

3 2010

Gazeta
Lekarska

ISSN 0867-2146

Egzemplarz bezpłatny

Pismo Izby Lekarskiej

Tadeusz Chruściel (1926-2010)

*Na wszystkie choroby są jakieś lekarstwa,
ale na ból duchowy
jedynym jest drugi człowiek*



Nie kijem doktora, to kasą

Co miesiąc obiecuję sobie solennie, że zamiast warczyć z tej pierwszej strony, obwieszczę światu, że wreszcie rząd zrobił coś dobrego dla lekarzy.

Jestem cierpliwy i wyrozumiały, bo niejedno słyszałem i widziałem, ale zwolna tracę nadzieję, że taki miesiąc kiedyś nadejdzie. Najbardziej niesprawiedliwe były zawsze dla mnie chorobliwa podejrzliwość i brak zaufania władzy do lekarzy, choć ta sama władza, kiedy jej wygodnie, miała usta pełne frazesów o zawodzie zaufania publicznego. Najbardziej zaś bolesne było i pozostaje wciąganie lekarzy w machinę uludy i iluzji, że wielomiesięczne oczekiwania na wizytę specjalisty, roczne kolejki na podstawowe zabiegi, braki leków, a nawet miejsc w szpitalu, to przecież europejskie standardy lub co najwyżej tzw. przejściowe trudności, jak mawiano w minionej epoce, kiedy brakowało np. telewizorów, pralek i małych fiatów.

W Planie Rozwoju i Konsolidacji Finansów Publicznych na lata 2010-2011 rząd zapowiedział wprowadzenie kas fiskalnych dla lekarzy. Rządowe Centrum Legislacji przygotowuje projekt nowej ustawy w sprawie kas. Mówi się nawet, że kasy fiskalne trafią do gabinetów lekarskich już po wakacjach. Obowiązek stosowania kas fiskalnych mają, ex definitione – wszyscy przedsiębiorcy. Jednak zgodnie z rozporządzeniem ministra finansów z 19 grudnia 2008 r., obowiązującym do 31 grudnia 2009 r., pewne grupy podmiotów mogą być z tego obowiązku zwolnione. Dotyczy to m.in. prawników i lekarzy. Kas nie muszą stosować przedsiębiorcy, których obroty w poprzednim roku podatkowym nie przekroczyły 40 tys. zł czy firmy rozpoczynające prowadzenie działalności gospodarczej. „Wprowadzenie kas nie spowoduje wzrostu wpłacanych podatków” – czytamy w stanowisku Naczelnej Rady Lekarskiej. O co więc chodzi? – próbuje odpowiedzieć Agnieszka Katrynicz w artykule redakcyjnym „Kasy fiskalne na horyzoncie”.

Ale nie wszędzie nas tak nie lubią. Znad północnego wybrzeża Bałtyku, gdzie osiedliła się i pracuje w Szwecji i Danii naprawdę pokaźna diaspora polskich lekarzy, płyną krzepiące wiadomości. Adam Szląg, specjalista ginekolog-położnik ze szwedzkiego Malmoe, okazał się najpopularniejszym lekarzem w Szwecji w plebiscycie autoryzowanym przez „Dagens Medicin”, odpowiednik naszej „Gazety”. Wybrały go pacjentki, nie biuraliści! „Zręczny, sprawny, dyskretny, profesjonalista w każdym calu. Lepszego nie ma” – tak mówi o tym Polaku 67 tys. Szwedek. Cóż, nikt nie jest prorokiem we własnym kraju.

Znowu wracamy do badań klinicznych. Szczepan Cofta, nasz publicysta z Poznania próbuje obalić pogląd, że pacjenci – jako nieświadome króliki doświadczalne – nie zdają sobie sprawy z istoty prowadzonych badań klinicznych i są często nieuczciwie, uzyskując niepełną informację, do nich zachęcani i kwalifikowani. Przecież nie ma badań bez zgody. A może na sprawie kładzie się cieniem feudalna medycyna? Jest więc o czym poczytać i po co zadzwonić do redakcji, aby oczywiście się ze wszystkim nie zgodzić.

Marek Stankiewicz
naczelnny@gazetalekarska.pl

W numerze między innymi

Prezydium NRL	4
Okiem Prezesa	5
Rewizorzy ruszają do pracy	5
Komisje i Zespoły NRL	5
Sąd i rzecznicy też się wybrali	7
Tadeusz Lesław Chruściel	8-13
Co nowego w Brukseli?	13
Czas Wielkiego Postu i Zmartwychwstania	14
Kasy fiskalne na horyzoncie	16-17
U stomatologów	18-19
Specjalizacja z cierpliwości	20-21
Liczy się jakość, nie ilość	22-23
Kalejdoskop leków	24-25
Polowanie na badania kliniczne	28-31
Odbywanie stażu podyplomowego poza granicami Polski	30
Przychodzi lekarz do prawnika	32-33
Śladem naszych publikacji	36-37
Droga do Katynia	38-41
Lekarski sport	42-43
Kalendarz – kursy, szkolenia, zjazdy	44-45
Książki nadesłane	46-47
Praca – konkursy, zatrudnię, szukam	51-61
Ogłoszenia różne	60-61
Biuletyn NRL	49-50

Wesołego Alleluja!
życzy redakcja

Baza polskich lekarzy za granicą
www.polscylekarze.org

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

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

Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej



Prezes
Maciej Hamankiewicz

Lat 56. Doktor nauk medycznych, specjalista chorób wewnętrznych. Ordynator w Powiatowym Zespole Zakładów Opieki Zdrowotnej w Będzinie i adiunkt w Akademii Wychowania Fizycznego w Katowicach. Od 1993 r. we władzach Śląskiej Izby Lekarskiej jako skarbnik, wiceprzewodniczący i przewodniczący Okręgowej Rady Lekarskiej. Od czterech kadencji członek Naczelnej Rady Lekarskiej. Mieszka w Będzinie (woj. śląskie).



Wiceprezes
Romuald Krajewski

Lat 58. Doktor habilitowany nauk medycznych, specjalista neurochirurg. Docent w Centrum Onkologii – Instytut im. Marii Skłodowskiej-Curie. Długoletni przewodniczący Naczelnego Sądu Lekarskiego. W minionej kadencji również zasiadał w Prezydium NRL.

Aktualny wiceprezes Europejskiej Unii Lekarzy Specjalistów. Swoją działalność w samorządzie koncentruje na kształceniu i doskonaleniu zawodowym, współpracy międzynarodowej oraz zagadnieniach bioetyki i etyki lekarskiej. Mieszka w Rełgach pod Warszawą.



Wiceprezes
Anna Lella

Lat 42. Lekarz dentysta. Specjalista stomatologii ogólnej oraz paradontologii. Pracuje w indywidualnej praktyce lekarskiej. Długoletnia sekretarz ORL w Warmińsko-Mazurskiej Izbie Lekarskiej. W minionej kadencji wiceprezes NRL i przewodnicząca Komisji Stomatologicznej NRL. W działalności skupiona

głównie na sprawach zawodowych lekarzy dentystów oraz realizacji idei wolnego zawodu. Mieszka w Olsztynie.



Wiceprezes
Konstanty Radziwiłł

Lat 52. Specjalista medycyny rodzinnej. Starszy asystent w SZPZO Warszawa-Mokotów. W latach 2001-2009 prezes NRL, a wcześniej jej sekretarz. Od stycznia br. prezydent Stałego Komitetu Lekarzy Europejskich. W opinii współpracowników nie ma zagadnień, którymi by się nie interesował. Mieszka w Warszawie.



Sekretarz
Mariusz Janikowski

Lat 55. Specjalista chorób wewnętrznych i diagnostyki laboratoryjnej. Kierownik pracowni w Szpitalu Uniwersyteckim w Krakowie. W poprzednich latach sekretarz krakowskiej ORL, a ostatnio Naczelnej Rady Lekarskiej. Bardzo aktywny w pracach nad ordynacją wyborczą oraz internetową platformą edukacyjną. Redaktor naczelny Biuletynu NRL. Mieszka w Krakowie.

Zastępca sekretarza
Marek Jodłowski

Lat 59. Lekarz pediatra. Mieszka i pracuje w Wodzisławiu. W minionych dwóch kadencjach przewodniczący Rady w Świętokrzyskiej Izbie Lekarskiej.

Skarbnik
Andrzej Sawoni

Lat 56. Specjalista chirurg. Mieszka i pracuje w Ostrowi Mazowieckiej. Długoletni skarbnik i wiceprezes NRL. Aktywny również we władzach okręgowych w Warszawie.

Członek
Zbigniew Brzezina

Lat 58. Specjalista chirurgii dziecięcej. Zastępca ordynatora w Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym w Częstochowie. Zasiada w Naczelnej Radzie Lekarskiej od 20 lat. W latach 2001-2009 przewodniczył ORL. Interesuje się szczególnie zmianami systemowymi w ochronie zdrowia i kontraktami z NFZ. Mieszka w Częstochowie.

Członek
Marta Klimkowska-Misiak

Lat 40. Lekarz dentysta. Specjalizacja I stopnia w stomatologii ogólnej. Aktualnie wiceprezes Okręgowej Rady Lekarskiej w Warszawie. Mieszka w Gołyminie w pow. ciechanowskim.

Członek
Wojciech Marquardt

Lat 56. Doktor nauk medycznych, specjalista chorób wewnętrznych. Ordynator w Szpitalu Kolejowym w Katowicach. Długoletni przewodniczący Śląskiej ORL, wiceprezes NRL. W naczelnych władzach zasiada od 20 lat. W opinii współpracowników dokładny i skrupulatny w sprawach finansowo-budżetowych. Chciałby stworzyć ogólnopolski fundusz pomocy prawnej dla lekarzy we współpracy z towarzystwami ubezpieczeniowymi. Mieszka w Katowicach.

Członek
Stefan Sobczyński

Lat 65. Specjalista chirurgii dziecięcej. 40 lat pracy w zawodzie! Ordynator. Od 20 lat we władzach okręgowych Wielkopolskiej Izby Lekarskiej. W minionej kadencji przewodniczył Okręgowej Radzie. Mieszka w Poznaniu.



Rewizorzy ruszają do pracy

13 lutego br. na posiedzeniu inauguracyjnym zebrała się Naczelna Komisja Rewizyjna.

Przypomnijmy, że X Krajowy Zjazd Lekarzy wybrał 14-osobowy skład NKR, pozostawiając *vacat* dla jednego lekarza dentysty. Już po zakończeniu Zjazdu dwóch członków NKR zrezygnowało z udziału w pracach Komisji. Na ich miejsce dokooptowano do składu NKR Andrzeja Morlińskiego z Warszawy, który uzyskał kolejną liczbę głosów podczas wyborów zjazdowych. Przewodniczącym NKR został **Jarosław Zawiliński**, specjalista laryngolog z Krakowa. Wiceprzewodniczącymi wybrano: **Elżbietę Woźniak**, lekarza dentystę z Koszalina oraz lekarzy: **Andrzeja Kierzka** z Wrocławia i **Krzysztofa Tuszyńskiego** z Poznania. Sekretarzem został **Krzysztof Hajdo** z Kalisza, a jego zastępcą **Artur Puszek** z Krakowa.

Przypomnijmy, że: Zgodnie z art. 38 ustawy o izbach lekarskich Naczelna Komisja Rewizyjna:

1. kontroluje finansową i gospodarczą działalność Naczelnej Izby Lekarskiej,
2. przedstawia sprawozdania z działalności kontrolnej Krajowemu Zjazdowi Lekarzy,
3. sprawuje nadzór nad działalnością okręgowych komisji rewizyjnych,
4. zgłasza wnioski o udzielenie absolutorium Naczelnej Radzie Lekarskiej.

Wg art. 37 Przewodniczącemu Naczelnej Komisji Rewizyjnej służy prawo do udziału w posiedzeniach Naczelnej Rady Lekarskiej i jej Prezydium.

ms

Komisje i zespoły Naczelnej Rady Lekarskiej

Komisja **Etyki Lekarskiej** - **Stefan Bednarz** (Kraków)
Komisja **Finansowo-Budżetowa** - **Wojciech Marquardt** (Katowice)

Komisja **Kształcenia Medycznego** - **Jerzy Kruszewski** (Warszawa)

Komisja ds. **Lekarzy Emerytów i Rencistów** - *vacat*

Komisja **Stomatologiczna** - **Anna Lella** (Olsztyn)

Komisja **Organizacyjna** - **Ładysław Nekanda-Trepka** (Warszawa)

Konwent Prezesów Okręgowych Rad Lekarskich - **Jerzy Jakubiszyn** (Opole)

Komisja ds. **Młodych Lekarzy** - *vacat*

Komisja ds. **Kultury, Sportu i Rekreacji** - **Jacek Tętnowski** (Kraków)

Komisja **Legislacyjna** - **Zbigniew Brzezina** (Częstochowa)

Zespół ds. **Ubezpieczeń** - **Andrzej Cisko** (Poznań)

Zespół ds. **Lekarzy Zatrudnionych w Zakładach Opieki Zdrowotnej** - **Zdzisław Szramik** (Rzeszów)

Zespół ds. **Polityki Lekowej i Farmakoterapii** - **Krzysztof Kordel** (Poznań)

Zespół ds. **Praktyk Lekarskich** - **Jerzy Gryko** (Białystok)

Zespół ds. **Współpracy Międzynarodowej** - **Klaudiusz Komor** (Bielsko-Biała)

Okiem Prezesa



Felietonem tym chciałbym przywitać się z czytelnikami „Gazety Lekarskiej” czyli z Wami wszystkimi Koleżanki i Koledzy, lekarze i lekarze dentyści. Jak już zapewne wiecie X Krajowy Zjazd Lekarzy powierzył mi funkcję Prezesa Naczelnej Rady Lekarskiej. Dziękuję Wam wszystkim, którzy przez swoich Delegatów dokonaliście takiego wyboru, za okazane zaufanie. Postaram się Was nie zawieść. Zadanie, jakie postawiłem sobie na najbliższy czas, to przede wszystkim stworzenie dobrego zespołu ludzi gotowych do pracy. Prezydium NRL zostało już wybrane, niedługo skompletujemy skład komisji i zespołów problemowych. Zaczynamy codzienną, żmudną pracę na rzecz polskich lekarzy. Na pewno będziemy starać się zmienić wizerunek izb lekarskich wewnątrz środowiska. Musimy przekonać lekarzy, że samorząd lekarski jest ich silną reprezentacją i twardo broni ich interesów.

Ważną kwestią jest walka o większą ilość pieniędzy w systemie, bo zwiększone nakłady, to więcej pieniędzy dla wszystkich – dla pacjentów i dla lekarzy. Przy tak niskich nakładach, jakie mamy obecnie, pacjenci ponoszą szkodę, a lekarze miotają się pomiędzy możliwościami i chęciami. Taka ilość pieniędzy publicznych w systemie jak dotychczas nie pozwoli sprostać wymogom nowoczesnego systemu ochrony zdrowia, jakiego oczekują polscy pacjenci. Postulat ten powtarzany jest na kilku ostatnich Krajowych Zjazdach Lekarzy, Naczelna Rada podejmowała wiele inicjatyw, aby zwrócić uwagę decydentów na ten problem. Będziemy to czynić dalej – wierząc w skuteczność.

Sprawy bieżące, z którymi być może niedługo będziemy musieli się zmierzyć, to kwestia zmian podatkowych. Od jakiegoś już czasu docierają do samorządu lekarskiego sygnały o możliwości wprowadzenia obowiązku posiadania przez lekarzy i lekarzy dentystów prowadzących działalność gospodarczą polegającą na świadczeniu usług w zakresie ochrony zdrowia i opieki społecznej kas rejestrujących obroty i kwoty podatku należnego. Sygnały takie płyną z Ministerstwa Finansów oraz od premiera Donalda Tuska, który przedstawił niedawno Plan Rozwoju i Konsolidacji Finansów 2010-2011. Naczelna Rada Lekarska 12 lutego na swoim pierwszym posiedzeniu w tej kadencji stwierdziła, że obowiązek ten stanowiłby znaczące utrudnienie w wykonywaniu zawodów medycznych, natomiast nie przyniósłby oczekiwanych korzyści dla Skarbu Państwa.

Rejestracja zdarzenia podatkowego poprzez kasę ma sens w przypadku, kiedy kontakt pomiędzy dwiema stronami „transakcji” ma charakter anonimowy i sporadyczny. Tak dzieje się, na przykład, w przypadku taksówkarzy czy też zakupu prasy w kiosku. Relacje pomiędzy pacjentem a lekarzem ze swej natury opierają się na pewnej częstotliwości. Co zaś najważniejsze – w dokumentacji medycznej zawsze znajduje się dowód odbytej wizyty. Naczelna Rada Lekarska będzie monitorowała tę sprawę, aby lekarze nie byli poszkodowani poprzez wprowadzenie zapowiadanych zmian.

Na koniec zachęcam Was wszystkich, Koleżanki i Koledzy, do kontaktów z Waszymi okręgowymi izbami. W izbie naczelnej też jesteśmy do Waszej dyspozycji, z Waszymi kłopotami i radościami oraz z codziennymi sprawami.

Z koleżeńskim pozdrowieniem

Maciej Hamankiewicz

Pan wiceminister obrażalski

Na inauguracyjne posiedzenie Naczelnej Rady Lekarskiej VI kadencji zaproszona została minister zdrowia Ewa Kopacz. W jej zastępstwie resort reprezentował podsekretarz stanu Marek Twardowski. I jeśli ktoś miał nadzieję na informacje o planach rządu oraz przywrócenie właściwych relacji między ministerstwem a izbą, mocno się rozczarował.

Skandaliczną nieobecność na Krajowym Zjeździe Lekarzy przedstawiciela Ministerstwa Zdrowia dr Twardowski wytłumaczył brakiem indywidualnego zaproszenia dla wiceministrów. Gdyby takie zaproszenie otrzymał, to zapewne „zaszczyciłby” Zjazd swoją obecnością, bo jako delegat i wiceminister nie mógłby przedstawiać stanowiska ministerstwa.

Ciekawe, co na to lekarze z zielonogórskiej izby, którzy powierzyli mandat delegata na zjazd krajowy właśnie doktorowi Twardowskiemu. Tylko małe doświadczenie w administracji państwowej pana wiceministra tłumaczy brak wiedzy, że obecność przedstawiciela rządu odpowiedzialnego za zdrowie na krajowych zjazdach lekarzy (samorządów, stowarzyszeń) jest przyjętą normą nie tylko w Unii Europejskiej.

I choć w ankiecie delegata wyraził gotowość na ratowanie samorządu przed „umieraniem”, nie potrafił przedstawić swojego programu działania na rzecz izby i lekarzy.

Nie wahał się skrytykować całego dwudziestolecia reaktywowanego samorządu i osób, które uczestniczyły w jego powstaniu i działalności. I miało to miejsce kilkanaście minut po uczczeniu chwilą ciszy i zadumy odejścia na wieczny lekarski dyżur prof. Tadeusza Chruściela, który ponad 20 lat poświęcił samorządowi i jako ostatni opuścił obrady ostatniego krajowego zjazdu.

Wiceminister Twardowski dawał za przykład założone przez siebie stowarzyszenie, w którym składka dochodzi do 100 zł i życzył, podobnie jak w Porozumieniu Zielonogórskim, ponad 90% ściągłości składek. Porównanie doprawdy godne mistrza. Zamiast rzeczowego przedstawienia programu działalności ministerstwa otrzymaliśmy szereg kontrowersyjnych odpowiedzi na pytania członków NRL. Nie takich relacji oczekują lekarze od swojego ministra. Czy tylko protesty i strajki są drogą do dialogu? Pan wiceminister obraził się za felieton Marka Stankiewicza w lutowym numerze „Gazety Lekarskiej”, w którym został wymieniony jako wielki nieobecny na X Krajowym Zjeździe Lekarzy. I miał rację z tym przydomkiem „Wielki”, to redaktor Stankiewicz mocno przesadził.

Krzysztof Makuch

Nowa siedziba

Od września ub. roku organy samorządu lekarskiego w Zielonej Górze mieszczą się w nowej siedzibie. Latem 2008 r. zakupiono nieruchomość wraz z rozległą działką, na której swobodnie można zaparkować 50 aut. W całkowicie zmodernizowanym budynku do dyspozycji lekarzy znajduje się sala wy-

kładowa z zapleczem. I to nam na razie w zupełności wystarcza – zapewnia Anna Mackiewicz, jedyny w Polsce lekarz dentysta pełniący funkcję prezesa Okręgowej Rady Lekarskiej.



www.gazetalekarska.pl

www.gazetalekarska.pl

Sąd i rzecznicy też się wybrali



25 lutego br. w Warszawie zebrali się zastępcy naczelnego rzecznika odpowiedzialności zawodowej, którzy wybrali spośród siebie dwóch pierwszych zastępców: chirurga dziecięcego **Barbarę Baranowicz** i lekarza dentystę **Annę Tarkowską** (obie panie z Warszawy). Przypomnijmy, że NROZ wybrano na Zjeździe: **Jolantę Orłowską-Heitzman**, specjalistę patomorfologa krakowskiego Collegium Medicum UJ, która prowadzi tam zajęcia dydaktyczne z patomorfologii oraz zajęcia fakultatywne z prawa medycznego.

Do grona zastępców-lekarzy NROZ została wybrana **Wanda Wenglarzy-Kowalczyk**, której imię i nazwisko zostało błędnie wydrukowane w „GL” nr 2/2010 („Organy Naczelnej Izby Lekarskiej VI kadencji”, str. 11). Za pomyłkę serdecznie przepraszamy.



Nazajutrz na posiedzeniu plenarnym zebrał się Naczelny Sąd Lekarski. Przewodniczącym NSL został **Wojciech Łacki**, lat 54, ginekolog-położnik z Gniezna. Jego zastępcami w VI kadencji będą lekarze: **Jerzy Nosarzewski** z Warszawy, **Krystyna Adamczewska** z Bydgoszczy oraz lekarz dentysta **Adam Busch** ze Stalowej Woli.

(ms)

Tadeusz Lesław Chruściel

Jeden z najwybitniejszych polskich farmakologów. Profesor zwyczajny. Farmakolog kliniczny i doświadczalny. Doktoratem *honoris causa* Śląskiej Akademii Medycznej uhonorowany w 1996 r.

Tadeusz Chruściel urodził się 30 stycznia 1926 r. we Lwowie. Naukę rozpoczął w szkole podstawowej im. św. Antoniego oraz w gimnazjum i liceum (w latach 1943-44 na tajnych kompletach w czasie okupacji). Świadectwo dojrzałości typu matematyczno-przyrodniczego uzyskał już nie we Lwowie, lecz w Łańcucie, w 1944 r. Studia lekarskie ukończył na Uniwersytecie Jagiellońskim w 1951 r. Stopień doktora medycyny otrzymał w 1951 r. w AM w Krakowie, a stopień kandydata nauk medycznych w 1956 r. również w AM w Krakowie. W 1958 r. Centralna Komisja Kwalifikacyjna przyznała mu stopień docenta, wkrótce potem został samodzielnym pracownikiem naukowym w SAM. Tytuł naukowy profesora nadzwyczajnego otrzymał w 1966 r., zaś na nominację na profesora zwyczajnego musiał poczekać aż do 1990 r.

Pracę zawodową rozpoczął już w czasie studiów (1948 r.) w Zakładzie Farmakologii UJ w Krakowie. Od nowego roku akademickiego 1955 był kierownikiem Katedry Farmakologii SAM w Zabrze Rokitnicy. W roku akademickim 1959/60 Tadeusz Chruściel przebywał jako stypendysta Fundacji Rockefellera w Zakładzie Farmakologii Uniwersytetu w Oksfordzie, gdzie pracował w Laboratorium Biochemicznym.

W latach 1968-75 pracował w Światowej Organizacji Zdrowia w Genewie jako specjalista ds. środków odurzających i psychotropowych (1968-75), kierownik programu WHO dot. uzależnień lekowych (1975 r.), członek komitetu ekspertów WHO ds. alkoholizmu i zależności lekowych (1976 r.). Po powrocie do kraju w 1975 r. był kierownikiem Zakładu Leków Hormonalnych i zastępcą dyrektora w Instytucie Leków w Warszawie, a od 1981 r. jego



opracowań encyklopedycznych. Członek Komitetu Nauk Fizjologicznych PAN (1963-69) oraz Komitetu Terapii Doświadczalnej. Zastępca koordynatora XII problemu resortowego MZiOŚ „Nowe leki” (1975-83), koordynator i współautor planu problemu kierunkowego „Synteza i badanie właściwości farmakologicznych nowych związków o przewidywanym działaniu na układ krążenia oraz ocena konsumpcji leków krążeniowych” (1980), koordynator polski tematu opracowanego w ramach RWPG „Konsumpcja leków” (1981-85). Aktywny współpracownik wielu polskich i zagranicznych towarzystw naukowych, m.in. członek Polskiego Towarzystwa Fizjologicznego. Ceniony komentator „Gazety Lekarskiej”. Odznaczony Krzyżem Wielkim Orderu Odrodzenia Polski, Złotym Krzyżem Zasługi, Złotą Odznaką Honorową „Za zasługi dla Warszawy”.

Od 1980 r. należał do NSZZ „Solidarność”. W latach 1981-86 pracował w Komitecie Prymasowskim Pomocy Osobom Pozbawionym Wolności. *Leki, z zagranicy, miały w większości nieznane w Polsce nazwy. Trzeba było je odszukać w rozmaitych wykazach, zidentyfikować substancję aktywną tych leków, przetłumaczyć informacje na język polski i poszukać naszego odpowiednika. Ale także oczywiście sprawdzaliśmy ich daty przydatności, czy leki te są bezpieczne, czy ich opakowania nie zostały naruszone. Założyłem dla nich kartotekę. Rano wykladałem w Centrum Kształcenia Podyplomowego dla lekarzy, a popołudniami i wieczorami znakowałem i wydawałem leki. I tak przez sześć dni w tygodniu, przez sześć lat stanu wojennego. Ani ja, ani koledzy nie wzięliśmy za to ani grosza – wspominał „Gazecie Lekarskiej” prof. Chruściel.*

dyrektorem. W 1985 r. został kierownikiem Zakładu Farmakologii Klinicznej i Społecznej Centrum Medycznym Kształcenia Podyplomowego w Warszawie. W pracy naukowej Profesor zajmował się miazdzą, mechanizmami działania leków i interakcjami leków z lekami i z pokarmami, działaniami ubocznymi i mechanizmami zmian, właściwym użytkowaniem leków i racjonalną farmakoterapią, nadużywaniem i uzależnieniem od leków, dopingiem i narkomanią.

Profesor Chruściel jest autorem ponad trzystu prac naukowych, klinicznych i doświadczalnych, kilkudziesięciu artykułów poglądowych, skryptów, rozdziałów w podręcznikach i monografiach,



Po mrocznych latach stanu wojennego i dławieniu wolnościowych aspiracji Polaków nadszedł wreszcie rok 1989. 4 czerwca bez żalu pożegnaliśmy komunizm. Polskie Towarzystwo Lekarskie i lekarskie gremia solidarnościowe, ze związku zawodowego i komitetów obywatelskich rzuciły się entuzjastycznie do reaktywacji izb lekarskich. W 1989 r. wybrano prof. Tadeusza Chruściela w prawdziwych demokratycznych wyborach, na I Krajowym Zjeździe Lekarzy w Warszawie, pierwszym, po latach niebytu, szefem odrodzonego samorządu lekarskiego, prezesem Naczelnej Rady Lekarskiej. Od 1993 r. zasiadał w Komisji do Zwalczania Dopingu w Sporcie. Działal aktywnie w Zarządzie Głównym Katolickiego Stowarzyszenia Lekarzy Polskich. Udzielał się w Komitecie Terapii i Nauki o Leku Polskiej Akademii Nauk. Prezesował Fundacji Przeciwnowotworowej im. J. Wyzniera w Warszawie, która m.in. przesyła leki dla lekarzy na Ukrainie.

Wielokrotnie podkreślał, że w kwestii leków refundowanych niezbędna jest prawdziwa nowelizacja. „Analizę farmakoekonomiczną robi się jednokierunkowo – aby płatnik jak najmniej zapłacił. A to nie jest farmakoekonomika, lecz oszczędzanie płatnika. Nic więcej. Złe leczenie farmakologiczne, czy nie do końca skuteczne, często oznacza konieczność hospitalizacji, a ta dużo kosztuje” – przekonywał.

Zorganizował i prowadził do swych ostatnich dni Zespół Polityki Lekowej

i Farmakoterapii w Naczelnej Radzie Lekarskiej. Był mandatariuszem X Krajowego Zjazdu Lekarzy (styczeń 2010), w którym uczestniczył dzielnie aż do jego zamknięcia.

Od 1956 r. najlepszą i jedyną – jak sam potwierdzał – towarzyszką życia Profesora była lekarka, koleżanka z pracy, zakopianka z pochodzenia, pediatra i farmakolog, Marysia Śliz (doc. dr hab. med.). Państwo Chruścielowie doczekali się trojga wspólnych dzieci. Magda jest tłumaczem przysięgłym, pracuje w organizacji międzynarodowej w Genewie; Piotr jest profesorem fizyki na Uniwersytecie w Oksfordzie (Anglia), laureatem nagrody z matematyki Institut de France w 2003 r.; Wojciech, lekarz, były dyrektor Departamentu Traktatów Unijnych MZ, jest przedsiębiorcą prywatnym.

W latach 2001-05 zauważano go wśród 100 najbardziej wpływowych ludzi w polskiej ochronie zdrowia.

Nieprzejednany w walce o dobro pacjenta. Podkreślał, że ani człowiekowi, ani lekarzowi, ani farmakologowi nie wolno w pacjencie nie dostrzegać cierpiącego człowieka. „Na wszystkie choroby są jakieś lekarstwa, ale na ból duchowy jedynym lekarstwem jest drugi człowiek” – uważał Profesor.

ciąg dalszy na str. 10



Requiem dla Profesora

Śmierć zawsze przychodzi za wcześnie, zwłaszcza po ludzi wielkich i po tych, których kochamy. Bogactwo ról, jakie pełnił Pan Profesor, wielość inicjatyw, jakie podejmował, i ze znaną sobie konsekwencją i determinacją realizował, sprawia, że trudno uwierzyć, iż jeden Człowiek mógł uczynić tak wiele dobrych i ważnych rzeczy, że jedno życie wystarczyło, by tak wiele po sobie zostawić.

