

3 2007

Gazeta
Lekarska
ISSN 0867-2146
Pismo Izby Lekarskich

Egzemplarz bezpłatny

Czym pachną długi szpitali?

U stomatologów
str. 21-31



Długi tryskają zdrowiem

Fikcja powszechnej, nieodpłatnej opieki zdrowotnej ma moc plomby samoutwardzalnej. Ani za komuny nie było, ani teraz nie jest z tym lepiej. Premier Jarosław Kaczyński sugeruje, że szpitale nie mogą być workiem bez dna. Zapowiedział już, że nie będzie dodatkowych nakładów na służbę zdrowia. Rozbraja szczerłość ministra zdrowia, który zapowiada bez zmruczenia oka, że niektóre szpitale będą musiały upaść. A dyrektorzy zadłużonych szpitali na to, że minister albo nie wie, co mówi, albo świadomie mija się z prawdą, by ocalić twarz. W tej całej medialnej wrzawie kompletnie zapomniano o pacjentach, którzy śledzą awanturę z coraz większym przerażeniem. Ciekawe, jakie to kryteria sprawia, że jedne placówki upadną, a innym rząd udzieli pomocy. Czyżby zadziałała zasada: im mniej szpitali, tym więcej pieniędzy do podziału między te, które pozostają w sieci? I oddłużenie samo się dokona. Bo jak na razie, po lutowych „zadymach” komorniczych, nagroda powędruje do szpitali, które mają niebotyczne długi, ale są za to... strategiczne. Czyli jakie? Cztery warszawskie szpitale – przy ul. Banacha i Litewskiej, Szpital im. Orłowskiego i Instytut Matki i Dziecka - znalazły się na liście 11 placówek strategicznych. To już trzecia lista szpitali, którym ma pomóc rząd. Lubelski PSK-4 nagle przestał być strategiczny. Samorząd nie jest w stanie pokryć rekordowych długów szpitala w Gorzowie Wielkopolskim, bo wynoszą tyle, ile budżet województwa. Długi niektórych szpitali osiągnęły ich wartość księgową. Nie da się ukryć, że to strategia imponująca, choć na szczęście nie jedyna.

Piotr Gerber, prezes giełdowej spółki EMC, do której należy sieć szpitali, uważa, że nawet w ramach kontraktów zawieranych z NFZ szpital może wyjść na swoje, ale tylko pod warunkiem, że placówka działa na podstawie takich samych zasad jak każde inne przedsiębiorstwo. Wtórzy mu chór właścicieli szpitali prywatnych. Podstawowym źródłem środków na inwestycje są kapitały własne udziałowców, drugim kredyty inwestycyjne i hipoteczne, a ostatnio także Giełda Papierów Wartościowych – mówi Roman Walasiński, prezes gdańskiego Swissmedu. Dlatego szpitale prywatne wprowadzają nowoczesne procedury i optymalizują proces leczenia. Europejskie standardy obsługi pacjentów, warunki socjalne dla nich i personelu, ponadprzeciętne wynagrodzenia, wyciągające najzdolniejszych lekarzy z placówek publicznych, pozwalają przeciętnemu pacjentowi zorientować się, co tu jest grane. Ale to tylko rodzi pokusę do nacisków na NFZ, aby ten ograniczał kontrakty szpitalom prywatnym, o czym przekonał się Swissmed w poprzednich latach.

Niejeden szpital publiczny poradził sobie z klątwą zadłużenia. Potrzebna jednak była odwaga władz samorządowych, a nie czekanie na to, co zdecyduje Warszawa. Najważniejszym prawem gospodarki rynkowej jest zasada: rachunki trzeba płacić. Za dobre rzeczy musimy dobrze zapłacić. Wielkość rachunków wyznacza rynek. Nie może nas dopaść zbiorowa niepamięć, że istotą zdrowych finansów publicznych jest właściwy strumień pieniędzy, który pozwoli całemu sektorowi ochrony zdrowia właściwie leczyć ludzi, pokrywać ponoszone koszty, być źródłem satysfakcji lekarzy, a z drugiej strony działać na rynku konkurującym o zasoby.

Tymczasem Zbigniew Religa rozmawia sobie poprzez media z Zytą Gilowską o oddłużaniu szpitali. Pan profesor obwieszcza jakąś zmianę krótkoterminowych długów na długoterminowe poprzez emisję obligacji przez banki, zaś pani profesor od finansów odpala mu, że nie jeździ na wózkowi widłowym z walizkami pieniędzy... A może wymieni ministerów i po sprawie? Bo przy nakładach na leczenie jednego polskiego obywatela w wysokości 41,20 zł (w Czechach 105 zł, w Luksemburgu – 600 zł) sytuacji w ochronie zdrowia uzdrowić się zwyczajnie nie da.

Marek Stankiewicz
naczelnny@gazetalekarska.pl

W numerze między innymi

Czym pachną długi szpitali?	4-5
Okiem Prezesa	5
Czarna księga błędów systemu	6-7
Oświadczenie	6
Koniec z zamykaniem pod dywan	8
W gąszczu problemów	10-11
Czy farmakoterapia ulegnie poprawie? Analiza projektów wykazów refundacyjnych	14-17
U stomatologów	21-31
Przychodzi lekarz do prawnika	32-33
Prezesa Michałowicza bój o godność lekarską	34-37
Narodziny PID	36-37
Lekarski sport	38-39
Kalendarz: kursy, szkolenia, zjazdy	40-41
Książki nadesłane	42
Praca: konkursy, zatrudnie, szukam	47-57
Ogłoszenia różne	58-60
Program TVN Med.	61

Biuletyn NRL

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

Centrum Informacji o Leku
e-cil.pl

Czym pachną długi szpitali?

Odpowiedź z pozoru niby prosta. Zadłużenie to realne niebezpieczeństwo utraty pracy lub świadczenie jej w złych warunkach. Z drugiej strony dług, podobnie jak przylepiec, pozostaje nieodłącznym bytem polskiej, szpitalnej rzeczywistości od kilkudziesięciu lat. Brak mechanizmów rynkowych i przełożenia jakości i efektów pracy na sytuację własną szpitala spowodował, w imię komfortu decydentów, oderwanie lekarzy i szpitali od rzeczywistości. Kolejne znieczulające iniekcje państwowych pieniędzy przy braku rozwiązań systemowych i zrzućaniu bolesnych reform na „następna ekipę” skutecznie zaburzają poczucie otaczającego świata. A dają, również nam, poczucie złudnego bezpieczeństwa kupowanego za niewielkie pieniądze.

*Dariusz Maciejewski, anestezjolog
Bielsko-Biała*

Upadek szpitali publicznych to nie zagrożenie, ale szansa na systemowe zmiany, zamiast kosmetyki socjalistyczno-niewolniczej organizacji pracy. Potrzebna jest natychmiastowa i pełna prywatyzacja usług zdrowotnych oraz prywatyzacja, konkurencja i decentralizacja wśród ubezpieczycieli. Stan obecny wskazuje jedynie na agonię niewydolnego systemu, którego reanimacja kosztuje nas krocie.

*Jan Witkiewicz
okulista z Przemyśla*

Długi nie zagrażają lekarzom, lecz pacjentom. I bardzo dobrze. Każe się nam traktować szpital i przychodnię

jak przedsiębiorstwo, a pacjentów jak klientów. Skoro szpital – przedsiębiorstwo nie ma towaru i nie może świadczyć usług, bo jest źle zarządzane, to musi upaść. Czy to zatrudniony w nim lekarz niewolnik ma z tego powodu drzeć szaty? Czy raczej klient czyli pacjent? Może obudzi się przedsiębiorczość lekarzy. A Państwo Polskie – pełne sloganów i hipokryzji niech sobie żuje ten problem. W 1999 r. zakreśliło do PRL-u i teraz nabiera rozpędu – niech pędzi po tych dziurawych drogach aż się rozsypie. Może wtedy skołowany naród zacznie się szanować. Ja robię swoje – poszukuję w swoich działaniach jakości i czekam na prawdziwy rynek, w którym klient-pacjent będzie płacił za towar: moją wiedzę, działania o wysokim stopniu skomplikowania i odpowiedzialności. Na razie patrzę sobie jak zakłamani głupcy reformują socjalizm i szykują powrót dla Siemaszki.

*Jan Wolańczyk, lekarz rodzinny
Wrocław*

Niestety, długi szpitali zagrażają stabilności pracy lekarzy. Szczególnie może to dotknąć najmłodszych lekarzy w trakcie specjalizacji, którzy muszą pracować w jednym miejscu, aby odbyć staż specjalizacyjny. Zamknięcie miejsca pracy zmusi niezdecydowanych do wyjazdu z kraju. Może właśnie wtedy decydenci przyjmą to do wiadomości?

Ryszard Szozda, Gliwice

Sko szpital jest miejscem pracy, z której utrzymuje się lekarz, a jest ono zagrożone likwidacją z powodu długów, lekarz musi liczyć się z utratą pracy. To oczywiste. Po prostu obywatele tak „mądrze” zorganizowali poprzez demokratyczne wybory system opieki, że tak to teraz

wygląda. Jeśli gmina lub miasto stawia zadania dyrektorowi, to musi pomyśleć o finansowaniu zadań z budżetu lokalnego. Pokutuje myślenie: szpital jest nasz, ale nie damy ani złotówki na jego działalność, będziemy tylko żądać.

*Michał Laska, lekarz rodzinny
Trzmiel, woj. lubuskie*

Stare przysłowie mówi, że choćby najuboższy umarł, zawsze znajdą się pieniądze na jego pochówek. Więc szukamy pieniędzy na ten pochówek, o czym zresztą otwarcie mówi minister zdrowia, że zostanie siatka szpitali, a tu i ówdzie jest ich za wiele. Jeżeli nawet zmaleje liczba szpitali – to na zdrowie pacjentom.

Jadwiga Kurek, Kraków

Oczywiście, długi szpitala zagrażają lekarzom! Od dawna w szpitalach panuje fatalna atmosfera związana z powtarzaniem na każdym zebraniu hiobową wieścią, że wkrótce stracimy płynność finansową, a więc i pracę. Lekarz znajduje sobie pracę, w Polsce lub za granicą. Pracuję długo w tzw. służbie zdrowia, ale wciąż nie mogę zrozumieć aktualnej polityki zdrowotnej. Słuchając naszego ministra można dojść do wniosku, że te zadłużone szpitale albo zatrudniają za dużo kadry, albo może dyrektor kupił do gabinetu nowy dywan i palmę. Tymczasem pozwalniano masę personelu, płace są takie, jakie są, a szpital otrzymuje coraz mniej przy rosnących cenach na wszystko!

felix48@autograf.pl

Zadłużenie może powodować: likwidację placówki, a więc pozostawienie bez pracy całej grupy pracowników, często w małych miejscowościach, w sytuacji gdzie znalezienie innego zatrudnienia nie jest łatwe. Niepewność pracowników co do swej przyszłości również nie pozostaje bez wpływu na ich psychikę, a więc i zachowanie w pracy. Stan zagrożenia finansowego szpitali wraz z ciągłą nagon-

ką na lekarzy i nieustanne nazywanie nas łapownikami, darmozjadami i złodziejami sprawia, że ten piękny zawód powoli staje się przekleństwem.

*Anita Pacholec, lekarz dentysta
Kowal, woj. kujawsko-pomorskie*

Długi szpitali zagrażają nie lekarzom, lecz polskiemu społeczeństwu. Wielu lekarzy nie utrzymuje się wyłącznie z bardzo niskiej pensji w publicznej placówce, inni wybierają pracę za granicą. Brak reorganizacji finansowania publicznych zakładów opieki doprowadzi do konieczności likwidacji publicznych i do powstania nowych struktur niepublicznych, często z kapitałem zagranicznym, których głównym celem będzie wypracowanie zysku, a nie funkcjonowanie na zasadach *non-profit*, jako samofinansujących się instytucji użyteczności publicznej.

*lek. dent. Maciej Nowak
Wojewódzkie Centrum Stomatologii
w Warszawie*

Długi to kłopot tylko tych lekarzy, którzy są dyrektorami szpitali. Zarzut niegospodarności może ich zmieść ze stanowiska. Pozostali lekarze mogą spać spokojnie. Perturbacje z długami mogą zaowocować zwolnieniami, redukcjami, opóźnieniami wypłat pensji itp., ale to będą tylko kłopoty przejściowe. Zadłużenie szpitali powinno przybliżyć radykalne decyzje o zmianach dotyczących statusu prawnego szpitali i reorganizacji finansowania usług medycznych. Powtarzające się regularnie zawirowania z płatnościami szpitali powinny w końcu skłonić decydentów do dogłębnej analizy przyczyn i podjęcia działań naprawczych.

*Grzegorz Danielski, ortopeda
Łódź*

Długi szpitali to konieczność oszczędzania, a więc ograniczenie środków czystości (jeśli jeszcze jakieś są), to również presja na lekarzy, aby ograniczali badania diagnostyczne. Ale medycyna musi być na światowym poziomie, bo jak nie, to wina lekarzy i błąd w sztuce! Trzeba go znaleźć, nazwać, a winnych przykładnie ukarać. Czego zapewne będziemy niedługo świadkami.

*Andrzej Michalski, internista
Konin*

opr. ms, eos

Okiem Prezesa



Jestem zwolennikiem zasady „zero tolerancji”. Przypominam, że jej autorem jest Rudolph Giuliani, były burmistrz Nowego Jorku, z zawodu prokurator, pogromca mafijnych Pizza Connection i The Commision oraz przestępców w „białych kołnierzykach” z Wall Street i skorumpowanych działaczy samorządu miejskiego. Sławę na skalę światową przyniosła mu podjęta w latach 1994-96 wspólnie z szefem nowojorskiej policji miejskiej Williamem Brattonem akcja braku pobłażania dla nawet najdrobniejszych wykroczeń, w efekcie której Nowy Jork z miasta przestępstw i zbrodni stał się jednym z najbezpieczniejszych miejsc w Stanach Zjednoczonych. Ja także nie widzę żadnego powodu, aby akceptować czy nawet tylko tolerować panoszące się wokół bylejałość, łajdactwo, przekupność, pijaństwo i prywatę. Nawet jeśli to tylko przywary naszych kolegów po fachu. I namawiam do wspólnej odpowiedzialności i tłumienia zła w zarodku. Nie mam także nic przeciwko temu, aby tam, gdzie popełniane są przestępstwa, wkraczała policja, ABW, CBA i CBS. Także w ochronie zdrowia. Co więcej, namawiam wszystkich do współpracy z tymi organami w oczyszczaniu naszego środowiska z ludzi niegodnych, którzy szkodzą choremu, ale także nam wszystkim, którzy traktujemy swój zawód przynajmniej w części jako powołanie do czynienia dobrze.

Zachęcam też do niełączenia indywidualnej odpowiedzialności kolegów z fatalnym stanem systemu ochrony zdrowia, placówek, w których pracujemy i niegodnie niskimi zarobkami lekarskimi. Nawet w tak niekorzystnym otoczeniu nie przecięż przeważającej większości z nas nie powstrzymuje od postawy służenia choremu człowiekowi zgodnie z zasadami etyki lekarskiej.

Jest jednak kilka „ale”. W pogoni za winnymi zła ani koledzy, ani samorząd lekarski, ani nawet państwowe organy ścigania nie mogą naruszać godności człowieka. Podejmowane środki muszą być adekwatne do sytuacji i ograniczone do konieczności, a nie wykonywane na użytek zwolnionych zawczasu mediów i populistycznych, tanich efektów. Użycie tak zwanych środków przymusu bezpośredniego uzasadnione może być tylko wyjątkowymi okolicznościami i nie może być rutynowe. Informowanie mediów powinno być ograniczone do faktów bezspornych i nie może zawierać oskarżeń o najcięższe zbrodnie, zwłaszcza gdy są one oparte na słabo udokumentowanych wrażliwościach osób prowadzących postępowanie. Odpowiedzialności podczas omawiania zjawisk patologicznych występujących w placówkach opieki zdrowotnej należy oczekiwać także od dziennikarzy. „Tabloidywanie się” nawet dotychczas poważnych mediów w pogoni za większą sprzedażą czy oglądalnością zagraża nie tylko dobremu imieniu osób, których wina nie jest przecież dowiedziona. Poprzez chętnie stosowane tanie chwytły i uogólnienia obrażają one także całe środowisko ciężko i uczciwie pracujących lekarzy, ale także bezzasadnie podważają zaufanie obywateli do placówek opieki zdrowotnej i ich personelu.

Aby pomóc członkom samorządu w walce z różnymi problemami, które trapią nasze środowisko, Naczelna Izba Lekarska podejmuje inicjatywy mające objąć swoim zasięgiem wszystkie izby okręgowe. I tak w lutym odbyła się konferencja przedstawicieli okręgowych izb lekarskich wraz z ekspertami w dziedzinie leczenia uzależnień na temat ogólnopolskiej strategii pomocy lekarzom uzależnionym, zwłaszcza od alkoholu. Mam nadzieję, że już w ciągu najbliższych miesięcy dopracujemy się nowoczesnego systemu opieki nad tymi kolegami. Nie będzie się jednak dało tego osiągnąć bez szerokiego wsparcia dla nich ze strony całego środowiska. Także w lutym, w NIL miała miejsce konferencja na temat relacji lekarzy i przedstawicieli przemysłu medycznego. „Instrukcja postępowania” w tym zakresie oparta na zasadach etyki (artykuły 51a-51g Kodeksu Etyki Lekarskiej) oraz przepisach prawa farmaceutycznego i podatkowego będzie upowszechniana niebawem w całej Polsce. Pomoże wielu kolegom w ich codziennej pracy i spotkaniach z przedstawicielami firm farmaceutycznych i sprzętowych.

Na koniec, jak zwykle, proszę o kontynuowanie zbierania podpisów pod obywatelskim projektem ustawy gwarantującym nam godne wynagrodzenia (tabelka do zbierania podpisów na str. 44 i na stronach internetowych NIL). Wykażmy, na co nas stać w domaganiu się sprawiedliwości.

Konstanty Radziwiłł



Czarna księga błędów systemu

Andrzej Włodarczyk

W związku z ujawnianymi w ostatnich dniach tzw. aferami korupcyjnymi w szpitalach resortowych w Warszawie, jako przewodniczący okręgowej rady lekarskiej – izby, na terenie której wspomniane wydarzenia mają miejsce, przedstawiam stanowisko w tej sprawie.

Samorząd lekarski, którego jednym z podstawowych zadań jest sprawowanie pieczy nad należytym wykonywaniem zawodu lekarza i lekarza dentysty oraz dbanie o przestrzeganie zasad etyki zawodowej, potępia zachowania niezgodne z tymi zasadami. We wszystkich zgłoszonych przypadkach podejmował zawsze przewidziane prawem działania.

Nie tolerując i nie usprawiedliwiając pojedynczych zachowań korupcyj-

nych, których jednak nie wolno utożsamiać z całym środowiskiem, nie można pomijać oczywistych – istniejących od lat – wad systemu ochrony zdrowia w Polsce, w ogromnym stopniu mających wpływ na ich występowanie.

Wadliwa od lat organizacja państwowego systemu ochrony zdrowia, jego chroniczne niedofinansowanie i błędne decyzje polityczne kolejnych rządów spowodowały sytuację, w któ-



Andrzej Włodarczyk: Przedstawmy władzom RP „Czarną księgę” błędów systemu ochrony zdrowia w naszym kraju

for: Marek Stankiewicz

Oświadczenie

Samorząd lekarski z wielkim zaniepokojeniem przyjmuje ostatnie wydarzenia, w których centrum zainteresowania stali się lekarze. Środowisko lekarskie z całą mocą potępia przypadki zachowania i postępowania lekarzy sprzeczne z Kodeksem Etyki Lekarskiej, naruszające ogólnie przyjęte zasady współżycia między ludźmi, a szczególnie takie, które mają charakter przestępstw.

Jednocześnie samorząd lekarski stanowczo sprzeciwia się nieprzestrzeganiu poszanowania godności człowieka, którego wina nie została udowodniona, ferowaniu wyroków przed zakończeniem postępowania, uogólnianiu odpowiedzialności na całe środowisko lekarskie. Praktyki takie uderzają nie tylko w dobre imię zdecydowanej większości kompetentnych i uczciwych lekarzy, ale także w podstawy zaufania chorych do ludzi, którym powierzają oni swoje zdrowie i życie.

Deklarując pełną gotowość do pomocy w działaniach zmierzających do bezstronnego, wiarygodnego i rzetelnego wyjaśnienia spraw dotyczących nagannych postępowań lekarzy, samorząd lekarski stanowczo stwierdza, że mają one charakter incydentów, które nie powinny wpłynąć na poczucie bezpieczeństwa naszych chorych. Samorząd lekarski apeluje do polityków i dziennikarzy o poczucie odpowiedzialności za wspólne dobro i umiar podczas informowania o takich wypadkach.

Naczelny Rzecznik
Odpowiedzialności Zawodowej
Jolanta Orłowska-Heitzman

Przewodniczący
Naczelnego Sądu Lekarskiego
Jerzy Nosarzewski

Prezes Naczelnej Rady Lekarskiej
Konstanty Radziwiłł

Warszawa, 23 lutego 2007

rej pogarsza się dostęp do świadczeń medycznych i utrwała poczucie zagrożenia bezpieczeństwa zdrowotnego w Polsce. Wieloletnie oczekiwanie chorych na planowe operacje, wielomiesięczne kolejki do lekarzy specjalistów – pogarszają wyniki leczenia, niezależnie od wysiłków lekarzy.

Wielokrotnie, niestety bez powodzenia, proponowaliśmy politykom wprowadzenie zmian systemowych, które zmieniłyby tę sytuację i jednocześnie ograniczyłyby – w sposób istotny – możliwość występowania zachowań korupcyjnych. Nie przypadkiem w zakładach opieki zdrowotnej działających w ramach systemu rynkowego zjawiska te nie mają miejsca. Niewątpliwie wpływ na ich występowanie mają również upokarzająco niskie zarobki w ochronie zdrowia.

„Pochopne i przedwczesne ferowanie wyroków (...), wykorzystywanie wstępnych ustaleń śledztwa w celach propagandowych (...) może prowadzić do naruszania zasad państwa prawa i łamania praw

człowieka – czytamy w oświadczeniu Komitetu Helsińskiego. Sposób, w jaki przeprowadzono spektakularne zatrzymania lekarzy, oraz niektóre wypowiedzi członków rządu (cyt.: „Dochodziło do czynów, które mieszczą się w kategorii zbrodni. Już nikt nigdy przez tego pana życia pozbawiony nie będzie” mogą wskazywać na to, że jest to działanie mające na celu zdyskredytowanie środowiska lekarskiego.

Fakt ten jest niezwykle niebezpieczny, zważywszy że jednym z podstawowych elementów w relacjach: lekarz – pacjent, jest zaufanie tego ostatniego do lekarza. Ilu chorych, usłyszawszy z ust ministra sprawiedliwości nieusprawiedliwioną (bo bez wyroku sądowego) informację o lekarzu mordercy, nie zgłosi się na czas do lekarza lub nie podda koniecznemu leczeniu?

Sposób, w jaki służby specjalne działają w ostatnim czasie, np. w środowisku lekarzy związanych z pobieraniem narządów od zmarłych w celu ich późniejszego przeszczepienia chorym, i przypisywanie niskich pobudek lekarzom, którzy zajmują się identyfikacją i opieką nad potencjalnymi dawcami narządów – niewątpliwie spowoduje znaczące ograniczenie ilości zabiegów transplantacyjnych w Polsce. W wyniku tego wielu pacjentów umrze. Już w tym miesiącu obserwujemy wyraźny spadek liczby pobrań narządów od dawców zmarłych.

Nie przypadkiem również wydarzenia te są nagłaśniane przed zapowiadaną na wiosnę akcją protestacyjną lekarzy, słusznie domagających się podwyższenia wynagrodzeń.

Zwracam się do wszystkich lekarzy o zgłaszanie do Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie przypadków wystąpienia powikłań, komplikacji oraz przypadków śmierci pacjentów, które miały bezpośredni związek z wadliwą organizacją i niedofinansowaniem ochrony zdrowia w Polsce. Przedstawmy władzom „Czarną księgę” błędów systemu ochrony zdrowia w naszym kraju. Niech to zmusi decydentów do natychmiastowych zmian w organizacji systemu ochrony zdrowia (którego istota, tak naprawdę, nie uległa zmianie od czasów PRL-u) w celu poprawienia sytuacji zdrowotnej Polaków i wyeliminowania mechanizmów sprzyjających patologiom!

Koniec z zamiataniem pod dywan

Anna Augustowska

Być może już wkrótce w izbach lekarskich będą działać specjaliści pełnomocnicy, którzy zajmą się pomocą dla lekarzy uzależnionych od alkoholu. Sprawą alkoholizmu w środowisku zajęła się Naczelna Izba Lekarska.

Lekarze piją coraz więcej i coraz niebezpieczniej, coraz częściej pod wpływem alkoholu – a nieraz także innych środków psychoaktywnych – zajmują się pacjentami, popełniając dramatyczne w skutkach błędy. Niestety, zwykle nie zauważają, że są chorzy, że tracą kontrolę nad swoim życiem, że sami powinni zostać pacjentami i poddać się specjalistycznemu leczeniu.

– Trzeba z tym skończyć. Musimy pomóc naszym kolegom. Koniec z zamiataniem tych spraw pod dywan i fałszywym koleżeństwem, kiedy kryjemy te osoby – przekonywał Konstanty Radziwiłł na zorganizowanej w połowie lutego w siedzibie NIL w Warszawie konferencji nt. „System pomocy lekarzom z problemem alkoholowym”. W spotkaniu wzięli udział przedstawiciele większości OIL, a także grupa lekarzy – specjalistów leczenia uzależnień. O problemie alkoholowym w środowisku lekarzy mó-

wił dr Bohdan Woronowicz z Instytutu Psychiatrii i Neurologii, który wspólnie z dr Bożeną Pietrzykowską przedstawili roboczą wersję projektu skutecznej pomocy uzależnionym kolegom.

– Zasadnicza przeszkoda w nakłonieniu lekarza do podjęcia leczenia tkwi w jego świadomości: „jestem lekarzem, to ja pomagam innym”, a to utrudnia przedstawienie się i zostanie pacjentem – mówił w swoim wystąpieniu Jarosław Barański z Zakładu Humanistycznych Nauk Lekarskich AM we Wrocławiu. – Drugim utrudnieniem jest wszechobecna opinia w myśl powiedzenia „lekarzu, lecz się sam”, przecież wszystko wiesz o tej chorobie. Sam sobie dasz radę. Nic bardziej mylnego – podkreślał Barański konkludując, że lekarze to najtrudniejsi pacjenci i przy opracowywaniu systemu pomocy lekarzom uzależnionym trzeba to mieć na względzie. – Ten konflikt ról to duża trudność w nakłanianiu tych lekarzy do współpracy – dodał.

Okazuje się jednak, że dobrze opracowany model postępowania, dający nie tylko profesjonalne leczenie, ale także wsparcie i zrozumienie ze strony środowiska, może przynieść zaskakująco dobre efekty. Przykładem jest niemiecki model terapii dla uzależnionych lekarzy, który funkcjonuje od lat dziewięćdziesiątych i jest realizowany pod auspicjami tamtejszych izb lekarskich.

W 1990 r. Izba Lekarska w Hamburgu, jako pierwsza w Niemczech, rozpoczęła pod hasłem „Pomoc zamiast kary” ukierunkowane działania, które mają uświadomić pijącym lekarzom jak wiele ryzykują, a także zachęcić do leczenia, które po okresie intensywnej 6-8-tygodniowej terapii trwa jeszcze rok. W tym czasie lekarz na podstawie kontraktu, jaki zawiera z izbą, raz w miesiącu poddaje się badaniom laboratoryjnym (krew, moczu) i psychiatrycznym. Obowiązkowo uczestniczy też w zajęciach grup samopomocowych. Wszystkie te dowody abstynencji otrzymuje do wglądu samorząd lekarski, który decyduje o powrocie leczącego się medyka do pracy zawodowej.

Podobny model pomocy stworzyli uczestnicy konferencji w NIL.

– Do tej pory kolega z problemem stał przed komisją w swojej izbie, zostawał

zwykle pozbawiony prawa wykonywania zawodu i... zostawał sam. Z chorobą i bez pracy. To trzeba zmienić – podkreślała dr Pietrzykowska prezentując schemat postępowania, wg którego każda izba powinna powołać pełnomocnika ds. zdrowia (nazwa do ustalenia) przy ORL.

– Taka osoba zajmowałaby się koordynowaniem procesu leczenia i terapii lekarzy z uzależnieniem. To tu po pomoc mógłby się zgłosić każdy lekarz, a także jego rodzina i koledzy – mówiła dr Pietrzykowska.

Katolickie Stowarzyszenie Lekarzy Polskich, Śląska Izba Lekarska oraz Zarząd Oddziału Polskiego Towarzystwa Lekarskiego już w kilka dni po konferencji w NIL, 24 II br. zorganizowało sympozjum pt. „Alkoholizm lekarza zagrożeniem dla pacjenta i samego lekarza”.

W bazie danych pełnomocnika byłby rejestr placówek terapii uzależnień, do których trafiałoby lekarze. Pełnomocnik monitorowałby przez okres 2-3 lat przebieg leczenia i zachowywania abstynencji przez lekarza.

W trakcie konferencji ustalono też, że wielką rolę do spełnienia mają lekarze, którzy już uporali się z nałogiem. Mogliby pełnić dyżury przy telefonach, odpisywać na e-maile, spotykać się i motywować lekarzy mających trudności z podjęciem decyzji o leczeniu.

