

4 2006

**Gazeta**  
**Lekarska**  
ISSN 0867-2146  
Egzemplarz bezpłatny  
Pismo Izby Lekarskich



**Bez  
Twojego  
podpisu  
podwyżek  
nie będzie**





## Lekarze nie płac(z)ą

*Składka na izby lekarskie ma swoją dobrą i złą legendę. 30 zł miesięcznie to niby nie majątek i nawet dobrego podręcznika się za to nie kupi. Gehenna, jarzmo i totalny bezsens to najelegantsze epitety pod adresem obowiązku składkowego.*

*Emeryci i renciści płacą 10 zł. Emeryci wojskowi też, choć często czynnie praktykują. Z bólem serca, a czasem z zaciśniętymi zębami większość lekarzy jednak honorowo płaci. A wśród tych honorowych najbardziej honorowi są ci, którzy zarabiają najmniej. Okazuje się, że składek nie płacą najzamożniejsi lekarze. Nie płaci prezydent 100-tysięcznego miasta, dyrektor wojewódzkiego oddziału NFZ, a za posłem prawie dwa lata biegałem, żeby zapłacił składkę – irytuje się skarbnik koszalińskiej izby lekarskiej Andrzej Dubisz. Zapominają zapłacić składkę lekarze dentyści z niejednego prominentnego gabinetu stomatologicznego, w którym leczą się pacjenci z zagranicy. Nie płacą lekarze pracujący za granicą, choć z prawa wykonywania zawodu w Polsce rezygnować nie mają zamiaru. Będąc już za granicą oczekują od izby lekarskiej wsparcia w postaci zaświadczeń i listów rekomendacyjnych.*

*Ale na najbardziej niesolidnych znalazł się już kij. Notorycznych dłużników, nie reagujących na ponaglenia i wezwania, zalegających na więcej niż 200 zł, koszalińska OIL postanowiła zgłosić do Krajowego Rejestru Dłużników Niewypłacalnych prowadzonego przez Krajowy Rejestr Sądowy. Notowani w rejestrze tracą wiarygodność w kontaktach handlowych. Nie mogą kupić sobie nawet telefonu komórkowego, kablówki czy wynająć mieszkania, biura lub gabinetu. O kredytach, zakupach ratalnych czy leasingu mogą jedynie pomarzyć.*

*Ale jest i dobra wiadomość – może będzie podwyżka w służbie zdrowia. Ale tylko w jednym szpitalu w Polanicy Zdroju, gdzie bezpośredni nadzór sprawuje minister zdrowia – wyjaśnił 24 marca z sejmowej trybuny wiceminister Bolesław Piecha (PiS). Wszyscy inni mają oczekiwać na spełnienie swoich postulatów przez dyrektorów samodzielnych szpitali. Zdaniem min. Piechy poziom zadłużenia polskich szpitali po raz pierwszy od kilku lat obniżył się z 6,5 do 5 mld. Wiele szpitali ma jasny sygnał, że jest w stanie sobie poradzić w dalszym jakby swoim istnieniu – konstatował minister. Co to znaczy sprawny rząd!*

*Nie da się ukryć – pieniądze kręcą światem. Ich brak i ich nadmiar doprowadzają do szaleństwa. Niemiecka minister zdrowia Ulla Schmidt przyznała, że RFN wydaje na ochronę zdrowia dwa razy więcej niż jej wszyscy sąsiedzi razem wzięci. Pomimo tego 30 tys. niemieckich lekarzy znów zamknęło praktyki i 24 marca wyległo na ulice Berlina. Nie będziemy za darmo pracować po nocach, ani dawać się wyzyskiwać reformatorskim mądralom, ani tym bardziej poniewierać podpuszczonym przez brukowce pacjentom – mówili medycy w berlińskim pochodzie. Tymczasem nasi rodzimi czarodzieje elektoratu, w trosce o nasze portfele, chcą nas uchronić przed wolnym handlem w niedzielę, żeby nawet przy święcie mieć jeszcze więcej czasu na swoje wojenki.*

Marek Stankiewicz  
naczelnym@gazetalekarska.pl

## W NUMERZE

między innymi

|                                                                                                                 |       |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------|
| Czy lekarzom pozostał tylko protest?                                                                            | 4     |
| Okiem Prezesa                                                                                                   | 5     |
| Wymiar (nie)sprawiedliwości                                                                                     | 6-8   |
| Praca i dach nad głową                                                                                          | 10-11 |
| Racja demokracja                                                                                                | 12,15 |
| Obywatelski projekt ustawy gwarantującej lekarzom i lekarzom denty stom godne wynagrodzenia (tabelka – podpisy) | 13-14 |
| Olimpijska obłuda                                                                                               | 16    |
| Praktyka specjalistyczna w Europie                                                                              | 18-19 |
| Zmartwychwstanie Pańskie – Wielkanoc                                                                            | 20-21 |
| Przychodzi lekarz do prawnika                                                                                   | 25    |
| Dobry zwyczaj                                                                                                   | 28-29 |
| Hipokrates – 2400 lat temu i dziś                                                                               | 30-31 |
| Lekarski sport                                                                                                  | 34    |
| Kalendarz – kursy, szkolenia, zjazdy                                                                            | 35    |
| Książki nadesłane                                                                                               | 37    |
| Konkursy, ogłoszenia różne                                                                                      | 38-53 |

Biuletyn NRL

Wesołego  
Alleluja

życzy  
redakcja



**Learn medical  
English**  
**www.med-help.info**

„Gazeta Lekarska” w Internecie  
**www.gazetalekarska.pl**



# Czy lekarzom pozostał tylko protest?

**TAK!**

*Przemysław Kozanecki, neonatolog  
z Leszna*

**W**yduje mi się, że mądry protest jest niezbędny. Rządzący bowiem zawsze wyznają zasadę: jeszcze nigdy tak nie było, żeby jakoś nie było. Zatem coś się zmieni, jeśli uderzymy mocno. Niestety, protest chyba się nie uda, bo na- iwni zawsze będą pracować za darmo, a wśród lekarzy ich nie brak. Jeśli ktoś ma wątpliwości, że nasz protest uderzy

w pacjentów przypominam, że górnicy też strajkują w zimie, a nie w lecie, kiedy węgiel nie jest potrzebny.

*Jarosław Wysocki, otolaryngolog,  
Warszawa, jwysocki@ib.amwaw.edu.pl*

**P**rotest, moim zdaniem, jest pierwszym krokiem. Powodem kryzysu są złe kontrakty podpisane w oparciu o dumpingowo wycenione procedury. Środowisko powinno renegocjować umowy z NFZ w oparciu o wyższą wartość w zamian za mniejszą liczbę procedur. W ramach tej samej puli pieniędzy. Obowiązkowo jeszcze w tym roku. To też powinno być osią protestu. Najsłabszym punktem są, niestety, dyrektorzy SPZOZ, których większość, by nie utracić stanowiska, będzie reprezentować jak zwykle organ założycielski zamiast załogi.

*Piotr Śliwiński, chirurg, Poznań  
psliwinski2@op.pl*

**M**am dość pracy po 350 godzin i więcej miesięcznie, by utrzymać odpowiedni standard lekarza i zapewnić rodzinie funkcjonowanie. Wszystkie partie polityczne, a także nasz samorząd głośno mówią przed wyborami o służbie zdrowia, a potem zaraz o tej sferze zapominają. Czy jakkolwiek inżynier ze specjalizacją pracuje za 1600 zł za etat i dorabia na drugim etacie? Pamiętajmy też, że o poprawę tej sytuacji powinniśmy walczyć wspólnie z pielęgniarkami.

*Wiktor Sułkowski, anestezjolog,  
Ostrów Mazowiecka, wiktors1@o2.pl*

**W**yjechałam i dostałam z dnia na dzień 1800% podwyżki bez żadnej łaski jakiejś moherowej koalicji. 30% podwyżki? Z 1500 na 1950 brutto, czyli 1300 netto. Przecież to śmiech na sali. „Titanic” już zatonał. Pływających na powierzchni prosimy o skierowanie się na zachód. Tam musi być jakaś cywilizacja.

*Agnieszka Kołodyńska, pediatra, Irlandia*

**P**an Zdzisio za dwa dni układania parokietu bierze tyle, na ile lekarz haruje przez pół miesiąca. Pan Henio za założenie uszczelki, co zajmuje mu 20 min, bierze tyle, ile polski doktor-niewolnik za dzień pracy. Czas na radykalne działania ze strony izb i OZZL. Inaczej lekarz i pielęgniarka będą po prostu szma-

ciarzami. Ja na wszelki wypadek uczę się języka obcego. Chcę normalnie żyć i mieć godziwą emeryturę. A w działaniu towarzystwa kanapowego nie bardzo wierzę. Nie będę strajkował.

*Krzysztof, radiolog z Dolnego Śląska*

**T**ak, i to zdecydowany w formie strajku. Chcemy, aby naszą pracę doceniono tu i teraz, za naszego życia. Strajk powinien trwać do skutku i być poprzedzony akcją informacyjną w mediach. Społeczeństwu należy uświadomić, że to ono poniesie koszt niezbędnych podwyżek finansowania pracy lekarzy. Już teraz należy aktywizować prywatne praktyki lekarskie, gdyż w czasie trwania strajku na nich powinien spoczywać ciężar sprawowania wyťažonej pracy lekarskiej wraz z – jedynie dyżurującymi lekarzami w szpitalach.

*Sławomir Graff, neurolog z Podbeskidzia*

**T**ak, ale nie o wydumane 200-300 czy nawet tysiąc zł podwyżki, lecz o natychmiastową prywatyzację systemu. Wszyscy powinni wypowiedzieć umowy o pracę. I nie bać się min. Dorna ani wizji lekarzy z Ukrainy i Białorusi. Prowadzę własny NZOZ, więc wiem o ile mam mniejsze koszty i wyższe dochody pracowników w porównaniu z publicznym. Tutaj instrumentariuszka dziennie zarabia więcej niż za miesiąc pracy w szpitalu publicznym. Odkąd upadł SPZOZ, wszyscy zarabiają lepiej, pracują w nowych gabinetach, na nowym sprzęcie, za który płacą ratami leasingowymi i bankowymi. Nie są to kokosowe interesy, ale jednak dochodowe.

*Jan Witkiewicz, okulista z Przemyśla*

**800 zł na rękę to moja pensja na całym etacie młodszego asystenta w oddziale kardiologii. Tyle samo co dozorca w naszym szpitalu. Uważam, że nie ma na co czekać, bo upływające lata jasno pokazują, że do polityków docierają tylko mocne argumenty. Rozmowy to tylko gra na czas. Media lamentują, że ucierpią pacjenci. Dla mnie ważniejsza jest moja rodzina i to, że muszę przez pół miesiąca dzień i noc siedzieć poza domem, by wyciągnąć 2 tys. Nie da się tak żyć. Nasza przyszłość w naszych rękach.**

*Krzysztof Bukowski z Podkarpacia*

## Śladem naszych publikacji

### Czwarta, czy już piąta?

**W**skupieniu przeczytałem artykuł Marka Stankiewicza „Czwarta, czy już piąta?” (GL nr 3/2006). W skupieniu, ale nie w spokoju. W miarę czytania zgrzytałem z nerwów zębami.

To wszystko, co Pan napisał, jest absolutną prawdą. Zgrzytanie zębów wynika ponadto nie tylko ze złości, ale również z bezradności. To nic, że autorytety w zakresie ekonomii i medycyny biją na alarm. To nic, że zdesperowane środowisko medyczne ucieka za granicę. Mądre głowy w rządzie nadal drwią. Lekarz – prestiżowy i szanowany zawód na świecie – w Polsce wynagradzany jest na poziomie jałmużny i zasiłku socjalnego.

W żadnym cywilizowanym kraju nie ma innego priorytetu jak nauka i służba zdrowia. Exodusu lekarzy już też nikt nie powstrzyma. Ciężkie pieniądze wydawane na szczególnie drogie kształcenie lekarza idą w błoto, a opasłe bogaty zachodni kapitalista już zaciera ręce przyjmując z radością kolejną grupę wykształconych polskich lekarzy.

Gdzie logika polityki rządu? Jak można uposażyć lekarza na granicy minimum socjalnego i kazać mu czekać na normalność jeszcze siedem lat?

Zawsze ten kraj postrzegany był przez obcokrajowców jako kraj gospodarczych absurdów. Za sprawą masowej emigracji lekarzy postrzegany będzie jeszcze jako kraj niedoścignionej głupoty działań jego decyzyjnych gospodarzy. Brawo panie ministrze Religa, brawo polski rządzie, radzę jednak pójść do lekarza. 2 kwietnia wyjeżdżam do Szwecji... na zawsze.

*Paweł Musiał*



## Budować od nowa

**U**ważam, że wywiad z prezesem Konstantym Radziwiłłem („GL” nr 2/2006) to świetny prolog do efektywnego lobbingu na rzecz normalności w RP. Jako światła korporacja powinniśmy się włączyć do budowania od nowa ładu semantycznego i normalności. To właśnie konserwatyzm, zdefiniowany skrótowo przez K. Radziwiłła, jest jak najbardziej racjonalny i pragmatyczny, bo opiera się na sprawdzonych faktach i prawdach. Nie może więc dziwić, że nowoczesny konserwatyzm święci autentyczne triumfy, bo łatwiej dostosowuje się do wyznań współczesności (vide Europa a USA). W systemach, w których rządzą konserwatyści docenia się i wycenia adekwatnie pracę lekarzy. Namawiam do szczerej aż do bólu dyskusji. My, lekarze, powinniśmy być immunizowani na zaraze politycznej poprawności, jeśli chcemy się wreszcie dobić należnego nam statusu.

Jan Jastrzębski  
pediatra i anestezjolog

## Koszyk świadczeń

**M**yszę, że te wszystkie strajki nic nie dadzą. Nie powinniśmy domagać się tylko podwyżek, ale przede wszystkim prawdziwej reformy ochrony zdrowia. Któryś wreszcie rząd musi odważyć się i ustanowić koszyk gwarantowanych w ramach NFZ świadczeń. Pozostałe usługi albo w ramach pełnopłatnej usługi prywatnej, albo prywatnych ubezpieczeń. Tylko prawdziwy rynek świadczeń i rynek ubezpieczeń prywatnych gwarantuje, że coś zmieni się na lepsze. Dodatkowo należy wdrożyć Państwowe Ratownictwo Medyczne finansowane niezależnie od NFZ (centralnie). Bo obecnie to pacjent, który nawet nie płaci składek (często alkoholik), ma wykonany pełny zakres usług medycznych na często najwyższym poziomie, bo... jemu się należy. Albo inny kwiatek – chory, który zgłasza się do SOR z tygodniowym urazem albo katarem o północy, bo jemu się też należy. To tak, jakby ktoś poszedł do apteki i dostawał całkowicie za darmo leki w ramach NFZ.

Wszyscy wiedzą, co należy zrobić, ale żadne ministerstwo nie odważy się wprowadzić rzeczywistej reformy i powiedzieć ludziom co tak naprawdę im się należy a co nie. Powyższe rozwiązanie działa w dużo bogatszych krajach UE i jakoś nikt nie wyciera tam sobie gęby Hipokratesem i powołaniem. Nie masz kasy ani ubezpieczenia – to o operacji jeśli nie jest ona ratująca życie możesz sobie tylko pomarzyć.

Malkontent z Eskulapa.pl

Realizując uchwały VIII Krajowego Zjazdu Lekarzy Naczelna Rada Lekarska sformułowała żądania środowiska. Chcemy wynagrodzeń na przyzwoitym poziomie. Minimum 33 zł brutto za godzinę pracy dla każdego lekarza/lekarza dentysty; 41 zł dla „jedynkowicza”; 49 zł dla specjalisty. Gdy porównać to z wynagrodzeniami osiąganymi przez naszych rówieśników prawników, inżynierów czy ekonomistów, to nie powinno to nikogo szokować. Kiedy zaczniemy porównywać z dochodami naszych kolegów z innych krajów członkowskich Unii Europejskiej, także tych „nowych”, polskie żądania okazują się naprawdę skromne. Jednocześnie jesteśmy realistami: nie da się zrealizować tych oczekiwań bez zasadniczego wzrostu publicznych nakładów na ochronę zdrowia. Nasze żądania kosztują ok. pięciu mld zł rocznie. Nie da się ich sfinansować nie tylko ze środków własnych zakładów opieki zdrowotnej; nie można oczekiwać także, że NFZ w jakiś sposób je wygospodaruje. I dlatego adresatem żądań lekarskich jest rząd i parlament. Będziemy rozmawiać nie tylko z premierem, ale także z szefami wszystkich partii politycznych, aby uświadomić im powagę sytuacji. Oczekujemy maksymalnie trzyletniego programu dojścia do wydatków publicznych na zdrowie na poziomie 6% Produktu Krajowego Brutto. Dziś oznacza to zwiększenie wydatków o dwadzieścia mld zł rocznie. Wszak oprócz naszych żądań na sprawiedliwość i bezpieczeństwo czekają pozostali pracownicy, dyrektorzy placówek opieki zdrowotnej i ich dostawcy. Czekają także pacjenci, którzy żądają likwidacji niegodnych kolejek i dostępu do nowoczesnych świadczeń i leków.