Profesor był I Prezesem odrodzonego samorządu lekarskiego. Przez wiele lat obserwowałem jego pracę i współpracowałem z nim w Naczelnej Radzie Lekarskiej. Profesor był blisko związany ze Śląskiem – na gruncie naukowym i osobistym. Nieczęsto się zdarza, aby uczelnia nadawała swojemu pracownikowi najwyższą godność akademicką. Dokonania i postawa Pana Profesora sprawiły, że dołączył do elitarnego grona Doktorów Honoris Causa Śląskiego Uniwersytetu Medycznego. Był Pan Profesor niezwykle skromnym Człowiekiem, którego dobroć, życzliwość i uśmiech pozostaną w naszej pamięci. Dziękujemy Profesorze za możliwość czerpania z Pana mądrości naukowej i życiowej. Dziękujemy, że mogliśmy zawsze liczyć na Pana życzliwe wsparcie, za wskazówki, jakie nam Pan dawał, za pasję i zaangażowanie w rozwój naszej izby lekarskiej, za kilkadziesiąt lat splecionych, wspólnych losów Pana i naszego samorządu.



www.gazetalekarska.pl

www.gazetalekarska.pl

fol. Krzysztof Wdowiak

Pisali o nim

Wielu Polaków, którzy przybyli do Lwowa na uroczystości X-lecia Stowarzyszenia Lekarzy Polskich, łączą z tym miastem bliskie związki. Młode lata spędził tu prof. Tadeusz Chruściel – pierwszy prezes reaktywowanego w 1990 r. samorządu lekarskiego w RP. Swoją pierwszą po wojnie wizytę we Lwowie złożył wkrótce po objęciu funkcji prezesa NRL. Po blisko 50 latach nieobecności we Lwowie zapragnął obejrzeć dom, w którym się wychowywał. Ówczesny dziekan Lwowskiego Uniwersytetu Medycznego prof. Mieczysław Grzegocki zaofiarował się zawieźć gościa z Polski we wskazane miejsce. Odnalezienie domu zajęło trochę czasu, ponieważ nikt z miejscowych nie pamiętał już przedwojennej nazwy ulicy. W końcu prof. Chruściel wskazał wilę: – To właśnie tu mieszkalem z rodzicami. Na to rektor ze zdumieniem: – Niemożliwe. Przecież ja tu mieszkam! Prof. Chruściel tego samego dnia miał okazję zjeść kolację w domu, w którym nie był pół wieku.

Tomasz Sienkiewicz, „Służba Zdrowia” nr 55-58, 19-30 lipca 2001 r.

Czym właściwie jest lek? Język angielski rozróżnia dwa słowa: drug i medicament, które po polsku tłumaczy się tylko jednym słowem: lek. Słowa drug używa się wtedy, gdy jest to substancja, która modyfikuje i zmienia jakkolwiek czynność biologiczną organizmu. I w tym sensie lekiem jest to wszystko, co zmienia jakkolwiek czynność biologiczną organizmu. Jednakże w pojęciu lekarza lek to jest medicament. A zatem jest to substancja, która zmienia czynności biologiczne organizmu, w kierunku korzystnym – poprawia zaburzone czynności lub zapobiega powstaniu szkód. Kiedy dyskutowano nad potrzebą i możliwościami refundowania przez budżet państwa kosztów za środki antykoncepcyjne, jako ekspert resortu zdrowia Profesor wyraził wówczas opinię: Można refundować z budżetu państwa, ale tylko za leki. A więc tylko za takie środki, które używane są jako leki. I tylko z tego powodu te trzy preparaty, które są środkami antykoncepcyjnymi i które są refundowane przez państwo, są refundowane dlatego, że są to leki. Pozostałe nie są lekami. Wskazuje to również na zasadniczą różnicę między hormonalną terapią zastępczą a środkami antykoncepcyjnymi. Widać przepaść: leczenie i nieleczenie.

Marek Kośmicki, „Lekarze o antykoncepcji i hormonoterapii”, „Nowy Przegląd Wszechpolski” nr 5-6/2001 r.

Śmierć zawsze przychodzi nie w porę, a mierzy się ją pustką, którą po sobie pozostawia... Wierzę, że po Tobie nie pozostanie pustka, bowiem pozostaniesz wśród nas na zawsze, wspierając nas w realizacji idei, chociaż brakować nam będzie Twojej fizycznej obecności.

Maciej Hamankiewicz

Odszedł niezwykle człowiek. Słyszałem o nim jako znakomitym farmakologu, ekspercie Światowej Organizacji Zdrowia, pierwszym Prezesie odrodzonego samorządu lekarskiego. Poznałem go jako starszego pana w kiepskim już na pierwszy rzut oka stanie zdrowia. Mimo oczywistych ograniczeń związanych ze stanem fizycznym był człowiekiem

o niezwyklej energii, z ogromnym zaangażowaniem oddanym sprawie naszego środowiska. Jego wiedza i pracowitość sprawiły, że do końca życia był aktywnym i niezastąpionym ekspertem NRL w sprawach farmakoterapii i polityki lekowej. Obaj jako „nocne Marki” często grubo po północy wymienialiśmy przemyślenia i opinie drogą mailową. Mimo dużej różnicy wieku staliśmy się przyjaciółmi – poza sprawami dotyczącymi samorządu, zbliżały nas podobne poglądy na wiele spraw ogólnych oraz przywiązanie do naszych rodzin.

Panie Profesorze, szkoda, że nie ma Pana z nami. Proszę o pamięć o nas spoza zasłony Tajemnicy. My Pana nie zapomnimy!

Konstanty Radziwiłł

Profesora poznałem w czasie burzliwego 1989 r. Wszystko działało się bardzo szybko. Najpierw spotkania „Solidarności” Służby Zdrowia, potem organizacja i pierwsze zjazdy odradzających się izb lekarskich. Pewnym zaskoczeniem był historyczny wybór Profesora na prezesa NRL, gdy nieobecność legendarnej prof. Zofii Kuratowskiej na I Krajowym Zjeździe Lekarzy przekreśliła jej szanse na objęcie tej funkcji. Jak często się zdarza, „Opatrzność czuwała”. Prof. Kuratowska zaangażowała się w dużą politykę, a prof. Chruściel w pełni poświęcił się izbie lekarskiej. Niemal wszyscy, którzy w tych trudnych, prawdziwie kryzysowych, czasach całe swoje siły oddali odbudowie demokratycznego Państwa Polskiego, szybko spotkali się ze zwykłą ludzką niecierpliwością i najczęściej nieuzasadnioną krytyką. Nie ominęło to również Profesora. Teraz z perspektywy czasu z całym przekonaniem muszę stwierdzić, że mieliśmy szczęście, gdyż był to właściwy człowiek na właściwym miejscu. Jego upór, pragmatyzm i erudycja były wtedy ważniejsze niż powszechne skłonności rewolucyjne. Ja sam także je przejawiałem, ale to dzięki osobowości nieodżałowanego Profesora mogłem później odczuwać satysfakcję z naszej wspólnej pracy pod Jego przewodnictwem. Niemal z niczego udało się stworzyć solidną materialnie i funkcjonalnie strukturę Naczelnej Izby Lekarskiej.

Bardzo mi żal, że odszedłeś, Drogi Tadeuszu. Osamotniłeś nas, a przecież tyle jest jeszcze do zrobienia. To, co zrobiłeś, było dobre, zasłużyłeś na odpoczynek w pokoju!

prof. Wojciech Maksymowicz
neurochirurg
dziekan Wydziału Medycznego
Uniwersytetu Warmińsko-Mazurskiego

Z Profesorem łączyła mnie długa i bardzo serdeczna przyjaźń, której początki sięgają lat stanu wojennego. o życzliwości, jaką mnie Profesor darzył i jego sympatii, niech świadczy fakt, że zwracał się do mnie bardzo prywatnym i znanym tylko najbliższemu imieniem: Marzeno. Najmocniej łączyła nas wspólna działalność w organizacji humanitarnej „Lekarze Świata”, która zawiązała się nieformalnie już w okresie stanu wojennego z inicjatywy francuskiej organizacji Medecins du Monde. W Polsce 1995 r. przekształcono ją w Stowarzyszenie Lekarze Nadziei. Ale dużo wcześniej w otwartej przez stowarzyszenie lecznicy dla bezdomnych przy

Sam o sobie

W życiu ani przez chwilę nie nudziłem się ani nie próżnowałem. Miałem swoje hobby: pływanie, kino, literatura, filatelistyka, gra w brydża. Nic nie przychodziło mi łatwo. Nie miałem moźnych protektorów, musiałem więc pracować, aby nie pozostawać w tyle i iść do przodu.

Naturalnie w życiorysie chce się przedstawić siebie jak najlepiej, pochwalić się osiągnięciami. Ale nieważne, czy piastowało się jakieś godności, czy zajmowało wysokie stanowiska. Ważne, co z tego wyszło, jak się z tego wywiązałem. Dziś największą radość sprawia mi, gdy na zjazdach lekarskich podchodzą do mnie siwi panowie i panie, przypominają, że słuchali moich wykładów, przyznają się, że byli moimi uczniami i chwalą za to, że bardzo dużo wymagałem, że musieli się uczyć, bo znajomość farmakologii okazała się im później bardzo przydatna. Zawsze mówiłem, że farmakoterapia jest tylko jedną z metod leczenia. z największą radością przyjąłem od Koleżanek i Kolegów nasze izbowe odznaczenia „Gloria Medici” i „Medici Medico” za pracę dla samorządu lekarskiego, dla naszej lekarskiej społeczności. Pomimo tej długiej historii życia nadal tęsknię do miasta mojego dzieciństwa – do przyjaznego, tak kiedyś tolerancyjnego Lwowa...

Wypowiedź na portalu Kongresu Polonii Medycznej

ul. Powsińskiej działał też punkt apteczny. Lekami, które docierały tu z darów, ich selekcją i opisem często zajmował się sam Profesor. Zawsze służył swoją wiedzą, był niezawodnym autorytetem. Był ekspertem! Niezwykle rzetelnym. Ostatni raz widziałam się z Profesorem w połowie stycznia w naszej Poradni Zdrowia dla Bezdomnych. Okazja była niezwykle; „Gazeta Stołeczna” świętując swoje 20-lecie w czasie urodzinowej imprezy wręcza nagrodę Stołek Roku – przyznawany ludziom, którzy robią coś dobrego dla Warszawy i jej mieszkańców. Tym razem stołek trafił do Lekarzy Nadziei, którzy prowadzą jedyną w Warszawie przychodnię dla bezdomnych. No i Profesor przybył na tę uroczystość. Nie przypuszczałam, że właśnie w tym dniu po raz ostatni usłyszę: Marzeno!

Maria Sielicka-Gracka
emerytowana pediatra i endokrynolog
przewodnicząca
warszawskiego oddziału Lekarzy Nadziei

dokończenie na str. 12 i 13

Tadeusz Lesław Chruściel

dokończenie ze str. 11

Mam w pamięci wiele barwnych opowieści o Profesorze, ale finał jednej z piękniejszych historii, jaka mnie z nim połączyła – a znaleźmy się od czasów Pierwszej „Solidarności” – miał miejsce całkiem niedawno. Sądzę, że jakieś dwa

lata temu. Odebrałam wtedy moje akta z IPN i studiując je odkryłam, że wspólnie z prof. Zofią Kuratowską i prof. Tadeuszem Chruścielą byliśmy objęci czy raczej rozpracowywani w ramach jednej akcji pod kryptonimem: Judym. Kiedy opowiedziałam o tym Profesorowi, był niezwykle tym ubawiony, ale i zadowolony. W końcu Judym to bardzo pozytywna postać i nie każdy na taki „epitet” może zasłużyć. Od kilkunastu lat nasze drogi krzyżowały się najczęściej w Katolickim Stowarzyszeniu Lekarzy Polskich – był członkiem Zarządu Głównego. Ostatnie spotkanie miało miejsce w czasie styczniowego Zjazdu Lekarzy. Siedziałam koło Profesora. Mieliśmy wtedy

bardzo osobistą rozmowę, zwierzyłam się z kłopotu, który mnie nurtował. Zawsze będę pamiętać jak wielką pociechę, wręcz ulgę poczułam po tej rozmowie. Profesor był po prostu niezwykle życzliwym i wrażliwym człowiekiem o wielkiej mądrości życiowej.

Anna Gręziak
doradca Prezydenta RP,
prezes Katolickiego Stowarzyszenia
Lekarzy Polskich

Profesorem Chruścielą połączył nas niezwykle okres w historii, kiedy po transformacji ustrojowej reaktywował się samorząd lekarski. Profesor był pierwszym prezesem NRL. To były pionierskie czasy, nie mieliśmy żadnego doświadczenia, a początkowo nawet lokalu. Pierwsze zebrania odbywały się w trzech ciasnych pokoikach zakładu farmakologii, gdzie Profesor pracował. Niewątpliwie natomiast przepełniał nas ogromny zapał. Dzisiaj myślę, że mieliśmy też dużo szczęścia, że prezesem naczelnej izby został właśnie Profesor. Człowiek ogromnie pragmatyczny i co ważne, dzięki swym doświadczeniom zdobytym podczas pracy w WHO, posiadający ogromną wiedzę tak potrzebną przy tworzeniu nowych struktur.

Bardzo dużo się od niego nauczyłam. Jego pracowitość była legendarna. Pamiętam jak w czasie obrad nie tylko im przewodniczył, ale równocześnie pisał uchwały, słuchał wypowiedzi kolegów, redagował kolejne dokumenty i sam zabierał głos w dyskusji. Miał ogromną podzielność uwagi. Pamiętam też, że miał ogromny autorytet – prosił siebie wyobrazić, że to do niego przychodzili wszyscy kolejni ministrowie zdrowia, aby się przedstawić! a było ich w tym okresie bardzo wielu.

prof. Ewa Tuszkiewicz-Misztal
pediatra z Lublina, sekretarz NRL
podczas prezesury prof. Chruściela

Profesora tak naprawdę poznałem dopiero w połowie lat dziewięćdziesiątych. Słyszałem wcześniej o nim niemało, również niezbyt pochlebnych opinii i niesprawiedliwych komentarzy osób z naszego izbowego establishmentu. Słyszę je również dziś. Nie chcę się mądrzyć. Nie pora na to. Mnie Profesor wzruszył naprawdę dwa razy. Po raz pierwszy, kiedy zgodził się przewodzić odrodzonej po latach poniewierki izbie lekarskiej, gdy odmówiła faworyzowana przez „Solidarność” i dawną opozycję

demokratyczną prof. Zofia Kuratowska, która przeżywała wówczas rozdwójenie jaźni: czy być wicemarszałkiem Senatu RP, czy przewodzić lekarzom, czy może lewicowej inicjatywie w Unii Demokratycznej. Drugi powód był już bardziej prozaiczny: palnąłem kiedyś gafę, ot tak za dużo mi się wyrwało w dyskusji na międzynarodowym spotkaniu lekarskim w Częstochowie. Tę moją wpadkę po chwili Profesor podchwycił i obrócił ją w żart. Odetchnąłem z ulgą, bo chyba wtedy zdrowo namieszałem. Był naszym komentatorem w sprawach polityki lekowej. Zgodnym, słownym, ale bardzo zasadniczym. Nie było w nim ani krzty wyniosłości.

Zapamiętam go jako halabardnika twardych zasad, wiernego Panu Bogu i Polsce, ale również Obywatela Wolnego Świata ufnego w entuzjazm i dobre intencje młodszych lekarzy, którzy podążają jego śladem. Jestem dumny, że zawsze zwracał się do mnie po imieniu.

Marek Stankiewicz
redaktor naczelny „Gazety Lekarskiej”

To był człowiek dużej miary. Farmakolog o światowej renomie, szef katedry farmakologii w mojej Śląskiej AM, dyrektor wydziału WHO w Genewie, a potem dyrektor Instytutu Leków. No i przede wszystkim pierwszy prezes odrodzonej Izby Lekarskiej. Ceniliśmy bardzo jego wsparcie dla Polonii Medycznej, a w szczególności środowiska lekarzy lwowskich. Osobiście, jako wychowanek tego samego liceum ogólnokształcącego w Łańcucie, miałem okazję do bardzo wielu kontaktów z Profesorem. Zarówno tych oficjalnych, jak i tych mniej, kiedy dyskutowaliśmy o problemach zawodu, zmianach w Polsce, możliwości wykorzystania doświadczeń zagranicznych dla dobra kraju. Dziesiątki i setki myśli sygnowanych emailami pozostaną, przypominając aktywne życie Profesora.

Odszedł Wielki Człowiek, który pozostawił po sobie bardzo wiele... Niech Mu ziemia lekka będzie, a kwiaty i drzewa niech śpiewają Mu wieczną pieśń aniołów.

prof. Marek Rudnicki
chirurg z Chicago
prezes Federacji
Polonijnych Organizacji Medycznych

Opracowanie całości:
Anna Augustowska
i Marek Stankiewicz

Co nowego w Brukseli?

Czy nowa Komisja Europejska będzie współpracować z lekarzami?



Jest już nowy rząd Unii Europejskiej. Nowym Komisarzem ds. Zdrowia czyli unijnym ministrem zdrowia został polityk maltański John Dalli. Jako nowy prezydent Stałego Komitetu Lekarzy Europejskich (CPME), będącego reprezentacją lekarzy z 27 państw UE i Europejskiego Obszaru Gospodarczego, zwróciłem się do niego z ofertą współpracy z naszym środowiskiem. Zgodnie z zasadą pomocniczości, UE nie ma wielu kompetencji w zakresie ochrony zdrowia. Jest jednak kilka obszarów, w których konieczna jest współpraca Komisji Europejskiej ze środowiskiem lekarskim. Przypominam zatem pokrótce, jakie są obecnie priorytety w zakresie ochrony zdrowia w Europie.

Nierówności w zdrowiu. Są one dostrzegalne nie tylko pomiędzy państwami członkowskimi, ale występują także wewnątrz nich i wyraźnie zależą od sytuacji zawodowej i społecznej obywateli. Mądre programy profilaktyczne, informacja kierowana do pacjentów, odpowiednio wykwalifikowana kadra medyczna oraz prawo do leczenia w sąsiednich regionach i krajach mogą wiele poprawić w tym zakresie.

Pakiet farmaceutyczny. Niezwykle ważne jest, aby w przygotowywanych właśnie aktach prawnych zapewnić pacjentom korzystającym z leków dostęp do obiektywnej, opartej na wiedzy naukowej, przejrzystej i nie mającej charakteru promocyjnego informacji. Dla zapewnienia bezpieczeństwa pacjentom należy jak najszybciej zbudować szczelny system ograniczający możliwość rozpowszechniania w Europie podrabianych leków.

Opieka transgraniczna. Europejski Trybunał Sprawiedliwości kilkakrotnie potwierdzał prawo pacjentów do korzystania z opieki zdrowotnej w innych krajach UE. Przygotowana w poprzedniej kadencji władz UE dyrektywa w tej sprawie nie uzyskała wystarczającego poparcia Rady UE.* Dla dobra obywateli UE trzeba kontynuować wysiłki na rzecz uzyskania takiego kompromisu, który umożliwi wprowadzenie jej w życie.

Pracownicy ochrony zdrowia. Dla zapewnienia bezpieczeństwa zdrowotnego obywatelom Unii niezbędna jest wystarczająca liczba wysoko wykwalifikowanej, motywowanej i odpowiednio wspieranej kadry medycznej. Wobec tego niezbędne jest podejmowanie wysiłków na rzecz stworzenia przyjaznego systemu kształcenia i podnoszenia kwalifikacji pracowników medycznych opartego na jednolitych standardach, a także zapewnienie im dobrych warunków pracy i wynagrodzenia. Celem powinno być utrzymanie wysokiej atrakcyjności zawodów medycznych.

Prewencja. Waga działań profilaktycznych dla zdrowia publicznego jest oczywiście nie do przecenienia. Dlatego należy wspierać akcje promocyjne na poziomie Unii skierowane na walkę z rakiem, chorobami serca i chorobami psychicznymi. Konieczne jest kontynuowanie prac na rzecz wprowadzenia wiążących regulacji UE w zakresie palenia tytoniu, spożywania alkoholu i znakowania żywności.

E-Zdrowie. Mobilność pacjentów, a także ogromny postęp w zakresie technik informatycznych stwarzają szansę wspierania ochrony zdrowia w takich obszarach jak opieka nad przewlekle chorymi, telemedycyna, e-recepty i inne. Popierając rozwój takich przedsięwzięć, nie można zapominać o konieczności brania pod uwagę szczególnych wyzwań, wśród których na pierwszym miejscu jest konieczność ochrony danych medycznych pacjentów.

Bezpieczeństwo pacjenta. Zdając sobie sprawę z tego, że nie da się uniknąć niepożądanych zdarzeń towarzyszących działaniom medycznym (w tym zakażeń, błędów diagnostycznych i terapeutycznych, usterek urządzeń medycznych), należy zwrócić uwagę na to, że znaczna ich część ma swoje źródło w nieprawidłowościach systemu ochrony zdrowia i organizacji pracy w zakładach opieki zdrowotnej. Wszystko to wymaga kontynuowania przez Komisję działań na rzecz stworzenia standardów dobrej praktyki w zakresie budowy zakładowych, krajowych i europejskich systemów bezpieczeństwa pacjentów.

We wszystkich tych zakresach CPME zgłasza gotowość do współpracy. Oczywiście nie będzie to możliwe bez eksperckiego wsparcia udzielanego przez zrzeszone w CPME narodowe organizacje lekarskie, w tym także przez polski samorząd lekarski.

Konstanty Radziwiłł

*Jednym z państw blokujących wejście w życie tej dyrektywy jest ciągle Polska. Obywatele polscy niewiele wiedzą o działaniach rządu w tej sprawie.



Prof. Tadeusz Chruściel spoczął w Alei Zasłużonych Cmentarza Wojskowego na Powązkach

fol. Mateusz Gajda

Czas Wielkiego Postu i Zmartwychwstania

Oby ten czas pokuty był dla każdego chrześcijanina czasem prawdziwego nawrócenia i intensywnego zgłębiania tajemnicy Chrystusa... (Benedykt XVI, Orędzie na Wielki Post 2010)

O kres liturgiczny określany mianem Wielkiego Postu jest czasem nieustannego wzywania i zachęty do coraz głębszego zjednoczenia z Chrystusem. Ten czas, umartwienia i pokuty, ma przybliżać każdego chrześcijanina do Tego, który swoje życie oddał za nas. Oddał – dla naszego zbawienia. Rozważanie tajemnic męki, śmierci i zmartwychwstania Pana towarzyszyło od najdawniejszych czasów człowiekowi, chcącemu zgłębić tajemnicę Chrystusa i dążącemu do nawrócenia swojego serca na drogi prawdy, dobra i piękna.

Istnieje piękna piosenka, opiewająca bohaterstwo żołnierzy walczących pod Monte Cassino, a w niej taki fragment:

*Bo wolność krzyżami się mierzy,
historia nienajeden zna błąd.*

Bo wolność krzyżami się mierzy i miarą wolności ludzkiej staje się krzyż na Golgocie, krzyż, na którym umiera Zbawca, przynosząc rodzajowi ludzkiemu wolność od zła, które na nim ciąży. To prawda, że krzyż zatknięty ręką ludzką na Górze Golgoty był błędem historii. Ale stało się to wszystko ku naszemu zbawieniu. Dlatego w Wielkim Poście adorujemy krzyż, niesiemy go na drodze krzyżowej, by odzyskać wolność utraconą w szamotaninie ludzkiego życia. A wolność ta odbija się od szczytów kalwaryjskiego wzgórza aż po Jerozolimę, i aż na krańce świata. Umierający na krzyżu Zbawiciel obwieszcza swoją ostatnią wolę, przemawia do najbliższych, zostawia swój testament, skierowany do

trzech kategorii ludzi: nieprzyjaciół, grzeszników i świętych.

Jak ma pojąć ten testament lekarza? Gdy serce zamyka się i gorzknieje pod wpływem doznanых krzywd i urazów. Czy stać mnie na słowa: *Ojcze, odpuść im, bo nie wiedzą, co czynią...* Trudno jest pojąć testament Jezusa, chociaż wszyscy wiemy, że ostatecznie zawsze chodzi o ten jeden, jedyny krzyż, który Chrystus własnymi rękoma, na własnych plecach wyniósł sam. Tak właśnie wolność krzyżami się mierzy. Moje życie związane jest z krzyżem. Tę prawdę przypominamy dziś ku pokrzepieniu serc: gdy rozpoczynamy modlitwę, gdy zaczynamy pracę wśród chorych, gdy ruszamy w drogę... Zbyt wysoko sięga krzyż, by mógł doznać hańby przez człowieka.

W Wielkanoc usłyszymy: *Przestań się lękać – byłem umarły, a oto jestem żyjący.*

Krzyż okazał się zwycięski! Chrystus zmartwychwstał. *Resurrexit tertia die... Trzeciego dnia zmartwychwstał. Otrzymacie już łzy, płaczący...*

Pragnę życzyć Redakcji i wszystkim drogim lekarzom, aby w te Radosne Święta Wielkanocne spróbowali oderwać się od lęków, zgryzot dnia codziennego. Jesteście tą częścią wspólnoty polskiej, która dzisiaj doznaje największych rozterek, wahań, lęków. Ale może to właśnie Wy – polska inteligencja – macie pozwolić, aby blask Zmartwychwstania wyprostował Wasze pochylenie.

*Z bliskości serc i modlitwy
Wasz duszpasterz*

ks. Józef Jachimczak CM

Warszawa, 14 lutego 2010 r.



Mistrz wrocławski, Dźwiganie krzyża, kwatera poliptyku Strzegomskiego

Polak najpopularniejszy w Szwecji

Znad północnego wybrzeża Bałtyku, gdzie mieszka i pracuje naprawdę pokaźna diaspora polskich lekarzy, płyną krzepiące wiadomości. Adam Szela, specjalista ginekolog-położnik, okazał się najpopularniejszym lekarzem w Szwecji w plebiscycie portalu internetowego Doktorsguiden.



Ponad 60 tys. pacjentów miesięcznie pociąga i wypowiada się o pracy i zaangażowaniu 33 tys. lekarzy. Dr Szela jeszcze przed rokiem cieszył się szóstym miejscem w rankingu. Teraz jest najlepszy.

– Wyróżnienie cieszy, ale ja nie czuję się najlepszy. Po prostu lubię swoją pracę, a pacjentom poświęcam sporo czasu. Czasem nawet zapominam o przerwie na kawę, a jeśli potrzeba pracuję 12 godzin dziennie – zwierza się reporterowi „Dagens Medicin”, odpowiednikowi naszej „Gazety Lekarskiej”.

Na portalu aż roi się od komplementów. „Zręczny, sprawny, dyskretny, profesjonalista w każdym calu. Lepszego nie ma” – komentują pacjentki.

Adam Szela ma 52 lata i jest absolwentem Akademii Medycznej w Łodzi (1983). Po uzyskaniu specjalizacji z ginekologii i położnictwa w Klinice Ginekologicznej WAM nie chciał czekać na etat w Centrum Zdrowia Matki Polki. W 1987 r. wyjechał z rodziną do Szwecji, gdzie pracował w klinikach

ginekologicznych w Malmö i Lund. W 1995 r. dorobił się kolejnej specjalizacji z ginekologii onkologicznej. Od prawie 10 lat prowadzi prywatną praktykę w Medical Centre Ellenbogen w Malmö. Pochodzi z rodziny lekarskiej. Mama jest emerytowanym lekarzem pediatrą, żona Beata ordynatorem w klinice uniwersyteckiej w Malmö, a córka Jessica studiuje medycynę w Gdańsku i za rok też będzie lekarzem.

– Zawsze podkreślałem, że jestem Polakiem i wykształcenie medyczne uzyskałem w Polsce. Moja nobilitacja może być potwierdzeniem dla polskich lekarzy, że swoim wykształceniem, wiedzą i sposobem podejścia do pacjenta nie tylko dorównują zachodnim lekarzom, ale ich nierzadko przewyższają.

To wyróżnienie to również nobilitacja całej Polonii w Skandynawii oraz doskonała promocja Polski na świecie – powiedział nam laureat.

Marek Stankiewicz

REKLAMA

REKLAMA

Kasy fiskalne na horyzoncie

Agnieszka Katrynicz

Najprawdopodobniej od 2011 r. zarówno lekarze, jak i prawnicy będą musieli stosować urządzenia fiskalne. Zdaniem ekspertów kasy u lekarzy i prawników to zły pomysł. Środowisko lekarskie od dawna protestuje przeciw temu rozwiązaniu.

Cheć takiej zmiany potwierdza projekt ustawy o ograniczaniu barier administracyjnych dla obywateli i przedsiębiorców, który znowelizuje m.in. ustawę o podatku od towarów i usług. Ponadto do ustawy o VAT zostaną przeniesione regulacje dotyczące zwolnień z obowiązku stosowania kas fiskalnych. Dziś tę materię reguluje rozporządzenie. – Chcielibyśmy pod koniec I kwartału 2010 r. przedstawić projekt nowego rozporządzenia, które zawęzi zakres zwolnień ze stosowania kas. Chcemy objąć obowiązkiem stosowania tych urządzeń jak najszerszą grupę podatników – podkreśla Maciej Grafowski, wiceminister finansów.

– Minister finansów nie podjął jeszcze ostatecznej decyzji – tłumaczy z kolei

Marek Twardowski, wiceminister zdrowia. – Chociaż wiem, że wpływają do niego skargi na nierówne traktowanie podmiotów, bo np. taksówkarze, którzy mają znacznie mniejszy obrót, kasy mają, a wszystkie grupy podatkowe powinny być traktowane jednakowo.

Zbyteczny wydatek

Lekarze nie chcą stosować tych urządzeń w swojej praktyce, bo uważają to za zbyteczne.