Konferencja, która miała roboczy przebieg, zakończyła się ustaleniem, że za około pół roku jej uczestnicy spotkają się ponownie, aby już ostatecznie ustalić zasady postępowania z lekarzami mającymi problem uzależnienia.

– Do tej pory czekamy na wszelkie uwagi, nowe pomysły i sugestie w tej sprawie, tak aby stworzony przez nas program już wkrótce mogły wdrożyć wszystkie izby lekarskie w Polsce – zakończono spotkanie.

Zainteresowani mogą swoje pomysły i uwagi kierować do Jolanty Wysockiej, e-mail: j.wysocka@hipokrates.org, tel. 022-559-13-13

fot. Marek Stankiewicz

Maciej Hamankiewicz przewodniczący ORL w Katowicach:



Powołanie pełnomocnika ds. zdrowia lekarzy jest tylko jednym z elementów projektu stworzenia ogólnopolskiego systemu. Zanim to jednak nastąpi, w każdej izbie należałoby uporządkować zasady pomocy lekarzom, przyjęte na podstawie istniejącego systemu prawnego. Kwestia powoływania specjalnych komisji ORL oraz badania spraw przez rzecznika odpowiedzialności zawodowej czy sąd lekarski jest skomplikowana, a procedury trwają zbyt długo. Od momentu uzyskania wiarygodnej informacji, np. o incydencie przyjęcia pacjentów przez nietrzeźwego lekarza do momentu uznania błędu czy stwierdzenia uzależnienia mijają miesiące, a nawet lata. Co więcej, o tych incydentach izba dowiaduje się zazwyczaj z doniesień medialnych, rzadko od kolegi lekarza. I to, naszym zdaniem, należy zmienić. Trzeba uświadomić kolegom lekarzom, że ukrywanie faktu alkoholizmu przyjaciela może go tylko pograżyć, a nie uratować. Ponadto trzeba przypominać, że obowiązek poinformowania izby o takich incydentach wynika z zapisów Kodeksu Etyki Lekarskiej. O alkoholizmie lekarzy trzeba zacząć mówić głośno. I dlatego też Śląska Izba Lekarska razem ze Śląskim Oddziałem Polskiego Towarzystwa Lekarskiego oraz Oddziałem Śląskim Katolickiego Stowarzyszenia Lekarzy Polskich zdecydowała się zorganizować dla lekarzy konferencję „Alkoholizm lekarza” z istotnym dopiskiem „zagrożeniem dla pacjenta i samego lekarza”.



foto: Marek Stankiewicz

W gąszczu problemów

Romuald Krajewski

Odpowiedź na to pytanie słyszymy bardzo często i najczęściej wypowiadający się „ekspert” wie, że powinna być dużo, dużo większa.

Przypomina to znane starszym już nieco osobom zawołanie komunizmu, który był z definicji doskonały i tylko źli ludzie stale go psuli. Takie myślenie przetrwało w sprawach ochrony zdrowia i ma pewien urok nawet dla niektórych lekarzy. Przecież jeżeli wszyscy lekarze będą reprezentowali „najwyższy” poziom etyczny i fachowy, to każdy pacjent znajdzie „najlepszą” opiekę, a mówić w tej idylli o pieniądzach i organizacji nie ma po co i nawet nie wypada. Wystarczy wytepić czarne owce.

Znacznie rzadziej słyszymy o powszechnie znanym zjawisku polegającym na tym, że w każdej dostatecznie dużej grupie ludzi znajdują się osoby nie spełniające minimalnych stawianych im wymagań oraz osoby, które celowo będą omijały przepisy dla korzyści materialnych lub z innych powodów. Różnego rodzaju tryby odpowiedzialności muszą więc istnieć, a instytucje zajmujące się odpowiedzialnością mają, niestety, coraz więcej pracy. Można to traktować z jednej strony jako porażkę systemu represyjnego, z drugiej jako jego sukces polegający na cywilizowanym rozstrzyganiu konfliktów, które dawniej ludzie załatwiali między sobą mniej lub bardziej agresywnie.

Odpowiedzialność zawodowa lekarzy istnieje we wszystkich krajach UE i tam, gdzie izby lekarskie przyznają prawo wykonywania zawodu, jest prowadzona przez izby. W innych krajach obiema sprawami zajmuje się administracja państwowa. Celem tej odpowiedzialności jest zapobieganie zachowaniom naruszającym zasady wykonywania zawodu. Jest ona wzorowana na jednym z trybów postępowania przed sądami powszechnymi i zwykle na jednym z etapów postępowania może być w drodze odwołania poddana kontroli sądu powszechnego, ponieważ w wyniku postępowania w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej można utracić jedno z najważniejszych praw: do wykonywania wyuczonego zawodu.

Przepisy regulujące odpowiedzialność zawodową lekarzy w Polsce powstały w 1989 r. Jedyna zmiana, jaka nastąpiła w ciągu 18 lat ich stosowania, to wycofanie ze składów orzekających w Naczel-

nym Sądzie Lekarskim sędziów Sądu Najwyższego i skierowanie odwołań od niektórych orzeczeń NSL do Sądu Apelacyjnego. Tymczasem zmieniły się przepisy prawa karnego, na którym postępowanie jest w Polsce wzorowane. W odniesieniu do każdego postępowania wiążącego się z orzekaniem kar coraz powszechniej zaczęto stosować zasady przejrzystości obowiązujące w UE. Zmieniono zasady legistacji przyjmując, że o prawach i obowiązkach należy decydować w ustawach, nie zaś rozporządzeniach. Po uzyskaniu doświadczenia w prowadzeniu spraw odpowiedzialności zawodowej również samorząd lekarski zgłaszał wielokrotnie potrzebę nowelizacji przepisów.

Pomimo tych zastrzeżeń i propozycji należy pamiętać, że zasady postępowania w Polsce w niczym zasadniczo nie odbiegają od przepisów obowiązujących w innych krajach UE. Chociaż rola tego trybu postępowania we wszystkich krajach stale wzrasta, tylko w Niemczech prowadzone jest ono w sądach powszechnych, w innych nie należy do wymiaru sprawiedliwości i jest dodatkowym postępowaniem dyscyplinarnym korporacji zawodowej.

Rosnące oczekiwania wobec lekarzy oraz wzrastająca roszczeniowość powodują, że liczba skarg i spraw stale wzrasta. Jeszcze szybciej wzrasta liczba orzekanych przez sądy lekarskie kar. W tym względzie Polska wkrótce znajdzie się w europejskiej czołówce, a głoszony przez „ekspertów” mit o łagodności polskich sądów lekarskich jest już... mitem.

Specyfiką odpowiedzialności zawodowej w Polsce jest rzadsze orzekanie najcięższych kar. W świetle obowiązujących przepisów sądy mają bardzo duże trudności z dostosowaniem wymiaru kary do stopnia zawinienia, bowiem pomiędzy karami upomnienia i nagany a karami zawieszenia i pozbawienia prawa wykonywania zawodu jest ogromna różnica. Ponadto w Polsce kara pozbawienia prawa wykonywania zawodu jest karą śmierci zawodowej.

Zapewne prawie wszyscy zauważyli pod koniec 2006 r. udratyzowane medialne informacje o projekcie nowelizacji ustawy o izbach lekarskich w zakresie odpowiedzialności zawodowej. Naczelna

Rada Lekarska postanowiła zgłosić kolejny raz propozycję nowelizacji opierając się w dużym stopniu na uzgadnianej z Ministerstwem Zdrowia propozycji z 2003 r. Potrzeba zmian istnieje od dawna, nie zależy od doraźnych motywacji i na szczęście tym razem dyskusja odbywała się spokojnie. Wykorzystanie doświadczeń w praktyce postępowania oraz w legistacji dotyczącej innych zawodów zaufania publicznego pozwoliły na opracowanie dobrego, spójnego projektu.

Najważniejsze zmiany, które znalazły się w projekcie, to przyznanie praw strony pokrzywdzonemu, wprowadzenie jawności postępowania, poszerzenie katalogu kar, które mogą orzekać sądy lekarskie, propozycja przywrócenia sędziów zawodowych w składach orzekających NSL, wprowadzenie instytucji kasacji jako trybu odwoławczego od orzeczeń sądów lekarskich oraz poprawa sprawności postępowania. Projekt jest w całości dostępny w „Gazecie” drukowanej i internetowej, i nie warto tu jeszcze raz powtarzać szczegółów.

No dobrze, ale jak to ma się do ogłoszonej przez media chęci „karania lekarzy przez samorząd”? To ogłoszenie na pewno wywołało u wielu Koleżanek i Kolegów dużo niepokoju. Nikt nie ma ochoty płacić za pracę lekarzy, warunki pracy bardzo często są dużo gorsze niż powinny być, byt zakładów opieki zdrowotnej stale zagrożony, obwinia się lekarzy za wszystkie niedostatki systemu ochrony zdrowia i do tego zaraz dojdą jeszcze wysokie grzywny i inne kary. Żyć nie umierać.

Jednak powodów do niepokoju nie ma. Propozycje zmian mają przede wszystkim charakter dostosowawczy do standardów obowiązujących w postępowaniu karnym. Prawa strony dla pokrzywdzonego i jawność postępowania zostały już wprowadzone w postępowaniu innych korporacji zawodowych i przyniosły wiele korzyści, przede wszystkim zaś pozwoliły obalić mity o „mafijności” czy „stronniczości”.

Gdy chodzi o propozycję powiększenia katalogu kar należy pamiętać, że w odpowiedzialności zawodowej nie ma i nie proponuje się zasad kodeksowych (typu „kto popełnia określony czyn, podlega określo-

nej karze”). Wymiar kary jest zawsze dostosowywany przez sąd lekarski do rozmiaru przewinienia. Projekt nie zmienia zakresu przedmiotowego odpowiedzialności (czyli zakresu czynów, za które można ponieść odpowiedzialność zawodową).

Nowy katalog kar pozwoliłby sądom lepiej niż dotychczas dostosować je do bardzo złożonych sytuacji, ale nie będzie miał wpływu na to czy kar będzie więcej, czy mniej.

Pewne jest, że niezależnie od tego, czy nowe przepisy wejdą w życie, czy nie, będzie więcej skarg. Wiele z nich, to skargi nieuzasadnione z punktu widzenia osób znających realia systemu ochrony zdrowia, ale musimy pamiętać, że każdy ma prawo złożyć skargę, jeśli wydaje mu się, że postępowanie lekarza było niewłaściwe.

Organy odpowiedzialności zawodowej, to miejsce, gdzie postępowanie lekarzy jest oceniane przez osoby znające bardzo dobrze zasady, warunki i problemy ochrony zdrowia, gdzie każdy obwiniony ma zagwarantowane prawo do obrony. Bardziej merytorycznej i obiektywnej oceny nie ma.

Dlatego jako środowisko powinniśmy wspierać naszych rzeczników i sędziów. Wsparcie oczywiście obejmuje dążenie do poprawy, w każdej organizacji zawsze coś można poprawić. Ważne jest budowanie zaufania zarówno lekarzy, jak i społeczeństwa do tego trybu odpowiedzialności. To trudne zadanie, ponieważ w Polsce obecnie zaufaniem nie cieszy się już nikt, prawo do osądzania i odsądzania przypisuje sobie każdy i komediowa zasada mówiąca, że sprawiedliwość musi być po naszej stronie, stała się zasadą.

Na koniec pozostaje pytanie, czy propozycje wejdą w życie. Wymaga to podjęcia inicjatywy legislacyjnej i uchwalenia ustawy przez Sejm.

W natłoku tysięcy ważnych spraw niełatwo się przebić i jest bardzo prawdopodobne, że nawet przy najlepszych chęciach i ten projekt trafi do archiwów. Będzie jednak dobrą podstawą do przyszłych prac. Na pewno byłoby lepiej, gdyby nie został wycofany jak królik z kapelusza w celu poprawiania systemu ochrony zdrowia przy kolejnym kryzysie. Zmiany zasad odpowiedzialności zawodowej nie mogą naprawić systemu, który od innych systemów europejskich pewnie najmniej różni się w zakresie odpowiedzialności, za to bardzo w większości innych. W gąszczu problemów odpowiedzialność zawodowa jest na pewno najmniej pilna. Również wprowadzanie przepisów dotyczących jakiegokolwiek odpowiedzialności w pośpiechu i w odpowiedzi na doraźne zapotrzebowanie nie może dać dobrych efektów.

Do tej pory o nowelizacji mówiło się tylko przy okazji skandalów i afer. Może coś się zmieni?

Teoria a praktyka

fot. Marek Stankiewicz



REKLAMA

Tematem numer jeden było ostatnio zadłużenie szpitali. Na tym tle wizyta premiera Kaczyńskiego – jako pacjenta – w najlepszym szpitalu urazowym w kraju, oddalonym od Warszawy o kilkaset kilometrów, wydaje się niewiele znaczącym faktem. Niesłusznie, bo jest to wydarzenie, które niesie bardzo dużo informacji o poglądach premiera na to, jak powinna funkcjonować opieka zdrowotna w naszym kraju.

Po pierwsze, pan premier przyznał, że nie wszystkie szpitale w kraju udzielają świadczeń zdrowotnych na jednakowym poziomie. Są szpitale lepsze i gorsze. Gdyby pan premier uważał, że wszystkie szpitale są równie dobre, to z pewnością udałby się do szpitala najbliższego.

Po drugie, pan premier uznał, że dobrą rzeczą jest, jeśli pacjent może wybrać sobie szpital, gdzie się chce leczyć i skorzystać z usług szpitala najlepszego, o ile jest to dla niego dostępne. Gdyby pan premier tak nie sądził, nie zadawałby sobie trudu, aby spośród kilkuset szpitali w kraju znaleźć ten jeden, w dodatku tak odległy.

Po trzecie, pan premier uznał, że lepiej dla chorego, gdy nie czeka on na leczenie w kolejce, jeśli ma taką możliwość. Gdyby pan premier uważał, że czekanie na leczenie nie stanowi nic złego, na pewno nie spieszyłby się tak ze swoim wyjazdem do odległego szpitala, tym bardziej, że na brak zajęć nie narzeka.

Zachowanie premiera nie było jakieś niezwykle. Wręcz przeciwnie – typowe, bo każdy człowiek, gdy zachoruje, chce mieć pewność, że otrzyma pomoc najlepszą z możliwych i jak najszybciej. Można się tylko dziwić, jak partia, której przywódca tak dobrze rozumie oczekiwania przeciętnego pacjenta, może proponować w ochronie zdrowia rozwiązania, których realizacja musi spowodować skutki dokładnie odwrotne od tych oczekiwań.

Zastanówmy się, czy premier, będąc zwykłym pacjentem, mógłby zachować się tak w swojej chorobie, jak się zachował, gdyby w pełni zrealizować program PiS w ochronie zdrowia. Zasadniczymi elementami tego programu jest bezpłatność świadczeń zdrowotnych i – ściśle z tym związana – budżetowa organizacja służby zdrowia. Bezpłatność ma być gwarancją równego dostępu do leczenia, a budżetowanie zakładów – sposobem na maksymalne zmniejszenie kosztów funkcjonowania systemu.

Po pierwsze – pan premier nie mógłby skorzystać z pomocy najlepszego szpitala, bo – jako pacjent – byłby przypisany do określonego rejonu. Budżetowe finansowanie szpitali musi wiązać

się z rejonizacją leczenia. Przyznanie określonego budżetu musi bowiem opierać się na jakichś trwałych danych o wydatkach, a takimi jest liczba osób objętych opieką szpitala. Brak możliwości wyboru szpitala to z kolei nierówny dostęp do leczenia, bo czy można mówić o równości, gdy jeden pacjent trafi na szpital lepszy, a drugi – bez swojej woli – zostanie przydzielony do gorszego. Nierówności tej nie zniweluje nawet fakt, że leczenie będzie bezpłatne.

Po drugie – pan premier nie otrzymałby pomocy tak od razu. Bezpłatność świadczeń, czyli finansowanie ich wyłącznie ze środków publicznych, rodzi bowiem określone konsekwencje. Jedną z ważniejszych jest to, że publiczny płatnik musi limitować świadczenia. W przeciwnym razie nie mógłby się zbilansować. Limitowanie to inaczej administracyjne ograniczanie dostępu do leczenia. Dla pacjenta oznacza to konieczność czekania na leczenie w – różnie długiej – kolejce. Dla niektórych, o czym pan premier pewnie nie wie, oczekiwanie na leczenie jest wyrokiem śmierci.

Tzw. bezpłatność leczenia, czyli finansowanie świadczeń wyłącznie ze środków publicznych, rodzi także inne konsekwencje, jak chociażby zadłużanie się szpitali. Pan premier zapowiedział niedawno, że trzeba z tym skończyć. Jak to uczynić w sytuacji, gdy publiczny płatnik, aby się zbilansować i jednocześnie próbować zapewnić wszystkim wszystko „za darmo”, musi zaniżać ceny za świadczenia? Limitowanie świadczeń z kolei utrudnia konkurencję między szpitalami, uniemożliwia rozwój szpitali dobrych i chroni przed upadkiem szpitale złe.

Bezpłatność leczenia rodzi także inne patologie, jak np. korupcję, z którą rząd i partia pana premiera chcą walczyć tak zdecydowanie. Jak jednak ją zwalczyć, gdy limitowanie świadczeń zdrowotnych przez publicznego płatnika (NFZ) i – konsekwentnie – przez świadczeniodawcę, to przecież zaproszenie do korupcji, podobnie jak zakaz pobierania dopłat od pacjentów ponadlimitowych albo od tych, którzy chcą otrzymać leczenie „ponadstandardowe”.

Mogę zrozumieć, że pan premier nie orientuje się w szczegółach dotyczących funkcjonowania służby zdrowia. Ma od tego swoich doradców i ministra zdrowia. Gorzej, gdy ci doradcy pozostają również pod wpływem przesądów, a minister – obawiając się o swoją posadę – boi się premierowi sprzeciwić i wyprostować jego błędne poglądy.

Krzysztof Bukiel

Rozszyfruj receptę

Zamieszczam kolejną receptę do rozszyfrowania i czekam na listy.

Ułatwi nam wybór odpowiednich nagród książkowych dla laureatów naszego konkursu, jeśli Kole-dzy pisać do mnie maile z rozwiązaniami zechcą podawać w korespondencji następujące dane: imię i nazwisko, specjalizacja oraz adres pocztowy.

Laureatem ostatniej edycji naszego konkursu został **dr Krzysztof Brzęcki** – *gratulujemy!*

Krystyna Knypl



REKLAMA

Czy farmakoterapia ulegnie poprawie?

Analiza projektów wykazów refundacyjnych

W wyniku wprowadzenia w życie projektów 4 rozporządzeń o lekach:

- w sprawie wykazu leków podstawowych i uzupełniających oraz wysokości odpłatności za leki uzupełniające,
 - w sprawie wykazu chorób oraz wykazu leków i wyrobów medycznych, które ze względu na te choroby są przepisywane bezpłatnie, za opłatą ryczałtową lub za częściową odpłatnością,
 - w sprawie ustalenia limitów cen leków i wyrobów medycznych wydawanych świadczeniobiorcom bezpłatnie, za opłatą ryczałtową lub częściową odpłatnością,
 - ustalenia cen urzędowych hurtowych i detalicznych na produkty lecznicze i wyroby medyczne
- powstaną **zmiany asortymentu**.

Zgodnie z literą prawa nowe wykazy refundacyjne powinny ukazywać się w odstępach co 6 miesięcy. Niestety ten warunek nie został dotrzymany i w chwili oddawania „Gazety” do druku przedstawione do konsultacji społecznej projekty refundacji nadal nie zostały zatwierdzone przez ministra zdrowia. Należy przypuszczać, iż zgłoszono tak liczne uwagi, że ich rozważenie powoduje zwłokę.

Przedstawione bowiem w projektach rozporządzeń zmiany asortymentu, limitów i cen produktów leczniczych (obecnie tak nazywa się leki w języku regulacji prawnych, stosując tłumaczenie *medicinal product* z Dyrektyw UE) są znaczne i tylko w części odpowiadają oczekiwaniom. Nie spełniono, niestety, dwu najważniejszych, tj. wprowadzenia nowych, nowatorskich, innowacyjnych leków dla unowocześnienia polskiej farmakoterapii i nie spowodowano znaczącego obniżenia kosztów współpłacenia. Resort nazywa bowiem innowacyjnymi produkty lecznicze, które nie były dotychczas refundowane, nawet jeżeli od dawna były dostępne, jako pełnopłatne leki (np. heparyna).

Zarówno dodanie, jak i wykreślenie leków z wykazu musi nastąpić na podstawie decyzji administracyjnej. Prezydium NRL uważa, że propozycje wykreślenia leku, który kosztuje mniej, a daje gorszy efekt terapeutyczny wymaga zaproponowania metod określania gorszego efektu zdrowotnego i przełożenia ich na język przepisów prawa. W przeciwnym razie nie będzie możliwe wydanie decyzji administracyjnej wykreślającej lek z wykazu.

To samo dotyczy wprowadzania nowych, bardziej skutecznych leków.

Limity cen i ceny urzędowe ustalane są dla grup leków patentowych i generycznych oraz – osobno – dla grup leków w grupach objętych wspólnym limitem, tak że podobnie jak w poprzednich wykazach niezwykle trudno jest stwierdzić, który lek stanowi podstawę limitu. Wykazy i uzasadnienia konstruowane w ten sposób naruszają zasadę przejrzystości, o którą powinna opierać się każda wprowadzana regulacja prawna.

Nie wiadomo dlaczego, w lipcu 2006 r. wprowadzono nowy, dodatkowy sposób obliczania limitu na podstawie dawek DDD. Nie wiemy dlaczego wybrano te, a nie inne grupy leków, do których zastosowano tę dodatkową metodę. Nie wiemy również, czy w projekcie zastosowano tę metodę.

Wprowadzenie na wykazy refundacyjne dużej ilości produktów leczniczych generycznych jest bardzo dobrym i potrzebnym krokiem, ale równoczesne obniżenie wielu limitów powoduje, że współpłacenie pacjenta zmniejsza się w większości przypadków tylko nieznacznie, a w przypadku produktów leczniczych z grup objętych wspólnym limitem nawet rośnie.

Szczegółowe omówienie zmian w projektach pozwoli czytelnikowi na własną ocenę.

W przypadku projektu rozporządzenia w sprawie wykazu chorób oraz wykazu leków i wyrobów medycznych, które ze względu na te choroby są przepisywane bezpłatnie, za opłatą ryczałtową lub za częściową odpłatnością, proponowa-

ne są następujące zmiany: dodano cztery nowe szczególne stany chorobowe, wszystkie z dziedziny **kardiologii**:

1. stan po zawale mięśnia sercowego z uniesieniem odcinka ST do 30 dni stosowania,
2. stan po zawale mięśnia sercowego bez uniesienia odcinka ST do 9 miesięcy stosowania,
3. miażdżyca objawowa naczyń wieńcowych leczona stentami metalowymi (do 6 tygodni od implantacji stentu) lub stentami antyrestenotycznymi uwalniającymi leki (do 6 miesięcy od implantacji stentu) w celu zapobiegania zakrzepom,
4. udokumentowana niewydolność serca w klasach NYHA II – NYHA IV.

Jak widać, w określeniach stanów chorobowych zastosowano po raz pierwszy wyniki badań diagnostycznych oraz czas trwania choroby. Zauważa to znacząco możliwości stosowania wymienionych w załączniku leków we wskazanej refundacji.

Uwagi szczególne

Ad. § 1. pkt 24-26 Wprowadzono kłopidogrel w postaci dwóch preparatów generycznych (Areplex, Zyllt). Nie wyjaśniono dlaczego preparat Zyllt nie został wpisany do zespołu chorobowego z pkt 25. Preparaty kłopidogrelu mają być refundowane w 50%. Preparat patentowy – Plavix – (Sano-fi Pharma – Bristol-Meyers Squibb), zawierający kłopidogrel, nie będzie

dokończenie na str.15

Czy farmakoterapia ulegnie poprawie?

dokřczenie ze str. 14

refundowany. Dotychczas był dostępny jako lek pełnopłatny.

Ad. § 1. pkt 27 Wprowadzono karwedilol w postaci czterech preparatów generycznych w różnych dawkach (Carvedilol, Carvetrend, Coryol, Vivacor). Wszystkie ww. preparaty są refundowane w 50%. Preparat patentowy nie będzie refundowany.

Ponadto wprowadzono do refundacji 10 leków (substancji czynnych) dotychczas pełnopłatnych, lub nie wprowadzonych do obrotu w 33 postaciach farmaceutycznych. Są to:

- Dalteparinum natricum (patentowy **Fragmin** – firma Pharmacia), wykaz preparatów p. obok;
- Ropinirolum (patentowy **Requip** – firma GlaxoSmithKline) – odpłatność 30%;
- Ciclesonidum (**Alvesco**) – odpłatność ryczałt;
- **Colistin** (w Pharminde 2005 figuruje Colistimethate sodium i preparat Colistin – firma Polfa Tarchomin).

REKLAMA

Prawidłowa nazwa międzynarodowa to Colistimethade sodium. W projekcie pomyłono nazwę międzynarodową z handlową. Korekta jest niezbędna. Odpłatność – ryczałt;

- Alprazolam (patentowy **Xanax** – firma Pharmacia – lek stosowany w wskazaniach: leczenie zespołów lękowych przebiegających ze wzmożonym napięciem, pobudzeniem, nadwrażliwością układu wegetatywnego. Zespoły lęku napadowego z agorafobią lub bez agorafobii. Zespoły lękowe z wtórnym obniżeniem nastroju. Lek jest skuteczny w doraźnym leczeniu lęku. Odpłatność – ryczałt.

Dobrze się stało, że zaproponowano częściową refundację alprazolamu. Dla poprawności merytorycznej należy jednak uzupełnić nazwę stanu chorobowego: „5. padaczkę, w tym również padaczkę oporną na leczenie”, dodając „ciężkich zespołów lękowych”. Można też wprowadzić nowy stan chorobowy np. 5a. leczenie ciężkich zespołów lękowych;

- Nimesulidum (preparat patentowy **Aulin** – firma Medicom International);
- Brinzolamid (preparat patentowy **Azopt** – firma Alcon). Odpłatność – 30%;
- Heparinum natricum – wprowadzono **Coaparin**. Nie jest to lek innowacyjny.

- Latanoprostum (preparat patentowy **Xalatan** – firma Pharmacia). Odpłatność – 30%
- PiriBEDilum (preparat patentowy **Pronoran**). Odpłatność – 30%.

Zmiany cen dotyczą rozporządzenia z lipca 2006 r. Po raz pierwszy ustalono urzędowe ceny hurtowe. Ceny brutto zawierają 7% VAT. Kryteria, na podstawie których ustalano ceny, zawierają nie tylko fakty, lecz także ocenę (np. znaczenie w epidemiologii), co może być przyczyną różnic zdań ekspertów.

Uzasadnienie resortu podaje, że ceny zwiększono w 23 pozycjach lekowych (17 substancji czynnych). W 157 pozycjach lekowych (47 substancji czynnych) ceny zostały obniżone, w 23 (17 substancji

czynnych) ceny wzrosły. Odpłatność pacjentów spadnie w przypadku ok. 190 leków. Natomiast może wzrosnąć w ponad 670 przypadkach, o ile pacjenci nie przejdą na tańsze leki generyczne. Dla obniżenia kosztów jest konieczne przepisywanie nowych leków generycznych.

Oceniając założenia do zmian refundacji (p. stanowisko Prezydium NRL w sprawie założeń) zwrócono uwagę, że każdorazowe obniżenie limitu w wyniku obniżki ceny przez producenta lub w wyniku wprowadzenia do wykazu nowych preparatów generycznych o niższej cenie powoduje podwyższenie współpłacenia przez pacjenta. W licznych przypadkach w grupie, w której znajdują się tylko preparat patentowy i preparaty generyczne, niemal zawsze wszystkie preparaty generyczne otrzymały tę samą cenę urzędową. W tych przypadkach współpłacenie pacjenta zmniejsza się. Inaczej jest jednak w grupach leków o tym samym limicie, ale zawierających różne substancje czynne, o różnych nazwach międzynarodowych. Jeśli w takiej grupie znajduje się preparat o niższym niż dotychczas limicie, to współpłacenie przez pacjenta wszystkich innych preparatów w tej grupie leków o wspólnym limicie wzrośnie.

Należy się zastanowić, w jaki sposób można w tej sytuacji tworzyć grupy leków o wspólnym limicie. Są tu 3 możliwości:

1. zrezygnowanie z grup o wspólnym limicie;
2. zrezygnowanie z grup o wspólnym limicie w przypadkach, w których wystąpiłoby znaczące obniżenie limitu, a zwiększenie współpłacenia przez pacjenta byłoby znaczne (przekracza określoną kwotę, np. 10 zł);
3. powrót do grup terapeutycznych, tj. włączanie do grup o wspólnym limicie jedynie leków, które są ścisłymi odpowiednikami oryginalnego leku patentowego pod względem działania, siły i mechanizmu działania (*me-too drugs*) oraz wykonane zostały w tej samej postaci farmaceutycznej. To rozwiązanie wydaje się najlepsze z punktu widzenia terapii, niestety nie jest najlepsze dla budżetu.

Wnioski

1. Należy pilnie wprowadzić leki innowacyjne, przynoszące postęp w terapii (np. cukrzycy). Ten postulat zgłaszany jest od 7 lat.
2. Konieczne jest ciągle obniżanie współpłacenia pacjentów za leki. W wyniku wprowadzenia w życie

projektów rozporządzeń jw. jedynie niektórzy pacjenci będą płacili mniej, a lekarze nadal nie mogą ordynować nowych leków.

