

4 2005

Gazeta
Lekarska
ISSN 0867-2146
Pismo Izby Lekarskich



Wynagrodzenia w 2004
Poniżej średniej!

Czy lustrować lekarzy?
– odpowiadają czytelnicy



Jednym głosem

Tysiącom pracowników polskich szpitali spadł kamień z serca, kiedy sejmowa opozycja znowu zatriumfowała nad rządem. Ustawa przyjęta głosami opozycji, od PO PiS-u po Samoobronę i LPR przewiduje udzielenie publicznym szpitalom pożyczek z budżetu państwa na spłatę zaległych podwyżek z tytułu tzw. ustawy 203. Rząd zarezerwował na wypłatę tych pożyczek w budżecie państwa 2,2 mld zł. Zdaniem prezesa STOMOZ-u Marka Wójtowicza, to zaledwie jedna piąta kwoty, na jaką zadłużone są szpitale.

Ta ustawa to prezent dla wierzycieli. Swoje pieniądze będą nadal odzyskiwać przez komorników, ustawa nie wprowadza wobec nich żadnych ograniczeń. Ustawa nie narzuca podpisywania ugody z wierzycielami o warunkach spłaty długów. To znaczy, że odsetki od zobowiązań nadal będą rosły – ostrzega Katarzyna Tymowska, ekonomistka z Uniwersytetu Warszawskiego.

Najbardziej ucieszyli się prości ludzie, bo widmo utraty pracy chociaż na chwilę zeszło im z oczu. Ale nie o pokrzepienie serc tu idzie, lecz o to, że tym samym przypadło przekształcanie szpitali publicznych w spółki użyteczności publicznej forsowane przez Prezydenta, choć ta sprawa jest wciąż otwarta. Zdaniem Konstantego Radziwiłła nad takim rozwiązaniem warto pracować, ale ustalić trzeba najpierw bieżące finansowanie na takim poziomie, żeby bilansować koszty.

Nie krył rozgoryczenia minister Balicki, który jednym tchem wymienił grzechy główne ustawy m.in. całkowitą uznaniowość przyznawania pożyczek i nie załatwione długi wobec dostawców. Jego zdaniem błędem tej ustawy jest także to, że nie ochroni ona praw pracowniczych w sytuacji likwidacji ZOZ-u i tworzenia spółek przez samorządy. Minister ostrzega, że teraz właśnie otworzy się droga do dzikiej prywatyzacji. Balicki już zapowiedział, że w senacie będzie walczył o „ucywilizowanie” tej ustawy.

Nareszcie widać, że zbliżają się wybory. Teraz częściej politycy będą mówić to, co publiczność chce usłyszeć. Oby nie okazało się, że w sejmie są dwie partie: postkomuniści i neokomuniści, a różnica między nimi polega na tym, że jedni już się nasycili przy korycie, a drudzy wygłodnieli nie mogą się doczekać, kiedy to koryto obsiadą. Jeśli ma tak być, to po co ta iluzja z kontraktami, składką zdrowotną, standardami medycznymi, kosztykiem usług ...

Polskie społeczeństwo chyba nadal nie rozumie, co to są pieniądze budżetowe, ale poszczególne jego grupy dobrze pamiętają przy wyborach kto im co zabrał lub czego nie dał. Dlatego Balcerowicz jest najbardziej znienawidzonym politykiem. Politycy i tym razem o tym pamiętali, stąd te hojne darowizny dla pracowników szpitali. Decydujące dla lekarzy i ich pacjentów będzie to, co PO PiS będzie mógł zrobić po wyborach. Trzeba więc wcześniej zdobyć jak najwięcej głosów, aby skutecznie zrealizować swój program, o którym prawie niczego nie wiemy. A później trzeba będzie mówić jednym głosem, a nie tylko jednym głosem zwyciężać w rywalizacji o ludzkie dusze. Oby ta żaba nie wyszła nam bokiem.

Marek Stankiewicz
naczelnym@gazetalekarska.pl

W NUMERZE

między innymi

Dentyści już po LDEP-ie	4
Listy	4
Okiem Prezesa	5
Czy lustrować lekarzy?	6-8
Poniżej średniej	10-12
Niezdrowe milczenie lekarzy	16-17
Zespół wypalenia zawodowego lekarzy	18-19
Ufać, ale kontrolować	24-25
Domy Lekarza Seniora. Budować czy nie budować?	28-29
Przychodzi lekarz do prawnika	32-33
Zasiłki po nowemu	34
Mój gabinet – czyj gabinet?	35
Debata – Trudne pytania (cd.)	36
Eurodeputowani przeciw handlowaniu komórkami jajowymi	37
Podatkami w lekarzy	38-39
Kalendarz – kursy, szkolenia, zjazdy	40-41
Lekarski sport	42
Wiosenny konkurs literacki	44
Książki nadesłane	45
Konkursy, ogłoszenia różne	46-61

„Gazeta Lekarska” w Internecie
www.gazetalekarska.pl

Dentyści już po LDEP-ie

Do Lekarsko-Dentystycznego Egzaminu Państwowego przystąpiło w Łodzi 311 lekarzy dentystów. Początkowo chęć pisania egzaminu zgłosiło ponad 440 stomatologów. „Nie potrafię jednak powiedzieć z jakiego powodu aż tylu zrezygnowało” – powiedział dyrektor Centrum Egzaminów Medycznych (CEM) prof. Stanisław Orkisz. „Jedną z głównych przyczyn był z pewnością brak informacji o wolnych miejscach na specjalizację dla lekarzy dentystów. Jeśli o kilkanaście miejsc w całym kraju ubiega się kilkaset osób, to nie ma się czemu dziwić” – skomentował tę absencję wiceprezes NRL Zbigniew Żak.

Dostępne już są wyniki Lekarsko-Dentystycznego Egzaminu Państwowego. Do egzaminu przystąpiło w całym kraju 33 lekarzy stażystów, uzyskując średnio 121,6 pkt. Maksymalny wynik wśród stażystów wyniósł 158, a minimalny 44 pkt. Dziesięciu lekarzy stażystów nie uzyskało minimum niezbędnego do zdania egzaminu. Minimum to wyniosło 111 pkt. Maksymalna liczba możliwych do zdobycia punktów wyniosła 198. Dwa zadania unieważniono. Dotyczyły one leczenia zgorzeli częściowej oraz oznaczeń pierwszego prawego górnego trzonowego zęba mlecznego.

Wśród 274 zdających lekarzy z prawem wykonywania zawodu średni wynik wyniósł 125,2 pkt (minimum – 76, a maksimum 173). Wkrótce opublikujemy bardziej szczegółowe analizy wyników. *ms*

Listy

To inna emigracja

Na całym świecie lekarz jest dobrem drogim i trudnodostępnym. W Polsce lekarz jest powszechnie dostępną, bezpłatną zdobyczą socjalizmu, która każdemu się należy. Miałem tego dosyć, wyjechałem i pracuję w Danii już dwa lata. Ja tu naprawdę odżyłem i wcale nie czuję się odcięty od korzeni.

Pracuję w linii prostej 300 km od domu, tj. bliżej niż do Warszawy. Zostało mi 19 lat pracy zawodowej (licząc do 65 rż.). Za tydzień jadę pomieszkać w domu miesiąc, w sierpniu też miesiąc, potem w końcu listopada. Czy to jest stała emigracja? Koledzy funkcjonują podobnie. Szwedzi robili podobnie przez lata – jechali do Norwegii.

To jest inna emigracja – z zachowaniem gniazda w Polsce, częstymi przyjazdami. To nie jest emigracja z wyprzedaniem wszystkiego i ruszeniem z jedną walizką na zawsze w świat. Jestem i zostanę obywatelem polskim, nie zmienię obywatelstwa, bo w UE nie muszę. W Internecie czytam codziennie polskie gazety, koresponduję ze znajomymi, zmywam „Ludwikiem”, czyszczę „Cifem”, do podłogi „Sidelux”, jem polski chleb (przywożony za każdym wyjazdem), mam polską telewizję, a w odległości paru kilometrów kolegów lekarzy z Polski. Lekarz, który wyjechał do Niemiec w stanie wojennym wyznał mi, że śnił o takiej emigracji jak moja.

Marek

Wyjeżdżamy całą rodziną

Jestem anestezjologiem z piętnastoletnim stażem. Od niemal pół roku pracuję w sprywatyzowanym szpitalu na kontrakcie. Praca ciężka, wykonuję tyle, ile normalnie przypadałoby

na dwóch. Zarabiam co prawda półtora raza tyle, co w państwowej placówce, ale o żadnych socjalnych osłonach nie ma mowy.

Przez cały czas drzę na myśl, co by się stało, gdybym zachorował. Jestem jedynym pracującym członkiem rodziny. Żona, neonatolog, jeszcze parę lat temu zastępca ordynatora, nie może pracować ze względu na przewlekłą chorobę. Do emerytury zostało mi ponad 20 lat. Nie wyobrażam sobie, że dotrwał do niej bez dnia urlopu czy zwolnienia lekarskiego. A jeżeli nawet mi się to uda, to w nagrodę dostanę 700 zł emerytury, bo tyle mi wyliczą przy minimalnej stawce ZUS-u. Czuję się jak wyrobnik we wczesnej epoce kapitalizmu, pozbawiony wszelkich praw poza prawem wykitowania na stanowisku pracy.

Nie chcę tak dłużej żyć. Pomiatany, poniżany, wykorzystywany do granic możliwości. Wczoraj po rozmowie z żoną podjęliśmy decyzję: wyjeżdżamy całą rodziną. Chcę znów być traktowany jak człowiek. Zasluguje chyba na to nie gorzej niż każdy lump, który nie pracuje, ale ma wszystkie socjalne osłony.

Krzysztof

Wspaniały pomysł

Jestem lekarzem i obywatelką Kanady. W tamtym roku dałam ogłoszenie w Waszej gazecie z zainteresowaniem poznania polskiego lekarza. Nasza historia była raczej krótka i jeden w Waszych czytelników jest już także obywatelem Kanady i za 3 tygodnie mamy ślub w Polsce.

Dziękujemy za umożliwienie naszego związku i za wspaniały pomysł takich Ogłoszeń!

Pozdrawiamy

A & P

(nazwiska i adresy znane redakcji)

Blżej do Bangladeszu niż do Europy!

(...)

Mam ostatnio problemy ze zlokalizowaniem naszego kraju, opieki zdrowotnej w nim funkcjonującej i siebie samego na mapie świata, a szczególnie Europy. Pamiętam oczywiście, że 1 maja 2004 r. wznosiliśmy toasty pod flagą Unii Europejskiej. Znajomi zastanawiają się, czy na pewno trzeba zabrać ze sobą paszport przy wyjeździe do Włoch. Trenerzy reprezentacji: skoczków narciarskich i siatkarzy, a nawet trener siatkarskiej drużyny klubowej mówią do swoich zawodników po angielsku. Pewien znajomy dopiero w kasie dowiedział się, że cena przedmiotu, który zamierzał kupić w łódzkim sklepie, była przedstawiona w euro. A zatem – jesteśmy w Europie!

Czy jednak? Skoro tymczasem w szpitalu w Kutnie zdesperowani lekarze i pielęgniarki na godzinę odeszli od swoich pacjentów, protestując przeciwko tragicznej sytuacji finansowej szpitala (niezależnej – ich zdaniem – od ciężkiej pracy wszystkich pracowników i wysiłków dyrekcji), a także przeciwko ustawie o pomocy publicznej i restrukturyzacji ZOZ-ów, która zdaniem wielu osób otwierała drogę do upadłości szpitali i ich likwidacji. W kilku szpitalach trwają strajki głodowe pracowników. Przeróżające jest to, że nawet tak dramatyczne formy protestu na nikim już chyba nie robią wrażenia. Kolejny minister zdrowia podał się do dymisji, ale nie została przyjęta! (...)

Tymczasem prezesi spółek skarbu państwa otrzymują pensje i odprawy na prawdziwie europejskim poziomie. Rolnicy dostają „unijne” dopłaty. Parlament, zwłaszcza zaś parlamentarzyści, rząd i ministrowie, zachowują się tak, że ich obecność w Unii i w Europie



nie budzi wątpliwości. Kiedy jednak przejeżdżam samochodem skrzyżowanie alei Kościuszki z ulicą Świętego Andrzeja w Łodzi, zawieszenie mojego auta donośnie mnie informuje, na jakim poziomie cywilizacyjnym znajduje się miasto, w którym mieszkam i pracuję. Tu nie jestem w Europie! Najniższe nakłady na ochronę zdrowia wśród europejskich krajów, nie tylko w tej „lepszej”, zjednoczonej części naszego kontynentu, to też jest Polska.

Ryszard Golański

„Panaceum” 3/05

Śledztwa nie będzie

Prokuratura Okręgowa w Warszawie odmówiła wszczęcia śledztwa w sprawie nadużycia uprawnień przez min. Marka Balickiego. W ocenie prokuratury minister nie popełnił przestępstwa, bo nie wydał żadnej decyzji ani nie podpisał żadnego pisma do dyrektorów szpitali zakazującego odpłatnego leczenia. Wypowiedział się jedynie na temat istniejących przepisów i dokonał ich interpretacji, która – zdaniem prokuratury – była prawidłowa.

Prokuratura nie odniosła się jednak do zasadniczego zarzutu OZZL, że interpretacja prawa dokonana przez ministra zdrowia narusza konstytucyjne prawo obywateli do ochrony zdrowia – poinformował szef związku Krzysztof Bukiel.

„Prokuratura działa w oparciu o obowiązujące przepisy i nie ma kompetencji, by badać zgodność tych przepisów z Konstytucją. Rolę taką pełni Trybunał Konstytucyjny, który, w razie uruchomienia przewidzianej prawem procedury, orzeknie, w jakiej relacji wyżej wskazane przepisy pozostają do treści art. 68 ust. 1 Konstytucji” – czytamy w uzasadnieniu do postanowienia prokuratury.

Pomimo odmowy wszczęcia śledztwa, Prokuratura Okręgowa podzieliła opinię OZZL, że *„cały system ubezpieczeń bazuje na założeniu, które w obecnych warunkach stanowi fikcję prawną – tzn. założeniu, że obywatel płaci składki i w zamian otrzymuje bezpłatną opiekę zdrowotną w takim zakresie, w jakim jej potrzebuje (...) Jak słusznie wskazuje OZZL, prawo obywatela do ochrony zdrowia niewątpliwie na tym cierpi.”*

Związek wystąpił już do Trybunału Konstytucyjnego o stwierdzenie, że tzw. ustawa 203 w zakresie, w jakim nie uwzględnia w przewidywanej podwyżce dla pracowników SPZOZ-ów podwyższenia wynagrodzenia za dyżury medyczne pełnione w tych zakładach przez lekarzy i inne osoby – jest niezgodna z konstytucyjną zasadą równości obywateli.

W ocenie OZZL nierówność polega na tym, że osoby nie dyżurujące otrzymują – w myśl ustawy – podwyżkę za cały swój czas pracy, a osoby pełniące dyżury otrzymują podwyżkę tylko za część swojej pracy: za tę wykonywaną w normalnych godzinach pracy, a nie otrzymują za tę część, którą wykonują pełniąc dyżur.

ms

Okiem Prezesa



Zbliżamy się do końca kadencji w okręgowych izbach lekarskich. Wiosenne okręgowe zjazdy lekarzy, które odbyły się w lutym, marcu i kwietniu, były ostatnimi dla delegatów IV kadencji samorządu. Przy okazji na wielu z nich wspomniano także jubileusz piętnastej rocznicy odrodzenia izb lekarskich.

Starałem się odwiedzić jak najwięcej koleżanek i kolegów obradujących jak co roku nad sprawozdaniami organów i sprawami finansowo-budżetowymi okręgowych izb. Tak jak co roku, delegaci omawiali także najbardziej palące problemy, którymi żyje nasze środowisko. Na zjazdach w Białymstoku, Przemyśle (izba krakowska), Lublinie, Częstochowie, Bielsku-Białej, Stalowej Woli (izba rzeszowska), Kielcach, Wojskowej Izby Lekarskiej, Płocku, Olsztynie i Warszawie byłem świadkiem dyskusji na temat losów ustawy o pomocy publicznej i restrukturyzacji publicznych zakładów opieki zdrowotnej; relacji świadczeniodawców z NFZ (gorąca sprawa zakazu wykonywania świadczeń ponad ustalony umową limit, a także przygotowania do kontraktowania na następne lata); ciągłych skandalicznie niskich wynagrodzeń w służbie zdrowia; narastającej emigracji lekarzy i lekarzy dentystów; ale przede wszystkim o sprawach związanych z doskonaleniem zawodowym.

Wydaje się, że obok złych warunków pracy i niskich wynagrodzeń kształcenie podyplomowe staje się coraz bardziej dostrzeganym problemem dla większości polskich lekarzy i lekarzy dentystów. Coraz wyraźniej także widać rozbieżność między nakładaniem przez państwo obowiązku ustawicznego rozwoju zawodowego i kompletnym brakiem państwowego wsparcia dla doskonalących się lekarzy i lekarzy dentystów.

Warto przypomnieć, jakie jest stanowisko izb lekarskich w tej sprawie. Przede wszystkim samorząd uznając etyczny i zawodowy obowiązek nieprzerwanego doskonalenia zawodowego podkreśla nie od dziś, że sprawa ta nie może być traktowana jako wyłączny i prywatny interes lekarzy i lekarzy dentystów. Lepsi i posiadający aktualną wiedzę i praktykę medyczną profesjonaliści to przecież oczekiwanie wszystkich Polaków. Państwo reprezentując swoich obywateli powinno czynić wszystko, aby wesprzeć lekarzy i lekarzy dentystów w ich wysiłkach na rzecz poprawy jakości opieki medycznej.

Samorząd dostrzegając problemy związane z tym obszarem życia zawodowego swoich członków podejmuje wysiłki, aby doskonalenie zawodowe spełniając najwyższe standardy jakości było jednocześnie dostępne dla każdego lekarza i lekarza dentysty.

1. Specjalizowanie się powinno być, tak jak kiedyś, prawem każdego lekarza i lekarza dentysty. Przygotowując programy specjalizacyjne i wymagania akredytacyjne dla ośrodków kształcących należy zachowując wysoki poziom kształcenia brać pod uwagę także polskie realia. Wymagania te nie mogą sztucznie ograniczać dostępu do specjalizacji. W obecnej rzeczywistości rezydentura, jako forma specjalizowania się, powinna być dostępna dla wszystkich absolwentów stażu podyplomowego. W najbliższej przyszłości należy pomyśleć o takim przekształceniu systemu specjalizowania się, aby uzyskanie specjalizacji szczegółowej było możliwe w krótszym niż dotychczas czasie.
2. Ważnym elementem kształcenia podyplomowego powinno stać się zdobywanie kwalifikacji w zakresie węższych dziedzin medycyny i szczególnych umiejętności praktycznych. Samorząd lekarski jest gotowy do przyjęcia odpowiedzialności za zorganizowanie systemu takiego kształcenia; widzi także ważną do odegrania (zwłaszcza w przygotowywaniu programów oraz prowadzeniu szkoleń) rolę w tej dziedzinie konsultantów krajowych i regionalnych oraz towarzystw i kolegów lekarskich.
3. Nadzór nad ustawicznym doskonaleniem zawodowym przejmuje samorząd lekarski. Będzie się to dokonywać poprzez rejestrację podmiotów prowadzących kształcenie lekarzy i lekarzy dentystów, akredytację szkoleń oraz rozliczanie członków samorządu z realizacji obowiązku doskonalenia. Samorząd lekarski powinien także w coraz większym stopniu podejmować się roli organizatora szkoleń w cenie kosztów ich przygotowania. W tym celu należy nawiązać zorganizowaną i przejrzystą współpracę z przemysłem medycznym.
4. Aby ułatwić wywiązanie się przez lekarzy i lekarzy dentystów z obowiązku doskonalenia zawodowego samorząd będzie domagał się uznania przez państwo wszystkich kosztów doskonalenia zawodowego za koszty uzyskania przychodu osobistego oraz przyznania lekarzom i lekarzom dentystom prawa do dwutygodniowego corocznego płatnego urlopu szkoleniowego (zarówno pracownikom, jak i zawierającym indywidualne kontrakty z publicznymi płatnikami).

Czy lustrować lekarzy?

Temat niedokończonej lustracji wciąż antagonizuje polskie społeczeństwo. Publiczna dyskusja pokazuje, jak zawile mechanizmy tworzą sprawy ukryte pod hasłem „lustracja”. Teraz, po latach okazuje się, że osoby, które otrzymują swoje własne dokumenty z IPN, odnajdują w nich ślady i dowody działalności agentów SB w swoim najbliższym otoczeniu. Informacje te lotem błyskawicy rozchodzą się po środowiskach, których dotyczą. Ludzie odkrywają mroczne tajniki przeszłości swojej i swoich bliskich, przyjaciół, kolegów. Trwa lustracja nie tyle „dzika”, co „prywatna”. Zapytaliśmy naszych czytelników w kraju i za granicą

czy lekarskie środowisko naukowe i kierownicze gremia (dyrektorzy i ordynatorzy) w publicznej ochronie zdrowia powinny dobrowolnie poddać się lustracji na okoliczność tajnej, świadomej współpracy ze służbami specjalnymi PRL?

W ciągu kilku dni otrzymaliśmy mnóstwo listów. Oto ich fragmenty:

Nie bójmy się prawdy – ona nas wyzwoli. Zasada ta dotyczy wszystkich, nie tylko środowiska lekarskiego. Jedyny problem, to wiarygodność dokumentów. Jeżeli mamy zaufanie do źródła informacji, to dobrze byłoby poddać się autolustracji. Kolejny problem, to kiedy ujawnić prawdę. Czy jesteśmy przygotowani do jej przyjęcia? Dlatego autolustracja wydaje się lepsza niż lustracja zarządzana instytucjonalnie.

*Janusz Jakitowicz, psychiatra
Gdańsk*

Lustrację i dekomunizację powinno się było przeprowadzić w 1990 r. Bardzo wątpię w wiarygodność teczek obecnie dostępnych. Choć czasami chciałoby się, żeby „koledzy”, co do których mamy prawie pewność, że „współpracowali”, mieli mniej do powiedzenia w demokratycznej Polsce. Bo wcześniej jak mogli tak demokracji i swobodom obywatelskim, a czasami także własnym kolegom szkodzili.

Wśród nas, działaczy „Solidarności” służby zdrowia w latach 1980-81, w stanie wojennym, a potem w latach 1988-90, nie da się zapomnieć o różnicach ja-

kie nas wtedy dzieliły z lekarzami działaczami PZPR. Różnice w sposobie myślenia i działania pozostały.

*Ryszard Golański, anestezjolog
Łódź*

Medycyna jest apolityczna. Lekarze powinni być tacy sami. Leczyłem zarówno prezydenta Jaruzelskiego, jak i prezydenta Wałęsę. I co z tego? Czy jestem współpracownikiem tajnych służb i powinienem oczekiwać lustracji? Lepiej, drodzy państwo, zajmijcie się uzdrowieniem i unormalnieniem służby zdrowia, bo będzie jeszcze gorzej.

*prof. Tadeusz Plusa, internista
Warszawa*

Lekarze będący onegdaj członkami LPZPR, zmuszeni przez historię do zamaskowania gangsterskiego światopoglądu, przeistoczyli się najczęściej w kadrę menedżerską, kierowniczą, dyrektorską i naukową na wszystkich szczeblach samorządów i uczelni. Tam najłatwiej można było ukryć wtórny analfabetyzm lekarski, spowodowany preferowaniem obowiązkowych posiedzeń egzekutywy, na których wypracowywano sposoby połączenia pracy na chirurgii z pracą „na dzielnicy”.

Bezbolesne przeistaczanie się tych ludzi nomenklatury w ludzi rozumnych było niewątpliwie najprostsze dla posiadaczy pseudonimu. Ja oświadczyć czułbym się lepiej, gdybym był pewny, że w moim otoczeniu nie pracuje nadal żaden „Nowak”.

*prof. A. Gregosiewicz, ortopeda
Lublin*

Nie powinno się zmuszać ludzi do poddawania się przymusowej lustracji. Decyzję należy pozostawić każdemu indywidualnie. Nie ma białe-

go ani czarnego, są tylko różne odcienie szarości. I my, lekarze, to dobrze wiemy. Albo będzie to publiczna spowiedź, albo po cichutku wyszeptać *mea culpa* i postarać się zapomnieć. Można też zamiast wyznania winy powiedzieć, najważniejsze że dołożyłem temu i owe-mu, a teraz cicho-sza, bo i tak tajemnicę zabiorę do grobu.

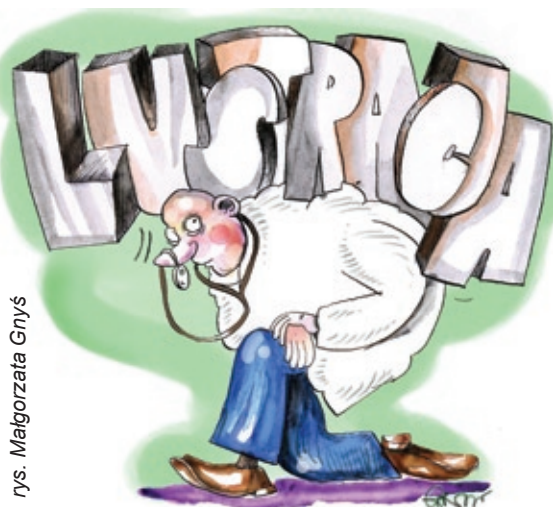
Jestem w Kanadzie od 33 lat, od 1990 r. odwiedziłem Polskę dziesięć razy. Zamierzam wystąpić do IPN o przyznanie mi statusu pokrzywdzonego, ale muszę osobiście stawić się przed polskim konsulem w Montrealu lub Toronto. Pewnie zrobię to przy okazji.

*Włodzimierz Sokołowski,
anestezjolog
Miramichi, Kanada*

Jestem przedstawicielką młodego pokolenia lekarzy i mój stosunek do lustracji jest na pewno mniej emocjonalny niż pokolenia, które na własnej skórze odczuwało konsekwencje działania służb specjalnych PRL-u. Zdaję sobie sprawę jak istotna jest lustracja osób zajmujących stanowiska polityczne. Tylko do tej wąskiej grupy ograniczyłabym kontrolę na wypadek współpracy ze służbami PRL. Uważam, że obecna sytuacja służby zdrowia wymaga ogromnej pomocy. To właśnie powinno być priorytetem dla środowiska lekarskiego. Myślę, że każdy grosz, który pochłoniełaby lustracja całego środowiska, znalazłby lepsze zastosowanie w naprawianiu obecnego stanu rzeczy.

Boję się, że dalsze zagłębianie się w rozliczanie przeszłości spowoduje tylko niepotrzebne spory i oddali na plan dalszy problemy środowiska lekarskiego i całej służby zdrowia.

*Joanna Miłkowska
Łódź*



rys. Małgorzata Gnyś

Zdała od kraju, z zażenowaniem śledzę dyskusje i działania naszej klasy politycznej. Jednym z tematów jest lustracja jako sprawa życia lub śmierci dla kraju, 15 lat po zmianie jego ustroju. Oczywiście zastępuje to brak pomysłów na rozwiązywanie żywotnych dla kraju problemów. To i naliczenie się z codziennymi kłopotami ludzi.

Teraz, kiedy lustracja miałaby objąć sferę nauki i administracji służby zdrowia, która ledwo dyszy, zadają sobie pytanie czy jest to znów temat zastępczy, czy po prostu brak minimum rozsądku u naszych Katonów. Przecież to niczego nie naprawi ani nie rozwiąże, a tylko nasili nienawiść, podziały społeczne i kryzys w opiece zdrowotnej.

Problemy oszustwa i donosicielstwa są jak świat stare i są nie tylko naszą przywarą. Chciałoby się więc zawołać: Panowie politykierzy różnej maści i profesji, dość już demonstrowania światu swej „mądrości” i znieczulicy społecznej i wysuwania na plan pierwszy interesów partyjnych lub własnych! Idzie przecież o przyszłość Polski.

*prof dr hab. med. Andrzej Wojtczak,
internista*

*b. wiceminister zdrowia,
obecnie w USA*

Najgorsze, co może spotkać nasze środowisko, to atmosfera wzajemnych pomówień, straszenie teczkami i niesłuszne oskarżenia kolegów. Tak więc tylko dobrowolna lustracja przeprowadzona w przemyślany sposób pozwoli osiągnąć cel bez ponoszenia ofiar. Pozwólmy osobom pełniącym funkcje kierownicze dokończyć kadencję, a dopiero przy nowych konkursach i wyborach zażądajmy przedstawienia opinii z IPN. Kolegom na stanowiskach, które nie podlegają konkursom, dajmy czas (np. rok, dwa) na przedstawienie tych opinii lub godne rozstanie się ze stanowiskiem. Kompromis, który proponuję pozwoli im zachować godność, a nam szacunek także dla siebie. Pamiętajmy – *primum non nocere!*

*Dariusz Hajdukiewicz
dyrektor SPZOZ
w Makowie Mazowieckim*

Myślę, że chyba tak. Dyrektor, ordynator czy profesor wyższej uczelni to często wychowawca młodych lekarzy. Uważam za co najmniej niewskazane, aby takie funkcje mieli pełnić byli agenci i donosiciele. Bo chyba nie potrafią się dobrze z nich wywiązać. Zło

dokończenie na str. 8

Czy lustrować lekarzy?

dokończenie ze str. 7

będzie się rozprzestrzeniać na następne pokolenia.

Lustracja oczywiście wszystkiego nie załatwi. Będzie też bardzo trudna, bo musi być w pełni uczciwa i chronić niewinnych przed pomówieniami.

Powinna też istnieć możliwość dobrowolnego honorowego wycofania się z eksponowanych pozycji w życiu publicznym. Nie chodzi bowiem o zemstę, ale o ograniczenie szerzenia się zła. W latach 1980-1981 często powtarzaliśmy: „Narody, które tracą pamięć, tracą życie”. Myślę, że to pozostaje aktualne, nawet jeżeli pamięć nie jest chlubna.