– Każdy, kto ma gabinet lekarski, powinien zarejestrować działalność gospodarczą, wystawiać rachunki i rozliczać się z fiskusem. Jeśli ktoś jest nieuczciwy, powinna to wykryć kontrola z urzędu skarbowego czy urzędu kontroli skarbowej. Zakładanie z góry, że wszyscy są nieuczciwi,

jest niemoralne – stwierdza Henryk Domagała, lekarz prowadzący gabinet lekarski w Pińczowie, na co dzień pracujący w specjalistycznym szpitalu Górka Busko-Zdrój. Według niego wprowadzenie kas fiskalnych w gabinetach lekarskich nie znajduje żadnego uzasadnienia. Koszty wprowadzenia tych urządzeń musiałyby się rozłożyć również na pacjentów. Z pewnością wydłużyłby się czas przyjęć.

– Myśląc o opiece medycznej trzeba zastanowić się nad podnoszeniem standardów w traktowaniu pacjentów. Wprowa-

dzenie kas fiskalnych nie ma z tym nic wspólnego. Pomysł na kasy u lekarzy mógł zrodzić się tylko w umyśle osób, które z medycyną nie mają nic wspólnego – komentuje Domagała.

Co ciekawe podobnego zdania są eksperci od podatków. – Organy chcą wykorzystać kasy do kontroli deklarowania przychodu przez lekarzy. Jednak są to usługi zwolnione od VAT, a lekarze i tak prowadzą karty pacjentów, wypisują im recepty, a pacjent zawsze może poprosić o rachunek. Wprowadzenie kas odbija się głównie na pacjentach, czy to w cenie usług, czy większych kolejkach, bowiem wystawienie paragonu często trwa tyle co prosta porada czy badanie – mówi Andrzej Nikończyk, doradca podatkowy w Kancelarii Kolibski Nikończyk Dec & Partnerzy.

Także zdaniem Janusza Fiszera, partnera w Kancelarii Prawnej White & Case i docenta UW, objęcie obowiązkiem posiadania kas lekarzy i prawników to niezbyt szczęśliwa koncepcja. Te dwie ogólne kategorie zawodowe obejmują przecież dziesiątki różnych sytuacji, gdzie zastosowanie kasy fiskalnej jest niemożliwe albo bezprzedmiotowe, np. radca prawny lub doradca podatkowy obsługujący wyłącznie przedsiębiorców, a więc wystawiający za swe usługi fakturę VAT, a nie paragon z kasy fiskalnej, albo np. lekarz jadący na nagłą nocną wizytę lekarską do chorego. Czy w takiej sytuacji będzie zabierał ze sobą przenośną kasę fiskalną? To byłby już zupełny surrealizm.

Samorząd mówi „nie”

Podobne argumenty można znaleźć w stanowisku Naczelnej Rady Lekarskiej z lutego br. Wprowadzenie kas rejestrujących stanowiłoby znaczące utrudnienie w wykonywaniu zawodów medycznych, natomiast nie przyniosłoby oczekiwanych korzyści dla Skarbu Państwa. Wśród lekarzy i lekarzy dentyistów prowadzących działalność gospodarczą bardzo duża część rozlicza wszystkie przychody wystawiając faktury albo korzystając z karty podatkowej. Wprowadzenie kas nie spo-

rys. Małgorzata Gnyś



woduje wzrostu wpłacanych podatków. Natomiast zwrot kosztów zakupu kas byłby bardzo znaczącym wydatkiem dla budżetu, ponieważ bardzo wielu lekarzy i lekarzy dentyistów łączy zatrudnienie w ramach umowy o pracę z działalnością gospodarczą, aby uzupełnić niskie wynagrodzenia i obowiązek zakupu kasy objąłby ponad 100 tys. osób i podmiotów – czytamy w stanowisku. – Niby czym kasa różni się od tego, co lekarz wpisuje w dokumenty dziś? To jedynie nabijanie pieniędzy producentom kas – podkreśla Andrzej Sawoni, skarbnik NRL, na co dzień dyrektor szpitala w Ostrowi Mazowieckiej.

Czy wprowadzenie kas fiskalnych utrudni prowadzenie gabinetu?

Łukasz Tyszler, lekarz dentyista ze Szczecina

Spora grupa lekarzy pracuje dziś na kontraktach, czy to znaczy, że mają mieć kasy fiskalne, tylko że będą je trzymać w domu? Jeśli zaś chodzi o tych lekarzy, którzy mają gabinety, to przybędzie im jeszcze jeden sprzęt. Zupełnie zresztą niepotrzebny, bo pacjenci nie są zainteresowani braniem rachunków. Zakup kasy będzie więc niepotrzebnym wydatkiem. Nie sądzę także, że drastycznie zwiększą się wpływy z podatków, bo mnie – jak i większości lekarzy – zależy na rzetelnym udokumentowaniu swoich dochodów, chociażby po to, by móc ubiegać się o kredyty itp. Jedyne, co się zmieni, to ceny usług, które zdrożeją.

Janusz Małecki, ginekolog z Krakowa

Wprowadzenie obowiązkowych kas fiskalnych do gabinetów lekarskich to jedynie chwyt polityczny, takie działanie „pod publikę”. Znacznie lepszym rozwiązaniem byłoby przywrócenie ulgi zdrowotnej dla pacjentów – bo wtedy sami prosiliby o rachunki. Kasa rejestrująca jest dobrym rozwiązaniem dla tych, którzy płacą VAT, a jak wiadomo usługi medyczne mają stawkę zero. Jaki jest więc sens ich wprowadzenia?

Teresa Pardela-Gilowska, lekarz rodzinny z Porąbka

Zakup kasy fiskalnej to niepotrzebny wydatek. Zyskają tylko producenci kas i mam wrażenie, że o to tu chodzi. Poza tym nie mają sensu w małych gabinetach, które – tak jak mój – przyjmują kilku pacjentów dziennie, bo nie jest to moje podstawowe miejsce pracy. Zaczęłam się więc zastanawiać czy nie zamknąć gabinetu, bo jego prowadzenie przestanie mi się opłacać. Jestem też oburzona, że z góry zakłada się nieuczciwość lekarzy.

Krzysztof Kotulecki, lekarz dentyista z Warszawy

Na pewno utrudni, chociażby dlatego, że wydłuży się czas przyjmowania pacjentów. Poza tym zakup kasy, a potem konieczność jej utrzymania oznacza, że będę musiał podnieść ceny usług. To z pewnością nie jest dobra wiadomość dla pacjentów.

– Lepszym rozwiązaniem byłoby przywrócenie możliwości odpisywania przez pacjentów od podatku prywatnych wydatków na zdrowie na podstawie faktury. Inaczej pacjent nie będzie zainteresowany braniem rachunków – mówi Konstanty Radziwiłł, wiceprezes NRL.

Jednak wszystko wskazuje na to, że od obowiązku kas uciec się nie da. Koronnym argumentem jest równe traktowanie wszystkich grup zawodowych.

– Objęcie obowiązkiem rejestrowania obrotu za pomocą kas fiskalnych wszystkich grup zawodowych, które świadczą usługi lub sprzedają towary dla osób fizycznych, jest potrzebne i w powszechnym odczuciu społecznym sprawiedliwe. Każdy rodzaj uprzywilejowania wywołuje nieufność wobec całego systemu. Nie ma racjonalnego powodu, dla którego prawnicy czy lekarze mieliby stosować inne zasady rejestrowania obrotu niż np. taksówkarze – podkreśla Leszek Biało, doradca podatkowy, dyrektor w Firmie Doradczej KPMG.

O tym, że lekarze i prawnicy to zawody zaufania społecznego jakoś w tej dyskusji się zapomina...

REKLAMA

REKLAMA

68 lat i koniec

Trybunał Sprawiedliwości UE w Luksemburgu rozpatrywał ostatnio skargę niemieckiej dentystki Dominiki Petersen, której uniemożliwiono wykonywanie zawodu lekarza dentysty w wieku 68 lat.

Podkreślamy, że chodziło o wykonywanie świadczenia w ramach kontraktu z kasą chorych, a nie o prywatną praktykę dentystyczną. W sprawie Petersen niemiecki kodeks ubezpieczeń społecznych w wersji mającej zastosowanie w niniejszej sprawie przewidywał, że w ramach niemieckiego ustawowego systemu ubezpieczenia zdrowotnego zezwolenie na działalność jako lekarz dentysta tego ubezpieczenia wygasa z końcem kwartału kalendarzowego, w którym lekarz dentysta ubezpieczenia zdrowotnego ukończył 68 lat.

Poza systemem kontraktowania usług w ramach ubezpieczenia zdrowotnego lekarze dentyści mogą prowadzić praktykę zawodową bez względu na wiek.

W Niemczech 90% pacjentów należy do ustawowego systemu ubezpieczenia zdrowotnego.

Oto fragment wyroku Trybunału nr C-341/08:

Dominica Petersen od 1974 r. była dopuszczona do wykonywania świadczeń opieki dentystycznej ubezpieczenia zdrowotnego. W kwietniu 2007 r. ukończyła 68 lat. Przed sądem administracyjnym w Dortmundzie (Niemcy) zaskarżyła decyzję właściwej komisji dopusz-

czającej do prowadzenia działalności dentystycznej, zgodnie z którą jej zezwolenie na wykonywanie działalności w charakterze lekarza dentysty ubezpieczenia zdrowotnego wygasało z końcem czerwca 2007 r.

Sąd ten zwrócił się do Trybunału Sprawiedliwości z kilkoma pytaniami dotyczącymi zgodności tej granicy wieku z dyrektywą 2000/78.

Wskazał między innymi, że zgodnie ze stanowiskiem federalnego sądu konstytucyjnego ta granica wieku jest uzasadniona w szczególności potrzebą ochrony pacjentów, a zdaniem federalnego sądu administracyjnego jest ona uzasadniona celem polegającym na utrzymaniu szans zatrudnienia młodych dentystów w ramach systemu ubezpieczenia zdrowotnego.

W wyroku w sprawie Petersen Trybunał stwierdził, że państwo członkowskie może zgodnie z prawem uznać za konieczne ustalenie granicy wieku dla wykonywania zawodu medycznego takiego jak zawód lekarza dentysty w celu ochrony zdrowia pacjentów.

Niemniej jednak dyrektywa stoi na przeszkodzie istnieniu przepisu krajowego ustanawiającego górną granicę wieku dla wykonywania działalności lekarza dentysty ubezpieczenia zdrowotnego, w niniejszym przypadku 68 lat, jeśli jedynym celem tego przepisu jest ochrona zdrowia pacjentów przed spadkiem sprawności zawodowej tych lekarzy dentystów po osiągnięciu tego wieku, skoro ta sama granica wieku nie znajduje zastosowania do lekarzy dentystów pozakontraktowych.

Taki środek jest bowiem niespójny i nie może być postrzegany jako niezbędny w celu ochrony zdrowia.

Dyrektywa nie stoi natomiast na przeszkodzie istnieniu takiej granicy wieku, jeśli jego celem jest podział szans zawodowych między pokoleniami w ramach zawodu lekarza dentysty ubezpieczenia zdrowotnego, gdy biorąc pod uwagę sytuację na rynku pracy, przepis ten jest właściwy i konieczny dla osiągnięcia tego celu.

Wiek 68 lat wydaje się wystarczająco zaawansowany, by móc służyć za końcową granicę dopuszczenia do wykonywania działalności w charakterze lekarza dentysty ubezpieczenia zdrowotnego.

Do sądu krajowego należy zidentyfikowanie celu uregulowania ustanawiającego granicę wieku w stosunku do lekarzy dentystów ubezpieczenia zdrowotnego.

Jeżeli ustalenie tej granicy wieku okaże się, zważywszy na realizowany przez nie cel, sprzeczne z dyrektywą, do sądu krajowego, przed którym toczy się spór pomiędzy jednostką a organem administracyjnym, będzie należało niezastosowanie takiego uregulowania, nawet jeśli jest ono wcześniejsze od dyrektywy i jeśli prawo krajowe nie przewiduje jego niestosowania.

źródło: www.europa.eu
Dentonet.pl

Wielkie święto stomatologii

Marcowe Targi Krakdent® przyciągnęły do Krakowa ponad 10 tysięcy osób z branży stomatologicznej.

Przez trzy dni podziwiano i dyskutowano o nowinkach w branży. W hali Targów w Krakowie odbywały się szkolenia i kursy, a w Auditorium Maximum Międzynarodowa Konferencja Dental Spaghetti, której przesłaniem była szeroko pojęta stomatologia odtwórcza, a wspólną filozofią wykładów była nowoczesna idea stomatologii minimalnie inwazyjnej. Okazją do świętowania była podwójna, gdyż kilka dni wcześniej obchodzono Międzynarodowy Dzień Dentysty. Od 2003 r. imprezie towarzyszą sesje organizowane przez Komisję Stomatologiczną NRL, poświęcone regulacjom prawnym dotyczącym zawodu. Tym razem wiodącym zagadnieniem były choroby zawodowe lekarzy dentystów. Przypomnijmy, że ukazała się właśnie publikacja pod takim tytułem pod redakcją Anny Lelli i Krzysztofa Tuszyńskiego.

Impreza od początku swego istnienia cieszy się wysoką frekwencją i uznaniem, także wśród gości z zagranicy, którzy licznie i tym razem przyjechali z Ukrainy, Czech, Niemiec i Słowacji. W tym roku wystawcy zgłosili ponad setkę premierowych produktów. Choć dla większości z nas ich



nazwy są zupełnie obce (samotrawiący cement kompozytowy czy cyfrowy aparat pantomograficzny), stomatolodzy i technicy dentystyczni potrafią spędzić na targach całe trzy dni, a jeszcze twierdzą, że to za mało. Nowoczesne urządzenia, mikroskopy, lupy powiększające, aparaty cyfrowe czy siedziska terapeutyczne dla lekarzy dentystów i asystentek stomatologicznych – różnorodność i stopień zaawansowania urządzeń przyprawia o zawrót głowy. I jak zgodnie twierdzą specjaliści, obecnie poziom usług gabinetów stomatologicznych i technik

dentystycznych w Polsce nie odbiega od światowych standardów. Co więcej, tę opinię podzielają również pacjenci z zagranicy. „Żyjemy już w nieco innej epoce, konferencje i kongresy odbywają się dużo częściej niż kiedyś, do Polski zapraszani są światowej sławy wykładowcy. Mamy wreszcie stały dostęp do nowości poprzez internet, liczne na rynku czasopisma fachowe. Jednym słowem trudno nas, stomatologów, dzisiaj zaskoczyć” – komentowali zgodnie lekarze dentyści na krakowskich Targach.

ms

Międzynarodowa Konferencja Naukowa Sekcji Periodontologii PTS Postępy w diagnostyce chorób przyzębia i błony śluzowej jamy ustnej

Białystok 17-19 czerwca 2010 r.

Serdecznie zapraszam do wzięcia udziału w Międzynarodowej Konferencji Sekcji Periodontologii PTS pt. „Postępy w diagnostyce i leczeniu chorób przyzębia i błony śluzowej jamy ustnej”, która odbędzie się w dniach **17-19 czerwca 2010 r. w Hotelu Gołębiowski w Białymstoku**. Oprócz wybitnych krajowych specjalistów z periodontologii będziemy gościć światowej sławy periodontologa prof. Niklause Langa (Szwajcaria/Hong Kong), prezydenta Izrealu Towarzystwa Periodontologicznego dra Eli Friedwalda, prezydenta Niemieckiego Towarzystwa Stomatologicznego prof. Thomasa Hoffmanna, prof. Thomasa Gedrange z Uniwersytetu Medycznego w Greifswaldzie (Niemcy) i prof. Fotinosa Panagakosa, dyrektora Clinical Research Relations and Strategy w Colgate Palmolive.

- Zaprezentowane zostaną m.in. następujące referaty:
- **Chemioterapeutyki i antyseptyki w profilaktyce chorób jamy ustnej** (prof. dr hab. Maria Lucyna Zaremba UM w Białymstoku)
 - **Leczenie farmakologiczne zapaleń przyzębia** (prof. dr hab. Włodzimierz Buczek UM w Białymstoku)
 - **Leczenie niechirurgiczne chorób przyzębia** (prof. dr hab. Tomasz Konopka UM we Wrocławiu)
 - **Możliwości leczenia protetycznego pacjentów z periodontopatią** (prof. dr hab. Wiesław Hędzielek UM w Poznaniu)
 - **Możliwości ortodontycznej stabilizacji warunków zgryzowych u pacjentów z periodontopatią** (prof. Thomas Gedrange Niemcy)

- **Leczenie podtrzymujące** (prof. dr hab. Jadwiga Banach PAM, Szczecin)
- **Diagnostyka radiologiczna periodontopatii** (dr hab. Ingrid Różyto-Kalinowska UM w Lublinie)

W ramach obrad 19.06.2010 r. w godz. 15.00-16.30 w Aula Magna Pałacu Branickich odbędzie się interdyscyplinarny panel dyskusyjny dotyczący **związków stanów zapalnych w jamie ustnej z chorobami ogólnoustrojowymi** pt. **Cele i zadania periodontologii w trosce o zdrowie ogólne pacjenta**. Patronat nad tą sesją objęli prof. dr hab. Renata Górka, konsultant krajowy w dziedzinie periodontologii oraz prof. dr hab. Marek Narusiewicz. W dyskusji udział wezmą: prof. dr hab. Jadwiga Banach, prof. dr hab. Maria Chomyszyn-Gajewska, prof. dr hab. Maria Górka, prof. dr hab. Małgorzata Szelachowska, prof. dr hab. Beata Woźniakowska-Kapłon, prof. dr hab. Edward Franek, prof. dr hab. Tomasz Konopka, prof. dr hab. Włodzimierz Musiał, prof. dr hab. Wanda Stokowska, prof. dr hab. Maria Lucyna Zaremba, prof. dr hab. Marek Ziętek. Wstęp wolny. Szczegółowe informacje dotyczące Konferencji znajdują się na stronie internetowej Polskiego Towarzystwa Periodontologicznego www.perio-konferencja.pl, www.potralpts.pl lub można je uzyskać w Zakładzie Stomatologii Zachowawczej UMB, tel. 85-746-82-97, faks 742-17-74, tel. kom. 510-668-480, e-mail: stomzach@umwb.edu.pl.

prof. dr hab. Wanda Stokowska
przewodnicząca Sekcji Periodontologii PTS

Specjalizacja z cierpliwości



Nasz system specjalistycznego kształcenia podyplomowego to tor przeszkód dla najbardziej wytrwałych i zdeterminowanych.

Krystyna Knypl

Mnogość przedziwnych utrudnień i absurdalnych wymogów daje nam chyba pierwsze miejsce w konkurencji, którą można by nazwać zbędne utrudnianie życia lekarzowi. Inna sprawa, że organizacja szkolenia specjalistycznego wpisuje się znakomicie w narodowy klimat traktowania lekarza. Wiadomo, doktor niejedno zniesie, bo ma powołanie!

Centralnie i odgórnie

Wiele ważnych zdarzeń związanych z procesem specjalizacji oraz egzaminem odbywa się centralnie. Lekarze muszą wielokrotnie opuszczać domy i miejsca pracy, aby w szczytnym celu zdobywania tytułu specjalisty zająć się pozyskiwaniem wiedzy na kursach niezbędnych do zrealizowania programu szkolenia. Anachronizm tych form w dobie coraz powszechniejszego e-learningu wydaje się aż nazbyt oczywisty.

Jedna z naszych Czytelniczek tak opisuje swoje doświadczenia związane z kursami: *Mimo, że same kursy na szczęście są bezpłatne, to w sumie bardzo... kosztowne. Bilet w jedną stronę to wydatek 120-150 PLN, do tego dochodzi koszt utrzymania w Warszawie – cena za jeden nocleg w granicach 35-150 PLN, koszt transportu po mieście (niekiedy niezbędna jest taksówka, gdy przyjeżdżamy z większą walizką), wyżywienia...* Obecnie CMKP na niektóre deficytowe specjalności (kilka onkologicznych, medycyna pracy, kardiologia) oferuje dofinansowanie do 300 PLN dziennie ze środków unijnych. Ci, którzy wybiorą inne specjalności, muszą sami dbać o swoje finanse.

Wyjazd specjalizującej się lekarki to nie tylko przemieszczenie się „osoby realizującej program szkolenia”, ale przede wszystkim pracownicy konkretnej placówki leczniczej, osoby prowadzącej prywatny gabinet, pani domu, często matki małych dzieci. Nasza Koleżanka dokładnie opisuje, jakie trzęsienie ziemi w jej życiu zawodowym i rodzinnym pociąga za sobą taka ekspedycja naukowa: *Gdy jestem na kursie, nie dyżuruję, nie*

wykonuję innych prac zarobkowych, co więcej – muszę dopłacić niani mojego dziecka za nadgodziny lub ściągnąć mamę z innego miasta, opłacić jej podróż. Sporo moich koleżanek, matek, zabierało małe dzieci na kurs plus matkę lub męża do opieki. Koszty wtedy szybką w górę! Mnie nie było na to stać, choć rozważałam i takie rozwiązanie.

Ten realistyczny opis, choć nie pozbawiony surrealistycznych elementów, pokazuje dobitnie, że gdy jest w lekarskiej rodzinie specjalizująca się żona i matka, to hasłem naczelnym staje się znane żeglarskie zawołanie *All hands on board!* Specjalizacja to żywioł, dla którego opanowania niezbędnych jest co najmniej kilka par rąk i nie obowiązują żadne wyjątki. Nawet 3-miesięczne niemowlęta muszą podporządkować się procesowi specjalizacji mamy, która nie mając wyboru musi słuchać placu dziecka podczas podróży do stolicy: *Podróż samochodem do Warszawy, godziny postoju w korkach i płacz naszego synka... tego nie zapomnę nigdy.* Dobre samopoczucie mają chyba jedynie niedoświadczeni organizatorzy naszego systemu specjalizacji w niektórych dyscyplinach. Gdy czytam o egzaminach specjalizacyjnych organizowanych u naszych sąsiadów – kilka razy w roku, na terenie miejscowej izby, w koleżeńskej atmosferze, to zastanawiam się, czemu służy nasz organizacyjny chaos.

Gdy uratowaliśmy królową

Gdy uporaliliśmy się z interną, ciężko chorą królową nauk medycznych, okazało się, że przed nami wysoka góra, na której siedzą pączkujące z interny królewiatka i księżniczki, a każda ma koronę z napisem Specjalizacja szczegółowa. Bez specjalizacji szczegółowej internista nie ma racji bytu poza oddziałem szpitalnym, przynajmniej w obecnym systemie kontraktowania usług NFZ-u, a także postrzeganiu przez pacjentów. Fraza *byłem u internisty, skierował mnie do specjalisty* dźwięczała mi w uszach przez całe zawodowe życie. Kto z internistów to słyszał, ten na zawsze zapamiętał.

Specjalizacja szczegółowa to nie tylko ogrom materiału do opanowania, liczne umiejętności do praktycznego przećwiczenia, ale także kolejne kursy i ekspedycje do stolicy lub miasta wojewódzkiego po wiedzę! Inna nasza Czytelniczka, specjalizująca się w reumatologii, tak komentuje kursy: *Dlaczego obowiązkowych kursów jest tak dużo? Do reumatologii 12 plus obowiązkowy kurs ze zdrowia publicznego, na szczęście jest możliwość odbycia go w kilku ośrodkach akademickich, w wielu terminach. Bardzo dziękuję za możliwość poznania wielu miast polskich, takich jak na przykład Wrocławia, Białegostoku, Katowic, Poznania, ale czy każdy Bardzo Ważny Pan Profesor Reumatolog musi mieć kurs obowiązkowy u siebie na miejscu? Wiele kursów jest jedno-, dwudniowych. Czy nie można ich połączyć? Zdecydowanie taniej wychodzi wyjazd na tygodniowy kurs niż na pięć jednodniowych.*

Uczestnicy kursów obowiązkowych podkreślają też, iż zajęcia trwają cztery do pięciu godzin w ciągu dnia i zwracają uwagę, że organizatorzy niektórych płatnych kursów zapraszając na szkolenia są w stanie zapewnić program do późnego wieczora. Lekarz nawykły do ciężkiej pracy i całodobowych dyżurów bez trudu zniesie 8 godzin wykładów!

Nie każdy ma szczęście

Może koledzy, którzy dostali się na specjalizację szczegółową nie powinni narzekać? Wszak nie każdemu są one dane. Zdobycie miejsca na specjalizacji wymaga w niejednym wypadku wielu starań, determinacji, a i tak nie zawsze owe zabiegi kończą się sukcesem. Nasz Czytelnik, obecnie pracujący w Szwecji, napisał o swoich staraniach o otwarcie specjalizacji z endokrynologii: *Piszę do Pani o wydarzeniach sprzed roku, ale musiało upłynąć trochę czasu, abym miał ochotę do nich powrócić. Sprawa jest może dla mnie mniej ważna, chociaż może być ważna dla młodszych lekarzy.* Niedoszły kandydat na specjalistę odbył rozmowę z konsultantem wojewódzkim ds. endokrynologii jednego z południo-

wych województw. Stwierdzenie, że szanse są niewielkie, ale próbować można zrozumiał jako zachętę do złożenia dokumentów do centrum zdrowia publicznego. Poczul się lepiej, gdy centrum podliczyło kandydatów do rozpoczęcia specjalizacji i okazało się, że teoretycznie jest dobrze, bo zająłem pierwsze miejsce na liście rankingowej. Jednak mocne dokumenty i dobry życiorys zawodowy przegrały. Czytelnik bowiem na tych dokumentach nie miał zgody, potwierdzonej podpisem kierownika kliniki endokrynologicznej, na ewentualne odbywanie specjalizacji. Nawet najlepsi, ale nienamaszczeni muszą znać swoje miejsce w szeregu.

Narzekają nie tylko specjalizujący się lekarze, ale również konsultanci krajowi. Jeden z nich w rozmowie telefonicznej ze mną wyraził pogląd, że niedostatki w szkoleniu specjalizacyjnym wiążą się ze zbyt niskim budżetem, jaki Ministerstwo Zdrowia przeznacza na zorganizowanie wszystkich etapów egzaminów. Niewątpliwie dobra praca powinna być godnie wynagradzana, jednak wygląda na to, że Ministerstwo Zdrowia umie liczyć tylko w jedną stronę – ile się da zarobić na egzaminowaniu lekarzy. Przykładem takiego rozumowania jest projekt rozporządzenia MZ w sprawie węższych umiejętności medycznych, zdumiewający precyzją (pomijając nieporadność stylistyczną):

PEU dla wszystkich planowanych 55 umiejętności wyniesie ok. 4 628 470 zł (55 umiejętności x 84 154 zł). W związku z planowaną regulacją CEM poniesie powyższe koszty na organizację egzaminów umiejętności. Przystępujący do PEU lekarze będą wносить na rachunek CEM po 700 zł za egzamin i po 50 zł za wydanie świadectwa. Opłaty te stanowią będą dochód budżetu państwa. Zwiększenie dochodu budżetu państwa z tego tytułu powinno stanowić uzasadnienie do poparcia wniosku CEM o zwiększenie budżetu CEM o ponoszone koszty związane z realizacją zadań związanych z przeprowadzaniem Państwowego Egzaminu Umiejętności. To oficjalne koszty, ile poza nimi zostaną obciążone lekarskie budżety, Ministerstwo Zdrowia wymownie milczy.

Refleksja

W dzisiejszej rzeczywistości specjalizacje są kluczowe dla naszej zawodowej egzystencji. Bez specjalizacji jesteśmy na rynku pracy nikim. Tymczasem nabór na specjalizację oraz organizacja wielu programów specjalizacyjnych są nacechowane brakiem troski o jakość szkolenia, obojętnością na opinie użytkowników, a nade wszystko tchną nieprzyjemną atmosferą, która w większości dziedzin naszego pozalekarskiego życia szczęśliwie przeminęła. W medycynie jednak władczy feudalizm ciągle ma się bardzo dobrze.

Śladem
naszych publikacji

Nowe szaty lekarza

W pełni zgadzam się z Panią (Krystyna Knypl „Nowe szaty lekarza”, „GL” nr 2/2010), iż coraz więcej pacjentów nie szanuje nas, lekarzy, i tego, co robimy. Pacjenci przychodzą jak do sklepu spożywczego i coraz częściej nie mówią, co im dolega, tylko żądają: badań, zabiegów. Wchodzą do gabinetu i sami stawiają sobie konkretną diagnozę. Młodzi i nie tylko młodzi lekarze dla świętego spokoju wykonują polecenia pacjentów, co może się na fali różnego rodzaju roszczeń źle skończyć dla obu stron.

Wielokrotnie przemawiam do rozsądku pacjentom i tłumaczę, dlaczego to ja mam rację, a nie oni. Pokazuję w czasie badania przedmiotowego i tłumaczę co jest widoczne na zdjęciu. Pacjent dopiero po wyleczeniu przyznaje mi rację, często przyznając, iż po wyjściu z gabinetu dalej próbował korygować moje „błędne leczenie” jego zdaniem.

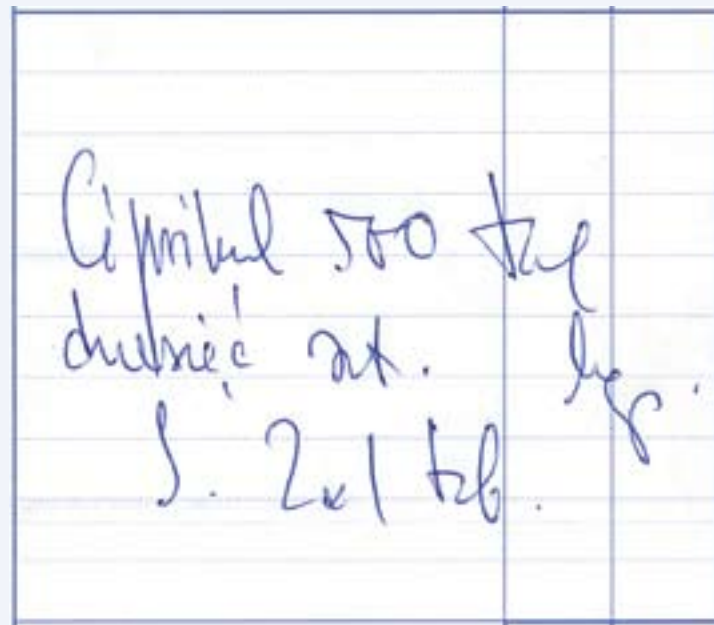
Tomasz Olszewski, Lublin

Rozszyfruj receptę

Wkroczyliśmy w czwarty rok istnienia naszej rubryki i jak do tej pory nie zdarzyło się jeszcze nigdy, aby przedstawiony tekst nie został rozszyfrowany. Oczywiście znajomość terminologii używanej w przedstawianych tekstach czy nazw leków czyni proces rozszyfrowania łatwiejszym i prawdopodobieństwo poprawnego rozszyfrowania znacznie wzrasta.