Czy zrealizowanie tego jest w ogóle możliwe? W polityce (a wydatki publiczne to przecież polityka) nic nie dzieje się samo. Politycy podejmują takie decyzje, które zabezpieczają ich pozycje. Potrzebują siły argumentów o konieczności podjęcia określonych decyzji, ale też argumentu siły, aby poczuć wolę swoich (potencjalnych) wyborców. Dlatego musimy:

- uświadamiać społeczeństwu i politykom dramatyzm sytuacji poprzez:
  - walkę z mitami dotyczącymi ochrony zdrowia (pleniące się jakoby marnotrawstwo, domniemana niechęć Polaków do reformowania systemu, inna alokacja środków jako klucz do uzdrowienia sytuacji),
  - porównania z innymi krajami (publiczne wydatki na ochronę zdrowia najmniejsze zarówno w % PKB, jak i w liczbach bezwzględnych w przeliczeniu na głowę obywatela w Unii Europejskiej),
  - pokazywanie zagrożeń dla bezpieczeństwa zdrowotnego obywateli płynących z niedofinansowania systemu (exodus lekarzy i pielęgniarek, dekapitalizacja szpitali, utrudniony dostęp do kosztownych nowoczesnych procedur diagnostycznych i terapeutycznych, kolejki wynikające z limitów zakontraktowanych świadczeń),
- wzbudzać poczucie jedności interesów wśród pozostałych pracowników medycznych, którzy wraz z rodzinami tworzą ponad milionową grupę wyborców,
- solidarnie manifestować poparcie dla żądań środowiskowych (uczestniczyć w organizowanych wspólnie protestach, wchodzić w spór z pracodawcą o podwyżkę wynagrodzenia, zbierać podpisy pod obywatelskim projektem ustawy gwarantującym lekarzom i lekarzom dentystom godne wynagrodzenia).

**Z**adania te to przede wszystkim wyzwanie dla działaczy samorządu lekarskiego i lekarskich związków zawodowych. Nie osiągniemy jednak wiele, jeśli każdy lekarz czy lekarz dentysta (bez względu na swoją osobistą sytuację) nie przyłączy się do wspólnej akcji. Społeczeństwo, media i politycy muszą zobaczyć solidarne działanie ponad stutysięcznej grupy zawodowej. Być może przyszedł czas na sprawdzenie na co nas stać. Dlatego apeluję:

- na bieżąco sprawdzać komunikaty na stronie internetowej Naczelnej Izby Lekarskiej: [www.nil.org.pl](http://www.nil.org.pl),
- osobiście (każdy w sobie dostępny sposób) uczestniczyć w zbiorowym proteście,
- korzystając z tabeli załączonej w tym egzemplarzu „Gazety Lekarskiej” oraz zamieszczonej na stronie internetowej NIL zbierać podpisy pod projektem ustawy (po zebraniu nawet kilku podpisów, a w ostateczności podpisaniu samemu odsyłać zwykłą pocztą na adres NIL: Sobieskiego 110, 00-764 Warszawa).

Razem damy radę!

# Wymiar (nie)sprawiedliwości

Ryszard Kijak



Jedną z wielu spraw, które musi uporządkować nowa ekipa Ministerstwa Zdrowia, jest problem wykorzystywania lekarzy przez różne instytucje państwowe. ZUS, KRUS, prokuratura i sądy zmuszają medyków do tego, aby działali oni na ich rzecz bezpłatnie, a nawet by dokładali do państwowego interesu z własnej kieszeni.

Tak jak ZUS celowo myli i zaciera różnicę pomiędzy wydaniem pacjentowi zaświadczenia, że jego kuracja wymaga powstrzymania się jakiś czas od wykonywania pracy (co jest świadczeniem zdrowotnym) – a wypisaniem mu przez lekarza kwitu na wypłatę zasiłku chorobowego (co takim świadczeniem już nie jest), tak samo prokuratura i sądy nie chcą rozróżnić świadczenia zdrowotnego od wystawienia osobie wezwanej zaświadczenia, że z powodu choroby nie może się ona stawić gdzie trzeba. Instytucje te uważają również, że lekarz powinien sam pokrywać koszty przygotowania i dostarczenia im dokumentacji medycznej obywateli mających do czynienia z wymiarem sprawiedliwości.

## Pazerna prokuratura

Problem ten opisał dr Marian K., psychiatra, w liście do Ogólnopolskiego Związku Zawodowego Lekarzy. Od wielu lat zalewa go krew, przepraszam,

lokalna prokuratura rejonowa, pismami z żądaniem przesłania kopii historii chorób różnych pacjentów, w zamian proponując jedynie zwrot ceny... znaczka pocztowego. Dr K. jest świadom obowiązku udostępniania dokumentów na żądanie uprawnionych organów, aczkolwiek ma duże wątpliwości co do tego, czy musi wyręczać owe organa w ich służbowych czynnościach (bo co innego udostępnianie, a co innego własnoręczne wykonawstwo). A już całkiem nie ma zamiaru dofinansowywać dodatkowo państwowych urzędów, gdyż i tak funkcjonują one dzięki płaconym m.in. przez niego podatkom.

Zwłaszcza, iż sprawę tę reguluje ignorowane przez przedstawicieli prawa rozporządzenie ministra zdrowia z 30 lipca 2001 r. w sprawie rodzajów indywidualnej dokumentacji medycznej, sposobu jej prowadzenia oraz szczegółowych warunków jej udostępniania, którego par. 18 ust. 1 brzmi: „Lekarz udostępnia dokumentację pacjenta do wglądu lub umożliwia sporządzenie z niej wypisów, odpisów lub kopii, na koszt wnioskodawcy”.

Wg opinii prawnika OZZL Jacka Marcza, lekarz nie ma obowiązku wykonywania wypisów, odpisów lub kopii dokumentów, musi tylko umożliwić wnioskodawcy ich sporządzenie. W przypadku, gdy czynności, o których mowa wyżej, dokonuje – na żądanie prokuratora – lekarz prowadzący gabinet prywatny, nie mogą go obciążać rzeczywiste nakłady związane z realizacją zadania zleconego przez prokuratora. Niewątpliwie świadczy bowiem określoną pracę (robocizna) i ponosi wydatki materiałowe (papier, druk, koperty, znaczki itp.).

Ponoszenie obciążeń dotyczących sporządzenia wypisów, odpisów i kopii dokumentacji i ich ekspedycji jest zadaniem Skarbu Państwa w rozumieniu art. 618 par. 1 Kodeksu postępowania karnego (Pełną treść opinii OZZL oraz pism Ministerstwa Zdrowia i Mi-

nisterstwa Sprawiedliwości na ten temat można znaleźć w Internecie na stronie: <http://www.ozzl.org.pl/opinie>).

## Sądy też muszą bulić

Za przekazanie danych sądowi, zgodnie z art. 251 Kodeksu postępowania cywilnego, również przysługuje prawo do żądania zwrotu kosztów związanych z przedstawieniem mu dokumentów (dotyczy to zatem nie tylko przesłania dokumentu, lecz wszelkich nakładów poniesionych z tego tytułu).

Potwierdzały to rozporządzenia ministra zdrowia i kilku innych ministrów w sprawie dokumentacji medycznej, wydane na podstawie ustawy o zakładach opieki zdrowotnej. Ale zostały one zakwestionowane 28 listopada 2005 r. przez Trybunał Konstytucyjny (sygn. K 22/05), który uznał, że ustawowe upoważnienia są niezgodne z Konstytucją, ponieważ nie spełniają wymogu odpowiedniej szczegółowości, ani nie określają wytycznych treściowych.

Z tych samych przyczyn niekonstytucyjne są pewne przepisy rozporządzeń wydanych na podstawie zaskarżonej regulacji, które jednocześnie – określając opłaty za udostępnienie dokumentacji medycznej (sporządzenie wyciągów, odpisów lub kopii) oraz podmioty zobowiązane do poniesienia tych kosztów – wykroczyły poza delegację ustawową. W ustawie nie określono nawet zasadniczych reguł odnośnie kosztów udostępniania dokumentacji. W konsekwencji kwestia ta została pozostawiona niemal nieograniczonej swobodzie decyzji poszczególnych organów upoważnionych do wydania rozporządzeń dotyczących dokumentacji medycznej.

## Nowe zasady zwrotu kosztów

Zakwestionowane 28 listopada 2005 r. przez TK przepisy tracą moc obowiązującą 31 maja 2006 r., co oznacza, że do

foto. Marek Stankiewicz

rys. Małgorzata Gnyś





tej pory muszą powstać nowe, określające odpłatność za udostępnianie dokumentacji medycznej. Zdaniem Trybunału opłata za te czynności ma pewne cechy ceny za usługę, tzn. wysokość opłaty łączy się z kosztem faktycznie świadczonej usługi. W związku z tym uprawniony podmiot winien otrzymywać od zakładu opieki zdrowotnej w zamian za wniesioną opłatę świadczenie wzajemne, które nie ma mniejszej wartości niż jego świadczenie pieniężne.

Wprowadzony w art. 18 ust. 1 i 3 ustawy o zakładach opieki zdrowotnej obowiązek prowadzenia i udostępniania dokumentacji medycznej dotyczy wszystkich zakładów opieki zdrowotnej, czyli również zakładów niepublicznych wskazanych w art. 8 ust. 3 tej ustawy. Przemawia to dodatkowo na rzecz rozumienia opłaty za udostępnienie dokumentacji medycznej jako świadczenia o charakterze niedaninowym, ekwiwalentnym, związanym z ekonomicznym wymiarem świadczenia wzajemnego zakładu opieki zdrowotnej.

Konsekwencją tego, że opłata za udostępnienie dokumentacji medycznej nie ma charakteru daniny publicznej, musi być uznanie, że nie odnoszą się do niej tak surowe rygory jak konieczność szczegółowego określenia jej stawek na poziomie ustawy (wymogi art. 217 Konstytucji). W przekonaniu TK przewidziana w art. 92 ust. 1 Konstytucji zasada wyłączności ustawowej wymaga, aby w ustawie o ZOZ zostały określone kwestie zasadnicze dla udostępniania dokumentacji medycznej, co w niniejszym przypadku oznacza ustalenie górnych granic opłat za stronę dokumentacji oraz odpowiednie zróżnicowanie w tym względzie podmiotów uprawnionych w art. 18 ust. 3 i 4 tej ustawy.

Każde inne rozwiązanie będzie niezgodne z wyrokiem Trybunału Konstytucyjnego, a tym samym – z Konstytucją.

### **Szukanie frajerów**

Bardzo zagmatwana jest też sprawa dotycząca zasad wynagradzania lekarzy za badanie i wydanie zaświadczenia usprawiedliwiającego niestawienie uczestnika postępowania karnego z powodu choroby, co w sposób oczywisty nie mieści się w ramach definicji świadczenia zdrowotnego. Kodeks postępowania karnego w art. 117 par. 4 mówi, że minister sprawiedliwo-

dokończenie na str. 8

ści w porozumieniu z ministrem właściwym do spraw zdrowia wyznaczy lekarzy uprawnionych do sporządzania takich dokumentów „mając na uwadze konieczność zapewnienia nieodpłatności przeprowadzonego badania i wystawienia zaświadczenia przez lekarza oraz dostępności takich badań dla osoby badanej”.

Zdanie to jest mętne. Nie określa bowiem jednoznacznie, czy „zapewnienie nieodpłatności” dotyczy osoby badanej, czy też zmusza lekarza, aby w ogóle wykonywał te czynności za darmo. Z kolei sformułowanie „mając na uwadze konieczność zapewnienia nieodpłatności” wcale nie oznacza, że każdy lekarz musi tyrać dla sądu za friko. Mówi jedynie, aby obaj ministrowie wybrali sobie do tego celu takich lekarzy, którzy będą to czynić bezpłatnie.

Wydane na podstawie Kpk rozporządzenie ministra sprawiedliwości z 24

czerwca 2003 r. wykracza więc, moim zdaniem, poza delegację ustawową, ponieważ – wyznaczając w par. 2 ust. 1 pkt 1 lekarza z publicznego lub niepublicznego zakładu opieki zdrowotnej – zobowiązuje praktycznie każdego doktora do nieodpłatnej usługi na rzecz sądu. Tymczasem Kpk wcale nie upoważnia ministra sprawiedliwości do tego. Nakazuje mu tylko wyselekcjonowanie podmiotów, które nie wezmą za to pieniędzy. A takimi są jedynie frajerzy i zakłady publiczne.

## Ryzykowna zabawa

Obecnie sądy nękają przychodnie wezwaniami o wskazywanie lekarzy, którzy będą wystawiać im za darmo zaświadczenia potwierdzające niemożność stawienia się uczestników postępowania na wezwanie lub na zawiadomienie organu prowadzącego.

Wezwanie takie otrzymały wszystkie zakłady opieki zdrowotnej, prywat-

ne także, jak np. Przychodnia Lekarska „Loranthus” w Białymstoku, prowadzona przez dr. Krzysztofa Jakubowskiego. Na jego miejscu poprosiłbym sąd, aby mi odpuścił i wybrał sobie za ofiarę jakiś zakład publiczny, bo ja pracuję za pieniądze, a zakład publiczny działa charytatywnie. Albo żeby mi płacił 50 zł od sztuki, bo taka jest u mnie cena tej ryzykownej działalności. Ryzyko bowiem polega na tym, że jakiś kryminalista może przecież wprowadzić mnie w błąd i po prostu wyłudzić zwolnienie, a wtedy zostanę przez bardziej nerwowego prokuratora oskarżony o poświadczenie nieprawdy. Taki przypadek zdarzył się właśnie niedawno w Sejnach.

W wyniku przemian ustrojowych wymiar sprawiedliwości wywalczył sobie dużą niezależność. Ale nie chce jej przyznać lekarzom, traktując ich jak pachołków. No więc gdzie tu jest sprawiedliwość wymiaru sprawiedliwości?

Ryszard Kijak

fot. Marek Stankiewicz



## Podwyżki czy kapuśniaczek?

Awantura o lecarskie pensje, albo jak kto woli wynagrodzenia, musiała wybuchnąć prędzej czy później.

**B**ły postulaty, prośby i groźby, aż cierpliwość się wyczerpała. I pojawiły się akcje protestacyjne, żeby nie powiedzieć – niby dlaczego nie? – strajki. Rząd mówi, że szykuje 30-procentowe podwyżki, więc zupełnie nie rozumie skąd te protesty.

Otóż między innymi stąd, że lekarze administracji nie wierzą. Umieją myśleć i liczyć i mają wątpliwości. Te 30 procent to mają być podwyżki wynagrodzenia w stosunku do obecnych pensji, i to netto. Poza tym od podwyżek będzie naliczony podatek, więc ile dostaną na czysto, tego nikt nie wie. Nie wiadomo też czy podwyżki będą dla wszystkich pracujących lekarzy. Tych zatrudnionych u kogoś (np. w szpitalu), i tych posiadających własny kontrakt z NFZ, czyli ujmując rzecz najprościej zatrudnionych bezpośrednio przez Fundusz.

Może jestem podejrzliwy, ale coś mi mówi, że te pieniądze skierowane będą tylko do szpitali. Bo tam najgłośniej krzyczą, są najlepiej zorganizowani, no i cały kram z rozdysponowaniem podwyżki spadnie nie na Fundusz, ale na dyrektorów. Bo wyliczenie podwyżek dla „kontraktowiczów” nie będzie sprawą prostą.

Przypuśćmy, szanowny Czytelniku, że żyjesz z kontraktu z NFZ. Oczywiście nie wiesz ile w zapłacie za wykonywane w ramach kontraktu świadczenia stanowi twoje honorarium. Nie wiesz, bo tego nie wie nikt. Nawet płatnik, czyli NFZ, bo prze-

cież nie przeprowadził żadnej kalkulacji kosztów. Ani on, ani jego poprzedniczka, kasa chorych. W takim razie w jaki sposób ustalona zostanie kwota podwyżki, a najpierw jej podstawa? Od czego wyliczone będzie te 30 procent? I jak? 30 procent od zera jest zawsze zerem! Wszystko to jest dość zagniewane, ale jakoś nikt się nie przejmuje, a czas goni. Chyba, że... podwyżka będzie dotyczyć tylko kolegów ze szpitala. Gdyby tak się stało, to lekarzy z tak zwanego lecznictwa otwartego jasny szlag trafi. No i mamy nowy konflikt, załóżmy, że nieświadomie wywołany przez władzę.

