieniach oświęcimskich. Jan Olbrycht uzasadnia zapisanie go jako dowodu, że w obozie znajdowały się jednostki, niekiedy z kryminalną przeszłością, które zdobywały się na humanizm i altruizm. Zaraz jednak dodaje, że bywało również odwrotnie – osoby z wyższym wykształceniem, zajmujące w przeszłości wysokie stanowiska, jak profesorzy, księża, sędziowie itp., kradli chleb współwięźniom.

Umieszczony w bloku 11, obok którego była ściana śmierci, słyszał strzały egzekucyjne i jęki dochodzące z bunkrów. Tam też po raz pierwszy był świadkiem, jak zrozwaznieni więźniowie rzucali się na druty z prądem wysokiego napięcia, żeby skrócić swoje męki.

Sam zachorował na biegunkę, którą przechodzili wszyscy więźniowie, i od której masowo ginęli. Uratowali go współwięźniowie, którzy wymyślili dla niego pracę aptekarza w więziennej aptece, mieszczącej się na strychu bloku 28.

Z okien strychu bloku 28 miałem wielokrotnie sposobność obserwować rozstrzeliwanie więźniów pod czarną ścianą śmierci bloku 11. Z powodu wysokiej bramy i murów tego bloku mogłem widzieć jedynie głowę, kark i ewentualnie grzbiet do wysokości łopatek u ofiar stojących twarzą zwróconą do czarnej ściany. W jakiś czas ukazywała się lufa karabinu, po czym widać było zniknięcie ofiary, niczym figurki marionetkowej.

Był też świadkiem selekcji.

Niezatartym wspomnieniem z bloku 28 zostaną dla mnie wybiórki chorych przez lagerartów i SDG do gazu lub na tzw. szpilę, tj. śmiertelne wstrzyknięcie fenolu. Jeżeli więzień był dotknięty jakąś chorobą, która wymagała dłuższego leczenia, a tym samym i żywienia, albo jeżeli był on silnie wycieńczony, a więc nie przedstawiał wartości jako siła robocza, albo jeżeli chodziło o stłumienie choroby zakaźnej, wtenczas wysyłano, nieraz dziesiątkami dziennie, nieszczęśliwców na śmierć. Ale czyniono to także ze zdrowymi.

Jako aptekarz, na strychu bloku 28, Jan Olbrycht przetrawiał chorobę i rekonwalescencję dzięki pomocy współwięź-

dokończenie na str. 38



Prof. dr Jan Olbrycht doświadczył koszmaru Auschwitz osobiście. Dla polskiego Najwyższego Trybunału Narodowego wydał opinię jako ekspert.

Czy
królobójstwo?

Po publikacji szkicu „*Jak umierali królowie*” Zygmunta Wiśniewskiego („GL” nr 12/2008) otrzymaliśmy interesujący list od czytelnika, dr. Witolda Scheuringa ze Zbąszynka.

Pozwalam sobie dodać pewne uwagi nt. śmierci Stefana Batorego, pochodzące z chyba nie znanej Autorowi pracy mojego śp. stryja, dr. med. Hermana Scheuringa ze Lwowa, wydanej w 1964 r. w Londynie, pt. „Czy królobójstwo? Krytyczne studium o śmierci króla Stefana Batorego”.

Stryj, opisując szeroko sytuację polityczną XVI w. Polski i Europy, wysuwa teorię spiskową, zwracając uwagę na korzyści, jakie z usunięcia Batorego odnosili zarówno Moskwa, Anglia, jak i Habsburgowie. Ponieważ Król rządził twardą ręką (okres reformacji, ścięcie Samuela Zborowskiego i 30 kozaków we Lwowie), uporządkował sprawy krajowe, stawał się groźny dla sąsiadów. Niektórzy wrogowie przepowiadali mu rychłą śmierć, a liczni szpiedzy infiltrowali dwór polski i obserwowali zdrowie naszego władcy. Przebywający na dworze dwaj medycy mieli powiązania z różokrzyżowcami i alchemikami z Pragi i z Anglii. Wszystkich zaskoczyła nagła śmierć władcy. Autor analizuje zarówno historię choroby, jej objawy i ówczesne metody leczenia Króla, również rzekomą „sekcję” i stwierdzone zmiany, opisuje późniejsze dyskusje fachowców (historyków medycyny), specjalistów diagnostyki, jak i zmian anatomopatologicznych. Zwraca też uwagę na stworzenie wokół władcy niekorzystnej atmosfery (przez wrogą publicystykę i rozsiewane plotki), a po jego śmierci na znowę dotyczącą jego korzystnej dla kraju działalności. Miało się to nawet odbić na postępowaniu ze zwłokami Króla, które wpięrowy spoczywały półtora roku w Grodnie, a dopiero w 1588 r. sprowadzono je do Krakowa, gdzie pochowano je pod Kaplicą Zygmuntowską na Wawelu, o czym zapomniano i „odkryto” je dopiero blisko 300 lat po śmierci władcy w 1877 r.

Być może ewentualna ponowna ekshumacja, przy obecnym postępie i metodach poznawczych pozwoliłaby odpowiedzieć na pytanie, czy ten wielki Król zmarł śmiercią naturalną.

dr hab. Witold Scheuring
lekarz weterynarii, Zbąszynek

Świadek
Apokalipsy

dokończenie ze str. 37

niów. Doświadczył na sobie miłości bliźniego w warunkach Apokalipsy.