Brak znajomości terminologii medycznej w wielu wypadkach czyni przedstawiane teksty zupełnie nieczytelnymi dla innych osób, ale od czego jest modna współcześnie kreatywność! Niedawno pokazywałam bardzo trudny tekst do rozszyfrowania, jaki zamieściłam na trzecie urodziny rubryki, kilku osobom nie związanym z medycyną. Wspominałam czas pierwszej edycji „Rozszyfruj receptę” w grudniowym numerze „Gazety Lekarskiej” w 2006 r., gdy maile nadchodziły non-stop, a ja z trudem nadążałam godzenie odpisywania na korespondencję z przygotowaniem wigilijnych pierogów. Poprosiłam moich rozmówców, aby pokusili się choć o częściowe rozwiązanie prezentowanego tekstu. Większość poddała się od razu i bez walki, ale jeden ze słuchaczy po chwili zastanowienia zawołał: „Już wiem! to musi być przepis na pierogi, które robiła pani na Wigilię!”. Tak więc wszystko można odczytać! Tym razem jeszcze raz recepta, ale już przygotowuję tekst niemedyczny dla najbardziej wytrwałych deszyfrantów. Kolejnym naszym laureatem zostaje dr Piotr Sławiński z Warszawy, którego proszę o przestanie adresu.

Czekam jak zawsze na korespondencję, pod adresem: krystyna.knypl@compi.net.pl



Liczy się jakość, nie ilość

Z Andrzejem Mądralą, prezesem Centrum Medycznego Mavit, wiceprezydentem Konfederacji Pracodawców Polskich rozmawia Agnieszka Katrynicz

• Czuje się pan już tylko biznesmem, politykiem?

– Z prawdziwą nauką rozstałem się w latach osiemdziesiątych, kiedy po dwóch latach stypendium w Niemczech, a wcześniej zrobionym doktoracie z biochemii klinicznej w Akademii Medycznej w Gdańsku stwierdziłem, że trudno kontynuować karierę naukową, gdy brak jest bazy, odczynników i sprzętu. Dlatego odszedłem do biznesu i przez parę lat pracowałem jako przedstawiciel naukowy światowych firm medycznych. Zresztą tak zdobyte doświadczenie bardzo mi pomogło, kie-

dy w 1999 r. zaczęliśmy się rozglądać za możliwością otwarcia nowoczesnej kliniki okulistycznej na wzór tych, które miałem okazję oglądać za granicą. Zdecydowaliśmy się wynająć powierzchnię od Instytutu Meteorologii i Gospodarki Wodnej w Warszawie, bo to miejsce nie kojarzy się ze szpitalem. Od początku stawialiśmy na wysoką jakość, dlatego kupiliśmy sprzęt najnowszej generacji i zatrudniamy wysokiej klasy specjalistów.

• Ale dlaczego pan, biochemik, postawił na okuliście?

– W czasie swojej biznesowej działalności zajmowałem się sprzętem okulistycznym, miałem więc wiedzę o najnowszych możliwościach w tym zakresie. Warto pamiętać, że około 1994 r. na rynku pojawił się laser excimerowy do korekcji wad wzroku, dzięki któremu wiele klinik w Europie zanotowało ogromny rozwój. Miałem nadzieję, że nam też

może się udać. Do dziś zresztą nasze dwa nurty działalności to właśnie chirurgia refrakcyjna oraz zabiegi usunięcia zaćmy. Na te ostatnie operacje, niezwykle potrzebne, do których ustawiają się ogromne kolejki pacjentów, mamy kontrakt z NFZ-em.

Kolejnym etapem było stworzenie centrum diagnostycznego w dzielnicy Warszawa-Ursynów, gdzie kwalifikujemy pacjentów do zabiegów, udzielamy porad, a z biegiem czasu ośrodek ten wyspecjalizował się w leczeniu jaskry.

Obecnie modernizujemy ośrodek na Bielanach z nowym blokiem operacyjnym oraz oddziałem szpitalnym, gdzie rozszerzymy zakres zabiegów okulistycznych, ze szczególnym uwzględnieniem witrektomii, bowiem na te operacje siatkówki oka są wieloletnie kolejki.

• Ale widocznie okulistyka panu nie wystarczała, bo w niedawno otwartym szpitalu w Katowicach nie ma takiego oddziału...

– Planujemy rozbudowę tego szpitala właśnie o oddział okulistyczny, ale to w niedalekiej przyszłości. To, że dziś mamy tam laryngologię i chirurgię twarzowo-szczękową, wynika z umowy, jaką zawarliśmy z miastem kupując ten szpital. Jak każda prywatna firma zastanawialiśmy się nad rozwojem. Chcieliśmy otworzyć niewielki szpital poza Warszawą i rozpoczęliśmy badanie sytuacji w różnych miastach Polski. W pewnym momencie znaleźliśmy ogłoszenie, że w Katowicach jest do sprzedania budynek należący do kompleksu likwidowanego szpitala im. Jędrzeja Śniadeckiego i stanęliśmy do przetargu, który wygraliśmy. Jednym z warunków było zagwarantowanie dotychczasowej działalności, ale też przedstawienie planów rozwoju. Na początek zdecydowaliśmy się na remont kapitalny budynku. Kosztowało nas to więcej niż zakładaliśmy, ale w efekcie mamy szpital odpowiadający najnowszym standardom i normom zgodnie

z rozporządzeniem ministra zdrowia z 2006 r. I jak mówiłem, będziemy tę placówkę rozbudowywać. Na razie zapewniamy tam całodobowo opiekę na tych dwóch oddziałach.

• Rozwój firmy to m.in. efekt zatrudnienia odpowiednich specjalistów, skąd pozyskuje pan kadry?

– Personel jest najważniejszy, bo to ludzie tworzą firmę i bez naszych lekarzy, pielęgniarek i innych specjalistów nie udałoby się nam tak daleko zajść. Mamy bardzo dobrą współpracę z lekarzami Wojskowego Instytutu Medycznego, a prof. Andrzej Stankiewicz jest naszym konsultantem, podobnie jak prof. Mirosława Gralek z Centrum Zdrowia Dziecka, która zajmuje się naszymi młodszymi pacjentami na Ursynowie. Warto podkreślić, że większość lekarzy pracuje tylko u nas i są naszymi etatowymi pracownikami. Na 25 lekarzy 17 jest naszymi pracownikami i z Mavitem związało swoje życie zawodowe, widząc to, że zapewnimy im to miejsce pracy możliwie na zawsze. Z drugiej strony zyskuje też firma, bo mając stałą kadrę wiem, że możemy w nią inwestować. Dlatego nasi lekarze jeżdżą na szkolenia, biorą udział w konferencjach międzynarodowych i krajowych itp. Efekt jest chociażby taki, że możemy oferować coraz to nowsze zabiegi wykonywane coraz bezpieczniejszymi technikami. Przykładem niech będzie to, że jako pierwsi w Polsce kupiliśmy niedawno laser femtosekundowy, który zastąpi mechaniczny mikrokeratom. Dzięki temu możemy teraz oferować pacjentom najbezpieczniejsze zabiegi chirurgii refrakcyjnej.

• Mówiąc krótko „żyć nie umierać”...

– No nie. Marzeniem jest to, by placówki prywatne zyskały w pełni równe prawa w systemie ochrony zdrowia. Chociaż dostrzegam pozytywne zmiany, chociażby fakt, że wycena punktu jest dla nas taka sama jak dla placówek publicznych. Bołaczką oczywiście jest to, że moglibyśmy wykonywać więcej zabiegów w ramach kontraktu z NFZ-em. Szpitale niepubliczne „konsumują” nie więcej jak 10 proc. środków Funduszu, a w dodatku w sytuacji kryzysu to właśnie im najpierw obcina się kontrakty. Chociaż przyznaję, że akurat na Mazowszu sytuacja i tak jest lepsza niż w innych częściach kraju, jak choćby w Małopolsce czy na Śląsku. Wierzę

jednak w to, że dojdziemy do sytuacji, iż część publicznych placówek, która nie jest w stanie zaoferować pacjentom odpowiedniego standardu usług, przestanie istnieć, a wtedy będzie więcej pieniędzy dla dobrych ośrodków, także prywatnych szpitali.

• Tylko czy likwidacja części szpitali nie spowoduje, że kolejki do zabiegów, już dziś długie, nie wydłużą się jeszcze bardziej?

– Długość kolejek nie zależy tylko od liczby ośrodków, lecz od ilości pieniędzy, jakimi dysponuje płatnik. Proszę mi wierzyć, że jeśli najlepsze ośrodki dostawałyby więcej pieniędzy, bo płaciłoby się za jakość, a nie – jak teraz – tylko za ilość, to pracowałyby one całą dobę i większość kolejek bardzo szybko udałoby się poważnie zmniejszyć. Wiele zabiegów można wykonywać w trybie „jednego dnia” oszczędzając znaczne środki finansowe. O to zabiegamy w ostatnim okresie, lecz bez widocznego skutku.

• I tu wracamy do problemu kadr – praca na całą dobę wymaga odpowiedniej ilości personelu, a specjalistów jest za mało...

– Tylko proszę zauważyć, że obserwujemy konsolidację rynku i coraz więcej małych, jednoosobowych gabinetów przestaje istnieć, a lekarze zaczynają pracować w sieciowych placówkach prywatnych. To zresztą jest z korzyścią także dla lekarza, bo nie musi prowadzić uciążliwej dokumentacji, księgowości itp. Korzyść ma też pacjent, który widząc szyld dużej firmy czuje się bezpieczniej. Oczywiście, proszę mnie źle nie zrozumieć – życzę wszystkiego najlepszego tym kolegom, którzy chcą prowadzić jednoosobowe praktyki, ale na pewno wprowadzenie kas fiskalnych dla wielu z nich będzie dużym ciosem. Nie mówiąc też o tym, że przepisy sanitarne ciągle się zmieniają i nie wszystkich będzie stać na prowadzenie gabinetu spełniającego coraz to bardziej wyśrubowane normy. Na tym trendzie zyskać mogą prywatne placówki, bo przybędzie im personelu. Powiem szczerze – czekamy na tych kolegów.

• I są państwo w stanie zaoferować im lepszą pensję...

– Nie wiem czy lepszą. Nie zapominajmy, że chociażby od czasu tzw. ustawy wedlowskiej – niezależnie od tego jak się ją ocenia – personel medyczny

Andrzej Mądrala od 2000 r. jest prezesem zarządu oraz współwłaścicielem Centrum Medycznego Mavit Sp. z o.o. – nowoczesne centrum okulistyczne. W latach 1989-2000 w Eco-Med-Poll Ltd. (Wiedeń, Austria) – dyrektor generalny. W latach 1984-1989 pracował w firmie O.M.C. Poll Ltd. oddział w Warszawie, jako przedstawiciel naukowy ABBOTT DIAGNOSTICS (USA) w Polsce. W latach 1982-1983 stypendysta naukowy w Instytucie Max Planck (Frankfurt nad Menem, Niemcy). Absolwent Akademii Medycznej w Gdańsku. Był asystentem naukowym w Zakładzie Biochemii Klinicznej. Przewodniczący korporacji „Zdrowe Zdrowie” Konfederacji Pracodawców Polskich. Wiceprezes Ogólnopolskiego Stowarzyszenia Szpitali Niepublicznych oraz wiceprezes Stowarzyszenia AMD.

ny, a przede wszystkim lekarze zaczęli dużo lepiej zarabiać. Różnica między zasadami wynagradzania w publicznym szpitalu a tym prywatnym jest taka, że u nas otrzymuje się wynagrodzenie za konkretnie wykonane zabiegi, porady, konsultacje itd. Mówiąc krótko – każdy lekarz, który u nas pracuje, kończąc wie ile tego dnia zarobił. Na pewno więc prywatna placówka, taka jak nasza, może zaoferować jasne, przejrzyste reguły i właściwy komfort pracy.

• Tyle, że oferta placówek prywatnych jest skierowana do tych lekarzy, którzy już dziś są specjalistami. A co z tymi, którzy dopiero się szkolą? Dlaczego nie chcą państwo podjąć trudu wykształcenia kolejnych pokoleń lekarzy?

– To nie jest tak, że nie chcemy. Proszę zdać sobie sprawę, że placówki prywatne tylko uzupełniają ofertę publicznych placówek. Jesteśmy jeszcze bardzo młodym sektorem w systemie ochrony zdrowia. Budujemy nasze ośrodki z wielkim trudem, także finansowym. Zdobywamy doświadczenie. Moim marzeniem jest zapewnienie takich warunków, by móc kształcić młodych lekarzy. Nasz szpital w Katowicach spełnia takie wymogi. Zatrudniamy specjalistyczny personel i myślę, że uda nam się tam otworzyć miejsca specjalizacyjne. Nie jest też prawdą, że prywatne placówki nie kształcą, bo chociażby Carolina Medical Center (specjalizuje się w zabiegach ortopedycznych – przyp. AK) od wielu lat kształci młodych lekarzy. I mam nadzieję, że takich prywatnych ośrodków będzie przybywać.

GAZETA
FARMACEUTYCZNAGazeta
LekarskaPrzyczyna ponownej
hospitalizacji

Współistniejące choroby, a nie zaawansowany wiek są przyczyną ponownej hospitalizacji, której powodem są niepożądane działania leków.

Zgodnie z danymi australijskimi przyczyna konieczności powtórnej przyjęcia pacjenta do szpitala jest w większym stopniu uwarunkowana współtowarzyszącymi chorobami niż podeszłym wiekiem pacjentów (powyżej 60 lat). Przeprowadzono retrospektywne badanie kohortowe, obejmujące 28 548 pacjentów w wieku równym lub powyżej 60 lat, którzy byli hospitalizowani z powodu niepożądanych działań leków. W ciągu 3 lat, jakie objęła obserwacja, 5026 chorych zostało ponownie przyjętych do szpitala z powodu wystąpienia niepożądanych działań leków.

W porównaniu z pacjentami, u których nie stwierdzono współtowarzyszących chorób, pacjenci z niewydolnością serca, cukrzycą, chorobami naczyń obwodowych, przewlekłymi chorobami płuc, chorobami reumatologicznymi, chorobami wątroby, nerek, chorobami nowotworowymi częściej byli ponownie hospitalizowani – prawdopodobnie (jak sądzą badacze) z powodu ściślejszego nadzoru lekarskiego.

na podst. Reactions z 24.01.2009, No 1236,4

Stosowanie leków
przeciwkaszlowych u dzieci

Agencja brytyjska zapowiedziała podjęcie nowych kroków zmierzających do bezpieczniejszego stosowania leków przeciwkaszlowych i leków stosowanych w przebiegu choroby.

Z dokonanej przez agencję brytyjską przeglądu danych wynika, że brak mocnych dowodów, że te leki działają u dzieci poniżej 2 lat. Mogą one natomiast wywoływać działania niepożądane takie jak reakcje alergiczne, wpływ na sen, omamy.

Agencja brytyjska zdecydowała, że część z leków nie powinna być dłużej stosowana u dzieci poniżej 6 lat. Dotyczy to leków obkurczających błonę śluzową nosa (pseudofedryna, efedryna, fenylefryna, oksymetazolina, ksylometazolina), leków przeciwhista-

minowych (difenhydramina, chlorfenamina, bromfeniramina, prometażyna, triprolidyna, doksylamina), leków przeciwkaszlowych (dekstrometorfan, polkodina), leków wykrztuśnych (guafeinezyna, ipekakuana).

W odniesieniu do 36 leków podjęto decyzję o wycofaniu ich stosowania u młodszych dzieci, a więc usunięciu z ulotki dla pacjenta wskazówek dotyczących dawkowania dla dzieci poniżej 6 lat – leki te będą przeznaczone dla dzieci starszych w wieku 6-12 lat. Produkty te będą dostępne wyłącznie w aptekach, z załączoną informacją na opakowaniu, a ich kupno ma być połączone z poradą farmaceuty. W tej grupie leków powyższe leki powinny być traktowane jako leczenie drugiego rzutu w odniesieniu do leczenia standardowego i nie powinno trwać dłużej niż 5 dni.

Wszystkie produkty w postaci płynnej, włączając w to produkty stosowane także przez dorosłych pacjentów, powinny być zaopatrzone w zamknięcie zabezpieczone przed otwarciem przez dzieci. Produkty ze zmienioną informacją zostały wprowadzone jesienią 2009 r.

na podst. Scrip z 7.03.2009 oraz 13.03.2009, 2

Zalecenia do stosowania
metylfenidatu u dzieci

Komitet naukowy CHMP (the Committee for Medicinal Products for Human Use) uznał, że metylofenidat jest lekiem, który można stosować u dzieci, które ukończyły 6 rok życia i młodzieży z ADHD. Komitet podkreślił konieczność oceny pacjenta przed rozpoczęciem leczenia i ścisłej jego obserwacji, by podawanie metylofenidatu było możliwie bezpieczne.

CHMP dokonał przeglądu informacji związanych z ryzykiem stosowania tego leku – dotyczących zaburzeń sercowo-naczyniowych, krążenia mózgowego, zaburzeń psychicznych, wpływu na wzrost i dojrzewanie płciowe.

Po analizie danych komitet oświadczył, że nie ma potrzeby nakładania nagłych ograniczeń w odniesieniu do stosowania produktów zawierających metylofenidat. Informacja o leku powinna zawierać następujące wskazówki: przed rozpoczęciem leczenia należy upewnić się, czy pacjent nie ma problemów z ciśnieniem tętniczym lub częstotścią akcji serca, czy istnieje obciążenie rodzinne

tego typu chorobami.

U pacjentów z powyższymi zaburzeniami nie wolno rozpoczynać leczenia bez konsultacji ze specjalistą (dokonania specjalistycznej oceny).

W czasie leczenia należy regularnie monitorować ciśnienie tętnicze i szybkość tętna.

W każdym przypadku leczenia trwającego powyżej jednego roku należy przerwać, by ocenić czy jego kontynuacja jest potrzebna.

Przed i w trakcie leczenia należy ocenić stan pacjenta pod kątem możliwości wystąpienia zaburzeń psychicznych.

Należy monitorować wzrost i masę ciała leczonych pacjentów.

opr. dr Agata Maciejczyk
kierownik Wydziału Monitorowania
Niepożądanych Działań Produktów Leczniczych
na podst. Reactions z 31.01.2009, No 1237, 3

Diklofenak, celekoksib,
rofekoksib a nagłe
zatrzymanie serca

Analizowano dane z duńskiego rejestru (Danish Cardiac Arrest Register) z lat 2001-04, obejmujące 13 051 pacjentów, u których wystąpiło pozaszpitalne zatrzymanie serca. Zidentyfikowano 4954 pacjentów (38 proc.), którzy w ciągu 30 dni przed zatrzymaniem serca stosowali preparaty z grupy niesteroidowych leków przeciwzapalnych, w tym diklofenak – 8,7 proc., celekoksib – 5,3 proc., rofekoksib – 5,3 proc., ibuprofen – 16,9 proc. i naproksen – 1,6 proc. Wyniki wskazują na znaczący, zależny od dawki wzrost ryzyka zatrzymania serca związanego ze stosowaniem diklofenaku, celekoksibu i rofekoksibu, ale nie ibuprofenu i naproksenu.

na podst. Reactions z 4.04.2009, No 1246, 4

Ostrzeżenie FDA

Agencja FDA zaleciła producentom testosteronu w żelu (AndroGel 1 proc. i Testim 1 proc.) umieszczenie na opakowaniu informacji o konieczności zachowania ostrożności przy stosowaniu. Przyczyną tej decyzji były doniesienia o możliwości kontaktu z żelem małych dzieci (branych na ręce) i pojawianiu się u nich działań niepożądanych.

Lek ten jest stosowany u mężczyzn z zaniżonym poziomem testosteronu. Podawany jest miejscowo, do smarowania przedramion, ramion lub brzucha. Dotychczas ulotka zalecała zakrywanie ubraniem części ciała posmarowanych żelem, aby uniknąć bezpośredniego kontaktu dziecka ze skórą posmarowaną żelem zawierającym testosteron. Agencja otrzymała 8 raportów o kontakcie dzieci w wieku od 9 miesięcy do 5 lat z testosteronem. Działania niepożądane, jakie wystąpiły u dzieci, to powiększenie genitaliów, przedwczesne pojawienie się owłosienia łonowego, zwiększone libido i agresywne zachowanie. Większość z tych objawów ustąpiła po zaprzestaniu ekspozycji dziecka na testosteron, jednak część pozostała. Dlatego też bardzo ważne jest, aby uzmysłowić dorosłym pacjentom, stosującym żel z testosteronem, o potencjalnym niebezpieczeństwie narażenia dzieci na kontakt z tym hormonem.

opr. dr Anna Goldnik
na podst. JAMA, 2009, 23, 2428

Działania niepożądane
stymulantów
stosowanych w ADHD

Trwają badania mające na celu potwierdzenie lub zaprzeczenie faktu, że leki stymulujące stosowane w leczeniu ADHD mogą wywołać dysfunkcję serca, a w efekcie nawet nagłą śmierć u dzieci i młodzieży, u których wcześniej nie wykryto żadnych schorzeń serca. Od 2006 roku ulotki leków z grupy amfetaminy oraz metylofenidatu, stosowanych w terapii ADHD, zawierały ostrzeżenie o możliwości wystąpienia zaburzeń pracy serca i nagłej śmierci, ale u dzieci, u których wcześniej stwierdzono kardiomiopatię czy poważną arytmie. Obecnie wyniki badań nad powiązaniem tych leków z nagłą śmiercią nie są na tyle alarmujące, aby już podejmować kroki w kierunku zmian zasad ordynowania tych leków, aczkolwiek wśród 564 przebadanych przypadków gwałtownej śmierci u dzieci, dziesięć z nich (czyli 1,8 proc.) przyjmowało metylofenidat, podczas gdy w grupie kontrolnej (564 dzieci, które zginęły w wypadkach drogowych) tylko dwoje dzieci (0,4 proc.) było leczonych sty-

mulantami. Różnica jest statystycznie znacząca, jednak na razie wyniki te nie wpłyną na zmianę stosunku korzyści do ryzyka dla tych leków. Aby wyciągnąć jednoznaczne wnioski, należy kontynuować badania, a do czasu wyjaśnienia tego problemu zaleca się lekarzom monitorowanie pacjentów, zwłaszcza pod kątem dysfunkcji w obrębie układu sercowo-naczyniowego.

opr. dr Anna Goldnik
na podst. JAMA 2009, 6, 614

Wareniklina –
ostrzeżenia FDA

Coraz częstsze raporty o samobójstwach lub poważnych zaburzeniach psychicznych u pacjentów przyjmujących wareniklinę, lek stosowany w terapii zespołu uzależnienia od nikotyny, spowodowały, że agencja FDA zażądała umieszczenia w ulotce leku ostrzeżenia dla lekarzy i pacjentów o ryzyku wystąpienia tych niebezpiecznych działań niepożądanych. Nowa ulotka ostrzeża o możliwości pojawienia się zaburzeń behawioralnych, depresji, wrogich zachowań, agresji i myśli samobójczych u osób leczonych tym lekiem. Ulotka warenikliny zawiera także informacje o ryzyku powodowania wypadków drogowych przez osoby nią leczone. FDA otrzymała w okresie od maja 2006 do listopada 2007 r. raporty o udokumentowanych 19 przypadkach samobójstw, 18 raportów o zachowaniach samobójczych i 15 raportów o próbach popełnienia samobójstwa. Podobne ostrzeżenie znalazło się w ulotce bupropionu, leku także stosowanego w terapii odwyuczania się od palenia tytoniu. Również dla tego leku istnieją raporty (dla ostatniej dekady) o 10 samobójstwach i 19 zachowaniach samobójczych. Jeden z ekspertów stwierdził, że oba leki wykazują wysoką efektywność w leczeniu zespołu uzależnienia od nikotyny, jednak tak poważne działania niepożądane zmuszają do rozważenia przez lekarzy stosunku korzyści z podjęcia terapii do ryzyka dla pacjenta. Inny z ekspertów zwraca uwagę na fakt, że w czasie odwyuczania od palenia tytoniu część pacjentów odczuwa objawy depresji, niepokoju, poirytowania, podobne do tych, które zgłaszają pacjenci leczeni warenikliną i bupropionem. Niewątpliwie udowodnione jest

to, że oba leki wywołują lub nasilają te działania niepożądane, dlatego też jest bezwzględnie konieczne monitorowanie pacjentów poddanych terapii jednym z tych leków.

opr. dr Anna Goldnik
na podst. JAMA 2009, 8, 834

Kolejne leki
przeciwpowłotyczne
dla dzieci

Dwa kolejne leki przeciwpowłotyczne atypowe, risperidon i aripiprazol, zostały zarejestrowane do stosowania u dzieci z zaburzeniami dwubiegunowymi i schizofrenią. Agencja FDA skierowała do panelu doradczego zapytanie, czy są przekonujące dowody, aby rekomendować kolejne 3 podobne leki do stosowania u młodych pacjentów. Te leki to kwetiapina, ziprasidon i olanzapina, obecnie stosowane u pacjentów dorosłych w leczeniu zaburzeń dwubiegunowych i schizofrenii a także często off label, czyli poza zarejestrowanymi wskazaniami, właśnie u dzieci. FDA zwraca uwagę na fakt, że wymienione leki wywołują działania niepożądane, jak senność, przyrost masy ciała, wzrost poziomu lipidów i glukozy we krwi. Te działania niepożądane są szczególnie niekorzystne dla młodych pacjentów, ponieważ mogą mieć wpływ na ich wzrost i rozwój, a leczenie trwa zwykle bardzo długo (czasem nawet dziesiątki lat). Ostatecznie panel doradczy głosował za rejestracją tych leków dla dzieci i młodzieży. Kwetiapinę rekomendowano u nastolatków w wieku 13-17 lat krótkotrwałe stosowanie w schizofrenii i dla wieku 10-17 lat w zaburzeniach dwubiegunowych; ziprasidon, jako lek drugiego rzutu, dla pacjentów w wieku 10-17 lat w leczeniu krótkotrwałym maniakalnych i mieszanych epizodów towarzyszących zaburzeniom dwubiegunowym, natomiast olanzapinę, jako lek drugiego rzutu, u młodych pacjentów ze schizofrenią i maniakalnymi lub mieszkanymi epizodami towarzyszącymi zaburzeniom dwubiegunowym typu I. Ziprasidon budził największe wątpliwości ze względu na niekorzystne działanie na układ krążenia, wydłużanie odcinka Q-T, co może prowadzić nawet do nagłej śmierci.

opr. dr Anna Goldnik
na podst. JAMA 2009, 8, 833



Rzecznik prasowy NRL

nr 3 (231) marzec 2010

NRL – 12 II 2010

NRL dokonała wyboru na następujące stanowiska: wiceprezesa NRL – Romuald Krajewski, Anna Lella, Konstanty Radziwiłł, sekretarza NRL – Mariusz Janikowski, skarbnik NRL – Andrzej Sawoni, zastępcę sekretarza NRL – Marek Jodłowski, członkowie Prezydium NRL – Zbigniew Brzezina, Marta Klimkowska-Misiak, Wojciech Marquardt, Stefan Sobczyński.

NRL powołała następujące komisje i zespoły: Komisja Etyki Lekarskiej, Komisja Finansowo-Budżetowa, Komisja ds. Kształcenia Medycznego, Komisja ds. Lekarzy Emerytów i Rencistów, Komisja Stomatologiczna, Komisja Organizacyjna, Konwent Prezesów Okręgowych Rad Lekarskich, Komisja ds. Młodych Lekarzy, Komisja ds. Kultury, Sportu i Rekreacji, Komisja Legislacyjna, Zespół ds. Ubezpieczeń, Zespół ds. Lekarzy Zatrudnionych w Zakładach Opieki Zdrowotnej, Zespół ds. Polityki Lekowej i Farmakoterapii, Zespół ds. Praktyk Lekarskich, Zespół ds. Współpracy Międzynarodowej.

NRL przyjęła stanowisko w sprawie **liczby miejsc dla lekarzy i lekarzy dentystów, którzy rozpoczną specjalizację na podstawie postępowania kwalifikacyjnego przeprowadzonego w terminie 1-31.03.2010 r.** NRL stwierdziła, że proponowana liczba 500 miejsc rezydenckich stanowi drastyczne zmniejszenie w porównaniu do ubiegłych postępowań w tym okresie. Podkreślono, że odsetek miejsc rezydenckich w niektórych województwach kształtuje się poniżej 10% wszystkich miejsc szkoleniowych. Takie ograniczenia liczby miejsc rezydenckich i ich rozdział pomiędzy specjalności stoi w sprzeczności z deklaracjami Ministerstwa Zdrowia i stanowiskiem samorządu lekarskiego, że rezydentura powinna być podstawowym trybem specjalizowania się lekarzy, jak również w sprzeczności z oczekiwaniami środowiska lekarskiego.