3. Do czasu obniżenia współpłacenia za leki na receptę do poziomu co najmniej poniżej 25% należy część dochodów NFZ przeznaczyć na systematyczne zwiększanie kwot przeznaczonych na refundację produktów leczniczych;
4. Należy powołać Komisję ds. Refundacji w miejsce/przy/lub niezależnie od Zespołu ds. Gospodarki Lekiem; w skład Komisji powinni wchodzić eksperci z prawem głosu.
5. Zwiększyć transparentność decyzji, a zwłaszcza rozporządzeń. W tym celu należy:
 - 5.1 zrewidować i ogłosić publicznie kryteria kwalifikacji leków do wykazów leków podstawowych, uzupełniających i stosowanych w chorobach przewlekłych;
 - 5.2 zrewidować i ogłosić kryteria kwalifikacji do grup odpłatności „0”, ryczałt, 30% i 50%;
 - 5.3 wyeliminować „podwójny status refundacyjny”;
 - 5.4 konieczna jest rewizja, a w praktyce ustalenie na nowo – kryteriów dla limitów grupowych (dla grup o wspólnym limicie). Grupy powinny zawierać jedynie leki o bardzo zbliżonej skuteczności, o maksymalnie zbliżonym mechanizmie działania i właściwościach, o identycznym działaniu na główne parametry oraz należące do tej samej kategorii farmakokinetycznej. Usunięcie z kryteriów w 2006 r. mechanizmów działania może mieć groźne następstwa w przypadkach podjęcia swobodnych zamian leków przez aptekarzy;
 - 5.5 wprowadzić inne, dodatkowe kryteria, które mogłyby być brane pod uwagę przy ustalaniu ceny;
 - 5.6 ustalić kryteria ustalania limitów cenowych – tylko 1 limit może być stosowany dla produktów leczniczych w tej samej postaci farmaceutycznej.

W sprawach szczegółowych należy dodać, że nadal brak w lekospisie nowych analogów insuliny oraz leków „sierołych”, np. „sierocego” leku przeciwgrzybicznego do stosowania do worka spojówkowego, w zapaleniu spojówki i rogówki, często wrzodziejącym.

Tadeusz Chruściel, Urszula Rolczyk

Zmiany asortymentu w projekcie „Wykazu leków podstawowych”

Dodano następujące leki generyczne w pozycjach odpowiednich substancji czynnych:

Amoxicillinum
7.6. **Amotaks Dis** – tabl. 750 mg

Benazeprilum
12.1. **Lisonid** – tabl. powł. 5 mg
12.2. **Lisonid** – tabl. powł. 10 mg
12.3. **Lisonid** – tabl. powł. 20 mg

Bisoprololum
17.9. **Corectin 5** – tabl. powł. 5 mg
17.10. **Corectin 10** – tabl. powł. 10 mg

32. Dalteparinum natricum
32.1. **Fragmin** – roztwór do wstrzykiwań podskórnych 5.000 j.m. antyXa/0,2 ml
32.2. **Fragmin** – roztwór do wstrzykiwań podskórnych 7.500 j.m. antyXa/0,3 ml
32.3. **Fragmin** – roztwór do wstrzykiwań podskórnych, dożylnych lub wlewów dożylnych 10.000 j.m. antyXa/1 ml
32.4. **Fragmin** – roztwór do wstrzykiwań podskórnych, dożylnych lub wlewów dożylnych 10.000 j.m. antyXa/4 ml
32.5. **Fragmin** – roztwór do wstrzykiwań podskórnych 12.500 j.m. antyXa/0,5 ml
32.6. **Fragmin** – roztwór do wstrzykiwań podskórnych 15.000 j.m. antyXa/0,6 ml
32.7. **Fragmin** – roztwór do wstrzykiwań podskórnych 18.000 j.m. antyXa/0,72 ml

45. Heparinum natricum (?p.nizej)
45.1. **Coaparin** – roztwór do wstrzykiwań 5.000 j.m./0,2 ml

Perindoprilum
69.1. **Coverex** – tabl. 4 mg
69.2. **Irpax** – tabl. 4 mg
69.3. **Prenessa** – tabl. 4 mg
69.6. **Prestarium 5** – tabl. powł. 5 mg
69.7. **Prestarium 10** – tabl. powł. 10 mg

Quinaprilum
81.12. **Quinapril TEVA** – tabl. powł. 5 mg
81.13. **Quinapril TEVA** – tabl. powł. 10 mg
81.14. **Quinapril TEVA** – tabl. powł. 20 mg
81.15. **Quinapril TEVA** – tabl. powł. 40 mg

Ramiprilum
82.1. **Axtil** – tabl. 2,5 mg
82.2. **Axtil** – tabl. 5 mg
82.3. **Axtil** – tabl. 10 mg
82.4. **Mitrip** – tabl. 1,25 mg
82.5. **Mitrip** – tabl. 2,5 mg
82.6. **Mitrip** – tabl. 5 mg
82.7. **Piramil** – tabl. 1,25 mg
82.8. **Piramil** – tabl. 2,5 mg
82.9. **Piramil** – tabl. 5 mg
82.16. **Vivace** – tabl. 2,5 mg
82.17. **Vivace** – tabl. 5 mg
82.18. **Vivace** – tabl. 10 mg

Usunięto z wykazów następujące preparaty:

Aredia (pamidronian disodowy), proszek do kroplówek 15 i 30 mg; pozostawiono 60 i 90 mg.

Arteoptic (carteolol) krople do oczu 1 i 2 %; brak preparatów generycznych.

Betaloc ZOK 25 (metoprolol) tabl. 25 mg o kontrolowanym uwalnianiu; pozostawiono tabl. 50 i 100 mg.

Bisopromerck (bisoprolol) tabl. 5 i 10 mg; pozostały preparaty generyczne.

Cozaar (losartan) 50 mg; pozostały preparaty generyczne.

Cromogen EB (kromoglikan disodowy) aerozol wziewny 5 mg; pozostały preparaty generyczne.

Dicloream (diklofenak) inj. 25 mg/ml, 3 ml; pozostały preparaty generyczne.

Driptane (oksybutynina) tabl. 5 mg; pozostały preparaty generyczne.

Fluimucil 100, 200, 600 mg (acetylocysteina); pozostały preparaty generyczne. Pozostały amp. Acetylocysteiny stos. w zatruciu paracetamolem (Fluimucil antidote inj. doż. 5,0)

Fluxum (parnaparyna 3200 j., 4250 i 6400 jedn. podsk. w amp. po 0,3 ml).

Jodid 200 (0,2 mg J tabl.); pozostały tabl. Jodid 100 po 0,1 mg.

Kaldium (chlorek potasu) o przedłuż. wchłanianiu kaps. 0,6; pozostały Kallium effervescens i Kalipoz.

Lomir SRO (isradipina) kaps. 5 mg; isradipinę usunięto z refundacji.

Metronidazol tabl. 0,25 i tabl. douchowowe 0,5; pozostały czopki 0,5 i roztwór 0,005/ml do infuzji oraz postaci do użycia zewn. i liczne preparaty generyczne.

Oesclim 37,5 i 75 mg przezskórny system terapeutyczny (estradiol); pozostała dawka 25 mg i inne systemy.

PectoDrill (karbocysteina) tabl. 0,75; pozostał syrop.

Rhinocort (budesonid) aerosol do nosa 0,032 mg; pozostały inne preparaty donosowe zawierające budesonid.

Sortis (atorwastatyna) 10 mg i 20 mg (pozostawiono 40 mg i 80 mg).

Thyrozol (tiamazol) 10, 20 mg tabl.; pozostały tabl. 5 mg.

Tonocalcin (kalcytonina) amp. 50 lub 100 j. mn./ml); pozostał aerosol do nosa.

Vigantoletten 500 i 1000 (kolekalciferol) tabl. po 25 µg lub 12,5 µg).

oraz

Zyprexa (olanzapina) tabl. 5 i 10 mg, pozostawiając odpowiednie dawki preparatów generycznych. Oznacza to usunięcie preparatu Zyprexa z refundacji.



fot. Marek Stankiewicz

Rzecznik prasowy NRL

Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej – 2 II 2007

Powołana została Rada Naukowo-Programowa Platformy Edukacyjnej NIL w składzie: Jerzy Kruszewski – przew., Witold Bronisław Bartnik, Jacek Dubiel, Tomasz Grodzicki, Jerzy Polański, Janusz Kleinrok.

Wybrano Mariana Brockiego przedstawicielem NRL do Komisji Akredytacyjnej Uczelni Medycznych Konferencji Rektorów Uczelni Medycznych.

Konwent Przewodniczących ORL – 8-11 II 2007

Leszek Dudziński z warmińsko-mazurskiej OIL przedstawił *zasady funkcjonowania Ośrodka Szkolenia OIL*. Wskazane zostały dokonania oraz możliwości rozwoju Ośrodka. Wiele z podanych przykładów jest wspólnych innym OIL.

Możliwości *pozyskiwania środków unijnych* zostały zaprezentowane przez mgr. Piotra Rachela oraz mgr. Dariusza Dziubi-

na z OIL w Krakowie. Przedstawiono szereg możliwości, w których zakresie pozyskiwanie środków jest realne. Wskazano też na ograniczenia wynikające z przepisów.

Podjęto też dyskusję na temat *zdarzeń niepożądanych*. Możliwości współdziałania z izbami lekarskimi przedstawił Jerzy Hen- nie, dyrektor Centrum Monitorowania Ja- kości w Ochronie Zdrowia. Wstępnie usta- lono aspekty współpracy.

Naczelna Rada Lekarska – 16 II 2007

NRL omówiła *nowy wykaz leków refun- dowanych*. Zauważono, że ciągle w wy- kazach jest zbyt mało leków innowacyj- nych, co skutkuje niedostateczną możliwo- ścią dostępu do nowoczesnego leczenia.

NRL zobowiązała Komisję ds. Lekarzy Zatrudnionych w ZOZ poszerzoną o kilku kolegów dobrze zorientowanych w tema- tyce do przygotowania stanowiska Rady w sprawie *roli ordynatora w systemie opie- ki zdrowotnej*. Opracowane i zatwierdzone stanowisko zostanie przedstawione w dys- kusji środowiskowej dotyczącej roli syste- mu ordynatorskiego i konsultanckiego.

Został powołany *Ośrodek Bioetyki NRL*. Zadaniem Ośrodka są w szczególności:

- prowadzenie badań w zakresie społecz- nych problemów bioetyki, zwłaszcza w zakresie związanym z wykonywaniem zawodów lekarza i lekarza dentysty,
- szerzenie wiedzy o problemach bioetycz- nych w środowisku lekarskim oraz stu- dentów medycyny i stomatologii,
- współpraca z komisjami bioetycznymi powołanymi w trybie odrębnych przepisów w zakresie opracowywania i upowszechniania zasad pro- wadzenia eksperymentów medycznych,
- współpraca z innymi jed- nolitymi organizacjami zaj- mującymi się zagadnieniami bioetyki,
- opracowywanie opinii o aktualnych problemach bio- etyki.

NRL przyjęła stanowisko w sprawie projektu ustawy o zmianie ustawy *o pomocy publicznej i restrukturyzacji publicznych zakładów opie- ki zdrowotnej*. Na podstawie uzasadnienia przedłożone- go do konsultacji projektu nie sposób ocenić jak prze- widywany wzrost kwot po- życzek dla poszczególnych samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej wpłynie na ich kondycję fi- nansową, co ma szczególne znaczenie dla zakładów w znacznym stopniu zadłużo- nych oraz czy i na ile sytu-

acja ta ulegnie poprawie. Zdaniem NRL równolegle do doraźnych działań ratunko- wych, do których należy zaliczyć projekt ustawy, konieczne jest wprowadzenie ra- dykalnych zmian poprawiających kondy- cję finansową polskiego systemu ochrony zdrowia. Niezależnie od podejmowanych działań restrukturyzacyjnych wskazano ko- nieczność zwiększenia składki ubezpiecze- niowej, zapewnienia równomiernego ob- ciężenia składką wszystkich ubezpieczo- nych, czy wreszcie wprowadzenie dodat- kowych, niewielkich opłat obciążających ubezpieczonych korzystających ze świad- czeń opieki zdrowotnej, jako na jedyne działania mogące przynieść poprawę sy- tuacji w ochronie zdrowia.

Z kalendarza Prezesa NRL

Wysłano listy do przewodniczących ORL – w sprawie wypracowania wspólnego sta- nowiska samorządu nt. „*System ordynator- ski czy konsultancki*”.

Udział w posiedzeniu Komisji Zdrowia Sejmu RP dotyczącym nowelizacji usta- wy o *świadczeniach opieki zdrowotnej fi- nansowanych ze środków publicznych* i nowelizacji ustawy o *przekazaniu środ- ków finansowych świadczeniodawcom na wzrost wynagrodzeń*

Spotkanie z min. zdr. Zbigniewem Religą nt. *aktualnej sytuacji w ochronie zdrowia (w tym perspektywy opracowania ustawy gwarantującej godne wynagrodzenia pra- cownikom medycznym oraz wypowiedzi medialnych ministra) oraz samorządowe- go projektu nowelizacji ustawy o izbach lekarskich, CPT i zmian zasad kształcenia podyplomowego*.

Udział w posiedzeniu Komisji Zdrowia Sejmu RP dot. nowelizacji ustawy o *prze- kazaniu środków finansowych świadcze- niodawcom na wzrost wynagrodzeń*.

Spotkanie z dyr. AOTM dr W. Wierzbą nt. *współpracy samorządu lekarskiego z Agencją, w tym podpisanie umowy o użyt- kowaniu CPT Poland przez Agencję*.

Spotkanie z prezesem PTL prof. Jerzym Woyem-Wojciechowskim oraz z prof. Edwardem Rużyłą nt. *inicjatywy utwo- rzenia rady prezesów towarzystw lekar- skich przy NIL*.

Udział w posiedzeniu Komisji Zdrowia Sejmu nt. *kształcenia podyplomowego le- karzy i lekarzy dentystów*.

Udział w konferencji dot. *stworzenia samo- rządowego systemu pomocy uzależnionym od alkoholu członkom izb lekarskich*.

Tomasz Korkosz
tel. 602-218-710, 022-559-13-27
faks 022-559-13-26
e-mail: t.korkosz@hipokrates.org

Kto daje i zabiera...



REKLAMA

Z Marianem Przylepą, dyrektorem Szpitala Klinicznego nr 4 w Lublinie rozmawia Anna Augustowska

fot. Marek Stankiewicz

• *Chyba musiał się pan poczuć pu- pilem rządu po tym jak niezadłużony i dobrze sobie radzący szpital znalazł się najpierw wśród 16 a później zaledwie 8 szpitali w Polsce, którym rząd obiecał pomoc finansową?*

– Pupilem się nie poczułem, ale nie kryłem zdziwienia. Przecież my nie mamy długów, a pozostałe placówki, które mają być objęte wsparciem finan- sowym należą do największych dłuż- ników, mają od 40 do nawet 200 mln zł długu. Przyjąłem więc tę informa- cję z dużą dawką niedowierzania i z dy- stansem, tym bardziej że poza infor- macjami jakie płynęły z mediów nie dostałem żadnego formalnego ich po- twierdzenia.

• *Parę dni temu okazało się, że wprowadzono zmiany i PSK 4 zniknął z najnowszej wersji listy szpitali, którym rząd chce pomóc. Czy zgodzi się pan, że pieniądze powinny trafić do np. pobliskiego specjalistycznego szpi- tala przy al. Kraśnickiej, który ma po- nad 90 mln zł długu?*

– W żadnym wypadku nie zamie- rzam umniejszać roli szpitala z al. Kraśnickiej. Nie ja jednak decydo- wałem o tej pomocy. Zresztą począt- kowo lista obejmowała 16 najbardziej zagrożonych szpitali klinicznych, jed- nak rząd zmniejszył ją o połowę a mój szpital i tak się na niej utrzymał. To chyba coś znaczyło. Minister Religa podkreślał przecież, że pomoc obej- mie szpitale bardzo ważne, wręcz klu- czowe dla zabezpieczenia bezpieczeń- stwa zdrowotnego mieszkańców. I ro- zumiem, że nasz szpitali taki jest. To tu są jedyne w regionie kliniki m.in. neurochirurgii czy tracheotomii. To tu chcą się leczyć pacjenci: rocznie hospi- talizujemy 40 tysięcy chorych a w na-

szych poradniach udzielamy 150 tysię- cy porad. Tu też tkwi potencjał nauko- wy, bo szpital jest bazą lubelskiej AM. Rząd uznał więc, że jest strategicznie ważny i nie może mu się nic stać, bo gwarantuje bezpieczeństwo. Nie dziwię się jednak, że ostatecznie „spadliśmy” – rzeczywiście pomoc powinna objąć placówki bardziej potrzebujące.

• *A może to, że szpital z ul. Jaczew- skiego w ogóle znalazł się na elitarniej liście „wybrańców” sprawił lokalny pa- triotyzm wicepremier Zyty Gilowskiej? To w końcu jej resort wygospodarował owe 750 mln zł na rozłożoną na 3 lata pomoc dla wybranych szpitali?*

– Nic mi o tym nie wiadomo ale, gdy- by nawet tak było, to daj Boże! Ja mogę tylko za to dziękować. Ciężko pracow-aliśmy nad tym, aby nasz szpital prze- stał się zadłużać (od 2 lat przynosi zy- ski); wcześniej zdecydowaliśmy się na restrukturyzację likwidując 100 łózek, skróciliśmy średni pobyt leczenia z 11 do 7 dni. Ta pomoc to byłoby uznanie dla naszych wysiłków.

• *Na jaką kwotę pan liczył i na co by je pan wydał?*

– Potrzebujemy 17 mln zł na wymia- nę starego i mocno wyeksploatowane- go sprzętu. Przede wszystkim trzeba ku- pić nowy rezonans magnetyczny a także angiografy. Chcielibyśmy też zmoder- nizować klinikę chirurgii klatki piersio- wej oddziału ratunkowego i bloku ope- racyjnego. Tak aby spełniały normy eu- ropejskie. To że nie dostaniemy teraz tych pieniędzy z puli rządowej nie może oznaczać, że nie będziemy się o nie sta- rać. Skoro uznano, że mamy znaczenie strategiczne – należy też docenić to, że się nie zadłużamy. Liczę więc na dota- cje z ministerstwa zdrowia.

REKLAMA

REKLAMA

REKLAMA

Nagroda Imienia Św. Kamila

patrona chorych i pracowników służby zdrowia, została ustanowiona w 2007 r. z inicjatywy Zakonu Ojców Kamilianów i Instytutu Praw Pacjenta i Edukacji Zdrowotnej.

Główną ideą nagrody, przyznawanej z okazji Światowego Dnia Chorego, co roku w innej dziedzinie medycyny, jest wyróżnienie osób oraz instytucji, które szczególnie przyczyniły się do budowania kultury miłosierdzia, akceptacji chorych i ich rodzin oraz były głosem tych, którzy nie są w stanie domagać się przestrzegania swych praw. „Nagradzamy tych, których zaangażowanie na rzecz cierpiących w naszym odczuciu wpisuje się w postawę reprezentowaną przez św. Kamila” – wyjaśnia o. Arkadiusz Nowak, prezes Instytutu Praw Pacjenta i Edukacji Zdrowotnej. Podobnego zdania jest abp Władysław Ziółek, metropolita archidiecezji łódzkiej, członek Papieskiej Rady ds. Pracowników Służby Zdrowia, który dodaje, że „nagroda jest symbolem pomocy niesionej każdemu choremu, bez względu na jego światopogląd, wyznawaną wiarę czy rodzaj choroby”.

W 2007 r. Nagroda Imienia Św. Kamila została przyznana w dziedzinie zdrowia psychicznego. O potrzebie takiej formy wyróżnienia przekonany jest prof. Marek Jarema, krajowy konsultant w dziedzinie psychiatrii: „Niesienie pomocy potrzebującym jest obowiązkiem nas wszystkich, ale niektórzy wypełniają ten obowiązek przede wszystkim z głębokiej potrzeby serca”. Jadwiga Kamińska, prezes Dziennikarskiego Klubu Promocji Zdrowia,

dodaje, że „wartość nagrody polega na tym, że dostrzegamy osoby i instytucje, które ze szczególnym zaangażowaniem troszczą się o chorych, pozostających często w poczuciu odrzucenia i w samotności”.

8.02.br., w Sali Plenarnej Konferencji Episkopatu Polski w Warszawie, w czasie uroczystej Gali przyznano nagrody i wyróżnienia imienia św. Kamila:

• **Kategoria: Lekarze i inni pracownicy służby zdrowia z pasją realizujący swoją misję na rzecz chorych i cierpiących:**

– nagroda: doc. dr hab. n. med. **Joanna Mikulska-Meder**, dyrektor lecznictwa Instytutu Psychiatrii i Neurologii w Warszawie – za godną naśladowania szlachetną postawę troski, życzliwości i pomocy okazywanej każdemu pacjentowi;

– wyróżnienie: prof. dr hab. n. med. **Aleksander Araszkiewicz**, kierownik Katedry i Kliniki Psychiatrii Collegium Medicum im. Ludwika Rydygiera w Bydgoszczy – za determinację w działaniu na rzecz przestrzegania praw pacjentów cierpiących na zaburzenia psychiczne.

• **Kategoria: Instytucje, stowarzyszenia i organizacje wspierające chorych i ich rodziny w dziedzinie opieki zdrowotnej, grup wsparcia i edukacji**

– nagroda: **Andrzej Warot**, prezes Związku Stowarzyszeń Rodzin i Opiekunów Osób Chorych Psychiczenie „POL-FAMILIA” – za zaangażowanie w działalność na rzecz zmiany postaw wobec osób cierpiących na zaburzenia psychiczne, przeciwdziałanie ich stygmatyzacji i integrację środowiska organizacji pacjentów;

– wyróżnienie: Towarzystwo Przyjaciół Tworek „Amici di Tworki” – za budowanie kultury miłosierdzia i solidarności z cierpiącymi na zaburzenia psychiczne i promowanie twórczości chorych.

• **Kategoria: Media promujące edukację zdrowotną i społeczną**

– nagroda: „Newsweek Polska” – za patronat medialny nad Światowym Dniem Zdrowia Psychicznego w 2006 r.;

– nagroda: **TVP 1** – za aktywny wkład w propagowanie idei Światowego Dnia Zdrowia Psychicznego oraz Międzynarodowego Dnia Solidarności z Osobami Chorymi na Schizofrenię w 2006 r.

Kapituła Nagrody Imienia Św. Kamila 2007

– Jego Ekscelencja abp **Władysław Ziółek**, metropolita archidiecezji łódzkiej, członek Papieskiej Rady ds. Pracowników Służby Zdrowia,

– o. **Franciszek Bieniek** OSCam, prowincjał Zakonu Ojców Kamilianów,

– **Elżbieta Radziszewska**, lekarz medycyny, poseł na sejm RP,

– **Jadwiga Kamińska**, prezes Dziennikarskiego Klubu Promocji Zdrowia,

– **Eleni**, piosenkarka, przedstawicielka świata kultury,

– ks. prof. **Mirosław Kalinowski**, prorektor ds. nauki Katolickiego Uniwersytetu Lubelskiego,

– prof. **Marek Jarema**, krajowy konsultant w dziedzinie psychiatrii,

– **Tomasz Królak**, wiceprezes Katolickiej Agencji Informacyjnej,

– o. **Arkadiusz Nowak** OSCam, prezes Instytutu Praw Pacjenta i Edukacji Zdrowotnej.

foto: Marek Stankiewicz



U stomatologów

Prezydium Komisji Stomatologicznej NRL z udziałem pozostałych lekarzy dentyistów, członków NRL oraz prezesa NRL i redaktora naczelnego „Gazety Lekarskiej” na posiedzeniu 14 grudnia 2006 r. omawiało sprawozdania przewodniczących zespołów roboczych KS NRL oraz obecną politykę informacyjną samorządu lekarskiego i „Gazety Lekarskiej” (patrz notatka strona internetowa KS NRL).



W związku z krytycznymi uwagami dotyczącymi redagowania „GL” w odniesieniu do zawodu lekarza dentyisty, jakie od dłuższego już czasu docierały do członków prezydium KS NRL i przesłanym prezesowi NRL przez kol. R. Stępnia projektem utworzenia obok „Gazety Lekarskiej” drugiego pisma samorządowego – „Gazety Stomatologicznej” – przedstawiono redaktorowi naczelnemu „GL” uwagi i oczekiwania środowiska.

„Gazeta Lekarska” jest periodykiem samorządu lekarskiego skupiającego dwa zawody lekarskie i jej zadania nie powinny się ograniczać wyłącznie do sprawowania kontroli nad tym, czy lekarze dentyści dostarczą materiał do druku. Powinna ona w sposób profesjonalny prowadzić działalność redakcyjną również w tym zakresie informacji i tym obowiązkom powinna sprostać. „Gazeta Lekarska” jest jedynym pismem, na łamach którego lekarze i lekarze dentyści mogą poznawać swoje poglądy, co powinno służyć integracji środowiska. Z taką opinią zgodził się w swoim wystąpieniu prezes NRL i wyraził pełne poparcie dla podjęcia prac redakcyjnych w postulowanym zakresie, a także wyraził oczekiwanie, że redaktor naczelny „GL” oraz przedstawiciele KS NRL przedstawią propozycję konkretnych rozwiązań.

W ciekawym wystąpieniu redaktor naczelny „Gazety Lekarskiej” Marek Stankiewicz wyraził wolę naprawy obecnej sytuacji i przedstawił kilka propozycji rozwiązań. Po dyskusji przeprowadzono głosowanie, w którym przy jednym głosie przeciwnym prezydium odrzuciło jako nieuzasadnioną merytorycznie i finansowo przedstawioną inicjatywę wydawania odrębnej, nowej gazety.

Prezydium KS udzieliło, za ich zgodą, pełnomocnictwa kol. Andrzejowi Baszkowskiemu – wiceprzewodniczącemu KS NRL – oraz kol. Robertowi Stępniovi do prowadzenia rozmów. Ustalono, że redaktorem odpowiedzialnym za „strony stomatologiczne” będzie kol. Andrzej Baszkowski, któremu bardzo serdecznie dziękuję i życzę wytrwania w tej ciężkiej próbie.

Apeluję do Koleżanek i Kolegów o okazywanie mi w tym trudzie stałej pomocy i proszę, aby zbyt szybko „nie uszło z nas powietrze”.

W dyskusji stwierdzono, że niezbędne jest też podjęcie działań mających na celu zmianę formuły strony internetowej KS NRL.

Pracę nad tym – przygotowanie koncepcji oraz terminarza – powierzono sekretarzowi KS NRL kol. Jolancie Szczurko.

Andrzej Fortuna
Nowy Sącz

P.S. W dniu, w którym piszę te słowa, nie są mi znane jeszcze ostateczne ustalenia redakcji dotyczące stron stomatologicznych. Dochodzą do mnie jednak informacje, że to Naczelna Rada Lekarska in gremio odrzuciła na swoim grudniowym posiedzeniu inicjatywę wydawania obok „Gazety Lekarskiej” nowego periodyku – „Gazety Stomatologicznej”. Nie mam potwierdzenia ostatecznych ustaleń w chwili wysyłania tego materiału, ale chcę jednoznacznie takiej informacji zaprzeczyć – decyzja została podjęta przez samych lekarzy dentyistów-członków NRL.

A.F.

Oczekiwanie na ceny ciąg dalszy



W grudniowym numerze „Gazety Lekarskiej” pisałem o stanie rozmów z centralą NFZ na temat wprowadzenia cen rzeczywistych na świadczenia stomatologiczne. Ceny zostały zaakceptowane przez obie strony w sierpniu zeszłego roku, problem w tym, jak i kiedy będzie można je wprowadzić w życie. Pod koniec artykułu napisałem, że czekamy na dalsze rozmowy na ten temat, już z nowym kierownictwem Funduszu.

Czekaliśmy długo, ale wreszcie po wysłaniu kolejnego pisma sygnowanego przez Konstantego Radziwiłła zostaliśmy zaproszeni na rozmowy, które odbyły się na początku stycznia br. W rozmowach uczestniczył prezes Andrzej Sośnierz wraz z trzema innymi osobami, Izbę reprezentowali prezes Radziwiłł i niżej podpisany.

W czasie spotkania przypominałem, że ustalone ceny zostały wyliczone według metodologii zaproponowanej przez Fundusz i że nadal sprawą otwartą jest sposób wprowadzenia ich w życie.

Prezes Sośnierz widział rozwiązanie problemu w powrocie do dopłat do świadczeń, które ponosiłby pacjent. Odpowiedziałem, że jest to rozwiązanie do przyjęcia przez Izbę, ale pod warunkiem, że wszyscy chętni lekarze i spełniający kryteria mogliby wejść do systemu ubezpieczeń powszechnych. Ale żeby było to możliwe, potrzebne są zmiany legislacyjne. A te wymagają czasu. A co dziś?

Andrzej Sośnierz zdecydował, że nad problemem stomatologii centrala będzie dyskutowała w najbliższym czasie i po przyjęciu jakichś rozwiązań przedstawi je Izbie.

Czekamy więc na ponowne zaproszenie do centrali. Gdy to nastąpi, powiadomimy o tym natychmiast.