Przekonał się także, o czym później pisać będzie wielu byłych więźniów, czym była wola i chęć przetrwania.

Ale przede wszystkim przekonałem się o wielkim wpływie psyche na soma. Liczni więźniowie obojętnieli na wszystko, widzieli tylko beznadziejność, popadali w stan stresu, załamywali się psychicznie i umierali często z białych powodów. Ileż to razy pytaliśmy o kolegę, z którym rozmawialiśmy jeszcze przed dwoma dniami i dowiadaliśmy się, że jest już w krematorium, bo załamał się psychicznie.

Jako lekarz zaobserwował też, jak lekarze niemieccy uśmiercali więźniów tylko po to, żeby pobrać do badań i eksperymentów ich organy. Był świadkiem, jak wyszukiwano z kartotek chorych na organy wewnętrzne po to tylko, żeby lekarze niemieccy, na ogół źle przygotowani do zawodu, mogli na nich praktykować przeprowadzanie operacji. A akty zgonu fabrykowano według z góry przygotowanej listy z podręczników lekarskich.

W schreibstube były fabrykowane dla więźniów rozstrzelanych lub zagazowanych fałszywe historie choroby, że zmarli oni z samoistnych przyczyn chorobowych i tej treści zawiadomienia wysyłano do rodzin ofiar. Pisarzy, nie lekarzy, wyspecjalizowano z podręczników lekarskich w opisywaniu objawów chorobowych. Zależnie od liczby straconych lub zagazowanych w danym dniu fabrykowano na zlecenie lagerarza zmyślane historie poszczególnych chorób. Było to papierowe krycie rzeczywistości i gdyby nie klęska hitlerizmu, ktoś postronny, studiując po wojnie historie chorób więźniów i protokoły dokonywanych na nich zabiegów operacyjnych, mógłby przypuszczać, że opieka lekarska w obozie oświęcimskim nad więźniami była roztoczona według ostatnich wymagań nauki i sztuki lekarskiej. Na szczęście pogrom hitlerizmu uniemożliwił zatarcie śladów zbrodni.

Ostatni etap

Jan Olbrycht opuścił obóz Auschwitz ostatnim transportem ewakuacyjnym 18 stycznia 1945 r., w dniu zajęcia Krakowa przez Rosjan.

W długich kolumnach po pięciu więźniów w rzędzie ruszyliśmy przy kil-

kustopniowym mrozie przez Jastrzębie Zdrój i Pszczynę do Wodzisławia. Jeśli ktoś osłabiony nie mógł nadążyć w marszu, był zastrzelony. Już w pierwszym dniu marszu zostało co najmniej 80 kobiet i 30 mężczyzn rozstrzelanych przez esesowców. W Wodzisławiu załadowano nas na otwarte węglarki i wieziono przez Bogumin, Przerów, Wiedeń do Mauthausen.(4)

Więźniowie masowo umierali.

Prof. dr. Jan Olbrycht wypowiadał się jako lekarz o zbrodniach niemieckich lekarzy dla Najwyższego Trybunału Narodowego. Nie od rzeczy będzie przytoczenie opinii Jana Olbrychta, jakby podsumowującej jego obserwacje i doznania w czasie tej Apokalipsy.

Na wspomnienie tych okropności jeszcze dotąd wzdrygam się wprost, nie mogąc znaleźć odpowiednich wyrażen dla określenia tych barbarzyństw. Wszak w całym cywilizowanym świecie obowiązują lekarzy już od czasów Hipokratesa zasada, że salus aegroti suprema lex, a w Oświęcimiu jawnie, w najbardziej wyszukany sposób mordowano tysiące ludzi. Wszak w całym cywilizowanym świecie liga przeciwszekcyjna czyni wysiłki, aby znieść lub przynajmniej ograniczyć do minimum doświadczenia naukowe na zwierzętach stojących nisko na drabinie genealogicznej. Tymczasem w Oświęcimiu przeprowadzano eksperymenty pseudonaukowe na ludziach, kończące się ich śmiercią. Czynili to ludzie, którzy zaliczali siebie do Herrenvolku i określali swą postawę jako zwolennicy idealistycznego poglądu na świat, natomiast innych posądzali o grubo materializm. W ten sposób wychowano pokolenia przyszłych lekarzy, którzy mieli być „rozumem, solą ziemi, ręką kojącą ból”. Bezwzględne to zakłamanie, obłuda i barbarzyństwo!

Nie ma dość słów dla wyrażenia pogardy, oburzenia, potępienia i zasłużonej kary.

Zygmunt Wiśniewski

(1) Historię tę opowiedział dziennikarce „Echa Krakowa” K. Szymańskiej uczeń i następca prof. J. Olbrychta w zakładzie Medycyny Sądowej prof. Z. Marek („Echo Krakowa”, 18.02.79).

(2) J. S. Olbrycht: *Przeżycia medyka sądowego w czasie okupacji hitlerowskiej oraz po wyzwoleniu w sprawach z nią związanych.* („Przegląd Lekarski” nr 1, 1968, s. 82-91).

(3) B. Popielski: *Zakład Medycyny Sądowej UJ podczas okupacji hitlerowskiej.* („Przegląd Lekarski” nr 19).