NRL przyjęła stanowisko w sprawie **wprowadzenia obowiązku posiadania przez lekarzy i lekarzy dentystów kas rejestrujących.** NRL stwierdziła, że propozycja objęcia obowiązkiem posiadania przez lekarzy i lekarzy dentystów

prowadzących działalność gospodarczą kas rejestrujących w znaczący sposób utrudniałaby wykonywanie zawodów medycznych, natomiast nie przyniosłoby to oczekiwanych korzyści dla Skarbu Państwa. Wśród lekarzy i lekarzy dentystów prowadzących działalność gospodarczą bardzo duża część rozlicza wszystkie przychody, wystawiając faktury albo korzystając z karty podatkowej. Wprowadzenie kas nie spowoduje wzrostu wpłacanych podatków. NRL uważa, że właściwe jest utrzymanie obecnego stanu prawnego, czyli wyłączenie usług w zakresie ochrony zdrowia i opieki społecznej z obowiązku stosowania kas rejestrujących. Jednocześnie Rada proponuje rozważenie powrotu do sprawdzonego w przeszłości rozwiązania polegającego na możliwości odliczenia przez obywateli części udokumentowanych prywatnych wydatków na zdrowie od podstawy opodatkowania oraz wprowadzenie 0 stawki VAT na usługi w zakresie ochrony zdrowia.

Prezydium NRL – 12 II 2010

Ustalono terminy posiedzeń Prezydium NRL w roku 2010: 19 lutego, 12 marca, 9 i 29 kwietnia, 28 maja, 11 czerwca, 9 i 30 lipca, 20 sierpnia, 17 września, 8 października, 5 i 19 listopada, 3 grudnia.

Prezydium NRL – 19 II 2010

Prezydium przyjęło stanowisko w sprawie projektu rozporządzenia ministra zdrowia w sprawie **przekazywania izbom lekarskim środków finansowych na pokrycie kosztów czynności wykonywanych przez izby lekarskie.** Prezydium stwierdziło, że projekt rozporządzenia jako naruszający obowiązujący porządek prawny należy w całości odrzucić. Zgodnie z art. 115 ust. 1 ustawy o izbach lekarskich definiuje się dwie przesłanki, na podstawie których określa się wielkość środków przekazywanych izbom, tj.: ponoszone przez izby koszty oraz potrzeba sprawnego wykonywania zadań przekazywanych izbom. Jest zatem całkowicie nieuprawnione ze strony ministra zdrowia ustalenie, iż jedyną przesłanką ustalenia kosztów jest kwota zaplanowana na ten cel w budżecie w części, której dysponentem jest minister zdrowia. Za co najmniej nieporozumienie Prezydium uznaje stwierdzenie zawarte w „Ocenie skutków regulacji”, że wysokość dotacji w następnych latach nie ulegnie zmianie, bowiem nie zmienia się zakres zadań, które izby wykonują. Od 2002 r. we wszystkich sprawozdaniach przekazywanych ministrowi zdrowia izby lekarskie wykazują, że środki budżetowe pokrywają nie więcej niż 50% kosztów ponoszonych przez izby, a zatem wielkość dotacji musi ulec zwiększeniu.

Prezydium NRL kwestionuje proponowaną regulację i wnosi o podjęcie wspólnych prac nad projektem rozporządzenia, by jego treść nie naruszała obowiązującego prawa, w tym Konstytucji RP.

Prezydium NRL przyjęło stanowisko w sprawie projektu rozporządzenia ministra zdrowia w sprawie **warunków bezpiecznego stosowania promieniowania jonizującego dla wszystkich rodzajów ekspozycji medycznej zamieszczonego na stronie internetowej Krajowego Centrum Ochrony Radiologicznej w wersji z dnia 9 lutego 2010 r.** Prezydium podkreśliło, że ostatnia wersja projektu uwzględnia jedynie niewielką część uwag zgłoszonych dotychczas przez Komisję Stomatologiczną NRL. W dalszym ciągu kwestie najbardziej newralgiczne dla środowiska lekarzy dentystów pozostały nierozwiązane lub zaproponowano w stosunku do nich jedynie częściowe rozwiązania, które w żadnym razie nie mogą być zaakceptowane. Nikt nie kwestionuje zasadności wprowadzenia rozwiązań optymalizujących ochronę radiologiczną pacjenta przed niepożądanym działaniem promieniowania jonizującego. Jednak wymogi te nie zostały dostosowane do specyfiki pracy lekarzy dentystów, a przede wszystkim do warunków technicznych stosowanych przez nich aparatów RTG. Najwięcej kontrowersji budzi obowiązek przeprowadzania kosztownych testów podstawowych oraz określenie ich zakresu w odniesieniu do aparatów RTG stosowanych w gabinetach stomatologicznych czy obowiązek wdrożenia w gabinetach stomatologicznych systemu zarządzania jakością, w tak rozbudowanym zakresie. Podkreślono również niejednoznaczność sformułowania wymogu dotyczącego „odpowiedniego przeszkolenia w zakresie radiologii szczękowo-twarzowej”. Brzmienie takie budzi wątpliwości interpretacyjne, wobec braku sprecyzowania pojęcia „odpowiednie przeszkolenie”. W rezultacie lekarze dentyści mogą być pozbawieni możliwości opisywania np. zdjęć pantomograficznych, gdyż w przepisach brak jest określenia, co rozumie się przez „odpowiednie przeszkolenie”.

Delegowano: Romualda Krajewskiego na posiedzenie Zarządu Europejskiej Unii Lekarzy Specjalistów (UEMS Enlarged Executive) oraz na spotkanie Prezesów i Sekretarzy Sekcji Europejskiej Unii Lekarzy Specjalistów (Presidents and Secretaries of the UEMS Sections & Boards), w dn. 12-13.02.br. w Brukseli.

Tomasz Korkosz
tel. 22-559-13-27, 0602-218-710
faks 22-559-13-26
e-mail: t.korkosz@hipokrates.org

www.gazetalekarska.pl

www.gazetalekarska.pl

OŚRODEK DOSKONALENIA ZAWODOWEGO LEKARZY I LEKARZY DENTYSTÓW NACZELNEJ IZBY LEKARSKIEJ

zaprasza lekarzy i lekarzy dentystów na szkolenia

w siedzibie Naczelnej Izby Lekarskiej w Warszawie, ul. Jana Sobieskiego 110

Warsztaty: **Wystąpienia publiczne**

część I: 22 VI, 28 VII, 20 VIII 2010; część II: 23 VI, 29 VII, 27 VIII 2010

Warsztaty: **Techniki negocjacji**

10 VI, 16 VI, 2 VII 2010

Jak pracować z trudnym pacjentem Wstęp do umiejętności komunikacyjnych

17 III, 22 III, 2 IV, 6 IV, 7 IV, 16 IV, 27 IV, 28 IV, 4 V, 5 V 2010

- Doborowa kadra wykładowców
- Uczestnicy otrzymują punkty edukacyjne
- Szkolenie bezpłatne dla członków izb lekarskich

Informacje i zgłoszenia:

ODZ NIL 00-775 Warszawa, ul. Konduktorska 4

tel. 022-559-02-69, 022-559-02-86, faks 022-559-02-70; e-mail: odz@hipokrates.org

<http://www.nil.org.pl/xml/nil/tematy/odz>

www.odz.nil.org.pl

nr 3 (231)

27

marzec 2010

Gazeta Lekarska

nr 3 (231) marzec 2010

26

nr 3 (231)

Gazeta Lekarska

Polowanie na badania kliniczne

Szczepan Cofta

Do zapisania słów refleksji skłonił mnie artykuł pani Mai Narbutt „Polowanie na króliki” („Rzeczpospolita” z 9-10 stycznia 2010 r.). Wzbudził on немало emocji w środowisku medycznym.

Podstawową tezę artykułu stało się stwierdzenie, że pacjenci – jako nieświadome króliki doświadczalne – nie zdają sobie sprawy z istoty prowadzonych badań klinicznych i są często w sposób nieuczciwy, uzyskując niepełną informację, do nich zachęceni i kwalifikowani. Już w tym miejscu trzeba jednoznacznie zaprotestować i przekazać informację, że warunkiem prowadzenia badań klinicznych, w tym zlecanych przez przemysł farmaceutyczny, jest uzyskanie zgody komisji bioetycznej, funkcjonującej przy uczelniach medycznych bądź izbach lekarskich.

Nie ma badań bez zgody

Nie przypuszczam, by było możliwe, aby ktoś w naszym kraju odważył się prowadzić takie badania bez uzyskania zgody, która wymaga przedstawienia szeregu restrykcyjnych dokumentów, w tym precyzyjnego protokołu badania. Komisje bioetyczne działają raczej w sposób rzetelny i refleksyjny, małe jest więc prawdopodobieństwo prowadzenia badania mogącego przynieść uszczerbek na zdrowiu pacjentów.

Zazwyczaj w prowadzonym badaniu punktem odniesienia, które pacjent może uzyskać, jest optymalny – według obecnego stanu wiedzy – sposób leczenia. W większości badań próbuje dokonać się oceny czy jakiś dodatkowy element leczenia może przynieść większą korzyść lub czy taki efekt mogą przynieść nowe leki, we wstępnych badaniach określane jako obiecujące.

Na przykład w chemioterapii nowotworów podaje się optymalny – dostępny powszechnie – lek przeciwnowotworowy jednej grupie pacjentów porównując go w drugiej grupie z dodatkowym preparatem z innym – sugerowanym jako bardziej optymalny – lub starym lekiem z innym dodatkowym w kolejnych grupach. Albo bada się w pulmonologii, na przykład w astmie oskrzelowej, jaka kombinacja kilku grup leków rozszerzających oskrzela ze sterydami wziewnymi wywoła najlepszy efekt.

Dzięki takim badaniom doświadczaliśmy olbrzymiej części postępu współczesnej

medycyny. Wiemy, że obniżenie stężeń cholesterolu przy pomocy statyn wiąże się ze zmniejszeniem ryzyka choroby wieńcowej. Że glivec jest przebojem ostatnich lat w leczeniu przede wszystkim schorzeń hematologicznych ratującym życie. Że przebadane leki przeciwastmatyczne sprawiają, że rzadko kto trafia do szpitala w stanie astmatycznym i może żyć wiele lat bez uszczerbku. Że pacjenci z mukowiscydozą – zamiast żyć średnio cztery lata – dożywają zazwyczaj trzydziestki.

To, że firmy farmaceutyczne nie prowadzą badań związanych ze zbyt dużym ryzykiem, potwierdza fakt, że tylko poniżej dziesięciu procent badań klinicznych ma wynik niezgodny z optymistycznymi oczekiwaniami. Dla porównania, przed kilkunastu laty odsetek ten sięgał około trzydziestu. To potwierdza stosunkowo duże bezpieczeństwo prowadzonych badań.

Każdy z pacjentów jest zobligowany do podpisania odpowiedniej świadomej zgody, po udzieleniu mu właściwej informacji dotyczącej prowadzonego badania. Oczywiście może dochodzić do pewnych uchybień związanych z odpowiednim wytłumaczeniem pacjentowi stosowanej procedury, choć – jak się wydaje – problem świadomych zgód u naszych pacjentów nie dotyczy tylko badań klinicznych i jest problemem szerszym, dotyczącym ułomności właściwego informowania i dojrzałych relacji między pacjentem a lekarzem.

Nie można więc uważać, że pacjent – poddający się badaniu klinicznemu – naraża się na nadmierne ryzyko w przypadku włączenia do badania, które przeszło wszystkie procedury jego rejestracji. To powinno się polskim pacjentom wprost zakomunikować. Nie można też zapominać, że udział w badaniu klinicznym, które ma przecież charakter terapeutyczny, jest jedyną nadzieją na dostęp do nowoczesnych terapii.

Cienie feudalnej medycyny?

Innym z głównych aspektów poruszanych w artykule red. Narbutt są stwierdzenia związane z nieprawidłowościami finanso-

wymi związanymi z badaniami klinicznymi. Badacze – najczęściej hierarchowie feudalnej drabiny uczelni medycznych – zarabiają krocie. Okradają przy tym szpitale, zostawiając im ochłapy. Mimo rozległej wiedzy i umiejętności są mało wiarygodni, będąc związani z przemysłem farmaceutycznym. Tak można by streścić drugą spośród tez komentowanego artykułu.

Trzeba się pochylić nad tymi zarzutami i poddać je pewnej rewizji. Wkraczamy bowiem na teren, który w naszym kraju nie został poddany szczególnym regulacjom prawnym. O prowadzeniu badań klinicznych wspomina zasadniczo tylko prawo farmaceutyczne, resztę regulować miał zdrowy rozsądek. Faktycznie bywały sytuacje, w których szpitale były marginalizowane przy ustalaniu wynagrodzenia.

Paradoksem jest to, że pewna część środowiska medycznego wołała od kilku lat o przejrzyste regulacje prawne w tym zakresie, nie znajdując żadnego oddźwięku. Podczas odbywających się od ośmiu lat w Poznaniu spotkań dyrektorów wszystkich szpitali klinicznych ze środowiskiem władz uczelni medycznych sygnalizowano brak uregulowań prawnych w tym zakresie. Wydawało się, że niewielu osobom zależy na uregulowaniu problemu.

Dopiero przed ponad rokiem przedstawiciele NIK wpadli na pomysł zrewidowania działalności w tej sferze, wywołując popłoch i nerwowe działania. Wydaje się, że wyniki prowadzonej kontroli, które zapewne będą opublikowane w najbliższych tygodniach, wzbudzą następne emocje osób, dla których badania kliniczne pozostają solą w oku. Choć niewykluczone, że będą one różne dla różnych ośrodków w kraju, mimo wspólnego problemu wszystkich dotyczącego, ze względu na różną wnikliwość kontroli.

Środowiska medyczne prowadzące badania kliniczne i odpowiedzialnych za szpitale próbowano zająć od tyłu – tworząc przejrzystego prawa, lecz prowadząc kontrole i powołując się na zdrowy rozsądek. Jednak chyba dopiero dzięki podjęciu tematu przez NIK słyszymy w ostatnich tygodniach o zainicjowaniu próby uregulowania zagadnienia w odpowiedniej ustawie o badaniach klinicznych, która powinna ukształtować dojrzałą rzeczywistość prawną w tym zakresie.

Niezbędne nowe regulacje prawne

Sam fakt podjęcia procesu ustawodawczego – przygotowywania kompleksowej ustawy o badaniach klinicznych – świadczy o tym, że dotychczasowe regulacje są niewystarczające.

Przy tworzeniu ustawy trzeba potwierdzić podstawowe prawa pacjenta. Dokona się

jednak zapewne kilka batalii. Jedną z nich powinna zagwarantować właściwą pozycję ośrodkom badawczym, a więc instytucjom, które umożliwiają głównym badaczom i ich zespołom, prowadzenie eksperymentów, które są zasadniczo rutynowym postępowaniem medycznym. Wiążą się one z funkcjami diagnostycznymi i leczniczymi w obliczu schorzeń pacjentów. Takie zagwarantowanie równej pozycji może wymusić stosowanie umów trójstronnych między sponsorami badań, głównymi badaczami oraz ośrodkami badawczymi, z pełną jawnością uzyskiwanych przychodów stron. Dotychczas stosowana była praktyka umów dwustronnych, między sponsorem a badaczem oraz sponsorem a ośrodkiem (zazwyczaj szpitalem), dzięki czemu ograniczano wiedzę odpowiedzialnych za szpitale i ryzykowano ich wykorzystywanie.

Warto jednak zauważyć, że do pewnego czasu mechanizm niewtrącania się dyrekcji szpitali do zarobków badaczy był bardzo istotnym wentylem bezpieczeństwa w obliczu niskich w przeszłości (o obecnie już tylko w niektórych szpitalach i na niektórych oddziałach) zarobków. Na tyle on był ważny, że zasadniczo przed kilkoma laty nie obserwowano – mimo napiętej sytuacji w sektorze zdrowia – szczególnych napięć w większości ośrodków klinicznych prowadzących badania.

Zapewnienia przejrzystego mechanizmu liczenia kosztów – stosowane już w części szpitali – odeprą zarzuty, że badania kliniczne prowadzone przez zagraniczne firmy farmaceutyczne finansowane są z pieniędzy publicznych polskich szpitali.

Ponadto – jak się oczekuje – nowa ustawa rozwiąże gorący problem finansowania procedur medycznych u pacjentów pozostających w badaniach klinicznych w ramach powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego. Część środowisk zainteresowanych twierdzi, że pacjentowi w badaniu klinicznym odbiera się możliwość finansowania jego leczenia, czyli realizacji standardowych świadczeń medycznych ze środków publicznych. To znaczy, że jeśli na przykład pacjent z przewlekłą białaczką ma weryfikowany lek przeciwwrzędiczy, to sponsor badania pokrywa nie tylko koszty badania, sprawdzanego leku i związanej z jego podaniem procedury, ale także całe leczenie pacjenta z białaczką (tylko dlatego, że taki zakres leczenia opisuje schemat badania). Albo: jeśli sprawdzamy lek przeciwbólowy u pacjenta z zawałem mięśnia sercowego, to sponsor nie finansuje tylko leku i procedur związanych z podaniem, ale całkowite leczenie zawału mięśnia sercowego.

Oczywiście badania kliniczne powinny być w całości finansowane przez sponso-

dokończenie na str. 31

Odbywanie stażu podyplomowego poza granicami Polski

Marek Szewczyński

Na wstępie należy podkreślić, że staż podyplomowy lekarza i lekarza dentysty w takim rozumieniu, jaki wynika z przepisów obowiązujących w Polsce, jest dodatkowym, oprócz studiów, elementem prowadzącym do uzyskania pełnych kwalifikacji zawodowych.

Z tego względu przepisy Dyrektywy 2005/36/WE nie mają bezpośredniego zastosowania do odbywania stażu podyplomowego przez absolwentów studiów lekarskich lub lekarsko-dentystycznych w innym państwie członkowskim. Co do zasady przepisy Dyrektywy 2005/36/WE obejmują bowiem te osoby, które już posiadają pełne kwalifikacje do wykonywania zawodu w jednym państwie członkowskim i chcą wykonywać ten sam zawód w innym państwie członkowskim. Dyrektywa nie reguluje natomiast sytuacji osób, które chcą rozpocząć lub kontynuować studia w innym państwie, ani osób, które rozpoczynają kształcenie w jednym państwie (np. kończą studia lekarskie) i chcą je kontynuować w innym państwie (np. odbyć staż podyplomowy, który jest warunkiem uzyskania prawa wykonywania zawodu).

Jeżeli zarówno w państwie, w którym lekarz uzyskał dyplom, jak i w państwie, do którego zamierza się udać, istnieje staż odbywany po uzyskaniu dyplomu, możliwość i zasady odbywania takiego stażu nie wynikają z przepisów Dyrektywy 2005/36/WE. W takim przypadku zastosowanie mają przepisy prawne obowiązujące w tych państwach, które z jednej strony wskazują, czy możliwe jest odbycie takiego stażu przez absolwenta uczelni z innego państwa, a z drugiej – czy staż odbyty za granicą zostanie uznany w państwie, w którym lekarz uzyskał dyplom. W 1975 r. Rada Unii Europejskiej rekomendowała co prawda państwom członkowskim, w których prowadzony jest podyplomowy staż kliniczny, aby umożliwiały odbywanie tego stażu także obywatelom innych państw członkowskich. Rekomendacja Rady nie jest jednak aktem

nakładającym na państwa członkowskie jakiegokolwiek zobowiązania.

Polskie przepisy prawne przewidują możliwość odbycia stażu podyplomowego lekarza lub lekarza dentysty w innym państwie. Po odbyciu takiego stażu za granicą lekarz powinien wystąpić z wnioskiem o uznanie tego stażu za równoważny ze stażem odbywanym w Polsce. Zgodnie z przepisami ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty organem właściwym do uznania stażu podyplomowego odbytego za granicą za równoważny ze stażem podyplomowym odbytym w Polsce jest minister zdrowia.

Szczegółowy tryb uznawania równoważności stażu podyplomowego odbytego za granicą określa rozporządzenie ministra zdrowia w sprawie stażu podyplomowego lekarza i lekarza dentysty. Zgodnie z tym rozporządzeniem minister zdrowia uznaje staż, jeśli stwierdzi, że czas trwania stażu podyplomowego był nie krótszy niż okres stażu odbywanego w Polsce oraz że jego program był zgodny w istotnych elementach formalnych i merytorycznych z ramowym programem stażu odbywanego w Polsce. Uznanie stażu następuje na podstawie opinii zespołu ekspertów, który wydaje ją w oparciu o dokumenty potwierdzające realizację programu spełniającego ww. warunki.

Polskie przepisy nie przewidują wymogu uzyskania przez lekarza uprzedniej zgody od ministra zdrowia, aby odbywać staż za granicą, nie jest także wymagane uprzednie złożenie Lekarskiego lub Lekarsko-Dentystycznego Egzaminu Państwowego.

Lekarski lub Lekarsko-Dentystyczny Egzamin Państwowy jest natomiast warunkiem uzyskania prawa wykonywania

zawodu w Polsce i należy go złożyć podczas odbywania stażu (uznawania stażu zagranicznego) lub po jego zakończeniu.

W celu uzyskania szczegółowych informacji o zasadach uznawania stażu oraz o dokumentach, jakie trzeba w tym celu składać, należy kontaktować się z Departamentem Nauki i Szkolnictwa Wyższego Ministerstwa Zdrowia.

Biorąc pod uwagę, że systemy kształcenia lekarzy oraz lekarzy dentystów w niektórych państwach członkowskich nie przewidują stażu podyplomowego mającego taki charakter, jak staż przewidziany w polskich przepisach, tym bardziej winno upewnić się w Departamencie Nauki i Szkolnictwa Wyższego Ministerstwa Zdrowia, czy staż, który miałby być odbyty w danym państwie, będzie mógł zostać uznany w Polsce, a jeśli tak, to na jakich warunkach.

Należy mieć na względzie, że ani izby lekarskie, ani Ministerstwo Zdrowia nie pośredniczą przy załatwianiu formalności związanych ze znalezieniem miejsca na odbycie stażu za granicą – należy tego dokonywać we własnym zakresie.

Naczelna Izba Lekarska lub okręgowa izba lekarska wydaje natomiast zaświadczenia dotyczące zgodności posiadanego dyplomu z wymogami dyrektywy oraz potwierdzające niekaralność zawodową, które mogą być wymagane za granicą. Informacji o wymogach, jakie należy spełnić, aby rozpocząć staż w innym państwie, należy zasięgać w odpowiednich urzędach danego państwa, przede wszystkim w urzędach wydających uprawnienie do wykonywania zawodu.

Autor jest pracownikiem Ośrodka Uznawania Kwalifikacji NIL.

Polowanie na badania kliniczne

dokończenie ze str. 29

rów, reprezentujących bogaty świat przemysłu farmaceutycznego, jednak obarczanie kosztami wynikającymi ze świadczenia usług w ramach rutynowego postępowania, tzw. świadczeń gwarantowanych, może niejednokrotnie prowadzić do absurdów. a na pewno do paraliżu tej części polskich badań klinicznych, które prowadzone są w ramach hospitalizacji. Próbuje porządkować rzeczywistość, warto odnieść się do międzynarodowych doświadczeń. w większości krajów europejskich, a także najbardziej liberalnym rynku medycznym – USA, sponsorzy zobligowani są do odpłacania świadczeń ponadstandardowych.

Jako pokłosie kontroli NIK oraz NFZ – jak się okazuje – niektóre ze szpitali mają zwracać spore kwoty pieniężne za rozliczanie z płatnikiem publicznym pacjentów, u których prowadzono badania kliniczne.

Społecznie niezbędne

W dyskusji o badaniach klinicznych często sugeruje się – jeśli nie ma jasnych przepisów – zastosowanie zdrowego rozsądku. Takim właśnie jego zastosowaniem powinno być uwzględnienie aspektu społecznego prowadzonych badań klinicznych. Nie tylko z uwagi na torowanie postępu w medycynie, który dzięki badaniom się dokonuje, ale także na społecznie pożyteczny i wymierny finansowo aspekt uzyskania dostępu do nowoczesnych terapii.

Trzeba jasno powiedzieć, że dzięki badaniom klinicznym publiczny płatnik może być nieco odciążony od finansowania drogich terapii, czego przykładem może być chociażby postępowanie w raku nerki. Na przykład w Wielkopolsce 4/5 pacjentów z rakiem nerki, których miesięczna terapia kosztuje od dziesięciu do dwudziestu tysięcy złotych miesięcznie, pozostaje w leczeniu w ramach badań klinicznych, w tym w badaniach tak zwanej IV fazy, gdzie lek jest już dopuszczony na rynek (a więc bezwzględnie skuteczny i bezpieczny). Publiczny płatnik dźwiga w chwili obecnej najwyżej 1/5 kwoty chemioterapii niestandardowych, którą musiałby przeznaczyć bez wsparcia badań klinicznych. Wiązałoby się to z wielomilionowymi dodatkowymi wydatkami, przed którymi nie można by uciec, zwłaszcza gdyby pokazano w środkach przekazu jedną czy dwie płaczące osoby, które potrzebują leczenia w sytuacji schorzenia onkologicznego. Takie przykłady można by mnożyć.

Dyskusja na ten temat jest ważna. Nie można jej pozostawić tylko i wyłącznie środowiskom medycznym, choć punktem wyjścia dyskusji powinna być kompetencja dotycząca kompleksowego przedstawienia zagadnienia. Powinno być podstawą do ferowania sądów. a samo polowanie na badania kliniczne nie bardzo się nam chyba społecznie opłaca.

Autor jest pulmonologiem, naczelnym lekarzem w Szpitalu Klinicznym Przemienienia Pańskiego w Poznaniu, pracownikiem naukowo-dydaktycznym Uniwersytetu Medycznego w Poznaniu.

PRO SENIORE

im. Lekarzy Polskich Poległych i Pomordowanych w Cynie II Wojny Światowej

Pomóżmy tym, którzy nam pomagali

Fundacja Lekarska Pro Seniore została założona przez Okręgową Izbę Lekarską w 1997r. (KRS 250527) w celu pomocy emerytowanym lekarzom w pracach domowych, ułatwienia dostępu do opieki medycznej oraz wybudowania nowoczesnych, na miarę XXI wieku, domów spokojnej jesieli życia.

Oprócz budowy takich elitarnych domów planujemy utworzyć przychodnię i poradnię rehabilitacyjną. Emerytowani lekarze, mieszkający w Polsce lub poza jej granicami, będą mogli korzystać z troskliwej, życzliwej i fachowej opieki. Pomni kolei losu, jakiego wszyscy doświadczamy wraz z upływem czasu, zapewnimy warunki w jakich w przyszłości sami chcielibyśmy się znaleźć.

W 2009 roku Fundacja przekazała 10 000 zł na dofinansowanie turnusów rehabilitacyjnych dla emerytowanych lekarzy

Koleżanko i Kolego! Pomyśl o przyszłości i o tych, którzy już dziś są w potrzebie. Fundacja „Pro Seniore” jest organizacją pożytku publicznego (KRS 0000250527).

Wpłać 1% podatku na jej konto:
03 1050 1041 1000 0022 1357 3187

Fundacja Lekarska Pro Seniore
im. Lekarzy Polskich Poległych i Pomordowanych w Cynie II Wojny Światowej
02-012 Warszawa, ul. Polowa 18
tel. (22) 542-83-02, 00 668-798-778, 00 604-011-221
e-mail: proseniore@warszawa.on.org.pl

REKLAMA

REKLAMA

Jeden za wszystkich?

Odpowiedzialność lekarza kierującego zespołem operacyjnym



nieuprawnionej do jej wykonania, a ponadto niezwyfikowanie, jaki płyn jest wlewany do jamy brzusznej pacjenta.

Na szczególną uwagę zasługuje odpowiedzialność lekarza kierującego zespołem operacyjnym za działania instrumentariuszki. Co do zasady, odpowiedzialność za nieumyślne działania instrumentariuszki, która jest zatrudniona w publicznym lub niepublicznym zakładzie opieki

REKLAMA

REKLAMA

W poprzednim numerze „Gazety Lekarskiej” zostały wyjaśnione kwestie dotyczące relacji lekarza chirurga i lekarza anestezjologa w trakcie podejmowania czynności medycznych przed rozpoczęciem, w trakcie oraz po zakończeniu zabiegu operacyjnego.

W praktyce wiele wątpliwości budzą również prawne relacje lekarza kierującego zespołem operacyjnym i pozostałych członków zespołu. I choć sama odpowiedzialność odszkodowawcza zależy przede wszystkim od zaistnienia przesłanek odpowiedzialności w postaci: winy, szkody i związku przyczynowego między zdarzeniem i szkodą, a zakres odpowiedzialności uzależniony jest przede wszystkim od formy zatrudnienia, należy przyjąć, że lekarz kierujący zespołem operacyjnym ponosi odpowiedzialność za brak należytego nadzoru nad poszczególnymi członkami zespołu operacyjnego i podejmowanymi przez nich czynnościami. „Obowiązek nadzoru” jest elementem należytej staranności, do której zachowania lekarz jest zobowiązany w trakcie podejmowania czynności medycznych.

Uwaga! Lekarz kierujący zespołem operacyjnym ponosi odpowiedzialność za brak odpowiedniego nadzoru przed, w trakcie oraz pod zakończeniu wykonywania zabiegu operacyjnego niezależnie od samodzielnej odpowiedzialności poszczególnych członków zespołu.

Jak już wspomniałam lekarz koordynujący prace zespołu operacyjnego odpowiedzialny jest za niedołożenie należytej staranności w trakcie wykonywania zabiegu operacyjnego w postaci braku odpowiedniego nadzoru. Przez niedołożenie należytej staranności należy w tym przypadku rozumieć:

- niezachowanie reguł ostrożności w trakcie wykonywania zabiegu,

- nieprzekazanie członkom zespołu operacyjnego z małym doświadczeniem zawodowym odpowiednich wskazówek,
- popełnienie błędu w wyborze osoby, która ma wykonać czynność leczniczą w trakcie zabiegu. Przez popełnienie błędu w wyborze należy rozumieć zlecenie wykonania danej czynności medycznej osobie nie posiadającej odpowiednich kwalifikacji, nie mającej wystarczającego doświadczenia itp.,
- zlecenie wykonania czynności pomocniczych w trakcie zabiegu operacyjnego nieuprawnionym do tego osobom.