*prof. Krzysztof Marczewski, nefrolog
Zakład Etyki AM w Lublinie*

Lustrowani, moim zdaniem, powinni być również lekarze pracujący w administracji państwowej, zasiadający w wybieralnych gremiach, będący biegłymi, ławnikami sądowymi i dziennikarzami oraz lekarze kandydaci do takich funkcji i stanowisk. Lekarze, którzy zgodzili się współpracować z bezpieczeńką dobrze wiedzieli, że w każdej chwili

mogą utracić zaufanie pacjentów i kolegów i z pełną świadomością zagrożenie takie akceptowali.

*Wojciech Wójtowicz
Kamień Pomorski*

Ile razy jeszcze wyciągniemy sprawę lustracji? Można było i chyba należało to zrobić 15 lat temu, kiedy rozliczaliśmy się z przeszłością. Teraz chyba warto spojrzeć na to, co kto robił przez ten czas. Również i dziś, w służbie zdrowia, i nie tylko, są przykłady ludzi „miernych, biernych, ale wiernych”, ale z innego, nowszego rozdania politycznego. Rozglądnijmy się wokół siebie. A ilu dawnych opozycjonistów po prostu skompromitowało się? Tamte kryteria są dziś nieadekwatne. Ale – dobrze, zróbmy lustrację w służbie zdrowia. Chciałbym się jednak też dowiedzieć, kto dziś wśród nas jest agentem.

Krzysztof Imielski, Cieszyń

Jestem świeżo po otrzymaniu dyplomu. W Krakowskiej Szkole Medycyny wpajano mi szacunek dla wiedzy i zawodu. Podobne idee wyniosłem z mojej wielopokoleniowej rodziny lekarskiej. Nie jestem w stanie zrozumieć mody na lustrowanie wszystkich i wszystkiego, co tylko możliwe. Jeśli ustawa nie stanowi inaczej, po co wychodzić przed orkiestrę?

Jestem za odpolitycznieniem naszego cechu, za odstąpieniem od popular-

nych form siania niepokoju w środowisku lekarskim. Wolałbym, żeby się skupiono teraz nad walką z szarą strefą. A lustracja dyrektorów, ordynatorów? Ważne, by potrafili dobrze wykonywać swoją pracę. Szkoła życia, by tkwić w marazmie minionych lat. Patrzymy przed siebie.

*Andrzej Silczuk,
stażysta
Kraków*

Obawiam się, że poddanie lekarzy tzw. lustracji stałoby się przysłowiowym gwoździem do trumny naszego środowiska. Zostałoby ono doszczętnie podzielone i zniszczone wewnątrz. Wi-

dzę już oczami wyobraźni tytuły w gazetach: „Profesor X tajnym agentem SB!” albo: „Wykładowcy z Akademii Medycznej w Z donosili na swoich studentów!” Ci, którzy zhańbili się współpracą z tajnymi służbami PRL-u zostaną z pewnością ujawnieni i ukarani. Bez naszej pomocy. Bez niszczenia resztek dobrego imienia lekarzy naszymi własnymi rękami. Powinniśmy raczej zadbać o to, aby nasi pacjenci znowu poczuli do nas zaufanie, a lekarz lekarzowi nie był wilkiem.

Konrad Dobrzyński, lek. dentysta

Tak. Mamy prawo znać prawdę dotyczącą także tego środowiska. Życie człowieka to także odpowiedzialność za swoje czyny i związana z tym możliwość podniesienia się, jeśli ktoś kiedyś zachował się niegodnie. Warto chyba też zauważyć, że donosiciel może być całkiem sprawnym lekarzem i organizatorem.

*Stanisław Klimaszewski, publicysta
Warszawa*

Uważam, że lustrację należało przeprowadzić zaraz po zmianie ustroju i wtedy eliminować z kierowniczych zwłaszcza stanowisk ludzi powiązanych z SB, świadomie szkodzących swoim kolegom i czerpiących z tego zyski. Teraz, kiedy wszystko się wali, są ważniejsze sprawy do zrobienia, a nie znów grzebać w przeszłości. Że to niesprawiedliwe? Z pewnością. Ale czy istnieje absolutna sprawiedliwość? Zawsze ktoś będzie niedoceniony i nad miarę swoich przewinień osądzony, a innemu uda się uniknąć kary.

*Maria Szczęsna
Wąbrzeźno, woj. kujawsko-pomorskie*

Do czego to doprowadzi, jeśli wszyscy zaczną się wzajemnie lustrować? W tym zawodzie wciąż następuje weryfikacja: profesjonalizmu, oddania pacjentom, poświęcenia, bieżącego kształcenia, kompetencji, uczciwości. Dlatego jedni lekarze, ordynatorzy, dyrektorzy mają opinię ludzi porządných, a inni nie. O tym się wie, mówi, pisze – i nic z tego nie wynika. I tak będzie z powszechną lustracją: wielki, rozdmuchany balon powoli oklapnie, a żal będzie tylko wyrzuconych w błoto pieniędzy. Są i tacy, których żadna lustracja czy weryfikacja nie przestraszy, ponieważ uważają, że mają takie poparcie i znajomości...

*Ewa Postawska, żona lekarza
Lublin*

opr. Marek Stankiewicz

Poniżej średniej

Maciej Dubis

Przynajmniej od momentu przystąpienia Polski do Unii Europejskiej głośno jest w mediach o bardzo częstych przypadkach wyjazdu polskich lekarzy i pielęgniarek na zachód Europy.

Szczególnie chętnie nasz personel medyczny widzieliby u siebie Brytyjczycy, Irlandczycy i Szwedzi. Część polskich lekarzy i pielęgniarek wyjeżdża na Zachód tłumacząc, że

pracując w Polsce nie mają szans zarobić na przyzwoite życie. Płace dla lekarzy na zachodzie Europy sięgają w przeliczeniu na złotówki nawet kilkunastu tysięcy miesięcznie. Powszechnie wiadomo, że w Polsce o takich zarobkach przytłaczająca większość personelu medycznego może co najwyżej pomarzyć.

Na poprawę jakości życia osób troszczących się o nasze zdrowie nie wpływają znacząco wysiłki rządu czy głośne protesty środowisk pielęgniarskich i lekarskich. W powszechnej opinii zarobki w polskiej służbie zdrowia są bardzo skromne. Na jakie rzeczywiście pensje mogą liczyć w rodzimych placówkach zdrowotnych lekarze i pielęgniarki? Internetowe Badanie Wynagrodzeń pozwoliło nam odpowiedzieć na to pytanie.

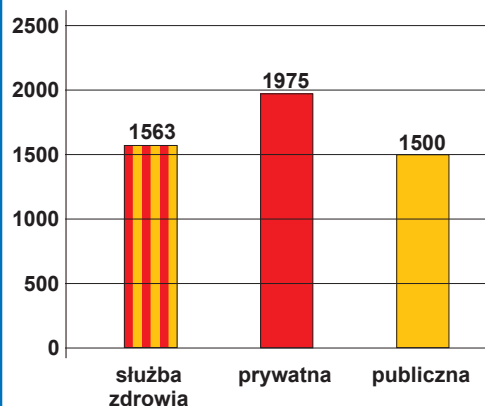
Wynagrodzenia w polskiej służbie zdrowia rzeczywiście w sposób znaczący odbiegają od zarobków w innych branżach gospodarki. Przeciętne wynagrodzenie personelu medycznego w Polsce w 2004 r. wyniosło według naszego badania 1563 zł brutto, wobec 2188 zanotowanego w całym badaniu. Oznacza to więc, że pracownik polskiej służby zdrowia „na rękę” otrzymuje przeciętnie niecałe 1100 zł. Sami lekarze zarabiają przeciętnie 1650 zł, podczas gdy pielęgniarki i położne 1285 zł. Są to jednak kwoty obliczone dla całej polskiej służby zdrowia, tymczasem coraz więcej powstaje w naszym kraju prywatnych ośrodków medycznych. Wynagrodzenia tam zatrudnionych są nieco wyższe, chociaż wciąż nie są to duże sumy. Przeciętna płaca w takich placówkach wyniosła w 2004 r. 1975 zł. Natomiast w publicznych zakładach opieki zdrowotnej, gdzie wciąż zatrudniona jest większość personelu medycznego, przeciętne zarobki to równe 1500 zł (wykres 1).

Co istotne, o ile w całej polskiej służbie zdrowia wynagrodzenia niższe niż 1500 zł otrzymuje prawie połowa pracowników, to w przypadku samej publicznej odsetek ten wzrasta do 52%. Mało tego, polski personel medyczny ma niewielkie szanse na zarobki przekraczające 2500 zł. Powyżej tej kwoty zarabia tylko 18% zatrudnionych, natomiast w publicznej służbie zdrowia zaledwie 12,6%. O wynagrodzeniach większych niż 5000 zł miesięcznie można właściwie tylko marzyć i to też raczej w prywatnych zakładach.

Ogółem w całej służbie zdrowia takie pensje otrzymuje niecałe 4% zatrudnionych, natomiast w placówkach publicznych na takie płace może liczyć około 1% pracowników. Najwięcej pracowników (niezależnie od tego, czy są zatrudnieni w placówkach prywatnych czy publicznych) zarabia pomiędzy 1000 a 1500 zł. Takie płace otrzymuje więcej niż co trzeci pracownik służby zdrowia (wykres 2).

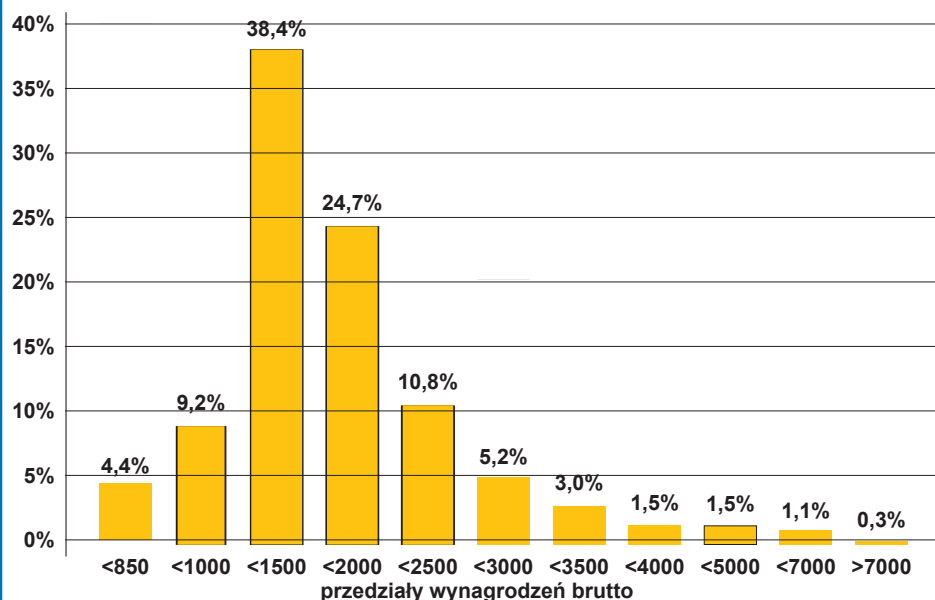
Dużo niższe pensje w służbie zdrowia, w porównaniu z innymi branżami,

WYKRES 1. Wynagrodzenia* w służbie zdrowia (miesięcznie brutto w PLN)



*podane wartości to mediany

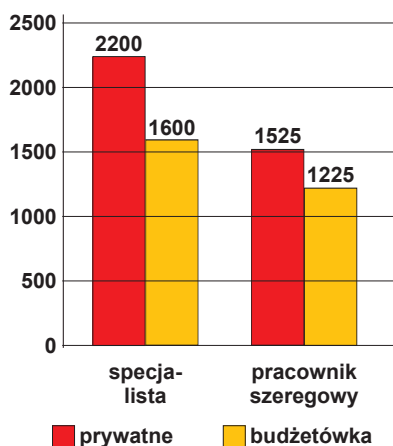
WYKRES 2. Odsetek pracowników publicznej służby zdrowia otrzymujących wynagrodzenia w danym przedziale



występują na wszystkich właściwie stanowiskach w hierarchii. Tak naprawdę na przyzwoite, choć nie oszałamiające, wynagrodzenia mogą liczyć jedynie dyrektorzy placówek medycznych. Pozostałe grupy zawodowe są opłacane dość kiepsko. Na stanowiskach kierowniczych, do których zaliczani są np. ordynatorzy wydziałów w szpitalach, płace nieznacznie przekraczają przeciętną dla całego badania. Na stanowiskach specjalistycznych i szeregowych przeciętne płace są dużo niższe od granicy 2 tys. zł (wykres 3).

Okazuje się jednak, że na najliczniejszych stanowiskach specjalistycznych i szeregowych istnieje całkiem duża różnica między wynagrodzeniami w prywatnych i publicznych placówkach. W przypadku pracowników szeregowych wynosi ona 300 zł, a specjalistycznych 600. Jest to bardzo dużo, biorąc pod uwagę, że oznacza to, iż pracownicy szeregowi w firmach prywatnych zarabiają o 25%, a specjaliści aż 35% więcej od swych kolegów w publicznych zakładach. Nie należy jednak z tego wysnuwać wniosku, że lekarze w prywatnych placówkach medycznych zarabiają dobrze. Ich płaca jest praktycznie równa przeciętnej dla całego badania. Wynika więc z tego, że po prostu lekarze w publicznych zakładach opieki zdrowotnej są opłacani bardzo nisko. Ich przeciętna płaca netto to bowiem niewiele powyżej 1100 zł. To i tak sytuacja lepsza niż pracowników szeregowych w publicznych zakładach. Oni co miesiąc swoje portfele zasilają kwotą ledwo przekraczającą 850 zł (wykres 4).

WYKRES 4. Wynagrodzenia* na stanowiskach specjalistycznych i szeregowych w prywatnych i publicznych placówkach służby zdrowia (miesięcznie brutto w PLN)



*podane wartości to mediany

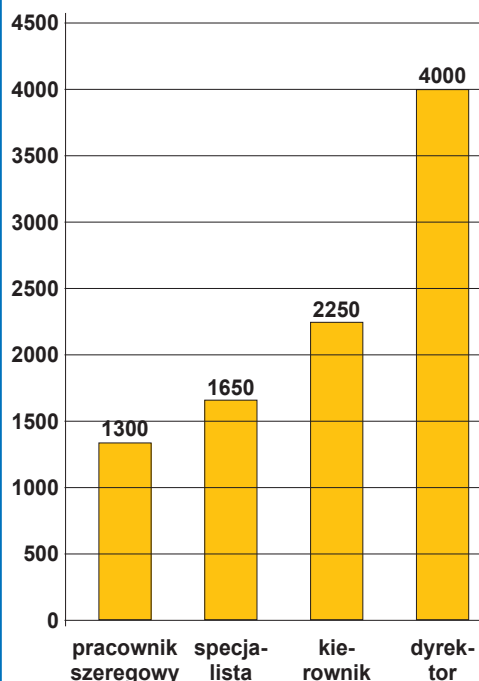
Wyszkolenie rzecz jasna wpływa na wysokość wynagrodzenia w służbie zdrowia. Pracownicy z tytułem magistra zarabiają o prawie 75% więcej od osób po podstawówce lub zawodowce i o 25% więcej od pracowników z samą maturą. Co z tego, skoro kwota przeciętnego wynagrodzenia dla osób z wyższym wykształceniem i tak jest bardzo niska – wynosi 1733 zł brutto. Co ciekawe, przeciętna płaca wszystkich osób z wykształceniem medycznym w naszym badaniu wyniosła ponad 1900 zł. Tak więc kończąc akademię medyczną i chcąc dobrze zarabiać należy unikać zatrudnienia w służbie zdrowia. Bardzo niskie pensje otrzymuje w służbie zdrowia personel nisko wykwalifikowany – osoby po szkole podstawowej lub zawodowej. Ich przeciętne płace to zaledwie 1000 zł brutto, czyli niewiele ponad 700 zł na rękę (wykres 5).

Wynagrodzenia rosną wraz ze zdobywaniem doświadczenia przez pierwsze pięć lat pracy. W następnych latach następuje stabilizacja zarobków – są one na praktycznie niezmiennym poziomie. Kolejny skok płac występuje w przypadku bardzo doświadczonych pracowników, z przynajmniej 20-letnim stażem. Jest to zależność nieco inna niż w przypadku innych branż, gdzie po tak długim okresie pracy wynagrodzenia spadają. Nie dziwi to jednak w przypadku zawodów związanych z ochroną zdrowia, gdzie doświadczenie lekarzy czy pielęgniarek trudno przecenić. Pamiętajmy jednak, że wciąż mówimy o niskich wynagrodzeniach – przeciętna dla pracowników z najdłuższym stażem to zaledwie 1755 zł brutto (wykres 6).

Na pocieszenie polskich pielęgniarek i lekarek należy przytoczyć spostrzeżenie, że służba zdrowia to najmniej dyskryminująca pod względem wynagro-

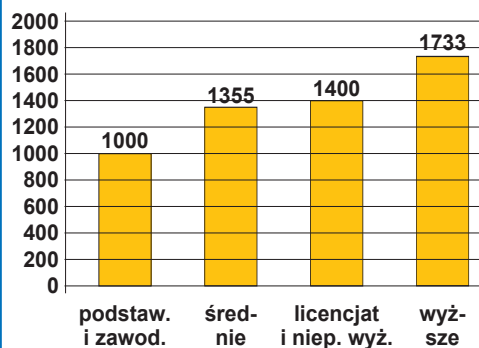
dokończenie na str. 12

WYKRES 3. Płace* w służbie zdrowia ze względu na stopień w hierarchii (miesięcznie brutto w PLN)



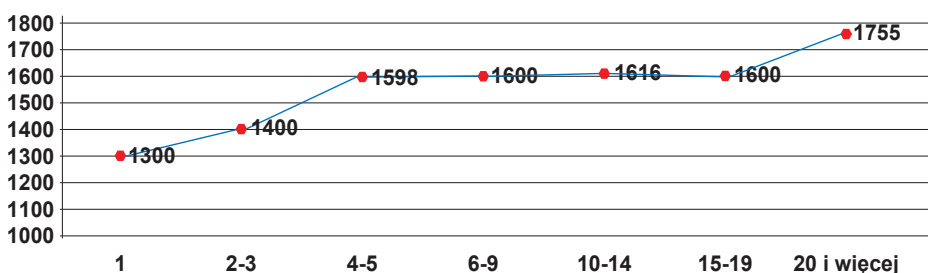
*podane wartości to mediany

WYKRES 5. Wpływ wykształcenia na wynagrodzenie* w służbie zdrowia (miesięcznie brutto w PLN)



*podane wartości to mediany

WYKRES 6. Wynagrodzenia* w służbie zdrowia ze względu na staż pracy (miesięcznie brutto w PLN)



*podane wartości to mediany

Poniżej średniej

dokończenie ze str. 11

dzeń branża w Polsce. Przeciętne płace kobiet są tylko o 100 zł niższe od płac mężczyzn. W przypadku całego polskiego rynku pracy różnica ta wynosi przeciętnie 500 zł. Co ciekawe jednak, w przypadku prywatnych placówek medycznych dysproporcje płac ze względu na płeć zdecydowanie wzrastają – wynoszą aż 900 zł. Dużo bardziej sprawiedliwe są zarobki w publicznych zakładach opieki zdrowotnej. Nie zmie-

nia to faktu, że również kobietom bardziej opłaca się pracować w placówkach prywatnych – zarobią tam przeciętnie 160 zł więcej niż w jednostkach publicznych (wykres 7).

Również w służbie zdrowia przeciętne wynagrodzenia są „pompowane” przez płace warszawskie. Odrzucając stolicę, okazuje się, że przeciętne zarobki w służbie zdrowia zmniejszają się o prawie 50 zł do 1 514 zł brutto. W samej Warszawie natomiast personel medyczny zarabia przeciętnie 1 950 zł. Dzięki temu również dosyć wysoko w zestawieniu regionalnym wypada Mazowsze, gdzie zarabia się przeciętnie 1 869 zł – należy jednak pamiętać, że jest to kwota zawyżona przez stołeczne wynagrodzenia. W pozostałych regionach płace są zbliżone – przeciętnie wahają się co najwyżej o około 100 zł. Nie da się jednak ukryć, że najmniej również w służbie zdrowia zarabia się w województwach wschodnich (tabela 1).

Nic więc dziwnego, że duża część pracowników służby zdrowia zmuszona jest dorabiać do swoich pensji. Czyni tak ponad 40% z nich. Dochody uzyskiwane poza podstawowym miejscem pracy są znacznym wzmocnieniem budżetu domowego personelu medycznego, gdyż przeciętna kwota takich miesięcznych dorobków to aż 700 zł. Jest to niemal połowa ich przeciętnego wynagrodzenia. Najczęściej drugiego miejsca pracy

szukają specjaliści. W obrębie tej grupy dorabia już ponad połowa pracowników. Przeciętna kwota ich dodatkowego miesięcznego dochodu w 2004 r. wyniosła 850 zł.

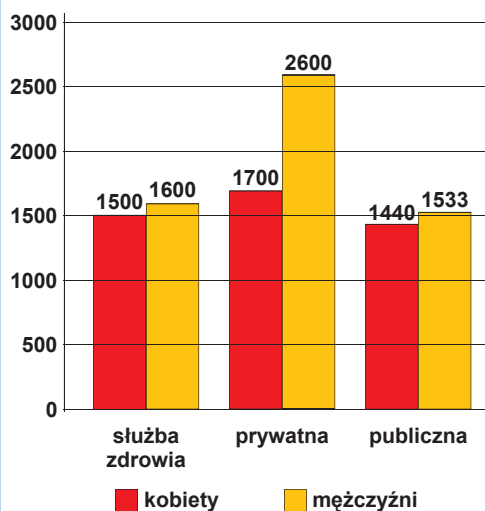
Wyniki Internetowego Badania Wynagrodzeń w służbie zdrowia nie na-

TABELA 1. Wynagrodzenia* ze względu na lokalizację zakładu pracy
(miesięcznie brutto w PLN)

Lokalizacja	Wynagrodzenie
Warszawa	1950
Polska bez Warszawy	1514
Mazowsze	1869
Północny zachód	1550
Południowy zachód	1500
Województwa wschodnie	1434

*podane wartości to mediany

WYKRES 7. Wynagrodzenia* wg płci w służbie zdrowia (miesięcznie brutto w PLN)



*podane wartości to mediany

pawają specjalnym optymizmem, jeśli chodzi o przyszłość opieki medycznej w naszym kraju. Można się obawiać, że nisko opłacani lekarze i pielęgniarki coraz częściej będą decydować się na wyjazdy za granicę, tym bardziej, że politycy nie mają pomysłu na reformę służby zdrowia. Jak to się odbije na zdrowiu polskiego społeczeństwa – czas pokaże.

Maciej Dubis

Agencja Konsultingowa Sedlak & Sedlak
w Krakowie

Artykuł powstał w oparciu o wyniki Internetowego Badania Wynagrodzeń przeprowadzonego przez portal wynagrodzenia.pl



Granica cierpliwości została przekroczona

Rośnie temperatura wywołana kolejnymi napięciami wokół najżywotniejszych spraw naszego zawodu. Właśnie nie powiodła się kolejna próba reanimacji z długotrwałej zapaści systemu ochrony zdrowia. Trzeba było działań ratunkowych, podjętych z dnia na dzień

przez Prezydenta, by uchronić – nie wiadomo, na jak długo – zadłużone szpitale przed widmem bankructwa i likwidacji. Zdesperowani uczestnicy protestów i głodówek nie wierzą już nikomu. Słowa, argumenty, ustalenia przestały się liczyć. Granica cierpliwości po raz kolejny została przekroczona. Narasta przekonanie, że władza ugina się jedynie przed siłą. Tylko głośny protest, strajk skłaniają ją do ustępstw, do zmiany stanowiska. Tylko wtedy odzyskuje ona słuch i próbuje nawiązać lub wznowić społeczny dialog.

Jak daleko możemy posunąć się w narastającym radykalizmie działań i hasel? Przed przekroczeniem narzuconych sobie ograniczeń powstrzymywały nas, lekarzy – jak do-

tyd – zasady etyczne naszego zawodu, które nie pozwalały np. odejść od łóżka chorego. Ale i ta bariera jest już przekraczana. Są wśród nas tacy, którzy uważają, że cel uświęca środki, że nie ma co oglądać się na tych pięknoduchów, którym paragrafy Kodeksu Etyki Lekarskiej przesłaniają interes wspólny protestujących. Stąd to ciągle obecne wewnętrzne rozdarcie, te podziały, do jakich dochodzi wśród protestujących lekarzy. Ale na dłuższą metę nie powinni na to liczyć twórcy kolejnych eksperymentów w dziedzinie ochrony zdrowia. Nasza cierpliwość – powtórzę – już się wyczerpała.

Andrzej Włodarczyk

„Puls” 3/05

Niezdrowe milczenie lekarzy

Pod takim tytułem prestiżowy dziennik amerykański „The Washington Post” opublikował artykuł dr. **Stephena Xenakisa**, psychiatry, dziś emerytowanego lekarza wojskowego w stopniu generała.

Oto streszczenie tego artykułu, przygotowane przez debiutującego na naszych łamach **Marka Derkacza** z Lublina.

Irak nadal jest wielką areną militarną, ale również miejscem, gdzie dokonuje się operacji na ludzkim ciele i ludzkich duszach. Szerokim echem odbiły się procesy żołnierzy oskarżonych o znęcanie się nad więźniami przetrzymywanymi w amerykańskich bazach. Wydaje się, że pominięto bardzo istotny aspekt nagłośnionej niedawno sprawy. Chodzi o brak jakichkolwiek działań i reakcji ze strony personelu medycznego, który był naocznym świadkiem i uczestnikiem wydarzeń w Guantanamo Bay i w Abu Ghraib.

Zaplecze więzienne w obu tych miejscach składa się m.in. z klinik, w których pracują zapewniający podstawową opiekę medyczną lekarze, pielęgniarki oraz pomocniczy personel medyczny. Ich zadaniem jest opieka nad amerykańskimi żołnierzami i więźniami.

Wspólnym obowiązkiem, poczynając od podstawowego personelu medycznego, na doświadczonych lekarzach, pełniących funkcje kierownicze, kończąc jest zapewnienie opieki stosownie do istniejących medycznych standardów – wszystkim, którzy tej opieki potrzebują. Niekwestionowanym obowiązkiem jest również meldowanie przełożonym o jakichkolwiek sygnałach fizycznego

lub psychicznego znęcania się nad przetrzymywanymi osobami.

Postronnym obserwatorom wydarzeń zasadne wydaje się pytanie, dlaczego tak niewiele na temat złego traktowania więźniów dowiedzieliśmy się bezpośrednio z ust personelu medycznego zatrudnionego w bazach. Czy wojskowy personel medyczny poddany podwójnej presji: z jednej strony konieczności wykonywania rozkazów przełożonych, z drugiej leczenia ludzi – przeciwników i wrogów systemu, przymknął oko na fizyczne i psychiczne znęcanie się nad więźniami? Może nawet współpracował z osobami przesłuchującymi, które stosowały haniebne metody, niegodne cywilizowanych ludzi?

Kolejnym problemem jest pytanie o wiedzę najwyższej kadry medycznej sił lądowych, marynarki wojennej i sił powietrznych dotyczącą wydarzeń w bazach oraz możliwość zatajenia tych informacji.

„The New England Journal of Medicine” przedstawił ostatnio stanowisko biura sekretarza obrony ds. zdrowia, w którym stwierdzono, że personel medyczny nie naruszył przysięgi Hipokratesa. Wg państwowych urzędników nie było mowy o istnieniu relacji lekarz-pacjent,

medycy nie musieli więc stosować się do norm etycznych obowiązujących lekarzy. Co to dokładnie oznacza?

Czy brak relacji lekarz-pacjent wynika z braku wystawienia rachunku za leczenie, braku ubezpieczenia czy może z braku założenia starannej dokumentacji medycznej? A może z niedopełnienia innych administracyjnych procedur, które wykonywane są standardowo w cywilnej służbie zdrowia?

Departament Obrony USA wydaje się twierdzić, że bycie lekarzem wojskowym nie oznacza konieczności trzymania się uświęconej maksymy „po pierwsze, nie szkodzić”, a zwalczanie terroryzmu powinno być celem najwyższej wagi, istotniejszym nawet niż etyczna i moralna odpowiedzialność lekarza. Mówiąc prościej – cel powinien uświęcać środki. Wg władz wojskowych kilku poniżonych i maltretowanych więźniów jest niewielką ceną, jaką płaci się za ochronę mieszkańców całego kraju.

Podążając tym tokiem rozumowania dochodzi się do wniosku, że wojskowy personel medyczny powinien jako priorytet uznać walkę z terroryzmem, a nie dbanie o wykonywanie zawodu zgodnie z etycznymi i moralnymi zasadami. Po-

REKLAMA

REKLAMA

nadto, jeżeli chodzi o wojskowych pracowników służby zdrowia, nie ma obaw dotyczących potencjalnego zaniedbania w stosunku do pacjentów. Wg Departamentu Obrony istnieją cele nadrzędne, które zwalniają z obowiązku osobistej i indywidualnej odpowiedzialności.

Stara szkoła, której uczniem był emerytowany generał Stephen Xenakis, znacznie różniła się od obecnej. Podstawę stanowiła zasada, że to właśnie na dowódcach spoczywa odpowiedzialność za etyczne i moralne funkcjonowanie podległych im jednostek. Oni również brali odpowiedzialność za czyny i zachowania swoich podwładnych.

Nie można podważać faktu, że odpowiedzialność personelu medycznego w Guantanamo Bay i w Abu Ghraib spoczywała na doświadczonym kierownictwie poszczególnych medycznych departamentów. Kierownictwo już od początku operacji wojskowej zarówno w Afganistanie, jak i w Iraku musiało zmierzyć się z trudnym pytaniem: Jak lekarze powinni traktować zatrzymanych? Istota przywództwa polega bowiem nie tylko na dowodzeniu, ale i na zapewnieniu wysokich moralnych i etycznych postaw nawet w najbardziej ekstremalnych sytuacjach.