I jeszcze jedno. Doświadczenie uczy, że pieniądze skierowane do dyspozycji oddziałów NFZ są dowolnie rozdysponowywane przez ich szefostwo. Skąd pewność, że te trafiają tam, gdzie trzeba?

Powstał Krajowy Komitet Porozumiewawczy na Rzecz Wzrostu Wynagrodzeń Pracowników Służby Zdrowia. A więc lekarzy też. Powstał nie dlatego, że lekarze i inni pracownicy ochrony zdrowia nie mają co robić, tylko dlatego właśnie, że nie ufają zapewnieniom. Uważają, że muszą sprawy pilnować, bo inaczej będzie jak zawsze, czyli z dużej chmury mały deszcz. Może nawet tylko kapuśniaczek. A nic tak nie działa na nerwy jak upórczywy kapuśniaczek. I ja mam się nie denerwować...

Andrzej Baszkowski





# Praca i dach nad głową

Katarzyna Shepherd

Czy decydując się na poszukiwanie pracy za granicą lekarze zastanawiają się się, czy uzyskają zatrudnienie i jak poradzą sobie z asymilacją w obcym kraju?

**N**ajważniejsze dla wybierających się na emigrację to czas trwania kontraktu, wysokość wynagrodzenia oraz dodatkowe przywileje, jeśli oferuje je nowy pracodawca.

Od prawie dwóch lat środowisko medyczne w Polsce przeżywa euforię, podsyconą przez krajowe media. Polacy po raz pierwszy uzyskali nieograniczony dostęp do rynku pracy w Wielkiej Brytanii. Konsekwencją są doniesienia o rzeszach ubiegających się o zaświadczenia z izb lekarskich, by na ich podstawie zarejestrować się w brytyjskiej izbie lekarskiej – General Medical Council. GMC nakłada obowiązek rejestracji na każdego lekarza praktykującego w Zjednoczonym Królestwie.

Satystyki liczby zaświadczeń uzyskanych przez lekarzy z izb są niepokojące m.in. dlatego, że część lekarzy, już

po uzyskaniu rejestracji w GMC, w rzeczywistości boryka się ze znalezieniem pracy. Wydanie 290 funtów brytyjskich na roczną rejestrację oraz kolejnych co najmniej 150 na podróż do londyńskiego biura GMC celem identyfikacji jest niezwykłym obciążeniem budżetu przeciętnie zarabiającego lekarza. Do tego należy doliczyć godziny wychodzone w Polsce za wymaganymi dokumentami oraz wydatek na przysięgę tłumaczenia zaświadczeń. Pomimo podjęcia takiego wysiłku, w tym finansowego, lekarze młodzi i niedoświadczeni zawodowo, bez specjalizacji oraz lekarze ze specjalizacjami, na które, mówiąc językiem rynkowym, nie ma popytu, mogą bezskutecznie poszukiwać pracy. Inną przeszkodą w jej podjęciu jest niewystarczająca znajomość języka obcego. Kliknięciem na klawiaturze i przy pomocy funkcji 'CC' lekarze ci rozpaczliwie rozsyłają życiorysy do dziesiątek firm rekrutacyjnych. Ilość wydanych zaświadczeń przez polskie izby lekarskie nie jest adekwatna do liczby lekarzy, którzy faktycznie uzyskali zatrudnienie i opuszczają kraj. Do tej pory nie spotkałam się z tym, aby ktoś z przedstawiających problem emigracji polskich medyków zwrócił na to należytą uwagę.

Brytyjczycy poszukują lekarzy z umiejętnościami (czytaj: oferującymi usługi medyczne), które w danej chwili i przez dany region kraju, szpital, przychodnię, Primary Care Trust, są najbardziej pożądane. Realia rekrutacji przez angielską służbę zdrowia (NHS) są inne niż te, których można by się spodziewać po doniesieniach mediów o brakach kadrowych. Przykładowo niedostatek chirurgów w tym kraju, nie oznacza, że polscy chirurdzy znajdą tam bez trudności zatrudnienie. Opracowano program szkolenia brytyjskich pielęgniarek, które przejmują wykonywanie części zabiegów chirurgicznych. Jest to jedno z niskobudżetowych rozwiązań, jakie coraz częściej preferuje NHS.

Szczęśliwcy dopuszczeni do rozmów kwalifikacyjnych konkurują o stanowiska z narodowościami z innych krajów

świata. Nawet dobrze zapowiadający się w przedbiegach Polak, zaproszony na rozmowę, może zostać wyprzedzony przez lekarzy z krajów zachodnioeuropejskich lub węgierskich czy czeskich, jeśli posiadają już wcześniejszą znajomość procedur NHS. O to samo stanowisko mogą ubiegać się także Hindusi, których atutem jest wykształcenie w kraju o podobnym do brytyjskiego systemie edukacji medycznej.

Po uzyskaniu zatrudnienia, w zależności od jego charakteru, trzeba sprostać osiedleniu się w nowym miejscu zamieszkania lub regularnej, długiej podróży z Polski do miejsca pracy. Ci, którzy nie otrzymali stanowiska „gdzieś w Londynie” lub „tuż obok lotniska”, a jest ich większość, mogą poczuć się rozczarowani, że zostali wysłani do maleńkiego miasteczka, którego jedyną atrakcją jest szpital, choćby i największy w hrabstwie.

Lekarze przybywający nawet na dłużej z reguły przyjeżdżają sami, bez rodziny. Do marginalnej mniejszości należą szczęśliwcy, małżeństwa lekarskie, którym udało się wyjechać razem i do tego samego rejonu Wielkiej Brytanii. Ten sam rejon może oznaczać, że jedno z nich pracuje i mieszka w mieście w przychodni, a drugie 100 mil dalej, w rejonowym szpitalu i tam też nocuje. Spędzają razem weekendy.

Lekarze mieszkają w ekonomicznych hotelach typu „bed and breakfast” lub w wynajmowanych pokojach w domach u Anglików. Jeśli pracują w szpitalu, mogą odpłatnie korzystać z przychodni szpitalnego hotelu. Na oddziale poznają innych lekarzy z Polski lub obcokrajowców, którzy, tak jak oni sami, przyjechali za chlebem. Mając choć tyle wspólnego łatwiej jest im z nimi zawrzeć znajomość, niż z personelem angielskim, który zdarza się, że odbiera Polaków jako konkurencję, innej kategorii.

Z poznanymi w ten sposób lekarzami spędzają wolny czas. Wychodząc do pubu rozmawiają o sprawach zawodowych, wymieniają poglądy o firmach rekrutacyjnych, dzięki którym znaleźli się za granicą. Informują się o tym, któ-

## Polacy uczą się medycyny – bo muszą?

**T**ak naprawdę to swoją wiedzę medyczną mają obowiązek uzupełniać (i to przez całe swoje zawodowe życie) jedynie lekarze, ale od pewnego czasu obserwujemy, jak ten przymus „medycznego dokształcania się” obejmuje coraz szersze rzesze polskiego społeczeństwa. A dzieje się tak za sprawą wszędobylskiej reklamy, która stale poucza ludzi, jakie leki powinni kupować i jak je stosować w razie takich lub innych objawów chorobowych. (...)

Obecnie pacjenci (na bardzo różnym poziomie wykształcenia) doskonale orientują się, co jest lepsze, a przynajmniej nowocześniejsze i potrafią „naukowo” dyskutować ze specjalistami, nawet wręcz narzucać im swoje sugestie odnośnie do niezbędnych badań, specyfików czy zabiegów. Pomysłowość ludzka nie ma granic, natomiast nam granice ingerencji medycznej coraz częściej wyznacza nie tyle lekarska wiedza czy logika, ile gotówka. Tak, to właśnie gotówka, której nie ma w resorcie, choć „w ogólności” to jednak jest, co od lat można prześledzić na wielu przykładach administracyjnej rozrzutności. Mądrzy organizatorzy zdrowia, szczęścia i wszystkiego najlepszego dobrze zatem wiedzą, co czynią, gdy wciągają w ten proceder jakby współleczenia coraz szersze rzesze naszych podopiecznych. (...)

Barbara Szeffer-Marcinkowska

„Panaceum” nr 3/(199) 2006



ra firma oferuje lepsze warunki, a która traktuje ich jak towar, by w przyszłości mogli dokonać trafniejszego wyboru. W wolnym czasie kontaktują się z bliskimi w kraju. Jeśli pracują na zastępstwach, odliczają kolejny przepracowany dzień, od tych, które pozostały im do powrotu do kraju. Pozostający dłużej niecierpliwie czekają, aż dołączy do nich rodzina. Przyjazd współmałżonka czy dzieci ma sens, jeśli partnerzy mają szansę na podjęcie pracy i znają język. Jeśli nie, rozsądne wydaje się przepracowanie nawet długiego kontraktu w osamotnieniu.

Z tym ostatnim lekarze rozmaicie dają sobie radę. Zdarza się, że przestają postrzegać siebie jako lekarzy, a jedynie jako maszynkę do produkowania pieniędzy ustawioną na przepracowanie maksymalnej ilości lepiej płatnych dyżurów, w weekendy i wszelkie święta. Zrozumiało, że dbają o to, by koszty własnego utrzymania były na minimalnym poziomie. Jeśli dopadnie ich depresja, zaczynają popełniać błędy zawodowe, co pociąga za sobą oficjalne skargi na ich pracę i stawia pod znakiem zapytania dalsze zatrudnienie.

Nie bez znaczenia pozostaje osobowość lekarzy podejmujących się wyemigrowania, na stałe czy też na krótko. Otwartość na nowe, nie tylko na polu zawodowym, chęć zbudowania sobie życia od początku, a nie tylko przezimowania, determinują ich asymilację. W zadomowieniu się pomaga wynajęcie mieszkania, zapewnienie sobie właściwego odpoczynku. Znacznie łatwiej jest znieść rozłąkę tym, którzy z odłożonych oszczędności pozwalają sobie jednak na regularne wizyty w Polsce. W najbardziej komfortowej sytuacji są lekarze, którzy przylatują do Wielkiej Brytanii jedynie w weekendy, a na resztę tygodnia wracają do pracy i rodziny w Polsce.

Podejmując decyzję o wyjeździe za granicę warto pamiętać, że jej sukces mierzony jest nie tylko w kategoriach zarobionych pieniędzy. Lekarz czerpiący zadowolenie z podjętej w obcym kraju pracy, łatwo nawiązujący kontakty ze środowiskiem w którym przyszło mu pracować i mieszkać, ma większe szanse na uniknięcie potknięć zawodowych i kulturalnych. W efekcie może uznać swoją emigrację zarobkową za wartą wysiłku i poświęcenia.

Wspomniane potknięcia i trudności zdarzają się, szerzej będziemy o nich pisać w kolejnych odcinkach naszego cyklu.

**Autorka jest dyrektorem brytyjskiej firmy rekrutacyjnej Cherry Tree Medical Ltd. z siedzibą w Okehampton**  
**[www.cherrytreebase.com](http://www.cherrytreebase.com)**



# Racja demokracja

Krystyna Knypl



foto. Marek Stankiewicz

Nieczęsto słyszymy, wypowiedzianą w początkowym okresie krzewienia demokracji w naszym kraju, pamiętną frazę: czuj się odwołany i musimy trwać na stanowisku mimo różnych przeciwności losu, przybierających od czasu do czasu postać pięści krewkiego pacjenta lądującej na twarzy doktora lub obelg lawinowo produkowanych pod naszym adresem w mediach.

**P**rzypadek z poszkodowanym kolegą lekarzem z pogotowia ratunkowego nie jest pierwszym tego rodzaju wydarzeniem, które mimo iż stanowi naruszenie prawa, dziwnie szybko znika z mediów publicznych, a jedynie w portalu Esculap.pl trwa dyskusja na ten temat.

Znany jest mi fakt pobicia chirurga na izbie przyjęć jednego z warszawskich szpitali. Chirurg z wstrząśnieniem mózgu musiał być poddany hospitalizacji. Nie słyszałam natomiast aby napastnikowi spadł włos z głowy, nie napotkałam na ten temat ani jednej notatki prasowej. Podobnie wśród szerokiej opinii publicznej brak osób oburzonych bezkarnością chuligana próbującego pięścią wymusić świadczenie od lekarza pogotowia. Jest to wersja hard znanego każdemu lekarzowi praktykowi objawu to mi się należy. Gdy zadałam pewnemu reprezentantowi opinii publicznej pytanie:

– Czy wiesz, że pacjent pobił lekarza pogotowia?

– A kto miał rację? – odpowiedział pytaniem.

– Cóż, w demokracji racja jest zawsze po stronie większości. Skoro w środkowoeuropejskiej odmianie demokracji pacjentów jest więcej niż lekarzy, to z oczywistych względów rację zawsze mają pacjenci – zauważyłam, popisując się znajomością matematyki niższej i reguł demokracji jeszcze bardziej niskiej.

## Egzotyka po polsku

Wyniki ankiety Reader's Digest Europe Health, przytoczone przez miesięcznik „Menedżer Zdrowia” (nr 1/2006) wskazują dobitnie, że polski pacjent jest osobliwością w skali całego starego kontynentu nie tylko z powodu skłonności do krewkich zachowań. Dla rodaka najbardziej cenionym źródłem infor-

macji o zdrowiu są stowarzyszenia zajmujące się konkretnymi chorobami, programy bezpłatnych badań kontrolnych w miejscowych szpitalach oraz audycje telewizyjne z udziałem lekarzy specjalistów. Mieszkańcy innych krajów Europy prostolinijnie i staromodnie sądzą, że najlepszym źródłem takiej wiedzy jest po prostu lekarz i lekarz dentyista. W naszym kraju lekarz nie opakowany w program telewizyjny lub instytucję kojarzy się z wiedzą o zdrowiu zaledwie 41% ankietowanych pacjentów. Obcowanie ze słowem drukowanym przybierającym postać materiału edukacyjnego czy ulotki informacyjnej o leku jest samo w sobie męczące i zniechęcające do przeczytania informacji dla prawie 80% zboliałych rodaków.

## Wielkość czcionki na afiszu

Mimo że nasi pacjenci nie przepadają za słowem drukowanym, nie powinniśmy narzekać na drukarnie. Gdy tylko pojawi się rzekoma sensacja dotycząca świata lekarskiego, w drukarniach dobierana jest największa z możliwych czcionka. Marna to pociecha, że nie przekraczają nazwiska pomówionych, żelźonych lub fałszywie oskarżonych kolegów lekarzy. O ile wersja papierowa gazet już następnego dnia jest nieaktualna, to zawieszenie obelgi i kłamstwa na stronie internetowej forum stwarza dla osoby poszkodowanej sytuację patową. Przekonała się o tym nasza koleżanka dr Barbara Muszyńska, ginekolog z Sosnowca, która została obrzucona ordynarnymi pomówieniami przez jednego z internautów. Mimo iż podjęła wszystkie niezbędne kroki prawne, jest bezradna, rzekomo bowiem nie można ujawnić danych osobowych kłamliwego chuligana internetowego. Poszkodowana dowiedziała się, że „udostępnienie tych danych może nastąpić jedynie na polecenie sądu lub proku-

ratury o zwolnieniu z tajemnicy służbowej”. Dla odmiany Prokuratura Okręgowa w Warszawie, rozpatrująca zażalenie dr B. Muszyńskiej na Prokuraturę Rejonową Warszawa Mokotów odmawiającą wszczęcia postępowania, podtrzymała decyzję niższej instancji i orzekła, że „pokrzywdzona może dochodzić swoich praw wobec sprawcy, kierując bezpośrednio przeciwko niemu akt oskarżenia do sądu”. Fakt, że właściciel portalu odmawia podania nazwiska internauty uchodzi uwagi pani prokurator i sytuacja dla poszkodowanej lekarki jest prawie bez wyjścia. Może jednak nie jest tak źle z karaniem kłamliwych chuliganów internetowych, skrywających się za adresami ip komputerów, z których produkują obelgi? Oczekujemy na odpowiedź ministra sprawiedliwości, do którego poszkodowana dr B. Muszyńska skierowała korespondencję, a autorka niniejszego artykułu zapytanie prasowe na temat ujawniania danych osobowych sprawcy skrywającego się za plecami miłującego prawo, chciałoby się powiedzieć miłującego inaczej, właściciela portalu.