Andrzej Baszkowski
Poznań

Okiem outsidera lub o stomatologii pod lupą



foto: Marek Stankiewicz

Inauguracja stron stomatologicznych w „Gazecie Lekarskiej” stała się okazją do zaproszenia mnie do zabrania głosu na temat mojego postrzegania najważniejszych problemów, z jakimi

boryka się nasze środowisko. To bardzo dobry pomysł, aby w taki właśnie sposób, na kilku stronach, pod osłoną silniejszego „patrona”, stomatolodzy zaczęli swoją samodzielną działalność medialną. Patrona, który zapewnić może bezpieczeństwa pierwszych kroków, własnego bądź co bądź, chociaż niesamodzielnego, medium stomatologicznego o zasięgu krajowym.

Na terenie mojej, gdańskiej, OIL istnieje już od kilku miesięcy takie „Forum Stomatologiczne” w „Pomorskim Magazynie Informacyjnym”, na łamach którego oferujemy możliwość zabierania głosu wszystkim tym, którzy chcą i mają coś do powiedzenia w sprawach dotyczących rozwiązywania naszych problemów zawodowych i korporacyjnych. Odzew jest jak dotąd niewielki, ale mam nadzieję, że z czasem rzecz nabierze rozmachu.

Aktywne forum może pokazać i uświadomić wielu z nas, jak dużo jest jeszcze do zrobienia, aby naprawić funkcjonowanie stomatologii w najszerszym jej rozumieniu. Może też stać się przyczynkiem do tego, aby po pewnym okresie spróbować zacząć się liczyć, a także oceniać – określić to – jakościowo, jak wielu z nas jest rzeczywiście zainteresowanych istnieniem własnego samorządu – już wyłącznie stomatologicznego, i ilu gotowych jest zająć się fizycznie – nie tylko deklaratywnie – jego organizacją i bieżącym,

codziennym funkcjonowaniem w żmudnym naprawianiu niezbyt radosnej rzeczywistości.

Chcąc porozumiewać się skutecznie, musimy używać otwartego tekstu i nazywać rzeczy po imieniu. Być może na początku taka forma wyrażania myśli będzie częścią z nas sprawiała pewne trudności, ale moim zdaniem inny sposób komunikowania straci zupełnie sens.

Spróbuję więc w kolejnych odsłonach „naszego pisma” w gościnnej „GL” wywołać kilka z wielu ważnych tematów, które moim zdaniem powinny stać się zarysem twórczej, a może i burzliwej dyskusji nad modelem postępowania i znalezieniem sposobów naprawy czy odwrócenia wielu niekorzystnych modeli działania, zjawisk, obyczajów czy – nazwijmy to – trendów, a nawet plag, jakie trapią naszą społeczność. Bardziej lub mniej zawinionych i – niestety – często prawie powszechnie akceptowanych lub tolerowanych.

Razem czy osobno

W dyskusjach toczących się w naszym środowisku od wielu już lat na temat „osobno czy razem z lekarzami w jednym samorządzie” stałem „od zawsze” na stanowisku, że należy zmierzać w działaniach do wydzielenia samodzielnego samorządu lekarzy stomatologów. Dziś uważam jednak, że na takie działania jeszcze nie czas i okoliczności. Jeszcze do tego nie dorośliśmy.

Nasze środowisko zawodowe musi dojrzeć do takiego stanu, w którym w znacznej większości uzna potrzebę i sens istnienia swojego przedstawicielstwa, a co ważniejsze, swoim aktywnym wsparciem da mu siłę działania. Każda instytucja jest silna swoimi liderami, ale i solidnym, świadomym celu zapleczem. Musimy wiedzieć, czego chcemy i dokąd mamy zmierzać oraz na kogo możemy liczyć. Jak dotąd nasz wspólny samorząd był i jest praktycznie pozostawiony prawie samemu sobie, tzn. pracowała w nim i pracuje niewielka garstka osób zgromadzonych w NRL i w radach okręgowych. Osoby te zdają sobie sprawę z celów, ja-

kie stoją przed samorządem, ale i z zagrożeń, jakie na niego czyhają. Jednak zdecydowana większość koleżanek i kolegów nie interesuje się Izłą, tkwi w błogiej nieświadomości i naiwnie sądzi, że sami sobie są sterem, żeglarzem i okrętem i że jakoś to będzie. Nic bardziej mylnego i o tym wielu już boleśnie się przekonało. Jest więc już najwyższy czas zacząć o tym poważniej rozmawiać.

Lekarz i jego korporacja

Indywidualny, pojedynczy lekarz najczęściej nie identyfikuje się z „tą” instytucją, którą wyłącznie i nagminnie oskarża tylko o pobór obowiązkowej składki. W dodatku nie wiadomo, na co wydawanej. Nie interesuje go, kto ubiega się o mandat reprezentanta ani co, jak i po co chce „załatwiać”. Nie uczestniczy więc w wyborach, wyłącza się z poczucia wspólnoty ze swoim środowiskiem, często nie zagląda nawet do otrzymywanej do domu „Gazety Lekarskiej” czy lokalnego biuletynu izbowego. Stosowany sposób postępowania nazywam metodą strusia. Życie biegnie swoimi zawiłymi ścieżkami, a on nic nie wie i co gorsza nie chce wiedzieć, co się „święci” w naszych i jego sprawach, co „kiełkuje” w głowach i planach rządzących, co na nas za chwilę spadnie i znacznie utrudni czy wręcz zatruje nam życie. Gdy tak się stanie, już po fakcie, wszczynane jest larum i oczywiście zaczyna się szukanie winnych nie gdzie indziej, jak właśnie w izbach, które „jak zwykle nic nie robią!”.

Większość koleżanek i kolegów stwierdza zgodnie jedynie to, że dziś pracuje zaawansowanie i intensywniej niż jeszcze kilka lat temu, nieodłącznie kosztem rodziny, zdrowia, należytego odpoczynku, naruszając wiele więzi i kontaktów. W większości wyłącznie tylko po to, aby utrzymać jakiś osiągnięty już status quo. Nie po to, by iść do przodu, by się rozwijać. Na nic nie starcza już czasu. Powoduje to postępującą oczywistą frustrację z powodu rozdziału oczekiwań i możliwości oraz obserwacji otaczającej ich rzeczywistości. I kółko się zamyka. Gdzie więc czas i ochota na prace w samorządzie?

Jak to jest z tym lekarskim samorządem?

Duży wpływ na krytyczne podejście do samorządu lekarskiego i w ogóle do idei samorządności ma niekorzystna atmosfera, jaką wokół niej tworzy się w naszym kraju. Skłonności władzy do ograniczania samostanowienia i centralizowania decyzji są bardzo wyraźne, niepokojące i źle rokują na przyszłość.

Słabnąca siła naszego samorządu jest więc tylko jednym z przejawów narastającego zubożnienia wśród lekarzy, ale też i zniechęcenia całego społeczeństwa do podejmowania wspólnych działań w celu poprawy istniejącego stanu rzeczy.

Przestajemy już wierzyć, że można jeszcze coś zmienić w świecie, w którym rządzący uciekają się bardzo chętnie do prymitywnego, aczkolwiek znajdującego nadal poklask populizmu, manipulacji i mijania się z prawdą. Obserwujemy nieustanne, bardziej lub mniej jawne zaklinanie rzeczywistości i naginanie ciągle złego, w tym również nowo stanowionego prawa, dla załatwiania własnych, takich czy innych interesów partyjnych, lokalnych czy biznesowych. Sprawia to, że wszyscy tracimy nadzieję na nasz wpływ na jakąkolwiek poprawę bytu ogółu społeczeństwa, a więc tym samym i naszej społeczności.

W takiej sytuacji przestaje już dziwić, chociaż musi to napawać zgrozą, masowość wyjazdów „za chlebem” ogromnej rzeszy najbardziej cennego twórczo pokolenia młodych, wykształconych ludzi, przedstawicieli wszystkich zawodów i kierunków nauki, w tym oczywiście i stomatologów. Opuszczają coraz liczniej rodzinny kraj, w którym lekceważy się podstawowe potrzeby każdego, nie tylko młodego człowieka, kraj, z którym coraz trudniej wiązać plany życiowe z powodu braku przewidywalności zachowań władzy i perspektyw rozwoju oraz niedotrzymywania przez kolejnych rządzących większości dawanych obietnic.

Jak długo jeszcze?

Wydaje się, że nadal obowiązuje zasada będąca pokłosiem polityki prowadzonej przez dziesiątki lat, w której stawiało się jednych przeciwko drugim.

Zgodnie z zasadami „dziel i rządź” rozdając różne prawa i przywileje, skłócając i wygrywając jednych przeciw drugim. Państwowych – w domyśle lepszych (czytaj „uczciwszych”) przeciw prywatnym – gorszym, większych – ważniejszych przeciwko mniejszym – nic nie znaczącym.

Minęła epoka socjalizmu, zapaliliśmy się do przemian i zaangażowali w różne przedsięwzięcia, zachęceni do brania spraw w swoje ręce i okazało się, że zostaliśmy w znacznej mierze wyprowadzeni w pole. Dalej są lepsi i gorsi, „uczciwsi” i niewarci zaufania. Stawia się jednych przeciwko drugim, szantażując ogromnymi karami, odebraniem marnego, gwarantującego nieraz jedynie przeżycie kontraktu, dając to tu, to tam trochę więcej w nadziei, że sami będziemy między sobą walczyli i wydzierali sobie rzucane „ochłapy”.

Stawia się niebotyczne wymogi spełniania kosztownych warunków progowych, wprowadza w ten sposób rzeczywiste ograniczenia po to, aby móc na koniec powiedzieć: „Nie spełniacie przecież warunków”. Wymusza się nadal z pełną premedytacją darmową pracę, płatną poniżej kosztów wytworzenia, wyludza się świadczenia ponadlimitowe, bardzo często bez zapłaty, na próby słusznej obrony reagując bluźnierczo brzmącym przywoływaniem zasad Kodeksu Etyki Lekarskiej i składanej przysięgi Hipokratesa lub grożąc powołaniem „w kamasze”! Wszystko z gębą pełną frazesów o potrzebie dbania o biedne, wymagające opieki państwa społeczeństwo. Społeczeństwo, z którego władza, mówiąc to, kpi sobie, pozwalając jednocześnie na marnotrawienie ogromnych środków zaniechaniem wprowadzania racjonalnych rozwiązań systemowych w wielu dziedzinach życia, a w służbie zdrowia szczególnie.

W efekcie administracja ochrony zdrowia, bo nie lekarze, proponuje wielomiesięczne kolejki na niektóre badania i nawet kilkuletnie oczekiwanie na część świadczeń operacyjnych czy protetycznych.

Coraz trudniej znaleźć specjalistę, coraz większą część społeczeństwa nie stać na wykup leków, mamy zastraszające wskaźniki zdrowotne, najgorsze szpitale w krajach Unii Europejskiej, najniższy odsetek PKB przeznaczany na opiekę zdrowotną, najniższą wynagradzaną pracę lekarzy i całego personelu zatrudnionego w opiece zdrowotnej, ogromne bezrobocie i wielkie, ciągle rosnące koszty pracy.

Obiecywało i nadal obiecuje się nam poprawę za kilka lat, dokonaną już zapewne innymi rękoma przez kolejną, mamiącą społeczeństwo ekipę polityczną. Może do tychczasowi i aktualni „władcy” liczyli i liczą na to, że oprócz postępującej społecznej ślepoty i głuchoty przestanie ono również myśleć? Czy taka destrukcja będzie nadal postępować? Jak długo jeszcze?

Wojciech Grabe
Gdańsk

Wojciech Grabe

Od 1986 r. prowadzi prywatną praktykę stomatologiczną, od 1998 r. jako specjalista II stopnia z chirurgii stomatologicznej. Był wiceprzewodniczącym ORL, był przewodniczącym KS OIL i wiceprzewodniczącym KS NRL. W ramach OIL oraz NRL pracował w kilku grupach zadaniowych, zespołach i delegacjach.

Specjalista czy fachowiec?



foto: Marek Stankiewicz

Od kilkunastu lat narasta w środowisku stomatologicznym problem dostępu do specjalizacji.

Po przekształceniu systemowym w 1989 r. praktycznie uniemożliwiono dostęp do specjalizowania się lekarzom dentystom praktykującym wyłącznie prywatnie.

Odkryło się to na zasadzie jakiegoś powielaczowego prawa, na podstawie bliżej nie określonych wytycznych realizowanych przez lekarzy wojewódzkich. Nie istnieje bowiem żaden zapis w ustawach i rozporządzeniach ministra zdrowia, który zabraniałby podejmowania specjalizacji przez prywatnie praktykujących (zainteresowanym polecam artykuł „Dla kogo specjalizacja?” – „Stomatologia Współczesna” nr 1/1995).

W tej chwili specjalizować mogą się wszyscy, tyle że miejsc specjalizacyjnych jest bardzo mało. Kryterium kwalifikacyjnym są wyniki uzyskane na Lekarsko-Dentystycznym Egzaminie Państwowym oraz w czasie rozmowy (egzamin?) kwalifikacyjnej. Maksymalny wynik, jaki można uzyskać z LDEP-u, to 200 pkt, z rozmowy – 15 pkt. Decydujący jest więc wynik egzaminu państwowego.

Zewsząd słychać narzekania na zbyt małą liczbę miejsc specjalizacyjnych, a także na brak rezydentur. W latach siedemdziesiątych i osiemdziesiątych ubiegłego wieku lekarze dentyści specjalizowali się „szeroką ławą”. Czy jednak rzeczywiście potrzeba nam aż tylu specjalistów? Patrząc na ten problem nie z punktu widzenia potrzeb administracyjnych (np. lekarze wojewódzcy w poszczególnych specjalnościach), a z punktu widzenia lekarza praktyka. Ukończenie studiów medycznych w dziedzinie stomatologii już należy traktować jako swego rodzaju specjalizację. Dyskusja na ten temat toczy się od połowy lat dziewięćdziesiątych i

niektórzy już wtedy zwracali uwagę, że należy położyć większy nacisk na kształcenie lekarzy dentystów w zakresie stomatologii ogólnej, a zmniejszenie liczby specjalistów w poszczególnych dziedzinach. Jedno z pierwszych spotkań na ten temat odbyło się jesienią 1994 r. z inicjatywy dra Andrzeja Fortuny w Naczelnej Radzie Lekarskiej. Wzięli w nim udział m.in. ówcześni specjaliści krajowi w dziedzinach stomatologicznych, przedstawiciele samorządu, PTS, CMKP.

Położenie większego nacisku na ustawiczne kształcenie lekarzy, niekoniecznie specjalistów, znalazło wyraz dopiero w rozporządzeniu ministra zdrowia z 6 października 2004 r. w sprawie sposobów dopełnienia obowiązku doskonalenia lekarzy i lekarzy dentystów. Rozporządzenie to nałożyło na lekarzy i lekarzy dentystów obowiązek dokumentowania (punkty edukacyjne) zdobywanej wiedzy i umiejętności. Sam obowiązek kształcenia ustawicznego wynika z ustawy o zawodzie lekarza, Kodeksu Etyki Lekarskiej, a w szczególności z istoty wykonywanego zawodu.

Polska jest członkiem Unii Europejskiej. W krajach unijnych w zasadzie funkcjonują dwie specjalności w dziedzinach stomatologicznych: chirurgia szczękowo-twarzowa i ortodoncja.

Czy zatem powinniśmy utrzymywać pozostałe specjalizacje? Moim zdaniem tak w zakresie, w jakim jest to niezbędne. Rzecz w tym, aby specjaliści zajmowali się procedurami rzeczywiście specjalistycznymi. Niewątpliwie potrzebni są oni również na poziomie akademickim, w centrach kształcenia i specjalistycznych ośrodkach. Nie mam wiedzy, czy była kiedykolwiek określona liczba specjalistów w stomatologii, jaka jest niezbędna w realizowaniu polityki zdrowotnej państwa.

Powstają pytania: Co uznać za procedurę specjalistyczną? Czy w protetyce stomatologicznej lub endodoncji istnieją takie procedury, które są niedostępne dla wykształconego lekarza dentysty? Jeśli uznamy, że tak, to rodzi się kolejne pytanie: Czy program specjalizacji, realizowany

głównie przez jednostki finansowane ze środków publicznych, uwzględnia możliwość praktycznego poznania tych procedur? Jeśli NFZ zapewnia pacjentom wykonanie jedynie protez osiadających, to gdzie specjalizant ma poznać nowoczesne metody zaopatrzenia protetycznego? Liczenie na prace ponadstandardowe finansowane przez pacjentów może okazać się też niewystarczające.

Skoro już mowa o protetyce stomatologicznej, to trzeba jeszcze pamiętać o laboratoriach. Aby specjalista mógł w toku leczenia protetycznego odpowiednio zaopatrzyć pacjenta, musi dysponować doskonale przygotowanym laboratorium – z jednej strony technicznym (bardzo kosztowne), ale także z odpowiednio przygotowaną kadrą. Tymczasem ze świecą można szukać odpowiednich kursów doskonalących techników dentystycznych.

Stomatologia jest dziedziną zabiegową. Wiedza teoretyczna jest do jej wykonywania niezbędna, ale doskonalić trzeba głównie umiejętności praktyczne. Czy specjalizując się w stomatologii zachowawczej z endodoncją będziemy mieli możliwość poznania pracy z użyciem mikroskopu zabiegowego? W większości ośrodków niestety nie.

Innym przykładem jest implantoprotektika. Celowo używam tego terminu, bowiem sama implantologia bez zaopatrzenia protetycznego niczemu nie służy. Czy zatem powinni się nią zajmować chirurdzy, protetycy czy zespół? Kilka lat temu jeden z profesorów protetyków rozwiązał ten dylemat krótko: powinni się tym zajmować ci, którzy potrafią, a więc może rozwiązaniem, wzorem innych krajów, np. USA, są studia i kursy tzw. mistrzowskie w wąskich, bardzo specjalistycznych dziedzinach stomatologii.

Zatem zakładając, że specjalistów będziemy mieć niewielu, należy skupić się na doskonaleniu zawodowym lekarzy dentystów pracujących w tzw. gabinetach stomatologii ogólnej. Szczęśliwie znakomita większość pacjentów zgłaszająca się do lekarzy dentystów nie wymaga zazwyczaj specjalistycznej opieki. Wystarczy dobrze przygotowany fachowo lekarz dentysta, wyposażony w dobry sprzęt gabinet i używanie narzędzi (!) i materiałów uzna-

nych za nowoczesne. I specjalista niewiele zdoła, jeśli nie będzie korzystał z aktualnych zdobyczy technicznych i materiałowych. Oszczędzanie na drobnym sprzęcie i narzędziach może skutkować pracą wręcz niebezpieczną.

Przy bardzo ograniczonej liczbie specjalistów co najmniej niezrozumiałe jest kryterium posiadania specjalizacji przy ubieganiu się o kontrakt z NFZ. Tym bardziej, że procedury finansowane przez Fundusz nie są, delikatnie mówiąc, z najwyższej półki. Szkoda, jak sądzę, czasu i umiejętności specjalistów na wykonywanie zabiegów, które z powodzeniem wykona każdy lekarz dentysta posiadający akademickie wykształcenie i odbyty staż podyplomowy.

Kolejny problem związany ze specjalizacjami to finansowanie tej formy doskonalenia zawodowego. Z czasów przed 1989 r. pozostało nam przeświadczenie o finansowaniu kształcenia przez państwo. Czasy się zmieniły, ale nie do końca. Rezydentur w stomatologii prawie nie ma, to prawda, ale uzyskiwanie specjalizacji na wolontariacie też kosztuje. Zapewnienie miejsca pracy, odpowiedniej kadry szkolącej, niezbędnych materiałów i sprzętu finansowane są ze środków publicznych. Nie dziwi więc mała liczba miejsc specjalizacyjnych w sytuacji, kiedy długi w publicznej ochronie zdrowia liczy się już w miliardach złotych. Patrząc z finansowego punktu widzenia, nie należy spodziewać się znaczącej (a może żadnej?) poprawy. Inną kwestią pozostaje, czy wykształcony za pieniądze podatników specjalista lekarz lub lekarz dentysta po uzyskaniu specjalizacji nie spakuje walizek i nie pojedzie leczyć innych obywateli zjednoczonej Europy. Problem dotyczy nie tylko lekarzy dentystów, a nawet głównie nie lekarzy dentystów. Wiem, że rozważany był projekt zwrotu przez Unię Europejską lub kraj zatrudniający lekarza kosztów jego wykształcenia krajowi kształcącemu.

Coraz więcej lekarzy dentystów poznaje nowe techniki i zabiegi ucząc się na kursach w kraju i za granicą. Wracają też do Polski koledzy, którzy praktykowali wiele lat poza krajem, głównie na Zachodzie. Z reguły nie posiadają specjalizacji, bo taka forma kształcenia, jak już wspomniano, w tych krajach nie funkcjonuje. Tymczasem posiadają wiedzę i umiejętności, którymi dzielą się ze wszystkimi, którzy chcą z tej wiedzy skorzystać, również ze specjalistami. Szkoda, że w naszym systemie nie można ich uznać za specjalistów, chociaż środowisko odbiera to zupełnie inaczej.

Zbigniew Klimek
Warszawa

Zbigniew Klimek

Lekarz stomatolog, prowadzi indywidualną praktykę lekarską. Członek-założyciel Polskiego Towarzystwa Dysfunkcji Narządu Żucia oraz Stowarzyszenia Polskich Lekarzy Dentystów (nieprzerwanie prezes/prezydent do chwili obecnej), a także członek Akademii Pierre'a Faucharda Sekcji Polskiej. Były członek prezydium Komisji Legislacyjnej NRL.

Dokąd zmierzamy?

Zawsze stomatologia w publicznych zakładach opieki zdrowotnej, a szczególnie tam, gdzie w strukturach był szpital, stanowiła uciążliwy dodatek. Zawsze byliśmy ostatni do zakupów sprzętu, bo wcześniej trzeba było kupić leki ratujące życie, aparaturę diagnostyczną, sprzęt jednorazowy. Zawsze dostawaliśmy podwyżki na końcu i były to jakieś resztki, bo najpierw trzeba było podnieść stawki, np. za dyżury.

Najwcześniej też stomatologię sprywatyzowano. Z bardzo prostego powodu. Dyrektorzy, zwłaszcza w szkołach, pozbywali się „kosztownych” gabinetów stomatologicznych, podnajmując je za wygórowane stawki tym, którzy nie mieli własnych praktyk. Czasem byli to koledzy, którzy uprzednio jako szkolni stomatolodzy w tych gabinetach pracowali. Oczywiście nikt nie zwracał sobie głowy młodocianymi pacjentami! Wielu kolegów skorzystało z prywatyzacji dobrowolnie, wielu z przymusu.

Jak było, tak było, w każdym razie tą metodą zniszczono opiekę stomatologiczną w szkołach. Zginęły gabinety szkolne, rozplątał się sprzęt, oddaliła się możliwość osiągnięcia celów zdrowotnych wskazanych przez WHO.

Potem mozolnie przygotowywaliśmy się do wejścia w życie powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego. Ile było wokół tej sprawy szumu! Ile wiadomości, ile pomysłów. Stomatolodzy, członkowie NRL, pracowali nad katalogiem świadczeń, które jako bezpłatne miały przysługiwać ubezpieczonym. Na ich opłacenie kasa chorych planowała przeznaczyć 5% swych środków zarezerwowanych na leczenie. Ale gdy reforma wreszcie weszła w życie, okazało się, że stomatologia nie dostała 5%, tylko dużo mniej. W efekcie otrzymaliśmy bardzo niskie stawki za punkt rozliczeniowy (ledwie 5–6 groszy). Jednak rozporządzenie ministra zdrowia z katalogiem bezpłatnych świadczeń stomatologicznych pozostało takie, jakby nadal było te 5%!

Stomatologią nadal nikt się nie przejmował. Powstało 17 kas chorych i każda robiła, co chciała, ale tak dziwnie jakoś się działo, że zawsze na niekorzyść lekarzy stomatologów. Dlatego przedstawiciele Komisji Stomatologicznej NRL kołatali do Urzędu Nadzoru Ubezpie-

czeń Zdrowotnych i ministra zdrowia próbując bronić i stomatologię, i kolegów dentystów. Z marnym zwykle skutkiem.

Z czasem pojawił się kolejny problem, a mianowicie sławne już dopłaty do świadczeń, wnoszone bezpośrednio przez pacjentów lekarzowi. Ustawa o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym nie przewidywała dopłat w stomatologii, ale nikomu to nie przeszkadzało. Komisja Stomatologiczna NRL protestowała przeciwko dopłatom, gdyż naszym zdaniem stanowiły one źródło nieuczciwej konkurencji wobec tych kolegów, którzy nie otrzymali kontraktów z kasami chorych, a potem z NFZ i którzy pracowali wyłącznie prywatnie. Na kontraktach pracuje zaledwie 30% lekarzy dentystów. Tymczasem izby lekarskie reprezentują wszystkich lekarzy i dlatego walczyły o jednakowe warunki dla wszystkich.

Lata płynęły, rosły koszty, a kontrakty ciągle były po 5–6 groszy za punkt. Tylko w niektórych województwach koledzy dostawali trochę wyższe stawki, co nie znaczy, że odpowiadające ponoszonym przez lekarzy kosztom.

NRL zleciła opracowanie rzeczywistych cen procedur stomatologicznych i gotowy katalog przedstawiony został w NFZ i ministerstwie. W tym momencie rozpoczęły się negocjacje na temat podwyżki wartości punktu, wynikające z wyliczonych cen. Toczyły się one bardzo opornie. Tymczasem minister zdrowia rozszerzył zakres świadczeń stomatologicznych, a nakłady na stomatologię obniżono nawet poniżej 3% środków NFZ.

Kasy, a teraz NFZ, płaciły wszystkim lekarzom żenująco mało. Lekarze rodzinni zorganizowali się w Porozumienie Zielonogórskie, twardo walczące o warunki pracy i odpowiednie stawki finansowe dla ich gabinetów.

Dołączyło do nich kilku dentystów. Ci ostatni stanęli przeciwko NRL, domagając się legalizacji dopłat. Bo to zawsze świeży pieniądź, a że niesprawiedliwe wobec tych, co kontrakty chcieli, ale nie dostali...

Zespół negocjacyjny NRL prowadził rozmowy z prezesem Millerem z NFZ w sprawie stopniowego dochodzenia do realnej wartości świadczeń stomatologicznych. Uzgodniono nowe ceny świadczeń, które były dla naszego środowiska światłem w tunelu. Wydawało się, że nareszcie za swoją pracę zaczniemy dostawać godziwą zapłatę. Przełomowy ma być 2007 r.

Niestety, po raz kolejny okazało się, że światło w tunelu oznacza tylko nadjeżdżający z przeciwka pociąg. Prezesa Millera odwołano, a jego miejsce zajął Andrzej Sośnierz. Były członek NRL, działacz samorządu lekarskiego. Co robi ze stomatologią?

Czy długo jeszcze będziemy chcieli pracować tak jak w łodzi, po 6 groszy za punkt, bez współczynników korygujących? Może warto zawiązać porozumienie i przestać składać oferty do NFZ po ochłap? Ale musielibyśmy być wszyscy razem, solidarnie. Może trzeba tupnąć nogą i przestać wycierać pańskie progi, gdzie nawet nie chcą nas wysłuchać. Tak jak wtedy, gdy likwidowano gabinety w szkołach. Dziś politycy łamią sobie głowy, jak je przywrócić, a ignorowali nasze gwałtowne protesty, gdy stomatologów wyrzucono ze szkolne bramy...

Starałam się krótko przedstawić historię polskiej stomatologii w przeciągu kilkunastu ostatnich lat. Pisząc myślałam głównie o młodych kolegach, którzy tamtych czasów nie pamiętają. Stamtąd przyszliśmy. A dokąd zmierzamy?

Małgorzata Kaczmarek-Banasia
Łódź

Ciekawostki stomatologiczne



REKLAMA

Kiedy dziecko ssie kciuk. Dentysta też może być rodzicem...

Ssanie palca przez dziecko jest zjawiskiem naturalnym. Przyzwyczajenie to powinno jednak wzbudzić zaniepokojenie rodziców, jeżeli ssie kciuk jeszcze po ukończeniu czwartego roku życia.

Kiedy wyrastają zęby stałe, ssanie palca przyczynia się do nieprawidłowego rozwoju szczęki, wad zgryzu i podniebienia twardego. Dlatego najpóźniej przed siódmym rokiem życia należy dziecko odzwyczaić od tego nałogu. Skuteczną metodą jest nagradzanie dziecka, kiedy nie ssie ono palca. Karcenie daje odwrotny skutek. Ważne jest też, by znaleźć przyczynę takiego zachowania.

Często jest to reakcja obronna dziecka, które czuje się niekochane bądź niedostatecznie kochane, któremu brak pewności siebie i poczucia własnej wartości. Może to być też objaw niedojrzałości emocjonalnej. Dziecko takie potrzebuje większego wsparcia psychicznego, należy okazywać mu więcej miłości.

Starszemu dziecku można już tłumaczyć, że w ten sposób wykrzywia swoje ząbki i wypycha je. Jeżeli i to nie skutkuje, można zabandażować kciuki lub smarować palce na przemian kawą, octem czy sokiem z kwaśnych ogórków lub inną odpowiednią substancją.

Później pozostaje już tylko wizyta u kolegi ortodonta...

Czy wiesz, skąd wzięły się pasty do zębów?