(4) J. S. Olbrycht: *Przeżycia medyka sądowego...*

Zaprosili nas na bal

Po raz dwunasty w krakowskim hotelu Pod Różą przy Floriańskiej 14 bawili się lekarze i ich przyjaciele. Na wezwanie Jerzego Friedigera i Jacka Tętnowskiego z Okręgowej Izby Lekarskiej w Krakowie stawili się 350 osób. Szampański nastrój towarzyszył nam do białego rana. A bawili się z nami m.in. Konstanty Radziwiłł i Andrzej Włodarczyk oraz Ján Gašič, prezes Słowackiej Izby Lekarzy Dentystów.

ms

Ogłoszenia
sportowe

sport@gazetalekarska.pl

IX Mistrzostwa Polski Lekarzy w Siatkówce Halowej

organizuje w dn. **17-19.04.2009 r.** OIL w Łodzi. Ze względów organizacyjnych zainteresowane drużyny z poszczególnych OIL proszone są o wstępne potwierdzenie udziału **do 15.03.br.** u organizatora mistrzostw: **Ewa Wujec, tel. 0605-227-822.** Warunkiem uczestnictwa w turnieju jest przesłanie wpisowego w wys. 500 zł od drużyny w nieprzekraczalnym terminie do 15.03.br. na konto OIL w Łodzi: PKO BP S.A. I Oddział w Łodzi nr 98 1020 3352 0000 1602 0010 0362, z dopiskiem „Wpisowe – piłka siatkowa”. Szczegółowy program mistrzostw zostanie przesłany do 5.04.br. do zainteresowanych drużyn.

Narty w Alpach Francuskich w marcu 2009 dla lekarzy

Podróż samolotem z Warszawy. Zakwaterowanie: hotel apartamentowy wysoko w górach w bezpośrednim sąsiedztwie terenów narciarskich; **7-14.03.09. – Valloire – Valmeinier** apartamenty dwupokojowe dla 2-5 osób. **14-21 i 21-28.03.09. – La Plagne.** Tereny narciarskie: 1500-3000 m n.p.m., setki km doskonale przygotowanych tras różnej trudności, dziesiątki kolei i wyciągów. Wyjazdy organizuje Biuro Podróży „KWATOUR”s.c., członek Warszawskiej Izby Turystyki. **Informacje i zgłoszenia: OIL Warszawa, e-mail: praca68@oil.org.pl lub bezpośrednio u organizatora: e-mail: kwatour@op.pl**

Zjazdy koleżeńskie

Absolwenci AM w Warszawie i Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego

W roku 2009 mija 200 lat nauczania medycyny i farmacji w Warszawie. Z tej okazji organizowany jest **21.11.2009 r.** zjazd koleżeński. Wszystkich Absolwentów zainteresowanych tym spotkaniem w Imieniu Władz Uczelni oraz Stowarzyszenia Wychowanków serdecznie zapraszamy. Potwierdzeniem uczestnictwa w spotkaniu jest wpłata 200 zł, w terminie **do 31.03.br.** na konto: Stowarzyszenie Wychowanków Warszawskiej Medycyny i Farmacji Bank P.K.O. S.A. 42 1020 1055 0000 9702 0015 8238 oraz listowne powiadomienie organizatorów z podaniem: imienia i nazwiska, roku ukończenia studiów, dokładnego adresu i numeru telefonu lub e-mail. Ze względu na ograniczenie liczby uczestników rejestracja będzie dokonywana w kolejności napływu zgłoszeń. Komitet Organizacyjny. *Adres do korespondencji: Mieczysław Szóstek - Klinika Chirurgii Ogólnej i Chorób Klatki Piersiowej Warszawski Uniwersytet Medyczny, Warszawa 02-097, ul. Banacha 1 a, tel. 022-599-25-64, faks 022-599-15-64, e-mail: szostekm@amwaw.edu.pl*

Absolwenci AM w Warszawie, rocznik 1953-58

22.05.br. odbędzie się uroczyste wręczenie dyplomów 50 rocznicy ukończenia studiów lekarskich. Prosimy o pisemne potwierdzenie uczestnictwa z podaniem imienia i nazwiska (u pań również rodowego) i pełnego adresu, numeru telefonu oraz wpłacenie 130 zł na konto Stowarzyszenia Wychowanków Warszawskiej Medycyny i Farmacji Bank PKO S.A. nr 42 1020 1055 0000 9702 0015 8238, z dopiskiem „Zjazd”. *Adresy do korespondencji: 1) Halina Bartoszewicz-Więckowska, ul. Prosta 2/14 m. 78, 00-850 Warszawa, tel. 022-624-01-40 lub 0501-929-918; 2) Michał Parys, ul. Zbójnogórska 38, 04-802 Warszawa, tel. 022-615-73-61 lub 0603-452-458.*

AM w Gdańsku – Wydział lekarski i Oddział Stomatologii z lat studiów 1954-59

Zjazd z okazji odnowienia dyplomów lekarskich po 50 latach odbędzie się w dn. **15-16.05.2010 r. w Gdańsku.** Uroczystości w Uczelni rozpoczną się 15.05.2010 r. o godz. 10.00. Bardzo prosimy o zgłaszanie chęci udziału. Ze względów organizacyjnych prosimy o powiadomienie Koleżanek i Kolegów z roku o tej dacie i szybkie zgłoszenie udziału na adres: *Komitet Organizacyjny – Mirosław Laskowski, ul. Wieczorkiewicza 5, 80-456 Gdańsk, tel. 058-346-50-46 lub Jerzy Kossak, e-mail: jk2001@wp.pl*