Uwaga! Lekarz kierujący zespołem operacyjnym, który w trakcie zabiegu zleca wykonanie czynności osobie nieuprawnionej do jej wykonania, naraża się na poniesienie odpowiedzialności za negatywny skutek, jaki może nastąpić u pacjenta w związku z nieprawidłowym działaniem tej osoby.

W sprawach odpowiedzialności lekarza kierującego zespołem operacyjnym wielokrotnie wypowiadały się sądy. W jednej ze spraw lekarz kierujący zespołem zezwolił, aby w trakcie operacji płyn do jamy brzusznej pacjenta wlała salowa. Salowa wykonała czynność samodzielnie wlewając do jamy brzusznej dekstran zamiast wodnego roztworu hibatenu, co przyczyniło się do śmierci chorego. Zdaniem sądu winą lekarza było w tym przypadku powierzenie wykonania czynności osobie

zdrowotnej, ponosi pracodawca, co wynika z faktu, że instrumentariuszka jest podobnie jak każdy inny członek personelu medycznego podwykonawcą zakładu opieki zdrowotnej. Fakt ten nie wyklucza jednak odpowiedzialności lekarza kierującego zespołem operacyjnym za sprawowanie nadzoru nad przeprowadzaniem zabiegami, w tym również nad korzystaniem z narzędzi niezbędnych do przeprowadzenia za-

biegu. Do podstawowych obowiązków instrumentariuszki należy przeliczenie i sprawdzenie narzędzi i elementów opatrunkowych po zakończeniu operacji (orzeczenie SN z 20.05.1971 r., sygn. II CR 115/71). Lekarz kierujący zespołem operacyjnym jest natomiast zobowiązany do zachowania należytej staranności w trakcie wykonywania zabiegu, w tym również do skontrolowania działań poszczególnych członków

pola operacyjnego jest orzeczenie Sądu Najwyższego dotyczące pozostawienia w jamie brzusznej pacjentki kompresu gazowego (orzeczenie SN z 17.02.1967 r., sygn. I CR 435/66, OSN 10/1967, poz. 177).

W niniejszej sprawie Sąd stwierdził, że pozostawienie ciała obcego w polu operacyjnym stanowi rażące niedbalstwo lekarza kierującego operacją. Zdaniem Sądu do zadań lekarza należało sprawdzenie czy wszystkie kompresy zostały wyjęte, bądź dopilnowanie, aby uczynił to inny członek zespołu operacyjnego.

W innej sprawie Sąd przyznał odszkodowanie za pozostawienie ciała obcego w stawie łokciowym. Sprawa dotyczyła pacjenta, u którego z powodu wieloodłamowego charakteru złamania podjęto decyzję o potrzebie leczenia operacyjnego. Zabieg operacyjny (resekcja złamanej głowy kości promieniowej) wykonano 31 maja 2001 r. W dniu 12 czerwca 2001 r. powód zgłosił się do zdjęcia szwów, a po następnych dwóch tygodniach zdjęto gips. Po zdjęciu gipsu stwierdzono obrzęk i bolesność okolic łokcia, w związku z czym zalecono powodowi zabiegi rehabilitacyjne. Brak postępu w usprawnieniu kończyny, bolesność, obrzęk okolic łokcia zadecydowały o podjęciu przez powoda leczenia w Oddziale Ortopedyczno-Urazowym. Pacjent został przyjęty z rozpoznaniem: stan po resekcji głowy kości promieniowej, ropne zapalenie stawu łokciowego. 25 września 2001 r. wykonano zabieg polegający na rewizji rany pooperacyjnej, podczas której usunięto pozostawiony w ranie gazik. Sąd ustalił, że przebieg, zakres oraz metoda pierwotnego zabiegu operacyjnego pozostawały w zgodzie z zasadami sztuki. Jednak proces leczenia został powikłany zakażeniem tkanek miękkich okolicy łokcia oraz samego stawu łokciowego, spowodowanym pozostawieniem gazika w ranie operacyjnej podczas zabiegu operacyjnego wykonanego 31 maja 2001 r. Kolejny zabieg operacyjny spowodowany był koniecznością likwidacji ogniska zapalnego. Innych wskazań do powtórnej operacji nie było, co sąd ustalił na podstawie opinii biegłych z Zakładu Medycyny Sądowej.

W opinii Sądu zaniedbanie polegające na pozostawieniu po operacji

w zaszytej ranie ciała obcego stanowi niezachowanie należytej staranności przy wykonywaniu funkcji powierzonych lekarzowi kierującemu operacją, co pociąga za sobą odpowiedzialność cywilnoprawną.

Lekarz kierujący zespołem operacyjnym ma obowiązek sprawowania nadzoru również nad czynnościami podejmowanymi w trakcie zabiegu operacyjnego przez innych lekarzy. Szczególne znaczenie ma to w odniesieniu do lekarzy odbywających staż lub szkolenie specjalizacyjne, niemniej lekarz koordynator ponosi odpowiedzialność za brak odpowiedniego nadzoru nad czynnościami podejmowanymi przez każdego lekarza należącego do zespołu, bez względu na posiadane wykształcenie i doświadczenie. Należy pamiętać, że odpowiedzialność za brak nadzoru nie wyłącza samodzielnej odpowiedzialności poszczególnych lekarzy wykonujących czynności medyczne, np. za negatywne następstwa błędu w sztuce bądź szkody wyrządzone w wyniku lekkoomyślności lub niedbalstwa. Nie dotyczy to jednak sytuacji, w których szkoda powstała w związku z wykonaniem czynności medycznej na polecenie lekarza kierującego zabiegiem, przez lekarza nie posiadającego odpowiednich kwalifikacji lub doświadczenia.

Uwaga! Lekarz kierujący zespołem operacyjnym nie jest zobowiązany do sprawowania nadzoru nad działaniami personelu pielęgniarskiego, które podejmowane są po zakończeniu zabiegu operacyjnego. Dotyczy to w szczególności czynności medycznych, które pielęgniarka może wykonywać samodzielnie bez zlecenia lekarza. Zakres czynności, które mogą być wykonane samodzielnie przez pielęgniarkę, określa rozporządzenie w sprawie rodzaju i zakresu świadczeń zapobiegawczych, diagnostycznych, leczniczych i rehabilitacyjnych udzielanych przez pielęgniarkę lub położną samodzielnie bez zlecenia lekarskiego z 7 listopada 2007 r. (Dz. U. 2007 r., nr 210, poz. 1540).

Justyna Zajdel
Zakład Prawa Medycznego w Łodzi

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

Rola pośredników ubezpieczeniowych

Ustawa o pośrednictwie ubezpieczeniowym co do zasady, w przypadku oferowania ubezpieczeń odpowiedzialności cywilnej, wyróżnia dwa rodzaje pośredników, pierwszym z nich jest agent ubezpieczeniowy, drugim broker ubezpieczeniowy.

Samo pośrednictwo ubezpieczeniowe polega na wykonywaniu przez pośrednika za wynagrodzeniem czynności faktycznych i prawnych, związanych z zawieraniem lub wykonywaniem umów ubezpieczenia, w tym ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej. Ponieważ czynności te mogą być wykonywane zarówno przez agenta ubezpieczeniowego, jak i przez brokera ubezpieczeniowego, dla wielu osób podział pośredników wydaje się sztuczny i niezrozumiały.

Tymczasem różnica pomiędzy pośrednikami jest dość istotna, szczególnie jeśli chodzi o kwestię obowiązków, jak i odpowiedzialności. Kluczowa jest jednak, moim zdaniem, kwestia umocowania. Agent ubezpieczeniowy czynności pośrednictwa ubezpieczeniowego, zwane czynnościami agencyjnymi, wykonuje w imieniu i na rzecz zakładu ubezpieczeń, natomiast broker ubezpieczeniowy swoje czynności, zwane brokerskimi, wykonuje w imieniu i na rzecz podmiotu poszukującego

ochrony ubezpieczeniowej. Praktycznie ta różnica powoduje, że agent ubezpieczeniowy może zaoferować ochronę ubezpieczeniową wyłącznie tego zakładu ubezpieczeń, którego jest reprezentantem, natomiast broker ubezpieczeniowy na żądanie swojego klienta musi przeanalizować ofertę produktową całego rynku, dokonując szczegółowej analizy oferty każdego z zakładów ubezpieczeń, a następnie przedłożyć klientowi rekomendację, tak aby oferta w możliwie najpełniejszy sposób odpowiadała potrzebom klienta.

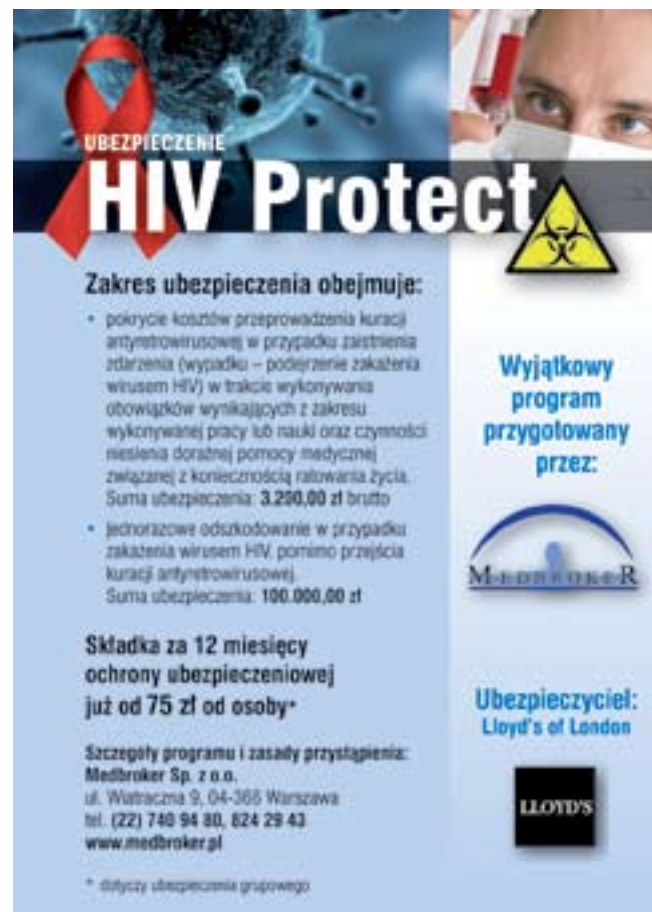
Na tym jednak różnice pomiędzy pośrednikami się nie kończą. Co do zasady w kwestii odpowiedzialności ustawodawca wskazał, że za działania agenta ubezpieczeniowego odpowiada cywilnie zakład ubezpieczeń, natomiast broker ubezpieczeniowy sam odpowiada za swoje czynności. Przy czym, biorąc pod uwagę szeroki zakres odpowiedzialności za wykonywane czynności, ustawodawca obarczył niejako brokera ubezpieczeniowego obowiązkowym ubezpieczeniem odpowiedzialności cywilnej, które w przypadku tego zawodu wynosi równowartość w złotych 1 000 000 euro na jedno oraz 1 500 000 euro na wszystkie zdarzenia. Co prawda również agent ubezpieczeniowy wykonujący czynności na rzecz wielu zakładów ubezpieczeń, tzw. multiagent, posiada również wysokie ubezpieczenie obowiązkowe, ale pamiętać należy, że także w tym wypadku możliwość udzielania ochrony ubezpieczeniowej jest ograniczona do tych zakładów ubezpieczeń, z którymi ma on zawarte umowy agencyjne.

Niezależnie od rodzaju pośrednictwa ubezpieczeniowego podstawowym zadaniem pośrednika w sytuacji udzielania ochrony ubezpieczeniowej na rzecz lekarzy w przypadku ubezpieczeń odpowiedzialności cywilnej jest optymalizacja ochrony ubezpieczeniowej. Pod tym dość szerokim pojęciem kryje się całokształt pojęć i zadań, o których wspominałem w poprzednich częściach kompendium wiedzy o ubezpieczeniu odpowiedzialności cywilnej.

W największym skrócie chodzi o zagwarantowanie w możliwie najpełniejszy sposób najszerzej ochrony ubezpieczeniowej, ze szczególnym uwzględnieniem zakresu ubezpieczenia, wyłączeń, ustalenia odpowiedniej sumy gwarancyjnej przy zastosowaniu najodpowiedniejszego triggera ubezpieczeniowego, z jednoczesnym uwzględnieniem potrzeb dotyczących ubezpieczeń dodatkowych, uzupełniających wymagane przez ustawodawcę minimum. Oczywiście wszystko to przy możliwie najmniejszej składce ubezpieczeniowej.

Maciej Dittmayer
radca prawny

Kancelaria Prawna Dittmayer Głowacki Awedyk Sp. k., kancelaria współpracująca z April Group w Polsce i świadcząca usługi dla Medbroker Sp. z o.o.



UBEZPIECZENIE HIV Protect

Zakres ubezpieczenia obejmuje:

- pokrycie kosztów przeprowadzenia kuracji antyretrowirusowej w przypadku zaistnienia zdarzenia (wypadku – podejrzenie zakażenia wirusem HIV) w trakcie wykonywania obowiązków wynikających z zakresu wykonywanej pracy lub nauki oraz czynności niesienia doradźczej pomocy medycznej związanej z koniecznością ratowania życia. Suma ubezpieczenia: 3.290,00 zł brutto
- jednorazowe odszkodowanie w przypadku zakażenia wirusem HIV, pomimo przejścia kuracji antyretrowirusowej. Suma ubezpieczenia: 100.000,00 zł

Wyjątkowy program przygotowany przez:

Medbroker

Ubezpieczyciel: Lloyd's of London

Składka za 12 miesięcy ochrony ubezpieczeniowej już od 75 zł od osoby*

Szczegóły programu i zasady przystąpienia: Medbroker Sp. z o.o., ul. Włocławska 9, 04-365 Warszawa, tel. (22) 740 94 80, 824 29 43, www.medbroker.pl

* dotyczy ubezpieczenia grupowego

Zjazdy koleżeńskie

Wydział Lekarski UJ, rocznik 1945-49

Tegoroczne spotkanie koleżeńskie odbędzie się w **Krakowie 12.06. (sobota)**. W programie **Msza św. o godz. 11.00 w Kolegiacie św. Anny**, następnie obiad w restauracji „Convivium” w Collegium Novum UJ. Zgłoszenia udziału w spotkaniu do 15.05.br. na adres: **prof. dr hab. Helena Żygulska-Mach, ul. Friedleina 13 m. 6, 30-009 Kraków, tel. 12-633-31-28**.

Absolwenci AM w Warszawie, rocznik 1945-50

W 60 rocznicę ukończenia studiów odbędzie się spotkanie absolwentów, w **piątek 21.05.br., w Klubie Lekarza w Warszawie przy ul. Raszyńskiej 54 o godz. 17.00**. Poprzedzi je **Msza św. w kościele św. Jakuba przy pl. Narutowicza, o godz. 16.00**. Zgłoszenia udziału pod adresem: **Teresa Majlert-Michałowska, Warszawa, ul. Marszałkowska 87 m. 76, tel. 22-621-85-12 lub Janina Kępska-Szłękiewicz, 02-365 Warszawa, ul. Białobrzaska 22 m. 221, tel. 22-822-12-88**.

Wydział Lekarski i Oddział Stomatologiczny AM w Gdańsku, lata 1954-59

Uroczystość odnowienia dyplomów lekarskich po 50 latach odbędzie się **14.05.br. (piątek) w Gdańsku – o godz. 10.00 Msza św. w kościele pw. Matki Boskiej Częstochowskiej**, a następnie o **godz. 12.00** uroczyste odnowienie dyplomów w **Audytoryum Primum Atheneum Gedanense Novum** (w budynku tzw. Starej Anatomii). Za Komitet Organizacyjny: **Mirosław Laskowski, tel. 58-346-50-46, Jerzy Kossak, e-mail: jk2001@wp.pl, tel. 0601-611-075**.

Wydział Lekarski, Oddział Pediatrii i Stomatologii AM we Wrocławiu, rocznik 1960

Spotkanie koleżeńskie z okazji 50 rocznicy uzyskania absolutorium **25.09.br. (sobota) we Wrocławiu**. Opłata za uczestnictwo w zjeździe: od absolwenta 350 zł, osoba towarzysząca na bankiecie 200 zł, tylko uroczystości 150 zł. Wpłaty na konto DIL we Wrocławiu: 17 1540 1030 2001 7753 6075 0001 do 31.05.br. z dopiskiem „Zjazd 1960” lub bezpośrednio w DIL we Wrocławiu (II p. pok. 1). Panie prosimy o podanie nazwiska obecnego oraz z okresu studiów. Zakwaterowanie we własnym zakresie (nie jest wliczone w cenę zjazdu). Informacje: **Ziuta Walińska-Szelatyńska, tel. 781-281-086; Helena Wąsik-Kaźmierczyk, tel. 601-717-185; Patrycja Malec, DIL we Wrocławiu, tel. 71-79-88-068, e-mail: patrycja.malec@dilnet.wroc.pl**. Za Komitet Organizacyjny Zbigniew Batorzyński, Helena Kaźmierczyk, Ewa Mróz, Edward Skoczek, Bohdan Słończewski, Józefa Szelatyńska

Wydział Lekarski i Stomatologiczny ŚLAM, rocznik 1960-66

W dn. **28-30.05.br. w Hotelu „Wilga” w Ustroniu przy ul. Zdrojowej 7** odbędzie się zjazd koleżeński. Koszt uczestnictwa za pobyt 2-dniowy (sob-ndz) - 220 zł, pobyt 3-dniowy (pt-ndz) 350 zł. Wpłaty do 10.05.br. na konto: PKO BP 79 1020 2313 0000 3202 0322 8277 z dopiskiem „Zjazd ŚLAM”. Informacje i zgłoszenia: **Gabriela Słowińska-Phillipp, tel. 32-222-61-06, 0601-472-562, e-mail: gabriela.ph@interia.pl; Teresa Bromilska-Lipowczan, tel. 32-257-12-85, 0696-251-212, e-mail: lipowczan@neostrada.pl** z tematem Zjazd oraz w Hotelu „Wilga” p. **Izabella Janik, tel. 33-854-33-11 wew. 316, 0500-037-199**.

Wydział Lekarski, lata 1964-70, Wydział Lekarsko-Stomatologiczny, lata 1964-69, AM w Krakowie

26.06.br. spotkanie z okazji 40 rocznicy ukończenia studiów. Organizatorzy: **Wanda Niewiadomska Cyruł 0501-373-142, Jacek Domański 0607-117-709, Elżbieta Dziekan 0609-110-250, Wojciech Groń 0604-419-858, Maria Szumska 0503-591-321**. Adres korespondencyjny i wpłaty na konto zjazdowe: **Wanda Niewiadomska Cyruł, 31-137 Kraków, ul. Siemiradzkiego 35/3**. Bank PKO. SA. 82 1240 1431 1111 0010 2754 7189

ZJAZDY KOLEŻEŃSKIE W INTERNECIE

www.absolventus.pl

SERWIS POMOCZE PAŃSTWU ZORGANIZOWAĆ ZJAZD ABSOLWENTÓW. PRZYJAZNY UKŁAD I ERGONOMICZNA BUDOWA UMOŻLIWIĄJĄ SZYBKIE WYSZUKANIE INFORMACJI ORAZ DODANIE INFORMACJI O NOWYM ZJEJZDZIE.

Absolwenci PAM, rocznik 1973

Kochani! To już 37 lat minęło od końca studiów i 2 lata od ostatniego spotkania w Toruniu. Aby nie czekać na „czterdziestkę”, postanowiliśmy się spotkać w tym roku. Spotkanie organizują: **Piotr Gajewski, Jacek Zajączek i ja, w „Folwarku Amalia” w Lubikówku k. Gorzowa (Lubikówko 5, 66-340 Przytoczna)**. Wpłata 600 zł na konto: Bank Zachodni WBK 54 1090 1900 0000 0001 0741 7022, koniecznie z dopiskiem „Symposium Roczника 1973”. Termin wpłat: do końca marca. Prosimy o zabranie zdjęć starych i nowych oraz różnych pamiątek ze studiów. Kontakt: **W. Marosz, tel. 0605-352-887, e-mail: obwies@vp.pl. Wiesiek**

AM w Lublinie, rocznik 1974-80

Spotkanie koleżeńskie z okazji 30 rocznicy ukończenia AM w Lublinie (rocznik 1974-80) odbędzie się 15.05.br. w **Kazimierzu Dolnym n. Wisłą w Zajeździe Piastowskim**. Całkowity koszt 400 zł od osoby. Zgłoszenia uczestnictwa przez wpłatę na konto w Raiffeisen Bank o/ Lublin nr 55 1750 0012 0000 0000 0578 1477 do 28.02.br. Koleżanki prosimy o podanie nazwiska panińskiego. Informacje i rezerwacja pokoi: **Andrzej Borzęcki, tel. 81-528-84-02, kom. 516-045-517, e-mail: andbo5@wp.pl**

Wydział Lekarski AM we Wrocławiu, rocznik 1977

Zjazd z okazji XXXIII rocznicy ukończenia studiów odbędzie się w dn. **4-6.06.br. w Łądku Zdroju**. Opłata za uczestnictwo 450 zł. Organizatorzy: **Anna Bartnik, Jolanta Kasperkiewicz, Magda Rudnicka, Danuta Sidor i Andrzej Bugajski. Informacje: Andrzej Bugajski, e-mail: a.bugajski@wsf.wroc.pl lub tel. 0601-417-105**. Komunikat nr 1 zostanie rozesłany do wszystkich zainteresowanych spotkaniem.

Wydział Lekarski AM w Lublinie, rocznik 1977

Zjazd Koleżeński (absolwenci i osoby towarzyszące) – **22.05.br. Sieniawa – Pałac**. Koszt uczestnictwa 270 zł od osoby. Prosimy o zgłoszenia na adresy e-mailowe lub telefonicznie do 31.03.br. Wpłaty do 15.04.br. na konto: **Elżbieta Wroczeć-Glijer 28 1240 2382 1111 0010 1287 4209**, z dopiskiem „zjazd 77” i aktualnym adresem pocztowym lub e-mailowym. Kontakt: **Elżbieta Wroczeć-Glijer – elawrocze@wp.pl, tel. 0605-988-766; Grażyna Staroń-Górnicka – ggornicka@wp.pl, tel. 0605-722-050; Grażyna Fido-Księżycza – grazyna_ksiezycza@poczta.onet.pl, tel. 0604-515-048; Tur Zbigniew – medyk.tur@plusnet.pl, tel. 0605-423-943**.

Wydział Stomatologii AM we Wrocławiu, rocznik 1980

Serdecznie zapraszamy na kolejne spotkanie koleżeńskie, tym razem z okazji 30 rocznicy ukończenia Wydz. Stomatologii AM we Wrocławiu, w dn. **17-19.09.br. Hotel „Nasz dom” w Polanicy-Zdroju**. Opłata za uczestnictwo od absolwenta/osoby tow.: pt-nd z nocł. - 400 zł, sb-nd z nocł. - 300 zł, pt-nd bez nocł. - 250 zł, pt-sb z nocł. - 200 zł. Wpłaty na konto DIL we Wrocławiu: 17 1540 1030 2001 7753 6075 0001, do 31.05.br. z dopiskiem „Zjazd 1980 S” lub bezpośrednio w DIL we Wrocławiu (II p., pok. 1). Panie prosimy o podanie nazwiska obecnego oraz z okresu studiów. Informacje: **Patrycja Malec, DIL we Wrocławiu, tel. 71-79-88-068, e-mail: patrycja.malec@dilnet.wroc.pl, patka.malec@wp.pl**. Za Komitet Organizacyjny Alicja Dziewiątkowska, Barbara Kotowska, Andrzej Komorski.

Absolwenci AM w Białymstoku, rocznik 1984-90

Z okazji 20 rocznicy ukończenia AM w Białymstoku organizujemy spotkanie koleżeńskie w dn. **23-24.10.br. w Białymstoku (Pałac Branickich i restauracja Camelot)**. Nocleg we własnym zakresie. Koszt uczestnictwa 250 zł. Wpłaty na konto mBank 95 1140 2004 0000 3402 6610 4959 Agata Korzeniecka-Kozerska do końca lipca br. Wpłatę proszę potwierdzić mailem z podaniem danych osobowych (+ nazwisko panińskie), nr tel. kontaktowego na adres: **agakoz@vp.pl**. Więcej informacji: **tel. 0604-216-172 – Agata Korzeniecka-Kozerska i 72-883-10-54 – Barbara Kiryluk (Michnowicz)**.

Absolwenci PAM, rocznik 1990

Miło nam poinformować, że w dn. **7-9.05.br.** odbędzie się III zjazd absolwentów PAM rocznika 1990, w pensjonacie „Pisz” w **Pobierowie, ul. Piastowska 5**. Zgłoszenia na adres: **kszczucki@poczta.onet.pl**. Komitet organizacyjny: **Małgorzata Hebel (Krupska), 0501-721-009; Krzysztof Szczucki, 0601-732-361**. Koszt uczestnictwa 340 zł od osoby, płatne do 15.04.br.

u.bakowska@gazetalekarska.pl

opr. u

Klub Lekarza

Szanowny Pan Redaktor Marek Stankiewicz
„Gazeta Lekarska”

Szanowny Panie Redaktorze.

W artykule zatytułowanym „Warszawski Dom Lekarza” („GL” luty 2010) opisana została historia i działalność Klubu Lekarza, który do roku 1939 mieścił się przy ul. Niecałej 7, a obecnie działa w ramach Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego w nowej siedzibie przy ul. Raszyńskiej 54.

Jednak w tekście nawet jednym słowem nie wspomina się o 60 latach (1945-2005), które przecież w życiu i działalności (także tej kulturalno-klubowej) warszawskiego środowiska lekarskiego nie były „czarną dziurą”. Dlatego – tytułem uzupełnienia – pragnę podać kilka faktów dotyczących tego właśnie okresu.

Przede wszystkim chciałbym przywołać inny warszawski adres: Al. Ujazdowskie 24. To tu, na parterze słynnej kamienicy Strzaleckich z początku XX w. (powszechnie nazywanej „Domem Pod Gigantami”), dzięki staraniom przede wszystkim prof. Tadeusza Koszarowskiego, powstał w roku 60. Klub Lekarza. Wielkie zasługi w jego tworzeniu miał także ówczesny prezes Polskiego Towarzystwa Lekarskiego prof. Józef Towpik. To on bowiem dopilnował starannej renowacji pięknych, stylowych wnętrz i on także zaczął je wyposażać w dzieła sztuki i sprzęty mające nierzadko wartość antyku. Stopniowo przybywało Klubowi wartościowych mebli (m.in. salonik w stylu

Ludwika XVI), obrazów (w tym darowizna dla Polskiego Towarzystwa Lekarskiego od dr. Lucjana Dobrowolskiego – dzieło Juliana Fałata z okresu nieświeskiego „Do posiłku”), rzeźb, popiersi, rycin, nierzadko związanych z wielkimi postaciami polskiej medycyny. Działo się to wszystko w trudnych czasach powszechnej centralizacji, kiedy ciągle jeszcze zamrożona była naturalna tendencja do oddolnego tworzenia regionalnych stowarzyszeń lekarskich. Gdy władze PRL rozwiązały w 1951 r. wszystkie stowarzyszenia lekarskie, dzięki staraniom wspomnianych profesorów Koszarowskiego, Towpika oraz dr. Ireny Pronaszko-Rzepeckiej wyrażono zgodę na utworzenie pierwszego w dziejach polskiej medycyny ogólnopolskiego towarzystwa lekarskiego – pod nazwą Polskie Towarzystwo Lekarskie. Ani w okresie 123 lat rozbiorów, ani w okresie międzywojennym było to niemożliwe. Rozwiązane jak wszystkie inne organizacje lekarskie Towarzystwo Lekarskie Warszawskie, przez wiele lat istniało jako oddział stołeczny i wojewódzki PTL. Dopiero dzięki usilnym staraniom ówczesnego prezesa doc. Jerzego Woy-Wojciechowskiego przywrócono w 1978 r. historyczną nazwę – Towarzystwo Lekarskie Warszawskie, a także odnaleziono w Głównej Bibliotece Lekarskiej logo i pieczęć Towarzystwa.

W tamtych czasach Klub Lekarza w Al. Ujazdowskich 24 pełnił funkcję integrującą całe środowisko nie tylko warszawskich lekarzy. Pięknie odrestaurowany, gustownie wyposażony i obszerny, a do tego dysponujący niezłą kuchnią Klub Lekarza szybko zyskał renomę miejsca obdarzonego specyficznym *genius loci*. Tu zbierały się oficjalne gremia Polskiego Towarzystwa Lekarskiego, a także jego Stołecznego Oddziału – Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego. Tu odbywały się liczne spotkania naukowe, a warto przy tym pamiętać, że wspomniamy czasy, kiedy znajdowaliśmy się za „żelazną kurtyną”, nie było jeszcze Internetu, a dostęp do czasopism zagranicznych i w ogóle do najświeższej wiedzy medycznej był bardzo utrudniony. Nic dziwnego zatem, że podczas wielu naukowych konferencji poświęconych najnowszym doniesieniom z zakresu diagnostyki i terapii obszerne sale klubowe „pękały w szwach”. Tu w ramach cyklu „Wielcy nauczyciele” przychodzili na rozmowy z młodzieżą lekarską koryfeusze polskiej medycyny profesorowie Hartwig, Nielubowicz, Kostrzewski, Wesołowski, Garlicki i wielu, wielu innych. Tu spotykały się też sekcje tematyczne PTL, m.in. bardzo aktywna Sekcja Historyczna, Osteoporozy, Antybiotykoterapii, Telemedycyny, Medycyny Estetycznej i wiele innych.

Ale przecież nie samą medycyną lekarz żyje.

W Klubie w Al. Ujazdowskich miał przez cały długi czas istnienia swoją siedzibę Teatrzyk Piosenki Lekarzy „Eskulap”, który w ciągu 30 lat działalności dał społecznie 4000 koncertów, w tym bardzo wiele w swoim Klubie. Tu przychodzili na spotkania z publicznością medyczną wybitni artyści, tu dawali występy popularni piosenkarze. To o tym Klubie Jerzy Waldorff zwykł był mawiać (mając na myśli nie tylko stylowy sztafaż!), iż jest to „ostatni prawdziwy salon Warszawy”.