Do sproszkowanych kopyt bydłych dodać zioła Myrrh, następnie rozdrobnione skorupki jaj i pumeks. Wszystko dokładnie wymieszać i gotowe. Taką recepturę na proszek do czyszczenia zębów przekazywali sobie Egipcjanie 5 tys. lat p.n.e. Nie było wówczas jeszcze szczoteczek do zębów. Patyczki do nakładania mikstur pojawiły się dopiero kilka tysięcy lat później.

Dbłość o higienę jamy ustnej wyróżniała Greków i Rzymian. To w Imperium Rzymskim wynaleziono instrument do ekstrakcji zębów oraz stosowano złoty drut do podtrzymywania sztucznych zębów. Chociaż należy pamiętać, że w Chinach w tym samym okresie leczono już zęby za pomocą akupunktury.

Nad udoskonaleniem przepisów na proszki czyszczące zęby pracowali także Persowie. Ostrzegali przed używaniem substancji nadmiernie ścierających szkliwo. Zalecali stosowanie proszku z rogów jelenia, skorupki ślimaków i ostryg oraz gipsu. Ale były i przepisy, zgodnie z którymi należało wymieszać wysuszone kości zwierzęce, zioła, miód i minerały lub kwarc, indyjskie zioła zapachowe, miód i minerały.

Dopiero w IX w. w Wielkiej Brytanii pojawia się pasta do zębów. Sprzedawano ją w ceramicznych pojemniczkach. By złagodzić smak preparatu, dodawano glicerynę, a efekty pieniące uzyskiwano dzięki zastosowaniu boraksu. Ludzie bogaci posługiwali się wówczas szczoteczkami do zębów. Biedni nakładali pastę na palce i czyścili nimi zęby. Alternatywą dla past były nadal proszki.

Minęło tysiąc lat. W 1873 r. amerykańska firma Colgate wyprodukowała i podbiła rynek aromatyczną pastą Colgate Dental Cream pakowaną w słoiczki lub metalowe tuby. Jednym ze składników tej pasty było mydło. Składnikami syntetycznymi zastąpiono je po II wojnie światowej.

Przełomowym odkryciem było udoskonalenie składu past poprzez dodanie uoru i jego związków. Zaobserwowano, że dzięki stosowaniu past z uorem zęby stają się mocniejsze i zmniejsza się ich podatność na próchnicę.

Obecnie, jak wiemy, pasty do zębów zawierają środki wybielające oraz składniki niwelujące odkładanie się kamienia nazębnego. Zazwyczaj jednak za cenę białego iśniącego uśmiechu zafundować sobie możemy choroby dziąseł i nadwrażliwość zębów na ekstremalne zmiany temperatur. Jest jednak rada i na to: nie eksperymentuj bez konsultacji... ze stomatologiem!

Marta Pędziwiatr-Speakman
USA

REKLAMA

Widziane z Krakowa Nie ma zdefiniowanej polityki zdrowotnej w zakresie stomatologii, a monopol płatnika spycha ją do narożnika

Autonomia ma wzbogacić i zbliżyć

Pod Wawelem wychodzi pierwsze w Polsce czasopismo stomatologiczne samorządu lekarskiego

Kraków chce rozruszać ogólnopolskie środowisko lekarzy dentystów. Wybrana 8 grudnia 2005 r. Komisja Stomatologiczna ORL pod przewodnictwem zdeterminowanego walczyć o pryncypia stomatologii lek. dent. Roberta Stępnia, wiceprzewodniczącego ORL, ma ambitne plany. Już I kwartał działalności Komisji zaowocował inicjatywą wydawniczą, zakończoną sukcesem, czyli ciepłą jak bułka – gazetą.

– Takiego pisma nie ma żadna OIL w kraju – dawał wyraz satysfakcji najbardziej zaangażowany w jego powołanie do życia dr Stępień, znany z odważnych wystąpień i talentów menedżerskich. – Powstaje wreszcie płaszczyzna integracji całego środowiska, instrument wzajemnego porozumienia i edukacji, źródło wiedzy o życiu zawodowym, trybuna wymiany poglądów.

– W założeniu „Biuletyn Lekarza Dentysty” (BLD) ma nas wzbogacić i zbliżyć. Nie zmarnujemy tej szansy. Pokażmy marudzącym, że można robić coś więcej! – apelował przy tej okazji znany z wyważonych opinii autorytet środowiskowy dr n. med. Andrzej J. Fortuna, wiceprezes NRL.

Z wstępniaka do 5. nru BLD, pióra Roberta Stępnia, dowiadujemy się, że KS ORL w Krakowie chce iść dalej za ciosem i uruchomić ogólnopolską „Gazetę Stomatologiczną” w nakładzie ok. 30 tys. egz. (rozprowadzaną obligatoryjnie i bezpłatnie, bo opłacaną z reklam koncernów farmaceutycznych), mając na uwadze fakt, że lekarze dentyści stanowią blisko 1/4 całości środowiska zrzeszonego w odrodzonym samorządzie oraz to, że

specyfika ich profesji, na tle innych specjalności medycznych nie podlega wątpliwości. Posiadanie własnej gazety pomogłoby – sędzi przedsiębiorczy lider krakowskiego środowiska stomatologicznego – „sprostać nowym wyzwaniom, służyłoby integracji, wymianie myśli, formułowaniu stanowisk, pogłębianiu wiedzy (...). Co rusz powstają nowe rozporządzenia wymagające korekt z punktu widzenia zawodu dentysty.”

Od początku wdrażania dużej reformy zdrowia, czyli przejścia w 1998 r. na system ubezpieczeniowy – kasy chorych – to przede wszystkim stomatologów rzucono na głęboką wodę i pod naciskiem (sic!) decydentów służby zdrowia sprywatyzowano w 90%. „Odłączeni od struktur administracyjnych, zdeintegrowani instytucjonalnie, rozproszeni.” W większości wykonują zawód wolny w formie samozatrudnienia. Wolny zawód to własne ryzyko i odpowiedzialność. Dlatego to stomatolodzy najbardziej potrzebują oparcia w samorządzie, a na komisjach stomatologicznych okręgowych rad spoczywa misja integrowania środowiska i bronięcia jego ewidentnie zagrożonych interesów, jak również codziennego wystawiania dentyстів na przykrą i niezawinioną konfrontację z niezadowolonymi pacjentów, stopniowo, acz konsekwentnie ograbianych z dostępności do świadczeń stomatologicznych. Jedną z karygodnych pomyłek reformatorów z bożej łaski było zlikwidowanie w końcówce lat 90. stomatologicznych gabinetów w szkołach. Zmarnowano trud jednego pokolenia lekarzy dobrze dbających o użębienie najmłodszych Polaków. Zaniedbania w wie-

ku rozwojowym – dramatyczne! – przełożyły się fatalnie na dorosłe pokolenie i budżet państwa poniesie wysokie koszty odległych skutków tej lekkomyślnej decyzji. Ale, o horrendum!, wciąż mamy na eksponowanych stanowiskach kadry, które za nic sobie mają krytykę: „Po nas choćby potop, byle być swoje pięć minut górą”. Podczas konferencji w Rytrze jesienią 2006 r. (w gronie lekarzy akademickich, działaczy samorządu lekarskiego oraz lekarzy dentyстів z całej Polski) alarmowano, że występuje odpływ środków przeznaczonych na leczenie stomatologiczne i profilaktykę wśród dzieci. Stomatologia dziecięca i ortodoncja cierpią na dotkliwy brak specjalistów, jest deficyt wolnych miejsc specjalizacyjnych, więc problem będzie się pogłębiał.

Na tle przeczucia do sektora prywatnego wielu usług do niedawna dostępnych w publicznym systemie rodzą się patologie. Biedne społeczeństwo rekompensuje to sobie w różny sposób. A to pomija gabinet lekarski i idzie prosto – w sprawie np. korony na ząb – do pracowni technika, licząc na oszczędności. A to udaje się do gabinetu otwartego na tyłach garażu „na dziko” przez chcącego dobrze zainwestować pieniądze mechanika samochodowego (sic!). Doszło do tego, że musiano na łamach BLD ostro zareagować, przypomnieć technikom, że popadają w konflikt z prawem, „wyrezczając” lekarzy dentyстів. Zgodnie z ustawą o zawodzie lekarza i lekarza dentysty udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie jamy ustnej zastrzeżone jest wyłącznie dla lekarza dentysty posiadającego wymagane kwalifikacje potwierdzone odpowiednimi dokumentami.

Nagminnie okazuje się – na co zwraca uwagę dr Anna Kot, I zastępca okręgowego rzecznika odpowiedzialności zawodowej ds. stomatologicznych – nieformalne zatrudnianie dentyстів przez lekarzy-właścicieli indywidualnych praktyk lekarskich. „Żenujące są tłumaczenia stomatologów, że oni nie pracują, tylko się przyglądają i asystują w zabiegach jako pomoc dentystryczna”.

Nie ma zdefiniowanej polityki zdrowotnej w dziedzinie stomatologii, a monopolistyczne praktyki płatnika, wielokrotnie znajdujące finał przed sądem, skutkowały bezkarnym do tej pory, drastycznym obcięciem środków publicznych na stomatologię. Zaprawiony w bojach o odrodzony samorząd lekarski i o rangę polskiej stomatologii nieodżałowany dr Zbigniew Żak twierdził, że o ile przed 1997 r. na stomatologię przeznaczano z budżetu służby zdrowia 11%, to po 2000 r. wydatki te spadły do 3,5%, a nie tak dawno osiągnęły poziom krytycznie niski: 3,2%. W Małopolsce rok 2007 zapisze się wzrostem z 3,4 do 3,6 %, co da kwotę 95,1 mln zł. – Nie ma się czym cieszyć – uważa dr Stępień, niestrudzenie wytykający NFZ monopolistyczne praktyki, a resortowi zdrowia brak strategii – bo tak naprawdę jesteśmy jedyną dziedziną medycyny, którą NFZ finansuje niezmiennie wg stawek przyjętych 7 lat temu, narzuca ceny usług poniżej kosztów ich wytwarzania, co zmusza niepubliczne podmioty do zaciągania drogich kredytów, skutkuje zapaścią finansową wielu gabinetów i dużych niepublicznych jednostek na kontrakcie z NFZ. W prostej linii prowadzi do pogorszenia stanu zdrowia jamy ustnej i zębów całej populacji.

Warto przywołać gorzką w wydzwieku opinię prof. Stanisława Majewskiego, dyrektora Instytutu Stomatologii CMUJ z wywiadu udzielonego BLD:

– Generalnie zakres procedur stomatologicznych, które NFZ refunduje, nie koresponduje ze współczesną stomatologią. Dziedzina ta stała się problemem wyłącznie personelu stomatologicznego i pacjentów. Tylko że pacjenci są przeważnie biedni i z usług tych nie mogą korzystać. A lekarze nie mają za co urządzić gabinetów, pokrywać kosztów materiałowo technicznych itp., więc wyjeżdżają za granicę i koło się zamyka.

Wiceprezes NRL dr n. med. Andrzej J. Fortuna, znający problemy świadczeniodawców „na samym dole” i z perspektywy spraw napływających z kraju do najwyższego organu korporacji zawodowej NRL, nie kryje oburzenia:

– To stomatolodzy, niestety, bez pomocy państwa, zmienili oblicze stomatologii z

siernięjnej na nowoczesną i sprostali narastającym wymogom służb sanitarnych i samych pacjentów, jednak odbyło to się kosztem zaciskania pasa, zmniejszenia własnego wynagrodzenia. Państwo stale nas pomija w sprawach finansowych. Przykładem ostatnia ustawa o przekazaniu środków na podwyżki w ochronie zdrowia, która pomija lekarzy dentyстів, właścicieli ZOZ-ów, mimo że udzielają oni świadczeń na rzecz pacjentów NFZ. To są działania niekonstytucyjne... (BLD 5/07).

– Jest rzeczą naturalną, że musieliśmy się bronić – pointuje w przywołanym wyżej wstępniaku (BLD 5/07) przewodniczący KS ORL i wiceprezes OIL w Krakowie – i to na wszystkich frontach (...). Jednym z pierwszych posunięć było wywalczenie autonomii w obrębie izb lekarskich (...). W jakimś sensie tę autonomię wywalczyliśmy, tak w systemie wyborczym, jak i w obsadzie funkcyjnej (gwarantowane statutowo stanowisko wiceprezesa w NRL i wiceprzewodniczącego w ORL). Jako jedyni wynegocjowaliśmy z MZ koszyk świadczeń należnych, doprowadzając równocześnie do ich katalogowej wyceny (batalia o jego wprowadzenie trwa). Powstał Związek Lekarzy Dentyстів Pracowników Ochrony Zdrowia. Umiarkowanym powodzeniem zakończyły się negocjacje związane z traktatem akcesyjnym do UE w kwestii uznawania naszych dyplomów, ale przecież chciano je w ogóle unieważnić.

Do obrony autonomii potrzebny byłby – zdaniem dra Stępnia – ogólnopolski organ lekarzy dentyстів. Projekt tego dotyczący został przesłany na ręce prezesa NRL Konstantego Radziwiłła, dostarczony przewodniczącym ORL, ogłoszony w Internecie. Niektóre izby i niektóre osoby poczuły się urażone szybkim tempem, jakiego nabrała ta inicjatywa (a może chodziło o to, by jej nie utopić w konsultacjach?). Gdzieś tam gdzie uznano ten projekt za przejaw tendencji separatystycznych. Doktor Andrzej Fortuna doceniając podziwu godną aktywność, talenty organizatorskie i przywódcze pomysłodawcy nowego tytułu prasowego, raczej opowiada się za rozwiązaniem kompromisowym, powrotem do „działu stomatologicznego” w samej „Gazecie Lekarskiej” (do roku 2002 ukazywało się kilka stron pt. „U stomatologów”, niestety z biegiem lat dodatek szczupłał, w 2006 r. dr Stępień doliczył się tylko dwóch i to „letnich” publikacji nt. stomatologii).

– Przegraliśmy bitwę, ale nie przegraliśmy wojny – odgraża się R. Stępień. – Zamiatanie problemu pod dywan nic nie da. Idea została zaszczipiona i wróci ze zdwojoną siłą za rok, dwa, co gwarantuję.

dokończenie na str. 30

To stomatolodzy, niestety, bez pomocy państwa, zmienili obraz stomatologii kosztem zmniejszenia własnego wynagrodzenia

Czy zawód wykonywany przez lekarza dentystę jest specjalnością medyczną?

Jakie różnice między specjalnościami medycznymi, dawno zaakceptowanymi, a stomatologią sprawiają, że jesteśmy skłonni uważać je za istotne, by odpowiedzieć na postawione w tytule pytanie?

Losy specjalizacji i pracy zawodowej kandydata na studia stomatologiczne rozstrzygają się w momencie ich rozpoczęcia. Inaczej ma się sprawa z kandydatami na studia medyczne, którzy mogą określić wybór swoich szczegółowych zainteresowań dyscypliną medyczną (lekar-

ską) dopiero po zakończeniu studiów i stażu podyplomowego.

Wynika to z innej organizacji studiów stomatologicznych, które oprócz przekazania niezbędnej wiedzy medycznej i specjalistycznej stomatologicznej przewidują również przekazanie i utrwalenie bardzo licznych praktycznych umiejętności (wykonywania zabiegów), których opanowanie jest niemożliwe w stosunkowo krótkiej specjalizacji dopiero po stażu podyplomowym, a które głównie stanowią o efektywności lekarza dentysty w działaniu tak profilaktycznym, jak i leczniczym.

Decydująca część stomatologicznych zabiegów leczniczych jest wykonywana w warunkach ambulatoryjnych, za pomocą wysoko specjalistycznych narzędzi i sprzętu (unitu jednofotelowego) w praktyce prywatnej. Generalnie niemożliwa jest praca w dużych zespołach

klinicznych sprzyjających doszkoleniu i doskonaleniu wiedzy i umiejętności. Doskonalenie i dokszałcenie jest więc bardzo trudne, a dla większości lekarzy dentystów po ukończeniu studiów prawie niemożliwe, stąd taki nacisk na ich maksymalne opanowanie w czasie studiów przeddyplomowych. Także poszerzanie zakresu działania lekarza dentysty na cały układ stomatognatyczny wymaga lepszego i adekwatnego przygotowania do rozszerzonych zadań terapeutycznych.

Dziedziny, które w ostatnich latach powiększyły zakres działania stomatologa, to: stomatologia dziecięca, gerostomatologia, dysfunkcje US, implantoprotetyka. To prawda, że badania epidemiologiczne w niektórych krajach wskazują na redukcję frekwencji próchnicy z różnych przyczyn. Wobec tego należy mieć na uwadze radykalne zmniejszenie czasu i zakre-

mosty przyjaźni wokół wspólnej idei". A także ustawicznie doskonalili się umiejętności zawodowe w zderzeniu z największymi autorytetami zawodowymi, w ogniu fachowej dyskusji. Tematyka wpisuje się w aktualne potrzeby terapeutyczne każdej praktyki.

Nie ma przyszłości bez zrozumienia własnych korzeni. Mocną stroną pisma są wywiady-rzeki w cyklu „Portrety krakowskiej stomatologii”. Do tej pory poprzez takie rozmowy przedstawiono sylwetki profesorów: Zofii Knysalskiej-Karwan, Jadwigi Stypułkowskiej, Stanisława Majewskiego. Intrygujących ciekawostek z życia protoplastów stomatologii (i jej patronki – św. Apolonii), dowodów na ich wkład w kulturę narodu, dostarcza kwerenda przeprowadzona przez historyka medycyny prof. Zdzisława Gajdę, odkrywającą m.in. postać Wincentego Jaka Łepkowskiego, docenta chirurgii specjalizującego się w chorobach jamy ust-

nej i zębów, który z determinacją dążył do otwarcia najpierw namiastki samodzielnego ośrodka stomatologicznego przy I Klinice Chirurgii prof. Ludwika Rydygiera, a następnie pierwszego na polskich ziemiach Instytutu Stomatologicznego (1903) oraz również pierwszej w kraju prywatnej szkoły dla techników dentystycznych. Bezsprzecznie najważniejsze osoby w międzywojennej polskiej dentystyce to krakowianie: Jerzy Drozdowski, asystent Łepkowskiego i Stanisław Nowicki, jego następca w IS. Trzecim szefem Instytutu, mianowanym już po II wojnie światowej, był Ludwik Sieppel, także uczeń Łepkowskiego. Wszyscy oni byli twórcami krakowskiej szkoły stomatologii.

Wypadałoby zakończyć: święta Apolonio, jeśli ty nie wyjednasz u Stwórcy łask dla stomatologów, lepszego traktowania, któż to zrobi?

*Halina Kleszcz
Kraków*

su działania terapeutycznego lekarzy dentystów przy likwidacji jej skutków. Jednakże inne schorzenie, takie jak wady zgryzu, dysfunkcje układu stomatognatycznego czy choroby przyzębia wykazują niepokojący przyrost.

Wynika z tego wniosek, że liczba godzin na przygotowanie lekarza dentysty do wykonywania zabiegów nie ulegnie zmniejszeniu, lecz jest wysoce prawdopodobne, że ze względu na przyrost bardziej złożonych dolegliwości i schorzeń wymagać będzie poszerzenia nauczania w zakresie praktycznym.

Dyskusja w gronie medycznym, czy stomatologię lub stomatologa można uważać za specjalizację lub specjalistę działu medycyny równorzędnego innym obrosłym w tradycję specjalizacjom lekarskim, jest bezprzedmiotowa.

Moim zdaniem praktyczna działalność stomatologów dawno już w sposób merytoryczny potwierdziła, że problem ten istnieje tylko teoretycznie i jest echem doświadczeń historycznych i ekonomicznych XIX i XX w. oraz towarzyszących im praw i przepisów wpływających na kształtowanie się kolejno zawodów: dentysty lub uprawnionego technika dentystycznego, lekarza-dentysty, stomatologa.

A jak kształtował się czas studiów różniący studia lekarskie i stomatologiczne w ostatnim stuleciu?

W latach przed II wojną światową stomatolodzy studiowali 4 lata (Akademia Stomatologiczna w Warszawie), istniała także możliwość uzyskania specjalizacji ze stomatologii po zakończeniu pięcioletnich studiów uniwersyteckich na Wydziałach Lekarskich uniwersytetów w Krakowie, Warszawie, Wilnie i Lwowie oraz Poznaniu. Taki czas studiów – dla medyków 5 lat, dla stomatologów 4 lata – utrzymywał się do lat pięćdziesiątych XX w. i był wynikiem doświadczeń historycznych i ekonomicznych, które zakładały szybką odbudowę potencjału lekarskiego dla niezbędnej profilaktyki i leczenia przez przyspieszenie edukacji lekarzy i lekarzy dentystów, których liczba po II wojnie światowej była katastrofalnie niska.

Pięcioletni czas studiów stomatologicznych i sześcioletni edukacji medyków (plus staż podyplomowy) wprowadzono w Polsce w latach pięćdziesiątych ubiegłego wieku. Obowiązkowy staż podyplomowy dla stomatologów i medyków LEP-em wprowadzano sukcesywnie w ostatnich dziesięciu latach, przedłużając w ten sposób praktyczne nauczanie zawodu.

Po II wojnie światowej w zdecydowanej większości krajów europejskich dominował pięcioletni program edukacyjny dla stomatologów, chociaż w nielicznych krajach przedłużono studia o rok, by szósty rok studiów przeznaczyć na staż pracy odbywany na uczelni i kontrolowany przez uczelnię (np. Słowenia).

Tylko w nielicznych krajach przetrwała możliwość uzyskania dyplomu stomatologa przez specjalizację w stomatologii po ukończeniu studiów medycznych (Austria do lat dziewięćdziesiątych, Czechosłowacja do lat pięćdziesiątych ubiegłego stulecia).

Pięcioletnie programy studiów stomatologicznych oraz staże podyplomowe niekiedy różniły się między sobą znacznie w poszczególnych krajach. Po wstąpieniu do UE nastąpiło ich znaczne wyrównanie zarówno w czasie, jak i programie studiów z zachowaniem nieodzownego medycznego wykształcenia w zakresie podstawowym oraz klinicznych nauk medycznych.

Schemat nauczania dyscyplin medycznych przewiduje dla nauk podstawowych wiadomości ogólne z nauczanego przedmiotu oraz szczegółowe związane ze stomatologią; dla medycznych nauk klinicznych – etiopatogenezę chorób, diagnostykę i ogólne zasady leczenia oraz udział studenta w terapii przy łóżku chorego.

Należy także wspomnieć, że w połowie lat siedemdziesiątych ubiegłego stulecia z inspiracji Światowej Organizacji Zdrowia powstała inicjatywa wyodrębnienia edukacji przeddyplomowej specjalistycznej dla głównych klinicznych dyscyplin medycznych, biorąc za wzór już istniejące studia stomatologiczne.

W Polsce powstały takie studia dla pediatrów. Próby te zakończyły się niepowodzeniem. W stomatologii okazały się one trafne szczególnie z poprzednio wymienionych powodów.

W obecnej sytuacji istniejące ustawowe (prawne) warunki umożliwiają nielicznym (po dobrze zdanym LEP-ie) wykwalifikowanym lekarzom dentystom, w zależności od wyznaczonej i ograniczonej liczby miejsc stażów specjalizacyjnych, zdobycie specjalizacji w siedmiu dziedzinach stomatologicznych. Pozostali lekarze stomatolodzy bez określonej prawnie specjalności (specjalność jest określona niedokładnie w tytule zawodowym – lekarz dentysta) stanowią „podstawową armię” ogólnego leczenia stomatologicznego.

*Stefan Włoch
Poznań*

Autonomia ma wzbogacić i zbliżyć

dokończenie ze str. 19

Można tej deklaracji wierzyć. Z numeru na numer dwumiesięcznik BLD nabiera kolorów i temperatury polemicznej, podobnie zresztą jak życie samorządu stomatologicznego, animowane przez pełny skład Komisji Stomatologicznej ORL. Zjazdy, sympozja, kongresy, warsztaty, doskonalące kursy praktyczne. Rytro (20 lat temu zainicjowano tu ogólnopolskie sympozja stomatologiczne, a w tym roku „Perła Południa”, największy ośrodek wypoczynkowy, nie mógł już pomieścić uczestników), Osieczany, Kocierz, Polańczyk, Zakopane. To tu wymienienia się poglądy i doświadczenia, tworzy opinie, zacieśnia więzy między ludźmi, „buduje

Przychodzi lekarz do prawnika

Nie każda pisemna zgoda na wykonanie zabiegu lekarskiego jest ważna!

Zgoda na wykonanie zabiegu operacyjnego lub czynności diagnostycznej podwyższonego ryzyka wyrażana jest często w sposób ogólny z pominięciem szczegółowych informacji dotyczących zabiegu. Zgoda wyrażona w taki sposób jest wadliwa, co pociąga za sobą ryzyko odpowiedzialności karnej i cywilnej lekarza za leczenie pacjenta bez zgody w ogóle!

W myśl artykułu 34 ust. 1 ustawy o zawodzie lekarza lekarz może wykonać zabieg operacyjny lub czynność diagnostyczną podwyższonego ryzyka, jeśli pacjent wyrazi pisemną zgodę. Warto podkreślić, że zapis dotyczący wyrażania pisemnej zgody na zabieg dotyczy osób pełnoletnich i nieubezpieczonych. Wynika to z faktu, że tylko tacy pacjenci mogą samodzielnie wyrażać zgodę na podjęcie w stosunku do nich czynności leczniczych.

Przez zabieg lekarski należy rozumieć wszelkie czynności związane z naruszeniem integralności cielesnej pacjenta lub ingerencją w jego ciało. Do zabiegów lekarskich należy również zaliczyć czynności diagnostyczne podwyższonego ryzyka, których wynikiem są często niekorzystne dla pacjenta następstwa lub powikłania. Jako czynności diagnostyczne podwyższonego ryzyka trzeba traktować m.in. bronchoskopię i koronarografię.

Wyrażenie zgody na zabieg lekarski musi być poprzedzone uzyskaniem przez pacjenta pełnej i dostępnej informacji dotyczącej rodzaju zabiegu, alternatywnych metod leczenia oraz typowych dających się przewidzieć następstw i ewentualnych powikłaniach planowanej czynności (art. 31 ust. 1 ustawy o zawodzie lekarza).

W kwestii udzielania informacji pacjentom wypowiedział się także Sąd Najwyższy, który orzekł, że pacjent ma prawo żądać od lekarza informacji, a także uzyskać informację nawet wówczas, gdy nie dopomina się swoich praw (orzeczenie SN z 14 listopada 1972 r., I CR 463/72).

Po powzięciu przez pacjenta wymienionych informacji, zgoda wyrażona na zabieg staje się zgodą świadomą i „poinformowaną”, a co za tym idzie ważną i skuteczną. Oznacza to, że zgoda pisemna musi zawierać podstawowe dane uszczegóławiające rodzaj zabiegu, jak również wzmiankę o tym, że pacjent został poinformowany o typowych następstwach i powikłaniach zabiegu. Zgoda blankietowa, czyli zgoda ogólna na wszystkie czynności lecznicze, które mają zostać wykonane w trakcie hospitalizacji, traktowana jest jako zgoda nieświadoma i niepoinformowana, co wiąże się z faktem, że zgoda tego rodzaju może zostać uznana za nieważną.

Podobnie traktowana jest zgoda ogólna na wykonanie zabiegu lekarskiego, w tym zgoda na czynność diagnostyczną podwyższonego ryzyka. Wynika to z faktu, że pacjent, który nie jest szczegółowo poinformowany o zabiegu lekarskim oraz o jego następstwach i powikłaniach, nie wie w zasadzie na co się zgadza. Przekazanie pacjentowi wyłącznie ogólnych informacji na temat zabiegu nie skutkuje bowiem powstaniem

po stronie pacjenta świadomości na temat samego zabiegu, jak i jego następstw oraz powikłań. Jest to oczywiste zważywszy na fakt, że zdecydowana większość pacjentów nie posiada fachowej wiedzy w dziedzinie medycyny.

Nie ujęcie w treści zgody szczegółowej informacji na temat rodzaju i zakresu zabiegu oraz jego następstw i powikłań może skutkować powstaniem odpowiedzialności karnej i cywilnej lekarza. Jak już wspomniano zgoda nieświadoma i nie poinformowana może bowiem zostać uznana za zgodę nieważną. Przypadek taki może mieć miejsce, gdy pacjent po wykonaniu zabiegu stwierdzi, że nie zgodziłby się na przeprowadzenie zabiegu, jeśli wcześniej wiedziałby, jakie powikłania mogą pojawić się w wyniku przeprowadzenia zabiegu. Ujęcie w treści zgody wzmianki o tym, że pacjent został poinformowany o następstwach i powikłaniach, chroni lekarza przed powstaniem odpowiedzialności.

Innym przypadkiem powstania odpowiedzialności może być sytuacja, w której pacjent po przeprowadzeniu zabiegu stwierdzi, że zgodził się na zabieg inny niż został przeprowadzony. Nie określenie w treści zgody rodzaju i zakresu zabiegu naraża lekarza na powstanie odpowiedzialności z tytułu leczenia pacjenta bez jego zgody.

Wyrażenie przez pacjenta zgody blankietowej na wykonanie zabiegu lekarskiego traktowane jest jako wyrażenie zgody nieświadomej, to znaczy niezgodnej z przepisami prawa. W praktyce zgoda tego rodzaju przyjmuje często formę: „Wyrażam zgodę na proponowany zabieg” lub „Zgadzam się na zabieg operacyjny”, co może stanowić podstawę do powstania odpowiedzialności karnej i cywilnej lekarza za leczenie pacjenta bez zgody.

Czy lekarz specjalista konsultujący pacjenta ponosi odpowiedzialność za błąd w sztuce lekarskiej?