Absolwenci AM we Wrocławiu, rocznik 1974

Kolejne spotkanie koleżeńskie, tym razem z okazji 35 rocznicy ukończenia AM we Wrocławiu, w dn. **19-21.06.2009 r. w Polanicy-Zdroju w Hotelu „Sana”** przy ul. Górskiej 2. Opłata za uczestnictwo od

ZJAZDY KOLEŻEŃSKIE W INTERNECIE – www.absolventus.pl

SERWIS POMÓŻE PAŃSTWU ZORGANIZOWAĆ ZJAZD ABSOLWENTÓW.
PRZYJAZNY UKŁAD I ERGONOMICZNA BUDOWA UMOŻLIWIĄ Szybkie WYSZUKANIE
INFORMACJI ORAZ DODANIE INFORMACJI O NOWYM ZJEŹDZIE.

Unia Polskich Pisarzy Lekarzy

uprzejmie informuje, że **IX Ogólnopolska Biesiada Literacka UPPL** odbędzie się w **Klubie Lekarza OIL w Łodzi, ul. Czerwona 3, 6 marca (piątek) 2009 r.** Początek godz. 18.00. Serdecznie zapraszamy Autorów-Lekarzy z całej Polski do czynnego udziału w tej tradycyjnej imprezie, a Szanownych Gości – miłośników żywego słowa – zapraszamy do „współbiesiadowania”. Osoby, które podczas spotkania pragną zaprezentować własne utwory, proszone są o nadesłanie zgłoszeń uczestnictwa oraz proponowanych do wygłoszenia tekstów (w dwóch egzemplarzach) najpóźniej **do 20 lutego br.** pod adresem: **ZG UPPL, 93-005 Łódź, ul. Czerwona 3** (z dopiskiem na kopercie – „*Biesiada Literacka*”).

absolwenta/od osoby towarzyszącej: pt-ndz z nocł. - 400 zł, sb-ndz z nocł. - 300 zł, pt-ndz bez nocł. - 250 zł, pt-sb z nocł. - 200 zł, bankiet - 150 zł, grill - 100 zł. Wpłaty na konto DIL we Wrocławiu: 17 1540 1030 2001 7753 6075 0001 lub bezpośrednio w DIL u Patrycji Malec do 15.03.2009 r. z dopiskiem „Zjazd 1974”. Panie prosimy o podanie nazwiska obecnego oraz z okresu studiów. *Informacje: Patrycja Malec, DIL we Wrocławiu, patrycja.malec@dilnet.wroc.pl lub patka.malec@wp.pl, tel. 071-79-88-068.* Za Komitet Organizacyjny Ryszard Fedyk, Andrzej Steciwko, Wiktor Wolfson

Wydział Stomatologii AM w Białymstoku, rocznik 1974-79

W dn. **5-6.09.br., hotel „ROŚ” w Pisz**, planowane jest spotkanie koleżeńskie w 30 rocznicę ukończenia uczelni. Koszt ok. 200 zł. *Zgłoszenia: Ewa Śliwka (Kossakowska), tel. 0504-075-109.*

Wydział Lekarski PAM, rocznik 1979

Jak zwykle, co 5 lat, spotykamy się w **Kołobrzegu, w dn. 2-4.10.2009 r.** *Szczegóły na stronie www.zjazd-1979.pl.* Komitet organizacyjny – Dach, Hoc, Kuc

Wydział Lekarski AM w Lublinie, rok 1979

23.05.br. zjazd absolwentów Wydziału Lekarskiego AM w Lublinie, rocznik 1979, w **Kazimierzu Dolnym nad Wisłą, Zajazd Piastowski**, ul. Słoneczna 3, 24-120 Kazimierz Dolny, tel. 081-88-90-900, 081-88-90-901. Koszt uczestnictwa: 320 zł. Wpłaty **do 15.03.br.** Nr konta: hotel Zajazd Piastowski, ul. Słoneczna 3, 24-120 Kazimierz Dolny, Multibank 55 1140 2017 0000 4302 0443 4742, tytuł wpłat: „zjazd absolwentów 79”. Uwaga! Osoby, które potrzebują faktury VAT, proszę o zaznaczenie przy przelewie „faktura VAT” i podanie danych do f-ry mailem do recepcji hotelu. Zakwaterowanie zgodnie z kolejnością wpłat – w Zajeździe Piastowskim i pensjonacie Casa-blanca. *Komitet organizacyjny: Rosława Kluza, tel. 0604-401-654, e-mail: kluzar@o2.pl; Anna Zmysłowska, tel. 0601-28-33-18, e-mail: a.zmyslowska@hipokrates.org; Danuta Loch-Kruk, tel. 0667-530-004, e-mail: dloch-kruk@wp.pl*

Wydział Lekarski ŚAM w Zabrze, rocznik 1983-89

Zjazd absolwentów Wydziału Lekarskiego ŚAM w Zabrze, rocznik 1983-89 odbędzie się w dn. **2-4.10.2009 r. w Szczyrku w hotelu „Meta International”.** W programie piątkowy wieczór przy grillu, sobotni bankiet i niedzielne śniadanie. Przewidywany koszt pełnego programu ok. 450 zł (w tym dwa noclegi), koszt samego bankietu + nocleg ok. 250 zł. Zaliczkę odpowiednio 250 lub 150 zł proszę wpłacać na konto: **Mieczysław Pająkowski Getin Bank SA 22 1560 1023 0000 9140 0002 5937 do 30.01.br.** Więcej informacji na stronie www.absolventus.pl lub tel. - **Maciej Pająkowski, 0602-177-857.**