## Dochodzić swoich praw!

Ordynarne teksty pod adresem lekarzy można znaleźć w internetowej dyskusji zainicjowanej artykułem na temat wizerunku lekarzy w mediach publicznych: <http://serwisy.gazeta.pl/kraj/1,34317,3126849.html> (artykuł) <http://forum.gazeta.pl/forum/72,2.html?f=23&w=35515071&a=35515071> (dyskusja).

Interesowałam się zagadnieniem skutecznego i zgodnego z prawem postępowania w wypadku zamieszczenia obelg na forum internetowym – kierowanych imiennie lub pod adresem całej naszej grupy zawodowej. Według

dokończenie na str. 15



## **o zmianie ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty oraz o zmianie ustawy o świadczeniach zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych**

### **Art. 1.**

W ustawie z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty (Dz. U. z 2005 r. Nr 226, poz. 1943) po art. 14 dodaje się art. 14 a w brzmieniu:

„Art. 14a. 1. Wynagrodzenie lekarza i lekarza dentysty zatrudnionego w zakładzie opieki zdrowotnej stanowi wielokrotność przeciętnego miesięcznego wynagrodzenia brutto w sektorze przedsiębiorstw, bez wypłaty nagród z zysku za ubiegły rok, ogłaszanego, w drodze obwieszczenia, przez Prezesa Głównego Urzędu Statystycznego w Dzienniku Urzędowym Rzeczypospolitej Polskiej «Monitor Polski»:

1) co najmniej dwukrotność takiego wynagrodzenia dla lekarza lub lekarza dentysty nie posiadającego specjalizacji,

2) co najmniej dwuipółkrotność takiego wynagrodzenia dla lekarza lub lekarza dentysty posiadającego pierwszy stopień specjalizacji,

3) co najmniej trzykrotność takiego wynagrodzenia dla lekarza lub lekarza dentysty posiadającego drugi stopień specjalizacji lub tytuł specjalisty.

2. Wynagrodzenie lekarza lub lekarza dentysty w danym roku kalendarzowym zwiększa się odpowiednio do wzrostu przeciętnego miesięcznego wynagrodzenia brutto w sektorze przedsiębiorstw, bez wypłaty nagród z zysku, ogłoszonego za ubiegły rok.”

### **Art. 2.**

W ustawie z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. Nr 210, poz. 2135 oraz z 2005 r. Nr 94, poz. 798, Nr 132, poz. 1110, Nr 138, poz. 1154, Nr 157, poz. 1314, Nr 164, poz. 1366, Nr 169, poz. 1411 i Nr 179, poz. 1485) wprowadza się następujące zmiany:

1) w art. 136 dotychczasową treść art. 136 oznacza się jako ust. 1 i dodaje się ust. 2 w brzmieniu:

„2. W zasadach rozliczeń pomiędzy Funduszem i świadczeniodawcami, uwzględnia się osobowe koszty świadczeń przyjmując, że koszt jednej godziny pracy lekarza lub lekarza dentysty wynosi:

1) nie mniej niż 1/75 przeciętnego miesięcznego wynagrodzenia w sektorze przedsiębiorstw bez wypłaty nagród z zysku za ubiegły rok, ogłaszanego w drodze obwieszczenia przez Prezesa Głównego Urzędu Statystycznego w Dzienniku Urzędowym Rzeczypospolitej Polskiej «Monitor Polski» – dla lekarza lub lekarza dentysty nie posiadającego specjalizacji,

2) nie mniej niż 1/60 wynagrodzenia, o którym mowa w pkt 1, dla lekarza lub lekarza dentysty posiadającego specjalizację pierwszego stopnia,

3) nie mniej niż 1/50 wynagrodzenia, o którym mowa w pkt 1, dla lekarza lub lekarza dentysty posiadającego specjalizację drugiego stopnia lub tytuł specjalisty.”

2) w art. 137:

a) ust. 1 otrzymuje brzmienie:

„1. Prezes Funduszu, uwzględniając przepisy niniejszego działu oraz przepisy odrębne, przygotowuje projekt ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej zawierający w szczególności rodzaje świadczeń opieki zdrowotnej, sposób wyceny tych świadczeń, w tym naliczania ich kosztów osobowych, oraz warunki ich udzielania.”

b) ust. 9 otrzymuje brzmienie:

„9. Minister właściwy do spraw zdrowia określi, w drodze rozporządzenia, ogólne warunki umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, uwzględniając projekt uzgodniony w trybie ust. 6 z podmiotami, o których mowa w ust. 2, kierując się dobrem świadczeniobiorców i świadczeniodawców oraz koniecznością zapewnienia właściwej realizacji umów.”

c) ust. 10 otrzymuje brzmienie:

„10. W przypadku nieuzgodnienia projektu, o którym mowa w ust. 1, w terminie, o którym mowa w ust. 6, minister właściwy do spraw zdrowia określi, w drodze rozporządzenia, ogólne warunki umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, kierując się dobrem świad-

zeniobiorców i świadczeniodawców oraz koniecznością zapewnienia właściwej realizacji umów.”

### **Art. 3**

Ustawa wchodzi w życie z dniem ogłoszenia.

## **Uzasadnienie**

**do projektu ustawy o zmianie ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty oraz o zmianie ustawy o świadczeniach zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych**

Projektowane zmiany w ustawach mają na celu usunięcie wieloletniej dyskryminacji lekarzy i lekarzy dentystów, których wynagrodzenia są drastycznie niewspółmierne do rodzaju wykonywanej pracy, ponoszonej odpowiedzialności i wysiłku wymaganego dla uzyskania prawa wykonywania zawodu lekarza lub lekarza dentysty oraz uzyskania dodatkowych kwalifikacji, w szczególności specjalizacji lekarskich.

Wprowadzenie systemu ubezpieczeń zdrowotnych z ustaloną na niedostatecznym poziomie podstawą wymiaru składki oraz zaniżenie wysokości składek wnoszonych na rzecz niektórych grup ubezpieczonych sprawiły, że funkcjonowanie tego systemu stało się możliwe tylko dzięki ukształtowaniu płac lekarzy, lekarzy dentystów i innych pracowników ochrony zdrowia na poziomie, który te grupy zawodowe traktują jako oczywisty wyzysk.

Jednocześnie kolejne ustawy ubezpieczeniowe pomijały w ustalanych zasadach określania kosztów świadczeń zdrowotnych ich koszty osobowe.

Podjęta incydentalna próba dokonania nieznacznej podwyżki wynagrodzeń pracowników ochrony zdrowia, znana jako „ustawa 203”, nie zabezpieczała środków finansowych na podwyższenie wynagrodzeń oraz nie zobowiązała płatnika za świadczenia zdrowotne, do uwzględniania wymaganych przez ustawę podwyżek w zawieranych ze świadczeniodawcami umowach.

Skutki finansowe projektowanej ustawy w roku 2006 wyniosą 5.300.000.000 zł (pięć miliardów trzysta milionów złotych).

Sfinansowanie podwyżek wynagrodzeń powinno nastąpić na skutek zwiększenia zbioru składki ubezpieczeniowej, poprzez doprowadzenie do zrównania wysokości składek ubezpieczeniowych płatników z budżetu za rolników i bezrobotnych, do przeciętnej wysokości składek płaconych przez ubezpieczonych pozostających w stosunku pracy, przejęcia przez państwo finansowania świadczeń wysokospecjalistycznych w wymiarze co najmniej ustalonym w roku 1998, w związku z wejściem w życie ubezpieczeń zdrowotnych. Należy także rozważyć powrót do co najmniej 10% podstawy wymiaru składki, co było przewidziane w pierwszej ustawie ubezpieczeniowej – ustawie z dnia 6 lutego 1997 r. o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym (Dz. U. Nr 28, poz. 153).

Ponadto samodzielne publiczne zakłady opieki zdrowotnej mogłyby również zaoszczędzić środki finansowe i przeznaczyć je na realizację przewidzianych projektowaną ustawą zasad wynagradzania w wyniku zmian w prawie umożliwiających całkowite umarzenie udzielanych im pożyczek na restrukturyzację zakładów, co proponowano w trakcie prac nad prezydenckim projektem ustawy o pomocy publicznej i restrukturyzacji publicznych zakładów opieki zdrowotnej.

W projekcie ustawy nie ma upoważnień do wydania aktów wykonawczych. Jednak wejście w życie ustawy spowoduje konieczność wydania nowych lub zmiany istniejących aktów wykonawczych dotyczących wynagradzania lekarzy i lekarzy dentystów.

Sprawy regulowane projektowaną ustawą nie są objęte prawem Unii Europejskiej.



# Racja demokracja

dokończenie ze str. 12

opinii znanej kancelarii adwokackiej w Warszawie, która na moją prośbę bezpłatnie wykonała obszerną analizę stanu prawnego, należy najpierw żądać zdjęcia hańbiącego tekstu z portalu internetowego i opublikowania słów przeprosin w tym medium. Podobną opinię co do kolejności postępowania wyraził mój osobisty doradca, doktor prawa, wieloletni sędzia sądu apelacyjnego. Jeżeli nie nastąpi zdjęcie haniebnego tekstu, dalsze postępowanie powinno polegać na wniesieniu sprawy do sądu z oskarżenia prywatnego. Naruszenie paragrafu 212 i 216 kodeksu karnego przewiduje ściganie jedynie z oskarżenia prywatnego. Brak reakcji rozzuchwala chuliganów internetowych i prasowych.

Rozzuchwalenie mediów w kwestii znieważania dobrego imienia lekarzy jest tak znaczne, że ani nadstawienie drugiego policzka do oplucia, ani dobrotliwe tłumaczenie na nic

się nie zda. Wołodziejowski, Mały Rycerz, zwykł mawiać – jak się ciebie nie będą bali, to się z ciebie będą śmiali. Podzielał zasadę Wołodziejowskiego *in extenso*.

Osobiście sądzę, że w biuletynach okręgowych izb lekarskich oraz w „Gazecie Lekarskiej” trzeba zamieścić wzory pism z żądaniem zdjęcia ze strony internetowej plugawych obelg pod adresem lekarzy. Dołączona koperta z nadrukiem, że opłatę pocztową pokryje izba lekarska usprawniłaby tok postępowania.

Pierwsza z dołączonych kopert powinna być zaadresowana do koncernu prasowego AGORA SA, właściciela forum internetowego słynącego z „gościnności” dla internautów opluwających lekarzy praktyków, których mamy około siedemdziesiąt tysięcy w naszym kraju.

Jedna osoba walcząca o swoje dobre imię ma skuteczność maleńkiego komara, który usiadł na cielsku słonia. Dziesięć tysięcy kłujących komarów to już spory ubytek krwi i niemała dolegliwość. Wyobrażam sobie, że siedemdziesiąt tysięcy komarów może wywołać ostrą niedokrwistość i stan zapaści u każdego słonia.

## Mądrości Imhotepa

Współczesne czasy nie są łatwe i z pewnością warto mieć parę jasnych wytycznych, czym kierować się w naszej praktyce. Wśród wypowiedzi kolegów na łamach portalu Esculap wyróżniają się posty podpisane nick’iem Imhotep. Próbowalam dotrzeć do autora, ale skrywa się pod egipską kamienną maską. Warto przytoczyć jego „Przykazania dla lekarzy”, zamieszczone na łamach Esculapa:

1. Nie brać łapówek. 2. Nie pić alkoholu. 3. Nie cudzołożyć. 4. Nie mieć bożków przed powołaniem. 5. Nie opluwać kolegów. 6. Szanować młodszych i starszych kolegów. 7. Nie rozmawiać z NFZ. 8. Żądać honorarium. 9. Kochać rodziców i nie okradać dzieci z miłości. 10. Pracować.

Nic dodać, nic ująć, jedynie przestrzegać. Cała prawda o dzisiejszym złożonym świecie wyłożona prosto i jasno. Nie na darmo piszący na tym forum stwierdza „mądry z ciebie chłop, Imhotepie”. A może to przewrotna baba skryła się pod tym boskim pseudonimem? Tajemniczy pseudonim tłumaczy się na polski jako „ten, który przychodzi w pokoju” – fakt. Imhotepie! może do mnie napiszesz? Czekam pod adresem: [krystynaknypl@compi.net.pl](mailto:krystynaknypl@compi.net.pl)

for. Marek Stankiewicz

## Nawroty raz na sto

Najnowocześniejsze techniki operacyjne leczenia przepuklin brzusznych poznawali i ćwiczyli w Krakowie chirurdzy z Europy Zachodniej, Polski oraz z Europy Wschodniej i Afryki.

**S**zkolenie zorganizowano na początku marca w I Klinice Chirurgii Ogólnej Collegium Medicum Uniwersytetu Jagiellońskiego pod patronatem Europejskiego Towarzystwa Chirurgów (ESS). Pierwszym w Polsce kursem dla chirurgów europejskich kierował prof. Jan Kulig, a gościem specjalnym był **prof. Andrew Kingsnorth** z Plymouth w Wielkiej Brytanii.

Zabiegi plastycznego zaopatrzenia przepuklin to jedne z najczęstszych zabiegów operacyjnych. Od 1894 r. do dzisiaj dominowała metoda opisana przez włoskiego chirurga Bassiniego. Powszechnie stosowane były również metody Halsteda i Gerarda, niestety również obarczone sporym odsetkiem powikłań i nawrotów.

Nowa era w chirurgii przepuklin to wprowadzenie technik beznapięciowych z zastosowaniem wszczepu syntetycznego (siatki). Wprowadzona w 1987 r. w Los Angeles metoda Lichtensteina stała się „złotym standardem” w leczeniu przepuklin pachwinowych. Dzięki postępowi technologicznemu drogą syntezy lub biosyntezy uzyskano materiały w postaci siatek lub specjalnie uformowanych „korków” i pelot pozwalających na dopasowanie ich do kształtu i wielkości wrót przepuklinowych. Materiały te są dobrze tolerowane przez ustrój – zapewniał krakowski chirurg **Andrzej Matyja** podczas prezentacji nowoczesnych technik.

Lata dziewięćdziesiąte ubiegłego stulecia to rozwój technik laparoskopowych. Z uwagi na wyższe koszty operacji nie wyparły zabiegów klasycznych i obecnie tylko co dziesiąty zabieg plastycznego zaopatrzenia przepuklin pachwinowych wykonuje się

przy użyciu laparoskopii. Kolejne lata to dalsze udoskonalanie stosowanych implantów – metoda Robbins-Rutkowa, Prolene Hernia System, Trabucco czy Gore Hernia Plug. Aktualnie stosowane siatki przepuklinowe, te wchłanialne i niewchłanialne przy prawidłowo wykonanym zabiegu beznapięciowego zaopatrzenia przepukliny pozwoliły na zmniejszenie odsetka nawrotów poniżej 1%, co pozwala na rekomendowanie tych metod w leczeniu przepuklin pachwinowych – podkreślił prof. Kingsnorth.

Obecnie zastosowanie beznapięciowych metod plastycznego zaopatrzenia przepuklin pozwala na leczenie chorych w zakresie tzw. chirurgii jednego dnia i szybki powrót do normalnej aktywności zawodowej.

(ms)



Operuje Andrzej Matyja (z prawej)



# Olimpijska obłuda

Marek Mędraś

Już się wydawało, że ostatnia zimowa olimpiada będzie przełomem w zwalczaniu doping. Niestety, stała się kolejnym skandalem i aktem niewyobrażalnej wprost hipokryzji.

**P**o odejściu Juan Antonio Samarancha, który sugerował legalizację doping, można było sądzić, że zwalczanie zakazanego wspomagania farmakologicznego stanie się ważnym, o ile nie podstawowym elementem ruchu olimpijskiego. Co więcej, była nadzieja, że walka ta będzie skuteczna.

Stworzono odpowiednie struktury, przyznano finanse. W wyniku licznych afer rząd we Włoszech uznał stosowanie w sporcie nielegalnego wspomagania za przestępstwo ścigane z urzędu i związane nawet z możliwością aresztowania zawodnika. Był to niezwykle istotny moment, współgrający z nastrojami antydopingowymi w Ameryce. Podobne prawa mogły ustanowić inne kraje.

Tymczasem nie kto inny, ale władze MKOl, tak zaangażowane w ściganie doping, dogadały się z rządem włoskim, który zawiesił stosowanie tego prawa na okres igrzysk olimpijskich. Zwyciężył sportowy biznes wart ok. 3,4 mld euro, który w istocie jest również promotorem doping farmakologicznego.