Specjalista, który w ramach konsultacji popełnił błąd w sztuce lekarskiej może ponieść odpowiedzialność karną bez względu na fakt czy konsultacja odbywa się w jego miejscu pracy, czy poza nim.

Artykuł 37 ustawy o zawodzie lekarza stanowi, że w razie wątpliwości diagnostycznych lub terapeutycznych lekarz (...) powinien zasięgnąć opinii właściwego specjalisty lub zorganizować konsylium lekarskie.

Rozpatrując odpowiedzialność lekarza specjalisty za błąd w sztuce lekarskiej należy podkreślić, że najczęściej spotykanym rodzajem postępowania sprzecznego z *lege artis* będzie w tym przypadku błąd diagnostyczny i błąd terapeutyczny.

Pierwszy z nich polega na wadliwym rozpoznaniu stanu zdrowia pacjenta, które może przybrać postać rozpoznania nie istniejącej choroby, nierozpoznania choroby faktycznie istniejącej lub rozpoznania u pacjenta innej choroby niż ta, na którą pacjent rzeczywiście cierpi.

Błąd diagnostyczny polega z kolei na niewłaściwym wyborze metody leczenia lub nieodpowiednim przeprowadzeniu leczenia, którego metoda została wybrana prawidłowo. Za-



sadność wyboru oraz prawidłowość przeprowadzenia leczenia musi być oceniana każdorazowo z punktu widzenia aktualnej, dostępnej wiedzy medycznej.

Należy podkreślić, że lekarz konsultant poniesie odpowiedzialność wówczas, gdy następstwem błędu będzie skutek w postaci śmierci pacjenta, ciężkiego uszczerbku na zdrowiu, rozstroju zdrowia, naruszenia czynności narządów czy chociażby wystąpienia niebezpieczeństwa utraty życia lub ciężkiego uszczerbku na zdrowiu. Zaistnienie odpowiedzialności uzależnione jest ponadto od wystąpienia związku między działaniem lekarza a skutkiem, który w wyniku tego działania powstał oraz winy lekarza.

O istnieniu winy można z kolei orzec, kiedy lekarz podejmuje nieostrożne działanie, mimo że przewiduje lub jest w stanie przewidzieć wystąpienie negatywnego dla pacjenta skutku.

Odpowiedzialność lekarza konsultanta będzie zróżnicowana w zależności od tego, jaki skutek nastąpi w wyniku popełnionego błędu. W przypadku zgonu pacjenta lekarz może ponieść odpowiedzialność za nieumyślne spowodowanie śmierci (art. 155 kodeksu karnego), a w sytuacji, gdy skutkiem błędu będzie nieuleczalna choroba lub ciężkie kalectwo, lekarz narażony jest na odpowiedzialność z tytułu ciężkiego uszczerbku na zdrowiu (art. 156 § 2 kodeksu karnego).

Odpowiedzialność karna lekarza konsultanta może powstać w następującej, przykładowej sytuacji. Lekarz internista zostaje wezwany na konsultację do pacjenta, który został przyjęty na oddział chirurgii w związku z zaostrzeniem choroby wrzodowej żołądka. U pacjenta podejrzewa się również zaostrzenie choroby niedokrwiennej serca. Lekarz konsultant stwierdza brak ostrego stanu kardiologicznego, po przeprowadzeniu jedynie badania ogólnego. Chory umiera w kilka godzin później z powodu ostrego zawału mięśnia sercowego. Lekarz konsultant wykazałby się w takim przypadku typowym nieostrożnym działaniem, które polega przede wszystkim na zaniechaniu przeprowadzenia innych niezbędnych badań np. EKG. W wyniku zaistnienia winy uzasadnionej faktem, że lekarz mógł przewidzieć skutek stanowiący następstwo nieostrożnego działania, powstaje zagrożenie odpowiedzialnością karną.

Warto zwrócić uwagę na fakt, że lekarz konsultant zatrudniony na podstawie umowy o pracę lub na podstawie umowy cywilnoprawnej (kontraktu) nie poniesie odpowiedzialności cywilnej (odszkodowawczej) za negatywny skutek popełnionego błędu. Odpowiedzialność odszkodowawczą poniesie publiczny lub niepubliczny zakład opieki zdrowotnej. Wynika to z faktu, że lekarz traktowany jest jako „podwykonawca” zakładu opieki zdrowotnej, który przejmuje odpowiedzialność odszkodowawczą za zawinione działania lekarza wiążące się z niewykonaniem lub niewłaściwym wykonaniem czynności leczniczych.

Lekarz konsultant ponosi odpowiedzialność karną za błąd w sztuce, jeżeli w wyniku nieostrożnego działania pacjent zostanie narażony lub dotknięty negatywnym skutkiem dotyczącym jego życia lub zdrowia. Odpowiedzialność karna powstaje bez względu na fakt czy konsultacja odbywa się w miejscu zatrudnienia lekarza konsultanta czy w innym zakładzie opieki zdrowotnej.

Justyna Zajdel

Zakład Prawa Medycznego UM w Łodzi
prawo@gazetalekarska.pl

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

Prezesa Michałowicza bój o godność lekarską

Zygmunt Wiśniewski



15 maja 1934 r. zmienił się rząd. Premiera J. Jędrzejewicza zastąpił L. Kozłowski.

Dla lekarzy ważniejsza był zmiana na funkcji ministra opieki społecznej, któremu podlegała służba zdrowia.

Na boczny tor odszedł, powszechnie szanowany minister – reformator, lekarz – generał Stefan Hubicki.

Jego miejsce zajął Jerzy Paciorkowski, który nie był lekarzem.

Nowy minister nie zapisze się niczym chwalebny dla polskiej służby zdrowia.

Po półtora roku urzędowania, 14 listopada 1935 r. minister Paciorkowski przyjął na audiencji prezesa Naczelnej Izby Lekarskiej Mieczysława Michałowicza, w towarzystwie wiceprezesa W. Szenajcha i sekretarza A. Huszczy.

W czasie tej wizyty Michałowicz użył określenia, które przeszło do historii:

Żądamy nie władzy nad światem lub Polską; prosimy jedynie, by w Polsce współczesnej traktowano lekarzy na równi z końmi, z „końskiego”, że tak powiem, punktu widzenia.

ABC z medycyny

Panowie Michałowicz i Paciorkowski znali się wcześniej. Przed rokiem, w końcu listopada 1934 r. delegacja NIL pod przewodnictwem prof. Michałowicza, wówczas wiceprezesa NIL (po rezygnacji W. Chodźki – p.o. prezesa), interweniowała awaryjnie i bez skutku u min. Paciorkowskiego, zaskoczona pośpiesznym wprowadzeniem instytucji „lekarza domowego”.

Zmiana na funkcji ministra opieki społecznej, któremu podlegała służba zdrowia, nastąpiła w czasie, z punktu widzenia samorządu lekarskiego, niefortunnym. W grudniu 1934 r. odbywały się wybory do rad okręgowych izb lekarskich. Do kwietnia 1935 r. konstituowały się ich zarządy. Dopiero 16 czerwca 1935 r. Naczelna Izba Lekarska wybrała Michałowicza swym prezesem. Dopiero po upływie 5 miesięcy od ukonstytuowania się min. Paciorkowski przyjął delegację NIL.

Jerzy Paciorkowski nie był postacią dużego formatu. Używany był przez elitę władzy do załatwiania niewygodnych spraw. Lekarze byli dla kolejnego rządu z dziurawym budżetem niewygod-

nym problemem. Mieczysław Michałowicz – profesor, polityk, prezes NIL, a także senator – odpłacił ministrowi za to czekanie na audiencję robiąc mu, na początku spotkania, wykład z podstaw historii medycyny.

Gdyby nie stan lekarski i nie praca jego pokoleń w ciągu stuleci, nie mielibyśmy szczęścia siedzieć dziś beztrosko w tym gabinecie; beztroska nie była bowiem udziałem poprzednich pokoleń. Nie upływało 10-lecia, a czasem i roku nawet, by społeczeństwo nie padało ofiarą moru. Epidemie ospy zabierały rok rocznie pół miliona ludzi w słabo zaludnionej na owe czasy Europie. Jeszcze 150 lat temu w tej samej Warszawie ulice porosły w pewnej chwili trawą, okiennice kamienic zaświeciły pustką, po ulicach przesuwali się cienie rzadkich przechodniów. Wszystko to uczynił mór. O tym, dlaczego ustały mory, zapomniało państwo, zapomniało społeczeństwo, zapomnieli sami lekarze.

Delegacja NIL przyszła do ministra opieki społecznej, któremu podlegały dwa pionierzy odpowiedzialne za życie Polaków: służby zdrowia i opieki społecznej – z postulatami w sprawach zatrudniania oraz warunków pracy i płacy lekarzy.

Wprowadzenie instytucji lekarza domowego nałożyło na lekarzy pracujących w ubezpieczalni społecznej niewolnicze obowiązki. Ich wynagrodzenie, naliczane jako procent od wpływów ze składki ubezpieczeniowej (10-12%), stałe się zmniejszało. Ubezpieczalnie nie potrafiły zbilansować swych wydatków z wpływami. Sytuacja ta dotyczyła 30% wszystkich lekarzy, którzy utrzymywali się z umów z ubezpieczalniami. Nie lepiej zarabiali lekarze zatrudnieni etatowo przez instytucje rządowe i samorządowe. Ich uposażenia były na pozio-

mie referentów w urzędach. Władze likwidowały, uzasadniając to oszczędnościami nadzwyczajnymi (groźbą zbliżającej się wojny), budowane przez dziesięciolecie, ambulatoria, czyli przychodnie zdrowia. Pacjentów kierowano do prywatnych gabinetów lekarzy ubezpieczeniowych, których liczbę drastycznie zredukowano.

Prezes Michałowicz przyszedł do ministra opieki społecznej powiedzieć „stop” tym praktykom. A że język miał niezwykle cięty i obrazowy – użył go we właściwy sobie sposób.

Koń a sprawa polska

Żądamy nie władzy nad światem lub nad Polską – mówił – prosimy jedynie, by w Polsce współczesnej traktowano lekarzy na równi z końmi, z „końskiego”, że tak powiem, punktu widzenia.

Widzę w oczach Pana Ministra zdziwienie. – zareagował Michałowicz na minę Paciorkowskiego. – Pozwolę sobie wyjaśnić treść tego smutnego aforyzmu.

Państwo polskie potrzebuje na wypadek wojny, przy obecnych metodach jej prowadzenia, co najmniej 12 500 lekarzy – podobnie jak potrzebuje pewnej liczby koni, tanków, armat, pocisków. Jest to konieczność dziejowa Polski. Najprościej przedstawia się sprawa ze sprzętem martwym: wytwarza się go i oddaje na skład, aż do chwili wybuchu ewentualnej wojny. Gorzej jest z końmi; koni nie można oddać na skład; należy je karmić. Przez ten czas państwo opiekuje się końmi; wykonuje rok rocznie kontrole stanu koni; dba o pewien poziom hodowli koni. – Lekarzami się nikt nie opiekuje; nikt nie pyta – czy lekarz ma warsztat pracy i dach nad głową. Tymczasem ilość warsztatów pra-

cy lekarskiej kurczy się w sposób przerażający.

Rozpatrywanie spraw społecznych i gospodarczych w perspektywie mającej wybuchnąć wojny stało się powszechne. Michałowicz wpisywał się w tę ogólną tonację, a zarazem prowokował min. Paciorkowskiego.

W 1935 r. zarejestrowanych było w Polsce 12 427 lekarzy. W porównaniu z rokiem 1921 liczba lekarzy wzrosła przeszło dwukrotnie, podczas gdy ludności przybyło tylko o 23%. W kraju ledwo co scalonym po okresie zaborów, słabo uprzemysłowionym, wykształcenie kadry kilku tysięcy lekarzy w 5 uniwersytetach jest przykładem mądrej polityki. Jednocześnie jednak nastąpiła pauperyzacja większości stanu lekarskiego. 40% lekarzy zarabiała poniżej swych potrzeb życiowych, połowa ledwo zaspokajała potrzeby własne i rodzin, zaledwie 10% było dobrze sytuowanych.

Polskę stać było na wykształcenie kadry lekarzy, ale nie było stać na ich utrzymanie. To stwierdzenie było wielokrotnie wypowiedziane przez autorytety stanu lekarskiego i powielane w prasie. Jeden z lekarzy – publicystów użył w prasie określenia: „wyzysk pracy lekarskiej”.

Jednocześnie lekarze-politycy zadają pytanie, czy Polska ma dość lekarzy. I odpowiadają, że ma ich za mało. W 1935 r., kiedy miała ich 12 427 – jeden lekarz przypadał na 2800 mieszkańców, podczas gdy w Czechosłowacji i Niemczech na 1350 mieszkańców. Powstała paradoksalna sytuacja: kraj nie chciał, czy nie potrafił, wyżywić dostatecznie swych lekarzy, których w dodatku, w przeliczeniu na liczbę mieszkańców, było o połowę za mało.

Tę prawdę w listopadzie 1935 r. usiłował, we właściwy sobie sposób, przedstawić ministrowi opieki społecznej, a więc władzy, prof. Mieczysław Michałowicz, prezes NIL.

Nic o zdrowiu bez lekarzy

Lekarz został zepchnięty do roli popychadła w społeczeństwie – kontynuował swoje oskarżenie Prezes NIL. – Dochodzi do takich paradoksów, że formal, wiozący lekarza do chorego, pobiera większą pensję od lekarza.

Nie chcemy, na razie żadnego podwyższenia kwoty przeznaczonej w ogólnym budżecie państwa i społeczeństwa na cele lecznictwa. Potrafimy się przystosować do obecnych konieczności życiowych. Prosimy jedynie, aby przy gospodarowaniu owym budżetem na cele lecznictwa, głos nasz miał decydujące

znaczenie, by o zdrowiu publicznym i o sprawach organizacji lecznictwa nie stanowili, jak to ma częstokroć obecnie miejsce, laicy i cudotwórcy, lecz zwykli fachowcy.

Mieczysław Michałowicz, zawiedziony mizernymi rezultatami kilkuletnich reform organizacji służby zdrowia, a także odsunięciem od funkcji ministra opieki społecznej lekarza, gen. Hałubickiego oraz koniecznością kontaktowania się z niekompetentnym ministrem Paciorkowskim, utworzył w sejmie i w senacie lekarskie lobby – grupy lekarzy-parlamentarzystów. Sam przewodniczył 5-osobowej grupie senatorów. Sejmową grupą nacisku 9 posłów-lekarzy kierował dr Marian Dehnel.

Parlamentarzyści-lekarze spotykali się w siedzibie Naczelnej Izby Lekarskiej. Otrzymywali przygotowane w NIL dokumenty i opracowania dotyczące zdrowia i opieki lekarskiej. Wykorzystywali je w czasie obrad komisji problemowych i w debatach budżetowych.

Reprezentacja samorządowa i związkowa lekarzy postulowała od wielu lat przywrócenie ministerstwa zdrowia publicznego. Postulat ten zrealizowano połowicznie, tworząc ministerstwo opieki społecznej, w którym połączono pion służby zdrowia z ubezpieczeniami społecznymi. W państwie niewydolnym budżetowo uwaga ministra koncentrowała się oczywiście na sprawach ubezpieczalni społecznych, które nie radziły sobie finansowo. Dlatego postulaty regulacji, urealnienia, doprowadzenia do ponad średniego wymiaru wynagrodzeń lekarskich były tłamszone w zarodku. Nikt wtedy jeszcze nie zakwestionował bismarckowskiej zasady samofinansowania się kas chorych. Wtedy już ten pomysł przestał się sprawdzać, ponieważ koszty ubezpieczeń przerastały wpływy ze składek. Należało opiekę społeczną wesprzeć z budżetu. Ponieważ takiego wsparcia nie było – oszczędzano zwłaszcza na wydatkach osobowych, a wśród nich – preferując urzędników ubezpieczalni – na płacach lekarzy. Walka o przywrócenie ministerstwa zdrowia była więc zarazem próbą odsunięcia od decydowania o finansach służby zdrowia ekonomistów z ubezpieczalni.

Postulatem, nawet od płac ważniejszym, było tworzenie warsztatów pracy dla lekarzy. Chodziło o budowę szpitali, rozwijanie ambulatoriów, czyli miejskich przychodni lekarskich oraz o tworzenie nowych gminnych i rejonowych ośrodków zdrowia. Tylko większa liczba szpitali mogła dać zatrudnienie i możliwość kształcenia się młodym lekarzom, nie mającym żadnych perspektyw

zawodowych w dużych ośrodkach miejskich. Szpitale i gminne ośrodki zdrowia podlegały samorządom. Samorządy miały skromne wpływy z podatków, ponieważ wytwórczość i handel, na których stała polska prowincja, powoli podnosiły się z kryzysowego upadku, a dotacje budżetowe systematycznie obniżano. Samorządy nie miały więc środków na tworzenie warsztatów pracy dla lekarzy, o które upominał się w mowie u ministra opieki społecznej prof. Michałowicz.

Nadmiar lekarzy w dużych ośrodkach miejskich. Upadek praktyki prywatnej. Większość społeczeństwa objęta jest albo opieką lekarską ubezpieczalni społecznej, albo państwową (wszystkie kategorie urzędników), albo samorządową, albo kolejową, albo wojskową, albo kilkoma jeszcze innymi... W tej sytuacji trudno było przebić się z postulatami zwiększenia liczby kształconych lekarzy. Przyjmując standardy europejskie – w Polsce było za mało lekarzy. Wydziały lekarskie 5 polskich uniwer-



Prof. Mieczysław Michałowicz, prezes Naczelnej Izby Lekarskiej, usiłował wykorzystać osobistą pozycję polityczną, jaką dało mu stanowisko senatora, do poprawy sytuacji społecznej i ekonomicznej lekarzy.

sytetów dostarczało rocznie ok. 600 absolwentów. Z rachunku, jaki przeprowadził w 1937 r. dr E. Hanke ze Śląskiej Izby Lekarskiej wynikało, że aby uzyskać znaczący przyrost lekarzy w stosunku do liczby ludności, należałoby powiększać liczbę absolwentów studiów lekarskich o 235 rocznie. Wyliczenie to, i stojące za nim rozumowanie lekarza, i opisana sytuacja społeczno-gospodarcza wykluczały się nawzajem.

dokończenie na str. 37

Narodziny PID

Państwowy Instytut Dentystyczny w Warszawie powstał w warunkach ostrego konfliktu. Wcale nie dlatego, że nie spełniał uniwersyteckich kryteriów kształcenia lekarzy stomatologów, które stawiali jako warunek profesorowie W. Łepkowski z Krakowa i A. Cieszyński ze Lwowa. Przeciwnie – powstanie PID zostało oprotestowane przez środowisko dentystyczne (dentystyczne, bo większość nie miała tytułów lekarskich) Warszawy za wymyślny program, przerastający dotychczasowe wymagania prywatnych szkół dentystycznych. Z atakiem na PID wystąpił w 1920 r. lekarz-dentysta Maurycy Krakowski, w redagowanej przez siebie „Kronice dentystycznej”.

Rozporządzenie ministra zdrowia publicznego o utworzeniu Państwowego Instytutu Dentystycznego ukazało się w „Monitorze” w lutym 1920 r. Ministrem zdrowia był wtedy Tomasz Janiszewski, lekarz, profe-



Dr Maurycy Krakowski utrzymywał „Kronikę dentystyczną” z opłat prenumeratorów. Rekrutowali się oni spośród absolwentów prywatnych szkół dentystycznych. Czyżby redaktor, atakując PID, schlebiał prenumeratorom swojego pisma? W okresie późniejszym „Kronika dentystyczna” będzie zajmować wyważone i konstruktywne stanowisko w sprawach kształcenia i wykonywania zawodu lekarza-dentysty.

REKLAMA

sor z Krakowa, a jego zastępcą Witold Chodźko, lekarz o specjalności higienisty, późniejszy profesor, twórca polskiej służby zdrowia. Podpis Chodźki, jako podsekretarza stanu, widnieje pod tym dokumentem.

Oto zapoczątkowanie gorąco upragnionej przez ogół dentystów reformy studiów dentystycznych w Odrodzonej Polsce! Dokąd początek ten nas zaprowadzi, o tym przekonamy się w niezbyt dalekiej przyszłości. Pierwsze zdania tego artykułu zapowiadały bezpardonowe weto.

Dlaczego, w imię jakich racji, z jaką argumentacją zaatakował ministra zdrowia publicznego i jego zastępcę, osoby powszechnie poważane, redaktor „Kroniki dentystycznej”?

Po pierwsze – argumentuje M. Krakowski – Jedyńą instytucją ustawodawczą, posiadającą prawną kompetencję w tych sprawach zasadniczych i ogólnopństwowych jest sejm, który, jak wiadomo, dotychczas nie rozpatrywał tej sprawy i nie powziął żadnej w tej sprawie decyzji.

Po drugie – Dawna ustawa dentystyczna (z 1891 r.), która u nas obowiązuje, nie została dotychczas skasowana. Art. 103-104 obejmuje również studia dentystyczne. Wynika więc, iż prywatne szkoły dentystyczne nadal istnieć mogą, a studia w nich odbywać się mogą od początku do końca.

Po trzecie – żeby nie było wątpliwości co do intencji – autor stwierdza, że *Tak czy owak, zapowiedzianego Państwowego Instytutu nie widzimy, szkoły dentystyczne nadal istnieją, zdrowie ich tylko szwankuje, dzięki właśnie rozporządzeniu Ministra Zdrowia Publicznego, powstał bowiem chaos, który bezsprzecznie bardziej jeszcze wpłynął na studia dentystyczne.*

Powołanie Państwowego Instytutu Dentystycznego, jak można się z tych stwierdzeń domyślać, naruszyło interesy właścicieli prywatnych szkół dentystycznych, a szerzej – znacznej części warszawskiego środowiska dentystów i lekarzy dentystów.

Co wiemy o tym środowisku?

Jego obraz odtworzyć można tylko na podstawie szczątkowych informacji prasowych, ponieważ monografii na jego temat nikt nie napisał.

Po pierwsze, w Warszawie istnieją wtedy dwie szkoły dentystyczne: A. Troppa i Ludwika Szymańskiego. W szkole L. Szymańskiego nauka trwała 5 semestrów. Wykładowcami byli lekarze dentystyki i stomatologii z wykształceniem uniwersyteckim. Absolwenci, aby uzyskać dyplom, uprawniający do wykonywania praktyki dentystycznej, musieli zdać podwójny egzamin: przed komisją szkoły, a następnie przed komisją uniwersytecką. Szkołę opuszczało ok. 80 absolwentów rocznie.

Po drugie, prawo praktyki dentystycznej przysługiwało absolwentom studiów medycznych, których absolwentami byli lekarze stomatolodzy oraz lekarze-dentyści. Prawo ureguluje te kwestie bardzo późno, bo dopiero rozporządzeniem Prezydenta RP z czerwca 1927 r. Na początku lat dwudziestych istniały liczne furtki do rejestracji prywatnej praktyki dentystycznej. Uprawnienia do wykonywania zawodu wydawali lekarze powiatowi. Lekarze ci, zgodnie z instrukcjami ministerialnymi, honorowali dyplomy absolwentów szkół prywatnych.

Po trzecie, interesy środowiska reprezentowały dwie organizacje: Towarzystwo Odontologiczne oraz Związek Lekarzy Dentystów Państwa Polskiego. Organizacje te skupiały członków o zróżnicowanym wykształceniu i składzie narodowościowym. W dyskusji wokół powołania Państwowego Instytutu Dentystycznego uwidoczniła się różnica poglądów i interesów między tymi dwiema organizacjami.

Po czwarte, kością niezgody stała się obsada stanowisk w PID. Ministerstwo Zdrowia Publicznego, w porozumieniu z Ministerstwem Wyznań Religijnych i Oświecenia Publicznego, powołało kadre kierowniczą i wykładowców spoza środowiska warszawskiego.

Maurycy Krakowski odniósł się do decyzji personalnych władz z sarkazmem.

Nie należy tylko z pewnych względów naśladować dawnych porządków b. Rosji carskiej, kiedy to do objęcia wykładow w szkołach dentystycznych mieli prawo jedynie doktorzy medycyny.

Liczebniejsze docentury poszczególnych działów dentystyki byłyby może pożyteczniejsze, aniżeli zmonopolizowanie wszystkiego w jednych rękach osób, już z góry wysuwających się. Należałoby nieco zstąpić z piedestału i udostępnić i innym placówki do pracy naukowej, których dotychczas nie mieliśmy ani my, ani też ci, którzy dla siebie katedry tworzą.

Ostatnie sformułowanie nazbyt wyraźnie odsłania zawiedzione nadzieje redaktora „Kroniki dentystycznej”, który był postacią znaczącą zawodowo i cenioną za zasługi w propagowaniu sztuki dentystycznej.

Minister zdrowia w porozumieniu z ministrem oświecenia obsadzili stanowiska w PID według własnego klucza. Kierownictwo nad całością i nad kliniką zachowawczą objął Franciszek Zwierzchowski, absolwent Akademii Wojskowo-Medycznej w Petersburgu, profesor, generał. To pewnie o nim myślał Krakowski, pisząc, że naśladował wzorce

carskie. A poza tym, czy Zwierzchowski, pełniąc funkcję w Wojskowym Inspektoracie Sanitarnym, znajdzie czas na zajmowanie się PID? Pozawarszawskie wykształcenie mieli też inni wykładowcy: Hilary Wilga (absolwent Uniwersytetu Moskiewskiego), Alfred Meissner (absolwent uczelni niemieckich w Lipsku i w Monachium).

Stawka rozgrywki o stanowiska w PID była wielka, bo Maurycy Krakowski uciekł się nawet do demagogii:

Gdzie są prof. Łepkowski i prof. Cieszyński, którzy mają rzeczywiste zasługi dla polskiej nauki dentystycznej. Ich współudział w tej pracy twórczej jest konieczny?

Wszyscy wokół wiedzieli, że ani Cieszyński, ani Łepkowski nie przyjmą profesur w wyższej szkole zawodowej, która nie ma statusu uniwersyteckiego. Mogli tylko służyć swoimi radami.

Wrzenie w warszawskim środowisku postanowił wystudzić prof. Cieszyński. Ten, do niedawna, zwolennik studiów stomatologicznych na wydziałach lekarskich i przeciwnik kształcenia lekarzy-dentystów, wystąpił gościnnie na początku 1922 r. w „Kronice dentystycznej” z propozycjami pojednawczego programu dla środowiska warszawskiego.

Nie ma zawodu wolnego w Polsce – pisał Cieszyński – który by tak bardzo wymagał uregulowania wewnętrznych stosunków i ujednolajnienia praw odnośnie do wykonywania zawodu, jak właśnie stan lekarzy-dentystów... Oby nadeszły te czasy, ażeby wszyscy lekarze dentyści warszawscy, bez różnicy wyznania, rozumieli, że tylko dzięki silnemu zjednoczeniu uregulować można sprawy zawodowe z największą korzyścią dla zawodu.

Mimo wzorowego programu nowego studium dentystycznego w Polsce, wykształcenie przyszłych lekarzy-dentystów naprawi się, a ilość ich wróśnie dopiero wówczas, gdy przy każdej wszechnicy będzie zaprowadzone osobne studium dentystyczne, a nie będzie tylko jedyny Instytut Państwowy w Warszawie, stojący poza uniwersytetem.

Z omówionej dyskusji wokół powstania Państwowego Instytutu Dentystycznego w Warszawie najwięcej chyba zrozumiał prof. Cieszyński. Ten, do niedawna, zwolennik pełnych studiów medycznych ze specjalnością stomatologiczną, po poznaniu realiów kształcenia w PID i ogromnego zapotrzebowania na lekarzy-dentystów na polskiej prowincji – poparł program kształcenia ich w Państwowym Instytucie Dentystycznym.

Z.W.

Prezesa Michałowicza bój o godność lekarską

dokończenie ze str. 35

Profesor Michałowicz trafnie dobrał argumentację w mowie u ministra Paciorkowskiego. W przypadku wojny Polska, powołując do wojska lekarzy, mogła nasycić nimi wojsko w stopniu o połowę mniejszym niż Niemcy.

Kucyk – koń zredukowany

W 1936 r., w dyskusji budżetowej, Mieczysław Michałowicz odniesie się do wcześniejszego porównania lekarza do konia.

Prosiłem, aby w gospodarce społecznej i państwowej zastosowano do lekarzy ten sam punkt widzenia, jak do koni. Mówiąc w skróceniu – „koński punkt widzenia” – aby lekarz w ogóle mógł żyć do przyszłej wojny, doczekać jej przedtem, niż umrze z głodu. Obecnie proszę Wysoką Izbę i Wysoki Rząd o ustosunkowanie się do lekarza jak do kuczka. Jak widzą szanowni słuchacze, obniżyłem swoje żądania.

W 1937 r. Michałowicz, przemawiając w debacie budżetowej w senacie, nawiąże znów do konia.

Wczoraj na zebraniu Naczelnej Izby Lekarskiej pokazano mi następujące typowe ogłoszenie. Samorząd pewnej miejscowości poszukuje; weterynarza – pensja – 180 zł, pisarza gminnego – pensja – 150 zł i lekarza – pensja – 60 zł. W tej hierarchii ustawienie lekarza na samym końcu z propozycją, by pracował za połowę pensji woźnego jest rozczulające.