Wydział Lekarski AM w Poznaniu, rocznik 1984

Z okazji 25 rocznicy ukończenia studiów planujemy spotkanie **26.09.2009 r. Hotel Trawiński w Poznaniu.** *Kontakt: Iza Kucharczyk-Bauman, tel. 0501-574-382, e-mail: iza.bauman@wp.pl lub Maria Łabędzka-Gardy, tel. 0501-717-275, e-mail: malaga21@interia.pl.* Wszystkich zainteresowanych prosimy o podanie swoich danych na adres *e-mail: absolwenci1984@bokiz.pl*

u.bakowska@gazetalekarska.pl

opr. u

Texty można również przestać na dyskietce lub płycie CD, a także Internetem (w pliku, jako załącznik do e-maila) pod adresem: **bsm3@tlen.pl.** Zależnie od liczby zgłoszeń uczestników – każdy autor na prezentację swych utworów będzie miał zarezerwowany czas 3 do 5 minut. UWAGA! Konieczne jest podanie w zgłoszeniu swego adresu pocztowego (ew. też e-mail) oraz numeru telefonu kontaktowego – stacjonarnego i komórkowego. Istnieje możliwość rezerwacji tanich noclegów w Hotelu Asystentkim PŁ – (obok Klubu Lekarza). Wszelkich informacji można zasięgnąć telefonując do OIL: nr **042-683-17 -91 w. 110.**



Kalendarz kursy, szkolenia, zjazdy (2009)

• **26-27.02.** Warszawa. Konferencja Naukowo-Szkoleniowa **Zakażenia szpitalne – aspekty prawne, ubezpieczeniowe i „wizerunkowe”.** Organizator: Instytut Problemów Ochrony Zdrowia Sp. z o.o. Informacje: www.prawoimedycyna.pl

• **28.02.** Warszawa. Dwusemestr. studia podypl. dla lekarzy i lekarzy dentystów – **Kosmetologia w medycynie.** Formularz zgłoszeniowy: www.kosmetyka.edu.pl. Informacje: Wyższa Szk. Zawodowa Kosmetyki i Pielęgnacji Zdrowia w Warszawie, ul. Podwale 13, 00-252 Warszawa, Jacek Wałasz, tel. 022-635-14-47, faks 022-635-73-62, e-mail: jacek.walasz@wszkipz.pl, www.kosmetyka.edu.pl

Dolnośląska Szkoła **Ultrasonografii**

• **17-20.03., 21-24.04., 26-29.05., 16-19.06.** **Diagnostyka USG jamy brzusznej** – kurs podst.
• **23-25.03.** **Diagnostyka echokardiograficzna wrodzonych wad serca dzieci**
Informacje i zgłoszenia: Wrocławskie Centrum Promocji, ul. Śniadeckich 10, 51-604 Wrocław, tel. 071-348-39-66 lub 0606-350-328, e-mail: r.baran@neostrada.pl, www.usg.webd.pl

• **21.03.** Ciecchocinek. **Rehabilitacja protetyczna z zastosowaniem protez stałych.** Organizator: Klinika **Protetyki Stomatologicznej** UM w Poznaniu, Włocławskie Stowarzyszenie Lekarzy Stomatologów, pod patronatem Kuj.-Pom. OIL. Informacje i zgłoszenia: www.stomatologia.edu.pl, tel. 054-231-51-57, 231-04-16

Instytut **Dermatologii** w Krakowie. Kursy praktyczne:

• **28.03.** **Technika immunoenzymatyczna ELISA**, 3 edycja
• **9.05.** **Testy platkowe: techniki wykonania i zasady interpretacji**, 10 jubileuszowa edycja
• **24.10.** **ELISPOT i hodowle komórkowe**, 2 edycja
Informacje i zgłoszenia: <http://www.medukacja.biz>

• **25-26.09.** Międzynarodowy Kurs Diagnostyki **Fotoalergii** pod patronatem Europejskiego Tow. Wyprysku Kontaktowego „Photoallergy Meeting & Photopatch Test Course”. Organizator: Instytut Dermatologii w Krakowie. Wykładowcy: prof. James Ferguson (Dundee), dr Alastair Kerr (Dundee), prof. Cezary Kowalewski (Warszawa), prof. Percy Lehmann (Wuppertal), doc. Joanna Narbutt (Łódź), doc. Radosław Śpiewak (Kraków). Konferencja i kurs w j. angielskim. Informacje i zgłoszenia: <http://www.photopatch.eu>

Centrum Edukacji **Ultrasonograficznej** CEDUS. Kursy USG, w ramach których odbywają się wykłady i ćwiczenia dające możliwość przeprowadzenia samodzielnych badań. Certyfikaty z pkt. edukac. OIL, pkt. PTU i Sekcji Echokardiografii PTK. Informacje i zapisy na stronie www.cedus.edu.pl, tel. 022-64-64-150

Mazowiecka Szkoła **Ultrasonografii.** Programy kursów i zapisy: www.mszu.pl, e-mail: mazowiecka@mszu.pl, tel. 0602-122-513