Zdaniem Xenakisa nie ma, niestety, wystarczających dowodów wskazujących, że Departament Obrony USA określił jakiegokolwiek standardy postępowania w takich sytuacjach, a w rzeczywistości pojawiły się dowody wskazujące na zupełny ich brak.

Istnieją wprawdzie nieliczne sprawozdania lekarskie na temat poniżania zatrzymanych, ale nie ma istotnych danych na temat postępowania personelu medycznego w takich właśnie sytuacjach. Dokumentacja zeznań uzyskana podczas śledztwa w sprawie nadużyć w Abu Ghraib opublikowana na stronach internetowych organizacji wolnościowych sugeruje, że wojskowy personel medyczny był świadomy nadużyć. Pogwałcił także zasady Konwencji Genewskiej pomagając w ustalaniu metod przesłuchań opartych na przymusie. Niektórzy lekarze przyznają, że armia poleciła im nie analizować przypadków zgonów więźniów. W przeciwieństwie do żołnierzy, nie będących lekarzami, wojskowi medycy mają obowiązek w stosunku do pacjentów taki sam, jak w stosunku do ojczyzny.

Jakkolwiek dyskusje na temat stosowania tortur w czasie wojny mogą być długie i pełne argumentów za i przeciw, to dyskusja na temat medycznych aspektów ich stosowania powinna być bardzo krótka. Żaden lekarz zatrudniony na potrzeby armii nie powinien nigdy brać

udziału w torturach. Zasada ta wydaje się czymś naturalnym, nie podlegającym najmniejszej dyskusji. W 1984 r. Zgromadzenie ONZ przyjęło Konwencję w sprawie zakazu stosowania tortur oraz innego, okrutnego, niehumanitarnego lub poniżającego traktowania albo karania. Krok ten miał na celu wykluczenie okrucieństwa z życia społecznego nie tylko w czasie wojny, ale i pokoju.

Najbardziej znanym w historii medycyny przykładem upadku moralnego są nazistowscy lekarze. Ludzie ci stali się narzędziem śmiertelnościowej maszyny, która pochłonęła miliony ofiar. Lekarze będący również wojskowymi byli bezpośrednio zaangażowani w zabijanie. Zdecydowana większość przed wstąpieniem w szeregi nazistowskich oprawców była zwykłymi ludźmi, którzy nigdy nikogo nie zabili. Co zatem spowodowało zwyrodnienie sumienia ludzi, którzy powinni zawsze stanowić wzór najwyższych moralnych i etycznych cnót? Czy była to wina systemu, czy może wynikało to z faktu, że lekarze nie są ani bardziej, ani mniej moralni niż inni ludzie?

Po niechlubnym udziale lekarzy niemieckich w zbrodniach podczas II wojny światowej, w 1948 r. Światowa Organizacja Lekarzy opracowała na swoim zjeździe w Genewie tzw. Ślubowanie Genewskie, zwane też Deklaracją Genewską lub Przysiężeniem Lekarskim, będącym nowożytną formą Przysiężenia Hipokratesa.

Troska o zdrowie chorych jako pierwszy obowiązek lekarza, a także ślubowanie nieużywania wiedzy lekarskiej przeciw prawom ludzkości nawet pod presją groźby są częścią przysiężenia składanego przez młodych, wchodzących w życie zawodowe medyków.

Dobro chorego powinno być niekwestionowanym, najwyższym prawem dla każdego lekarza. Jeśli bowiem lekarz odstąpi od zasady sprawiedliwości i bezstronności w niesieniu pomocy, może stać się narzędziem w rękach ludzi, którzy – jak pokazały wydarzenia II wojny światowej – popchnęli hitlerowskich lekarzy do ludobójstwa.

Być może jako spadkobiercy szamanów i uzdrowicieli jesteśmy postrzegani przez innych, a czasami także przez siebie samych, jako ludzie posiadający rodzaj magicznej mocy umożliwiającej balansowanie pomiędzy życiem a śmiercią. Różne reżimy próbowały wykorzystać tę cechę do swoich własnych, niecznych celów.

Lekarze współuczestniczyli w torturach w Chile. W Iraku w czasach rządów Saddama Hussajna za dezercję pozabawiano uciekinierów z armii uszu. W

Związku Radzieckim politycznych dysydentów umieszczano w szpitalach psychiatrycznych. W Afryce w czasach apartheidu fałszowano medyczne raporty dotyczące torturowania i zabijania czarnoskórych mieszkańców. Lekarze będący pracownikami CIA prowadzili ryzykowne, czasami kończące się śmiercią eksperymenty z użyciem narkotyków jako narzędzi służących do kontroli ludzkich umysłów. W czasie wojny w Wietnamie podawano żołnierzom amfetaminę, aby zwiększyć ich skuteczność bojową. Przykłady, niestety, można mnożyć.

Wydarzenia w Abu Ghraib w Iraku i Guantanamo Bay na Kubie są niepokojącym sygnałem, że czas wojny to czas degradacji praw moralnych i kryzys etyki. Wydaje się jednak, że okres ten jest czasem próby, czasem dania świadectwa bycia prawdziwym lekarzem. Żaden z nas, jeżeli chce wykonywać w zgodzie z sumieniem swoje obowiązki, nie może kierować się względami politycznymi, rasowymi ani wyznaniowymi czy majątkowymi. Powinniśmy zawsze kierować się regułą „*Salus aegroti suprema lex*”.

Nie ulega wątpliwości, iż wydarzenia z Abu Ghraib i Guantanamo powinny stać się swego rodzaju dzwonkiem ostrzegawczym, który wreszcie obudzi cały cywilizowany świat i sprawi, że wartości zapisane w międzynarodowych traktatach i demokratycznych konstytucjach będą przestrzegane.

Personel biorący udział w tych wydarzeniach powinien właśnie teraz przerwać złą milicję i zgodnie z faktami opowiedzieć dokładnie o nieprawidłowościach, które miały tam miejsce. Szczera spowiedź, zarówno biorących aktywny udział w niedawnych wydarzeniach, jak i tych, którzy byli obojętnie spoglądającymi na nie świadkami, może zapobiec popełnianiu podobnych błędów w przyszłości. Niezbędny do tego jest także żal za grzechy oraz pokuta, która stanie się przestrożą dla innych.

Natomiast lekarze, którzy w dalszym ciągu znajdują się na stanowiskach wymagających podwójnej lojalności, i stawiani są przed wyborem pomiędzy dobrem pacjenta a interesami armii, powinni dobro chorego postawić na pierwszym miejscu. Nawet wtedy, gdy konieczne będzie odmówienie współpracy z władzami i rezygnacja z pełnionej funkcji.

Marek Derkacz

Opr. na podstawie Stephen N. Xenakis „From the Medics, Unhealthy Silence”, „The Washington Post”, 6 lutego 2005 r.

Zespół wypalenia zawodowego lekarzy



Krystyna Knypl

Temat wypalenia zawodowego lekarzy
jest w polskim piśmiennictwie medycznym obecny marginalnie.

foto: Marek Stankiewicz

Przeglądając literaturę czy podejmując próby dyskusji można odnieść wrażenie, że jest to dolegliwość z kategorii „wstydliwych”, o których nie wypada rozmawiać w eleganckim towarzystwie. Sprawa jest o tyle zrozumiała, że jednym z pierwszych objawów wypalenia jest reakcja wyparcia tej dolegliwości z pierwszego planu świadomości.

Sygnałem o niebagatelnym znaczeniu była „Deklaracja w sprawie zespołu wypalenia zawodowego wśród lekarzy”, ogłoszona w 2003 r. w Berlinie, na posiedzeniu Europejskiego Forum Stowarzyszeń Medycznych (www.nil.org.pl/xml/nil/tematy/zagranica/syndrom – 7.03.2005). Uczestnicy konferencji wyrazili zaniepokojenie wzrastającą liczbą przypadków wypalenia zawodowego wśród lekarzy, zwrócili uwagę na zagrożenie dla jakości świadczonych usług lekarskich oraz wskazali na potrzebę podjęcia badań nad tym problemem.

Dociękliwy kandydat na badacza dozna jednak głębokiego zawodu, gdy w poszukiwaniu informacji zajrzy np. do Medline. Znajdzie tam wprawdzie pewną liczbę pozycji piśmiennictwa na temat wypalenia wśród lekarzy, często jednak bez abstraktów, a dostępne w całości teksty są na ogół napisane w języku norweskim lub szwedzkim. Literatura skandynawska wydaje się obszer-

niejsza niż pozostałych krajów Europy, a innym tego dowodem jest choćby konferencja European Federation of Medical Associations i WHO w Oslo (11-12 marca 2005 r.), na której jedną z sesji poświęcono problemowi wypalenia zawodowego wśród lekarzy. Badania Duńskiego Instytutu Medycyny Pracy oraz opracowanie obszernego kwestionariusza psychologicznego „Copenhagen Burnout Inventory” – stanowiącego poważną przeciwwagę dla *The Maslach Burnout Inventory* – wskazują, że Skandynawia nie pierwszy raz nie unika spotkania z trudnymi problemami.

Wypalenie zawodowe jest zwykle definiowane jako psychologiczny zespół wyczerpania, depersonalizacji oraz obniżonego poczucia własnych dokonań, występujący u osób pracujących z innymi ludźmi w zawodach wymagających zaangażowania emocjonalnego o dużym natężeniu. Wyczerpanie emocjonalne odnosi się do poczucia danej osoby, że jest nadmier- nie obciążona emocjonalnie, a jej możliwości emocjonalnego reagowania zostały w znacznym stopniu uszczuplone.

Depersonalizacja dotyczy negatywnego, bezdusznego lub zbyt obojętnego reagowania na innych ludzi, na rzecz których świadczona jest usługa lub jest nad nimi sprawowana opieka. Obniżone poczucie własnych dokonań odnosi się do spadku poczucia własnej kompetencji i sukcesów w pracy.

Pierwsze badania nad osobami wypalonymi zawodowo prowadziła prof. Christine Maslach z Uniwersytetu w Berkeley. Po analizie wyników otrzymanych z ankiet lekarzy i pielęgniarek stworzyła pojęcie „troski zdystansowanej”, uważając, że dobrze pasuje do zawodów medycznych, w których powinno się łączyć we właściwie wyważonych proporcjach związek emocjonalny z pacjentem z niezaangażowanym obiektywizmem. Powtarzającą się potrzebą głębokiej więzi emocjonalnej z osobą, na rzecz której świadczona jest usługa medyczna, uruchamia po pewnym czasie procesy ochronne, mające na celu „obronę własną” przed niszczącymi emocjami w reakcji na problemy innych ludzi. Badani przez Christie Maslach lekarze podkreślali, że szczególnie stresująca była praca z pacjentami trudnymi, nieuprzejmymi, wiecznie źle się czującymi, nigdy nie zgłaszającymi poprawy stanu zdrowia.

Konieczność przekazywania niepo-myślnych informacji pacjentom lub ich rodzinom, konflikty ze współpracownikami lub przełożonymi są również czynnikami sprzyjającymi wypaleniu zawodowemu. Zwraca się uwagę na fakt, że formalnie odebrane wykształcenie medyczne nie obejmuje nauki zachowań emocjonalnych.

We współczesnym świecie ilość świadczonych usług medycznych niezwykle szybko wzrasta, a ich konsumpcja przybrała rozmiary wcześniej nieznane. Wezwanie na wizytę domową lekarza w niedzielne przedpołudnie przez podopieczną niemieckiej kasy chorych, aby zdecydował o tym, który z wyników cukru, odczytany na trzech posiadanych przez pacjentkę glukometrach, ma być podstawą do ustalenia dawki leku jest typowym przykładem generowania liczby usług. Po tej wizycie lekarz stwierdził: „Dłużej

TABELA. Częstość występowania poszczególnych elementów zespołu wypalenia zawodowego w różnych specjalnościach lekarskich

	Pomoc doraźna Lloyd i wsp., 1994 r.	Onkolodzy Grunefeld i wsp., 2001 r.	Lekarze rodzinni Thommssen i wsp., 2001 r.
Wyczerpanie emocjonalne	46%	53%	80%
Depersonalizacja	93%	22%	61%
Obniżona ocena dokonań własnych	79%	48%	44%

tak nie mogę pracować, nie jestem supermaszyną, lecz człowiekiem!”

Po latach udzielania każdego powszedniego dnia tygodnia ok. 70 porad, w ów niedzielny poranek nasz kolega emigrant poczuł się zdepersonalizowany. Gdy w poniedziałek jechał do pracy, już rano czuł się zmęczony emocjonalnie, co znaczy, że do dyskomfortu psychicznego dołączyły objawy emocjonalnego wyczerpania. W czwartek po południu udzielając porady pacjentce, dopytującej się po raz trzeci, czy 3-4 krwinki czerwone w osadzie moczu nie grożą jej życiu, pomyślał zniechęcony: „Ta praca mnie pożera, nie dając w zamian nic, co byłoby dla mnie cenne...” Tą myślą zanizył ocenę własnych dokonań, które wcale nie były małe.

Przedstawiciele których ze specjalności lekarskich są szczególnie narażeni na wypalenie zawodowe? Posługując się militarną analogią powiemy, że szybciej wypala się osoby z pierwszej linii frontu, z jego trudniejszych odcinków, niż generalicja ze sztabowych gabinetów decyzyjnych. W wielu krajach specjaliści zajmujący się problemem wypalenia zawodowego alarmują o wzroście częstości występowania tego zespołu. Ilustracją są dane zestawione w tabeli.

Badane grupy lekarzy, objęte cytowanymi pracami, liczyły 115-131 respondentów, nie były więc zbyt liczne, jednakże wystarczające do zarysowania kilku cech:

- Częstość występowania zespołu wypalenia zawodowego wśród lekarzy, niezależnie od specjalizacji, jest niepokojąco wysoka.
- Wyczerpaniem emocjonalnym w najwyższym stopniu zagrożeni są lekarze rodzinni, co być może wiąże się z dużą liczbą udzielanych porad.
- Wysoki poziom depersonalizacji oraz obniżonej oceny dokonań własnych wśród lekarzy pomocy doraźnej może być związany z krótkim okresem świadczonej trudnej pomocy medycznej, podczas której występuje wysoki poziom pseudoanonimowości.

Każde narzędzie badawcze może być niedoskonałe. Nawet najbardziej precyzyjne ankiety, największe grupy ocenianych respondentów nie gwarantują odkrycia całej prawdy. Może więc słowa zaczerpnięte z wiersza K. Hal-Hublewskiej („Belo horizonte”, Warszawa 2004) będą lepszym opisem?

Zmierzch południa

*Biorę na przechowanie ludzkie lęki,
Smugą cienia podążające za mną,
Nie dające się ośwoić ani pomniejszyć.*

*Zwalczam polimorficzny gen
służebności,
nienaturalnie wybujały i patologiczny,
wyhodowany na zbyt częste okazje.*

*Zdrowy egoizm skrywam chorobliwie,
Chowam go ze wstydem,
Niczym łokcie z przetartym ubraniem.*

*Odczepiam cień na krótką chwilę,
jedynie w samo południe.*

*Niczym samotny rewolwerowiec, idę
pustą drogą,
Wypatrując kto skrywa się za
zamkniętymi oknami.*

*Nie możesz chybić! – wołają zza
zasłon.*

*Banalne rady z wyprzedazy idei,
Która nie potrwa dalej niż do jutra.*

Dla każdego lekarza praktyka odpowiedź na tradycyjne pytanie „Co autorka miała na myśli?” nie będzie trudna. Temat wypalenia zawodowego wśród lekarzy może być opisywany i omawiany na wiele sposobów. Wiem i wierzę, że dyskusja na ten temat jest konieczna. Problem został nazwany. To otwiera kolejny etap.

krystyna.knypl@compi.net.pl

A ja tak nie chcę!

Moje i Okręgowej Rady Lekarskiej działania stały się ostatnio powodem zainteresowania mediów („Kronika Beskidzka”), a to za sprawą doktora X, który rzekomo z żurnalistami na ten temat rozmawiał. Ta sytuacja skłoniła mnie do pewnych przemyśleń. Otóż jest tak, że niezadowoleni ze swojego samorządu lekarze zamiast wziąć sprawy w swoje ręce (tj. dać się wybrać do samorządu i zmieniać to, co jest źle oceniane) „napuszczają” na nas dziennikarzy. Inni koledzy piszą do mnie listy z „do-

brymi radami”. A ja tak nie chcę! Uważam, że samorząd zawodowy będzie zawsze taki jak ludzie, którzy w nim działają. Jest wspaniała okazja, żeby zmienić to, co wymaga zmian – wybory na kolejną kadencję!!! (...)

Krystyna Szyrocka-Kowalczyk

„Biuletyn Informacyjny BIL”, 3/05



**Biuletyn
Informacyjny**
Beskidzkiej Izby Lekarskiej



foto: Marek Stankiewicz

Notatki rzecznika prasowego NRL

Kandydaci na konsultantów krajowych

25.02.br. Prezydium NRL przeprowadziło rozmowy z kandydatami na konsultantów krajowych w dziedzinach ginekologii onkologicznej i nefrologii. W tajnym głosowaniu pozytywnie zaopiniowano kandydatury: **prof. Mariusza Bidzińskiego** na stanowisko konsultanta w dziedzinie ginekologii onkologicznej oraz **prof. Andrzeja Rydzewskiego** na stanowisko konsultanta krajowego w dziedzinie nefrologii.

Monitorowanie ordynacji lekarskiej

10.03.br. w Warszawie odbyło się seminarium zorganizowane przez NFZ i Bank Światowy, podczas którego dyskutowano nt. doświadczeń Polski oraz innych państw w zakresie sprawnie funkcjonujących systemów monitorowania ordynacji lekarskiej. W spotkaniu wzięli udział m.in. również przedstawiciele samorządu lekarskiego: Konstanty Radziwiłł, Wojciech Marquardt, Zbigniew Żak, Andrzej Matyja i Andrzej Fortuna.

Prezydium NRL

na posiedzeniach w dn. **25.02.** i **9.03.br.**

• przyjęło m.in. stanowiska:

– w sprawie poselskiego projektu ustawy o pożyczkach dla samodzielnych zakładów opieki zdrowotnej, w którym wyrażają nadzieję, że „(...) uchwalenie ustawy o pożyczkach dla samodzielnych ZOZ-ów w szerszym zakresie i szybciej pozwoli uregulować roszczenia pracowników SPZOZ-ów z tytułu „ustawy 203” (...) szereg rozwiązań zawartych (...) w projekcie (...) mogłoby zostać wprowadzonych do obecnie obowiązującego prawa, jednakże nie może to opóźnić przyjęcia i wdrożenia przepisów doraźnie poprawiających sytuację SPZOZ-ów, co w szczególności zapewnia poselski projekt ustawy. Dotyczy to zwłaszcza: zapobiegania dzikiej prywatyzacji SPZOZ-ów, umożliwienia samorządom terytorialnym finansowania zadłużenia tych zakładów, usprawnienia zarządzania ZOZ-em poprzez wzmocnienie uprawnień osób zajmujących kierownicze stanowiska w zakładach, szczególnie w zakresie zatrudnienia i trwałości stosunku pracy, umożliwienia kierownikom ZOZ-ów prowadzenia działalności gospodarczej – będącej indywidualną praktyką lekarską. Ustawa o pożyczkach dla SPZOZ-ów wymagałaby co najmniej kilku zmian”, które wymienione są w pełnym tekście stanowiska.,

– dot. projektu ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii, w którym Prezydium m.in.: „(...) popiera list prezesa NRL (...), skierowany do sekretarza stanu MZ, opowiadający się za utrzymaniem karalności posiadania na własny użytek niewielkich ilości środków odurzających lub substancji psychotropowych.”,

– dot. projektu rozporządzenia ministra zdrowia w sprawie opłaty za wpis do rejestru indywidualnych praktyk lekarskich, indywidualnych specjalistycznych praktyk lekarskich lub grupowych praktyk lekarskich, w którym nie wnosi uwag do projektu,

– dot. projektów rozporządzeń ministra zdrowia, zmieniających rozporządzenia w sprawach: 1) wykazu chorób oraz wykazu leków medycznych, które ze względu na te choroby są przepisywane bezpłatnie, za opłatą ryczałtową lub za częściową odpłatnością, 2) wykazu leków podstawowych i uzupełniających oraz wysokości odpłatności za leki uzupełniające, 3) ustalenia cen urzędowych: hurtowych i detalicznych na produkty lecznicze i wyroby medyczne, 4) ustalenia limitów cen leków i wyrobów medycznych, wydawanych świadczeniobiorcom bezpłatnie, za opłatą ryczałtową lub częściową odpłatnością, w którym nie ma uwag do projektu,

– w sprawie poselskiego projektu ustawy o pomocy publicznej i restrukturyzacji publicznych zakładów opieki zdrowotnej oraz o zmianie niektórych ustaw i poselskiego projektu ustawy o zmianie ustawy o negocjacyjnym systemie kształtowania przyrostu przeciętnych wynagrodzeń u przedsiębiorców oraz o zmianie niektórych ustaw, które zostały przedstawione przez posłów Klubu Parlamentarnego „Samoobrona RP”. Zdaniem Prezydium NRL: „(...) projekt ustawy o negocjacyjnym systemie kształtowania przyrostu przeciętnych wynagrodzeń u przedsiębiorców oraz o zmianie niektórych ustaw, nie powinien być rozpatrywany”, ponieważ „(...) zmiana ustawy przewidziana w projekcie została zarazem wprowadzona do zgłaszanego jednocześnie projektu ustawy o pomocy publicznej i restrukturyzacji publicznych zakładów opieki zdrowotnej oraz o zmianie niektórych ustaw”. Ponadto „w projekcie ustawy o pomocy publicznej i restrukturyzacji publicznych zakładów opieki zdrowotnej w art. 3 pkt 3 przewiduje się m. in. przeniesienie zobowiązań publicznych zakładów opieki zdrowotnej na organy założycielskie. (...) jednak nie określa się w jaki sposób organy założycielskie zdołają sfinansować nakładane na nie obciążenia w bliższej nieokreślonej wysokości. (...) Projekt, podobnie jak sama «ustawa 203» nie wykazuje źródła finansowania tego zobowiązania, jak również nie określa mechanizmów, dzięki zastosowaniu których możliwe byłoby do-

trzymanie niezwykle krótkiego terminu uregulowania zobowiązań pracowniczych. Odniesienie się do przedstawionej problematyki tylko w uzasadnieniu projektu nie ma znaczenia dla treści i tym samym możliwości realizacji ustawy. (...) Przewidziane również w dodanym do art. 4a ust. 3 wypłacanie należności pracowników samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej ze środków budżetu państwa powinno zwłaszcza w roku 2005 szczegółowo określać tryb uruchamiania środków budżetowych, nie przewidzianych przecież w ustawie budżetowej na rok 2005.”,

– w sprawie projektu ustawy o restrukturyzacji finansowej publicznych zakładów opieki zdrowotnej, zgłoszonego do parlamentu przez posłów „Prawa i Sprawiedliwości”, w którym wyraża pogląd, „(...) że projekt ustawy powinien być przedmiotem prac Sejmu RP łącznie z projektami Prezydenta RP oraz Klubu Parlamentarnego «Platformy Obywatelskiej» (...) ze względu na: upływ czasu, skutkujący dalszym narastaniem zobowiązań szeregu samodzielnych publicznych ZOZ-ów oraz oczekiwania pracowników ochrony zdrowia, prace Sejmu RP powinny (...) koncentrować się na kwestii udzielenia pożyczki samodzielnemu publicznemu zakładom opieki zdrowotnej. Pożyczka powinna zostać udzielona również tym zakładom, które uznając pierwszeństwo zobowiązań pracowniczych przed innymi przyznały pracownikom podwyżki z tytułu «ustawy 203». Prezydium opowiada się ponadto za całkowitym umorzeniem kwot pożyczki pod warunkiem: wywiązania się pracodawców z realizacji zadań, na które była przeznaczona, rezygnacji z potwierdzania prawidłowego wydatkowania środków pożyczki przez samych pracowników oraz umorzenia zobowiązań publicznoprawnych wraz z odsetkami z wyłączeniami określonymi w projektach. Ewentualne regulacje ustawowe, dot. zobowiązań cywilnoprawnych, nie powinny ograniczać możliwości uzyskiwania przez zakłady pożyczki, jak również wpływać na jej umorzenie, w szczególności ze względu na okoliczności zobowiązań ZOZ-ów wobec pracowników powstałe skutkiem wadliwego prawa «ustawy 203».”,

– w sprawie rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady dotyczącego rejestracji, oceny udzielania zezwoleń i stosowania ograniczeń w zakresie chemikaliów, w którym popiera „(...) nowe rozporządzenie unijne dotyczące rejestracji, oceny, udzielania zezwoleń i stosownych ograniczeń w zakresie chemikaliów (REACH). Zwracają się (...) do przedstawicieli różnych sił politycznych o opowiedzenie się po stronie silnej regulacji odnoszącej się do chemikaliów, która zapewni efektywną ochronę zdrowia naszych dzieci oraz przyszłych generacji.” W tym celu popierają m.in.: „(...) 1. Zastępowanie (substytucję) niebezpiecznych sub-

stancji chemicznych, o ile dostępne są bezpieczne alternatywy. 2. Dostęp i prawo do informacji o chemikaliach niebezpiecznych dla zdrowia. 3. Ponoszenie odpowiedzialności przez producentów substancji chemicznych powodujących uszczerbek dla zdrowia konsumentów. 4. Dostęp do danych o substancjach produkowanych w małych ilościach, pozwalających uzyskać wiedzę o ich rakotwórczych, mutagenowych lub toksycznych właściwościach. 5. Jednakowe wymagania dla chemikaliów importowanych spoza UE jak dla tych produkowanych na jej obszarze. 6. Przyjęcie toksykologicznych standardów, opartych na ocenie ryzyka, chroniących grupy najbardziej podatne na szkodliwe działanie chemikaliów – dzieci, niemowlęta, kobiety w ciąży etc.”,

– dot. projektu ustawy o **ustanowieniu programu wieloletniego „Narodowy program zwalczania chorób nowotworowych”**, popiera projekt po wprowadzeniu kilku uwag (zawartych w pełnym tekście stanowiska),

– dot. projektu rozporządzenia ministra zdrowia zmieniającego rozporządzenie w sprawie **wykazu obowiązkowych szczepień ochronnych oraz zasad przeprowadzania i dokumentacji szczepień** – bez uwag,

– w sprawie projektu ustawy o zmianie ustawy o **zakładach opieki zdrowotnej i ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych**, w którym wyraża wątpliwości m.in.: „(...) co do zasadności nowelizacji tych samych ustaw w ramach odrębnych inicjatyw ustawodawczych tego samego ministerstwa. Ustawa o zakładach opieki zdrowotnej i ustawa o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych jest równolegle przedmiotem innych nowelizacji.”,

• **wydelegowało** przedstawicieli Komisji Stomatologicznej NRL: Zbigniewa Żaka – przewodniczącego, Jolantę Szczurko – sekretarza i Annę Lellę, na **posiedzenie International Dental Show**, które odbędzie się w dn. 14-16.04.br w Kolonii oraz Zbigniewa Żaka, Annę Lellę, Kazimierza Bryndala i Anrzeja Baszkowskiego na **posiedzenie European Regional Organization**, 9-12.06.br. w Atenach,

• **powołało** Andrzeja Matyję – członka Prezydium NRL do składu **Krajowej Rady Transplantacyjnej** na lata 2005-09.

Iwona A. Raszke-Rostkowska

tel./fax (0-22) 851-71-48

tel. kom. 0-606 440 100

e-mail: iwona.raszke@hipokrates.org

Ile służby w służbie zdrowia?



Krzysztof Bukiel

Ideowi przeciwnicy rozwiązań rynkowych w służbie zdrowia uważają, że nie można pogodzić tak wzniosłego działania jak leczenie ludzi z tak przyjemnym jak „robienie interesów”.

foto. Marek Stankiewicz

Leczenie kojarzy się ze wszystkim, co najszlachetniejsze: współczuciem, bezinteresownością, gotowością niesienia pomocy, miłosierdziem, czyli – służbą drugiemu człowiekowi. Robienie interesów jest dokładnym przeciwieństwem czyli rywalizacją, wyrachowaniem, dążeniem do zysku.

Taka ocena rynku w służbie zdrowia jest jednak przykładem pomieszania pojęć i dowodzi bardzo powierzchownego spojrzenia na rzeczywistość. Gdyby zapytać przeciwników rozwiązań rynkowych, jak oceniają działania osób związanych ze służbą zdrowia, w tym lekarzy, takie jak:

- sumiennosc w wykonywaniu swoich obowiązków,
 - dążenie do zaspokojenia potrzeb swoich pacjentów, nie tylko zdrowotnych, ale i tych związanych np. z komfortem pobytu w szpitalu, odpowiednim odnoszeniem się personelu, szanowaniem czasu pacjenta itp.,
 - oszczędne i celowe wykorzystanie pieniędzy przeznaczonych na leczenie,
 - dbałość o sprzęt medyczny,
 - zapewnienie wysokiej jakości leczenia,
 - efektywne wykorzystanie czasu pracy,
 - dobre zarządzanie placówkami służby zdrowia,
 - likwidacja szarej strefy i korupcji,
- zapewne nikt nie oceniłby je za godne potępienia lub nie do pogodzenia ze szlachetnym powołaniem, jakim jest le-

czenie ludzi. Gdyby jeszcze dodać do tego gotowość do charytatywnego leczenia niektórych pacjentów, czyż nie byłby to obraz wręcz idealny?

A przecież wszystko to jest wynikiem działania mechanizmów rynkowych. Wbrew tęsknotom socjalistów, ludzkość nie wymyśliła lepszych sposobów osiągnięcia tych szlachetnych celów niż stosowanie: wolnej przedsiębiorczości, wolnej konkurencji, wolnych cen i działania dla zysku. Trzeba tylko patrzeć nieco dalej i głębiej.

Jeśli tego nie robimy, ale oceniamy mechanizmy funkcjonowania służby zdrowia w sposób fragmentaryczny i powierzchowny, popełniamy fatalne błędy, również w ocenie moralnej takiego czy innego zjawiska. Dobrym przykładem jest sprawa funkcjonowania szpitali „dla zysku”.