Była też masa bardziej kameralnych spotkań: wieczorów kołęd, „opłatków”, „śledzików”, nie mówiąc już o dziesiątkach (jeśli nie setkach) świętowanych tu doktoratów, habilitacji, profesur... Warto dodać, że przez ostatnie 20 lat dyrektorem Klubu Lekarza w Al. Ujazdowskich był dr Andrzej Trzaskowski, który we wspomnianym artykule o tym milczy.

Dziś nie ma już Klubu Lekarza w Al. Ujazdowskich 24. Musiał zniknąć wraz z reprivatyzacją kamienicy. Duża część wystroju, mebli, dzieł sztuki powędrowała do Klubu Lekarza na ulicę Raszyńską. Czy przeniesie się tam także *genius loci* dawnego Klubu, który pozostał nie tylko na starych zdjęciach, ale w dobrej pamięci kilku pokoleń warszawskich lekarzy?... Czas pokaże.

Warszawa, 4 III 2010

Z poważaniem
Andrzej Korman
rzecznik prasowy Zarządu Głównego
Polskiego Towarzystwa Lekarskiego

Własne siedziby Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego dawniej i dziś

Towarzystwo Lekarskie Warszawskie (TLW) w swojej długiej, trwającej od 1820 r., działalności miało tylko dwie własne siedziby: dom przy ul. Niecałej 7 (Króla Alberta) i dom przy ul. Raszyńskiej 54 (Ochota).

Zebrań członków od 1821 r. odbywały się w prywatnych mieszkaniach oraz na Uniwersytecie Warszawskim. Od 1832 r. posiedzenia odbywały się w gabinecie anatomicznym przy ul. Jezuickiej 73, aż do roku 1857. Od 1858 r. generał gubernator Warszawy Czterykin zezwolił na zebrania w sali posiedzeń Rady Lekarskiej w Pałacu Mostowskich, a następnie przeniesiono je do Instytutu Szczepień w Szpitalu Dzieciątka Jezus, gdzie dyrektorem był prezes TLW Aleksander LeBrun.

W 1860 r. znowu zmieniono miejsce posiedzeń – w Domu Potrykusa przy ul. Wierzbowej 11, w Bibliotece na II piętrze.

Dzięki zapisowi dr. Jana Bącewicza na sumę 22 500 rubli w srebrze z 1865 r., przeznaczonemu na kupno i wybudowanie domu, zakupiono 24 maja 1872 r. za sumę 33 000 rubli od Marianny Paderewskiej działkę przy ul. Króla Alberta 7 o powierzchni 1281 m², a kamień węgielny położono pod nową siedzibę 6 sierpnia 1872 r.

4 października 1873 r. TLW przeprowadziło się do nowego domu. Budowa bocznych oficyn następowała w latach następnych aż do roku 1904. Całkowity koszt budowy wyniósł 78 121,09 rubli.

Ta piękna, przystosowana do potrzeb Towarzystwa, siedziba, z okazałą biblioteką, dużą salą posiedzeń, wspaniale wyposażoną i umeblowaną, służyła aż do 1939 r., do II wojny światowej.

W okresie okupacji, zaniedbana i zamknięta, popadła w ruinę, aby w czasie Powstania Warszawskiego spłonąć całkowicie. Po roku 1945 resztki murów rozebrano, a dekretem Bieruta w 1951 r. plac przeszedł na własność państwa. Długoletnie zabiegi prezesów TLW i moje własne prowadzone od połowy lat osiemdziesiątych, przy



niechęci i utrudnieniach ze strony władz miejskich, doprowadziły wreszcie do włączenia TLW jako strony w sporze w procesie odzyskania nieruchomości. „Darowana” w użytkowanie Stronnictwu Demokratycznemu w 1990 r. ta nieruchomość, po długoletnich procesach sądowych, 10 września 1998 r., za kadencji prezesa TLW prof. dr. med. Jerzego Jurkiewicza, przeszła z powrotem na własność naszego towarzystwa.

Zwrot tej nieruchomości obwarowano koniecznością zabudowy w ciągu 5 lat, co zmusiło Towarzystwo do szukania potrzebnych inwestorów. Mimo kilkakrotnych rozmów z Okręgową Izbą Lekarską w celu postawienia wspólnej siedziby – nie uzyskano zgodności celów.

Dlatego też, po rozpatrzeniu wielu ofert – zgodnie z uchwałą Zarządu TLW z 28 lutego 2002 r. – korzystnie sprzedano teren firmie Dom Development. W związku z dobrą koniunkturą na rynku nieruchomości rozpoczęto poszukiwania odpowiedniej i taniej siedziby, położonej w centrum Warszawy, w reprezentacyjnej dzielnicy i blisko dużych szpitali. Dzięki dr. Witoldowi Sikorskiemu znaleziono dużą willę po ambasadzie Iranu przy ul. Raszyńskiej 54, w zaniedbanym stanie. Była to 19 z kolei nieruchomość, którą oglądałem z przeznaczeniem na siedzibę TLW, z czystą księgą wieczystą i na własność. Wobec tego Zarząd Towarzystwa podjął decyzję zakupu tej willi i 10 września 2002 r. (dziwna zbieżność dat) – za część pieniędzy ze sprzedaży działki przy ul. Niecałej 7 – zakupiono tę nieruchomość i przystąpiono do remontu i adaptacji.

Już 26 września 2002 r. o godz. 15.00 odbyło się tam pierwsze i jedyne przed remontem posiedzenie Zarządu TLW. Wyburzanie niepotrzebnych ścian, całkowitą wymianę wszelkich rur i przewodów, wymianę podłóg, schodów, drzwi oraz dobudowanie tarasu rozpoczęto od połowy października, po uzyskaniu niektórych pozwoleń budowlanych i konserwatorskich (ostatnie pozwolenia uzyskano dopiero w czerwcu 2003 r.). Prace remontowe, mimo licznych trudności i niespodzianek (jak to przy starym domu) trwały do września 2005 r. I znów 10 września 2005 r. nastąpiło otwarcie Domu i Klubu Lekarza przy ulicy Raszyńskiej 54.

Dom ten, po adaptacji dla potrzeb Towarzystwa, posiada na parterze salę posiedzeń i salę restauracyjną, na I piętrze właściwy Klub Lekarza z dwoma salonami, na II piętrze 4 pokoje gościnne dla przyjeżdżających lekarzy. W piwnicy znajduje się nowocześnie zaprojektowana i wyposażona kuchnia oraz pokoje magazynowe. Poza tym duże pomieszczenie biurowe w pełni wyposażone w nowoczesne media położone jest w uroczym ogrodzie na tej posesji.

Jestem przekonany, że ten Dom, działający już 5 lat, będzie przez długie lata służył środowisku medycznemu Warszawy, jak i sprzyjał integracji następnych pokoleń lekarzy.

Warszawa, dnia 18 stycznia 2010 r.

dr. n. med. Andrzej Trzaskowski

Droga do Katynia

Zygmunt Wiśniewski

W 1938 r. miał stanąć w Warszawie pomnik lekarza, sanitariusza, sanitariatu – różnie go nazywano. Projekt był dziełem Edwarda Wittiga. Nie stanął. Odlew hitlerowcy pocięli palnikami. Z tym pomnikiem wiąże się nazwisko lekarza wojskowego Wiktora Kalicińskiego, którego w 1940 r. zamordowano w Katyniu.

Centrum Wyszko-
lenia Sanitarne-
go (CWSan) na warszawskim
Ujazdowie było w połowie lat
trzydziestych XX w. znaną w Warszawie
placówką medyczną. Szkoliło i doszka-
łało lekarzy wojskowych. Podlegali mu
podchorążowie sanitarni czyli studenci
medycyny na Uniwersytecie Warszaw-
skim, którzy jednocześnie przechodzili
szkolenie oficerskie i po studiach zosta-
wali lekarzami wojskowymi. Centrum
prowadziło własny szpital wojskowy
zwany Szpitalem Ujazdowskim. W Cen-
trum, a więc na stanowisku wykładow-
cy, jako asystent, kierownik pracowni,
wreszcie kierownik Zakładu Anatomii
Patologicznej pracował mjr dr Wiktor
Kaliciński. Był lekarzem o nieefektow-

nej specjalizacji patologicznej. General
dr J. Kołłątaj-Srzednicki, wieloletni ko-
mendant CWSan, nazwał go „wybitnym
anatomopatologiem”.

Doktor Kaliciński nie zamykał się
w wąskiej specjalności patologicznej.
Jako patolog miał do czynienia z tkan-
kami nowotworowymi. Okoliczność ta
sprawiła, że zaczął prowadzić samodziel-
ne badania nad komórkami rakowymi.
O swoich obserwacjach i dociekaniach
napisał i opublikował dwie rozprawy
naukowe dotyczące pierwotnego mię-
saka żołądka oraz raka mięsakowatego
trzonu macicy.

Bardziej chyba niż jako lekarz znany
był z zamiłowania do historii i do sztuki.
W 1928 r. jego szef gen. dr J. Kołłątaj-

Srzednicki wraz z liczną
kadram lekarzy, gene-
rałów i pułkowników,
którzy mieli przeszłość
legionową, postanowili
uczcić pamięć swoich
towarzyszy frontowych,
lekarzy, sanitariuszy,
felczerów, siostry miło-
sierdzia – stawiając im
pomnik w Warszawie.
Komitetem, który zajął
się zbieraniem funduszy
i opiniowaniem pro-
jektów artystycznych,
kierował w randze jego
sekretarza, także były
legionista, mjr dr Wiktor
Kaliciński. Jako sekre-
tarz był człowiekiem do
roboty przy wiecznie
zajętych generałach J.
Kołłątaju-Srzednickim,
S. Roupercie, S. Hubic-
kim, F. Sławaju-Skład-
kowskim.

Wiktor Kaliciński
zgromadził na koncie
spore fundusze, bo się-
gające 85 tys. zł. Star-
czyło to na zamówienie

dzieła u artysty wówczas najbardziej
znanego, bo u samego prof. Edwarda
Wittiga, twórcy pomnika Lotnika, Pe-
OWiaka, a później Juliusza Słowackiego.
Wittig wykonał gipsowy model pomnika,
który znany był jako pomnik Sanitariu-
sza. Zaplanowane odsłonięcie w 1938 r.
zostało, wobec zbliżającej się wojny,
przesunięte na czas późniejszy.

W archiwach znajdują się sprawozda-
nia finansowe Komitetu Budowy Pomni-
ka i przesłanie napisane przez Wiktora
Kalicińskiego: *Pomnik powinien być
symbolem Służby Zdrowia (...) powinien
uprzytomnić, że bohaterami są nie tylko
żołnierze i oficerowie, polegli wśród
warkotu karabinów i śpiewu pocisków,
ale również sanitariusze i lekarze, choć
cichą śmiercią polegli.*

Doktor Kaliciński nie był człowiekiem
z wierzchołka hierarchii wojskowej służ-
by zdrowia, ale pojawiał się w drugim
szeregu w sytuacjach, kiedy potrzebny
był dobry organizator i fachowiec. Kiedy
w maju 1935 r. zmarł Marszałek Piłsud-
ski – generałowie wezwali na pomoc mjr.
dr. Wiktora Kalicińskiego. Przeprowadził
on sekcję zwłok Marszałka, w czasie któ-
rej wyjął serce, którego przeznaczeniem
był grób Matki Piłsudskiego w Wilnie.
Biograf Piłsudskiego J. Moraczewski
odnotował, że Kaliciński dokonał także
mumifikacji zwłok Marszałka.

Mjr dr Wiktor Kaliciński nie zamykał
się więc w swojej pracowni patologicz-
nej, ale pojawiał się w okolicznościach
i w sytuacjach, kiedy jego wiedza i do-
świadczenie były potrzebne. Tak stanie
się też jesienią 1939 r. w sowieckim
obozie dla polskich jeńców wojennych
w Starobielsku.

Major Kaliciński ewakuował się we
wrześniu 1939 r. wraz z kadram CWSan na
tereny wschodnie w kierunku Rumunii. Po
agresji sowieckiej na Polskę 17 września
1939 r. dostał się do niewoli. Był jednym
z 250 tys. polskich żołnierzy, których
pojmano i uwięziono. Związek Sowiecki

zaatakował Polskę bez wypowiedzenia
wojny, dlatego polscy żołnierze i ofice-
rowie powinni otrzymać status interno-
wanych. Tak się jednak nie stało. Armia,
na rozkaz Stalina, przekazywała jeńców
NKWD, które pośpiesznie organizowało
dla nich obozy, zlokalizowane na ogół
w dawnych obiektach klasztornych.

W okresie od końca września do połowy
listopada 1939 r. w Starobielsku, w daw-
nym klasztorze żeńskim, organizowano
obóz dla polskich jeńców. Znaleźli się
w nim w początkowym okresie oficerowie,
ale w większości także szeregowcy
i podoficerowie, żandarmi i urzędnicy
państwowi. Obiekt poklasztorny był za



mały i nie przygotowany na przyjęcie 7054
osób. Zaimprovizowane warunki zakwa-
terowania były surowe. Z braku miejsca
w pomieszczeniach poklasztornych, gdzie
nie starczało prycz, wielu spało na pod-
łodze i na korytarzach. Licznych jeńców
rozmiszczono w namiotach, piwnicach,
ziemiankach. Kuchnia nie była w stanie na-
starczyć pożywienia; ciepłą zupę podawa-
no raz dziennie, racja chleba wynosiła 400
gramów, chociaż przepisy, wprowadzane
pośpiesznie, przewidywały 800 gramów.
Nie było łaźni ani pralni, a wyprawy do
łaźni miejskiej były sporadyczne.

W tych spartańskich warunkach komi-
sarze NKWD pomyśleli o indoktrynacji
zatrzymanych. Do obozu sprowadzano
rosyjskie gazety i czasopisma, organizo-
wano głośne czytanie gazet i pogadanki
polityczne. Przez głośniki trwała nieustan-
nie agitacja za najlepszym sowieckim
porządkiem społecznym i politycznym.

Po reorganizacji, porządkującej skład
jeńców w Starobielsku, a także w podob-
nych obozach w Kozielsku i Ostaszkow-
ie – pod koniec 1939 r. w Starobielsku
przetrzymywano 3907 oficerów służby

zasadniczej i rezerwistów. Wśród nich
było 376 lekarzy wojskowych oraz leka-
rzy rezerwistów, powołanych do służby
tuż przed wybuchem wojny.

Historyk M. Dutkiewicz szacuje, że
w trzech wymienionych obozach jenieckich
przetrzymywano do 900 lekarzy –
oficerów Wojska Polskiego.

Lekarze mieli świadomość, że są
specjalnie chronieni i przekonanie, że
ich umiejętności są potrzebne ludziom
na wolności. W końcu października
1939 r. wystosowali pismo do Berii (szef
NKWD) i do Woroszyłowa (szef wojska),
w którym – powołując się na międzyna-
rodową konwencję genewską, regulującą
prawa lekarzy i farmaceutów w czasie
działań wojennych – prosili o zwolnienie
z prawem powrotu do miejsc stałego za-
mieszkania lub o zezwolenie na wyjazd
do krajów neutralnych. W Starobielsku
lekarze używali chyba tych samych
argumentów w pertraktacjach z kome-
dantem obozu Soprunienką, co skłoniło
go do przetelegrafowania do centrali
w Moskwie prośby o dostarczenie tekstu
konwencji genewskiej.

Zamiast tekstu konwencji Soprunien-
ko otrzymał reprimendę i pouczenie:
Genewska konwencja lekarzy nie jest
tym dokumentem, którym mielibyście
się kierować w bieżących czynnościach.
w swych działaniach kierujcie się wy-
tycznymi Zarządu NKWD do Spraw
Jeńców Wojennych.

Listy lekarzy i komendanta były chyba
dla komisarza NKWD sygnałem, że na-
leży wzmóc czujność i baczniej obserwo-
wać polskich oficerów, wśród nich także
lekarzy. w tym celu wysłano z Moskwy
posiłki w postaci komisarza NKWD.

W obozach w tym czasie – poza Staro-
bielskiem dotyczy to Kozielska i Ostasz-
kowa – oficerowie, po pierwszym szoku
przyprawiającym o depresję, przystąpili
do organizowania codziennego bytu,
zwłaszcza zagospodarowanie deprimu-
jącego niezwykle wolnego czasu. Popu-
larne stało się wygłaszanie pogadek.
Ich tematy wybierano bardzo dowolnie,
z odległych tematów – od polityki i me-
dycyny, poprzez sztukę, aż do zasad
kompozycji i historii pieniądza.

Wiedzę o życiu w sowieckich obozach
jenieckich historycy czerpią z ocalałych
zapisków, znalezionych w czasie eks-
humacji przy ofiarach zbrodni. W tych
zapiskach w obozie w Starobielsku
pojawia się postać majora Wiktora Ka-
licińskiego. Przy zwłokach zamordowa-
nego w Katyniu więźnia Starobielska por.
J. Zienkiewicza znaleziono dziennik,
w którym odnotował dwukrotnie pogadan-
ki wygłaszane przez mjr. Kalicińskiego.

dokończenie na str. 40 i 41

REKLAMA

REKLAMA

www.gazetalekarska.pl

www.gazetalekarska.pl



Wiktor Kaliciński z rodziną

Droga do Katynia

dokończenie ze str. 39

12.12.(1939) Major Kaliciński opowiadał o balsamowaniu Potockiego (chodzi o Piłsudskiego) wczoraj. Dzisiaj o zatargu ks. arc. Sapiehy z Rządem i Prezydentem z powodu przeniesienia zwłok J. Piłsudskiego.

20.12. Kaliciński wygłosił odczyt o balsamowaniu.

Przejmujący jest zapis z dnia Wigilii 1939 r.: *Cały dzień trwają przygotowania. Komar i Błaszczkiewicz szykują kanapki ze śledziem. Gawryś i ja szykujemy stoły i tace z deski. Choinka z drobnych gałązek. Smutny dzień – nic nie wiadomo, co w domu, jak tam dzieci i Maryś, ale co robić. „Vismajor”. Wigilia wieczorem o 6-tej – trochę łez i smutku. Uchwaliliśmy, że musimy się trzymać, bo potrzebni jesteśmy dla kraju i rodzin. Zebraliśmy się i siedzimy wszyscy – składamy sobie życzenia, po cichu razem śpiewaliśmy kolędy. Wszedł Kaliciński ze śpiewem „Wśród nocnej ciszy”.*

Odczyty i prelekcje były sposobem na zabicie nadmiaru wolnego czasu. Bardziej aktywni oficerowie nadawali tym

zajęciom formy kółek samokształceniowych lub kulturalno-oświatowych. Mało rozważna grupa, nie bacząc na grożące niebezpieczeństwo, założyła nawet kasę zapomogowo-pożyczkową. Informacje o tych zajęciach dotarły do czujnego aparatu wywiadu NKWD, który zakwalifikował je do kategorii wrogich organizacji o charakterze antysowieckim.

Przysłana z Moskwy specjalna ekipa wywiadowcza mogła pochwalić się sukcesem: *odkryła antyradziecką organizację jeńców wojennych – oficerów polskiej armii, która wykorzystując sprawę tworzenia kółek kulturalno-oświatowych dla niczym nie zajętych jeńców wojennych organizowała podziemną organizację.*

Komendantury obozów systematycznie selekcjonowały jeńców, wyławiając zwłaszcza opornych na propagandę sowiecką i demonstrujących przywiązanie do wojska i do ojczyzny. Trwały wywózki, które w pierwszej kolejności dotknęły duchownych. B. Młynarski, który przeszedł przez obóz w Starobielsku i szczęśliwie uniknął śmierci, napisał po latach o represjach, jakie spadły na prelegentów obozowych pogadanek.

I w tym czasie, gdy likwidowano duchownych, zaczęto identycznymi metodami wyławiać w mroku nocy i wywozić gdzieś w nieznane zacnych „odczytów” o gorących głowach i gorących

sercach. i wreszcie podobny los spotkał organizatorów akcji odczytowej, złożonej z paru pułkowników i kilku majorów, pod mianem „Koła Kulturalno-Oświatowego”. *Komórka ta niby to z lekka zakonspirowana, była w całym obozie znana, no i rzecz prosta została bez trudu nakryta przez czujki NKWD – i pewnej nocy zlikwidowana.*

Wydaje się, że Wiktor Kaliciński, który też był „odczytowcem”, uniknął represji opisanych przez Młynarskiego. Nie uniknął, podobnie jak pozostali towarzysze niedoli, sowieckiej kaźni.

Los polskich oficerów, żandarmów, policjantów, duchownych, ziemian, wysokich urzędników i osadników został przypieczętowany 5 marca 1940 r. w piśmie Berii do Stalina, postulującym likwidację 14 700 polskich jeńców osadzonych w obozach w Starobielsku, Kozielsku i Ostaszkowie oraz 11 tys. innych polskich więźniów osadzonych w obozach na Białorusi i Ukrainie.

Wszyscy oni są – uzasadniał Beria – *zatwardziałymi, nie rokującymi poprawy wrogami władzy radzieckiej. (...) próbują kontynuować działalność kontrrewolucyjną, prowadzą agitację antyradziecką. Każdy z nich oczekuje oswobodzenia, by uzyskać możliwość aktywnego włączenia się w walkę przeciwko władzy radzieckiej.*

Historycy (patrz: „Katyń. Dokumenty zbrodni”) odnotowują, że jako pierwszy na piśmie Berii swoje „za” napisał Stalin i podpisał się. Po nim Woroszyłow, Mołotow i Mikołaj. Ręką sekretarza dopisał: Kalinin – za, Kaganowicz – za”.

Mjr dr Wiktor Kaliciński został zamordowany w Katyniu strzałem w tył głowy.

W czasie ekshumacji zwłoki zidentyfikowano i pochowano we wspólnej bratniej mogile.

Znaleziono przy nich wizytówkę z napisem: *w razie śmierci powiadomić moją żonę Kalicińską.*

*

Wraz z Wiktorem Kalicińskim zginęli liczni lekarze wojskowi związani z Centrum Wyszukowania Sanitarnego oraz Szpitalem Ujazdowskim. Zajmujący się badaniem ich losów historyk M. Dutkiewicz stwierdził, że w sowieckich egzekucjach zamordowanych zostało 28 lekarzy z CWSan z Ujazdowa.

Na Cmentarzu Ofiar Totalitaryzmu w Charkowie spoczywa 288 polskich lekarzy.

Na cmentarzu w Miednoje – 6 polskich lekarzy.

Na Polskim Cmentarzu Wojennym w Katyniu – 305 polskich lekarzy.

Mjr dr Wiktor Kaliciński był jednym z nich.

Zygmunt Wiśniewski

Lubelska Izba Lekarska upamiętniła 64 lekarzy zamordowanych w 1940 r. na Wschodzie

Pamięci lekarzy Izby Lekarskiej Lubelskiej Ofiar Zbrodni Katyńskiej

Przedwojenna Lubelska Izba Lekarska obejmowała teren trzech województw: lubelskiego, poleskiego i wołyńskiego. Z jej terenu pochodzili lekarze – oficerowie Wojska Polskiego wzięci w 1939 r. do sowieckiej niewoli. Podzielili oni los swoich kolegów zamordowanych przez NKWD w 1940 r. w Charkowie, Miednoje i Katyniu. Los 64 lubelskich, poleskich i wołyńskich lekarzy-oficerów prześledził i dokumentację obrazującą ich życie i martyrologię przygotował lekarz-historyk dr Ludwik Kowieski.

Imprezy różne

Ogólnopolski Konkurs Fotograficzny Lekarzy

organizuje Świętokrzyska IL w Kielcach. Konkurs zostanie przeprowadzony w dwóch kategoriach: **I. Człowiek, środowisko, architektura; II. Temat dowolny.** Data nadsyłania prac: **do 30.04.br.** Każdy lekarz może nadesłać od 1 do 5 fotografii w formacie 30 x 40 cm (lub większym). Każda praca winna być opatrzona godłem oraz kopertą zawierającą dane osobowe autora. Nadesłane prace będzie oceniać pięcioosobowe jury kierowane przez nestora polskiej fotografii Pawła Pierścińskiego. Nagrodzone prace nie będą odesłane, staną się częścią pokonkursowej wystawy fotograficznej lekarzy polskich. W zadaniach pokonkursowych planujemy wydanie albumu lub katalogu. Uroczystość wręczenia nagród (będą nimi albumy fotograficzne i wydawnictwa regionalne) oraz otwarcie wystawy nagrodzonych prac odbędzie się 14 czerwca 2010 roku (poniedziałek), w siedzibie Świętokrzyskiej Izby Lekarskiej. Początek imprezy godz. 12.00. **Adres do korespondencji: Świętokrzyska Izba Lekarska, 25-389 Kielce, ul. Wojska Polskiego 52** (z dopiskiem „Ogólnopolski Konkurs Fotograficzny Lekarzy w Kielcach”)

Konkurs dla młodzieży „Historia mojej babci, mojego dziadka”

ogłasza Zarząd Krajowy Stowarzyszenia Przyjaciół Armii Krajowej wraz z tygodnikiem „Nasza Polska”. Forma prac dowolna. Prace prosimy przysyłać **do 17.09.2010 r. na adres: Zarząd Krajowy Stowarzyszenia Przyjaciół Armii Krajowej, ul. Wita Stwosza 73 pok. 120, 80-308 Gdańsk, tel. 58-346-71-38, 0504-932-906.** Wyniki konkursu zostaną ogłoszone 27.09.br. podczas Konferencji z okazji Powstania Polskiego Państwa Podziemnego, a następnie opublikowane w tygodniku „Nasza Polska”. Przygotowaliśmy 10 nagród i wyróżnienia.

Wyjazd do Meksyku

Komisja Kultury, Sportu i Turystyki OIL w Warszawie przygotowała dla lekarzy 14-dniowy wyjazd turystyczno-wypoczynkowy do Meksyku. W programie zwiedzanie najwspanialszych zabytków kultury Majów: ogromne piramidy i pałace, przepiękne świątynie, kilkudniowy wypoczynek w Acapulco nad Pacyfikiem i w Cancun nad Atlantykiem. Wszystkie świadczenia na wysokim standardzie, wypoczynek „all inclusive”. Terminy: **22.04.-5.05.** (weekend majowy) i **14-27.10.br.** Cena ok. 9,5 tys. zł -zależy od kursu walut. **Informacje i zgłoszenia: praca68@oil.org.pl lub u organizatora: kwatour@op.pl**

Ogólnopolski Turniej Tenisa Ziemnego Lekarzy w Częstochowie

OIL w Częstochowie zaprasza na Ogólnopolski Turniej Tenisa Ziemnego Lekarzy w dn. 14-16.05.br., na obiekcie Częstochowskiego Klubu Tenisowego „Victoria” przy ul. 3 Maja obok Jasnej Góry. W drugim dniu turnieju odbędzie się bankiet w Klubie Lekarzy OIL w Częstochowie. Opłata za udział: 100 zł – członkowie Polskiego Stowarzyszenia Tenisa Lekarzy, 150 zł – lekarze nie zrzeszeni w PSTL. Wpłaty na konto do 30.04.br. BRE Bank S.A Oddział Częstochowa, numer konta: 82-1140-1889-0000-2433-3300-1001, tytułem: Tenis 2010. Zgłoszenia przyjmują: **Lesław Rudziński**, tel. 0601-91-33-81; **Rita Idziak**, tel. 34-368-18-88, faks 34-365-41-20.

XX Jubileuszowe Mistrzostwa Polski Lekarzy w Tenisie Nexter Cup 2010

Informujemy, że zawody, które odbędą się w dn. 3-6.06.br. w **Krakowie** – uzyskały akredytację PSTL. Zgodnie z tradycją naszych krakowskich spotkań z cyklu Nexter Cup zapraszamy Koleżanki i Kolegów do udziału w **IV Forum Medycyny Klinicznej**, które odbędzie się 4.06.br. Organizator: Specjalistyczna Poradnia Pediatria 5 Wojaskowego Szpitala Klinicznego w Krakowie. Zgłoszenia do 31.05.br.: **5 Wojaskowy Szpital Kliniczny z Polikliniką SP ZOZ, Specjalistyczna Poradnia Pediatria, ul. Wrocławska 1, 30-901 Kraków**; formularz na str. www.pstl.org; tel.: 12-630-83-15; lub faks 12-455-40-99. Uwaga lekarze wojskowej służby zdrowia – w ramach Mistrzostw organizatorzy przewidują możliwość rozegrania pod patronatem Wojskowej IL kategorii „lekarz wojskowy”. Dodatkowe informacje na str. www.pstl.org. Za Komitet Organizacyjny **Marcin Wroński**, tel. 0601-512-625.