Mazurska Szkoła **USG i Ginekologii.** Informacje i zapisy na kursy: www.usg.pisz.pl, e-mail: usg@pisz.pl, tel. 0504-075-804

Medyczne Szkolenia **Podyplomowe** PAKT, 40-064 Katowice, ul. Kopernika 8/2, tel./faks 032-251-22-64, www.msp-pakt.med.pl, e-mail: medycznesympozja@msp-pakt.med.pl

Roztoczańska Szkoła **Ultrasonografii.** 1 tyg. kursy praktycznej ultrasonografii i kursy doskonalące. Informacje: www.usg.com.pl

Wielkopolska Szkoła **Diagnostyki Obrazowej.** Praktyczne szkolenia ultrasonograficzne. Informacje i zapisy: www.obraz.pl; e-mail: obraz@obraz.pl; tel. kom. 603-76-20-41; tel. 061-657-94-63

u.bakowska@gazetalekarska.pl

opr. u

**Z głębokim żalem żegnamy naszego drogiego Kolegę
śp. dra Rajmunda Karczewskiego z Bydgoszczy
jednego z założycieli i wieloletniego wiceprzewodniczącego
Ogólnopolskiego Związku Zawodowego Lekarzy.
Odszedł zbyt młodo, zbyt wcześnie, pozostawiając wielu w smutku i żalu.
Rodzinie i najbliższym Zmarłego przekazujemy serdeczne wyrazy współczucia.
Zarząd Krajowy
Ogólnopolskiego Związku Zawodowego Lekarzy**

MediPage Sp. z o.o.

02-549 Warszawa, ul. Bruna 12/20, tel./faks 022-646-41-50,
www.medipage.pl, redakcja@medipage.pl



Ultrasonografia

Günter Smidt, MD

przy współpr. B. Beuscher-Williams, L. Brüggmann,
C. Görg, T. Grebe, L. Greiner

red. nauk. wyd. pol. prof. dr hab. n. med. **Ludomir Stefańczyk**
przekł. lek. **Tomasz Kuniej**, dr n. med. **Przemysław Jaźwiec**
Warszawa 2008, str. 566, il. 1091

Przewodnik po badaniach usg. Specjalne rozdziały poświęcono badaniu ultrasonograficznemu stawów, tętnic szyjnych, po zabiegach operacyjnych oraz poszukiwaniu ogniska pierwotnego. Podzielony na trzy części: Wiadomości podstawowe; Badania ultrasonograficzne u pacjentów z określonymi objawami klinicznymi; Ultrasonografia poszczególnych narządów i układów, badania ultrasonograficzne po zabiegach chirurgicznych, poszukiwanie ogniska pierwotnego. Wśród rycin m.in. obrazy z badań dopplerowskich.



Podręcznik ultrasonografii. Podstawy wykonywania i interpretacji badań ultrasonograficznych

Matthias Hofer

306 obrazów ultrasonograficznych z 741 ilustracjami

Warszawa 2008, str. 134

Przewodnik po sztuce interpretacji obrazów usg. W poglądowy sposób omawia obsługę aparatu usg, techniki obrazowania, prawidłowe i patologiczne struktury badanych części ciała. Zawiera praktyczne wskazówki i rady. Dołączona wkładka z listami i tabelami wartości prawidłowych.



Podręcznik tomografii komputerowej. Metodyczne podejście do interpretacji badań TK

Mattias Hofer

Warszawa 2008, str. 224

Podręcznik zawiera atlas z rys. kolejnych obrazów TK z zakodowanymi oznaczeniami oraz informacje o środkach cieniujących, omawia problemy farmakologiczne np. działania niepożądane. Praktyczne rady pomagają uniknąć pomyłek. Prezentuje osiągnięcia tech. (wielorządowa spiralna TK i angiografia TK). Wyjaśnia jak przygotować chorego do badania.



Podstawy diagnostyki radiologicznej

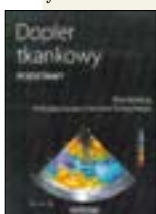
William E. Brant, Clyde A. Helms

red. nauk. wyd. pol. prof. Marek Sasiadek

tom 1-4, str. 1747

Podręcznik dla studentów med., początkujących radiologów i innych osób związanych z radiologią. Tłum. 3 wyd. uaktualizowanego i poszerzonego o dwa rozdz. nt. obrazowania serca oraz PET. W innych rozdz. dodano np. kolonoskopię wirtualną, wykorzystanie TK w ocenie kamieni nerkowych, TK urazów brzucha i powikłania płucne po przeszczepach szpiku kości.

Uwzględniono również choroby infekcyjne – SARS i węglik. T. 1 – Podst. obrazowania i neuroradiologia. T. 2 – Obrazowanie płuc, Radiol. badania piersi, Radiol. badania serca. T. 3 – Radiol. naczyń i zabiegowa, Przewód pokarmowy, Układ moczowo-płciowy, Ultrasonografia. T. 4 – Radiol. układu mięśniowo-kostnego, Radiol. pediatria, Medycyna nuklearna.



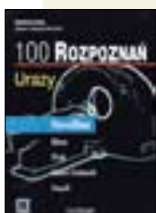
Dopler tkankowy

pod red. prof. nadzw. dr. hab. med. **Andrzeja Szyski**

i dr. hab. med. **Henryka Siniawskiego**

Warszawa 2008, str. 222

Zawiera rozdziały: I. Podstawy, metody i optymalizacja obrazu, II. Prawidłowe czynności skurczowe i rozkurczowe serca, III. Wybrane zagadnienia kliniczne.