By kontrola antydopingowa nie komplikowała zmagania sportowych wprowadzono dziwne postępowanie, głównie wśród zawodników z dyscyplin wytrzymałościowych, którzy nagminnie stosują erytropoetynę. Wykonano u nich badania krwi i stwierdzono „zwiększoną jej gęstość” (tj. podwyższony hematokryt). Osoby te zawieszono na kilka dni, ale nie zakazywano im startu. Czyniono to oczywiście dla ich zdrowia. W praktyce, by mogli banalnymi manipulacjami rozcieńczyć krew i zmniejszyć ryzyko wypadki. Jest to akt w zasadzie nie mieszczący się w głowie, naszpikowanej banalami o czystości sportu i niewyobrażalny z punktu widzenia zasad badań antydopingowych.

Podczas olimpiady policja dokonała spektakularnego nalotu na austriackich biathlonistów, a więc zawodników szczególnie często stosujących nielegalne wspomaganie. W czasie tej powszechnie opisywanej akcji zabezpieczono wyrzuconą przez okno torbę, w której były m.in. strzykawki oraz leki przeciwko ast-

mie (ulubione w doping – działają jak anaboliki). Znalezione także zestawy do badania krwi i transfuzji. Tuż po kontroli dwaj biathloniści opuścili Włochy.

W podejrzaną grupę zawodników przeprowadzono badania antydopingowe. Były oczywiście ujemne. Gdyby były dodatnie, komplikowałyby się również sprawa kandydatury Salzburga do organizacji Igrzysk w 2014 r.

I tu pojawia się kolejny problem, kto wie czy nie zasadniczy.

Nielegalne wspomaganie uważa się za powszechne. Potwierdza to wiele faktów – opinie zawodników, lekarzy, a nawet działaczy sportowych czy też śledztwa, np. prokuratorskie (m.in. w aferach kolarskich). Przeprowadzane badania naukowe, w zależności od rodzaju sportu, wskazują na stosowanie doping u 20-80% zawodników.

Tymczasem kontrola antydopingowa tej rzeczywistości nie wykrywa. Opiera się na niezwykle czułych oraz sprawdzonych metodach i nie można myśleć o nierzetelności na tym etapie, choć i takie sprawy się w przeszłości zdarzały. Jednak jako określona procedura wykazuje znikomą swoistość. Gdyby jakkolwiek metoda wykrywania chorób w medycynie miała tak niską swoistość dawno by ją zarzucono. Istnieje wiele przykładów niewykrycia doping u sportowców, którzy ten proceder, jak się później okazało, uprawiali.

Takim przykładem jest kontrola antydopingowa, wykonana również w kierunku HCG, u L. Armstronga, dokonywana w czasie, gdy już miał raka jądra (seminoma), ale jeszcze o tym nie wiedział, a już miał wysokie wartości beta HCG. Gdyby te badania były rzetelne, choroba została by przypadkiem wcześniej wykryta.

Ten kapitalny problem widać nie tylko na zawodach rangi np. olimpijskiej, ale także w analizie wyników kontroli antydopingowej wykonywanej rutynowo u zawodników w ciągu roku. Dostępne dane od lat pokazują, że odsetek pozytywnych wyników jest niski i nie przekracza 2%-3 %.

Z jednej strony trudno to racjonalnie wytłumaczyć, z drugiej nie można tego faktu pomijać. Oznacza on, że albo problem doping w sporcie jest zagadnieniem marginalnym, wręcz nie istnieje – w czasie ostatnich zimowych zmagania olimpijskich wykryto jeden przypadek doping. Albo stosowane metody jego wykrywania są do niczego, albo też zawodnicy skutecznie maskują doping farmakologiczny oraz stosują coraz to nowe, niewykrywalne związki. Są więc w doping farmakologicznym o jeden krok do przodu przed tymi, którzy go wykrywają. I to wystarczy. Wkrótce zresztą ten jeden krok przerodzi się w kilka, gdy do sportu wkroczy doping genetyczny.

Przedstawiona wyżej pełna zakłamania i obłudy sytuacja szczególnie kontrastuje z poglądami społeczeństwa amerykańskiego. W USA zawodnik może być wykluczony ze środowiska sportowego, nawet gdy wyniki badań antydopingowych są negatywne, ale istnieją poważne poszlaki lub inne dowody nie będące jednak wynikami kontroli antydopingowej jednoznacznie wskazujące na stosowanie doping. To dowodzi jak negatywnie jest tam oceniane stosowanie nielegalnego doping farmakologicznego. Natomiast u nas znacznie gorszą rzeczą jest złapanie na doping niż jego stosowanie. Zresztą Polska może wkrótce stać się rajem dla osób stosujących nielegalne wspomaganie.

Sprzyjać temu będzie ciągły brak pieniędzy na sprawne funkcjonowanie laboratorium badań antydopingowych, a nawet na pojemniki do przesyłania próbek oraz zamieszanie wokół komisji antydopingowej. Czas pokaże również jaki stosunek do kontroli antydopingowej będzie miał obecny minister sportu, a w 1993 r. wybitny chodździarz Tomasz Lipiec, u którego podejrzewano stosowanie nielegalnego wspomagania.

**Prof. dr med. Marek Mędraś, AM i AWF we Wrocławiu, endokrynolog, członek Komisji Medycznej Polskiego Komitetu Olimpijskiego.**

## Najnowsza oferta SKOK IL:

**Do 5 000 PLN bez zgody współmałżonka!!!**

**Do 50 000 PLN bez poręczycieli!!!**

**Do 20 000 PLN wymagamy tylko  
oświadczenia o zarobkach!!!**

**Pożyczki aż do 80 000 PLN!!!**

### **POŻYCZKA MINI** OPROCENTOWANIE 9,9% DO 5 000 PLN

| Kwota pożyczki<br>w PLN | Okres spłaty w miesiącach |        |        |
|-------------------------|---------------------------|--------|--------|
|                         | 6                         | 12     | 24     |
| 1 000                   | 171,42                    | 87,84  | 46,08  |
| 2 000                   | 342,84                    | 175,67 | 92,16  |
| 3 000                   | 514,27                    | 263,51 | 138,24 |
| 4 000                   | 685,68                    | 351,35 | 184,33 |
| 5 000                   | 857,11                    | 439,18 | 230,41 |

### **POŻYCZKA PREMIUM** OPROCENTOWANIE 11,5% 5 000–80 000 PLN

| Kwota pożyczki<br>w PLN | Okres spłaty w miesiącach |         |         |
|-------------------------|---------------------------|---------|---------|
|                         | 12                        | 24      | 36      |
| 10 000                  | 885,76                    | 468,20  | 329,65  |
| 20 000                  | 1771,53                   | 936,40  | 659,29  |
| 30 000                  | 2657,29                   | 1404,60 | 988,94  |
| 40 000                  | 3543,06                   | 1872,80 | 1318,59 |
| 50 000                  | 4428,82                   | 2341,00 | 1648,23 |
| 65 000                  | 5757,47                   | 3043,29 | 2142,70 |
| 80 000                  | 7086,11                   | 3745,59 | 2637,17 |

### PEŁNA OFERTA DEPOZYTÓW I POŻYCZEK:

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

**[www.skokil.pl](http://www.skokil.pl)**

**Przedstawiciele przy OIL**

BEKŁAWY

BEKŁAWY

# Praktyka specjalistyczna w Europie

Romuald Krajewski



fol. Marek Stankiewicz

UEMS jest jednym ze stowarzyszeń lekarzy europejskich, działającym od prawie 50 lat. To forum wymiany poglądów i wypracowywania wspólnych stanowisk w sprawach dotyczących europejskich lekarzy specjalistów.

**T**e sprawy to przede wszystkim programy specjalizacji, kształcenie ustawiczne i warunki wykonywania praktyki specjalistycznej. UEMS nie ma uprawnień administracyjnych, ale podobnie do innych organizacji europejskich stara się wpływać na proces formułowania prawa unijnego. Instytucje europejskie często zwracają się do takich organizacji z pytaniami o stanowisko co do konkretnych problemów. Zaletą tego trybu postępowania jest zbieranie opinii o szerokim zakresie i możliwość przedstawienia ich bezpośrednio na poziomie ogólnoeuropejskim.

Schemat organizacyjny i podział zadań w UEMS przedstawia diagram. Pełnoprawnych członków jest obecnie 23, obserwatorów i członków stowarzyszonych 3.

Prezesem od początku 2006 r. jest dr Zlatko Fras ze Słowenii.

Zagadnienia dotyczące poszczególnych specjalności są opracowywane przez sekcje, tworzone są również grupy robocze zajmujące się aktualnymi problemami. Reprezentanci krajów członkowskich, stowarzyszonych i obserwatorów pochodzą z różnych organizacji lekarskich i stowarzyszeń specjalistów. Polska od wejścia do UE jest pełnoprawnym członkiem UEMS. Naczelna Rada Lekarska jest reprezentowana w radzie, natomiast udział w pracach poszczególnych sekcji specjalistycznych zależy od decyzji stowarzyszeń naukowych.

W różny sposób w pracach UEMS aktywnie uczestniczą ok. 1000 europejskich lekarzy, a ogólna liczba lekarzy specjalistów w Europie wynosi ok. 1,6 mln.

W całości UE (jak ujął to jeden z członków zarządu, nie można doprowadzić do sytuacji, w której wyszkolonym specjalistą lekarz staje się dopiero wtedy, gdy już pora przechodzić na emeryturę). Nie należy pozostawiać możliwości zrzeczenia się prawa do ogólnie obowiązującego czasu pracy (opt-out), ponieważ stwarza ona okazje do wywierania oficjalnych i ukrytych nacisków na specjalizujących się lekarzy. Jednak niektóre towarzystwa w specjalnościach zabiegowych uważają, że nowe zasady uniemożliwiają kształcenie równie sprawnych chirurgów jak było to dotychczas i nalegają na przynajmniej 60 albo lepiej 80 godzin pracy tygodniowo. Proponują podjęcie działań w celu zmiany zapisów dyrektywy w odniesieniu do lekarzy specjalizujących się.

Dyskusja na ten temat jest znana polskim lekarzom. Cechuje ją polaryzacja poglądów. Starsi lekarze, szkoleni według tradycyjnego modelu, skłonni są do jego kontynuacji i minimalizują znaczenie problemów związanych z przepracowaniem. Ich zdaniem praktyka specjalistyczna powinna być podobna do wirtuozerii, której nie można osiągnąć bez dostatecznie długiego treningu. Podkreślają znaczenie ciągłej, osobistej opieki i kontaktu z pacjentem. Są przekonani, że skrócenie czasu pracy pogorszy jakość świadczeń chirurgicznych.

Przedstawiciele młodych lekarzy ze Stałej Grupy Roboczej Młodych Lekarzy Europejskich wskazują z kolei, że w wielu badaniach wykazano zły wpływ przepracowania i braku snu na bezpieczeństwo i jakość. Nieproporcjonalnie długi w stosunku do wynagrodzeń czas pracy i jej intensywność są również powodem szybkiego spadku atrakcyjności zawodu lekarza. Podkreślają, że organizacje młodych lekarzy na całym świecie dążą do skrócenia czasu pracy i obecną sytuację bardzo często nazywają wyzyskiem.

## Organizacja UEMS



## Czas pracy

Na posiedzeniu zajmowano się najbardziej aktualnymi problemami dotyczącymi praktyki specjalistycznej w Europie. Wynikają one przede wszystkim z planowanych lub już wprowadzonych przepisów prawnych. Najwięcej kontrowersji i problemów stwarza dyrektywa dotycząca czasu pracy. UEMS w 2005 r. przyjęła stanowisko w tej sprawie stwierdzając, że sprzeciwia się tworzeniu nowych kategorii czasu pracy „gotowość” („on-call”) i „nieaktywna gotowość” („inactive on-call”), ponieważ czasem pracy jest i obecność w miejscu pracy i pozostawanie w dyspozycji pracodawcy.

Należy zachować obecne czasy kształcenia podyplo-



## **Sposoby wykonywania praktyki**

Nie zabrakło emocjonalnych argumentów opartych na autorytecie, co wskazuje, że zagadnienie to dotyka zasadniczych aspektów sposobu wykonywania praktyki lekarskiej i jest przejawem konfliktu pokoleniowego. W dyskusji mówiono również, że istotą problemu nie jest czas pracy, ale to, co w tym czasie się dzieje. Intensywne szkolenie o dobrej jakości na pewno pozwoliłoby wykształcić specjalistę w ciągu 6 lat przy 48 godzinach pracy tygodniowo. Jednak organizacja pracy i wymagania pracodawców oraz płatników powodują, że szkoleni w rzeczywistości wykorzystywani są (młodzi lekarze podkreślają, że zawsze byli) do rutynowych, biurokratycznych zajęć. Nie tylko w odniesieniu do szkolących się, ale również i specjalistów skrócenie czasu pracy wymagałoby zmian w uświęconych tradycją zasadach wykonywania praktyki, zwiększenia zatrudnienia i większych kosztów, czemu zarządzający i płatnicy są bardzo niechętni.

Wobec widocznych kontrowersji postanowiono kontynuować dyskusję, zasięgnąć opinii organizacji w poszczególnych krajach oraz przeprowadzić konsultacje z innymi europejskimi organizacjami lekarzy, aby uzyskać stanowisko reprezentujące interesy całego środowiska. Zwrócono uwagę, że konflikt między grupami lekarzy w tej sprawie może być i jest wykorzystywany do różnych celów.

## **Oddziaływania fizyczne**

Inne sprawy, które wymagają współpracy lekarzy europejskich, to dyrektywa o oddziaływaniach fizycznych mająca na celu ochronę pracowników, głównie przed falami elektromagnetycznymi, mająca obowiązywać od 2008 r. Propozycja dyrektywy nie przewidywała szczególnych przepisów dla pracowników ochrony zdrowia, a poziomy ekspozycji zawarte w aneksie zostały niewyraźniej ustalone bez konsultacji ze środowiskiem medycznym i praktycznie mogłyby uniemożliwić wykonywanie badań MRI w celach eksperymentalnych i rozwojowych. Z kolei dyrektywa 2005/36/EC określa specjalistów fizykoterapii i rehabilitacji jako fizykoterapeutów. Starania prezydium UEMS o zmianę tej nazwy były nieskuteczne i potrzebne są działania na poziomie krajowym. Właściwa nazwa powinna brzmieć „medycyna fizykalna i rehabi-

litacja”. Termin „fizykoterapia” dotyczy techników i nie powinien być używany w dyrektywie dotyczącej lekarzy.

## **Kształcenie ustawiczne**

Ważną częścią pracy UEMS jest European Accreditation Council for Continuous Medical Education (EACCME). W 2005 r. podpisano umowy o współpracy z następnymi krajowymi organizacjami zajmującymi się akredytacją szkolenia ustawicznego. Celem jest tworzenie centralnego repozytorium uzyskanych punktów edukacyjnych. Obecnie punkty są rejestrowane, ale nie są przeliczane. Opracowywany jest system punktów europejskich, który będzie akceptowany we wszystkich krajach UE.

Celem EACCME jest również wyrównywanie opłat za kształcenie ustawiczne, ponieważ obecnie istnieją ogromne i – jak się wydaje nieuzasadnione – różnice. Opracowano schemat organizacyjny porządkujący przepływ dokumentów. Wprowadzono system podziału opłat za akredytację. Rozpoczęto pracę nad systemem elektronicznym, który zautomatyzuje obróbkę aplikacji akredytacyjnych w sposób podobny do opracowania redakcyjnego prac naukowych. Zostanie przedłużona umowa z American Medical Association (AMA) o wzajemnym uznawaniu punktów kształcenia ustawicznego, przy czym AMA będzie uznawać wyłącznie punkty europejskie zatwierdzone przez EACCME.

\*

Stowarzyszenie Bułgarskich Towarzystw Medycznych zostało przyjęte do UEMS jako obserwator. Trwają rozmowy z Litwą, Gruzją, Macedonią, Serbią i Azerbejdżanem, które są zainteresowane uczestnictwem w pracach UEMS. Częstym problemem w przypadku nowych krajów jest składka oraz koszty uczestnictwa w posiedzeniach.

Polska, jako duży kraj z dużą liczbą lekarzy, powinna aktywnie uczestniczyć w pracach UEMS i innych organizacji europejskich lekarzy. Jest wiele zagadnień, które wymagają opracowania, zbierania opinii, uzgadniania stanowisk. Każdy rodzaj pomocy jest przydatny, tym bardziej, że zazwyczaj organizacje europejskie starają się wypracować konsensus i prezentować stanowiska, które uznano za słuszne, ale równocześnie do przyjęcia dla wszystkich członków. To sprawozdanie mówi tylko o najważniejszych według mnie zagadnieniach omawianych na posiedzeniu. Szczegóły chętnie przekażę zainteresowanym.