Niektórzy odrzucają to rozwiązanie twierdząc, że system, w którym szpitale nie kierują się tą zasadą, jest wyższy moralnie, bo pozwala na leczenie wszystkich pacjentów i nikogo nie pozostawia bez pomocy. To stwierdzenie wydaje się faktycznie prawdziwe, ale tylko przez krótką chwilę – miesiąc, może rok, dopóki nie trzeba uregulować szpitalnych rachunków. Wtedy, spłacając zadłużenie z odsetkami, a niekiedy kosztami komorniczymi, uświadomimy sobie, że gdy szpitale nie działają „dla zysku”, koszty leczenia jednego chorego są dużo większe, a zatem liczba osób, którym można pomóc, jest dużo mniejsza niż gdyby szpital był nastawiony na zysk.

Jak z moralnego punktu widzenia ocenimy tę sytuację, gdy wielu pacjentów musieliśmy pozbawić pomocy ponosząc koszty chwilowego samozadowolenia przeciwników rynkowych rozwiązań?

Podobnie rzecz się ma z innymi mechanizmami rynku. Działanie dla zysku to po prostu bilansowanie kosztów z przychodami. Konkurencja to dbałość o jakość, niezawyżanie cen i o odpowiednią podaż świadczeń zdrowotnych. Prywatyzacja to odpowiedni „nadzór właścicielski” i dobre zarządzanie.

Oceniając zatem miejsce rozwiązań rynkowych w służbie zdrowia musimy sobie uświadomić, że są to jedynie najlepsze mechanizmy zapewnienia odpowiednich podstaw materialnych do tak wzniosłego celu jakim jest służba człowiekowi choremu.

Rynek nie wyklucza ani nie zastąpi: współczucia, miłosierdzia, gotowości do udzielania pomocy, bezinteresowności. Wszystkie te cechy mogą być stosowane w systemie rynkowym, podobnie, a nawet lepiej niż w systemie administracyjnym. System rynkowy stwarza bowiem lepsze podstawy materialne do tych szlachetnych aktywności, a żadne działanie ludzkie na tej ziemi nie może się obyć bez materialnych podstaw.

Nawet po to, aby być bezinteresownym, trzeba najpierw mieć z czego dać, a mieć można tylko działając „dla zysku”.

18 marca 2005 r.

REKLAMA

REKLAMA

Korporacje czy konkurencja

Komisja Europejska i polski Urząd Ochrony Konkurencji i Konsumentów twierdzą, że konkurencja w Polsce cierpi z powodu barier, jakimi otaczają się wolne zawody. Unia chce ich urynkowania.

Usługi, jakie świadczą wolne zawody, mają duże znaczenie dla społeczeństwa i gospodarki, pośrednio stymulują wręcz jej rozwój. Komisja Europejska uważa, że obecne zasady samoregulacji wolnych zawodów w poszczególnych krajach członkowskich ograniczają konkurencję na tym rynku. Trzeba to zmienić, wyeliminować bariery ograniczające dostęp do tych zawodów, monopolizację tych usług – twierdzi Lowri Evans, dyrektor Dyrekcji Generalnej ds. Konkurencji KE.

Polska przoduje

Polska jest w czołówce krajów unijnych, gdzie wolne zawody, jak to określa Janusz Paczocha, doradca prezesa NBP, okopały się i mocno bronią swojej pozycji.

Urząd Ochrony Konkurencji i Konsumentów sporządził raport dotyczący zawodów zaufania publicznego w kontekście ograniczania konkurencji. Wynika z niego, że najbardziej uregulowany (hermetyczny) jest rynek prawników. Na jednego prawnika w naszym kraju przypada statystycznie 1385 osób, prawie czterokrotnie więcej niż w Hiszpanii czy Portugalii i trzy razy więcej niż w Wielkiej Brytanii. Jedynie w sześciu państwach starej Unii wskaźnik ten jest porównywalny, bądź wyższy.

– Istotnym problemem są niezwykle restrykcyjne zasady dostępu do zawodu prawnika. W Polsce korporacje mają na to całkowity wpływ. Może to powodować, że ich decyzje mogą bardziej uwzględniać interes grupowy niż całej gospodarki czy społeczeństwa. Zagrożenia tego można uniknąć, poddając je niezależnej kontroli (przez niezależnego regulatora) – podkreśla Evans.

Komisja Europejska krytykuje korporacyjne kodeksy etyki, które sprzyjają windowaniu cen za usługi lub ograniczają konkurencję. Zdaniem Brukseli te regulacje należy zmienić lub usunąć z kodeksów.

UOKiK przeciw monopolom

– Samorządy zawodowe muszą przestrzegać porządku prawnego, w tym przepisów antymonopolowych – uważa Cezary Banasiński, prezes UOKiK. – Nie mogą zabraniać konkurencji cenowej, jak swojego czasu Krajowa Izba Notarialna, która poleciła notariuszom stosować tylko maksymalne stawki. Czy jak Naczelna Izba Aptekarska, która zakazywała swoim członkom otwierania aptek w sąsiedztwie już istniejących. Nasz Urząd będzie takie ograniczenia eliminował – podkreśla Banasiński.

Samorządy nie przyjmują zarzutów, zwłaszcza o utrudnianiu dostępu do zawodu. – Każdy, kto uzyska dyplom i zgłosi się do naszej Izby, ma prawo wykonywać zawód. Nasz samorząd nie ma też wpływu na ceny leków, o tym decyduje państwo – ripostuje Andrzej Wróbel, prezes Naczelnej Izby Aptekarskiej. To samo dotyczy lekarzy – mówi Konstanty Radziwiłł, prezes Naczelnej Izby Lekarskiej. Jego zdaniem w zawodach zaufania publicznego na pierwszym miejscu powinna być jakość usług. – Konkurencja nie jest narzędziem, które może to zapewnić. Dla lekarza powinna liczyć się jakość świadczonych przez niego usług, pacjentom trudno ocenić, kto najlepiej je świadczy. Również doradcy podatkowi nigdy nie blokowali dostępu do zawodu, nie wprowadzają też żadnych uregulowań co do cen – podkreśla Witold

Modzelewski, prezes Krajowej Rady Doradców Podatkowych.

Szerzej swoją rolę widzi korporacja radców prawnych. Nie chce tylko czuwać nad jakością wykonywania zawodu, którą to rolę korporacjom przypisał prezes Banasiński. – Jesteśmy otwarci na zmiany, lecz chcemy w nich uczestniczyć, w tym w rekrutacji na aplikację i egzaminach końcowych – zastrzega Władysław Lewandowski z Krajowej Rady Radców Prawnych.

Więcej rynku

Z krytyką działających obecnie korporacji zawodowych występuje konsekwentnie Stowarzyszenie Ruch Fair Play, zrzeszające młodych prawników, którzy chcą wolnego dostępu do zawodu. Marcin Gomoła, przewodniczący Stowarzyszenia, uważa, że usługi prawnicze mają wymiar komercyjny i etyczny (czyli muszą być rzetelne), lecz widzi przewagę tego pierwszego czynnika i domaga się urynkowania tych usług.

Sytuacja na rynku wolnych zawodów obserwowana jest także z punktu widzenia warunków dla rozwoju gospodarki. Janusz Paczocha, autor przygotowanej dla potrzeb NBP analizy, określił ją mianem choroby korporacyjnej. Jego zdaniem konieczna jest weryfikacja dotychczasowych regulacji pod kątem konkurencji i interesów konsumentów. Brak takich zmian może się odbić negatywnie na dalszym rozwoju Polski.

Wszystkie korporacje twierdzą, że są otwarte na zmiany, lecz chcą w nich brać udział.

Hanna Fedorowicz

„Rzeczpospolita” nr 54, 5.03.2005 r.

Wracajcie z kontroli z przekonaniem, że jesteście coraz lepszymi partnerami w kontaktach z lekarzem – apelował do swoich inspektorów prezes NFZ Jerzy Miller

Ufać, ale kontrolować

Narodowy Fundusz Zdrowia chce racjonalnie wydawać pieniądze na leki.

Na razie skontrolowano 160 lekarzy w Polsce, wybranych spośród grupy generującej największe wydatki z tytułu refundacji wypisywanych przez nich leków. W kilkunastu przypadkach sprawę skierowano do prokuratury. Przewiduje się, że w latach następnych skontrolowany zostanie co trzydziesty lekarz.

Celem kontroli jest ocena zasadności decyzji lekarza lub felczera udzielającego świadczeń opieki zdrowotnej związanych z ordynowaniem leków lub wyro-

bów medycznych niezbędnych do prowadzenia farmakoterapii. Szczególny nacisk inspektorzy położą na niewłaściwe prowadzenie dokumentacji medycznej lub ordynowanie leków refundowanych i wyrobów medycznych bez uzasadnienia medycznego – ostrzega Monika Laskowska-Mironczuk z NFZ.

„Jesteśmy na etapie porządkowania spraw formalnych. Przed nami edukacja, również z udziałem samorządu lekarskiego. Chcemy przywoływać do przestrzegania prawa. Trzeba raczej

Gdy istnieje podejrzenie sfałszowania recepty

Apteka ma obowiązek na wniosek Funduszu wydać recepty i dokumenty związane z ich otaksowaniem nie wcześniej niż 30 dni od dnia ich realizacji i na okres nie dłuższy niż 30 dni. Wydanie recept i dokumentów odbywa się na podstawie pisemnego potwierdzenia przejęcia, wyszczególniającego ilość i rodzaj tych recept, podpisanego przez upoważnionych przedstawicieli Funduszu i apteki. Kontrolę przeprowadza się w jednostce, której postępowanie kontrolne dotyczy. Jeżeli kontrola dotyczy recept i dokumentów udostępnianych przez aptekę albo obejmuje praktykę wykonywaną w miejscu wezwania, miejsce przeprowadzenia kontroli ustala Fundusz.

Kontrola przeprowadzana jest w obecności:

- kierownika lub upoważnionego przez niego lekarza, jeżeli dotyczy zakładu opieki zdrowotnej
- kierownika lub upoważnionego przez niego farmaceuty, jeżeli dotyczy apteki
- lekarza wystawiającego recepty, jeżeli dotyczy indywidualnej praktyki, indywidualnej specjalistycznej praktyki lub grupowej praktyki lekarskiej

Podmiot kontrolowany musi udostępnić do wglądu dokumentację medyczną, recepty oraz inne dokumenty związane z wystawianiem, realizacją i przechowywaniem recept. Ma również obowiązek udzielenia osobom kontrolującym ustnych lub pisemnych informacji i wyjaśnień w sprawach dotyczących przedmiotu kontroli.

Po przeprowadzeniu kontroli osoba kontrolująca sporządza protokół, który podpisują:

- osoba kontrolująca
- osoba w imieniu podmiotu kontrolowanego

O odmowie podpisania protokołu, przyczynie tej odmowy oraz o złożeniu wyjaśnienia dokonuje się wzmianki w protokole. Jeżeli po sporządzeniu protokołu w dwóch egzemplarzach, a przed ich podpisaniem, zgłoszone zostaną umotywowane zastrzeżenia odnośnie faktów powołanych w protokole, osoba kontrolująca jest obowiązana dodatkowo zbadać te fakty i uzupełnić protokół.

Jeżeli w wyniku kontroli stwierdzono nieprawidłowości w wystawianiu lub realizacji recept, Fundusz wydaje zalecenia pokontrolne, zobowiązując podmiot kontrolowany do złożenia w terminie 14 dni informacji o podjętych działaniach dotyczących zaleceń pokontrolnych.

Źródło: www.medilex.pl

REKLAMA

REKLAMA

myśleć o zaniedbaniach, a nie złej woli lekarzy. Jak przyjmujemy rolę szeryfa, strzelającego na prawo i lewo, to może pochwalać nas media, ale systemu nie uzdrowimy. Mnie nie cieszą milionowe kwoty wykryte w toku kontroli. Wracajcie z kontroli z przekonaniem, że jesteście coraz lepszym partnerem w kontaktach z lekarzem” – apelował do swoich inspektorów prezes NFZ Jerzy Miller.

O tym jak racjonalnie wydawać pieniądze na leki rozmawiano na konferencji z inicjatywy Banku Światowego, który zaprosił do NFZ kilku ekspertów z Holandii, Wielkiej Brytanii i Czech. Według nich pierwszym krokiem musi być stworzenie monitorowania ordynacji lekarskiej – czyli monitorowanie jakie leki, w przypadku jakich wskazań i jakim pacjentom wypisuje dany lekarz i wydaje dany aptekarz.

„Monitorowanie nie jest zagrożeniem ani dla pacjentów, ani dla lekarzy, a jedynie narzędziem, które pozwoli optymalizować gospodarkę lekiem” – powiedział prof. Stephen Chapman, szef Departamentu Stosowania Leków na brytyjskim uniwersytecie w Keele.

Eksperti Banku Światowego podkreślają, że nie da się wprowadzić spójnego i dobrze działającego systemu racjonalnej gospodarki lekami, jeśli nie zostanie uzgodniony przez wszystkie zainteresowane strony. Bez takiego uzgodnienia system pozostanie korupcjogenny – ostrzegają.

Miller poinformował, że na prośbę prezesa Naczelnej Rady Lekarskiej NFZ będzie przekazywać samorządowi lekarskiemu informacje o swoich wątpliwościach co do działania jakiegoś lekarza.

PAP, ms

Najczęstsze nieprawidłowości stwierdzane w ordynacji lekarskiej:

- brak wpisu ordynowanych leków
- brak wpisu porady, podczas której wypisywane były recepty
- brak uzasadnienia klinicznego wynikającego z dokumentacji w zakresie ordynowanych leków
- nieczytelność dokumentacji, wpisy lakoniczne i zdawkowe
- brak historii chorób pacjentów, którym wystawiano recepty
- różnice w ilości leku wpisanego w dokumentację medyczną a ilością wypisaną na receptce
- brak adnotacji o stwierdzonej chorobie przewlekłej pacjenta – pomimo tego wystawianie recept na leki wydawane ze zniżką pacjentom cierpiącym na te choroby – dot. insulin, leków onkologicznych, neurologicznych

Sporadyczne nieprawidłowości:

- prowadzenie dokumentacji medycznej w postaci luźnych wkładek do historii choroby nie oznakowanych danymi umożliwiającymi identyfikację pacjenta
- wpisy do dokumentacji indywidualnej pacjenta nieautoryzowane podpisem i pieczęcią lekarza
- brak chronologii wpisów w dokumentacji medycznej
- leki ordynowane przez jednego lekarza (podpis i pieczęć na receptce) w dokumentacji medycznej są opatrzone podpisem i pieczęcią innego lekarza
- brak adnotacji w dokumentacji medycznej dot. ilości ordynowanych leków
- wypisywanie recept dla pacjentów przebywających w dniu wystawienia recepty w szpitalu



Wieszanie psów

Marek Wójtowicz

Wbito mi do głowy w trakcie szkoleń menedżerskich, że zarządzanie jest grą zespołową.

fol. Marek Stankiewicz

Owszem, jest lider nadający ton i odpowiadający za ostateczne efekty, ale zarządzanie wymaga pracy dużego zespołu: dyrektora, jego zastępców, ordynatorów, pielęgniarek naczelnych, oddziałowych i koordynujących.

Do kadry zarządzającej należą szefowie różnych szpitalnych zespołów zadaniowych: terapeutycznych, ds. zakażeń szpitalnych, opiekunowie stażystów itd. Należą do tej grupy także liderzy organizacji związkowych, a nawet nieformalni przywódcy grup pracowniczych. Wszędzie tam, gdzie pracują co najmniej dwie osoby, jedna dominuje, a druga słucha i podporządkowuje się decyzjom „starszego” stażem, osobowością lub doświadczeniem współpracownika. Tym formalnym/nieformalnym menedżerom ZOZ-ów przedstawiam problem: jak motywować podległy zespół pracowników do dobrej, dającej zadowolenie pracy? Jak sprawić, żeby wychodzili z pracy z satysfakcją, że zrobili coś ważnego i są podziwiani przez znajomych, sąsiadów i pacjentów?

Są cztery kluczowe elementy właściwego motywowania do coraz lepszej pracy: odpowiednie wynagrodzenie, uznanie przełożonych i otoczenia, pełne wykorzystanie i stałe podnoszenie kwalifikacji oraz duma z zatrudnienia w wysoko notowanej firmie.

Kluczowy element, tj. wynagrodzenie jest jakie jest, czyli... jeden wielki skandal. Graniczący z minimum socjalnym poziom wynagrodzeń uniemożliwia dodatkowe różnicowanie ich w zależności od efektywności pracy i stopnia wykonania kontraktu z NFZ. Dominuje zatem dziedzictwo socjalizmu, tj. „urawniłowka” i „równe żóładki”.

W większości ZOZ-ów dwóch lekarzy z tym samym stopniem specjalizacji i stażem pracy (doświadcze-

niem) zarabia tyle samo, choć np. jeden przyjmuje w przychodni 60, a drugi 20 pacjentów; choć jeden wykonuje 100 operacji, a drugi tylko 20; choć w jednym pionie wykonano 120 % kontraktu, a w drugim 80 %. To się nie zmieni, dopóki politykom zdrowotnym i tzw. społeczeństwu nie zajrzy w oczy strach przed utratą cenionych specjalistów i koniecznością wielomiesięcznego, a nawet wieloletniego oczekiwania na wizytę u wybranego specjalisty.

Do zastosowania są trzy pozostałe sposoby motywacji do pracy. Weźmy na tapetę „uznanie przełożonych i otoczenia”. Pamiętam moje młode lata i ówczesne „przewagi” chirurgiczne: pierwsze asysty, operacje i samodzielne dyżury. Pochwała ordynatora lub jego zastępcy wygłoszona w trakcie porannej wizyty, w trakcie operacji czy też po ciężkim dyżurze uskrzydla i daje satysfakcję na cały dzień pracy, a nawet na dłużej. Chce się dalej pracować i chce się udowodnić swoją przydatność dla zespołu. I odwrotnie.

Ciągłe docinki, wyżywanie się na najmłodszym lekarzu, lekceważenie lub umniejszanie jego wkładu w funkcjonowanie pionu zniechęca, wywołuje frustracje i paskudne myśli o porzuceniu wymarzonej profesji medycznej na rzecz innej, mniej atrakcyjnej, ale za to z lepszym, właściwie motywującym swój zespół ordynatorem.

Młody lekarz dużo zniesie, bo wie, że taki model „wychowania” dominuje w polskich szpitalach. W gorszej sytuacji są zastępcy ordynatora i doświadczeni specjaliści, którym trafi się szef potrafiący na środku oddziału, w obecności pielęgniarek, pacjentów i ich rodzin zrównać ich z ziemią.

Kolejny element właściwej motywacji to tworzenie warunków do wykorzystania nabytych kwalifikacji i perspek-

tywa dalszego ich doskonalenia. Każdy lekarz, który wg starego systemu uzyskał drugi stopień specjalizacji lub wg nowego dokona tego samego za jednym podejściem, ma prawo oczekiwać, że od tego momentu będzie otrzymywać samodzielne zadania. Będzie samodzielnie prowadził trudne przypadki, będzie je samodzielnie diagnozował, operował lub ustalał sposób „leakowania” swojego pacjenta. Nawet w sytuacji decydującego głosu szefa oddziału będzie w przytomności reszty zespołu pytany: „Czy kolega zgadza się z moją propozycją?” A oprócz tego będzie miał „w nagrodę” możliwość dalszych szkoleń i doskonalenia umiejętności.

Ostatni warunek właściwej motywacji do pracy to duma z przynależności do lekarskiego stanu i zatrudnienie w uznanej firmie zdrowotnej. Upowszechniany obecnie obraz łapownictwa w służbie zdrowia i gigantycznego zadłużenia SPZOZ-ów nie daje zawodowej satysfakcji z bycia lekarzem i z zatrudnienia w placówce zdrowotnej... zwłaszcza publicznej. Pocieszeniem jest to, że bycie ministrem zdrowia czy ogólnie politykiem zdrowotnym jest jeszcze gorzej oceniane i to jest fundamentalny problem. Bo od właściwego zmotywowania do efektywnej pracy ministra zdrowia, jego wiceministrów i polityków zdrowotnych zależy, czy da się wdrożyć zdrowe mechanizmy motywacji do pracy tam, na dole, u nas... w konkretnych szpitalach.

Można i trzeba wieszać psy na dyrektorach SPZOZ-ów za marne wynagrodzenia i brak podwyżek „203”. Oni za to odpowiadają. Ale na kim z liczego zespołu menedżerów ZOZ-ów powinno się wieszać psy za niestosowanie lub złe stosowanie trzech pozostałych, wyżej opisanych elementów właściwego motywowania do pracy?

Recepta na radość

Levitra znacznie poprawia erekcję u mężczyzn z zaburzeniami wzwodu oraz jakość życia ich partnerek w porównaniu z placebo, jak pokazują wyniki najnowszego badania przedstawione w marcu br. podczas XX Kongresu Europejskiego Towarzystwa Urologicznego (EAU) w Istambule. Z badania tego wynika, że partnerki mogą mieć znaczny wpływ na chęć podejmowania i kontynuowania leczenia przez pacjentów z zaburzeniami wzwodu. Badanie satysfakcji partnerów i jakości życia seksualnego przeprowadzone wśród pacjentów z zaburzeniami wzwodu i ich partnerek, pokazały, że leczenie zaburzeń wzwodu ma korzystny wpływ nie tylko na mężczyzn, lecz również wywołuje niemal identycznie dobroczynne skutki u kobiet. Ponadto leczenie Levitra może spowodować przywrócenie jakości życia u obojga partnerów do poziomu porównywalnego do okresu sprzed wystąpienia zaburzeń wzwodu. Ponadto leczenie Levitra może spowodować przywrócenie jakości życia u obojga partnerów do poziomu porównywalnego do okresu sprzed wystąpienia zaburzeń wzwodu.

Komentując te wyniki kierownik badania Raymond Rosen, profesor psychiatrii i medycyny w UMDNJ-Robert Wood Johnson Medical School w New Brunswick (USA) stwierdził: „Ustalenia te pokazują, że przy zalecaniu leczenia zaburzeń wzwodu konieczne jest uwzględnienie sytuacji zarówno mężczyzny, jak i kobiety, ponieważ niewątpliwie partnerka ma ogromny wpływ na decyzję o poddaniu się terapii. Bada-



nie to pokazuje również skuteczność Levitra w leczeniu pacjentów z zaburzeniami wzwodu oraz wynikającą z tego poprawę satysfakcji seksualnej pary”. Levitra jest ogólnie dobrze tolerowana, zaś wśród najczęściej zgłaszanych niekorzystnych objawów (<11%) wymieniano wypieki, niedrożność nosa, ból głowy i niestrawność.

Przypomnijmy, że „Gazeta Lekarska” patronuje akcji „Męskość znaczy zdrowie”.

ms

rys. Marek Raczkowski

REKLAMA

REKLAMA

Budować czy nie budować?

Podczas obrad Komisji ds. Lekarzy Emerytów i Rencistów NRL stale powraca problem budowy Domu (Domów?) Lekarza Seniora.

W zależności od przekonań wypowiadających się w tej sprawie członków naszej komisji (liczącej 10 osób), a także w zależności od przekonań zaproszonych na obrady gości, będących delegatami okręgowych izb lekarskich nie mających swoich formalnych przedstawicieli w składzie Komisji, zgłaszane są w sprawie budowy Domów Lekarza Seniora projekty niejednokrotnie znacznie różniące się od siebie.

Zasadnicze różnice dotyczą po pierwsze, oceny faktycznej potrzeby budowania Domów Lekarza Seniora, ich liczby, specyfiki i lokalizacji. Po drugie, oceny realnych możliwości ich zbudowania, a potem ich utrzymania w aktualnych polskich warunkach.

Różni dyskutanci i autorzy projektów rozwiązania tych problemów widzą jako przyszłych inwestorów, partycypujących w przeważającej (a przynajmniej w znaczącej) mierze w pokryciu kosztów budowy i późniejszego utrzymania tych Domów, albo samorząd lekarski – to jest okręgowe izby lekarskie i Naczelna Izba Lekarska, albo różne fundacje zakładane specjalnie w tym celu, albo zawiązanie przez przyszłych mieszkańców Domu odpowiednich spółdzielni mieszkaniowych – lokatorskich lub własnościowych.

Projekty te zakładają możliwość wspólnego ponoszenia części kosztów budowy i utrzymania Domów przez

wymienionych wyżej inwestorów. Różnią się natomiast – nieraz znacznie – w ocenie: kto powinien przejąć funkcję głównego inwestora, tzn. zaplanować całą akcję budowy, opracować kosztorys, załatwiać wszystkie formalności związane z budową, a potem nadzorować jej przebieg itd.; kto i w jakiej wysokości powinien partycypować w kosztach budowy, a później utrzymania Domów – uznając równocześnie konieczność ponoszenia przez przyszłych mieszkańców Domów określonych stałych opłat na funkcjonowanie Domów po ich zasiedleniu.

Najogólniej mówiąc, spór toczy się między dwiema koncepcjami, z których pierwszą nazwałbym umownie „idealistyczną”, a drugą – też umownie – „realistyczną”.

W każdej społeczności, a więc także wśród lekarzy seniorów, będą grupy, które z różnych powodów (zawinionych lub niezawinionych) będą potrzebowały w jesieni swego życia pomocy w sprawach bytowych. Problem jest w tym kto, w jakim zakresie i na czyj koszt powinien jej udzielić.

W myśl pierwszej koncepcji („idealistycznej”) lansowanej przez niektórych projektodawców, to samorząd lekarski, czyli Naczelna Izba Lekarska i okręgowe izby lekarskie „mają moralny obowiązek zadbania o godne życie lekarzy seniorów”. W ramach tej koncepcji mieści się – między innymi – projekt budowania Regional-

nych Domów Lekarza Seniora przez samorząd lekarski. Regionalnych dlatego, że miałyby powstać wspólnym wysiłkiem finansowym kilku sąsiadujących i współpracujących ze sobą okręgowych izb lekarskich.

Jak dotąd ani Naczelna Izba Lekarska, ani okręgowe izby lekarskie nie mają w swoich preliminarzach budżetowych żadnych zapisów na ten cel. Zarówno skarbnik NRL, jak i przewodniczący Komisji Finansowej NRL oświadczyli, że przy utrzymaniu składek członkowskich na samorząd lekarski w dotychczasowej wysokości wszelkie projekty finansowania budowy i udzielenia pomocy finansowej w funkcjonowaniu tych Domów przez samorząd lekarski są absolutnie nierealne.

Druga koncepcja, też raczej „idealistyczna”, opiera się na założeniu, że najbardziej pomocne w realizacji planów budowy Domów Lekarza Seniora mogą być dobrze funkcjonujące fundacje, założone specjalnie w tym celu. Znane są nam różne warianty tych fundacji i dlatego podchodzimy do tej koncepcji raczej nieufnie i z rezerwą. Doświadczenie uczy, że konkretne efekty działalności fundacji na ogół nie spełniają marzeń założycieli fundacji. Zwłaszcza teraz, gdy coraz trudniej o sponsorów.

Trzecią koncepcją, bardziej „realistyczną”, względnie „kapitalistyczną”, jest koncepcja budowy Domów Lekarza Seniora na bazie

spółdzielni mieszkaniowych – lokatorskich lub własnościowych – zakładanych przez zainteresowanych takim rozwiązaniem lekarzy. Mogą one spełniać nawet bardzo wygórowane żądania odnośnie komfortu mieszkaniowego i bytowego (przewyższające ten, jaki zapewnia Dom Lekarza Seniora znajdujący się w Warszawie przy ul. Wołoskiej), ale wymagają dużego wkładu finansowego od przyszłych użytkowników (wkładu mieszkaniowego i budowlanego, które są aktualnie bardzo wysokie). Pewnym atutem tej koncepcji jest możliwość otrzymania na tę budowę kredytu z Towarzystwa Budownictwa Społecznego, z czego nie mogą skorzystać ani organizacje samorządowe, ani żadne fundacje.

Takie są podstawowe informacje, które przekazujemy wszystkim koleżankom i kolegom lekarzom, nie tylko emerytom i rencistom, ale także czynnym dziś jeszcze zawodowo, celem zastanowienia się, jak najlepiej rozwiązać te niełatwe problemy. Czas biegać szybko i dzisiejsi młodzi lekarze też kiedyś (jeśli szczęśliwie dożyją!) będą emerytami lub może – w wyniku chorób lub wypadków – przedwcześnie rencistami. Nie każdy może liczyć wtedy na pomoc dzieci lub innych członków rodziny. Nie każdemu uda się też zgromadzić wystarczające fundusze na zapewnienie sobie odpowiedniej opieki przez placówki prywatne, pensjonaty itp.



Ankieta dla wszystkich członków samorządu lekarskiego w sprawie Domów Lekarza Seniora

Pokusa budowania Regionalnych Domów Lekarza Seniora o wysokim standardzie (mieszkania jedno-, dwu-, a nawet trzypokojowe, stała bezpłatna opieka lekarska i pielęgniarska, właściwe wyżywienie, zapewnienie życia kulturalnego itd.) jest oczywiście bardzo kusząca. Tylko jak ją zrealizować w aktualnych warunkach? A może należałoby jedynie rozbudować, proporcjonalnie do wzrastających potrzeb, działalność komisji społecznych okręgowych izb lekarskich? Rozbudować opiekę domową nad niepełnosprawnymi lub chorymi lekarzami seniorami? Stworzyć punkty dziennego pobytu, gdzie podopieczni spędziliby tylko dzień, na noc wracając do swego domu pod opiekę rodziny? Dopłacać do kosztów umieszczania ich w dobrych prywatnych zakładach opiekuńczych? Być może są też inne zasługujące na rozważenie propozycje.

Aby móc rozważyć i odpowiedzieć przedstawiać na plenarnych posiedzeniach NRL postulaty Komisji ds. Lekarzy Emerytów i Rencistów w tych sprawach, chcemy i musimy znać opinię ogółu lekarzy na ten temat. I to nie tylko lekarzy emerytów i rencistów, ale także lekarzy czynnych dziś jeszcze zawodowo. Dlatego apelujemy usilnie i gorąco do wszystkich koleżanek i kolegów o wzięcie udziału w naszej ankiecie.