100 rozpozn. Urazy

Robert A. Novelle, James T. Rhea, Thomas Ptak,

Fran Sadri-Tafazoli, Andrew B. Small

red. nauk. wyd. pol. prof. dr hab. n. med. **Andrzej Drop**

tłum. dr **Luiza Grzycka-Kowalczyk**, dr **Piotr Kurczab**

Seria Kieszonkowa **Radiologia**, Warszawa 2007, str. 336

Zawiera diagramy radiologiczne stu schorzeń odnoszących się do każdej większej części ciała. W rozpoznaniach wypunktowano najważniejsze fakty ilustrując je zdjęciami o wysokiej rozdzielczości. Do każdego rozdziału doł. piśmiennictwo. Książki serii napisane są w ujednoliconej formie obejmującej: bad. obrazowe, diag. różnicową, patologię, patofizjologię i dane kliniczne istotne dla danego schorzenia.

Udar mózgu

David O. Wiebers, Valery L. Feigin,

Robert D. Brown, Jr.

red. nauk. wyd. pol. prof. dr hab. n. med. **Danuta Ryglewicz**
Warszawa 2008, str. 532

Publikacja jest przewodnikiem postępowania z chorobami mózgo-wo-naczyniowymi. Zawiera praktyczny przegląd strategii leczenia i wskazówki potrzebne do podejmowania decyzji. Prezentuje najnowszą wiedzę dotyczącą udaru mózgu.



Elsevier Urban & Partner Sp. z o.o.

50-011 Wrocław, ul. Kościuszki 29, tel. 071-330-61-61.

Zamówienia: tel. 042-680-44-09, faks 042-680-44-86,
elsevier@azymut.pl, www.elsevier.pl

Implantologia stomatologiczna

Michael S. Block

red. i wyd. pol. **Mariusz Duda**

tłum z j. angielskiego Zespół

Wrocław 2008, str. 368

Książka stanowi kompendium wiedzy na temat rozwiązań technicznych, technologii i metod postępowania w implantacji. Jest atlasem dydaktycznym. Dzięki zawartej w niej wiedzy pochodzącej ze wszystkich gałęzi stomatologii klinicysta każdej specjalności może przeprowadzić prognostyczną ocenę i zaproponować ostateczny plan leczenia.



Materiały stomatologiczne

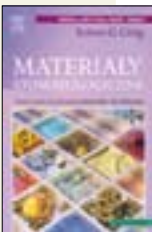
Robert G. Craig

red. **John M. Powers**, **Ronald L. Sakaguchi**

red. nauk. i wyd. pol. **Honorata Shaw**, **John Goeffrey Shaw**

Wrocław 2008, str. 602

Podręcznik, poszerzony o dwa rozdziały: I dot. implantów stomatologicznych z przedstawieniem ich historii, klasyfikacji i czynników warunkujących osteointegrację i II poświęcony inżynierii tkankowej – omawia sposoby tworzenia nowych tkanek oraz czynniki dotychczasowych prób wyprodukowania zęba. Podręcznik zawiera dużą liczbę schematycznych ilustracji obrazujących omawiane problemy. Rozdziały zakończone pytaniami i odpowiedziami.



Anestezjologia

Alan R. Aitkenhead, Graham Smith,

David J. Rowbotham

red. wyd. II pol. **Andrzej Kübler**

Tom 1. Wrocław 2008. str. 470

Podręcznik dla początkujących w anestezjologii stanowi podst. źródło wiedzy dla przygotowujących się do Podstawowego Egzaminu Królewskiego Tow. Anestezjologów (FRCA). Edycja V wyd., z którego pochodzi tłumaczenie wzbogacone o rozdziały dotyczące nauk podstawowych. Scalono nauki podstawowe z praktyką kliniczną. Jest to praktyczny przewodnik dla wszystkich anestezjologów i innych specjalistów zaangażowanych w opiekę nad chorymi w okresie okołoperacyjnym.



Ultrasonografia układu ruchu

Eugene G. McNelly

red. wyd. I pol. **Wiesław Jakubowski**

Wrocław 2008, str. 332

Monografia przedstawia wszystkie współczesne możliwości badań usg układu mięśniowo-szkieletowego z uwzględnieniem prawidłowej anatomii usg, diagnostyki chorób i diagnostyki różnicowej oraz możliwości monitorowania badaniami usg wielu procedur diagnostyczno-leczniczych z zakresu usg zabiegowej. Ilustrowana wieloma schematami i rycinami.



Ponadto nadesłano

Kodeks leczenia twojego dziecka

Leki bez recepty 2009

Krzysztof Piwowarczyk, **Ilona Ślugaj**

konsultacja: **Piotr Albrecht**, **Ewa Kamińska**

Warszawa 2008, **Wydawnictwo MediCodex Sp. z o.o.**

02-061 Warszawa, ul. Wawelska 26/3, tel./faks 022-825-09-51,

www.medicodex.pl, www.lekidladziecka.pl, sekretariat@medicodex.pl

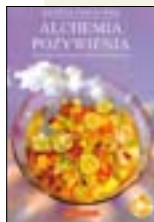
dystr.: Codex s.j., 01-232 Warszawa, ul. Siedmiogrodzka 20, II p.,

tel. 022-862-71-07, codex@neostrada.pl, str. 280

Doświadczeni pediatrzy i farmakolodzy porządkują informacje o lekach bez recepty dla dzieci. Podają wskazówki kiedy i jak podawać je samodzielnie, a kiedy pójść z dzieckiem



do lekarza. Specjaliści w zakresie informacji o lekach opisują wszystkie leki bez recepty, które mogą być stosowane u dzieci i są dostępne w aptekach. Książka pomaga wybrać odpowiedni lek dla dziecka w odpowiedniej postaci i dawce.