Po raz trzeci w tej Izbie mam zaszczyt podkreślać, że lekarz będzie niezbędnym czynnikiem, łagodzącym skutki przyszłej wojny, że będzie jednym z bardzo ważnych warunków jej wygrania. Dwa lata temu prosiłem, by lekarza traktowano przynajmniej jak konia pod względem utrzymania przy życiu do przyszłej wojny, do chwili potrzeby. Rok temu stwierdziłem, że uposażenie przeznaczone lekarzowi nie wystarczy nawet na wyżywienie kuczka. Obawiam się, żeby dawki minimalne wyznaczone lekarzom nie spadły do racji obliczanej na potrzeby konika polskiego.

Tak przemawiał prof. Mieczysław Michałowicz, prezes Naczelnej Izby Lekarskiej. Dlatego, tym razem, przytoczyłem tak dużo cytatów!

Zygmunt Wiśniewski

Malta 2006

Turniej rozegrany w październiku ub.r. na Malcie zakończył się ogromnym sukcesem reprezentacji Polski. Byliśmy reprezentowani przez 24-osobową grupę lekarzy-tenisistów z Polski.

WYNIKI

ZŁOTO: AGNIESZKA WIDZISZOWSKA - singiel pań open, w finale z Finką Rikka Mattila 6:4, 6:4; ELŻBIETA BASZYŃSKA - singiel pań 45+ final z Włoszką Ivaną Vocasková; BOŻENNA KĘDZIERSKA - singiel pań 55+ z Amerykanką Jaqueline Davis 6:4, 6:4; GRZEGORZ PRZYBYLSKI - singiel mężczyzn 40+ ze Słowakiem Juraja Shinskyego 6:0, 6:0; ELŻBIETA BASZYŃSKA i BOŻENNA KĘDZIERSKA - debel pań 40+ final z Ingmarą Jansone (LAT) i Ivaną Vocasková (ITA); AGNIESZKA WIDZISZOWSKA z Kingą Bagi (HUN) - debel pań open z Austriaczkami Boris Trubert-Exinger, Nina Murr 7:5, 4:6, 6:3; MICHAŁ JĘDRZEJEWSKI z RYSZARDEM STAWICKIM ze Słowakami Michalko Lukanem i Dusanem Hrnčarem 7:5, 6:7, 6:4. **SREBRO:** AGNIESZKA WIDZISZOWSKA z MICHAŁEM JĘDRZEJEWSKIM - mixt open z Austriakami Nina Murr, Martin Klimpfinger 3:6, 4:6; KINGA PRZYBYLSKA - turniej osób towarzyszących - singiel pań open; **BRAZ:** EDYTA KOWALSKA - singiel pań open, MAŁGORZATA CUDZIK - singiel pań 55+, RYSZARD STAWICKI - singiel mężczyzn 40+, MAREK PUDEŁKO - singiel mężczyzn 45+, KINGA PRZYBYLSKA z Japonką Chinami Fukus - kategoria open, ELŻBIETA WARZECHA z Węgierką Hajną Voros (40+), ZBIGNIEW CIEŚLAK ze Szwedem Ake Geterud (50+), ZBIGNIEW JABŁOŃSKI z JÓZEFEM SZAFRANKIEM (60+), EDYTA KOWALSKA ze ZBIGNIEWEM CIEŚLAKIEM.

Doktorat honoris causa

Dla prof. Lewita

Zarząd Polskiego Towarzystwa Lekarskiego Medycyny Manualnej informuje, że dzięki przychyłności Senatu Uniwersytetu Medycznego i staraniom wielu osób, w tym członków naszego Towarzystwa, prof. Karel Lewit z Pragi otrzymał tytuł Doctora Honoris Causa Uniwersytetu Medycznego w Łodzi.

Prof. Karel Lewit jest jednym z najwybitniejszych na świecie autorytetów w zagadnieniach patologii czynności narządu ruchu, twórcą wielu metod leczenia manualnego powyższych zaburzeń oraz zasłużonym nauczycielem i terapeuta. Szczególne zasługi posiada dla rozwoju medycyny manualnej w Polsce.

Nadanie tytułu Doctora Honoris Causa prof. Lewitowi jest zarówno uhonorowaniem jego wieloletniej działalności naukowej i dydaktycznej, jak i wyrazem uznania dla medycyny manualnej i jej znaczenia w rozwoju nauk medycznych.

Uroczystość wręczenia dyplomu odbyła się 18.12.2006 r. w Pałacu Poznańskich w Łodzi.

W imieniu uczniów
dr n. med. Jerzy Stodolny
prezes PTLMM

Po sukcesie w poprzednich Mistrzostwach Świata w Polsce wylatując na Maltę mieliśmy ogromne obawy gdzie jest nasze sportowe miejsce na tle innych ekip. Czy sukces w Gdyni nie był przypadkiem, ponieważ brało wtedy udział ok. 70 naszych tenisistów.

Osiągnęliśmy historyczny sukces zdobywając na Malcie 7 złotych medali, 2 srebrne oraz 9 brązowych. Niestety, organizatorzy nie uhonorowali zdobywców 3 miejsc żadnym pucharem, medalem ani też dyplomem, co stanowiło duże rozczarowanie dla zawodników, którzy wywalczyli to zaszczytne miejsce. Moralnie ten brązowy medal należał się tenisistom, którzy osiągnęli półfinał, dlatego wymieniam zdobywców nie ze statystyki, ale dla podziwu za ich wysiłek, umiejętności i determinację, że osiągnęli półfinałową drabinkę turniejową.

Złoty medal w turnieju dla dzieci zdobyła Julita Przybylska. Jeżeli pójdzie w ślady rodziców i dziadków, to mamy przyszłą mistrzynię. I my mamy „nasze złotka” w tenisie ziemnym: Agnieszka Widziszowska, Elżbieta Baszyńska, Bożenna Kędzińska – pokonanie każdej przeciwniczki to dla nich „bułka z masłem”. Nasze złotka pokonywały każdą przeszkodę z wielką łatwością zwyciężając swoją grupę wiekową.

Śledzenie historii turniejów tenisowych sprawiło, że przyzwyczailiśmy się do ich zwycięstw i ich medale były już wcześniej w kalkulowane w zdobycze medalowe naszej ekipy. Mamy już 3 złote medale w singlu kobiet. Czy dorównają im mężczyźni? Czy powiększą dorobek medalowy? Bardzo trudne zadanie, duża liczba tenisistów z innych krajów w przeszłości uprawiała tę dyscyplinę wyczynowo, a nawet reprezentowała swoje kraje na arenie międzynarodowej. Tym bardziej ogromny sukces odniósł Grzegorz Przybylski. Wspaniałe umiejętności tenisowe, spryt, zdolność przewidywania zagrań przeciwnika pozwoliły Grzegorzowi na zwycięstwo w swojej grupie wiekowej i zdobycie złotego medalu. Szczególnie jego mecz półfinałowy ze Słowakiem – graczem I-ligowym dostarczył wielu emocji licznie zebranej publiczności.

Liczyliśmy na złoty medal w grze mieszanej, tym bardziej że w parze grała Agnieszka Widziszowska z Michałem Jędrzejewskim. Agnieszka opromieniona złotem w singlu. Michał głodny zwycięstwa (w ćwierćfina-

le po zaciętym 3-setowym pojedynku przegrał z późniejszym triumfator Łotyszem). Przeciwnikiem polskiej pary był mixt austriacki. Znakomita zawodniczka do chwili obecnej reprezentująca swój kraj i zwalisty, ogromny trochę z nadwagą Austriak. Taktyka naszej pary była prosta: wszystkie piłki gramy na Austriaka. I tu był błąd. Wydawało się, że mało ruchliwy Austriak będzie łatwy do przejścia, a tu mur. Wszystkie piłki wracały na naszą stronę jakby odbijane były od ściany. Zmiana taktyki na nic się nie zdała, swojego partnera świetnie wspierała partnerka i mecz, który, wydawało się, zakończy się łatwym zwycięstwem, przyniósł niestety porażkę polskiej pary. Złość i rozgoryczenie wyzwoili sportową ambicję u Agnieszki i Michała.

Agnieszka wraz z Węgierką Bagi wygrały turniej deblowy, a Michał wraz z Ryszardem Stawickim zdobyli złote medale w turnieju deblowym.

Michał z Ryszardem stworzyli znakomitą parę, a ich mecz finałowy trzymał w napięciu wielonarodową publiczność. Znakomite zagranie po obu stronach siatki, bajeczna technika znamionowały mecz na wysokim poziomie sportowym. Radość ze złotego medalu była ogromna.

Piąty dzień turnieju i deszcz złotych medali dla ekipy polskiej. Elżbieta Baszyńska wraz Bożenną Kędzińską wygrały turniej deblowy. W takim składzie nie mogło być inaczej.

Zwieńczeniem sukcesu naszej ekipy było wybranie najlepszej zawodniczki turnieju. Została nią Agnieszka Widziszowska. Nagrodzona została pięknym pucharem.

Dorobek naszej ekipy byłby znacznie lepszy, jednak organizatorzy nie przerwali turnieju w czasie burzy wietrznej. Ogromna siła wiatru wypaczyła pojedynki i niejednokrotnie muirowani faworyci musieli pożegnać się z turniejem. Gorycz porażki osłodziły zwycięstwa kolegów. Dzisiaj oni wygrali. Jutro może nam uda się odnieść sukces.

Wspaniała atmosfera na Malcie. Wspólne wycieczki. Wspólne kibicowanie.

Następne Mistrzostwa Świata w San Diego. Musimy potwierdzić przynależność do ścisłej czołówki światowej, pokazać, że stanowimy awangardę w tenisie ziemnym w świecie lekarskim.

Krzysztof Migala
prezes Polskiego Stowarzyszenia
Tenisowego Lekarzy

Ogłoszenia sportowe

sport@gazetalekarska.pl

X Halowe Mistrzostwa Polski Lekarzy w Tenisie

odbędą się w dn. **3-5.03.2007 r. w Stalowej Woli**. Szczegółowe informacje: <http://www.pstl.org>, <http://mktstalowawola.republika.pl>. Serdecznie zapraszamy. **Kontakt: Alfred Micał 603-927-870, Jacek Kowal 502-39-18-18.**

Mistrzostwa Polski Lekarzy w Piłce Nożnej

organizuje OIL w **Łodzi** w dn. **26-27.05.2007 r.** Zapraszamy do udziału 6-osobowe drużyny z poszczególnych OIL. Ze względów organizacyjnych uprzejmie prosimy o wstępne potwierdzenie udziału do końca lutego br. u organizatora: **dr Mariusz Maroszyński, tel. 0-504-121-832.** Warunkiem uczestnictwa jest przesłanie wpisowego w wys. 1000 zł od drużyny w nieprzekraczalnym terminie do 31.03.br. na konto OIL w Łodzi: PKO BP SA I Oddział w Łodzi nr konta 98 1020 3352 0000 1602 0010 0362, z dopiskiem „Piłka nożna”. Szczegółowy program mistrzostw zostanie przesłany w kwietniu do zainteresowanych drużyn.

VII Mistrzostwa Polski Lekarzy w Siatkówce Halowej

organizuje OIL w **Łodzi** w dn. **20-22.04.2007 r.** Zapraszamy do udziału drużyny z poszczególnych OIL. Prosimy o wstępne potwierdzenie udziału do końca marca br. u organizatora: **dr Bogusław Rataj, tel. 0-602-57-40-99.** Warunkiem uczestnictwa jest przesłanie wpisowego w wys. 400 zł od drużyny w nieprzekraczalnym terminie do 31.03.br. na konto OIL w Łodzi: PKO BP SA I Oddział w Łodzi nr konta 98 1020 3352 0000 1602 0010 0362, z dopiskiem „Piłka siatkowa”. Szczegółowy program Mistrzostw zostanie przesłany w kwietniu do zainteresowanych drużyn.

VII Jurajski Rajd Rowerowy Lekarzy

OIL w Częstochowie zaprasza na kolejny rajd **po Jurze**. Rajd rozpoczynamy w **sobotę 2.06.2007 r.** Wyjazd na trasy rowerowe spod **hotelu „Ostaniec” w Podlesiach o godz. 10.00.** Przygotowano dwie trasy, odpowiednio 20 i 50 km. Obydwie wybrane ze szczególnym zwróceniem uwagi na walory widokowe i rekreacyjne. Każda z tras będzie pilotowana przez przewodnika PTTK. Rajd kończymy **ok. godz.17.30** spotkaniem integracyjnym na terenach piknikowych hotelu „Gościniec Jurajski” w Podlesiach. W trakcie spotkania zaplanowaliśmy ciekawy program rozrywkowy: tańce, śpiew, przeglądanie zdjęć z poprzednich rajdów i karaoke. Gwarantujemy pogodę, smaczny poczęstunek, dobrą zabawę, humor i bezpłatną opiekę medyczną. W **niedzielę, 3 czerwca** zaplanowaliśmy zwiedzanie **klasztoru na Jasnej Górze o godz. 12.00.** Koszt uczestnictwa w rajdzie, pikniku oraz wstęp do klasztoru - 50 zł dla dorosłych i 25 zł dla dzieci. Uczestnicy rajdu mogą zarezerwować noclegi w Zajeździe Jurajskim w Podlesiach, po przeciwnej stronie ulicy. Do dyspozycji są pokoje 2 i 4-osobowe, odpowiednio w cenach: 4-osobowe z łazienką - 120 zł, 2-osobowe z łazienką - 80 zł. Aby zarezerwować pokój, należy dokonać przedpłaty w wysokości 50 zł, doliczając ją do opłaty za udział w rajdzie i przekazać przelewem na konto OIL w Częstochowie, nr konta 82 1140 1889 0000 2433 3300 1001. W tytule wpłaty należy wpisać: udział w rajdzie (liczba) osób. Potwierdzenie wpłaty należy przesłać faksem na nr 34-365-41-20. Wpłaty można dokonać również osobiście w biurze OIL, ul. Waszyngtona 42 (II piętro). **Informacje: Rita Idziak, tel. 0-34-368-18-88, e-mail: pocza@cil.finn.pl, czestochowa@hipokrates.org, Tomasz Klimza, tel. 691-48-83-83.**

III Mistrzostwa Lekarzy w Pływaniu

odbędą się **20-21.04. 2007 r. w Dębicy**. Z pozdrowieniami lek. med. Krzysztof Marchewka. www.oil.org.pl/xml/oil64/tematy/aktual/r2007/debica

III Ogólnopolski Motocyklowy Zlot Lekarzy „DoctoRRiders” Pabianice 2007

odbędzie się w dn. **31.08.-2.09.2007 r. w Pabianicach k. Łodzi.** **Zgłoszenia pod adresem: OIL w Łodzi, ul. Czerwona 3, 93-005 Łódź, tel. +48-42-683-17-91 w. 120 lub e-mail: doctorriders@op.pl, www.oil.lodz.pl – link DoctoRRiders.** W zgłoszeniu proszę wpisać: imię, nazwisko, datę urodzenia, adres zamieszkania, miejsce pracy, specjalizację, telefon i mail kontaktowy, markę motocykla, rok produkcji oraz dane osoby towarzyszącej. Wstęp na teren zlotu tylko za zaproszeniami imiennymi! Termin przyjmowania zgłoszeń upływa 15.07.br. Organizator zapewnia: wyżywienie zlotowe i nocleg na kanadyjkach w namiotach wojskowych 10-osobowych, wieczorne spotkania, konkursy, koncert, paradę, ochronę. Istnieje możliwość zakwaterowania w hotelach na koszt własny (ceny promocyjne): Hotel MAX klasy turystycznej, tel. 48-42-215-96-76 (na terenie zlotu), Hotel Włóknarz * tel.+48-42-215-15-01, +48-42-212-10-58, ul. Grota Roweckiego 3, (1100 m od terenu zlotu), www.hotel.pabianice.pl, Hotel Piemont *** tel.+48-42-227-14-14, ul. Kilińskiego 25 (2000 m od terenu zlotu), www.piemont.com.pl. Termin rejestracji uczestników zlotu 31.08.br. od godz. 12.00. Opłata zlotowa: 100 zł od każdego uczestnika (kierowca), 50 zł osoba towarzysząca, tzw. Plecak, 50 zł kierowca – kobieta. Wpłaty na konto PKO BP SA I Oddział w Łodzi: 98 1020 3352 0000 1602 0010 0362, z dopiskiem „Zlot motocyklowy”, do 15.07.br. Wszystkich chętnych bardzo gorąco zapraszamy! Organizatorzy: Motocyklowy Klub Lekarzy DoctoRRiders

V Mistrzostwa Polski Lekarzy w Wędkarstwie Spławikowym

Beskidzka Izba Lekarska zaprasza na zawody, które odbędą się w 2 turach po 3 godziny **2.06.2007 r. (sobota) na zbiorniku Elektrowni Łaziska w Łaziskach Górnych (przy drodze Katowice-Wisła).** Istnieje możliwość treningu dzień wcześniej w godzinach popołudniowych oraz noclegu. **Dokładne informacje i zapisy Klaudiusz Komor, tel. 608-365-164, e-mail: kkomor@hospital.com.pl.** Wodomo cześć!

Kalendarz kursy, szkolenia, zjazdy

• **15.03.br.** o godz. 14.00, Warszawa, Dom Lekarza, ul. Raszyńska 54. Program szkolenia: *Możliwości diagnostyczne 16-rzędowej tomografii komputerowej. Możliwości diagnostyczno-terapeutyczne współczesnej radiologii interwencyjnej. Zastosowanie Calcium Score w wieńcowych chorobach serca.* Zgłoszenia: formularz rejestracyjny: www.enel.pl (> Dla lekarzy > Klub Lekarza), tel. nr 022-460-17-27 (w godz. 10.00-15.00), e-mail: agnieszka.sieradzka@enel.pl. Centrum Medyczne ENEL-MED zaprasza lekarzy **internistów i kardiologów** na bezpl. szkolenia organizowane w ramach „Klubu Lekarza” (ul. Raszyńska 54). Możliwość uzyskania 4 pkt. edukac. do Indeksu Doskonalenia Zawodowego. Informacje o kolejnych Klubach Lekarza: www.enel.pl. Szczegółowe informacje: Magdalena Szczypek, Euro RSCG Sensors, magdalena.szczypek@eurorscg.pl, tel.: 022-444-06-78, 0609-507-045, Anna Jakubowska, Euro RSCG Sensors, anna.jakubowska@eurorscg.pl, tel.: 022-444-06-68, 0697-704-696

• **17.03.2007 r.** Bydgoszcz. Centrum Onkologii im. prof. F. Łukaszczyka, ul. dr I. Romanowskiej 2, Fordon. Funduszezunii.eu, ul. Starowiejska 41-43 A/12, Gdynia, organizuje seminarium dotyczące **możliwości dofinansowania** wyposażenia gabinetów lekarskich oraz przychodni z **Funduszy Europejskich**. Koszt uczestnictwa 122 zł. Informacje i zgłoszenia: www.funduszezunii.eu Łukasz Aszyk, tel. 058-735-0-753, 0606-957-815, faks 058-735-0-755, e-mail: biuro@funduszezunii.eu

Mazowiecka Szkoła **Ultrasonografii**. Kursy praktyczno-teoretyczne

- **30-31.03. Niepłodność – diagnostyka i leczenie w prywatnej praktyce lekarskiej**
- **13-15.04. Doppler w ginekologii i położnictwie z diagnostyką wad płodu**
- **26-28.04. Echokardiografia w kardiologii**
- **25-27.05. Diagnostyka ultrasonograficzna w urologii** – warsztaty

W przygotowaniu kursy z ultrasonografii jamy brzusznej i diagnostyki dopplerowskiej. Kursy dają prawo do pkt. edukac. izby lek. Informacje i zapisy: 09-400 Płock, ul. Kwiatka 39/1, tel. 0602-122-513, www.mszu.pl lub e-mail: mazowiecka@mszu.pl

• **31.03.2007 r.** Szczecin, Hotel Novotel (sala Amber), Al. 3 Maja 31, godz. 11.00-14.00. PT Farmakologiczne Oddz. w Szczecinie oraz Sanum-Polska Sp. z o.o. zapraszają na konferencję: **Probiotyki i mikroorganizmy jako naturalne środki terapeutyczne**

• **31.03.2007 r.** Łódź, Hotel „Reymont”, ul. Legionów 81. Firma „Dr Mirosław Mrozowski” zaprasza na wykład: *Komunikacja pacjent – lekarz w praktyce periodontologicznej i implantologicznej*. Pkt edukac., wpłata 200 zł na konto 171240 1545 1111 0000 1165 4083. Informacje: e-mail: miroslaw.mrozowski@wp.pl, tel./faks 042-684-41-76, tel. 0602-267-513

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

Kursy podstawowe

- **13-15.04. Narządy powierzchowne szyi (tarczycza, ślinianki, węzły chłonne)**
- **26-29.04. Ultrasonografia gruczołu piersiowego**
- **10-13.05. Echokardiografia**
- **17-20.05. Ultrasonografia dopplerowska w neurologii (w tym TCD)**
- **31.05-3.06. Jama brzuszna**
- **14-17.06. Ultrasonografia dopplerowska naczyń obwodowych**

Kursy doskonalące

- **13-14.04. Echokardiografia: wada mitralna; wada aortalna**
- **21-22.04. Jama brzuszna – doppler: krążenie wrotne, tętnice nerkowe**
- **11-13.05. Usg dopplerowskie kończyn górnych, dolnych; przetoki tętniczko-żylne,**
- **18-20.05. Gruczoł piersiowy**
- **1-3.06. Ultrasonografia dopplerowska tętnic szyjnych, kręgowych i wewnątrzczaszkowych (TCD,TCCD)**

Prawo do pkt. edukac. izby lek. Nr konta: 92 1090 1362 0000 0000 3612 1908. Zapisy: Wielkopolska Szkoła Diagnostyki Obrazowej, tel./faks 061-819-25-00, tel. 0603-762-041, www.obraz.pl, e-mail: obraz@obraz.pl

• **11-12.05.2007 r.** Łódź. I Zakład **Medycyny Rodzinnej** UM w Łodzi oraz Studenckie Koło Naukowe przy I Zakł. Med. Rodzinnej UM w Łodzi organizuje *The First International Conference of Medical Students and Junior Doctors on Family Medicine* (I Międzynarodowa Konferencję Studentów Medycyny i Młodych Lekarzy nt. Medycyny Rodzinnej), dla studentów med. i młodych lekarzy, celem promocji badań naukowych związanych z med. rodzinną oraz międzynar. wymiany doświadczeń. Dla autorów najlepszych prac prezentowanych na konf. przewidziano nagrody, w tym m. in. po 500 euro dla najlepszych prac prezentowanych przez studenta oraz młodego lekarza. Informacje: www.zmr.lodz.pl

• **25-27.05.2007 r.** Podlaskie Stow. **Stomatologów** zaprasza na Podlaskie Spotkania Stomatologiczne Augustów 2007. Tematy: *Zmiany przednowotworowe, ewolucja, klasyfikacja, diagnostyka, różnicowanie i leczenie. Leczenie niechirurgiczne chorób przyzębia. Deformacje tkanek miękkich przyzębia. Krytycz-*

ne spojrzenie na wskazania do szlifowania zębów. Rozwiązywanie konkretnych problemów klinicznych. Od diagnozy do wyników leczenia. Współczesne schematy kompleksowego leczenia zapaleń przyzębia. Patologia jamy ustnej. Działanie jatrogenne lekarza i lekarza stomatologa. Leczenie protetyczne po rozległych zabiegach w obrębie części twarzowej czaszki. Periodontologiczne wydłużanie korony zęba - wskazania i procedura chirurgiczna. Implantoprotetyka dzisiaj – możliwości i ograniczenia. NIL dyskusja okrągłego stołu – przewodniczy dr n. med. Andrzej Fortuna. Koszyk świadczeń medycznych. Gwarancja i rękojmia w stomatologii. Uczestnik sympozjum otrzyma 23 pkt. szkoleniowe. Informacje: www.stomatolodzy-podlasia.pl, tel. 085-676-25-52.

• **25-26.05.2007 r.** Wojsk. Zespół Wypoczynkowy „Delfin” w Juracie. PT Immunologii Doświadcz. i Klinicznej Sekcja Immunomodulacji i Immunotoksykologii oraz Uniwersytet Warm.-Mazur. i Inst. Zdrowia Człowieka organizują IV Konf. Nauk.-Szkol.: **Immunomodulacja – badania doświadczalne i kliniczne**. Koszt uczestnictwa: 300 zł – dla uczestników, 80 zł – dla os. tow. Koszt pobytu: -zakwaterowanie: 55 zł/os./dobę. Pokoje 2-os. - wyżywienie: śniad. 10 zł, obiad 20 zł, kol. 10 zł. Adres do koresp.: Sekcja Immunomodulacji i Immunotoksykologii PT Immunologii Doświadczalnej i Klinicznej, Zabieniec, ul. Główna 48, 05-500 Piaseczno, Tel. 0695-12-30-11, tel./faks 022-756-2490, e-mail: krzykacz@infish.com.pl. Program konferencji przewiduje: doniesienia ustne (do 20 min), sesję plakatową (wielkość 70-100 cm). Doniesienia oryginalne w j. angielskim będą publ. w spec. nr. *Central European Journal of Immunology*, a w j. polskim w opr. książkowym wyd. przez Wydawnictwo Naukowe. Komunikat drugi, z podanym nr. konta bankowego będzie wysłany w marcu 2007 r. do wszystkich, którzy przesłali zgłoszenia. Streszczenia, doniesienia naukowe i artykuły należy przesłać e-mailem lub pocztą (na płycie CD) w terminie do 30 marca 2007 na adres do korespondencji.

• **10-12.06.2007 r.** Wiedeń. Uniwersytet Medyczny w Wiedniu. Organizowana przez The International Network on Children’s Health, Environment and Safety (INCHES) 4 Międzynarodowa Konferencja **Zdrowie Dzieci i Środowisko**. Tematy: *Globalne zagrożenia środowiskowe dla dzieci: Zaniedbanie powietrza w megamiastach, Zmiana klimatu a zdrowie dzieci, Zdarzenia ekstremalne: powodzie, katastrofy chemiczne, konflikty etc., Zatrucia metalami, Zatrucia pestycydami, Halas a zdrowie dzieci; Krytyczne okoliczności ekspozycji: Wpływ na embrio- i fetogenezę, Ekspozycja prenatalna, Wpływ na rozwój układu nerwowego, Wpływ na kancerogenezę; Środowisko: domowe; szkolne (opis przypadków), miejsce pracy (praca dzieci).* Konferencja odbędzie się w j. angielskim, zawiera wykłady i doniesienia ze wszystkich kontynentów. Program naukowy w godz. 9.00-19.30 z przerwami. Przewidziano 1 lunch w Hofburgu, 2 uroczyste kolacje (w Ratuszu i Min. Środowiska) oraz koncert w Pałacu Lobkovitzów w ramach opłaty zjazdowej. Informacje: Sekr. Naukowy: +43 50 8648 3878 c/o Julia Hellmann. Nadsyłanie abstraktów do 1.04.br. lub informacje tel. i e-mail w biurze ELTUR Wrocław, 071-344-16-92 lub 603-42-40-41, e-mail: biuro@eltur.wroc.pl. Wyjazd grupowy (co najmniej 35 osób) ze zniżką 66% opłaty zjazdowej dla uczestników grupy przyznany dla lek. polskich przez Komitet Org. Konferencji. Termin zgłoszeń w ww. Biurze do 30.04.br. wg kolejności.

• **15.06.2007 r.** Kraków, Muzeum Historyczne, Rynek Główny 35. Konferencja: **Wszczepialne pompy infuzyjne. Zastosowanie w leczeniu bólu przewlekłego i spastyczności. Leczenie wspomagające w rehabilitacji i pielęgnacji chorych**. Informacje i formularz rejestracyjny oraz zgłaszanie własnych obserwacji: www.symposium.pl/pompy. Za komitet organizacyjny dr hab med. Stanisław Kwiatkowski.