V Zimowe Igrzyska Lekarskie Zakopane Jurgów Nowy Targ 2010

Fotoreportaż
Marka Stankiewicza



sport@gazetalekarska.pl

• **18-19.03.** Warszawa. Stowarzyszenie na Rzecz Dobrej Praktyki Badań Klinicznych w Polsce we współpracy z OINpharma sp. z o.o. zaprasza na kolejną edycję kursu medycznego z warsztatami **Podstawowe zasady prowadzenia badań klinicznych dla badaczy** („GCP course for investigators”), dla lekarzy i innych członków zespołów prowadzących **badania kliniczne** leków faz I-IV. 12 pkt. edukac. warszawskiej OIL. Informacje: Dział Szkoleń OINpharma, tel. 22-578-00-03, 0578-00-05, faks 22-632-25-82, e-mail: szkolenia@oinpharma.pl

Mazurska Szkoła USG i Ginekologii

• **21-26.03.** *USG w ginekologii i położnictwie dla początkujących.* Teoria i praktyka
• **8-10.04.** *Diagnostyka prenatalna (11-13 tyg. ciąży) z elementami echokardiografii płodu*
• **15-17.04.** *Patologia ciąży*
• **9-14.05.** *USG w ginekologii i położnictwie dla początkujących.* Teoria i praktyka
• **13-15.05.** *Choroby sutka z elementami diagnostyki USG*
• **20-22.05.** *Kolposkopia dla początkujących*
• **10-12.06.** *Poradnictwo seksuologiczne i antykoncepcyjne*
Informacje i zapisy: www.usg.pisz.pl, usg@usg.pisz.pl, tel. 0504-075-804

Wielkopolska Szkoła Diagnostyki Obrazowej OBRAZ

• **26.03.** *Ocena przetok dializacyjnych w ultrasonografii dopplerowskiej*
• **8-11.04.** *Ultrasonografia dopplerowska naczyń obwodowych*
• **15-18.04.** *Ultrasonografia w pediatrii (w tym badanie przeziemięczkowe)*
• **16-17.04.** *Echokardiografia dziecięca*
• **22-25.04.** *Ultrasonografia gruczołu piersiowego*
• **23-24.04.** *Ultrasonografia dopplerowska naczyń obwodowych* - doskonalący
• **5-8.05.** *Ultrasonografia jamy brzusznej*
• **12-15.05.** *Echokardiografia*
• **14-15.05.** *Tętnice nerkowe, krążenie wrotne*
• **19.05.** *Ocena przetok dializacyjnych w ultrasonografii dopplerowskiej*
• **20-23.05.** *Ultrasonografia dopplerowska w neurologii (TCD, TCCD)*
• **10-13.06.** *Ultrasonografia dopplerowska naczyń obwodowych*
Szkolenia składają się z części wykładowej i z części praktycznej (badanie pacjentów). Pkt. edukac. OIL. Zapisy: Wielkopolska Szkoła Diagnostyki Obrazowej, 63-112 Brodnica Śremska, Pałac Brodnica 37, tel. 61-657-94-63, faks 61-282-36-08, tel. kom. 603-762-041, www.obraz.pl, e-mail: obraz@obraz.pl

• **27.03.** Sala Senatu UM w Warszawie, ul. Żwirki i Wigury 61, w godz. 10.00-13.30. Z okazji Światowego Dnia Walki z Gruźlicą i setnej rocznicy śmierci Roberta Kocha, pod patronatem JM Rektora WUM i WHO Warszawsko-Otowski Oddz. Pol. Tow. Chorób Płuc organizuje uroczystą sesję poświęconą **Gruźlicy Pozapłucnej**. Wstęp bezpł., pkt. edukac. OIL. Informacje: www.ptchp.home.pl; organizatorzy: prof. Zofia Zwolska – z.zwolska@igichp.edu.pl, 22-431-21-82, dr Tadeusz M. Zielonka – 0501-143-324, tmzielonka@wp.pl, dr Jacek Jagodziński – 0604-957-483, jacek.jagodzinski@hipokrates.org; sekretariat: Izabela Misiak, Instytut Gruźlicy i Chorób Płuc, 01-138 Warszawa, ul. Płocka 26, tel. 22-43-12-158, i.misiak@igichp.edu.pl

• **6-8.04.** Śląskie Centrum Edukacji Lekarskiej SCEL organizuje kurs doskonalący: **Ultrasonografia tarczycy**. Informacje i zgłoszenia: 41-902 Bytom, Wrocławska 62, tel. 32-397-02-85, e-mail: centrum@scel.edu.pl, www.scel.edu.pl

CEDUS. USG, Doppler

• **6-9.04.** *Echokardiografia* – poziom podstawowy. Ciechocinek. 403 zł, unijny, z dofinansowaniem

• **13-17.04.** *USG jamy brzusznej* – poziom podstawowy. Supraśl. 463 zł, unijny, z dofinansowaniem
• **15-18.04.** *Echokardiografia* – poziom podstawowy. Ciechocinek. 403 zł, unijny, z dofinansowaniem
• **23-25.04.** *USG w ortopedii* – poziom podstawowy. Ciechocinek. 310 zł, unijny, z dofinansowaniem
• **26-30.04.** *Doppler* – poziom podstawowy. Ciechocinek. 516 zł, unijny, z dofinansowaniem
• **1-3.05.** *Doppler żył kończyn dolnych*. Kielce. 1500 zł, pełnopłatny
• **8.05.** *Anatomia i diagnostyka USG jednostek mięśniowo-ścięgnistych*. Sympozjum. Warszawa. 400 zł, pełnopłatny
• **10-14.05.** *USG stawów kończyna dolna* – poziom średnio zaawansowany. Ciechocinek. 502 zł, unijny, z dofinansowaniem
• **15-16.05.** *USG w urologii*. Ciechocinek. 205 zł, unijny, z dofinansowaniem
• **4-6.06.** *USG jamy brzusznej* – poziom zaawansowany. Ciechocinek. 342 zł, unijny, z dofinansowaniem
• **10-14.06.** *Echokardiografia* – poziom zaawansowany. Ciechocinek. 502 zł, unijny, z dofinansowaniem
• **19-21.06.** *Doppler* – poziom zaawansowany. Ciechocinek. 292 zł, unijny, z dofinansowaniem
• **25-27.06.** *USG w ortopedii* – poziom podstawowy. Ciechocinek. 310 zł, unijny, z dofinansowaniem
• **28.06.-2.07.** *Doppler* – poziom podstawowy. Ciechocinek. 516 zł, unijny, z dofinansowaniem
Informacje: CEDUS, 02-594 Warszawa, tel./faks 22-646-4055.

EVMACO – Diabetologia

• **9-11.04.** Gdańsk, Polska Filharmonia Bałtycka. Sekcja **Pediatryczna** PTD i Pol. Tow. Diabetologiczne zapraszają na: **XII konferencję cukrzycy typu 1**. 18 pkt. edukac., www.12konf-polpediab.evmaco.pl
• **17.04.** Kraków, hotel Park Inn, ul. Monte Cassino 2. Kolegium **Lekarzy Rodzinnych** w Polsce i PTD zapraszają na konferencję: **Nowe zalecenia dotyczące leczenia chorych na cukrzycę dla lekarzy rodzinnych**. Wspólne zalecenia PTD oraz KLRwP na 2010 rok. 6 pkt. edukac., www.nowezalecenia.evmaco.pl
• **13-16.05.** Karpacz, hotel Gołębiowski. Katedra i Klinika **Chorób Wewnętrznych**, Diabetologii i **Nefrologii** w Zabrzu ŚUM w Katowicach oraz Katedra i Klinika **Chorób Metabolicznych** CM UJ i PTD zapraszają na: **V Karpacką Konferencję Diabetologiczną**, www.vkkd.evmaco.pl
• **10-12.09.** Zakopane, Hotel Mercure Kasprowy. Katedra i Klinika **Chorób Wewnętrznych**, Diabetologii i **Nefrologii** w Zabrzu ŚUM w Katowicach i PTD zapraszają na **XIV Sympozjum Diabetologiczne**. Informacje i zgłoszenia: EVMACO, ul. Batorego 25, 31-135 Kraków; evmaco@evmaco.pl, tel. 12-429-69-06.

Roztoczańska Szkoła Ultrasonografii

• **11-16.04.** *Diagnostyka USG w ginekologii i położnictwie* – kurs praktyczny
• **5-9.05.** *Diagnostyka i leczenie chorób proktologicznych*
• **14-16.05.** *Ultrasonografia w hematologii i dziecięcej* – kurs doskonalący
• **23-28.05.** *Podstawy echokardiografii*
• **5-10.09.** *Diagnostyka USG w urologii* – kurs praktyczny. TRUS
• **10-12.09.** *Postępy w diagnostyce USG w urologii i nefrologii* – kurs doskonalący
• **12-17.09.** *Przekłatkowa ultrasonografia płuc* – kurs praktyczno-teoretyczny
Pełna oferta kursów na stronie www.usg.com.pl

Dolnośląska Szkoła Ultrasonografii

• **13-16.04., 18-21.05., 15-18.06.** *Diagnostyka USG jamy brzusznej* – kurs podstawowy
• **24-28.05.** *Cytologia onkologiczna w ginekologii. System klasyfikacji BETHESDA* – kurs podstawowy
• **21-23.06.** *Cytologia onkologiczna w ginekologii. System klasyfikacji BETHESDA* – kurs doskonalący
Informacje i zgłoszenia: Wrocławskie Centrum Promocji, ul. Śniadeckich 10, 51-604 Wrocław, tel. 71-348-39-66 lub 0606-350-328, e-mail: r.baran@neostrada.pl, http://www.usg.webd.pl

• **14.04.** Katowice. Inter Polska, pod patronatem Śląskiej Okręgowej Izby Lekarskiej, organizuje konferencję: **Prawo a medycyna**. Główne zagadnienia: *tematy prawne związane z wykonywaniem zawodu lekarza, informacje na temat praw pacjenta i praw lekarza oraz blok tematyczny poświęcony praktycznym zasadom prowadzenia marketingu i działań PR dla placówek służby zdrowia i gabinetów lekarskich*. Informacje na stronie www.interpolska.pl

Szkolenia Wolters Kluwer

• **14.04.** Warszawa, ul. Płocka 5a. **Public Relations w ochronie zdrowia**
• **27.04.** Kraków, Rezydencja Krasickiego, ul. Krasickiego 24. **Realizacja i kontrola realizacji umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej zawartej z NFZ-em**
Pkt. edukac. Informacje: Magdalena Dobosz, tel. 0660-615-239, e-mail: m.dobosz@mediaforum.pl

• **17.04.** Ciechocinek. Klinika **Stomatologii** Zachowawczej UM w Łodzi i Włocławskie Stowarzyszenie Lekarzy Stomatologów, pod patronatem Kujawsko-Pomorskiej OIL, organizują szkolenie: **Jak uniknąć powikłań w leczeniu kanałowym?** Informacje i zgłoszenia: www.stomatologia.edu.pl, tel. 54-231-51-57, 0694-724-871.

• **17-18.04.** Ustroń. Medyczne Szkolenia Podyplomowe PAKT organizują szkolenie: **Bark i łokieć – diagnostyka, leczenie operacyjne i rehabilitacja**. Informacje: tel./faks 32-251-22-64, tel. 0502-213-533, e-mail: medycznesympozja@mssp-pakt.med.pl, www.mssp-pakt.med.pl

• **20-22.05.** Podlaskie Stowarzyszenie **Stomatologów** zaprasza na Wiosenne Podlaskie Spotkanie Stomatologiczne. **Najnowsze osiągnięcia techniczne w praktyce stomatologicznej**. 22 pkt. edukac. Informacje: www.stomatolodzy-podlasia.pl, e-mail: pss@stomatolodzy-podlasia.pl, tel. 85-676-25-52.

• **27-28.05.** Wyższa Szkoła Zawodowa **Kosmetyki i Pielęgnacji Zdrowia** organizuje II międzynarodową konferencję naukową „Beauty meets Science” 10 years dedicated to education in cosmetology. Odbędzie się trzy sesje tematyczne: interdyscyplinarna sesja plenarna, na której będą prezentowane referaty dotyczące **kosmetologii oraz jej styku z medycyną i chemią kosmetyczną**; sesja poświęcona **chemii kosmetycznej oraz aspektom prawnym produkcji i obrotu kosmetykami**; sesja przeznaczona dla praktyków **kosmetologów i lekarzy medycyny estetycznej** poświęcona m. in. **pielęgnacji cer problemowych oraz podologii**. Informacje: Wyższa Szkoła Zawodowa Kosmetyki i Pielęgnacji Zdrowia, ul. Podwale 13, 00-252 Warszawa, tel. 22-635-14-47, 22-635-86-16, faks 22-635-73-62, www.cosmetology-congress@wszkipz.pl, e-mail: cosmetology-congress@wszkipz.pl

• **28-29.05.** Podlaski Oddział PTA i Ośrodek **Akupunktury i Terapii Laserowej** w Białymstoku organizuje szkolenie dla lekarzy: **Praktyczne stosowanie laserów biostymulujących w medycynie fizycznej i laseropunkturze. Leczenie syndromów bólowych i stanów zapalnych narządu ruchu metodami laseropunktury**. Informacje i zgłoszenia: ul. Piłsudskiego 17/31A, 15-444 Białystok, tel. 85-652-18-71 lub 503-629-208.

• **3-6.06.** Międzyzdroje. III Międzynarodowe Sympozjum **Fizyko-diagnostyki i Fizjoterapii Stomatologicznej. Medycyna fizykalna w służbie stomatologii** – cz. III. W czasie trwania sympozjum będą prowadzone warsztaty ortopedyczno-rehabilitacyjne z **kinesiotaping’iem**. Liczba kursantów do 24 osób. Program: www.markmed.onecik.pl. Przewidujemy uzyskanie 14 pkt. edukac. + 16 pkt. dla uczestników warsztatów. Informacje: PRODEN-MED™ Zbigniew Kowalczyk, 70-111 Szczecin, al. Powstańców Wlkp. 33, e-mail: biuro@prodenmed.com.pl tel. 91-480-54-89, faks 91-480-54-85. Zgłoszenie udziału w sympozjum i warsztatach do pobrania: www.ams.edu.pl/wydzialy/wydzial-lekarsko-stomatologiczny/zaklad-propedeutyki-i-fizykodiagnostyki-stomatologicznej/iii-miedzynarodowe-sympozjum-fizykodiagnostyki-i-fizjoterapii-stomatologicznej lub na stronie www.prodenmed.com.pl

• **9-12.06.** Warszawa. XLIV Zjazd Pol. Tow. **Otarynolaryngologów Chirurów Głowy i Szyi** oraz IV Zjazd Pol. Tow. **Chirurgów Podstawy Czaszki**. Tematy główne: *minimalnie inwazyjna chirurgia, diagnostyka i leczenie chorób zatok przynosowych, postępy w diagnostyce otoneurologicznej, farmakoterapia schorzeń w otorynolaryngologii, diagnostyka i leczenie wznów nowotworów głowy i szyi, krani i podstawy czaszki, leczenie guzów nerwu VIII, przywójaków oraz oponiaków podstawy czaszki*. Komitet organizacyjny: Katedra i Klinika Otolaryngologii WUM, ul. Banacha 1a, 02-097 Warszawa, tel. (+48) 22-599-25-21, faks (+48) 22-599-25-23, e-mail: sekretariat@orl2010.pl. Biuro organizacyjne: AltaSoft s.c., ul. Bytkowska 1B, 40-955 Katowice, tel. (+48) 32-259-83-99, faks (+48) 32-259-83-98, e-mail: biuro@orl2010.pl, orl2010@altasoft.pl. Informacje i zgłoszenia: www.orl2010.pl

• **17-19.06.** Łódź, Centrum Kongresowe Andel’s (Manufaktura). X Jubileuszowa Konferencja Naukowo-Szkol. **Alergia astma immunologia kliniczna** Łódź 2010. W programie: sesje wykładowe, sympozja firmowe, warsztaty, sesje doniesień oryginalnych, ustnych i plakatowych. Przewidywana tematyka sesji głównych: *Postępy w alergologii – od I do X Konferencji AAI, Kontrowersje w alergologii – sesja pro i kontra, Alergia na pokarmy u dzieci, Alergiczne choroby skóry, Problemy w postępowaniu w astmie u dorosłych, Astma u dzieci, Alergia, astmą i sport wyczynowy, Alergia na jad owadów błonkoskrzydłych, Środowisko a alergia, Immunoterapia alergenowa*. Komitet Organizacyjny: Klinika Immunologii, Reumatologii i Alergii UM w Łodzi, ul. Pomorska 251, 92-215 Łódź, tel.: (+48) 42-675-73-09, faks (+48) 42-678-22-92, www.umed.lodz.pl/KatedraImmunologii/. Biuro Organizacyjne MEDITON: ul. Sienkiewicza 101/109 lok. 115, 90-301 Łódź, tel. (+48) 42-636-35-30, tel./faks (+48) 42-636-35-18, e-mail: mediton@mnc.pl, www.mediton.pl. Zniżkowy termin zgłoszenia uczestnictwa: 31.03.br.

• **16-18.09.** Krynica-Zdrój. Warszawski Oddz. Pol. Tow. **Farmakologicznego** organizuje **XVII Międzynarodowy Kongres Farmakologiczny**. Kontakt: przewodnicząca Komitetu Organizacyjnego prof. dr hab. n. farm. Helena Makulska-Nowak, Zakład Farmakodynamiki WUM, tel. 22-826-13-66, 22-828-10-88, e-mail: kongresfarmakologiczny@wum.edu.pl, maknow@amwaw.edu.pl; www.ekonferencje.pl/17mkf

• Kursy z działu **medycyny estetycznej** dla lekarzy wszelkich specjalności. Dla lekarzy pracujących na terenie woj. mazowieckiego – bezpłatne. Projekt dofinansowany z UE. Informacje: Magda Bogucka Fenice Sp. z o.o., ul. Czarnocinska 3a, 03-110 Warszawa, tel. 0501-612-547, e-mail: magda.bogucka@fenice.pl, www.fenice.pl

opr. u
u.bakowska@gazetalekarska.pl

Serdecznie zapraszam na

rekolekcje wielkopostne

dla

personelu medycznego

w dn. 20-21.03.br. o godz. 17.00

w auli budynku

przy ul. Floriańskiej 3 w Warszawie

(obok katedry)

Rekolekcje głosi

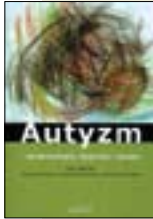
ks. abp Henryk Hoser, ordynariusz i lekarz

ks. Arkadiusz Zawistowski,
duszpasterz służby zdrowia

Książki nadesłane

Wydawnictwo „Continuo”

53-505 Wrocław, tel./faks 71-791-20-30, tel. kom. 0601-774-733, e-mail: wydawnictwo@continuo.wroclaw.pl, www.continuo.wroclaw.pl



Autyzm – epidemiologia, diagnoza i terapia
pod red. **Tadeusza Pietrasa, Andrzeja Witusika i Piotra Gałęckiego**
Wrocław 2010, str. 240.

Pierwsza polska monografia dotycząca autyzmu. Omówiono zagadnienia z zakresu epidemiologii, diagnostyki i terapii tego zaburzenia. Dużo uwagi poświęcono metodom pedagogicznym wspomagania rozwoju osób autystycznych oraz współczesnym badaniom biometrycznym nad patogenezą choroby. Autorami są naukowcy i praktycy z różnych dziedzin. Publikacja przeznaczona dla szerokiego kręgu odbiorców, w tym dla lekarzy psychiatrów, pediatrów, lekarzy rodzinnych, psychologów klinicznych, pedagogów, jak również mających kontakt z osobami z tym zaburzeniem. Bogaty materiał bibliograficzny.



Zaburzenia psychiczne u osób upośledzonych umysłowo
Kinga Bobińska, Piotr Gałęcki
Wrocław 2010, str. 55

Kompendium wiedzy jak rozpoznawać i leczyć zaburzenia psychiczne u osób upośledzonych umysłowo. Drobiazgowo wskazówki diagnostyczne ułatwiające diagnozowanie zaburzeń. Praca skierowana nie tylko do profesjonalistów, badaczy lub klinicystów, ale także do szerszego kręgu odbiorców: lekarzy psychiatrów, psychologów, psychologów klinicznych, lekarzy rodzinnych i osób mających kontakt z osobami z zaburzeniami psychicznymi.



Diagnostyka, profilaktyka, klinika i terapia zakażeń HIV/AIDS
– **współczesne możliwości i problemy**
pod red. **Andrzeja Gładysza i Brygidy Knysz**
Wrocław 2009, str. 216

Autorzy – naukowcy i klinicyści – dzielą się z czytelnikami wiedzą pozyskaną z literatury, z konferencji naukowych oraz z własnych bogatych doświadczeń klinicznych i badawczych.



Dziecko i jego środowisko. Wyzwania pediatrii w XXI wieku – choroby przewlekłe u dzieci
pod red. **Andrzeja Steciwo, Donaty Kurpas i Lucyny Sochockiej**

Państwowa Medyczna Wyższa Szkoła Zawodowa w Opolu i Samorząd Województwa Opolskiego, Wrocław 2009, str. 90
Kolejny tom w cyklu „Dziecko i jego środowisko” i pierwszy tom serii „Wyzwania pediatrii XXI wieku”. Celem autorów jest zwrócenie uwagi czytelników na wieloaspektowość chorób przewlekłych u dzieci oraz pokazanie trudności i kompromisów wpisanych w opiekę nad dzieckiem z chorobą przewlekłą, które mają wpływ na jakość życia takich dzieci i ich rodzin. Nie pominięto też problemu, jakim jest umieranie i śmierć dziecka.



Pielęgniaryjne i kliniczne aspekty opieki nad chorymi. Wybrane zagadnienia T. 2

pod red. **Andrzeja Steciwo, Marioli Wójtal, Danuty Żurawickiej**
Państwowa Medyczna Wyższa Szkoła Zawodowa w Opolu, Urząd Marszałkowski Województwa Opolskiego, Wrocław 2009, str. 152
Praca powstała przy udziale nauczycieli akademickich uczelni opolskiej w oparciu o doświadczenia pielęgniarek i położnych. Autorzy starają się przedstawić dalekosiężne skutki chorób cywilizacyjnych (nadciśnienie tętnicze, otyłość, choroba wieńcowa, wrzodowa, uzależnienia, zaburzenia psychiczne, schorzenia alergiczne) dla rodziny, ale i dla przyszłych pokoleń. Uświadamiają, że profilaktyka zdrowotna to nie jednorazowa akcja, lecz codzienna praktyka.

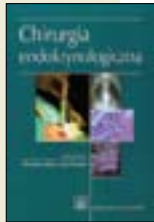
Wydawnictwo Lekarskie PZWL

02-672 Warszawa, ul. Domaniewska 41, tel. 22-695-40-33.
Księgarnia wysyłkowa tel. 22-695-44-80, infolinia 0800-142-080, www.pzwl.pl, e-mail:promocja@pzwl.pl

Chirurgia endokrynologiczna

red. naukowa prof. dr hab. n. med. **Stanisław Cichoń**,
prof. dr hab. n. med. **Lech Pomorski**
wyd. I, Warszawa 2010, str. 480

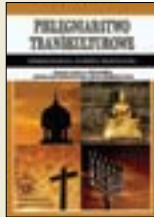
Podręcznik oparty na światowych standardach postępowania diagnostyczno-terapeutycznego. W części ogólnej opisano anatomię i fizjologię gruczołów wydzielania wewnętrznego oraz diagnostykę chorób endokrynologicznych. W części klinicznej omówiono stany patologiczne poszczególnych gruczołów: nadnerczy, trzustki, grasicy, tarczycy i przytarczyc. Szczegółowo przedstawiono najnowsze metody diagnostyczne tych chorób oraz współcześnie stosowane procedury terapeutyczne. Osobne rozdziały poświęcono leczeniu guzów, technikom mało-inwazyjnym i nowym technologiom w chirurgii endokrynologicznej



Pielęgniarstwo transkulturowe Podręcznik dla studentów medycznych

red. naukowa dr n. med. **Joanna Zalewska-Puchała**,
dr n. hum. **Beata Ogórek-Tęcza**
wyd. I, Warszawa 2010, str. 182

Autorki zapoznają czytelników z założeniami najważniejszych światowych religii. W zwięzły sposób przedstawiają zadania pielęgniarki i zasady postępowania w stosunku do wyznawców różnych religii oraz mniejszości etnicznych. Przydatna dla studentów, pielęgniarek, położnych, lekarzy, psychologów, rehabilitantów, ratowników med., dietetyków i pracowników socjalnych.



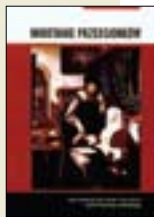
„Termedia” Wydawnictwa Medyczne

61-614 Poznań, ul. Wenedów 9/1, tel./faks 61-822-77-81,
www.termedia.pl, termedia@termedia.pl

Migotanie przedsionków

pod red. prof. **Marii Trusz-Gluzy**
i prof. **Andrzeja Lubińskiego**
wyd. I, Poznań 2009, str. 154

Materiały z konferencji „Migotanie przedsionków” zorganizowanej w Szczryku w 2007 r. przez Sekcję Rytmu Serca Pol. Tow. Kardiologicznego. Materiały prezentują aktualne posumowanie wiedzy na temat tego schorzenia i pomogą rozwiązać problemy konkretnego pacjenta z arytmią.



Psychologiczne aspekty stwardnienia rozsianego

pod red. **Andrzeja Potemkowskiego**
wyd. I, Poznań 2010, str. 146

Pierwsza w polskim piśmiennictwie monografia tak szeroko opisująca problemy psychologiczne będące następstwem zachorowania na stwardnienie rozsiane. Przedstawiono w niej poglądy neurologów, psychiatrów i psychologów. Skierowana przede wszystkim do lekarzy powyższych specjalności oraz do lekarzy rodzinnych. Celem publikacji jest lepsze zrozumienie problemów pacjenta, a zatem polepszenie współpracy z nim.



Pielęgniarstwo onkologiczne

pod red. **Andrzeja Nowickiego**
wyd. I, Poznań 2009, str. 318

Wybrane zagadnienia praktyczne charakterystyczne dla pracy pielęgniarek oddziałów onkologicznych, uzupełniające wiedzę i pozwalające na zdobycie nowych umiejętności niezbędnych w procesie leczenia pacjentów z chorobami nowotworowymi. Multimedialne podejście czyni z niej pozycję szczególnie przydatną dla studentów pielęgniarstwa.



Kompresjoterapia

pod red. **Arkadiusza Jawienia i Marii T. Szewczyk**
wyd. I, Poznań 2009, str. 152

Monografia omawiająca w sposób zwarty teoretyczne i praktyczne podstawy stosowania terapii kompresyjnej stosowanej w profilaktyce i leczeniu chorób żył. Zespół autorów to wysokiej klasy specjaliści po stażach zagranicznych z chirurgii naczyniowej, diagnostyki ultrasonograficznej, kompresjoterapii, leczenia ran i procesu pielęgnowania.



Ponadto nadesłano



Terminologia procedur medycznych. CPT-PL 2008

Warszawa 2008, **Naczelna Izba Lekarska**,
00-774 Warszawa, Sobieskiego 110, wyd. II, str. 652, c. 165 zł
formularz zamówienia: www.nil.org.pl/xml/nil/tematy/cpt
Tekst publikacji jest tłumaczeniem Current Procedural Terminology 2008 Professional. Zawiera pełny wykaz procedur. Klasyfikacja procedur wykonywanych przez lekarzy i innych fachowych pracowników ochrony zdrowia jest oparta na zasadach klinicznych i stanowi merytoryczny opis świadczeń i procedur. Stale aktualizowana przez American Medical Association. Stały komitet redakcyjny CPT-PL zwraca się do czytelników o nadsyłanie uwag. Pytania i uwagi najlepiej przysyłać pocztą elektroniczną: cpt@hipokrates.org. Więcej informacji można znaleźć na stronach Naczelnej Izby Lekarskiej http://www.nil.org.pl/xml/tematy/cpt



Choroby układu oddechowego

w praktyce lekarza opieki podstawowej

pod red. **Ryszarda Chazan**, Katedra i Klinika Chorób Wewnętrznych, Pneumonologii i Alergologii WUM
zdjęcia radiologiczne dr n. med. **Małgorzata Żukowska**
Warszawa 2010, **Wolters Kluwer Polska Sp. z o.o.** redakcja książek, 01-231 Warszawa, ul. Płocka 5a, tel. 22-535-80-00, 22-535-82-00, e-mail: ksiazki@wolterskluwer.pl, www.wolterskluwer.pl, księgarnia internetowa www.profinfo.pl, str. 512, cena 89.00 zł

W kompleksowy sposób omówione różnorodne aspekty chorób układu oddechowego. Dane na temat poszczególnych jednostek chorobowych oraz wybrane zagadnienia dotyczące rozwoju najważniejszych chorób układu oddechowego, metod diagnostycznych i leków stosowanych w terapii tych chorób. Książka przeznaczona dla studentów medycyny, lekarzy opieki podstawowej i lekarzy specjalizujących się w chorobach płuc.



Podstawy praktycznej ultrasonografii w ginekologii i położnictwie

Marek Pietryga, Jacek Brązert

Poznań 2009, **Exemplum**, biuro@exemplum.pl, www.exemplum.pl

Wiadomości i zbiór praktycznych porad z zakresu ultrasonografii. Nowe zagadnienia dotyczące ultrasonografii w ginekologii, prezentacja przypadków klinicznych. 1805 zdjęć, w tym 1524 wykonane przez autorów.

Współpraca z najwybitniejszymi specjalistami w zakresie ginekologii wzbogaca wiedzę zawartą w publikacji. Podstawy praktycznej wiedzy zawarte w książce pomogą lepiej zrozumieć publikacje z zakresu diagnostyki prenatalnej, echokardiografii płodu, terapii płodu i onkologii ginekologicznej.



Życie po byciu lekarzem

Krystyna Knypl

wyd. II, Warszawa 2009, zamówienia u wydawcy:

Edytor Serwis, 00-810 Warszawa, ul. Srebrna 16, lok. 213,
e-mail: edytor@edytor-serwis.com.pl, tel. 22-620-39-79, str. 192

W odpowiedzi na żywe zainteresowanie powieścią dr Krystyny Knypl, znanej czytelnikom „Gazety Lekarskiej” z comiesięcznych felietonów oraz rubryki „Rozszyfruj receptę”, wydawnictwo Edytor Serwis przygotowało II wydanie książki. „Życie po byciu lekarzem” to powieść środowiskowa z kluczem o tyle uniwersalnym, że czytelnicy pytają zarówno autorkę, jak i wydawcę czy rozszyfrowania zagadki pierwowzorów postaci literackich należy poszukiwać w Zielonej Górze, Tarnobrzegu, Warszawie, Łukowie, a może jeszcze w innym mieście, a oddział chorób wszelakich, w którym pracowała główna bohaterka powieści Matylda Przekora, to interna, neurologia, a może okulistyka. Doświadczenia i refleksje nad własną praktyką z okresu bycia lekarzem, jak i „po byciu nim” (jeśli jest to w ogóle możliwe!) znacząco wzbogacają wiedzę o tym szczególnym zawodzie, którą powinien mieć każdy lekarz oraz wszyscy stykający się z medycyną.

opr. md

REKLAMA

REKLAMA