Alchemia pożywienia

Korzystaj z leczniczych właściwości pokarmów

Bożena Zak-Cyran

Łódź 2008, **Wydawnictwo Galaktyka**, 90-562 Łódź,

ul. Łąkowa 3/5, tel. 042-639-50-18, 639-50-19, tel./faks 639-50-17,

galak@galaktyka.com.pl, sekretariat@galaktyka.com.pl,

www.galaktyka.com.pl, str. 198

Autorka dietetyczka zajmująca się odżywianiem od ponad 20 lat. W książce omawia lecznicze właściwości poszczególnych grup pożywienia (zboża, warzywa, strączkowe, owoce, orzechy, nasiona oraz produkty pochodzenia zwierzęcego). Zwraca uwagę, że nowa dietetyka nie klasyfikuje produktów według zawartości składników pokarmowych ale według ich witalności.



Służba zdrowia Polskich Sił Zbrojnych

na Zachodzie 1939-1945

Z Armią Andersa z ZSRR ku Polsce

Tadeusz Brzeziński

Seria Wydawnicza **Biblioteka Zesłańca**, tom 20

Wrocław 2008, **Polskie Towarzystwo Ludoznawcze**

50-382 Wrocław, ul. Szczytnicka 11, tel. 071-321-16-10,

faks 071-321-16-14, e-mail: ptl@free.ngo.pl,

www.ptl.free.ngo.pl, str. 264 plus album rycin.

Opis heroicznych zmagień żołnierzy służby zdrowia w armii gen. Andersa. Autor oparł swoją książkę na ich relacjach, aktach zgromadzonych w Instytucie i Muzeum im. Władysława Sikorskiego, dokumentach i zbiorach czasopism z Polskiego Ośrodka Społeczno-Kulturalnego w Londynie, dokumentach Działu Zbiorów Specjalnych Głównej Biblioteki Lekarskiej w Warszawie oraz źródłach drukowanych na obczyźnie i w kraju, także rozmowach żyjących jeszcze w czasie opracowywania książki uczestników wydarzeń. Dzięki prywatnym zbiorom prof. Edwarda Towpika mógł również dotrzeć do dokumentów z okresu działania służby zdrowia na terenie ZSRR, których nie posiada Instytut Sikorskiego.



Biologia molekularna patogenów

przenoszonych przez kleszcze

red. nauk. prof. dr hab. **Bogumiła Skotarczak**

wyd. I, Warszawa 2008

Wydawnictwo Lekarskie PZWL

00-251 Warszawa, ul. Miodowa 10, tel. 022-695-40-33.

Księgarnia wysyłkowa: tel. 022-695-44-80,

infolinia 0801-142-080, e-mail: promocja@pzwł.pl

www.pzwł.pl, str. 286

Pierwsza w Polsce monografia przedstawiająca charakterystykę wirusów, bakterii i pierwotniaków przenoszonych przez kleszcze. Zawiera najnowsze osiągnięcia z zakresu diagnostyki molekularnej tych patogenów oraz syntezę wyników badań epidemiologicznych oraz charakterystykę opisanych czynników chorobotwórczych, metody ich wykrywania i oznaczania. Omówiono w niej najważniejsze występujące w Polsce choroby odkleszczowe, m.in. boreliozę i kleszczowe zapalenie mózgu.



Bioetyka dla lekarzy

Stan prawny na 31 października 2008 r.

Jan Hartman

Warszawa 2008

Wolters Kluwer Polska Sp. z o.o.

01-231 Warszawa, ul. Płocka 5a, tel. 022-535-80-00,

31-156 Kraków, ul. Zaczysze 7, tel. 012-630-46-00,

e-mail: ksiazki@wolterskluwer.pl, www.wolterskluwer.pl

księgarnia internetowa: www.profinfo.pl, str. 200,

cena 49,00 zł, zamówienia: tel. 022-535-81-22,

faks 022-535-81-39, ksiazki@wolterskluwer.pl, www.wolterskluwer.pl

Autor kieruje zakładem Filozofii i Bioetyki Collegium Medicum Uniwersytetu Jagiellońskiego. Jest to zwięzły przewodnik, pomocny lekarzom w podejmowaniu trudnych decyzji, ułatwiający orientację w problematyce etycznej. Autor nie daje gotowych recept postępowania starając się wielostronnie naświetlić zagadnienie bioetyki w obszarach takich jak np. relacje lekarz – pacjent, kontrowersje związane z badaniami naukowymi w medycynie czy sprawiedliwa dystrybucja środków na ochronę zdrowia. Zawiera również podstawowe informacje z dziedziny etyki ogólnej oraz zasady etosu lekarskiego na tle współczesnych warunków wykonywania zawodu lekarza.

opr. md