• **15-16.06.2007 r.** Hotel Magellan (50 km od Łodzi). Sekcja Echokardiografii i Kardiologii Prenatalnej PT Ultrasonograficznego oraz Mazowiecka Szkoła Ultrasonografii organizują Konferencję Naukowo-Szkoleniową: **Echokardiografia i Kardiologia Prenatalna**. Szczegóły: www.mszu.pl, www.fetalecho.pl, www.hotelmagellan.pl

• **16.06.2007 r.** w Pieninach. Uroczyste otwarcie na Zamku w Niedzicy 15.06. o godz. 18.00. **Hormony a Zdrowie Kobiet** – Konferencja org. przez Fundację Profilaktyki Endokrynologicznej (FPE) im. Jerzego Tetera przy współpr. Związku Lekarzy Polskich (ZLP) w Chicago. Tematyka m.in.: - *rola hormonów i zaburzeń lipidowych u kobiet w chorobach sercowo-naczyniowych, - wykrywanie zaburzeń hormonalnych, zapobieganie nowotworom hormonozależnym,-wpływ zaburzeń neuroendokrynnych na stan psychiczny kobiet - nieprawidłowe krwawienia, - hormonalne aspekty niepłodności, - ewolucja poglądów na terapię hormonalną u kobiet.* Rejestracja 250 zł (przyjęcie powitalne, lunch i przerwy na kawę), nie obejmuje zakwaterowania, wycieczek i imprez fakultatywnych. Zgłoszenia i opłaty do 15.04.br. Informacje: www.fpe.pl i na str. ZLP: www.zlpchicago.org. Zgłoszenia: Biuro Konferencyjne „Symposium Cracoviense”, 31-123 Kraków, ul. Krupnicza 3, www.symposium.pl, tel. 48-12-422-76-00, faks 48-12-421-3857. Komitet Org.: dr Ewa Wierzbowska, Warszawa (tel. 48-22-843-18-18, fax 48 22-8531165), prof. Ewa Radwańska, Chicago (tel. 1-312-907-67-37) dr Hubert Wolski, Zakopane (tel. 48-602-49-11-80)

• **20-22.09.2007 r.** Bydgoszcz. Collegium Medicum im. Ludwika Rydygiera w Bydgoszczy Uniwersytetu Mikołaja Kopernika, z okazji X-lecia Wydziału Nauk o Zdrowiu, organizuje Międzynarodową Konferencję Naukowo-Szkoleniową: **Europejski Wymiar Nauk o Zdrowiu**. Tematyka konferencji obejmuje szeroką problematykę dotyczącą zagadnień z zakresu **pielęgniarstwa, zdro-**

wia publicznego, dietytyki, ratownictwa medycznego i fizjoterapii. Odbędzie się sesja *Studenckich Kół Naukowych*. Zgłaszane prace, poddane ocenie recenzentów, będą drukowane w „Medical and Biological Sciences”. W trakcie konferencji odbędzie się kolegium wszystkich dziekanów Wydziałów Nauk o Zdrowiu w Polsce. Informacje: www.cm.umk.pl

Zapraszamy do udziału w kursie **bronchoskopowym** organizowanym pod patronatem Warszawsko-Otwockiego Oddziału PT Chorób Płuc. Część teoretyczna – wykłady. Część praktyczna – warsztaty endoskopowe w pracowniach warszawskich szpitali: CSK MON, CSK AM, IGiChP, CMKP, MCGiChP. Informacje: www.bronchoskopia.eu

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

Dolnośląska Szkoła **Ultrasonografii** (r. zał. 1993) – szkolenia w 2007 r. Informacje i zgłoszenia: Wrocławskie Centrum Promocji, ul. Śniadeckich 10, 51-604 Wrocław, tel. 0606-350-328, e-mail: r.baran@neostrada.pl, www.usg.webd.pl

• **25-27.10.2007 r.** Sopot, Wojskowy Dom Wypoczynkowy. Konf. nauk.-szkol. **psychologów i psychiatrów WP** nt: „*Miejsce psychologii i psychiatrii wojskowej w warunkach zmieniającej się armii*” org. przez Pododdział Psychosomatyczny 7 Szpitala MW z Przycz. SP ZOZ, we współpr. z Prac. Psychologiczną MW w Gdańsku. Cel: integracja środowiska psychologów, psychiatrów, lekarzy innych spec. zainteresowanych problematyką psychologiczno-psychiatryczną w WP, a także wymiana doświadczeń zawodowych. Tematyka: *1. Zadania psychologa w kontekście zmian w armii. 2. Specyfika pracy psychologa w JW, oddziale szpitalnym, poradni, pracowni psychologicznej i in. 3. Rola terapii i wsparcia psychologicznego w pracy z: żołnierzem służby zawodowej, żołnierzem służby czynnej, rodziną żołnierza. 4. Relacje między psychologami oraz między psychologiem a lekarzem. 5. Diagnostyka psychologiczna i psychiatryczna. 6. Psychoterapia PTSD, interwencja kryzysowa ASD. 7. Orzecznictwo sądowe i komisyjne. 8. Wypalenie zawodowe i zespół wyczerpania. 9. Rola psychologii i psychiatrii wojskowej w misjach pokojowych. 10. Psychologia i psychiatria w rodzajach sił zbrojnych. 11. Tematy wolne.* Zgłoszenia do 30.03.br. na adres Komitetu Org. wraz z kserokopią dowodu wpłaty. Streszczenia prac do 30.05.br. Prace będą wydrukowane w „Lekarzu Wojskowym”; pkt. edukac. Opłata - 300 zł do 30.03.br. (2 nocl., wyżywienie, akredytacja, impr. tow.), bez nocl. - 150 zł, z możliwością wykupienia posiłków na miejscu. Konto: Kredyt Bank S.A. O/Sopot Nr 85 15001706 12170001 4640 0000, koniecznie z dopiskiem „Konferencja psychologów i psychiatrów 2007”. Zgłoszenia pisemnie: Pododdział Psychosomatyczny 7 Szp. M.W. z Przycz., Sp ZOZ, ul. Polanki 117, 80-305 Gdańsk. Tel. 058-552-65-21, 058-552-64-46, wojsk. 216521 216446, faks 058-626-15-57, 058-552-64-57 wojsk. 261557 216457, e-mail: psychosomatyka@Tszmw.nazwa.pl

Centrum Edukacji **Ultrasonograficznej** CEDUS. Kursy w Ciechocinku w 2007 r.:

- **18-23.03. Doppler podstawowy**
- **22-27.04. Echokardiografia zaawansowany**
- **13-18.05. Doppler podstawowy**
- **8-12.05. Echokardiografia podstawowy**
- **23-27.05. USG brzucha podstawowy**
- **1-3.06. USG brzucha zaawansowany**

Informacje: www.cedus.edu.pl, tel. 022-646-41-56.

Mazurska Szkoła **USG i Ginekologii**. Kursy w 2007 r.:

- **25-30.03. USG w ginekologii i położnictwie dla początkujących**
- **19-22.04. Endokrynologia estetyczna**
- **25-28.04. Patologia i choroby sutka**
- **6-11.05. USG w ginekologii i położnictwie dla początkujących**
- **16-19.05. Diagnostyka USG w ginekologii i położnictwie – zastosowanie badań dopplerowskich**
- **24-27.05. Kolposkopia kurs dla początkujących**
- **30.05.-03.06. Endokrynologia z elementami niepłodności**
- **13-16.06. Patologia ciąży**
- **21-24.06. Kolposkopia kurs dla zaawansowanych**

Zapisy: 0504-075-804, www.usg.pisz.pl, usg@usg.pisz.pl

• **21.04.2007 r.** Ciechocinek. Klinika **Protetyki Stomatologicznej** AM w Poznaniu oraz Włocławskie Stowarzyszenie Lekarzy Stomatologów, pod patronatem Kujawsko-Pomorskiej OIL, organizuje kurs: *Kliniczne i laboratoryjne aspekty odbudowy utraconej wysokości zwarcia, ze zwróceniem szczególnej uwagi na przywrócenie prawidłowej okluzji i artykulacji*. Informacje i zgłoszenia: www.stomatologia.edu.pl, tel. 054-231-51-57, 054-231-04-16.

• **26-28.04.2007 r.** Lublin. II Kat. i Klin. Ginekologii AM w Lublinie organizuje Ogólnopól. Symp. Nauk. Sekcji Uroginekologii PT Ginekologicznego: **Uroginekologia XXI wieku**. Zakwaterowanie: www.ginoper.am.lublin.pl – linki do hoteli, formularze i warunki rezerwacji, tel. 0693-865-110, e-mail: martamonist@wp.pl. Informacje: www.ginoper.am.lublin.pl. Zgłoszenia udziału, prac naukowych i zam. zakwaterowania (na drukach dost. na str. internet. Sympozjum) należy przysłać na adres: Komitet Organizacyjny Sympozjum „Uroginekologia XXI w.” II Katedra i Klinika Ginekologii AM im. prof. Feliksa Skubi-

szewskiego w Lublinie, Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny nr 4, 20-954 Lublin, ul. Jaczewskiego 8, tel. 48-81-724-42-68, 724-46-86, 0502-074-198, 0604-793-902, faks 48-81-463-32-94, 724-48-49, www.ginoper.am.lublin.pl

• **31.03.-1.04.2007 r.** Kraków. Kurs: ***Diagnostyka obrazowa w pediatrii – obrazowanie ultrasonograficzne noworodków i niemowląt***, dla lek. **pediatrów i neonatologów** oraz **radiologów**. Informacje: Katarzyna Łojek, tel. 0692-250-484, www.kanacentrum.pl

• **16-18.04.2007 r.** Rzeszów. III Kurs: ***Diagnostyka i leczenie urazów narządu ruchu u dzieci i młodzieży***. W programie: Wykłady. Warsztaty – prezentacja technik: *zakładanie opatrunków gipsowych (gipsy tradycyjne i syntetyczne), gwoździe śródszpikowe ryglowane, śródszpikowe zespolenia elastyczne-stabilne (system Nancy-Metaizeau), stabilizatory zewnętrzne, prezentacje wideotechnik operacyjnych*. W praktycznej części kursu dot. zakładania nowoczesnych opatrunków unieruchamiających uczestniczy PT Specjalistów Imobilizacji. Wpłaty do 31.03.br. na konto: Fundacja „Prosto w przyszłość”, z dop. „Kurs”, Bank PKO S.A. II/O/Rzeszów Nr 26 1240 2614 1111 0000 3970 3578. Opłata za kurs 1200 zł. Zgłoszenia: dr hab. med. prof. UR Sławomir Snela, dr Paweł Bilski, Oddział Ortopedii i Traumatologii Dziecięcej, Szpital Wojewódzki nr 2, ul. Lwowska 60, 35-301 Rzeszów, tel./faks 017-866-41-11, tel. 017-866-41-98, e-mail: ssnela@szpital2.rzeszow.pl, pbilski@szpital2.rzeszow.pl, www.ekonferencje.pl/rzeszow2007/

• **17-19.05.2007 r.** WZW Jantar w Juracie. XXIV Konf. Nauk.-Szkol. **Ortopedów WP**. Tematy gł.: *Skostnienia pozaszkieletowe. Obrażenia kręgosłupa. Tematy wolne. Sesja plakatowa*. Przew. Kom. Org.: dr n. med. Jerzy Gawlikowski Ordynator Oddz. Siedziba Kom. Org.: Oddział Chirurgii Urazowej i Ortopedii, 7 Szpital Marynarki Wojennej SPZOZ, 80-305 Gdańsk, ul. Polanki 117. Konto konf.: PEKAŌ S.A. V/O/Gdańsk 84 1240 2920 1111 0000 4499 1111 (Konferencja Naukowa Ortopedów WP) tel./faks: +48 058 552 63 30, tel.: +48 058-552-63 68, 48 058-626-10-84, +48 501-12-80-80, e-mail: ortopedia@op.pl

• **24-27.05.2007 r.** Szczecin. VII Kongres **Medycyny Rodzinnej**. Informacje: <http://www.klrwp.pl/main.html>

• **14-15.06. i 13-14.09.2007 r.** Lublin. Klinika **Neurologii** AM w Lublinie, pod patr. Sekcji Neurosonologii PT Neurologicznego, organizuje kurs: ***Podstawy neurosonologii - badanie dopplerowskie tętnic wewnątrz- i zewnątrzczaszkowych. Kurs przezczaszkowej ultrasonografii dopplerowskiej*** (TCD) dla początkujących neurologów, chcących od podstaw nauczyć się *badania dopplerowskiego tętnic domózgowych oraz tętnic na podstawie mózgu za pomocą spektralnego badania dopplerowskiego („ślepego Dopplera”)*. 14 pkt. edukac. Informacje: www.szkolenia-medyczne.com.pl. Zgłoszenia przyjmuje SKOLAMED, tel. 081-534-71-48, faks 081-534-71-50, e-mail: medyczne@paiz.com.pl

• **27-29.09.2007 r.** Gierłoż k. Kętrzyna. Zakł. Psychologii i Promocji Zdr. Psychicznego IPiN w Warszawie organizuje II Ogólnopol. Konf. „**Promocja Zdrowia Psychicznego**”. Cel: próba określenia obecnego stanu promocji zdr. psychicznego i zapobiegania problemom związanym ze zdr. psychicznym w Polsce, przdest. wyników badań prowadzonych w tym obszarze, wymiana doświadczeń między osobami i instytucjami realizującymi promocję zdrowia psychicznego w Polsce, sprecyzowanie potrzeb w zakresie promocji zdr. psychicznego w Polsce. Proponowane grupy temat.: *planowane/realizowane programy promocji zdrowia i zapobiegania zaburzeniom psychicznym, aktualne badania dotyczące promocji zdrowia psychicznego i profilaktyki zaburzeń psychicznych, popularyzacja promocji zdrowia psychicznego w mediach, szkolenie profesjonalistów*. Informacje: www.ksieczycowydworek.pl. Zgłoszenie uczestnictwa oraz streszczenia wystąpień (do 200 wyrazów) na specjalnych formularzach: kokulicz@ipin.edu.pl. Termin zgłaszania wystąpień do 31.03.br. Opłata 350 zł (materiały konf., wyżywienie i dwa noclegi), do 31.05.br., na konto Instytutu Psychiatrii i Neurologii, ul. Sobieskiego 9, 02-957 Warszawa, Bank Przemysłowo-Handlowy S.A., Nowogrodzka 30, 00-693 Warszawa, nr konta 10 1060 0076 0000 4010 4000 9204, z dop. „Konferencja Promocji Zdrowia Psychicznego”. Kolejne komunikaty na: www.ipin.edu.pl; www.parpa.pl; www.ptp.org.pl; www.psychiatria.org.pl; www.cmppp.edu.pl oraz e-mail do osób, które zgłoszą uczestnictwo w konf. Potwierdzenie udziału w konf. prześlemy uczestnikom w czerwcu br. razem z dokł. programem konf., który będzie też umieszczony na ww. str. internetowych.

• **11-13.10.2007 r.** Kraków. II Środkowoeuropejski Kongres **Osteoporozy i Osteoartrozy**. XIV Zjazd PT Osteoartrologii i Pol. Fundacji Osteoporozy. Tematy: Osteoporoza, Osteoartroza, Tematy wolne. Języki wykł.: polski i angielski, tłum. symultan. Nads. streszczeń – 31.03.br. Wczesna rejestracja - 31.05.br. Standardowa rejestracja - 31.08.br. Informacje: Kom. Org., PT Osteoartrologii, ul. Kopernika 32, 31-501 Kraków, tel. 012-423-20-80, faks 012-430-31-53, www.osteoporoza.org, e-mail: krakow@osteoporoza.org.

• **9-10.11.2007 r.** w Pogorzeliu k. Kołobrzegu. Kom. Org. XXV Konf. Nauk.-Szkol. Sekcji Protetyki PTS organizuje konf.: ***Rehabilitacja protetyczna układu stomatognatycznego wg współczesnych metod zabiegowych i technologicznych***. Informacje: Zakł. Protetyki Stomatologicznej PAM w Szczecinie, 70-111 Szczecin, ul. Powstańców Wielkopolskich 72, tel. 091-466-17-15, faks 091-466-17-14, www.ams.edu.pl/XXVkp2007

u.bakowska@gazetalekarska.pl

A.B.E. Marketing Customer Service,
00-855 Warszawa, ul. Grzybowska 37A, tel. + 48 22-654-06-75,
faks + 48 22-652-07-67, www.abe.pl, info@abe.pl



Thieme Atlas of Anatomy.
General Anatomy and Musculoskeletal System
Michael Schuenke, Erik Schulte, Udo Schumacher,
Lawrence M. Ross, Edward D. Lamperti.

Thieme 2006, cena £ 43,00
Publikacja prezentuje nowatorski sposób przedstawiania anatomii człowieka. Zamieszczone w atlasie schematy uwidatniają konkretne struktury i przedstawiają ich koordynację w poszczególnych jednostkach funkcjonalnych. Atlas zawiera setki przykładów klinicznych.



Teaching Atlas of Chest Imaging
Mark S. Parker, Gerald F. Abbott,
Melissa L. Rosado De Christenson
Thieme Publishing Group 2006, cena £ 118,00

Praktyczny przewodnik po umiejętnym odczytywaniu obrazów klatki piersiowej i rozpoznawaniu najczęściej spotykanych zaburzeń jej funkcji. Książka pomaga w odpowiednim rozpoznawaniu chorób narządów klatki piersiowej oraz w prawidłowej ocenie podłoża procesów tych chorób.



Lung function
John E. Cotes, Martin R. Miller, David Chinn
Lung Function 2006, 6th edition, cena £ 125,00

Tekst tej publikacji w całości zredagowano na nowo by był bardziej czytelny i zrozumiały dla współczesnego czytelnika. Publikacja zawiera najnowsze materiały relacjonujące postępy w leczeniu funkcji płuc. Nowe edycje wzbogacone zostały większą ilością ilustracji i diagramów.



Cardiovascular Disease in Women
Hung N. Winn, Winn N. Winn, Hung N. Dellsperger,
Kevin C
Informa Healthcare 2006, cena £ 85,00

Publikacja dostarcza wszechstronnej syntezy obecnej wiedzy dotyczącej związania rozwoju choroby w zależności od płci. Zawiera także zaktualizowane orzeczenia badawcze, które bez wątplenia wpłyną na praktykę kliniczną.

Wydawnictwo Lekarskie PZWL
00-251 Warszawa, ul. Miodowa 10. Księgarnia wysyłkowa: 022-695-44-80,
infolinia 0801 142 080, ww.pzwł.pl, e-mail: promocja@pzwł.pl



Wczesne leczenie oparzeń
red. naukowa prof. dr hab. n. med. Jerzy Strużyna
wyd. I. Warszawa 2006, str. 326

Książka jest pierwszym w polskim piśmiennictwie całościowym opracowaniem dotyczącym leczenia oparzeń. Uwzględniono w niej postępowanie terapeutyczne we wczesnym okresie oparzenia zarówno na miejscu zdarzenia, jak i później w ambulatorium lub szpitalu. Wiele miejsca poświęcono patofizjologii, szczególny nacisk kładąc na rozwój zaburzeń organizmu w odpowiedzi na uraz oparzeniowy. Osobne rozdziały poświęcono terapii oparzeń u dzieci, a także zasady leczenia żywieniowego w ciężkich oparzeniach, wczesną rehabilitację oraz zespół wstrząsu pourazowego.



Podstawy farmakologii ogólnej. Zakażenia
Zbigniew S. Herman
Farmakologia i Farmakoterapia dla Lekarzy T. 1.
prof. dr hab. med. Zbigniew S. Herman
wyd. I. Warszawa 2006, str. 192

Seria przeznaczona dla lekarzy praktyków. Publikacja zawiera obok wprowadzenia do farmakologii ogólnej, informacje o najważniejszych antybiotykach aktualnie stosowanych w farmakoterapii różnych rodzajów zakażeń. Opisuje działanie, efekty niepożądane, dawkowanie i interakcje leków, wskazania i przeciwwskazania. W prezentowanych zagadnieniach autor opiera się na wynikach najnowszych badań naukowych jak i na własnym bogatym doświadczeniu klinicznym.



Atlas osadu moczu
mgr biol. Irena Węgrowicz-Rebandel
dr biol. Henryk Rebandel
wyd. I. Warszawa 2006, str. 124
Publikacja przeznaczona dla pracowników laboratoriów medycznych, którzy uczą się oceniania osadów moczu lub uczą tej procedury innych. Materiał fotograficzny zawiera maksymalną ilość elementów i ich form jakie można znaleźć w osadzie moczu.

Elsevier Urban & Partner
50-011 Wrocław, ul. Kościuszki 29, I piętro, tel. 071-330-61-61,
faks 071-330-61-60, www.elsevier.pl, e-mail: info@elsevier.com.
Zamówienia: +48 42 680 44 09, faks + 48 680 44 86

100 pułapek diagnostycznych w echokardiografii
Krzysztof Klimczak

red. I wyd. polskiego Piotr Hoffman, Wrocław 2006, str. 252
Autor koncentruje się na ograniczeniach badania echokardiograficznego wynikających z wielu przyczyn. W kolejnych rozdziałach autor w przystępny sposób przybliża najczęstsze pułapki, rozpoczynając od przypomnienia zasad fizycznych, z którymi związane są artefakty i błędy rejestracji doplewskich. Analizuje ograniczenia i trudności związane z obrazowaniem różnych patologii, obliczeń ilościowych opartych na pomiarach struktur serca i przepływów wewnątrzsercowych. Publikacja zaopatrzona w liczne tabele i zestawienia i staranne dobrane ryciny.



Choroby jamy ustnej. Diagnostyka i leczenie
Crispian Scully

wyd. I polskie pod red. Renaty Górskiej. Wrocław 2006, str. 588
Książka zawiera podstawy diagnostyki i leczenia zmian patologicznych w obrębie jamy ustnej i obszarze szczękowo-twarzowym. W publikacji materiał kliniczny przedstawiany jest w sposób przystępny i użyteczny, zawiera bowiem wiele praktycznych wskazówek dla lekarzy i studentów.



Patogeneza miażdżycy
Anna Skoczyńska

wyd. I. Wrocław 2006, str. 215
W opracowaniu opisano zmiany zachodzące w ścianie naczyń krwionośnych w postępującym procesie miażdżycowym i przedstawiono aktualny stan wiedzy na temat przyczyn i mechanizmów odpowiedzialnych za miażdżycę. Wszyscy zainteresowani patogenezą miażdżycy znajdą w tej książce wyjaśnienie przynajmniej niektórych problemów.



Ponadto nadesłano:

Bure i kolorowe dni. Pamiętniki
prof. dr hab. n. med. Tadeusz K. Zalewski
o-medica press, skr. poczt. 333, 43-300 Bielsko-Biała,
e-mail: poczta@alfamedica.pl, www.alfamedica.pl, s. 200

Tak się działo w drugiej połowie XX w., że studia medyczne i zawód lekarza rozwijały w absolwentach zainteresowania i umiejętności literackie i artystyczne, czego liczne przykłady spotykamy wśród żyjących nestorów medycyny, a także młodszych lekarzy. Autorzy dzieląc się przypadkami ze swojego życia najczęściej podkreślają, że pragną aby inni odnieśli z tego jakąś korzyść. I takiemu celowi ma służyć pamiętnik Prof. Zalewskiego od zawsze pracownika szpitala dla dzieci przy ul. Działdowskiej w Warszawie – szpitala o wielkich tradycjach. Autor stwierdza: *Pamiętniki są czytane chętnie, mają osobisty urok oddający nastrój i koloryt epoki. Pozwalają następnym pokoleniom nie tylko zanotować fakty, daty, czy nazwiska, ale także oddają marzenia, anegdoty i obyczaje... W pamiętnikach zawarte są czasem typowe dla epoki i uławiające późniejsze wycucie atmosfery szczegóły... Dlaczego nie przedstawić zakrętów historii Polski, w których żyłem? I losu osobniczego?*



Medycyna indiańska
Zdzisław Jan Ryn

wyd. I, Kraków 2007. **Wydawnictwo Literackie**,
31-147 Kraków, ul. Długa 1, bezpł. infolinia 0800 421 040,
księgarnia internetowa: www.wydawnictwoliterackie.pl,
e-mail: księgarnia@wydawnictwoliterackie.pl,
faks 012-430-00-96, tel. 012-619-27-70, str. 470, cena 49,99 zł
Autor – lekarz psychiatra, dyplomata, alpinista i podróżnik, w czasie swojej kilkunastoletniej wędrówki po krajach Ameryki Łacińskiej zgłębił wiedzę o kulturach Indian, szczególnym zainteresowaniem obdarzając medycynę tradycyjną tych ludów. Publikacja jest próbą przybliżenia świata medycyny tradycyjnej uprawianej od zarania kultur południowo-amerykańskich z jej bogatą faktografią, religią i mitologią oraz zróżnicowaną praktyką. Znajdują się w niej informacje o chorobach ciała i duszy, egzotycznych obrzędach, zwyczajach, wierzeniach, o sposobach leczenia chorób. Autor pokazuje jak można, czerpiąc z tego źródła, wzbogacić swoją wiedzę. Źródła informacji wykorzystane w książce dają pojęcie o ogromie pracy i wszechstronności badań. Są to relacje kronikarzy, podróżników, znaleziska archeologiczne, antropologiczne i etnograficzne, obserwacje własne prowadzone wśród tubylców, badania porównawcze współczesnej medycyny i medycyny tradycyjnej. Dodatkowym atutem książki jest 200 barwnych fotografii oraz estetyczna oprawa.



Fraszkojole i myśli nie zawsze uśmiechnięte
Jolanta Zareba-Wronkowska, wyd. I. Zagnańsk-Warszawa 2006, s. 126,
Świętokrzyskie Towarzystwo Regionalne, 26-050 Zagnańsk, ul. Gajowa 15,
e-mail: m.zarebski@neostrada.p, tel. 0602-467-948 (patrz nr 2/2007 „GL”, str. 45).

opr. md

Zjazdy koleżeńskie

AM im. Piastów Śląskich we Wrocławiu, rocznik 1982

Spotkanie koleżeńskie z okazji 25 rocznicy ukończenia AM, **2.06.2007 r.** (sobota). Opłata od absolwenta 250 zł, od osoby towarzyszącej na bankiecie 150 zł. Wpłaty na konto Dolnośląskiej Izby Lekarskiej we Wrocławiu: 17 1540 1030 2001 7753 6075 0001 do 31.03.br., z dopiskiem „Zjazd 1982”. Panie prosimy o podanie nazwiska obecnego oraz z okresu studiów. *Kontakt z organizatorami: Jolanta Zaleska, tel. 605-642-101, e-mail: jolza@poczta.onet.pl; Piotr Kołtowski MEDINET Dolnośląskie Centrum Chorób Serca, tel. 071-327-67-39; Patrycja Malec DIL we Wrocławiu, tel. 071-79-88-068, e-mail: patrycja.malec@dilnet.wroc.pl.* Wszelkie informacje o Kolegach i Koleżankach oraz ciekawostki z lat studiów na stronie internetowej: www.rocznik1982.prv.pl. *Za Komitet Organizacyjny: Piotr Kołtowski, Jolanta Zaleska.*

AM im. Piastów Śląskich we Wrocławiu, rocznik 1967

Spotkanie koleżeńskie z okazji 40 rocznicy ukończenia akademii, w dn. **18-20.05.2007 r. Hotel Nasz Dom w Polanicy-Zdroju**. Opłata od absolwenta/od osoby towarzyszącej: pt-nd z noclegami - 400 zł, sb-nd z noclegiem - 300 zł, pt-nd bez noclegów - 250 zł, pt-sb z noclegiem - 200 zł. Wpłaty na konto Dolnośląskiej Izby Lekarskiej we Wrocławiu: 17 1540 1030 2001 7753 6075 0001. do 31.03.br., z dopiskiem „Zjazd 1967”. Panie prosimy o podanie nazwiska obecnego oraz z okresu studiów. *Informacje: Patrycja Malec, DIL we Wrocławiu, tel. 071-79-88-068, e-mail: patrycja.malec@dilnet.wroc.pl. Za Komitet Organizacyjny: Irma Grenik-Sieklucka, Dorota Ryszkowska, Januarey Sieklucki, Krystyna Stępniewska, Ziemisław Stępniewski, Danuta Żytkiewicz-Jaruga.*

AM w Gdańsku, rok 1967

Spotkanie koleżeńskie z okazji 40 rocznicy ukończenia AMG, **22.09.br. w Gdańsku**. Opłata za uczestnictwo 450 zł. Wpłata na konto Raiffeisen Bank, nr konta 44 1750 0012 0000 0000 0385 8359 na nazwisko Barbara Ratajczak, ul. Kręta 17, 80-217 Gdańsk, do 10.04.br.

Wydział Lekarski UJ, rocznik 1945-49

Tegoroczne spotkanie koleżeńskie odbędzie się w **Krakowie 26.05.** (sobota). W programie **Msza św. o godz. 12.00 w nawie głównej bazyliki oo. Dominikanów**, poczem przejdziemy do Collegium Novum UJ na wspólny obiad w „Convivium”. *Zgłoszenie udziału w spotkaniu do 30.04.br. na adres: prof. dr hab. Helena Żygulska-Mach, ul. Friedleina 13 m. 6, 30-009 Kraków, tel. 012-633-31-28.*

AM w Gdańsku, rok 1977

Mija 30 lat od chwili, gdy w 1977 r. zakończyliśmy studia na AM w Gdańsku. Zjazd 30-lecia w dn. **15-17.06.2007 r. w Hotelu „Neptun” w Juracie**. *Kontakt z Komitetem Organizacyjnym: Barbara Szafran, Janusz Jakitowicz, ul. Raciborskiego 79, 80-215 Gdańsk, tel./faks 058-524-18-72, e-mail: janjak@esculap.pl, jjakit@amg.gda.pl, www.lekarze77.amg.gda.pl.*

ZJAZDY KOLEŻEŃSKIE W INTERNECIE www.absolventus.pl
Serwis pomoże Państwu zorganizować zjazd absolwentów. Przyjazny układ i ergonomiczna budowa umożliwiają szybkie wyszukanie informacji oraz dodanie informacji o nowym zjeździe.

Imprezy różne

Konkurs literacki UPPL rozstrzygnięty

Jury powołane przez Zarząd Główny Unii Polskich Pisarzy Lekarzy w składzie Barbara Szeffer-Marcinkowska (przew.), Jerzy Andrzejczak i Joanna Czajkowska-Słasko rozstrzygnęło konkurs literacki dla młodych (do 40 r.ż.) lekarzy, nie zrzeszonych w Unii. Jury postanowiło przyznać nagrodę w **dziedzinie poezji** Magdalenie Klijer z Lublina, a wyróżnienie Monice Midura-Dawidek ze Skarżyska Kościelnego. W **dziedzinie prozy** nagrodzono Ryszarda Augusta z Czeladzi za opowiadanie pt. „Kajtek”, a wyróżniono Jarosława Paśnika z Łodzi za opowiadanie pt. „Honorata”. Wręczenie nagród i dyplomów odbędzie się w siedzibie **OIL w Łodzi, ul. Czerwona 3, 2.03.2007 r. o godz. 18.00**, w czasie VII Ogólnopolskiej Biesiady Literackiej. (M.P.)

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