Będziemy wdzięczni za szybkie – w terminie do 15 maja br. – i w miarę możliwości wyczerpujące odpowiedzi na postawione w ankiecie pytania, a także za uwagi i propozycje. Tym koleżankom i kolegom, którzy odpowiedzą na naszą prośbę, z góry serdecznie dziękujemy!

Roman Hajzik
przewodniczący
Komisji ds. Lekarzy
Emerytów i Rencistów

Uwaga!

- 1) Przed wypełnieniem ankiety zapoznaj się z artykułem w „GL” na ten temat.
- 2) Zaznacz wybraną odpowiedź.
- 3) Jeśli możesz, uzasadnij swój wybór lub zaproponuj własne rozwiązania problemu (napisz na odrębnej kartce).

Pytania podstawowe:

1) Czy uważasz budowę Domów Lekarza Seniora za:

- a) bezwzględnie konieczną od zaraz ☐
- b) pożądaną w przyszłości ☐
- c) zbędną, niepotrzebną ani teraz, ani w przyszłości ☐

2) Jeśli popierasz ideę budowy tych Domów, to kto powinien ponosić koszty ich budowy:

- a) fundacje założone specjalnie w tym celu ☐
- b) spółdzielnie mieszkaniowe założone przez osoby zainteresowane zamieszkaniem w tych Domach ☐

3) Kto według Ciebie powinien ponosić koszty utrzymania:

- a) okręgowe izby lekarskie ☐ b) fundacje ☐
- c) mieszkańcy tych Domów ☐ d) odpowiedź a) + c) ☐

4) Czy chciałbyś, by ten Dom był:

- a) w stolicy ☐
- b) w dużym mieście w pobliżu Twego obecnego zamieszkania ☐
- c) w znanym uzdrowisku lub miejscowości wypoczynkowej ☐
- d) jest mi to obojętne ☐

5) Czy uważasz za potrzebną budowę Domów dla lekarzy przewlekłe chorych?

tak ☐ nie ☐

6) Czy powinno się do Domu dla lekarzy przewlekłe chorych przyjmować:

- a) osoby zdolne do samodzielnego poruszania się – przynajmniej w obrębie pokoju i samoobsługi ☐
- b) osoby niesprawne ruchowo, ale nieuciążliwe dla otoczenia ☐
- c) osoby z uciążliwymi dla otoczenia zaburzeniami psychicznymi i fizycznymi (choroba Alzheimera, lekkie postaci schizofrenii itp.) ☐

7) Czy byłbyś skłonny – w imię solidarności lekarskiej – zasilać fundusz budowy i utrzymania Domu Lekarza Seniora przez zwiększenie obowiązkowej składki miesięcznej na samorząd lekarski nawet wtedy, gdybyś był przeświadczony, że nigdy z tego Domu nie skorzystasz?

tak ☐

nie ☐

Jeśli tak, to o ile procent miesięcznie? a) 0,5 % ☐ b) 1,0% ☐ c) 2,0% ☐

8) Jeśli jesteś emerytem lub rencistą, a więc aktualnie nie musisz płacić żadnej obowiązkowej składki na rzecz samorządu lekarskiego, ale poczuwasz się do solidarności z tym środowiskiem – czy dobrowolnie zobowiązałbyś się do uiszczania stałej składki miesięcznej na budowę i utrzymanie Domu Lekarza Seniora, nawet gdybyś nie planował zamieszkania w nim?

tak ☐ nie ☐

Jeśli tak, to w jakiej wysokości? Wpisz proponowaną wysokość rocznej składki zł

9) Czy chcesz zamieszkać w Domu Lekarza Seniora na zasadach mieszkania lokatorskiego (rotacyjnego)?

tak ☐ nie ☐

10) Czy chcesz kupić mieszkanie własnościowe w Domu Lekarza Seniora?

tak ☐ nie ☐

Jeśli tak, to czy: a) jednopokojowe ☐ b) dwupokojowe ☐

11) Czy chcesz zamieszkać:

a) sam ☐ b) z członkiem rodziny ☐

12) Określ swój stosunek do możliwości zamieszkania w Domu Lekarza Seniora:

- a) bardzo bym chciał w nim zamieszkać ☐ b) dopuszczam taką możliwość ☐
- c) mam inne plany ☐

13) W którym roku przewidujesz możliwość zamieszkania w takim Domu?

Podaj przypuszczalny rok

Dane o Tobie:

1) Płeć: M ☐ Ż ☐

2) Wiek

3) Okręgowa Izba Lekarska w

4) Jestem emerytem ☐ lub rencistą ☐

5) Czy możesz dopłacać za pobyt w Domu Lekarza Seniora powyżej 70% swojej emerytury (renty)?

tak ☐ nie ☐

6) Czy możesz liczyć na ewentualne dofinansowanie pobytu w Domu Lekarza Seniora ze strony rodziny?

tak ☐ nie ☐

Wypełnione ankiety prosimy nadsyłać pod adresem: Komisja ds. Lekarzy Emerytów i Rencistów NRL, Naczelna Izba Lekarska, ul. Sobieskiego 110, 00-764 Warszawa.

• **Czy NFZ namawia do fałszowania dokumentacji medycznej?** Prezes NFZ Jerzy Miller zabronił dyrektorom szpitali w przesyłanych do Funduszu sprawozdaniach wykazywania świadczeń udzielonych „ponadlimitowo”. Osoby, które otrzymały takie świadczenia zdrowotne, mają być... wpisywane do kolejki.

• **„Grubsze portfele Polaków”.** Powoli rosną wynagrodzenia Polaków. Średnia płaca to dziś 2188 zł brutto. Niestety, w służbie zdrowia, nauce, szkolnictwie i kulturze zarobki są średnio o 1000 zł niższe.

• **Ostatni zgasi światło?** Rośnie liczba lekarzy opuszczających Polskę. Od chwili wejścia Polski do UE tylko z terenu Warmii i Mazur już wyjechało bądź wyjedzie w najbliższym czasie 66 lekarzy i dentyistów oraz 61 pielęgniarek i położnych. W Wielkiej Brytanii doświadczony polski ordynator ma szansę zarobić w ciągu roku 60-90 tys. funtów (330-500 tys. zł), w Polsce – ponad 10 razy mniej.

• **Do Polski na odwyk.** Amerykanie, Kanadyjczycy, Niemcy, Austriacy, Francuzi i Grecy przyjeżdżają do prywatnego ośrodka pod Bełchatowem na leczenie uzależnienia od alkoholu, leków i środków odurzających.

• **Bomba zegarowa z przychodniami.** 1 lipca trzeba będzie zamknąć większość przychodni w kraju. Nie spełniają bowiem wyśrubowanych wymogów rozporządzenia z 1992 r. – ostrzegają lekarze z Porozumienia Zielonogórskiego. W woj. śląskim zamknięcie grozi nawet 80 proc. przychodni!

• **Różne zarobki lekarzy w tym samym szpitalu.** W Szpitalu Miejskim w Częstochowie lekarze etatowi zarabiają 1,5 tys. zł brutto. Ich koledzy na kontraktach mają od 4 do 8 tys. zł brutto (ale muszą jeszcze od tego zapłacić ZUS, składki ubezpieczeniowe oraz zdrowotne).

• **Komornicy się spieszą.** Obawiając się nowej ustawy restrukturyzacyjnej komornicy w pośpiechu zajmują szpitalom konta bankowe, sprzęt medyczny i pieniądze z NFZ.

• **W walce z szarą strefą.** Dyrektorzy szpitali pozytywnie wypowiadają się na temat pomysłu ministra zdrowia, aby pacjenci, którzy zapłacą, byli przyjmowani poza kolejnością.

• **Równi i równiejsi.** Sejmowa Komisja Zdrowia opowiedziała się za wstrzymaniem wszelkich egzekucji komorniczych w publicznych szpitalach w czasie dokonywania restrukturyzacji ZOZ-ów.

• **Leczenie rupieciami.** NIK negatywnie oceniła wojewodów w zakresie kontrolowania i rejestrowania ZOZ-ów. W wielu zakładach urządzenia i aparaty medyczne nie miały od wielu lat przeglądów technicznych,

ciąg dalszy na str. 34

Śladem naszych publikacji

„Koniem trojańskim w stomatologię”

Z wielką uwagą przeczytałam w marcowej „Gazecie Lekarskiej” artykuł pióra dr. Wojciecha Grabego „Koniem trojańskim w stomatologię”. Jak lwia część moich kolegów, całkowicie się z autorem zgadzam, że dopłaty to gwóźdź do trumny naszych prywatnych praktyk. Ale niewielki procent z nas pracuje tylko prywatnie. Nie jest to kwestia naszego wyboru, lecz ogólnej sytuacji ekonomicznej naszych pacjentów. Autor jako mieszkaniec Gdańska, dużego miasta, o dużej liczbie pacjentów z innych państw i małym procencie bezrobocia może nie doświadczać tego problemu tak dotkliwie. Ale w rejonach południowo-wschodnich i środkowych Polski różnica 30 zł w cenie za wizytę, to jest sprawa decydująca czy pójść do dentyisty „na kasę chorych” z dopłatą, czy w ogóle zrezygnować z porządnego leczenia. A przy tak małej liczbie prywatnych pacjentów i tak na głodowych kontraktach te dopłaty często decydują o przeżyciu lekarza. To przeważnie oni właśnie mają poczucie krzywdy w sytuacji, gdy zabroniono dopłat. I ja ich rozumiem.

Na nic tu krzyczeć, że punkt powinien kosztować 20 groszy, że pacjentom należą się usługi na światowym poziomie, że solidarnie nie powinniśmy podpisywać tych kryminalnych kontraktów, że nie powinniśmy dawać się wykorzystywać lekarzom POZ – choć znam bardzo dobrze działające układy w tej dziedzinie. To wszystko komunały, a ich wygłaszanie nic nie zmieni. Najgorsze w tym wszystkim jest to, że tak naprawdę to zmienić cokolwiek

mogą właśnie lekarze z dużych miast. Stawiają oni duże środowisko na małym terenie, znają się osobiście, łatwiej im zebrać się, by coś przedyskutować. Niestety, to oni właśnie najmniej wiedzą o sytuacji lekarzy w małych miasteczkach i wsiach, a tam właśnie jest najtrudniej. Czy ktoś zapytał ich kiedyś jakie są ich dochody i nakład pracy?

Co jednak zrobić, by na gadaniu się nie skończyło? Może skorzystać z zapisu w ustawie o izbach lekarskich mówiącym, że lekarz ma obowiązek przestrzegania uchwał swego samorządu i wprowadzić zakaz podpisywania innych kontraktów niż wynegocjowane przez izbę? Jednocześnie podjąć się tych negocjacji w imieniu wszystkich dentyistów, wydelegowując do nich ludzi twardych i znających się na rzeczy. By mieć pewność, że większość z nas poprze takie postępowanie w wyżej wspomnianej ankiecie można dodać pytanie o proponowaną wartość punktów, wielkość kontraktu i chęć podpisania kontraktu wynegocjowanego przez izby. Za daleko idąca dyscyplina partyjna? Być może, ale to moja propozycja. Niech inni dadzą swoje. Nie wierzę, że nie ma wśród nas mądrych ludzi, byśmy coś wreszcie postanowili. A czas jest najwyższy, aby przygotować się do kontraktów na 2006 r.

Otwórzmy szerokie forum dyskusyjne w „Gazecie Lekarskiej”, wznieśmy burzę mózgów. To jeden z lepszych sposobów na nowe, nietuzinkowe pomysły. Jednocześnie wyznaczmy w komisji stomatologicznej grupę ludzi odpowiedzialnych za to, by efekty znów nie utonęły w mętnej wodzie prywatnych interesów. Skończmy gadać, weźmy się do roboty. I wcale nie uchylam się od pomocy.

Anita Pacholec

lekarz dentyista pracująca w 3-tysięcznym miasteczku w kujawsko-pomorskim

A jednak można!

Kamienna Góra, powiatowe miasto na Dolnym Śląsku, ma około 22 500 mieszkańców. W całym powiecie mieszka ponad 48 tys. Wszystkim zawiaduje skutecznie starosta dr Marian Kachniarz. Na tyle skutecznie, że dzięki jego inicjatywie Powiatowe Centrum Zdrowia Sp. z o.o. Szpital Powiatowy w Kamiennej Górze (wcześniej SP ZOZ zadłużone i zagrożone likwidacją) nie ma problemów finansowych, jako chyba jeden z niewielu szpitali w Polsce. 161 łóżek. Cztery oddziały. Nie tylko nie ma długów, ale ma zyski. Wszyscy pracownicy regularnie otrzymują wynagrodzenia. Są pieniądze na remonty. Izba przyjęć i oddziały (z wyjątkiem internistycznego,

który wygląda tak, jak sytuacja służby zdrowia w kraju – smutny, bury i dziurawy, ale już się tu dużo dzieje – właśnie trwa remont) – cieszą oczy ciepłymi, pastelowymi kolorami. Zniknęła chłodna szpitalna biel. Pacjenci czują się tu bezpiecznie.

– Są pieniądze na remonty, kupuje się też nową, wysokiej klasy aparaturę – mówi prezes spółki mgr Wiktor Król.

Niemożliwe? Możliwe. Może starosta Kachniarz (choć nie lekarz) ma na sukces receptę? Może warto wykorzystać kamiennogórskie doświadczenia?

(ZM)

„Medium”, 3/05

58% mieszkańców Polski żyje na granicy niedostatku. Ponad dwa miliony dzieci musi codziennie oszukiwać głód. Dzieci do lat 14 stanowią ponad 30% zbiorowości żyjącej poniżej granicy skrajnego ubóstwa. 30-70% dzieci w wieku szkolnym jest niewłaściwie żywiona, z czego 10% nie jest objętych żadnym programem dożywiania (GUS, 2002). Kwoty przeznaczone na ten cel z budżetu państwa są niewystarczające, a często docierają do gmin z dużym opóźnieniem.

Problem głodu, to nie tylko problem czysto ekonomiczny i społeczny – to w głównej mierze problem mo-



Praca Natalii Klamut ze SP w Grabownicy Starzeńskiej, pt. „Kraina Szczęścia”

W lutym przedstawiciele organizatora odwiedzili jedną z placówek. „To bardzo budujące widzieć entuzjazm i uśmiech na twarzach dzieci” – mówi Piotr Grabowski z Polfy Kutno.



Uczniowie ZSS w Karnowie, objęci akcją zimowego dożywiania

ralny. Ze zdwojoną siłą powraca w okresie zimy, a szczególnie w przypadku dzieci, dla których obiad w szkole jest niejednokrotnie jedynym ciepłym posiłkiem w ciągu dnia.

Polfa Kutno stworzyła w grudniu 2004 r. Fundusz „Przyjaciół Dzieciom”. Jego celem było finansowanie zimowej akcji dożywiania najbardziej potrzebujących dzieci w wieku szkolnym, pochodzących z rodzin dotkniętych niedostatkiem, mieszkających w rejonach o najwyższej stopie bezrobocia. Akcją patronowała „Gazeta Lekarska”. W ciągu zaledwie trzech miesięcy dożywianiem objęto prawie pół tysiąca uczniów z 16 szkół podstawowych w całej Polsce, które dotychczas nie miały szans na ciepły posiłek w szkole. Wszystkie dzieci objęte pomocą otrzymały również suplementację witaminową Vibovitem.



Uczestnicy konkursu plastycznego z ZSS w Karnowie

Ale to nie wszystko, co udało się zrealizować w ramach programu Fundusz „Przyjaciół Dzieciom”. Prawdziwą furorę zrobił w szkołach konkurs plastyczny. Nadesłano ponad sześćset prac. Za najciekawszą uznano pracę ośmioletniej Natalii pt. „Kraina szczęścia”. Stu innym autorom Polfa ufundowała wartościowe nagrody.

ms

FUNDUSZ
**PRZYJACIEL
DZIECIOM**

Przychodzi lekarz do prawnika



Pytanie lekarza: Przez jaki czas lekarz ma obowiązek przechowywać dokumentację medyczną? Interesuje mnie głównie orzeczenie lekarskie o braku przeciwwskazań zdrowotnych do kierowania pojazdami mechanicznymi?

Odpowiedź prawnika: Zgodnie z treścią art. 41 ust. 1 ustawy z 5 grudnia 1996 r. o zawodzie lekarza (Dz. U. z 1997 r., nr 28, poz. 152 z późn. zm.) lekarz ma obowiązek prowadzenia indywidualnej dokumentacji medycznej pacjenta. Szczegółowe zasady sporządzania, prowadzenia, przechowywania i udostępniania dokumentacji medycznej przez lekarza udzielającego świadczeń zdrowotnych poza zakładem opieki zdrowotnej reguluje rozporządzenie ministra zdrowia z 30 lipca 2001 r. w sprawie dokumentacji medycznej, sposobu jej prowadzenia oraz szczegółowych warunków jej udostępniania (Dz. U. z 2001 r., nr 83, poz. 903).

Stosownie do treści § 17 ust. 1 wspomnianego rozporządzenia, co do zasady dokumentację przechowuje się przez okres 10 lat, licząc od końca roku kalendarzowego, w którym sporządzono ostatni wpis o udzielonych świadczeniach zdrowotnych. Wyjątkowo, w przypadku zgonu pacjenta na skutek uszkodzenia ciała lub zatrucia, dokumentację przechowuje się przez okres 30 lat, licząc od końca roku kalendarzowego, w którym nastąpił zgon.

Po upływie okresów wymienionych powyżej dokumentację niszczy się w

sposób uniemożliwiający identyfikację pacjenta, którego dotyczyła. Jednakże dokumentacja przewidziana do zniszczenia może zostać wydana na wniosek pacjenta, jego przedstawiciela ustawowego, osoby upoważnionej przez pacjenta, a w razie jego śmierci – osoby upoważnionej przez pacjenta do użytkowania dokumentacji w przypadku jego zgonu. Wydanie dokumentacji w tym trybie odbywa się na wniosek osoby uprawnionej za pokwitowaniem, a o możliwości wydania dokumentacji lekarz jest obowiązany poinformować pacjenta albo te osoby.

Dokumentacja powinna być przechowywana w sposób zapewniający jej poufność, zabezpieczenie przed dostępem osób nieupoważnionych oraz przed zniszczeniem lub zagubieniem, dodatkowo musi być ona skatalogowana tak, aby umożliwić szybkie z niej korzystanie. Dokumentacja wewnętrzna jest przechowywana u lekarza, który sporządził dokumentację, a dokumentacja zewnętrzna, w postaci zleceń lub skierowań, pozostaje u lekarza, który zrealizował zlecane świadczenie zdrowotne (§ 15 ust. 1 i 2 rozporządzenia).

Udzielenie odpowiedzi na drugą część pytania wymaga sięgnięcia do treści rozporządzenia ministra zdrowia i opieki społecznej z 30 czerwca 1999 r. w sprawie badań lekarskich osób ubiegających się o uprawnienia do kierowania pojazdami i kierowców (Dz. U. z 1999 r., nr 69, poz. 772) Rozporządzenie to zawiera szczegółowe wskazówki prowadzenia dokumen-

tacji medycznej w związku ze stwierdzeniem istnienia lub braku przeciwwskazań zdrowotnych do kierowania pojazdami. Uprawniony lekarz obowiązany jest prowadzić dokumentację medyczną badanego w formie „karty badania”, której wzór stanowi załącznik nr 7 do rozporządzenia. Orzeczenie lekarskie uprawniony lekarz wystawia z kopią, a oryginał orzeczenia otrzymuje osoba badana. Wyniki badań specjalistycznych i badań pomocniczych oraz kopia orzeczenia lekarskiego stanowią załączniki do karty badania.

Wprawdzie w § 18 ust. 4 rozporządzenia z 30 czerwca 1999 r. zawarto odesłanie do odpowiedniego stosowania w kwestii udostępniania i przechowywania tego rodzaju dokumentacji medycznej przepisów art. 18 ustawy z 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej, jednakże 30 lipca 2001 r. wydano na ten temat specjalne rozporządzenie w sprawie dokumentacji medycznej, sposobu jej prowadzenia oraz szczegółowych warunków jej udostępniania przez lekarza udzielającego świadczeń zdrowotnych poza zakładem opieki zdrowotnej. Odnośnie problematyki czasu przechowywania dokumentacji medycznej przez lekarza udzielającego świadczeń zdrowotnych poza zakładem opieki zdrowotnej zastosowanie znajdzie później wydane rozporządzenie ministra zdrowia tym bardziej, że zawiera postanowienia uszczegóławiające, a zgodnie z regułą porządku czasowego i treściowego – późniejsza norma szczególna uchyla wcześniejszą normę ogólną.



Skutecznie zapobiega niedoborom informacji

- Każdego dnia najnowsze wiadomości z możliwością zamieszczania własnych komentarzy
- „Goniec medyczny” – cotygodniowy biuletyn elektroniczny
 - Polski lekarz w Unii Europejskiej
- 20 działów klinicznych, odpowiadających specjalizacjom lekarskim
 - Aktualny indeks leków „Pharmindex”
 - Standardy towarzystw naukowych
- Pełne teksty artykułów medycznych i podręczników
 - Własne adresy e-mailowe i prywatne strony WWW dla lekarzy
 - Giełda pracy

@esculap.pl

www.esculap.pl

DENDRITE



e-zdrowie.com S.A. MDM część Grupy Dendrite International, 02-673 Warszawa, ul. Konstruktorska 11 A, e-mail: info@esculap.pl

potrzebny portal medyczny

Pytanie lekarza: Na jakie leki (farmaceutyki, środki medyczne, produkty itp.) powszechne przepisy prawa (w odróżnieniu od wewnętrznych zarządzeń ZOZ) nakazują prowadzenie książek rozchodu leków z podaniem imienia i nazwiska pacjenta, dawki leku i podpisem lekarza ordynującego? Przykładem jest morfina czy inne narkotyki. Czy np. atropina musi być rejestrowana w osobnej książce i jej podanie potwierdzane wpisem i pieczęcią lekarza? Miejscowy nadzór farmaceutyczny nie chce się wypowiedzieć konkretnie, lecz odsyła do „przepisów ogólnych”, które jako ogólne nic szczegółowo nie stanowią. W moim szpitalu wymagane jest prowadzenie 25 książek rozchodu specyfików z atropiną na czele!

Odpowiedź prawnika: Zgodnie z wykazem środków odurzających stanowiącym załącznik nr 2 do ustawy z 24 kwietnia 1997 r. o przeciwdziałaniu narkomanii (tekst jednolity: Dz. U. z 2003 r. nr 24, poz. 198) preparaty zawierające nie mniej niż 0,025 mg siarczanu atropiny w jednej dawce oraz takie ilości winianu atropiny, które odpowiadają co najmniej 5 % dawki difenoksyny należą do środków odurzających grupy III-N. Podlegają one zatem rygorom określonym w rozporządzeniu ministra zdrowia z 3 sierpnia 2000 r. w sprawie wytwarzania, przetwarzania, przerobu, przywozu z zagranicy lub wywozu za granicę oraz obrotu środkami odurzającymi, substancjami psychotropowymi i prekursorami (Dz. U. z 2000 r. nr 77, poz. 885). Preparaty te nie wymagają prowadzenia książki kontroli, a jedynie na podmiotach wymienionych w § 41 cytowanego rozporządzenia ciąży obowiązek przechowywania tych preparatów w warunkach zabezpieczających przed kradzieżą lub zniszczeniem, w szczególności poprzez przechowywanie ich w wydzielonych pomieszczeniach, w zamkniętych metalowych kasetach przytwierdzonych na stałe do podłoża i umieszczonych w miejscach niewidocznych.

W odniesieniu do sposobu prowadzenia książki kontroli, która dotyczy środków odurzających grup I-N i II-N oraz substancji psychotropowych grupy II-P należy stwierdzić, że zgodnie z § 12 ust. 2 cytowanego rozporządzenia wpisów w książce kontroli, odrębnych dla każdego rodzaju, postaci i dawki środka odurzającego lub substancji psychotropowej,

dokonuje się na oddzielnej stronie książki kontroli w dniu przychodu lub rozchodu środka lub substancji. Ilość środka odurzającego lub substancji psychotropowej należy podawać w sztukach, kilogramach lub gramach.

Z treści tego przepisu nie wynika obowiązek prowadzenia książki kontroli odrębnie dla każdego ze środków, a jedynie obowiązek dokonywania wpisów dotyczących określonego środka na oddzielnej stronie książki kontroli. W praktyce, jeżeli przewiduje się, że wpisów dotyczących danego środka będzie stosunkowo dużo, to prowadzi się odrębną książkę kontroli dla danego środka. Jeżeli natomiast przewidywana ilość wpisów jest stosunkowo niewielka dla danego środka, to dzieli się książkę na kilka części. Dokonuje się tego w ten sposób, że dla danego środka przewiduje się np. 20 stron książki, dla kolejnego np. 10 stron, a dla jeszcze innego 5 stron książki kontroli. Taka praktyka jest powszechnie stosowana w szpitalach i nie jest kwestionowana przez nadzór farmaceutyczny, co pozwala na znaczne oszczędności w zakupie i przechowywaniu książek.

Pytanie lekarza: Jak powinna być zrehabilitowana zgoda na dokonanie zabiegu operacyjnego, tzn. czy powinna zawierać szczegółowe wyliczenie wszystkich możliwych zagrożeń związanych z zabiegiem, czy raczej – ogólne poinformowanie pacjenta o ewentualnym ryzyku?

Odpowiedź prawnika: Zagadnienie zgody pacjenta na wykonanie zabiegu leczniczego regulują art. 32-35 ustawy z 5 grudnia 1996 r. o zawodzie lekarza (Dz. U. z 1998 r., nr 106, poz. 668 z późn. zm.). Przepisy te określają, że lekarz może wykonać zabieg operacyjny albo zastosować metodę leczenia lub diagnostyki stwarzającą podwyższone ryzyko dla pacjenta po uzyskaniu jego pisemnej zgody.

Lekarz może wykonać zabieg wobec pacjenta małoletniego po uzyskaniu zgody jego przedstawiciela ustawowego, jeżeli zaś pacjent ukończył 16 lat, wymagana jest także jego pisemna zgoda.

Przed wyrażeniem zgody lekarz ma obowiązek udzielenia pacjentowi lub jego przedstawicielowi ustawowemu „przystępnej informacji o jego stanie zdrowia, rozpoznaniu, proponowanych oraz możliwych metodach diagnostycznych, leczniczych dających się przewi-

dzić następstwach ich zastosowania lub zaniechania.” (art. 31) Na żądanie pacjenta lekarz nie ma obowiązku udzielać pacjentowi tych informacji.

Wyczerpującą odpowiedź na postawione pytanie daje nam cytowana poniżej sentencja wyroku Sądu Najwyższego z 4 lipca 1970 r. (I CR 147/69 nie publ.), w której czytamy:

„Lekarz pytając opiekunów dziecka o wyrażenie zgody na dokonanie zabiegu nie jest zobowiązany do informowania ich o wszystkich możliwych komplikacjach, jakie mogą nastąpić w związku z zabiegiem. Wystarczającym pouczeniem rodziny lub pacjenta przy wyrażeniu zgody na dokonanie zabiegu jest wskazanie na to, że zabieg jest poważny i kryje pewne niebezpieczeństwo, chyba że osoba wyrażająca zgodę żąda szczegółowych informacji.”

W sytuacji, gdy w trakcie wykonywania zabiegu operacyjnego wystąpią nieprzewidziane okoliczności, których nieuwzględnienie groziłoby pacjentowi niebezpieczeństwem utraty życia, ciężkim uszkodzeniem ciała lub ciężkim rozstrojem zdrowia, a nie ma możliwości niezwłocznie uzyskać zgody pacjenta lub jego przedstawiciela ustawowego, wówczas lekarz ma prawo, bez uzyskania tej zgody, odpowiednio zmienić zakres takiego zabiegu (jednakże o ile to możliwe, powinien wcześniej zasięgnąć opinii drugiego lekarza tej samej specjalności). Zdarzenie to powinno mieć adnotację w dokumentacji medycznej (art. 35).

Reasumując, pisemna zgoda na zabieg operacyjny powinna obejmować niezbędną informację udzieloną przez lekarza o ewentualnym ryzyku i dających się przewidzieć skutkach danej interwencji medycznej – nie jest więc konieczne szczegółowe wyliczanie możliwych (lub suponowanych) zagrożeń, chyba że pacjent tego żąda. Jednocześnie obdarzony zaufaniem lekarz powinien ocenić, na ile korzyści związane z przeprowadzeniem zabiegu są wyższe od podejmowanego ryzyka – według swojej wiedzy medycznej oraz stosując zasady sztuki lekarskiej (ostrożności).

opr. Tamara Zimna
Katarzyna Sakra-Kukla
Paweł Kukla
Magdalena Sender

Materiały udostępnione dzięki uprzejmości Domu Wydawniczego ABC, wydawcy CD-ROM „Serwis Prawo i Zdrowie” www.prawoizdrowie.pl

ciąg dalszy ze str. 30

a w innych nie posiadały znaków zgodności lub świadectw dopuszczenia do użytku. • „Nie byliśmy na jakiejś wybieżce krajoznawczej”. Niektórzy powracający z Iraku polscy żołnierze obawiają się, że mogli zarazić się amebą (*Entamoeba histolytica*). Niestety, badania kału muszą wykonywać na koszt własny. • **Dzień Kobiet i... aborcja.** Z okazji Dnia Kobiet minister zdrowia Marek Balicki przypomniał w liście adresowanym do wojewodów o... warunkach dopuszczalności przerywania ciąży w Polsce. My mamy inny pomysł: z okazji Dnia Chorego proponujemy przypomnieć wszystkim pacjentom zasady dot. sporządzania testamentu. • **Ministerstwo Zdrowia ukarało urzędników NFZ.** Ministerialne kary po... tysiąc złotych otrzymało 14 dyrektorów oddziałów wojewódzkich NFZ „za naruszenie zasady jawności umów o udzielanie świadczeń”. Karę 13,6 tys. zł otrzymał także wiceprezes NFZ ds. medycznych „za brak nadzoru nad Funduszem w zakresie kontrolowania realizacji umów i monitorowania udzielania świadczeń”. • **Miliony złotych „popłynęły” do Szwajcarii i... nic.** Śledztwo w sprawie udziału Aleksandra Naumana w „aferze sprzętowej” utknęło w miejscu. Powodem zawieszenia śledztwa jest brak niektórych informacji od szwajcarskich prokuratorów. • **Wielokrotnie wykorzystywali sprzęt jednorazowego użytku...** i przez to nieumyślnie narazili dializowanych pacjentów na zakażenie WZW typu C – takie zarzuty głogowska prokuratura postawiła dwóm pracownikom tamtejszej stacji dializ. • **Ponad 2200 badań PET-CT** – tyle Kujawsko-Pomorski Oddział NFZ zakontraktował z Centrum Onkologii w Bydgoszczy. Koszt jednego badania wyceniono na 4,5 tys. zł, a cały kontrakt na 10 mln zł. • **Prokuratorzy adwokatami NFZ.** Wielkopolscy prokuratorzy informują w listach do NFZ, iż w związku z wyrokami w sprawie wypadków drogowych, Fundusz powinien domagać się od sprawców wypadków pokrycia kosztów leczenia poszkodowanych osób. Przedstawiciele prawa powołują się przy tym na art. 444 par. 1 kc, zgodnie z którym sprawca obrażeń jest zobowiązany do zwrotu kosztów leczenia. • **„Piłem, i to dużo”** – wyznał w wywiadzie dla „Faktu” kandydat na urząd prezydenta RP kardiochirurg prof. Zbigniew Religa. • **Wszyscy czekają na ostateczny wyrok.** Krakowski Szpital im. Rydygiera domaga się od NFZ zwrotu ponad 3,5 mln zł, wypłaconych pracownikom tej

ciąg dalszy na str. 37

Zasiłki po nowemu

Uchwalona 17 grudnia 2004 r. nowelizacja ustawy z 25 czerwca 1999 r. o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa (Dz. U. nr 10 z 2005 r., poz. 71) wprowadza szereg nowości w prawie dotychczas obowiązującym. Oto najistotniejsze z nich:

Podstawowy okres zasiłkowy wydłużono do 182 dni.