# Zmartwychwstanie Pańskie – Wielkanoc

ks. Józef Jachimczak CM

Od kilku lat przed Świątami Bożego Narodzenia i Wielkanocy kieruję Słowo do lekarzy, na łamach „Gazety Lekarskiej”. Tym razem chciałbym zaprosić do pochylenia się nad Wielką Tajemnicą Zmartwychwstania Chrystusa.

**C**redo chrześcijańskie – wyznanie naszej wiary w Boga Ojca, Syna i Ducha Świętego oraz w Jego stwórcze, zbawcze i uświęcające działanie – osiąga punkt kulminacyjny w głoszeniu zmartwychwstania. Chrystus zmartwychwstał! Wydarzenie to uczyniło niepokój bezpośrednio zainteresowanym i czyni niepokój ludziom wszystkich pokoleń przychodzącym oglądać pusty grób.

Stojąc przy pustym grobie w Jerozolimie, nad którym nie ma napisu: „Tu spoczywa...”, ale jeszcze jakby słyhać głos młodzieńca: „nie ma Go tu, zmartwychwstał”, pytamy: co się stało z Jezusem w poranek wielkanocny. „Bóg wzbudził Jezusa z martwych” odpowiada św. Piotr (Dz 2,32). Natomiast niewiasty, które były przy grobie, zapewniają nas, że „Pan rzeczywiście zmartwychwstał i ukazał się Piotrowi” (Łk 24,34). Nie możemy jednak zatrzymać się na relacjach

o pustym grobie i o spotkaniach Apostołów i uczniów z Jezusem zmartwychwstałym, ale pragniemy dotrzeć do treści teologicznej zmartwychwstania. Co to znaczy, że Pan Jezus zmartwychwstał?

Zmartwychwstanie nie było powrotem Jezusa do życia ziemskiego, nadal podlegającego prawu śmierci. Przeciwnie, było uwolnieniem się Jezusa spod władzy śmierci. „Śmierć nad Nim nie ma już władzy” – wyjaśnia św. Paweł (Rz 6,9) Zmartwychwstanie Jezusa było przejściem do nieśmiertelnego życia z Bogiem, wejściem do chwały (Łk 24,36), zasiadaniem po prawicy Bożej (Dz 2,23). Jego istotę stanowi przejście człowieka ze stanu śmierci w stan życia uwielbionego. Takie przejście może się dokonać jedynie przy udziale Bożej wszechmocy.

Jezus jest pierwszym, który wraz ze swoim człowieczeństwem osiągnął to, co Bóg przygotowuje dla każdego z nas. W Nim i przez Niego otrzymujemy już tu, na ziemi, dar Bożego życia, aby kiedyś dostąpić uwielbienia z całym naszym człowieczeństwem. W Nim i przez Niego ukazuje się czasowość, krótkotrwałość i przemijalność naszych cierpień i dolegliwości. Po Wielkim Piątku cierpienia i męki jest Wielkanoc zwycięstwa i radości.

Pojęcie „ciało”, którego tak często dotyka lekarz, oznacza człowieka w jego kondycji poddanej słabości i nieśmiertelności. „Zmartwychwstanie ciała” oznacza, że po śmierci będzie żyła nie tylko dusza nieśmiertelna, ale na nowo otrzymają życie także nasze śmiertelne ciała” (Rz 8,11). Wiara w zmartwychwstanie zmarłych była od początku istotnym elementem wiary chrześcijańskiej. „Zmartwychwstanie umarłych jest ufnością chrześcijan; ta wiara nas ożywia” (Tertulian, de resurrectione carnis, 1.1.).

Dlaczego twierdzą niektórzy spośród was, że nie ma zmartwychwstania? Jeśli nie ma zmartwychwstania, to i Chrystus nie zmartwychwstał. A jeśli Chrystus nie zmartwychwstał, daremne jest nasze nauczanie, próżna jest także wasza wiara... Tymczasem jednak Chrystus zmartwychwstał jako pierwszy spośród tych, co pomarli (1Kor 15,12-14). Co więcej, Jezus łączy wiarę w zmartwychwstanie ze swoją Osobą: „Ja jestem zmartwychwstaniem i życiem” (J 11,25). To Jezus jest Tym, który w ostatnim dniu wskrzesi tych, którzy będą wierzyć w Niego i którzy będą spożywać Jego Ciało i pić Jego Krew. Już teraz daje tego znak i zadatek, zapowiadając w ten sposób własne zmartwychwstanie trzeciego dnia po wydaniu Go na śmierć.

Jednym z największych dramatów, które przeżywa każdy człowiek, jest załamanie wiary w moc dobra, załamanie nadziei, załamanie woli pełnienia tego, co dobre, słuszne i spra-



wiedliwe. Przemoc, nacisk zła, siła przyzwyczajęń, a przede wszystkim styl życia środowiska stają się czymś podobnym do potężnych młynów, które miały nasze dobre zamiary, naszą dobrą wolę. Mówimy w Credo: „Wierzę w ciała zmartwychwstanie”. Te słowa mają sens. Tajemnica losu ludzkiego ujawnia się najbardziej w obliczu śmierci. Dla tych, którzy umierają w łasce Chrystusa, jest ona uczestniczeniem w Śmierci Pana, by móc także uczestniczyć w Jego Zmartwychwstaniu. Aby zmartwychwstać z Chrystusem, trzeba umrzeć z Chrystusem, trzeba „opuścić nasze ciało i stanąć w obliczu Pana” (2 Kor 5,8) W tym „odejściu”, jakim jest śmierć, dusza jest oddzielona od ciała. Połączy się z nim na nowo w dniu zmartwychwstania umarłych. I dlatego dzięki Chrystusowi śmierć chrześcijańska ma sens pozytywny. „Dla mnie bowiem żyć – to Chrystus, a umrzeć – to zysk (Flp 1,21). W takim znaczeniu św. Klemens Aleksandryjski mówił: „Wolę umrzeć w Chrystusie Jezusie, niż panować nad całą ziemią. Szukam Tego, który za nas umarł: pragnę Tego, który dla nas zmartwychwstał”.

Drodzy lekarze, „słudzy życia” (tak Was nazywał Jan Paweł II), macie wiele okazji w pełnieniu posługi medycznej przy chorych, aby im przedłużyć życie, by zapewnić sobie i innym dłuższy pobyt na ziemi. Rozumiem, to bardzo ludzkie. Ale patrząc z litością na żalosne usiłowania, by znaleźć klucz do życia po śmierci, by przedłużyć doczesną egzystencję poza ten Drugi Brzeg. Wymyśla się więc różnego rodzaju opinie i hipotezy, mnoży poglądy i teorie, żeby zaspokoić naturalny, nieskończony głód życia. Szczególnie nieudolnie wyglądają wysiłki, by nawiązać jakieś kontakty z tymi, którzy już umarli i mogą żyć po tamtej stronie Drugiego Brzegu. Tymczasem nikt i nic – ani umysł, ani wola, ani intuicja, ani uczucia, ani fantazja, ani przeczucie nie wystarczy. Pozostaje tylko i jedynie wiara – wiara w Człowieka z Nazaretu, który po swojej śmierci powstał z martwych.

Jako ludzie ochrzczeni i wierzący macie również okazję, aby ukazać choremu, całym swoim autorytetem, że jest jeszcze inne życie. Ułatwić to przejście do Domu Ojca.

Zdarzyło mi się kiedyś w Krakowie, że idąc z religijną posługą do ciężko chorego spotkałem na schodach lekarza wracającego od chorego. Pozdrawiamy się i mówi: „Ja swoje zrobiłem, teraz kolej na księdza”.

Czy trzeba jeszcze coś mówić? Każdy człowiek, który próbował iść drogą miłości i prawdy, zna te przeciwności, wie, że Jezus jest nam bliski w naszej niedoli, w naszej słabości, a przede wszystkim w tym bolesnym starciu z „tajemnicą śmierci”.

Dziś biegniemy z Apostołami Piotrem i Janem do pustego grobu po to, aby uwierzyć! Po to, aby uwierzyć, że miłość zwycięża nienawiść, że jest mocniejsza od śmierci. Dlatego wchodzimy razem z uczniami do pustego grobu, aby „zobaczyć i uwierzyć”.

Po długiej i ostrej zimie pragnę Wam życzyć Łaski Pana Zmartwychwstałego, Hojnej obfitości – a na co dzień uśmiechu, radości. Bo mimo wszystko piękny ten świat Boży, kiedy po zimowej śmierci zmartwychwstaje nowy, czysty, nieskalany... Czy będzie rodzić? Czy pozwoli ludziom żyć w dostatku? – myśleli. I wydawało im się, że znają sposoby... sposoby na to, by pobudzić moc rodzenia przyrody. Czyż święta te nie upływały pod znakiem jajek? A jajo to życie zaklęte. Powiadano też, że Chrystus Pan powstał z grobu jako pisklę z jaja. Tak i wiosna przebiła się przez skorupę lodu. Oby jak najszybciej...

*Wasz duszpasterz*

Warszawa, 23 marca 2006

*ks. Józef Jachimczak CM*





## Notatki rzecznika prasowego NRL

**Prezydium** na posiedzeniu 2.03.br.

• **przyjęło m.in. stanowiska:**

– w sprawie „Założeń zmian w systemie refundacji leków”, w którym m.in.: „(...) Stwierdza, że uwagi i propozycje Prezydium NRL dotyczące wersji tego dokumentu z maja 2005 r. i wyrażone w Stanowisku PNRL z dnia 27 czerwca 2005 w ogromnej większości nie zostały wykorzystane w wersji wrześniowej i są nadal aktualne. (...) Podkreśla, że reforma systemu refundacji jest konieczna i pilna, wymaga przygotowania propozycji zmian legislacyjnych (dokończenie niezbędnych zmian legislacyjnych zgodnie z prawem europejskim dotyczącym rejestracji, wprowadzania do obrotu i używania produktów leczniczych, wyrobów medycznych, produktów biobójczych i diagnostyki in vitro i in vivo. (...) Wskazuje, że poziom wydatków na leki oraz w szczególności poziom refundacji leków są w Polsce bardzo niskie i że satysfakcjonująca refundacja leków wymaga zapewnienia odpowiedniego finansowania, przez co należy rozumieć wszystkie wydatki NFZ związane z zakupem leków i środków pomocniczych w ramach refundacji leków wydawanych w aptekach otwartych, w lecznictwie zamkniętym, w ramach finansowania importu docelowego, programów lekowych i innych finansowanych przez NFZ. (...) Postuluje, aby obok działań systemowych podjęto również doraźne działania dla poprawy licznych błędów w refundacji leków. (...)”;

– w sprawie projektu rozporządzenia ministra zdrowia w sprawie **dopuszczenia do obrotu produktów leczniczych w placówkach obrotu pozaaptecznego i punktach aptecznych**, do którego nie zgłosiło żadnych uwag;

– w sprawie projektu rozporządzenia ministra zdrowia w sprawie **sposobu i trybu dokonywania zmian danych objętych pozwoleniem albo wpisem do rejestru oraz zmian w dokumentacji dotyczącej wprowadzenia do obrotu produktu biobójczego** – bez uwag;

• **podjęło m.in. uchwały:**

– w sprawie **realizacji Uchwały Nr 4/06/V NRL z 21.01.br.**, w której przyjmuje i rekomenduje NRL: „(...) 1) projekt ustawy o zmianie ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentystry oraz o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, stanowiący załącznik nr 1 do uchwały, 2) projekt apelu do pracodawców w ochronie zdrowia, stanowiący załącznik nr 2 do uchwały. (...)”;

– w sprawie **wsparcia inicjatywy szkolenia dla młodych lekarzy i lekarzy dentyistów**, w której postanowiło: „(...) wesprzeć

inicjatywę szkolenia dla młodych lekarzy i lekarzy dentyistów – działaczy samorządu lekarskiego, w postaci studiów podyplomowych typu MBA (Master of Business Administration). (...) Przygotowanie dokumentacji niezbędnej do uzyskania środków finansowych z budżetu UE powierzono Adamowi Okoniowi – zastępcy sekretarza NRL”;

• **wydelegowało:**

– **Romualda Krajewskiego** – członka Prezydium NRL na spotkanie **Europejskiej Unii Lekarzy Specjalistów** (European Union of Medical Specialists) 18.03.br w Brukseli;

– **Kazimierza Bryndala** – członka Komisji Stomatologicznej NRL na spotkanie **grupy roboczej ERO-FDI „Liberal dental Practice In Europe”** w dn. 24-25.03.br. w Bratysławie;

– **Konstantego Radziwiłła** – prezesa NRL oraz **Annę Lellę** – członkinię Prezydium NRL na warsztaty **„Lobbing in the EU: How to represent and defend your interests in Brussels”** w dn. 27-28.03.br. w Brukseli;

– **Annę Lellę** – członkinię Prezydium NRL i **Kazimierza Bryndala** – członka Komisji Stomatologicznej NRL na posiedzenie plenarne **ERO-FDI** w dn. 24-25.05.br. oraz na spotkanie **DLC** w dn. 26-27.05.br. Obie konferencje będą miały miejsce w Porto (Portugalia);

• **oddelegowało:**

– **Jerzego Kruszewskiego** jako przedstawiciela NRL do **Komisji Akredytacyjnej Uczelni Medycznych Konferencji Rektorów Uczelni Medycznych**;

– **Jacka Kubiaka** jako przedstawiciela NRL do **Rady Naukowej Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego**;

– **Krystiana Freya** jako przedstawiciela NRL do **Rady Społecznej SPZOZ Śląskiego Centrum Chorób Serca w Zabrzu**;

• **potwierdziło** warunki prowadzenia **kształcenia podyplomowego lekarzy** przez firmę Medical Communications Sp. z o.o.

**Konwent Przewodniczących ORL**

W dn. 3-4.03.br. w **Krakowie** obradował Konwent Przewodniczących ORL. Podczas rozmów podjęto dwa – bardzo istotne dla środowiska lekarskiego – tematy:

1) **przygotowanie programu działań w ramach akcji protestacyjnej na rzecz wzrostu wynagrodzeń pracowników ochrony zdrowia**. Ustalono m.in., że pierwszym krokiem będzie powołanie komitetów koordynacyjnych, do których zostaną zaproszeni przedstawiciele samorządów zawodów medycznych i związków zawodowych. W środowisku zostanie również przeprowadzony sondaż ankietowy nt. spodziewanego poparcia dla akcji protestacyjnej (do 24.03.br., w ciągu niespełna 3 tygodni do siedziby NIL nadesłano ponad 7 tys. ankiet);

2) **działania public relations w samorządzie lekarskim**. Przekłamana informacja, zawarta w artykule „Gazety Wyborczej” z 16.01.br., o rzekomym wynajęciu przez samorząd lekarski firmy specjalizującej się w kreowaniu wizerunku – wywołała wokół środowiska lekarskiego spory szum i wypowiedzi na ten temat (**przedstawiciele NRL kategorycznie zaprzeczają tej informacji**). Ponieważ jednak lekarze i lekarze dentyści niejednokrotnie mają problemy w porozumiewaniu się z przedstawicielami mediów, którzy – świadomi niezajomości w środowisku lekarskim praw autorskich czy prawa prasowego – w różny sposób (najczęściej w negatywnym sensie) wykorzystują, nie zawsze dyplomatyczne, wypowiedzi medyków – przewodniczący Konwentu zaprosił do debaty na ten temat przedstawicieli stowarzyszeń dziennikarskich. Spotkanie – w drugim dniu obrad – przewodniczących z dziennikarzami zaowocowało nie tylko poszerzeniem wiedzy po stronie lekarzy na temat ich praw i obowiązków wobec mediów, ale także zobowiązaniem dwóch towarzystw: Stowarzyszenia Dziennikarzy Polskich oraz Stowarzyszenia Dziennikarzy dla Zdrowia, do niesienia pomocy przy np. pisaniu sprostowań, czy – w przyszłości, szkolenia środowiska lekarskiego w zakresie prawa prasowego i autoryzacji. Chociaż zawarte porozumienie miało charakter ustnej umowy, to mamy nadzieję, że dziennikarze wywiążą się z danej obietnicy.