W przypadku gruźlicy okres ten pozostał bez zmian (9 miesięcy czyli 270 dni). Wydłużenie okresu zasiłkowego będzie dotyczyło wszystkich ubezpieczonych – zarówno tych, którzy w dniu wejścia nowelizacji w życie, tj. 8 lutego 2005 r. będą już na zasiłku, jak i tych, którzy zachorują po tej dacie.

Zniesiono możliwość przedłużenia okresu zasiłkowego o dalsze 3 miesiące.

Nie dotyczy to jednak osób, które w dniu wejścia nowych przepisów w życie będą nieprzerwanie na zwolnieniach lekarskich; po wyczerpaniu podstawowego okresu zasiłkowego mogą one nadal, na dotychczasowych zasadach, wystąpić do ZUS-u z wnioskiem o ewentualne przedłużenie okresu zasiłkowego o dalsze 3 miesiące. Osoby, które staną się niezdolne do pracy po 8 lutego 2005 r., po wyczerpaniu okresu zasiłkowego w sytuacji, gdy będą nadal niezdolne do pracy, a ich dalsze leczenie lub rehabilitacja będą rokowały odzyskanie tej zdolności, będą mogły wystąpić o przyznanie świadczenia rehabilitacyjnego. Świadczenie to może być przyznane na okres do 12 miesięcy z dniem wyczerpania okresu zasiłkowego.

Zniesiono 100% zasiłek chorobowy od 91 dnia zwolnienia lekarskiego.

Zasiłek chorobowy przez cały okres choroby wynosi 80% podstawy wymiaru, a za okres pobytu w szpitalu 70% tej podstawy.

Zasiłek chorobowy w wysokości 100% będzie nadal przysługiwał kobietom w ciąży oraz tym, którzy stali się niezdolni do pracy w wyniku wypadku w drodze do lub z pracy. Od dnia wejścia zmian w życie uzyskają go także osoby, które stały się niezdolne do pracy wskutek poddania się niezbędnym badaniom lekarskim przewidzianym dla dawców komórek i narządów. Przyczynę niezdolności do pracy wskutek poddania się tym badaniom oraz niezdolność do pracy wsku-

tek poddania się zabiegowi pobrania komórek, tkanek i narządów należy udokumentować zaświadczeniem wystawionym przez lekarza na zwykłym druku. Do zaświadczenia tego dołączone musi być także zaświadczenie lekarskie wydane na druku ZUS ZLA.

Świadczenie rehabilitacyjne za pierwsze 3 miesiące podwyższono do 90% podstawy wymiaru, potem będzie wynosić 75 %.

Zasada ta dotyczy wszystkich chorujących, także tych leczonych z powodu skutków wypadków w drodze do pracy lub z pracy. Tylko w przypadku, gdy choroba trwa podczas ciąży, przez cały okres pobierania świadczenia przysługiwać ono będzie w wysokości 100% podstawy wymiaru.

Podczas pobierania świadczenia rehabilitacyjnego przez okres pierwszych 3 miesięcy, podobnie jak podczas pobierania wynagrodzenia chorobowego i zasiłku chorobowego, pracodawca nie będzie mógł zwolnić chorego pracownika legitymującego się przynajmniej 6-miesięcznym, zakładowym stażem pracy.

Podstawę wymiaru zasiłku chorobowego dla wszystkich pracowników ustalać się będzie z 12 miesięcy kalendarzowych poprzedzających miesiąc zachorowania.

Zlikwidowano dłuższy, bo 12-miesięczny okres uprawnień do pobierania zasiłków chorobowych dla nauczycieli, mianowanych urzędników państwowych i samorządowych, mianowanych pracowników NIK-u, urzędników sądów i prokuratury oraz urzędników służby cywilnej. Od dnia wejścia nowelizacji w życie będą je otrzymywać na zasadach ogólnych.

Zielona Góra, luty 2005 r.

Bogdan Jakubski

Autor, dr n. med., jest głównym lekarzem orzecznikiem Oddziału ZUS-u w Zielonej Górze.

Mój gabinet – czyj gabinet?

Dorota Łucja Jarczevska

Kwestia rejestracji gabinetów prywatnych budzi wciąż wiele emocji.

Nie tylko dlatego, że jest to procedura, bądź co bądź, skomplikowana i pochłaniająca wiele energii. Również dlatego, że wciąż zmieniające się przepisy powodują zamieszanie i budzą wątpliwości.

– Obecne zasady rejestracji praktyk prywatnych są dość dwuznaczne i trudno mi osobiście je akceptować. – twierdzi mecenas Ewa Krzyżowska, radca prawny Okręgowej Izby Lekarskiej w Krakowie. Jednak w tej sytuacji muszą się znajdować lekarze, czasem manipulowani przez swoich pracodawców, z którymi podpisują umowy na świadczenie usług w gabinecie prywatnym. Sformułowanie w ustawodawstwie dotyczącym rejestracji praktyk: „indywidualna (specjalistyczna) praktyka lekarska wyłącznie w miejscu wezwania” bywa niezrozumiałe dla lekarzy. – I słusznie – twierdzi mecenas Krzyżowska. – Jeśli ktoś siedzi od poniedziałku do piątku od 16.00 do 20.00, to jakie to wezwanie? Poza tym – lekarza wzywa pacjent, a nie zakład zdrowotny przecież.

Mam umowę-zlecenie...

Czytelnik z Krakowa, specjalista chorób wewnętrznych, nawiązał ostatnio współpracę z NZOZ-em i wkrótce ogarnęły go wątpliwości, czy powinien rejestrować swoją praktykę.

Jestem pracownikiem Szpitala Uniwersyteckiego. Ostatnio nawiązałem współpracę z NZOZ-em i zawarłem również umowę-zlecenie na świadczenie usług medycznych. Dotarły do mnie opinie, że zawierając umowę-zlecenie w ramach praktyki wyjazdowej z różnymi podmiotami mam obowiązek rejestracji gabinetu w miejscach świadczenia usług. Chciałbym nadmienić, że moim obowiązkiem jest jedynie świadczyć usługi, nie są na mnie nałożone żadne inne obowiązki, nie mam również żadnych dodat-

kowych praw, w tym nie dysponuję żadnym prawem do lokalu, w którym są umawiani pacjenci.

Podstawą prawną do stwierdzenia o rejestracji jest art. 50 Ustawy o zawodzie lekarza z 5 grudnia 1996 r. W ustawie tej obowiązek rejestracji gabinetu lekarza pełniącego indywidualną praktykę lekarską spoczywa na tym, z kim podpisuje on umowę o pracę lub cywilnoprawną. Umowa-zlecenie jest formą umowy cywilnoprawnej. Pełnienie natomiast indywidualnej praktyki lekarskiej w miejscu wezwania pociąga za sobą konieczność zarejestrowania jej w OIL. Natomiast, jak słusznie podkreśla przewodniczący Dolnośląskiej Izby Lekarskiej Andrzej Wojnar, w omawianej kwestii, gdy lekarz ma wykonywać zawód w ZOZ-ie, art. 50 ma ograniczone zastosowanie (gdyż dotyczy wykonywania zawodu lekarza poza ZOZ-em).

– Istnieją trzy formy rozwiązania przedstawionej kwestii – uważa dr Wojnar. – Po pierwsze, lekarz może podpisać z NZOZ-em umowę o pracę lub cywilnoprawną. Po drugie, lekarz może na terenie NZOZ-u po podpisaniu poprzednio umowy najmu i dzierżawy na korzystanie z lokalu, aparatury i sprzętu ww. podmiotu zarejestrować indywidualną specjalistyczną praktykę lekarską, a następnie umowę o świadczenie usług medycznych z NZOZ-em. I wreszcie po trzecie, lekarz mający już zarejestrowaną praktykę stacjonarną lub wyjazdową (z wyjątkiem lekarza stomatologa) może podpisać z NZOZ-em umowę o świadczenie usług medycznych, do której stosuje się odpowiednio przepisy umowy zlecenia w ramach tzw. praktyki wyjazdowej.

Podobnie uważa mecenas Krzyżowska, podkreślając, jaką wagę ma treść umowy: – Jeśli umowę-zlecenie z NZOZ-em podpisuje lekarz jako osoba, pacjent przychodzi do lekarza wskazanego przez NZOZ. Jest to kwestia schematu organizacyjnego. Jeżeli lekarz ma natomiast umowę-zlecenie jako gabinet, wykonuje swój wolny zawód i prowa-

Ustawa o zawodzie lekarza, art.50:

5a. Lekarz, z wyjątkiem lekarza stomatologa, wykonujący indywidualną praktykę lekarską lub indywidualną specjalistyczną praktykę lekarską wyłącznie w miejscu wezwania może uzyskać zezwolenie oraz wpis do rejestru (...) po przedstawieniu właściwej okręgowej radzie lekarskiej danych o:

1. spełnieniu warunków określonych w ust. 1 pkt 1 lub ust. 2 pkt 1 i 2,
2. adresie indywidualnej praktyki lekarskiej lub indywidualnej specjalistycznej praktyki lekarskiej, miejscu przyjmowania wezwań, miejscu przechowywania dokumentów medycznych,
3. sprzęcie medycznym umożliwiającym udzielanie określonych świadczeń zdrowotnych w miejscu wezwania.

dzi w swoim imieniu praktykę lekarską (jako tzw. praktykę wyjazdową). Może korzystać z pomieszczenia czy urządzeń, ale odpowiedzialność za praktykę i pacjentów jest jego. I to on musi tę praktykę zarejestrować.

...i wiele innych problemów

Omawiany przykład nie daje odpowiedzi na wiele wątpliwości rodzących się podczas decyzji o rejestracji. Dlatego warto pamiętać, że zawsze można sobie pomóc.

- **Porady kolegów, którzy mają podobną sytuację.** Nie tylko lojalność zawodowa, ale oczywista w każdym człowieku chęć udzielania dobrych rad może okazać się wyjątkowo użyteczna.
- **Działy Rejestracji Gabinetów Prywatnych** przy każdej OIL. Są tam osoby kompetentne, które znają nie tylko obowiązujące przepisy, ale i – codzienne życie.

Autorka jest lekarzem w Krakowie.

Trudne pytania (cd.)



foto: Marek Stankiewicz

Przedstawiam dalszy ciąg raportu z konferencji „Pytania etyczne dotyczące biotechnologii prenatalnej”. Prezentowane pytania, które zostały przedstawione podczas obrad, dotyczą diagnostyki i terapii prenatalnej oraz medycznie wspomaganą prokreację. Cytuję kilka fragmentów wypowiedzi uczestników obrad. Oto pytania i wypowiedzi:

- Czy trisomia 21, czyli zespół Downa, stanowi wskazanie lekarskie do przerwania ciąży? Z jednej strony mówi się o płodzie jako pacjencie, który ma prawo do leczenia, z drugiej podejmuje się decyzje, które pozbawiają go życia, kiedy jest chory.
- Czy dopuszczalna jest procedura tzw. matki zastępczej; bywa, że poszukuje się matki zastępczej, która miała bardzo dobre wyniki na testach matematycznych, skończyła prestiżową uczelnię, jest wysoka, wysportowana itd... W Stanach Zjednoczonych rozpowszechniony jest handel komórkami jajowymi... Wynajęcie matki zastępczej kosztuje nie więcej niż 20 tys. dolarów. Zabieg kosztuje 5-10 tys. dolarów. Dochody kilkudziesięciu milionów obywateli amerykańskich pozwalają na korzystanie z technik zapłodnienia pozaustrojowego i wyszukiwanie odpowiedniego „materiału genetycznego”. Jednak skutki zabiegu nie są pewne. To nie to samo co planowanie genetyczne, które na razie jest pomysłem *science-fiction*. Można wybrać inteligentną dziewczynę, pobrać komórkę jajową, a dziecko uzyskane „z próbki” nie będzie posiadało oczekiwanych cech. W nawiązaniu do powyższego cytatu powstaje pytanie, czy wyżej wymienione biotechnologiczne procedury sztucznego wytworzenia człowieka „na zamówienie”, o określonych „zamówionych” cechach, nie naruszają praw tego człowieka. Co zrobić z człowiekiem, którego cechy nie odpowiadają oczekiwaniom osób zamawiających procedurę? Czy osoby „zamawiające” mogą odmówić przyjęcia dziecka, które nie odpowiada ich oczekiwaniom? Czy komercjalizacja reprodukcji jest etycznie pozytywna (zwłaszcza z punktu widzenia nowo poczętego człowieka)?
- Czy akceptowalna etycznie jest procedura, w wyniku której powstaje dziecko trojga rodziców? (W sytuacji, kiedy matka jest nosicielką chorób przenoszonych przez mitochondria zlokalizowane w cytoplazmie komórki jajowej przenosi się jądro jej komórki do komórki jajowej innej kobiety, tę komórkę jajową zapładnia się plemnikami ojca i implantuje do kobiety, od której pochodziło jądro oocyta.)
- Czy inwazyjna diagnostyka prenatalna u ciężarnych kobiet (zwłaszcza często stosowana u kobiet po 35 roku życia) może być elementem selekcji genetycznej płodów?
- Jakiego zakresu informacji o ryzyku zdrowotnym, tak dla matki, jak i płodu, powinno się udzielać osobom pragnącym poddać się procedurze zapłodnienia pozaustrojowego?
- Jakie rodzaje chirurgii płodu są etycznie akceptowalne wobec faktu, że interesy matki i dziecka mogą być przeciwstawne, choć są ze sobą nierozdzielnie związane? Kto powinien decydować o operacji i jakie kryteria powinien spełniać ośrodek wykonujący operację? Do jakiego stopnia matka powinna mieć udział w podejmowaniu decyzji? Jaki udział w po-

dejmowaniu decyzji powinien mieć lekarz? Czy interes płodu powinien być brany pod uwagę w podejmowaniu decyzji?

- Jakie informacje dotyczące zdrowia płodu powinny być przekazywane rodzicom? Czy tylko informacje pewne? Czy również informacje mało prawdopodobne? Jak ustalić czy rodzice autentycznie chcą otrzymać informację o stanie zdrowia płodu?
- Czy wolno zamrażać ludzkie embriony, a po ich rozmrożeniu implantować je do narządu rodnej kobiety, wobec braku pewności, że nie szkodzi to zdrowiu dziecka?
- Jeżeli uznamy, że zamrażanie ludzkich embrionów jest dozwolone, to po jakim czasie od zamrożenia ludzki embrion winien być uznany za bezużyteczny i nie powinno się go już implantować?
- Czy wolno nie wykorzystane ludzkie embriony zabijać?
- Jeżeli uznalibyśmy, że procedura matki zastępczej jest dopuszczalna, to czy wolno implantować ludzki embrion na zamówienie dowolnych osób, czy tylko na zamówienie osób spełniających określone kryteria (np. rodzinne lub inne)?
- Kim w świetle prawa są rodzice sztucznie poczętego dziecka – rodzice biologiczni czy osoby, które zamówiły stosowną procedurę, nawet jeśli nie są rodzicami biologicznymi?
- Czy pozbawienie człowieka informacji o jego rodzicach biologicznych narusza jego prawa?
- Czy dawcami komórek rozrodczych mogą być osoby chore psychicznie (nawet jeśli są zdolne do działań prawnych) lub osoby obciążone chorobami dziedzicznymi? Jeśli nie, to kto ma sprawować stosowną kontrolę?
- Jakie informacje o dawcach komórek rozrodczych powinna otrzymać kobieta, której wytworzony sztucznie embrion będzie implantowany?
- Czy wolno „zamawiać” pożądane cechy sztucznie poczętego dziecka (np. kolor oczu lub cechy psychiczne) i według tego „zamówienia” selekcjonować ludzkie komórki rozrodcze lub zamrożone embriony?
- Czy wolno używać do zapłodnienia ludzkich komórek rozrodczych po śmierci ich dawców?
- Czy mężczyzna żyjący w małżeństwie ma prawo odmówić zgody na implantację embrionu jego żonie, jeżeli ojcem biologicznym embrionu jest inny mężczyzna?
- Na jakiej podstawie prawnej rozstrzygać związane z poprzednim pytaniem spory sądowe (np. spadkowe)?
- Czy człowiek, który powstał w wyniku zapłodnienia *in vitro*, ma prawo do odszkodowania, jeżeli w wyniku tej procedury poniósł szkodę na zdrowiu (np. w wyniku zamrożenia) – jeżeli tak, to gdzie zgłaszać roszczenia?
- Kto spełnia obowiązki rodzicielskie wobec sztucznie poczętego dziecka i od którego momentu istnienia tego dziecka?
- Czy wolno zrezygnować z obowiązków rodzicielskich wobec dziecka poczętego *in vitro*?
- Czy zapłodnienie *in vitro* może być wykonywane w każdym zakładzie opieki zdrowotnej? Jeżeli nie, to w jakim?

Trudne pytania dotyczące klonowania, komórek macierzystych i procedur genetycznych w następnych numerach „Gazety Lekarskiej”.

Jerzy Umiastowski

Eurodeputowani przeciw handlowaniu komórkami jajowymi

Parlament Europejski przyjął w marcu br. rezolucję, w której potępił nielegalny handel komórkami jajowymi oraz wezwał do stworzenia warunków pobierania komórek nie prowadzących do eksploatacji kobiet.

Powodem przyjęcia rezolucji w sprawie handlu ludzkimi komórkami jajowymi były doniesienia mediów o istnieniu w Rumunii kliniki, która odpłatnie sprzedawała komórki jajowe obywatelom Wielkiej Brytanii.

Według wyemitowanego przez telewizję BBC reportażu, rumuńskie kobiety otrzymywały za przekazanie komórek 225 euro, co odpowiada średniej pensji w tym kraju.

W przyjętej rezolucji eurodeputowani wezwali Komisję Europejską do zbadania sytuacji w Rumunii i potępiili „nielegalny handel ciałem ludzkim i jego częściami”.

Za rezolucją głosowało 307 eurodeputowanych, przeciw 199, a 25 wstrzymało się od głosu.

Według prawa europejskiego tyłko nieodpłatne przekazywanie komórek jajowych jest dozwolone. Artykuł 3 Karty Praw Podstawowych Unii Europejskiej wyraźnie zakazuje wykorzystywania ciała ludzkiego i jego poszczególnych części jako źródła zysku. Kobiety mają natomiast prawo do otrzymania rekompensaty za poniesione wydatki i niedogodności związane z donacją, o czym mówi wchodząca w 2006 r. w życie dyrektywa.

UE nie ma jednak kompetencji pozwalających na ustalenie wspólnej dla wszystkich krajów członkowskich kwoty, powyżej której rekompensata dopuszczalna przez prawo mogłaby być uznana za wynagrodzenie. To leży w gestii krajów członkowskich.

Władze brytyjskie zaprzeczyły doniesieniom mediów o handlu komórkami informując, że przeprowadzone śledztwo nie znalazło dowodów, iż dawczyńiom rumuńskim przekazywano sumy przekraczające kwoty mające charakter rekompensat.

Argumenty te nie przekonały większości eurodeputowanych. Reportaż BBC pokazywał bowiem kobiety mó-

wiące, że otrzymały wynagrodzenie za oddawanie komórek. Ponadto potwierdziły to pośrednio władze rumuńskie zamykając klinikę i wszczynając śledztwo.

Eurodeputowani uważają, że w Rumunii dochodzi do wykorzystywania kobiet żyjących w trudnej sytuacji ekonomicznej.

„Co tłumaczy fakt, że kliniki rumuńskie posiadają szeroką ofertę wolnych komórek jajowych? Czy rumuńskie kobiety różnią się w zasadniczy sposób od innych kobiet z innych krajów?” – pytał podczas debaty eurodeputowany Bogusław Sonik.

Na wniosek grupy demokratów i liberałów do rezolucji wpisano poprawkę o potrzebie stworzenia warunków pobierania komórek jajowych nie prowadzących do eksploatacji kobiet, pamiętając o bezpłodnych parach. W reportażu BBC poinformowano, że w Wielkiej Brytanii czas oczekiwania na komórkę jajową wynosi ok. 7 lat. Poinformowano również, że każdego miesiąca do Rumunii wyjeżdżają dziesiątki kobiet, by otrzymać komórkę.

Inna poprawka, zgłoszona m.in. przez posła Marcina Libickiego z grupy Unia na rzecz Europy Narodów, wezwwała Komisję Europejską do zaprzestania klonowania ludzi w ramach unijnego 7 Programu Ramowego Badań Naukowych.

W kolejnej poprawce zgłoszonej przez tę samą grupę eurodeputowani zasugerowali, by UE nie finansowała badań nad embrionami i komórkami macierzystymi. „Finansowanie z ramienia UE powinno skupić się na alternatywach, takich jak badanie komórek somatycznych i komórek uzyskanych z krwi pępowinowej, które są akceptowane we wszystkich państwach członkowskich” – napisano.

Strasburg (PAP)

@sculap.pl

Goniec Medyczny

ciąg dalszy ze str. 34

placówki z tytułu realizacji tzw. ustawy 203. Sąd Rejonowy w Krakowie przyznał rację szpitalowi, ale Sąd Apelacyjny obniżył zasądzoną kwotę o połowę. Niedługo wyrok w tej sprawie ogłosi Sąd Najwyższy. • **Klamka zapadła.** „Likwidacja zadłużonego Szpitala im. Jędrzeja Śniadeckiego w Katowicach jest nieunikniona” – poinformował prezydent Katowic Piotr Uszok. Wcześniej bankowe konta szpitala zostały zablokowane przez komornika. • **Zajęcie szpitalnego konta zgodne z prawem.** Sąd Rejonowy w Lublinie oddalił skargę szpitala w Opolu Lubelskim dotyczącą zajęcia szpitalnego konta bankowego przez komornika. • **Dobre serce komornika.** Komornik odblokował pieniądze szpitala w Głownie (woj. łódzkie). „Teraz mamy czas na to, aby spokojnie zastanowić się, co dalej z tym fantem zrobić” – mówi dyrektor placówki Marian Łabędzki. Zadłużenie ZOZ-u wynosi ok. 18 mln zł. • **„Kolejowy” zostanie zlikwidowany 1 lipca.** Małopolski Urząd Marszałkowski zdecydował o likwidacji Szpitala Kolejowego w Krakowie. Brak było chętnych na kupno szpitala i tym samym przejęcie oferowanych przez tę placówkę usług medycznych. • **Budują od 1976 r.** Ministerstwo Zdrowia zablokowało budowę Centrum Kliniczno-Dydaktycznego UM w Łodzi. • **Można tańiej i też skutecznie.** Mniej niż połowa Polaków (41 proc.) wykupuje wszystkie przepisane na receptach leki. Niestety, farmaceuci w ogóle (30 proc.) lub rzadko (41 proc.) informują pacjentów o możliwości zakupu tańszych odpowiedników – wynika z badania agencji Kinoulty Research. • **Zwłoki na widoku publicznym.** „W Polsce nie można preparować zwłok dla celów ekspozycyjnych lub innych, nawet za zgodą osób zmarłych czy ich bliskich” – takie oświadczenie wydała Prokuratura Okręgowa w Zielonej Górze w związku z planami uruchomienia zakładu preparowania zwłok w Sienawie Żarskiej przez niemieckiego naukowca Günthera von Hagensa. • **Po operacji bez opieki.** Zoperowany w szpitalu w Żarach mężczyzna zmarł po zabiegu w wyniku ostrej niewydolności oddechowej. Prokuratura zarzuca ordynatorowi oddziału niedopełnienie obowiązków. • **Lekarka brała udział w fałszowaniu egzaminów na prawo jazdy.** 52-letnia lekarka z Elbląga została skazana przez tamtejszy sąd rejonowy na rok pozbawienia wolności w zawieszeniu na 3 lata. Powodem było wystawianie fałszywych zaświadczeń, które umożliwiały kursantom zdawanie eg-

dokończenie na str. 38 i 39

zaminu na prawo jazdy tradycyjnie (pi-semnie), a nie rozwiązując testy w komputerze. • **Do 5 lat więzienia za pijany dyżur.** Lekarz, który przyjmował pacjentów w Szpitalu Miejskim w Chełmie, miał ponad 2 promile alkoholu we krwi. Teraz grozi mu do 5 lat więzienia. • **Anaboliki od stomatologa.** 50-letnia dentystka ze Słupska wypisywała recepty na refundowane sterydy anaboliczne osobom, które nie były jej pacjentami. Teraz grozi jej do 8 lat więzienia. • **Nie wiedzieli o 6-miesięcznej ciąży.** Sąd nie aresztował lekarza chirurga z Cieszyńska podejrzanego o usunięcie ciąży. Zarówno pacjentka, jak i operujący ją lekarz utrzymują, że nie wiedzieli o ciąży. • **10 lat więzienia za 500 zł łapówki.** W Łodzi policja zatrzymała 37-letniego chirurga, który wziął 500 zł łapówki w zamian za zoperowanie pęcherzyka żółciowego u ciężko chorej 70-letniej kobiety. Teraz lekarzowi grozi kara do 10 lat pozbawienia wolności. • **Warmia i Mazury w walce z gruźlicą.** W Olsztynie otwarto nowoczesną pracownię przeciwgruźliczą. Od wielu lat zachorowalność na gruźlicę w regionie warmińsko-mazurskim jest najwyższa w kraju, a wykrywalność jest na jednym z ostatnich miejsc w Polsce. • **Praca (naukowa) na zamówienie.** Katowice stały się ogólnopolskim centrum handlu pracami naukowymi. Jedna z katowickich firm oferuje prawie 1200 prac dyplomowych i ponad 10 000 referatów. • **Apel do byłych konfidentów SB.** Senat Uniwersytetu Mikołaja Kopernika w Toruniu apeluje do byłych konfidentów SB o... niekandydowanie do władz uczelni. • **Rektor uczelni musi mieć co najmniej doktorat.** Rektorem uczelni niepublicznej może zostać osoba posiadająca co najmniej stopień naukowy doktora, a w uczelni publicznej kandydat na rektora musi być profesorem lub doktorem habilitowanym – tak zdecydowali członkowie Sejmowej Komisji Edukacji. • **Życie zaczyna się po 40!** Już 500 pielęgniarek z woj. łódzkiego wyjechało za granicę po wejściu Polski do UE. Kolejnych 1500 chce wyemigrować w tym roku. Wyjazd za granicę planują także siostry ze Szpitala im. Kopernika w Łodzi, które ukończyły 40 rok życia – mówi dr Zbigniew Morawiec, dyrektor Ośrodka Onkologicznego w łódzkim szpitalu. • **Porozumienie w sprawie przewożenia oparzonych.** Lotnicze Pogotowie Ratunkowe i Polskie Towarzystwo Leczenia Oparzeń podpisały porozumienie w sprawie współpracy przy transporcie osób oparzonych. W Polsce działają 4 specjalistyczne ośrodki lecze-

Podatkami w lekarzy

Zygmunt Wiśniewski

Komunistom potrzebny był wróg. Konsolidacja zdeorientowanych i otumanionych ludzi pod hasłem walki klasowej była wypróbowanym w ZSRR leninowskim zabiegiem manipulacji społecznej.

W Polsce nie używa się ulubionego przez naszych wschodnich sąsiadów określenia „wróg ludu”, ale i na to przyjdzie pora. Jesteśmy przecież dopiero w połowie lat czterdziestych. Partia (Polska Partia Robotnicza) nie ma jeszcze pełni władzy, dzieli ją z PPS, Stronnictwem Ludowym, Stronnictwem Pracy (później Stronnictwem Demokratycznym). Po przeciwnej stronie jest Polskie Stronnictwo Ludowe i jego przywódca Stanisław Mikołajczyk. Opozycyjne PSL opiera się na chłopach (zamożnych, wkrótce nazwanych przez propagandę władzy „kułakami”) i inteligencji. A inteligencja – to prawnicy, lekarze, architekci, urzędnicy. Należało w nich uderzyć dotkliwie, po proletariacku.

Najliczniejszą, powszechnie znaną i najmniej skłonną do współpracy z nową władzą grupą byli lekarze. Nie można było atakować wszystkich lekarzy, bo część z nich leczyła przecież „ludzi pracy”. Tym pozwalano za marne pieniądze pracować ponad siły w ośrodkach zdrowia, przychodniach i szpitalach. Prawdziwymi wrogami byli lekarze, którzy utrzymywali się z prywatnej praktyki lub dorabiali w swoich gabinetach po godzinach pracy na państwowych posadach.

Pierwsze symptomy presji ekonomicznej na lekarzy, która ma cechy zaplanowanej akcji niszczenia praktyki prywatnej, pojawiły się już w końcu 1945 r. Były one na tyle silne i widoczne, że już 8 lutego 1946 r. Naczelna Izba Lekarska alarmowała ministra zdrowia:

„Naczelna Izba Lekarska (...) zwraca się do Obywatela Ministra z prośbą o wzięcie w obronę zawodu lekarskiego. Władze skarbowe na całym obszarze

państwa skierowały do lekarzy żądanie wykupienia «kart rejestracyjnych» oraz wniesienia niepomiarowo wysokich opłat na pożyczkę odbudowy kraju. (...) Władze powołują się na ustawę nie ogłoszoną w Dzienniku Ustaw, a więc nie tylko nie obowiązującą obywateli, ale nawet nieznaną im co do treści, nieznaną również Naczelnej Izbie Lekarskiej. (...) Naczelna Izba Lekarska prosi o interwencję, aby lekarze zostali zwolnieni od wykupywania kart rejestracyjnych, ponieważ zawód ich nie jest przemysłem ani rzemiosłem, zawód ten jest w pewnej mierze wykonywaniem służby społecznej.”

„Karty rejestracyjne” równały lekarzy z przedsiębiorcami i rzemieślnikami. Władza spieszyła się z ich wprowadzeniem. Już 15 lutego 1946 r. na naradzie w Warszawie wiceminister zdrowia obiecał lekarzom, że w drodze wyjątku, „żeby nie byli pochłonięci troską o byt codzienny”, postara się o rozłożenie im podatków na raty. Nie pomogły prośby przedstawicieli izb lekarskich, którzy argumentowali, że „karty rejestracyjne nie mają uzasadnienia, gdyż ustawa o Izbach Lekarskich (obowiązywała ustawa z 1934 r., a więc według ówczesnej terminologii „sanacyjna”) nie przewiduje konieczności posiadania świadectw przemysłowych. Lekarz tzw. wolno praktykujący – tłumaczyli – nie posiada warsztatu, w którym zatrudnia pracowników.”

Władza, reprezentowana zgodnie przez Ministerstwo Zdrowia, Ministerstwo Skarbu i Izby Skarbowe, nie słuchała tych, merytorycznie słusznych, argumentów.

Po co miała komplikować sobie sytuację wymyślaniem ekstra formy podatkowej dla wolnego zawodu, czyli prak-



tyki lekarskiej. „Karty rejestracyjne” pozwały izbom skarbowym szybko i skutecznie poskromić ekonomicznie „prywaciarzy”. Nie o karty, nie o samą rejestrację przecież chodziło, tylko o znalezienie bata finansowego na ludzi zarabiających na wolnym rynku, poza kontrolą aparatu administracyjnego.

Sprawy postępują szybko. 20 lutego NRL wystosowała pismo, w którym prosi ministra skarbu już nie tylko o „zwolnienie lekarzy z obowiązku wykupywania kart rejestracyjnych, ale także o zwolnienie od podatku obrotowego i dochodowego tych lekarzy, których roczny obrót wynosi 120 000 zł. Kwota 10 000 zł obrotu miesięcznego – stwierdza się w piśmie – jest tak niska, iż lekarz zarabiający taką kwotę i zmuszony z niej pokryć wydatki związane z wykonywaniem zawodu i utrzymaniem rodziny (2-3 osoby) stoi ciągle w stosunkach finansowych na krawędzi deficytu”.

Odnotujmy: chodzi o dwa rodzaje podatków – obrotowy i dochodowy. W perspektywie jest jeszcze jeden – wyrównawczy. O skali zagrożenia podatkowego niech świadczy komunikat, który ukazał się w maju w piśmie „W służbie zdrowia” (organie izb lekarskich): „Wobec konieczności delegowania do Izb Skarbowych rzeczoznawców do obrony interesów zawodowych, Naczelna Izba Lekarska wzywa kolegów do zgłaszania do Okręgowych Izb Lekarskich swoich kandydatur na te stanowiska.”

Lato w roku 1946 przeszło spokojnie, ale jesień przyniosła kolejne zagrożenie.

„Dnia 13 listopada w lokalu Izby Lekarskiej w Warszawie odbyło się spotkanie lekarzy w sprawie podatku domiarowego.” Pojawiła się więc nowa szklana – podatek domiarowy, którym nękać i niszczyć wtedy wszystkie środowiska ludzi z obszaru wolnorynkowego, a zwłaszcza rzemieślników i wolne zawody. „Przedstawiciele Izby Lekarskiej stwierdzili, że ustalone przez Izbę Skarbową dochody są kilkakrotnie wyższe od zeznanych, ustalone zaś podatki są wyższe od dochodów. Odliczenia kosztów własnych nie są brane pod uwagę, co stwarza katastrofalną sytuację dla rentgenologów, analityków i chirurgów. Termin 14-dniowy odwołań nie jest dotrzymywany i już następnego dnia po wręczeniu «domiaru» ulegają zajęciu narzędzia pracy.”

Podatek domiarowy, w pełni uznaniowy, zależny od widzi mi się urzędnika skarbowego był bezprawnym wy-

mysłem służącym niszczeniu ludzi zarabiających na tzw. wolnym rynku. Był *de facto* zapowiedzią oskarżenia o oszustwo skarbowe. Kto płacił – pośrednio przyznawał się do winy; kto się ościagał lub odwoływał – podlegał nakazom egzekucyjnym i dochodzeniom prokuratorskim.

Co na to izby lekarskie ?

Niewiele mogą. Władza pozwała wprowadzić w 1945 r. na wznowienie ich działalności, ale nie umocowała ich prawnie, zwlekając aż do 8 listopada 1946 r. z dekretem KRN o organizacji samorządu lekarskiego. Dekret upoważniał i zobowiązywał ministra zdrowia do powołania w ciągu dwóch lat władz samorządów lekarskich. Nikomu się więc nie spieszyło. Dwa lata, to bardzo długo, zwłaszcza że władza zdecydowała już rozprawić się z samorządem lekarskim.

Izby skarbowe konsekwentnie realizowały plan finansowego zniszczenia prywatnej praktyki lekarskiej. 14 czerwca 1947 r. dyrektor Izby Skarbowej w Warszawie zarzucił zaproszonym (wezwanym) przedstawicielom Izby Warszawskiej, „iż lekarze w znacznym odsetku zeznają mniejsze dochody, aniżeli wynika to z obliczeń Izby Skarbowej”. Na czym opierają się te wyliczenia – nie potrafił jednak uzasadnić. Nawet się o to nie starał. Wiedział, że działa bezkarnie.

Nie istniało przecież obiektywne prawo. Prawo należało do silniejszego, a siła była po stronie administracji.

W sierpniu 1947 r. sięgnięto po ostateczny argument, organizując izbom spotkanie z prokuratorem.

„Prokurator Bednarz (protokół nie odnotowuje imienia) zarzucił lekarzom niedokładne prowadzenie ksiąg handlowych, zaniżanie dochodów i stosowanie wobec pacjentów wygórowanych stawek.” Żądał też wprowadzenia cennika stawek maksymalnych i zagroził podejrzanym lekarzom „zastosowaniem obozu”.

Obozów czyli łagrów w Polsce nie było, ale prokurator musiał słyszeć o tych skutecznych sposobach resocjalizacji u naszego sąsiada. Mówiono o tym na pewno na 3-miesięcznych kursach prokuratorskich, na których szkoleni byli w rzemiośle prawnym wyróżniający się funkcjonariusze urzędów bezpieczeństwa.

Lekarze nie mieli wyboru. Zdecydowano już, że staną się „medycznymi robotnikami”, z wszystkimi wynikającymi z tej degradacji konsekwencjami.

@sculap.pl

Goniec Medyczny

nia oparzeń: w Siemianowicach Śląskich, Gryficach, Nowej Soli i Poznaniu. Są jeszcze dwa oddziały oparzeniowe: w Czarnej Górze k. Kielc i w Warszawie. • **Dawcy bez ulgi.** Na skutek urzędniczej decyzji honorowi dawcy krwi nie będą już mogli odpisywać od dochodu równowartości oddanej krwi.

• **Chorobotwórcze rury.** Zdaniem ekspertów ołowiane przyłącza i azbestowo-cementowe rury wodociągowe w starych dzielnicach Gdańska są jedną z głównych przyczyn zachorowań na nowotwory złośliwe układu pokarmowego w tym mieście. • **Są przygotowywane do „wyscigu szczurów” już w podstawówce.** Rośnie liczba polskich dzieci cierpiących na depresję – alarmuje prezes Stowarzyszenia Aktywnie Przeciwno Depresji Joanna Chatizow. • **W szponach nałogów już w młodym wieku.** O złej sytuacji panującej w ośrodkach leczących osoby małoletnie z uzależnień informuje w swoim raporcie Rzecznik Praw Obywatelskich (RPO). • **Gdy gaśnie młode życie...** Rośnie liczba samobójstw wśród dzieci. Tylko w woj. pomorskim od początku tego roku szkolnego było już kilkanaście przypadków samobójstw dzieci i młodzieży. • **Terapia wstrząsowa.** Krakowskie szkoły zafundowały swoim uczniom uzależnionym od alkoholu i narkotyków terapię wstrząsową: lekcje w Izbie Wyróżnień oraz wizyty psów tropiących narkotyki. • **Jak obronić dziecko przed narkotykami?** „Najlepszym sposobem zapobiegania narkomanii są dobre stosunki w rodzinie i zrozumienie między rodzicami a dziećmi” – uważa socjolog z UW Janusz Sierosiński.

Goniec Medyczny jest elektronicznym biuletynem informacyjnym wysyłanym bezpłatnie raz w tygodniu na ponad 70 000 kont poczty elektronicznej polskich lekarzy i innych pracowników medycznych, zarejestrowanych w portalu Esculap.pl

Esculap.pl to portal medyczny zawierający pełne teksty artykułów z kilkunastu polskich czasopism medycznych, bazę leków Pharmin-dex, giełdę pracy dla lekarzy oraz giełdę używanego sprzętu medycznego i podręczników. Współpracujemy z kilkunastoma towarzystwami naukowymi i uczelniami medycznymi oraz największymi polskimi wydawnictwami. Dostęp do wszystkich materiałów w portalu jest bezpłatny i wymaga jednorazowej rejestracji. Dodatkowo istnieje możliwość błyskawicznego założenia własnego konta poczty elektronicznej i strony WWW.

Serdecznie zapraszamy

lek. Jarosław Kosiaty

redaktor naczelny portalu Esculap.pl

Dendrite International

www.esculap.pl, e-mail: jkosiaty@esculap.pl

Wielkopolska Szkoła Diagnostyki Obrazowej. Praktyczne kursy **ultrasonograficzne**:

- 8-10.04. **Narządy powierzchowne szyi** – tarczycza, węzły chłonne, krtani, ślinianki
- 14-17.04. **Gruczoł piersiowy** – podstawowy
- 21-24.04. **Echokardiografia** – podstawowy
- 6-8.05. **Gruczoł piersiowy** – doskonalący
- 12-15.05. **Jama brzuszna** – podstawowy
- 19-21.05. **Ultrasonografia dopplerowska kończyn dolnych** – doskonalący
- 3-5.06. **Ultrasonografia w pediatrii**
- 9-12.06. **Ultrasonografia narządu ruchu**
- 16-19.06. **Ultrasonografia dopplerowska** – podstawowy

Szkolenia dają prawo do punktów edukacyjnych izby lekarskiej. Zajęcia i zakwaterowanie w ośrodku szkoleniowym na terenie WPN w Puszczykowie k. Poznania. Konto: 92 1090 1362 0000 0000 3612 1908. Zapisy: Wielkopolska Szkoła Diagnostyki Obrazowej, 62-050 Mosina, ul. Świerkowa 23, tel./fax (0-61) 819-25-00, tel. 0-603-762-041, www.obraz.pl, e-mail: obraz@obraz.pl

• 9.04. Warszawa. Europejskie Centrum Szkoleniowe Fenice organizuje szkolenie: **Nowe formuły kwasu hialuronowego do wypełnień – DetHail Lastingel i DetHail Coilngel – korekcyjne techniki zabiegowe defektów estetycznych twarzy**. Koszt 300 zł, w tym preparat do wypełnień DetHail Coilngel gratis. Zapisy: Europejskie Centrum Szkoleniowe Fenice, ul. Czarnocińska 3a, 03-110 Warszawa, lub tel. (0-22) 814-52-07, (0-22) 676-86-75, 0-501-107-592; lub e-mail: szkolenia@fenice.pl, www.fenice.pl

• 14.04. Warszawa. Bezpłatna prezentacja **Wdrażanie systemu zarządzania jakością ISO 9001 w placówkach medycznych, jako narzędzie restrukturyzacji**, tel. (0-22) 879-88-88 e-mail: audyt@seka.pl

• 15.04. Wrocław, Sala wykładowa DIL, ul. Matejki 6. Katedra Propedeutyki Pediatrii i Klinika Immunologii i Reumatologii Wieku Rozwojowego AM we Wrocławiu, Sekcja Immunologii Wieku Rozwojowego PTIDiK, Zarząd Główny PTIDiK, Dziekanat Kształcenia Podyplomowego AM we Wrocławiu, DIL we Wrocławiu organizują V Konferencję Naukowo-Szkoleniową. Kurs z **immunologii klinicznej: Zaburzenia odporności wieku rozwojowego, schorzenia autoimmunizacyjne w przebiegu niedoborów odporności**. Uczestnik otrzymuje 10 pkt. edukacyjnych. Informacje i potwierdzenie uczestnictwa: Klinika Immunologii i Reumatologii Wieku Rozwojowego AM, 51-137 Wrocław, Al. Kasprzowicza 64/66, (0-71) 323- 64-50 (446), e-mail: alusz1@poczta.onet.pl

ESDENT. Szkolenia dla **stomatologów**:

- 23-24.04. **Perioprotyka i korony teleskopowe**

- 7.05. **Endodoncja praktyczna. Kwalifikacja zębów do leczenia endo. Techniki opracowania i wypełniania kanałów. Zastosowanie lasera w endo. Pomoce optyczne w endodoncji. Radiologia i farmakologia w endodoncji. Dokumentacja zabiegowa. Powikłania i trudne przypadki**
- 14.05. **Nowe koncepcje ochrony miazgi. Argumenty za i przeciw stosowaniu podkładów. Współczesne podejście do leczenia odroczonego. Zakres usuwania zębiny próchnicowej. Przykrycie pośrednie miazgi. Zalety i wady poszczególnych materiałów do przykrycia bezpośredniego miazgi. Co nowego w kardiologii? Rewolucja w leczeniu próchnicy zębów. Czy każdy ubytek jest wskazaniem do jego opracowania i założenia wypełnienia? Jak postępować z pacjentami wysokiego ryzyka próchnicy? **DIAGNOdent i HealOzone w stomatologii****
- 21-22.05. **Recydywy w leczeniu ortodontycznym**
- 28-29.05. **Zajęcia warsztatowe z ergonomii pracy**
- 4.06. **Odbudowa zębów bocznych wypełnieniami typu inlay/onlay**
- 18.06. **Mikrochirurgia w praktyce**
- 25.06. **Szlifowanie zębów pod koronę ceramiczną oraz wyciski protetyczne na fantomach**

Informacje i zapisy: Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej, ul. Pomarańczowa, 54-058 Wrocław, tel. (0-71) 353-83-51, tel./fax 354-02-17, www.ede.pl

Roztoczańska Szkoła **Ultrasonografii**. Kursy:

- 29.04.-1.05. **Spotkanie z ultrasonografią. Sympozjum Diagnostyka USG w gabinecie lekarza rodzinnego – postępy, standardy, finansowanie**
- 1-7.05. **Kurs atestacyjny PTU wymagany do uzyskania Certyfikatu Polskiego Towarzystwa Ultrasonograficznego**
- 3-5.06. **Spotkanie z ultrasonografią. Sympozjum Diagnostyka obrazowa w chorobach sutka – postępy**
- 28.08.-3.09. **Diagnostyka dopplerowska naczyń krwionośnych: szyi, jamy brzusznej, kończyn górnych i dolnych**
- 4-10.09. **Diagnostyka USG narządów jamy brzusznej**
- 16-18.09. **USG w pediatrii i neonatologii**
- 18-24.09. **Diagnostyka USG narządu ruchu**
- 2-8.10. **Podstawy USG narządów jamy brzusznej, sutka, tarczycy, narządów miednicy mniejszej – Ultrasonografia w gabinecie lekarza rodzinnego**
- 9-15.10. **Diagnostyka USG w ginekologii i położnictwie**
- 16-22.10. **Echokardiografia w kardiologii**
- 23-29.10. **Diagnostyka USG narządów położonych powierzchownie: diagnostyka obrazowa sutka, diagnostyka USG tarczycy, węzłów chłonnych i innych narządów szyi**

Informacje i zapisy: www.usg.com.pl, (0-84) 638-55-12, 638-80-90

Polskie Towarzystwo Medycyny i Techniki **Hiperbarycznej**, Zakład **Medycyny Morskiej** Wojskowego Instytutu Medycznego:

- 9-13.05. **Fizjopatologia nurkowania, leczenie wypadków nurkowych Szkolenie II st. dla lekarzy specjalizujących się w medycynie transportu oraz zainteresowanych tematyką medycyny podróży, medycyny morskiej, medycyny sportowej, leczenia hiperbarią**
 - 5-11.06. **Podstawy fizjopatologii nurkowania i pomocy w wypadkach nurkowych**. Szkolenie I st. dla lekarzy specjalizujących się w medycynie transportu oraz zainteresowanych tematyką medycyny podróży, medycyny morskiej, medycyny sportowej. Możliwy udział średniego personelu medycznego (ratownicy medyczni, pielęgniarzy)
- Informacje i zgłoszenia: Zakład Medycyny Morskiej WIM, ul. Grudzińskiego 4, 81-103 Gdynia 3, skr. poczt. 18, tel. (0-58) 626-24-05, 626-65-23 e-mail: zmmit@mw.mil.pl, Piotr.6141627@pharmanet.com.pl.

Dolnośląska Szkoła **Ultrasonografii**. Szkolenia podstawowe:

- 10-13.05., 21-24.06. **Diagnostyka USG jamy brzusznej**
 - 31.05-3.06. **Diagnostyka USG narządów małych powierzchniowo leżących (ślinianki, gruczoł piersiowy, tarczycza)**
 - 19-21.04., 14-16.06. **Kompleksowa diagnostyka gruczołu piersiowego**
 - 20-21.06. **Diagnostyka USG w ginekologii i położnictwie**
 - 22-24.06. **Diagnostyka echokardiograficzna w pediatrii**
 - 20-21.06. **Diagnostyka USG w pediatrii**
 - 25-26.04. **Interpretacja zapisu EKG u dzieci**
 - 30.05-3.06. **Cytologia onkologiczna w ginekologii. System klasyfikacji BETHESDA** – kurs podstawowy
 - 20-22.06. **Cytologia onkologiczna w ginekologii. System klasyfikacji BETHESDA** – kurs doskonalący
- Informacje i zgłoszenia: Wrocławskie Centrum Promocji, ul. Śniadeckich 10, 51-604 Wrocław, http://www.usg.webd.pl/, e-mail: r.baran@neostrada.pl, tel. (0-71) 348-39-66, 0-606-350-328

• 12-14.05. Licheń. Centrum Konferencyjne BUDIMEX-u. Sekcja **Zakażeń Chirurgicznych** TChP organizuje XV Naukowo-Szkoleniowe Sympozjum Sekcji Zakażeń Chirurgicznych TChP oraz XII Zjazd Polskiego Towarzystwa Zakażeń Szpitalnych: **Pozabrzusze przyczyny zakażeń chirurgicznych**. Informacje i zgłoszenia: tylko drogą elektroniczną www.bokiz.am.poznan.pl/zakazenia2005, tel. (0-61) 662-11-20, fax (0-61) 662-11-20, e-mail: bokiz@osteopiant.com.pl. W imieniu Komitetu Organizacyjnego Jacek Zgoliński – BOKiZ Fundacji AM

• 13-14.05. Zabrze. XII Międzynarodowa Konferencja **Kardiologiczna Postępy w rozpoznawaniu i leczeniu chorób serca, płuc i naczyń**. VI Warsztaty Kardiologii

Inwazyjnej. M.in. sesja specjalna: „20 lat kardiologii w Śląskim Centrum Chorób Serca w Zabrze” i sesja personelu średniego. Opłata za udział 50 zł. Uczestnicy otrzymują punkty akredytacyjne TIP oraz PTK. Informacje: www.sccs.pl lub sekretariat Komitetu Organizacyjnego, tel.: (0-32) 273-23-16, fax: 273-26-79.

• **13-14.05.** Świecie. Wojewódzki Szpital dla Nerwów i Psychicznie Chorych w Świeciu nad Wisłą organizuje konferencję **neuro-psychiatryczną: Psychiatria wczoraj i dziś, połączoną z obchodami 150-lecia Szpitala**. Za udział pkt. edukacyjne. Deklaracja uczestnictwa: <http://www.szpital-psychiatryczny.swiecie.pl/konferencja>. Komitet Organizacyjny: Wojewódzki Szpital dla Nerwów i Psychicznie Chorych w Świeciu nad Wisłą, ul. Sądowa 18, 68-100 Świecie, tel. (0-52) 331-66-58, fax 332-45-41, e-mail: SZPSYN_SW@CPS.PL. Informacji udziela: Beata Bikowska, tel. (0-52) 331-66-58 lub 0-661-458-245.

• **21.05.** Warszawa. Zakład Fizjopatologii Oddychania Instytutu Gruźlicy i Chorób Płuc przy ul. Płockiej 26 w Warszawie organizuje szkolenie: **Spirometria – zasady prawidłowego wykonania i interpretacji wyników**. Za udział 5 pkt. edukacyjnych. Koszt 300 zł od osoby. Informacje: e-mail: fizpat@igichp.edu.pl, tel. (0-22) 431-22-23

• **3-4.06.** Warszawa. Międzynarodowa Konferencja **Bioetyczna: Etyczne aspekty badań podstawowych i klinicznych** (*The responsible conduct of basic and clinical research*). Udział wezmą eksperci międzynarodowi, m.in. dyrektor Office of Research Integrity (USA), dyrektor Zespołu ds. Etyki World Medical Association. Informacje: <http://surfer.iitd.pan.wroc.pl/events/RCR.html>

• **10-11.06.** Szklarska Poręba, centrum konferencyjne Hotelu „Szrenica”. Katedra i Klinika Chorób Wewnętrznych, Zawodowych i Nadcisnienia Tętniczego AM we Wrocławiu, Dolnośląski Odd. PTMP, Dolnośląski Woj. Ośr. MP we Wrocławiu organizują IX Sympozjum Dolnośląskich Dni **Medycyny Pracy: Choroby zakaźne pochodzenia zawodowego**. Przypominamy o obowiązku uczestniczenia w Sympozjum lekarzom specjalizującym się w zakresie medycyny pracy. Za udział 8 pkt. edukacyjnych. Informacje i zgłoszenia: Teresa Szypuła, Dolnośląski Wojewódzki Ośrodek Medycyny Pracy we Wrocławiu, ul. Olawska 14, 50-123 Wrocław, tel. (0-71) 344-93-45, e-mail: tszypula@op.pl

• **16-18.06.** Poznań. Katedra i Zakład Medycyny Sądowej AM im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu, Polskie Towarzystwo **Orzecznictwa Lekarskiego** – Zarząd Główny w Warszawie, Zakład Higieny Katedry Medycyny Społecznej AM w Poznaniu organizują IV Ogólnopolskie Sympozjum Naukowe Dni Orzecznictwa Lekarskiego Poznań 2005: **Dylematy i proble-**

my orzecznictwa lekarskiego. Informacje: e-mail: dolpoznarn@amp.edu.pl, (0-61) 854-64-29, 0-501-921-970

• **17-18.06.** Włocławek, sala konferencyjna hotelu „Młyn”. Włocławskie Towarzystwo Naukowe organizuje XXV Ogólnopolską Konferencję **Kardiologiczną**. Za udział 15 pkt. edukacyjnych. Studenci wyższych lat studiów i absolwenci wydziałów lekarskich mają wstęp wolny po okazaniu legitymacji. Informacje: przewodniczący komitetu organizacyjnego prof. Stanisław Sterkowicz, ul. Hoża 8/32, 87-800 Włocławek, tel. (0-54) 236-23-79; sekretarz komitetu organizacyjnego Elżbieta Migdańska, plac Wolności 20, 87-800 Włocławek, tel. (0-54) 232-28-08.

• **18.06.** Ciechocinek. Zakład **Rehabilitacji Narządu Żucia** AM w Poznaniu oraz Włocławskie Stowarzyszenie Lekarzy **Stomatologów** organizują pod patronatem Kujawsko-Pomorskiej OIL szkolenie jednodniowe: **Wykorzystanie precyzyjnych elementów retencyjnych we współczesnej praktyce protetycznej**. Informacje i zgłoszenia: www.stomatologia.edu.pl, tel. (0-54) 231-51-57, 231-04-16.

• **24-25.06.** Lubin. Miedziowe Centrum Zdrowia w Lubinie oraz Katedra **Onkologii** Wydziału Lekarskiego Kształcenia Podyplomowego AM we Wrocławiu przy współudziale Polskiej Unii Onkologii organizują Trzecie Miedziowe Wiosenne Warsztaty Onkologiczne: **Nowotwory jajnika – kontrowersje**. Opłata zjazdu 150 PLN. Wpłata na konto Dolnośląska Fundacja Rozwoju Ochrony Zdrowia we Wrocławiu nr 45 1240 1994 1111 0000 2495 6839, z dopiskiem darowizna „Cesarz”. Informacje: Oddział Onkologii Klinicznej MCZ S.A. w Lubinie, ul. M. Skłodowskiej-Curie 54, 59-300 Lubin, tel./fax (0-76) 846-04-10, e-mail: onkologia@mcz.pl

• **22-25.09.** Kraków. XVIII Zjazd Polskiego Towarzystwa **Endokrynologicznego**. Program wstępny, informacje dla autorów prac, formularze rejestracyjne i hotelowy na stronie internetowej <http://www.metabol.cm-uj.krakow.pl/ZPTE.html>. Adres do korespondencji: Komitet Organizacyjny XVIII Zjazdu Polskiego Towarzystwa Endokrynologicznego, Katedra i Klinika Chorób Metabolicznych CMUJ, ul. Kopernika 15, 31-501 Kraków, tel. (0-12) 424-83-31, 424-83-01, fax 421-97-86, e-mail: mmsierad@cyf-kr.edu.pl

• **30.09.-2.10.** Solina, Wojskowy Zespół Wypoczynkowy „JAWOR”. SPZOZ im. prof. Antoniego Kepińskiego w Jarosławiu, specjalista wojewódzki w zakresie **psychiatrii** w woj. podkarpackim, Oddział Rzeszowski PTP organizują euroregionalną konferencję naukowo-szkoleniową: **XI Bieszczadzkie Dni Psychiatryczne**. Za udział przewidziane są punkty edukacyjne. Informacje: Społeczny Komitet Organizacyjny

„Bieszczadzskich Dni Psychiatrycznych”, SP ZOZ Jarosław, ul. Kościuszki 18, 37-500 Jarosław, Anna Śniegowska, tel. (0-16) 621-46-11 wew. 334.

• **17-19.11.** Wrocław. IV Kongres Polskiego Towarzystwa **Chirurgii Ręki**. Informacje na stronie internetowej <http://www.info.am.wroc.pl/zjazd/chirurgaz/index.htm>. Sekretariat Kongresu: Katedra i Klinika Chirurgii Urazowej i Chirurgii Ręki AM we Wrocławiu, tel. (0-71) 370-02-12, fax (0-71) 344-25-29.

• **24-27.11.** Poznań. I Kongres Naukowo-Szkoleniowy Polskiego Towarzystwa **Leuczenia Ran**. Informacje: Komitet Organizacyjny: Os. Rusa 25A, 61-245 Poznań, tel./fax 876-98-69; CAAD sp. z o.o., ul. B. Krzywoustego 72, 61-144 Poznań, tel./fax (0-61) 872-03-40.

• **8-10.12.** ICZMP – Łódź. Klinika Ginekologii Operacyjnej i Endoskopowej ICZMP oraz Polskie Towarzystwo **Ginekologiczne** organizują Ogólnopolskie Sympozjum: **Zaawansowane Techniki Laparoskopowe w Ginekologii**. Informacje i zgłoszenia: ICZMP w Łodzi Samodzielna Sekcja Kształcenia – Teresa Dębowska, tel./fax (0-42) 271-12-24; ICZMP w Łodzi Klinika Ginekologii Operacyjnej i Endoskopowej, ul. Rzgowska 281/289, 93-338 Łódź, tel./fax (0-42) 271-14-75.

• **AstraZeneca** uruchomiła serwis internetowy www.wolnoscoddechu.pl, w którym zamieszczono wszystkie ważne informacje na temat programu edukacyjnego „**Wolność Oddechu – Zapobiegaj Astmie**”.

opr. (u)

u.bakowska@gazetalekarska.pl

W Szczecinie i Gdańsku

W dn. 11-12.02.br. w Szczecinie miały miejsce ogólnopolskie obchody XIII Światowego Dnia Chorego, połączone z zakończeniem roku jubileuszowego Katolickiego Stowarzyszenia Lekarzy Polskich oraz z dziesięcioleciem Oddziału Zachodniopomorskiego KSLP i X Dniem Charytatywnej Pomocy Chorem.

Przyznano pierwsze tytuły honorowego Członka KSLP: prof. prof. Tadeuszowi Chruścielowi z Warszawy i Józefowi Musiałowiczowi z Białegostoku, dr. n. med. dr. n. med. Rafałowi Michalikowi z Krakowa, Markowi Kośmickiemu z Warszawy i Jerzemu Umiaśowskiemu z Gdańska oraz asystentowi kościelnemu KSLP ks. Józefowi Gruszcze z Wrocławia.