**Obrady w Brukseli**

W dn. 10-11.03.br. w Brukseli odbyło się posiedzenie **Stałego Zespołu Lekarzy Europejskich**, w którym – z ramienia NRL – uczestniczyli: prezes **Konstanty Radziwiłł** oraz – wybrany podczas obrad NRL w dn. 17-18.03.br. na przewodniczącego Zespołu ds. Współpracy Międzynarodowej **Klaudiusz Komor**. W trakcie obrad, obok przyjęcia licznych sprawozdań podkomisji, m.in.: ds. organizacji opieki zdrowotnej, ubezpieczenia społecznego, ekonomiki służby zdrowia i przemysłu farmakologicznego, czy ds. etyki oraz ds. szkolenia medycznego, kształcenia ustawicznego i uznawania kwalifikacji, powołano – w ramach podkomisji ds. opieki zdrowotnej – grupę roboczą w celu koordynacji współpracy z EU High-Level-Group w sprawie dyrektywy dot. swobodnego przepływu usług. Jednym z członków tego zespołu został przedstawiciel NRL **Klaudiusz Komor**. Natomiast podczas sprawozdania z prac podkomisji ds. etyki obecny jej przewodniczący dr Michael Wilks podkreślił znaczący wkład pracy prezesa **Konstantego Radziwiłła** w działalność podkomisji, której był przewodniczącym w poprzedniej kadencji.

**Iwona A. Raszke-Rostkowska**

tel. 0-22-559-13-26

tel./faks 0-22-559-13-27

tel. kom. 0-606-440-100

e-mail: iwona.raszke@hipokrates.org



18-20 maja br. – Zamość

## Wschodnie Dni Implantologiczne

Do 24 kwietnia Wschodni Regionalny Oddział Ogólnopolskiego Stowarzyszenia Implantologii Stomatologicznej w Lublinie oczekuje na zgłoszenia. Na 20 maja zaplanowano siedmiodziesiętny kurs implantologiczny. Tematyka wykładów to: planowanie leczenia implantoprotetycznego, natychmiastowa implantacja i natychmiastowe obciążenie, powikłania związane z zabiegami implantacji i rekonstrukcji protetycznej oraz zastosowanie implantów w leczeniu ortodontycznym. Obrady odbędą się w Klubie Muzycznym przy ul. Sienkiewicza 22 w Zamościu. Komitetowi Naukowemu przewodniczy prof. Stanisław W. Majewski z Krakowa, a Komitetowi Organizacyjnemu dr Zbigniew Leszcz z Lublina.

Wykładowcy: prof. **Jarosław Zabłocki** (Lwów), prof. **Stefan Baron** oraz **Beata Suliborska**, **Krzysztof Śliwowski**, **Krzysztof Chmielewski**, **Spencer Woolfe**, **Piotr Majewski**, **Maciej Dijakiewicz**, **Agnieszka Laskus-Perendyk**, **Danuta Borchczyk**.

Koszt uczestnictwa wynosi 550 zł, a dla członków OSIS EDI (opłacone składki) 450 zł. Wpłaty należy kierować na konto OSIS-EDI, z dopiskiem Wschodnie Dni Implantologiczne – OSIS-EDI, Instytut Stomatologii UJ, ul. Montelupich 4, 31-155 Kraków. Nr konta: BPH PBK S.A. 48 1060 0076 0000 4013 3011 0203. Zgłoszenie wraz z potwierdzeniem wpłaty należy przesłać na adres: **Wschodni Regionalny Oddział w Lublinie, ul. Karmelicka 7; 20-081 Lublin, tel./faks 0-81-53-273-62.**

Formularze zgłoszenia prezentacji ze streszczeniem, zgłoszenia uczestnictwa, rezerwacji noclegu można pobrać ze strony **www.osis.org.pl**

Ogólnopolskie Stowarzyszenie Implantologii Stomatologicznej – European Association of Dental Implantologists OSIS – EDI działa od 1998 r. Organizowane od 1992 r. w cyklu 2-letnim kongresy krajowe i międzynarodowe są najważniejszymi wydarzeniami naukowymi i zawsze wielkim świętem implantologii w Polsce – mówi prezes Stowarzyszenia prof. Stanisław Majewski. Już w przyszłym roku VII Międzynarodowy Kongres Implantologiczny będzie obradować w Mikołajkach. Między kongresami są organizowane tzw. Dni Implantologiczne, których gospodarzami są zarządy oddziałów terenowych OSIS.

Wykłady i kursy praktyczne przygotowują do uzyskania uprawnień do tzw. świadectwa umiejętności w dziedzinie implantologii.

OSIS wydaje jedyne w Polsce czasopismo naukowe „Implantoprotetyka”, w całości poświęcone implantologii, patronuje i koordynuje badania naukowe wieloosrodkowe w oparciu o współpracę z krajowymi i zagranicznymi uczelniami medycznymi.

(ms)

**SALDENT 2006 – 18-20 maja 2006**

## Nowe trendy w stomatologii

Od 18 do 20 maja br. będzie się odbywać VIII Konferencja Naukowa Saldent 2006. Organizatorami są Poznański Oddział PTS, Centrum Klinik Stomatologicznych AM, Wielkopolska Izba Lekarska i Międzynarodowe Targi Poznańskie. Plan wykładów:

### **Czwartek 18.05. Sesja 1, godz. 14.00**

1. **14.00-14.45** DR N. MED. **MATEUSZ KURZAWSKI** (AM w Poznaniu) – „Nowy aparat ortodontyczny w leczeniu poprzecznych i dołowych wad zgryzu”
2. **14.45-15.30** DR N. MED. **TOMASZ KULCZYK** (AM w Poznaniu) – „Zastosowanie tomografii komputerowej CBCT w przedzabiegowej diagnostyce chirurgicznej i ortodontycznej”
3. **15.30-16.15** PROF. DR HAB. **RYSZARD KOCZOROWSKI** (AM w Poznaniu) – „Zastosowanie elementów precyzyjnych w retencji protez ruchomych opartych na implantach”

### **Piątek 19.05. Sesja 2, godz. 9.00**

1. **9.00-10.30** DR CHRISTOPHER HOLMGREN (WHO Collaborating Centre Nijmegen) – „Atrajmatyczne leczenie próchnicy (ART), przeszłość, teraźniejszość i przyszłość”
2. **10.30-12.00** PROF. **EDWARD LYNCH** (Queen Mary University, Belfast, North Ireland) – „Minimalna interwencja w leczeniu zachowawczym XXI w.”

### **Sesja 3, godz. 14.00**

1. **14.00-15.30** DR **GILBERTO DEBELIAN** (Oslo University, Norway) – „Postępy technologiczne w endodoncji klinicznej”
2. **15.00-16.00** PROF. DR HAB. **HONORATA SHAW** (AM w Poznaniu) – „Prawo i endodoncja”

### **Sesja 4, godz. 16.15 – Sesja plakatowa**

### **Sobota 20.05. Sesja 5, godz. 9.00**

1. **9.00-10.30** PROF. **DAWID LUMLEY** (University in Birmingham, Wielka Brytania) – „Jak radzić sobie z niepowodzeniami w endodoncji”
2. **10.30-12.00** PROF. **MANFRED LANG** (Międzynarodowe Centrum Implantologii Stomatologicznej Nurnberg-Germany) – „Leczenie za pomocą implantów w bezzębnej szczękę i żuchwie”
3. **14.00-14.45** DR **KRZYSZTOF CHMIELEWSKI** (konsultant medyczny firm Friadent, Dentsply) – „Implantologia – teraźniejszość czy przyszłość?”
4. **14.45-15.30** DR **CHRISTOPH T. ŚLIWOWSKI** (prywatna praktyka w Niemczech) – „Nowoczesna implantologia oraz techniki ją wspomagające: augmentacja i mukodystrakcja”

Informacje: **www.saldent.mtp.pl**. Uczestnicy konferencji mogą otrzymać 24 punkty edukacyjne. Zapraszamy!

# Prawda jak oliwa...

Sprawa, którą tym razem przedstawiam, była ciekawa nie z powodu jej meritum, ale ze względu na okoliczności towarzyszące. Pokazała ona trzy prawidłowości: po pierwsze – na złodzieju czapka zawsze gore, po drugie – pozostający pod zarzutem sądzą, że nigdy nie jest za późno iść w zaparte, a po trzecie – błąd formalny w stosowaniu prawa może zniweczyć sprawiedliwe orzeczenie o winie i karze. Opisana tu sprawa Lekarki pozwala też z satysfakcją przyjąć konstatację, że znieczulica nie jest powszechna.

**M**ariusz Sz. przed południem był z wizytą u swoich rodziców. Ich sąsiadka miała wypadek i doznała urazu głowy. Nie straciła przytomności, ale w okolicach potylicy miała guz wielkości rozłożonej męskiej dłoni, a lewa jej powieka puchła i nabierała czarnej barwy. Skarżyła się też na ból głowy. W tej sytuacji oczywiste było wezwanie doraźnej pomocy lekarskiej, czyli pogotowia. Lekarka zbadała poszkodowaną stetoskopem i stwierdziła potłuczenie. Na uwagę Mariusza Sz. o guzie odpowiedziała: „Jeżeli człowiek się uderzy, to guz musi być”. Zadisponowała pyralgin domięśniowo, hydroxizynę oraz aviomarin, pozostawiając pacjentkę w domu.

Po upływie pół godziny nastąpiły u niej wymioty i utrata przytomności. Mariusz Sz., który dalej czuwał nad poszkodowaną, jeszcze raz wezwał pogotowie. Karetka przyjechała po 1 godzinie i 20 minutach, po trzech ponagleniach (dyspozytor tłumaczył potem, że zespół pogotowia był niekompletny, ponieważ

sanitariusz pojechał do izby lekarskiej w charakterze świadka). Drugi lekarz znalazł pacjentkę w stanie ciężkim, bez kontaktu, a podejrzewając uszkodzenie mózgu, skierował ją do szpitala, w którym zmarła następnego dnia.

Oburzony Mariusz Sz. napisał skargę do Okręgowy Izby Lekarskiej. Wnosił o jej wnikliwe rozpatrzenie, gdyż – jak argumentował – „tacy ludzie, jak opisana pani doktor, mogą wyrządzić więcej szkody niż dobrego ludziom, którzy potrzebują lekarskiej pomocy”. O sprawie pisał też lokalny dziennik w informacji pod tytułem „Sąsiedzi oskarżają lekarkę”. Mariusz Sz. złożył ponadto zawiadomienie o popełnieniu przestępstwa do właściwej miejscowo prokuratury.

Okręgowy Rzecznik Odpowiedzialności Zawodowej, przystępując do badania sprawy, sięgnął w pierwszej kolejności do dokumentów, w tym karty zlecenia wyjazdu pogotowia ratunkowego, która zawierała zapis: „brak zgody na szpital”, opatrzony podpisem chorej. Mariusz Sz. twierdził w swoim doniesieniu, że zapis ten został dokonany później. Potwierdziło to zeznanie pielęgniarki z ośrodka pomocy doraźnej, która była obecna przy uzupełnieniu wspomnianego zlecenia wyjazdu. Powołany przez prokuraturę biegły z zakresu badań pisma ręcznego stwierdził, że podpis nie był autentyczny i podrobiła go prawdopodobnie zainteresowana Lekarka.

Lekarka przed rzecznikiem zeznała, że badanie u pacjentki rozpoczęła od obejrzenia głowy. W okolicy ciemieniowo-potylicznej stwierdziła krwiak, ale czaszka wedle niej była opukowo niebolesna, ciążłość pokrywy nienaruszona, źrenice równe, o zachowanych prawidłowych reakcjach na światło, zbieżności i nastawieniu. Stwierdziła też zasinienie lewej górnej powieki. Pacjentka negowała utratę przytomności, a do badania rozebrała się sama. Nie wyraziła też zgody na hospitalizację.

Powołany przez rzecznika biegły neurochirurg jednoznacznie stwierdził, że po urazie głowy, z widocznymi obrażeniami

zewnątrznymi głowy, pacjentka powinna zostać przewieziona do szpitala w celu szybkiej diagnostyki w kierunku krwiaka wewnątrzczaszkowego. Biegły konkludował też, że sfalszowanie dokumentacji w dniu następnym po wizycie dowodzi faktu, że Lekarka miała świadomość nieudzielenia chorej właściwej pomocy.

W postępowaniu przed Okręgowym Sądem Lekarskim zainteresowana przyznała się do winy potwierdzając, że pacjentkę powinna zabrać do szpitala, a dokumentację następnego dnia sfalszowała, bo w momencie zdarzenia byłam „świeża” w pogotowiu i „przerażona” tym, co zaszło. Kara była surowa: sześć miesięcy zawieszenia w prawie wykonywania zawodu lekarza.

Mimo wcześniejszego przyznania się do winy, Lekarka złożyła odwołanie do Naczelnego Sądu Lekarskiego, wnosząc o uniewinnienie. Argumentacja jej była przerażająco prosta (i naiwna): „przesłuchanie z rzecznikiem sprowadzało się do wmawiania mi winy”, „nie przesłuchano biegłego”, „nie zanotowano w protokole wniosku o powołanie innego biegłego”, „sama rozprawa była formalnością”, „pytano tylko o suchą relację”.

Przez chwilę Lekarce sprzyjało szczęście, wyrok pierwszej instancji został bowiem ze względów formalnych odrzucony, jako że podpisało go czterech sędziów, podczas gdy sprawy lekarzy w sądzie okręgowym rozpoznawane są w składzie trzyosobowym. Ponowny, identycznie brzmiący wyrok Okręgowego Sądu Lekarskiego nie zawierał już błędu formalnego. Obwiniona znów wniosła apelację, która tym razem okazała się jednak bezskuteczna.

Życiowa maksyma o prawdzie, że jak oliwa zawsze na wierzch wypływa, znalazła potwierdzenie i w tej sprawie. Sądę jednak, że obwinionej Lekarce byłoby lżej, gdyby swoją winę i karę przyjęła z godnością.

Jerzy Ciesielski  
mecenas

„Panaceum” nr 3/2006

## Familijna odmiana kumoterstwa



**N**epotyzm (łac. nepos = siostrzeniec, bratunek) – faworyzowanie członków rodziny przy obsadzaniu stanowisk i przydzielaniu godności. Historia tego pojęcia sięga czasów średniowiecza. (...)

Niestety, wraz z upływem czasu nepotyzm ani nie zniknął, ani nie osłabł. Niezwykle powszechny w krajach Trzeciego Świata znalazł dobry grunt również w dyktatorskich reżimach, gdzie władza przechodzi jak w dawnych monarchiach z ojca na syna, a dziedziczenie najwyższych stanowisk państwowych jest na porządku dziennym. (...)

Nepotyzm nie ominął i naszego kraju, wyrażając się swą obecnością w polskich szpitalach. Ta trudna do wyobrażenia dla amerykańskich czy europejskich lekarzy sytuacja ma miejsce w dużej części polskich klinik i szpitali. (...)

Marek Derkacz

„Medicus” nr 3/2006

# Przychodzi lekarz do prawnika



**Pytanie lekarza:** Czy pełniąc dyżur w pogotowiu ratunkowym w ramach umowy-zlecenia lub kontraktu przysługuje mi dodatek wyjazdowy, czy też dodatek ten przysługuje tylko etatowym pracownikom pogotowia?

**Odpowiedź prawnika:** Dodatek za pracę w zespole wyjazdowym pogotowia ratunkowego przysługuje tylko tym osobom, które pozostają w stosunku pracy w zakładzie opieki zdrowotnej. Na podstawie art. 321 ust. 1 ustawy z 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej (Dz. U. nr 91, poz. 408 z późn. zm.) pracownikom wykonującym zawód medyczny zatrudnionym w zespole wyjazdowym pogotowia ratunkowego (pomocy doraźnej) przysługuje dodatek w wysokości 30% stawki godzinowej wynagrodzenia zasadniczego za każdą godzinę pracy. Przepis ten odnosi się tylko do tych osób, które pozostają w stosunku pracy z zakładem opieki zdrowotnej (tj. są „etatowymi pracownikami”, zatrudnionymi na podstawie umowy o pracę). Natomiast osoby wykonujące pracę w pogotowiu ratunkowym na podstawie umowy cywilnoprawnej (np. umowy zlecenia) są uprawnione do otrzymywania takiego wynagrodzenia, jakie zostało określone w umowie cywilnoprawnej, którą osoby te zawarły z zakładem opieki zdrowotnej (pogotowiem ratunkowym).

*opr. Magdalena Sender*

**Pytanie lekarza:** Czy lekarz (kobieta), która skończyła 60 lat i zamierza przejść na emeryturę może złożyć wypowiedzenie bez okresu wypowiedzenia? Pracodawca ma obowiązek wypłacić odprawę o wysokości co najmniej jednego średniego wynagrodzenia, czy odprawa może być wyższa? Czy okres wypowiedzenia może uwzględniać wymiar zaległych urlopów? Czy należy za całość zaległego urlopu wypłacić ekwiwalent? Czy zaraz po rozwiązaniu umowy o pracę z tytułu przejścia na emeryturę można z tą samą osobą zawrzeć kolejną umowę o pracę?