Na miejsce Europejskiego Kongresu Lekarzy Katolickich (FEAMC) w 2008 r. wybrano Gdańsk.

Wydział Lekarski UJ

Droga Koleżanko, Drogi Kolego! Prosimy o wiadomość, czy **28 maja 2005 r.** przyjedziesz do **Krakowa** na zebranie z okazji 60 rocznicy rozpoczęcia studiów. Czekamy na odpowiedź do 20 kwietnia br., na adres koleżanki: **doc. Krystyna Chrzanowska-Szednicka, ul. Czarnowiejska 41/69, 30-049 Kraków, tel. (0-12) 634-35-78.**

Absolwenci AM w Łodzi

11 czerwca 2005 r. o godz. 16.00 w restauracji „SPATIF”, Al. Kościuszkis 33/35 spotkanie Stowarzyszenia Absolwentów AM w Łodzi. Koszt uczestnictwa 65 zł (obiad i korespondencja do wszystkich absolwentów). Wpłata na konto: Stowarzyszenie Absolwentów AM w Łodzi PKO BP I O/Łódź, nr 76-1020-3352 0000-1202-0009-9499. Przypominamy o uregulowaniu składki na rzecz Stowarzyszenia za 2005 r. w wysokości 24 zł (można na jednym przekazie). W 2007 r. będziemy obchodzić 50 rocznicę ukończenia studiów lekarskich – planujemy wydać książkę? pamiątnik? kronikę? Prosimy przelać informacje o sobie w formie krótkich, spontanicznych, wiernych i szczerzych zapisów oraz fotografii z okresu studiów i obecnie do 30 czerwca br. na adres: **Janina Ostrowska, Al. Kościuszkis 4, 90-419 Łódź, prof. Wiesława Torzecka, prezes**

Wydział Lekarski i Stomatologiczny PAM w Szczecinie rocznik 1955

17 czerwca 2005 r. w Rektoracie PAM w Szczecinie, ul. Rybacka 1, o godz. 12.00 uroczyste wręczenie jubileuszowych dyplomów z okazji 50 rocznicy ukończenia studiów. Zgłoszenia do końca kwietnia br. na adres: **DLA STOMATOLOGII: Zofia Groszewska-Sebastyańska, ul. Koński Kierat 5 m.6, 70-563 Szczecin, tel. (0-91) 434-53-11; Danuta Malużewska-Kamocka, Al. Wyzwolenia 10 m. 12, 70-553 Szczecin, tel. (0-91) 433-59-12; Irena Kobuszewska-Zdanowicz, ul. Reymonta 23 E, 71-276 Szczecin, tel. (0-91) 487-57-97; DLA WYDZIAŁU LEKARSKIEGO: Celina Tadlewska-Głaz, pl. Lotników 3 m. 6, 70-414 Szczecin, tel. (0-91) 434-62-52; Xymena Rzepecka-Dalecka, ul. 3 Maja 2 A m. 4, tel. (0-91) 433-57-61; Dalila Pietkiewicz, ul. Malczewskiego 21 m. 6, 71-612 Szczecin, tel. (0-91) 422-38-21.**

Absolwenci AM w Warszawie rocznik 1964-1970

Komitet Organizacyjny XXXV Jubileuszowego Zjazdu Absolwentów zaprasza Koleżanki i Kolegów na wspólny weekend w **Kazimierzu Dolnym n. Wisłą w dn. 27-29 maja 2005 r.** Noclegi po 50 zł od osoby płatne indywidualnie na konto Domu Dziennikarza nr 07-1240-2412-1111-0000-3610-7559. Opłata zjazdowa 350 zł płatna na konto nr 39-1020-1127-0000-1702-0012-3992. Informacje: **Majka Sołowiecz-Niewiadomska, tel. 617-66-77; Wiesław Niesłuchowski – „Vigor”, tel. 659-88-32, 659-52-85.**

Absolwenci PAM w Szczecinie Wydział Lekarski rocznik 1990

Z okazji XV rocznicy ukończenia studiów zapraszamy na II Zjazd Absolwentów PAM, który odbędzie się w **dn. 16-18 września 2005 r.** w Pobierowie w pensjonacie PISZ ul. Piastowska 5. Koszt uczestnictwa 300 zł od osoby. Wpłaty osobiste lub przekazem pocztowym u organizatorów do 31 lipca. Prosimy o wcześniejsze potwierdzenie przybycia. **Komitet organizacyjny: Małgorzata Hebel (Krupska) Szczecin, ul. Glogera 12, tel. (0-91) 426-94-90, kom. 0-501-721-009, Szczucki Krzysztof, 72-400 Kamień Pomorski, ul. 3-go Maja 1 tel. (0-91) 382-42-03, kom. 0-601-732-361, e-mail: kszczucki@poczta.onet.pl.**

Absolwenci AM w Poznaniu rocznik 1974-1980

odbędzie się w **sobotę 28 maja 2005** w Międzynarodowym Ośrodku Sportów Jeździeckich w Jaskowie, k/Sremu. Kontakt: **PBP ORBIS Sp. z o.o., Oddział Poznań, tel. (0-61) 851-32-87, fax. (0-61) 851-32-88, e-mail: kongresy.poznan@pbp.com.pl, bądź na stronie: www.orbistravel.poznan.pl.**

u.bakowska@gazetalekarska.pl

Zjazdy koleżeńskie w Internecie www.absolventus.pl

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

sport@gazetalekarska.pl

IV Ogólnopolski Rajd Rowerowy

odbędzie się w **dn. 28-29.05.2005 r.** po Jurze Krakowsko-Częstochowskiej połączony ze zwiedzaniem Jasnej Góry. Informacje: **lek. med. Tomasz Klimza, tel. kom. 0-691-488-383.**

IV Ogólnopolski Turniej Tenisa Ziemnego Lekarzy

odbędzie się w **dn. 16-19.06.2005 r.** w Częstochowie. Informacje: **lek. stom. Lesław Rudziński, tel. kom. 0-691-913-381, Rita Idziak – Biuro OIL w Częstochowie, tel. (0-34) 368-18-80, 324-76-19.**

ORL w Częstochowie informuje, że przewiduje zorganizowanie **złotu motocyklistów dla lekarzy szlakiem Orlich Gniazd.** Informacje: **Piotr Konieczny, tel. 0-601-458-915; Rita Idziak – Biuro OIL w Częstochowie, tel. (0-34) 368-18-88.**

Uwaga! Zmiana terminu! V Mistrzostwa Polski Lekarzy w Golfie

odbędą się w **dn. 20-21.05.2005 r.** na Polu Golfowym Binowo Park. Wysyłamy do wszystkich zainteresowanych formularze zgłoszeniowe i informacje. Gorąco zapraszamy. Informacje: **Maciej Mrozwowski, tel. 0-693-543-211, Małgorzata Pyra-Głogowska, tel. 0-604-102-055.**

I Mistrzostwa Polski w Pływaniu

OIL w Rzeszowie przypomina, że organizuje zawody w **dn. 8-10.2005 r.** w Debicy. Informacje: na stronie Izby <http://www.rzeszow.oil.org.pl> lub w **Biuletynie Informacji Publicznej** oraz w Biurze OIL, tel. (0-17) 853-58-37.

V Jubileuszowy Festiwal (Mistrzostwa Polski) Szachowy

– Indywidualne Mistrzostwa Polski Lekarzy w P¹⁵,
– Otwarte Mistrzostwa Polski Lekarzy w Blitzu w P¹⁵,
– Otwarty Turniej Rodzin Lekarskich i ich Przyjaciół w P¹⁵,
– Symultana i spotkanie z zaproszonym gościem,
– Konferencja naukowa „Medycyna a szachy”

NIL w Warszawie i Śląska IL w Katowicach we współpracy z MTPGSZ Centrum i KS MOSiR Zabrze, zapraszają na **19-22 maja 2005 r.**, do Hotelu „Ziemowit” (43-450 Ustroń ul. Szpitalna 88, ok. 500 m od stacji PKP Ustroń Źródło). Prawo do udziału w Mistrzostwach Lekarzy P¹⁵ posiadają: lekarze, lekarze stomatolodzy i studenci medycyny i stomatologii 5-go i 6-go roku. Biuro Zawodów zlokalizowane w Hotelu Ziemowit przyjmuje uczestników oraz osoby towarzyszące w dniu 19.05.2005 od godz. 16.30. Opłaty za pobyt i za wpisowe do zawodów należy dokonać w dniu przyjazdu w biurze zawodów. Zgłoszenie udziału w zawodach oraz rezerwacja miejsc w hotelu do 10.05.br. – e-mail: maalfred@ka.onet.pl na załączonym formularzu (dostępny na str. www.szs.org.pl, www.arcymistrz.pl), – do sędziego głównego: **Alfred Maślanka, tel. (0-32) 278-10-34, – do dyrektora mistrzostw: Jerzy Pabis 41-819 Zabrze, ul. Franciszkańska 30b/9, tel. 0-605-569-065.** Organizator zastrzega sobie prawo zmian powyższych ustaleń

Letnie Mistrzostwa Polski Lekarzy w Tenisie 2005

odbędą się w **dn. 26-29.05.2005 r.** na kortach Klubu Środowiskowego AZS Wrocław-Zacisze. Komunikaty dla członków PSTL zostaną przesłane listownie. Organizator: Studium WF AM we Wrocławiu. Opłata startowa: czł. PSTL – 130 zł, niezrzeszeni – 150 zł, do 35 lat – 50 zł. Wpłaty na konto BZ WBK s. a. 62-1090-2402-0000-0006-1000-9975 z dopiskiem „Mistrzostwa Polski Lekarzy”, w nieprzekraczalnym terminie do 10.05.br. Zgłoszenia (z podaniem daty ur.): tel./fax (0-71) 348-65-09, e-mail: wwwojcik@ak.am.pl.

V Mistrzostwa Polski Lekarzy w Wędkarstwie Muchowym i Spinningowym

odbędą się w **dn. 20-22.05.2005 r.** na rzece Poprad k. Piwnicznej (20 km od Nowego Sącza). Informacje i zgłoszenia: **dr Maciej Fortuna, e-mail: maciejfortuna@poczta.onet.pl, tel. +48-604-230-468.**

W spisie towarzystw medycznych zawartym w **Kalendarzu Lekarza Praktyka 2005 r.** z przyczyn technicznych zabrakło **Towarzystwa Medycyny Sądowej i Kryminologii**, którego prezesem jest **prof. dr hab. Zygmunt Przybylski**. Adres Towarzystwa: **ul. Święcickiego 6, 60-781 Poznań, tel. (0-61) 869-91-81, 866-21-58.**

Proste rozwiązanie



Dysponentem środków publicznych przeznaczonych na opiekę zdrowotną byłby właściwy organ administracji rządowej, a więc Minister Zdrowia i Wojewoda. Takie rozwiązanie, naszym zdaniem, prowadzić będzie do ukształtowania się właściwego nadzoru i kontroli nad wydatkami zdrowotnymi państwa... Założenia przedwyborcze aktualnego obozu władzy? Już nie. To cytat z programu coraz poważniejszego kandydata do przejścia pałeczki. Olsniewa prostotą rozwiązań. Wystarczy namaścić dysponenta środków publicznych i kontrola nad wydatkami zdrowotnymi państwa właściwie się ukształtuje. Do tego solidaryzm społeczny, podłożem którego jest dzielenie przez władze publiczne publicznych pieniędzy, odebranych (trudno się powstrzymać od określenia: ukradzionych) społeczeństwu. Kolejna zrzutka, przed którą nie nas nie obroni. Mało. Władza publiczna wydusza z nas w majestacie prawa dodatkowy grosz na chorych i słabszych ekonomicznie. Jak prawo nie pozwoli, to się je nagnie. Albo zmieni. Wystarczy wola polityczna większości parlamentarnej, którą sami sobie wybierzemy. (...)

Aleksander T. Wojtyłko

„Biuletyn Informacyjny Opolskiej IL”, 3/05

Program rekolekcji pracowników służby zdrowia i ogólnopolskiej pielgrzymki Jasna Góra – 20-22 maja 2005 r.

Rekolekcjom przewodniczy **ks. prof. Edward Staniek** – Kraków
Piątek, 20. 05. 2005 r.: 10.00 – Rozpoczęcie rekolekcji w Auli Papekiej. Msza św. i konferencja wstępna; **12.00** – Różaniec – z błogosławieństwem Ojca Świętego (Bazylika); **15.30** – Konferencja II, **17.00** – Konferencja III, **19.30** – Godzina dialogu

Sobota, 21. 05. 2005 r.: 9.00 – Msza św. w auli Jana Pawła II; **10.30** – Konferencja IV; **12.00** – Konferencja V; Po obiedzie czas na spowiedź św., adorację Najśw. Sakramentu, osobistą modlitwę; **14.30** – Konferencja VI – zakończenie rekolekcji; **15.30** – VII Krajowa Konferencja Katolickiego Stowarzyszenia Lekarzy Polskich i Katolickiego Stowarzyszenia Pielęgniarek i Położnych pod honorowym patronatem **kard. Józefa Glempa, Prymasa Polski** (temat: *Rzeczywistość ochrony zdrowia w Polsce i krajach Wspólnoty Europejskiej – ogólny moralny*); **21.00** – Apel Jasnogórski w kaplicy Cudownego Obrazu. Rozpoczęcie ogólnopolskiej pielgrzymki służby zdrowia; Po Apelu – Droga Krzyżowa na Wałach (prosimy zabrać świece); **24.00** – Pasterka Maryjna w kaplicy Cudownego Obrazu; Modlitewne czuwanie

Niedziela 22.05.2005 r.: 7.45 – Nabożeństwo w kaplicy Cudownego Obrazu; **9.00** – Konferencja dla pielgrzymów w sali o. A. Kordeckiego „Homo Homini Res Sacra” (Seneca) – **prof. Tadeusz Tolloczek**; **11.00** – Uroczysta Msza święta Na Szczycie, przewodniczy – **abp Władysław Ziśka** opiekun Duszpasterstwa Służby Zdrowia w Polsce; **14.00** – Zakończenie pielgrzymki – nabożeństwo w kaplicy Do udziału w rekolekcjach i pielgrzymce zapraszają: duszpasterze diecezjalni, księża kapelani oraz krajowy duszpasterz służby zdrowia

ks. Józef Jachimczak CM

Koledze

dr. Tadeuszowi Pawlikowskiemu
wiceprezesa

Spółdzielczej Kasy Oszczędnościowo-Kredytowej
Izb Lekarskich

wyrazy głębokiego współczucia z powodu śmierci

Matki

dr Hanny Świerczewskiej-Pawlikowskiej

składają prezes Naczelnej Rady Lekarskiej
oraz Rada Nadzorcza SKOK IL

Szanowni Czytelnicy!

60 LAT



Wydawnictwo Lekarskie PZWL obchodzi w 2005 r. 60-lecie swojego istnienia. Przez te 60 lat nasze książki towarzyszyły wielu pokoleniom młodych lekarzy, najpierw podczas studiów, a potem podczas zdobywania kolejnych stopni naukowych i w codziennej praktyce lekarskiej. Z czasem nasi pierwsi czytelnicy sami stali się autorami kolejnych podręczników służących następnym pokoleniom lekarzy, farmaceutów czy stomatologów. I tak historia zatacza krąg.

Ale wśród tej jakże poważnej nauki i pracy zawodowej często zdarzały się także sytuacje zabawne, które z czasem zaczęły być własnym życiem, krążąc w środowisku lekarskim jako anegdoty i są teraz przekazywane kolejnym generacjom.

Zapraszamy Państwa do udziału w naszym konkursie „Anegdoty z życia lekarzy i studentów”. Podzielcie się z nami tymi zabawnymi historiami. Najlepsze prace opublikujemy na naszej stronie internetowej i nagrodzimy tym, co mamy najlepszego – naszymi książkami.

W imieniu Wydawnictwa Lekarskiego PZWL
Marek Kłębowski – dyrektor handlu i marketingu



n.s. Andrzej Mleczko

Prace o objętości do **2 stron maszynopisu** można nadsyłać do **30 września 2005 r.** pod adresem: Wydawnictwo Lekarskie PZWL sp. z o. o., 00-950 Warszawa, skr. poczt. 379 z dopiskiem na kopercie „Anegdoty z życia lekarzy i studentów” lub e-mail: **konkurs@pzwł.pl**. W przypadku przesłania maszynopisu prosimy o dołączenie również elektronicznego zapisu. Pełny regulamin konkursu dostępny jest na stronie internetowej Wydawnictwa Lekarskiego PZWL – **www.pzwł.pl**. Nadesłanie prac na konkurs oznacza, że uczestnik konkursu zapoznał się z regulaminem i akceptuje jego warunki.

Wiosenny konkurs literacki

Kto to napisał?

Podaj nazwiska polskich poetów, autorów podanych niżej pięciu wierszy opowiadających o wiosnie.

Dla ułatwienia podajemy nazwiska poetów podane w kolejności alfabetycznej.

Należy przypisać je do niżej wydrukowanych wierszy:

1. Jarosław Iwaszkiewicz
2. Bolesław Leśmian
3. Adam Stanisław Naruszewicz
4. Bronisława Ostrowska
5. Leopold Staff

i kartki z prawidłowymi rozwiązaniami przesłać do 15 maja na adres redakcji.

Przygotowała Lidia Compa

C

*Wiosna dziś, jak w kapelusz, ubrała się w moje okno,
Zawiązała woalkę firanki
I patrzy nieba żrenicą błękitną, wilgotną,
Z uśmiechem spłakanej kochanki.*

*Ma lśniący płaszcz wiosenny: mokry jeszcze przeciwległy dach
I czerwone pelargonie w butonierce.
A ja stoję jak żak i wzdycham: ach!
I ręką przyciskam serce.*

*Bo serce mam wezbrane, jak nabrzmiały pąk na kasztanie
Od rannej burzy tchu,
I na pęczku fiołków składam pocałowanie,
Przyjmując rendez-vous.*

D

*Młode jeszcze gałęzie tęzą się pokrótce
W zielonej, pniom dla znaku przydanej obwódce.
Kwiaty, kształt swój pólennie zgadując zawczasu,
Nikłym pąkiem wkraczają w nieznana głęb lasu.
W dali – postrach na wróble przesadnie ręką
Z zeszłorocznym rozpędem chyli się we światy,
Jakby chciał paść w ramiona pobliskiej cierpialki,
Co naprzeciw cień w skrócie rzuca w piasek mialki.
W obłoku – obłok drugi napuszyście płonie.
Wróbel łeb zaprzepaszcza w swych skrzydeł osłonie,
Jak gdyby nasłuchiwał, co mu dzwoni w sercu?*

*Świat, zda się, dziś nam nastał, a na pola szczercu,
Gdzie zieleń swym wyrojem omgłiła rozłogi,
Bocian, pod prostym kątem załamując nogi
I dziób dzierząc wzdłuż piersi dogodnie, jak cybuch,
Kroczy donikąd, w słońca zapatrzonej wybuch,
Co skrzy się, że go okiem zgarnąć niepodobna,
We wszystkich rosach naraz i w każdej z osobna.*

E

*Siedzę w ogrodzie.
Wszystko jest stare odwiecznie.
Słońce, drzewa, kwiaty.
Tylko ja jestem młody,
Jak własny wnuk,
Jak wielu wnuków,
Bo jest ich tłum.
Śmieją się ze mnie.
Ja też.*

A

*O, jak wesołe nastały czasy!
W śliczną się barwę przybrały lasy;
Słońce się coraz wyżej pomyka;
Ledwo śnieg widać, lecz i ten znika.*

*Szumny Akwilon skrzydły mroźnemi
Gdzieś do łapońskiej zaleciał ziemi,
A lekki Zefir na lekkich cugach
Po rozłożystych sieje kwiat smugach.*

*Słodki szum czynią, gdy wiatr powiewa,
Papużym liściem ozdobne drzewa;
Gdziekolwiek pójdziesz, wiosenne dzwonki,
Kwilą pieskliwym głosem skowronki.*

*Tu wełnonośnych owiec drużyna
Młodzieuchne trawy ząbkami ścina;
Owdzie z wiernymi u nóg ogary
Nadyma pasterz huczne fujary.*

*Wisła okowy zdarszy warowne,
Pędzi do morza statki ładowne,
Czeka gospodarz, by mu za żyto
Holender złotą brząknął kalitą.*

*Dalej do pługów uprawiać ziemię,
Dalej do wołów, robocze plemię!
Gdy nie zasiejem za dobrej chwili,
Przez całą zimę będziem pościli.*

B

*Nim przyjdzie wiosna,
nim miną mrozy,
w ciszy kolebce –
nade mną sosna,
nade mną brzoza
witkami szepce.*

*Szepce i śpiewa
niby skrzypcową
melodia cicha,
melodia nowa,
której nie słysząc,
która dojrzewa.*

*Tak się zapadam
jak w śniegu puchy
w jesienne liście
i tylko duchem
słucham i badam,
czy noc nadchodzi,
czy świt się rodzi,
czy rzeczywiście?*

*I tylko przez sen
wyciągam ręce
– to mnie nie budzi,
nie chcę nic więcej –
bo wiem, że jestem
w nieskończoności,
w morzu miłości
do ludzi.*

Wydawnictwo Roztoczańskiej Szkoły Ultrasonografii
22-400 Zamość, ul. Chopina 3A, tel. (0-84) 638-55-12, 638-80-90,
fax 638-80-92, e-mail: rus@roztocze.pl, www.usg.com.pl



Ultrasonografia i inne metody obrazowania w diagnostyce nadnerczy

pod red. dr. n. med. **Rafała Zenona Słapy**
i prof. dr. hab. med. **Wiesława Jakubowskiego**,
seria **Wydawnicza Praktyczna Ultrasonografia**, t. IV,
Warszawa-Zamość 2003, str. 128

Metody obrazowania nadnerczy obejmują ultrasonografię, tomografię komputerową, rezonans magnetyczny, badania izotopowe, a także pozycjonowaną tomografię emisyjną opartą o badania kliniczne.



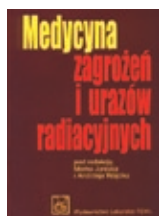
Standardy badań ultrasonograficznych Polskiego Towarzystwa Ultrasonograficznego Seria **Wydawnicza Praktyczna Ultrasonografia**, t. I, Warszawa-Zamość 2003

Opisane standardy obejmują większość wykonywanych obecnie badań USG we współczesnej diagnostyce medycznej oraz innych badań i procedur terapeutycznych wykorzystujących ultrasonografię do ich przeprowadzania i monitorowania. Standardy te nie obejmują części

wysoko specjalistycznych zastosowań ultrasonografii, jak ultrasonografia śródoperacyjna, laparoskopowa, donacyniowa, endosonografia przewodu pokarmowego i przezprzelykowa w badaniach endokardiologicznych. Drugie wydanie standardów zawiera opisy wielu nowych badań USG.

Wydawnictwo Lekarskie PZWL

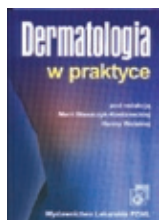
00-251 Warszawa, ul. Miodowa 10, tel. (0-22) 695-40-33, fax 695-40-32
Księgarnia wysyłkowa: (0-22) 695-44-80, infolinia 0801-142-080,
fax (0-22) 695-44-87, www.pzwl.pl, Wydawnictwo Lekarskie PZWL,
00-950 Warszawa 1, skr. poczt. 379. Koszty wysyłki za zam. pocztowym 7 zł
(zam. powyżej 150 zł pokrywa wydawca). Realizacja – 3 dni.



Medycyna zagrożeń i urazów radiacyjnych

pod red. **Marka K. Janiaka** i **Andrzeja Wójcika**
wyd. I, str. 182, cena kat. 63,00 zł

Kolejna publikacja z wydawanego przez PZWL cyklu Medycyna katastrof i medycyna ratunkowa. Przeznaczona dla lekarzy i średniego personelu medycznego stosujących źródła promieniowania do celów diagnostycznych i leczniczych służb ratowniczych oraz studentów medycyny i fizyki jądrowej. Może być wykorzystana w ramach szkoleń z ochrony radiologicznej przy ekspozycjach zawodowych i medycznych oraz z zakresu medycyny zagrożeń radiacyjnych w sytuacjach nadzwyczajnych, takich jak: wybuchy jądrowe, wypadki radiacyjne i akty terroru. Omówiono mechanizmy działania promieniowania jonizującego na poziomie komórkowym i tkankowo-narządowym, zespoły choroby popromiennej, zagrożenia zdrowia oraz zasady ochrony radiologicznej i postępowania w przypadku wystąpienia zagrożeń masowych.

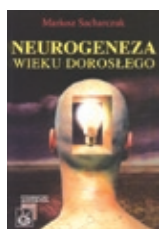


Dermatologia w praktyce

pod red. **Marii Błaszczuk-Kostaneckiej**, **Hanny Wolskiej**
Warszawa 2005, wyd. I, str. 386, cena kat. 121 zł

Podręcznik, w którym przedstawiono najważniejsze zagadnienia dotyczące chorób skóry i przenoszonych drogą płciową. Szczególne znaczenie praktyczne ma omówienie dermatoz wieku noworodkowego, zmian skórnych występujących w przebiegu niewydolności niektórych narządów wewnętrznych, w chorobach nowotworowych i w czasie ciąży, a także będących wynikiem zespołów polekowych.

Omówione są najczęściej popełniane błędy diagnostyczne i terapeutyczne oraz metody ich unikania. Publikacja zawiera bogatą dokumentację fotograficzną. Przeznaczona dla dermatologów, lekarzy ogólnych i rodzinnych.



Neurogeneza wieku dorosłego **dr Mariusz Sacharczuk**

Warszawa 2005, wyd. I, s. 100, cena kat. 24 zł

Monografia poświęcona najnowszym osiągnięciom w zakresie badań nad komórkami dorosłego mózgu. Na podstawie doniesień literatury światowej i własnych badań autor sugeruje, że związana ze starzeniem się organizmu atrofia neuronów jest głównym czynnikiem powodującym zaburzenia funkcjonowania ich sieci,

ale proces ten można zatrzymać, bądź opóźnić, stosując odpowiednio dobraną strategię postępowania klinicznego. Książka adresowana do neurologów, studentów medycyny i biologów.

Norma kliniczna w pediatrii pod red. **Mariana Kawczyńskiego**

Warszawa 2005, wyd. I, str. 504, cena kat. 109 zł

Celem publikacji jest zapoznanie lekarza pierwszego kontaktu z najnowszymi problemami pediatrii klinicznej na etapie podstawowej działalności diagnostyczno-leczniczej. Stanowi rodzaj przewodnika dla lekarza pierwszego kontaktu przy podejmowaniu decyzji diagnostyczno-leczniczych. Omówiono w niej całokształt problematyki dot. dojrzwania fizycznego, umysłowego, emocjonalnego. Nowością jest przedstawienie również problematyki okulistycznej, laryngologicznej, chirurgii dziecięcej, ginekologii wieku rozwojowego, specyfiki diagnostyki radiologicznej w pediatrii.



Endokrynologiczne i immunologiczne problemy w pediatrii

Podręcznik diagnostyki i terapii

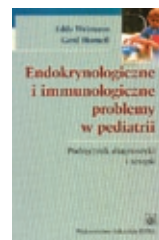
dr hab. med. **Edda Weimann**

dr hab. med. **Gerd Horneff**,

z jęz. niem. tłum. dr n. med. **Barbara Rabska-Pietrzak**

Warszawa 2004, wyd. I, str. 246

Autorzy omawiają patomechanizm występowania, objawy kliniczne, diagnostykę i terapię zaburzeń gruczołów wydzielania wewnętrznego oraz zaburzenia gospodarki mineralnej. Przedstawiają też m.in. zaburzenia różnicowania płci, obojnactwo prawdziwe i rzekome, problematykę otyłości, stany nagłe w endokrynologii, ich przyczyny, objawy i współczesne metody leczenia. Książkę uzupełniają charakterystyki testów diagnostycznych oraz interpretacja otrzymywanych wyników. Przeznaczona dla lekarzy pediatrów i lekarzy rodzinnych oraz pierwszego kontaktu.



Wydawnictwo Medyczne alfa-medica-press

43-300 Bielsko-Biala, ul. Cygański Las 11, skrytka pocztowa 333
tel./fax (0-33) 828-13-72, www.alfamedica.pl
e-mail: zamówienia@alfamedica.pl

Słownik pochodzenia nazw i określeń medycznych Antyczne i nowożytne dzieje chorób w ich nazwach ukryte

prof. dr hab. **Krzysztof W. Zieliński**, kier. Zakładu Patomorfologii i Cytopatologii Klinicznej UM w Łodzi, współpraca dr **Hanna Zalewska-Jura**, Katedra Filologii Klasycznej Uniwersytetu Łódzkiego, Bielsko-Biala 2005, str. 616

Publikacja jest pierwszym tego rodzaju słownikiem wydanym w Polsce. Powinna zasilić liczne biblioteki medyczne i prywatne.



Inwazyjna choroba menigokokowa i inne bakteryjne zakażenia ośrodkowego układu nerwowego Zasady postępowania

Anna Skoczyńska, **Marcin Kadłubowski**, **Waleria Hryniewicz**,
Bielsko-Biala 2004, str. 60

Broszura ma służyć pomocą wszystkim lekarzom w rozpoznawaniu i leczeniu bakteryjnego zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych i posocznicy, którego rozpoznanie, szczególnie u noworodków, jest bardzo trudne.



Profilaktyka, diagnostyka i leczenie malarii

pod red. prof. **Zbigniewa S. Pawłowskiego**,

prof. **Józefa P. Knapa**

Bielsko-Biala 2004, str. 54

Są to opracowane wytyczne dotyczące rozpoznawania klinicznego i laboratoryjnego i postępowania leczniczego w przypadku malarii. Broszura ma na celu bliższe zaznajomienie lekarzy z problemami leczenia malarii, które ostatnio w większym stopniu dają o sobie znać w Polsce. Opóźnienia w diagnostyce powodują złe rokowania do jej leczenia.



Pana prof. Andrzeja Steciwko przepraszam za pomyłkę w nazwisku.

opr. md