**Odpowiedź prawnika:** Pracownik ma nieograniczone prawo do wypowiedzenia umowy o pracę. Prawo nie zna in-

stytucji „wypowiedzenia umowy bez okresu wypowiedzenia”. Możliwe jest jedynie rozwiązanie umowy o pracę za porozumieniem stron w dacie ustalonej przez strony albo rozwiązanie umowy bez wypowiedzenia, ale tylko w warunkach art. 55 k.p. Odprawa emerytalna jest równa jednomiesięcznemu wynagrodzeniu. Pracownik w okresie wypowiedzenia ma obowiązek wykorzystać urlop. W prawie nie ma zakazu zatrudnienia pracownika po przejściu na emeryturę.

## Uzasadnienie

Pracownik na zasadzie art. 55 ustawy z 26 czerwca 1974 r. Kodeks pracy (tekst jedn.: Dz. U. z 1998 r. nr 21, poz. 94, z późn. zm.), (dalej jako: k.p.) ma prawo rozwiązać umowę o pracę bez wypowiedzenia, jeżeli zostanie wydane orzeczenie lekarskie stwierdzające szkodliwy wpływ wykonywanej pracy na zdrowie pracownika, a pracodawca nie przeniesie go w terminie wskazanym w orzeczeniu lekarskim do innej pracy, odpowiedniej ze względu na stan jego zdrowia i kwalifikacje zawodowe albo gdy pracodawca dopuścił się ciężkiego naruszenia podstawowych obowiązków wobec pracownika; w takim przypadku pracownikowi przysługuje odszkodowanie w wysokości wynagrodzenia za okres wypowiedzenia, a jeżeli umowa o pracę została zawarta na czas określony lub na czas wykonania określonej pracy – w wysokości wynagrodzenia za okres 2 tygodni. W żadnym innym przypadku pracownik nie może jednostronną czynnością doprowadzić do rozwiązania umowy o pracę bez zachowania okresu wypowiedzenia.

O ile taki jest wspólny zamiar stron stosunku pracy pracownik i pracodawca mogą rozwiązać umowę o pracę w dowolnym momencie mocą zgodnego porozumienia. Z mocy art. 1671 k.p. w okresie wypowiedzenia umowy o pracę

pracownik jest obowiązany wykorzystać przysługujący mu urlop, jeżeli w tym okresie pracodawca udzieli mu urlopu. Celem tego przepisu jest nieobciążanie pracodawcy kosztami ekwiwalentu za niewykorzystany urlop, skoro prawo pracy kieruje się zasadą wykorzystania urlopu w naturze. Ekwiwalent należy wypłacić tylko w następujących sytuacjach:

1. wypowiedzenie jest krótsze niż należne urlopy;
2. pracodawca nie może udzielić pracownikowi urlopu w okresie wypowiedzenia;
3. pracownik nie mógł wykorzystać urlopu w okresie wypowiedzenia (np. był chory).

Wysokość odprawy emerytalnej jest określona w art. 92 k.p. i ustalona na poziomie jednomiesięcznego wynagrodzenia.

*opr. Agnieszka Sieńko*

**Materiały udostępnione dzięki uprzejmości Domu Wydawniczego ABC, wydawcy CD-ROM-u „Serwis Prawo i Zdrowie”:**  
[www.prawoizdrowie.pl](http://www.prawoizdrowie.pl)



**WSZYSTKO O PRAWIE**  
medycznym i ochronie zdrowia

**NIEZBĘDNE INFORMACJE**  
o prawie sanitarnym

**BIEŻĄCE ZMIANY I PROJEKTY**  
co miesiąc na CD i co tydzień on-line

## SERWIS PRAWO I ZDROWIE



Publikacja elektroniczna zawiera analizy problemów służby zdrowia oraz inspekcji sanitarnej. Składają się na nie:

- praktyczne komentarze
- odpowiedzi specjalistów
- przepisy prawne
- orzeczenia sądowe
- wzory dokumentów i formularzy
- bazy teleinformatyczne.

[www.prawoizdrowie.pl](http://www.prawoizdrowie.pl)  
infolinia 0 800 120 188



• **Nieważne czy ukradł, czy jego okradziono!** W tytułowym artykule tygodnika „Wprost” z 19.03.2006 („Kasa na zabieg”) znalazła się informacja, że „prawie połowa polskich lekarzy bierze łapówki za wykonanie operacji, a co trzeci za przyjęcie chorego do szpitala lub skrócenie kolejki do zabiegu”. Autorzy tekstu Zbigniew Wojtasiński i Iwona Konarska pominęli jednak (celowo? przypadkiem?) z cytowanego opisu badań Fundacji Stefana Batorego kilka istotnych wyrazów, zmieniających całkowicie sens i znaczenie ww. informacji. • **Powrót do socjalizmu.** Pacjenci nie będą mogli współpłacić za usługi medyczne w publicznych szpitalach, aby uniknąć w ten sposób oczekiwania w długich kolejkach. Zapis ten został usunięty z projektu nowelizacji ustawy o ZOZ-ach, mimo że występował w projekcie przygotowanym jeszcze przez rząd Marka Belki. • **„To wszystko przez lekarzy”.** „Sytuacja szpitali poprawia się – nawet najbardziej zadłużone dogadały się z wierzycielami (od października 2005 zobowiązania placówek, które może egzekwować komornik, zmniejszyły się o 17 proc.). Ale są inne problemy: pracownicy żądają podwyżek” – pisze „Rzeczpospolita”. • **Ile można jeszcze czekać?** „Na podwyżki musicie poczekać do 1 stycznia 2007 r.” – poinformował przedstawicieli środowisk

dokończenie na str. 28



Bogdan Jakubski

# Czasowa niezdolność do pracy

Obowiązujące dotychczas zasady wystawiania zaświadczeń lekarskich o czasowej niezdolności do pracy (druk ZUS ZLA) zostały z dniem 17 stycznia 2006 nieco zmienione.

**Z**mieniające rozporządzenie ministra pracy i polityki społecznej z 22 grudnia 2005 zostało opublikowane w Dz.U. z 2006 r. nr 1, poz. 3). Przedstawiam obowiązujące obecnie zasady ze szczególnym wskazaniem na wprowadzone zmiany.

- 1** Zaświadczenie lekarskie o czasowej niezdolności do pracy z powodu choroby lub konieczności sprawowania przez pracownika opieki nad chorym członkiem rodziny wystawia się wyłącznie po przeprowadzeniu bezpośredniego badania stanu zdrowia ubezpieczonego lub chorego członka rodziny.
- 2** Przy wystawianiu ubezpieczonemu zaświadczenia lekarskiego o czasowej niezdolności do pracy należy brać pod uwagę stan jego zdrowia, uwzględniając jednocześnie rodzaj i warunki wykonywanej pracy.
- 3** Zaświadczenie lekarskie wystawia lekarz, lekarz dentyista, starszy felczer lub felczer prowadzący leczenie na okres, w którym ubezpieczony ze względu na stan zdrowia powinien powstrzymać się od pracy, jednak nie dłuższy niż do dnia, w którym niezbędne jest przeprowadzenie ponownego badania stanu zdrowia chorego. Starszy felczer i felczer może wystawiać zaświadczenia lekarskie o czasowej niezdolności do pracy jedno-

razowo na okres do 7 dni, przy czym łącznie orzecznictwo niezdolności do pracy nie może przekraczać 14 dni.

- 4** Zaświadczenie o czasowej niezdolności do pracy wystawia się od dnia, w którym przeprowadzono badanie lub od dnia bezpośrednio następującego po dniu badania. W niektórych przypadkach zaświadczenie może być wystawione na okres rozpoczynający się po dniu badania, jednak nie później niż czwartego dnia po dniu badania, jeżeli:
  - bezpośrednio po dniu badania przypadają dni wolne od pracy np. w piątek od poniedziałku (trzeci dzień) lub nawet wtorku (czwarty dzień),
  - badanie przeprowadzane jest w trakcie już wcześniej orzeczonej niezdolności, np. pacjent ma zwolnienie do piątku, zgłosił się do lekarza we wtorek, może otrzymać dalsze zwolnienie od soboty.
- 5** Zaświadczenie za okres wsteczny może obejmować okres nie dłuższy niż 3 dni poprzedzające badanie, jeżeli jego wyniki wykazują, że ubezpieczony był w tym czasie niewątpliwie niezdolny do pracy. Ograniczenie to nie dotyczy zaświadczeń wystawianych przez lekarza psychiatrę, w razie stwierdzenia lub podejrzenia przez niego zaburzeń psychicznych, ograniczających zdolność chorego do oceny własnego postępowania.
- 6** Zaświadczenie lekarskie stwierdzające pobyt chorego w szpitalu wystawia się w dniu wypisania ubezpieczonego z tego zakładu.
  - W razie pobytu ubezpieczonego w zakładzie, dłuższego niż 14 dni, zaświadczenie należy wystawiać co 14 dni.

- W razie niewydania w dniu wypisania chorego ze szpitala zaświadczenia o niezdolności do pracy zaświadczenie za sam pobyt w stacjonarnym zakładzie leczniczym może zostać, na wniosek ubezpieczonego, wydane w dowolnym czasie.
- W przypadku wystawiania zaświadczenia lekarskiego za pobyt w stacjonarnym zakładzie leczniczym w terminie późniejszym, obejmującego także poszpitalny okres niezdolności do pracy, do okresu tego stosuje się ogólne zasady dotyczące orzekania za okres wsteczny.

**7** Zaświadczenie lekarskie wystawia się na formularzach ZUS ZLA.

- W razie zatrudnienia w dwóch lub więcej zakładach pracy, na wniosek ubezpieczonego, wystawiający zaświadczenie winien wydać ich odpowiednią ilość.
- W razie zagubienia zaświadczenia lekarz, który wydał zagubione zaświadczenie, na wniosek ubezpieczonego, winien sporządzić wypis z kopii tego zaświadczenia. Możliwe jest także wykonanie kserokopii z kopii znajdującej się w bloczku lekarza i potwierdzenie jej przez wydającego „za zgodność z oryginałem”.
- W razie zatrudnienia jednocześnie u kilku pracodawców i niewystawienia zaświadczeń lekarskich o czasowej niezdolności do pracy jednorazowo do wszystkich możliwe jest wystawienie zaświadczenia dla kolejnego pracodawcy w terminie późniejszym. Nie jest ono bowiem związane z wydaniem nowego orzeczenia, lecz formalnym poświadczeniem orzeczenia już wydanego.
- Zaświadczenie lekarskie wystawia się z dwiema kopiami:
  - oryginał zaświadczenia wystawiający je przesyła w ciągu 7 dni od dnia wystawienia bezpośrednio do terenowej jednostki organizacyjnej Zakładu Ubezpieczeń Społecznych,
  - pierwszą kopię zaświadczenia otrzymuje ubezpieczony,
  - drugą kopię wystawiający zaświadczenie przechowuje przez okres 3 lat.
- W zaświadczeniu lekarskim o czasowej niezdolności do pracy informacje podaje się z zastosowaniem następujących kodów literowych:
  - kod A – oznacza niezdolność do pracy powstałą po przerwie nie przekraczającej 60 dni spowodowanej tą samą chorobą, która była przyczyną niezdolności do pracy przed przerwą,
  - kod B – oznacza niezdolność do pracy przypadającą w okresie ciąży,
  - kod C – oznacza niezdolność do pracy spowodowaną nadużyciem alkoholu,

- kod D – oznacza niezdolność do pracy spowodowaną gruźlicą,
- kod E – oznacza niezdolność do pracy spowodowaną chorobą zakaźną o długim okresie wylegania.
- Kody literowe wpisuje się odpowiednio na oryginale i kopiach zaświadczeń, a numery statystyczne chorób według Międzynarodowej Klasyfikacji Chorób, tylko na oryginale i drugiej kopii. Nie stosuje się kodów związanych z absencją spowodowaną wypadkiem przy pracy.

**8** Po 30 dniach niezdolności do pracy prowadzący leczenie, przed wystawieniem ubezpieczonemu zaświadczenia o dalszej niezdolności do pracy, winien ocenić jednocześnie, czy stan zdrowia ubezpieczonego uzasadnia potrzebę przeprowadzenia rehabilitacji leczniczej. W przypadku stwierdzenia takiej potrzeby – należy wypełnić odpowiedni wniosek o rehabilitację leczniczą. Wniosek ten ubezpieczony winien złożyć w Oddziale ZUS.

**9** Nie później niż na 60 dni przed zakończeniem okresu zasiłkowego lekarz winien przeprowadzić badanie i ocenę, czy stan zdrowia ubezpieczonego uzasadnia:

- zgłoszenie wniosku o ustalenie prawa do świadczenia rehabilitacyjnego,
- zgłoszenie wniosku o ustalenie prawa do renty z tytułu niezdolności do pracy. Stosownie do wyników oceny należy wystawić odpowiednie zaświadczenie o stanie zdrowia dla celów świadczeń z ubezpieczenia społecznego, informując ubezpieczonego o potrzebie złożenia odpowiedniego wniosku.

Do stosowania i przestrzegania powyższych zasad każdy lekarz zobowiązuje się występując do ZUS z wnioskiem o nadanie uprawnień do wystawiania zaświadczeń o czasowej niezdolności do pracy.

Ich nieprzestrzeganie, a także wystawianie zaświadczeń bez przeprowadzenia bezpośredniego badania ubezpieczonego i bez udokumentowania rozpoznania, może być podstawą do czasowego cofnięcia lekarzowi przez Zakład Ubezpieczeń Społecznych nadanych uprawnień.

Okres ten może wynosić do 12 miesięcy. Podstawa prawna: art. 60 ustawy z 25 czerwca 1999 o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa (tekst jednolity z 2005 r. Dz.U. nr 31, poz.267).

**Autor jest głównym lekarzem orzecznikiem Oddziału ZUS w Zielonej Górze**

medycznych premier Kazimierz Marcin-kiewicz. Tymczasem przewodniczący Po-rozumienia Zielonogórskiego (PZ) Ma-rek Twardowski twierdzi, że aby dać realną podwyżkę pielęgniarkom i leka-rzom, trzeba zmienić system ochrony zdrowia, czyli m.in. wprowadzić do-datkowe ubezpieczenia oraz uregulo-wać popyt na usługi medyczne. • **Zdolni i sfrustrowani (lekarze) wyjeżdżają.** W ciągu ostatnich dwóch lat zaświad-czenia niezbędne do wykonywania zawo-du lekarza w innych państwach UE po-brało 4500 polskich lekarzy. 3/4 wy-jeżdżających z Polski medyków to oso-by u szczytu kariery, w wieku od 36 do 49 lat. • **„Oszczędnym” Fundusz.** Od-działy Wojewódzkie NFZ nie wydały w ubiegłym roku... 137 mln zł (!). Teraz pieniądze te wrócą do centrali Fundu-szu. Minister zdrowia Zbigniew Reli-ga obiecuje starania, by nie trafiły z powrotem do budżetu państwa, ale były wydane w obecnym roku na świadczenia medyczne. • **Dzięki „ustawie 203” wię-cej za dyżury!** Na mocy „ustawy 203” lekarzom przysługują podwyżki także za dyżury! – wynika z postanowienia Sądu Najwyższego. • **Szpitala w sie-ci.** W grudniu ogłoszona zostanie pro-pozycja sieci szpitali niezbędnych do zapewnienia prawidłowej opieki zdro-wotnej – zapowiedział minister zdro-wia Zbigniew Religa. Pozostałe szpi-tale będą mogły zostać przekształcone, sprywatyzowane lub zlikwidowane – de-cyzja ta będzie zależała od ich or-ganów prowadzących (głównie samorząd-ów). • **Cytat na dziś i jutro:** „Jeden doświadczony lekarz wart jest stu wo-jowników.” – Homer

Goniec Medyczny jest elektronicznym biule-tynem informacyjnym, wysyłanym bezpłatnie raz w tygodniu na ponad 100 000 kont poczty elektronicznej polskich lekarzy i innych pracowników medycznych, zarejestrowanych w portalu Esculap.pl. Esculap.pl to portal medyczny, zawierający pełne teksty artykułów z kilkunastu polskich czasopism medycznych, bazę leków Pharmed, giełdę pracy dla lekarzy oraz giełdę używanego sprzętu medycznego i podręczni-ków. Współpracujemy z kilkunastoma towa-rzystwami naukowymi i uczelniami medycznymi oraz największymi polskimi wydawnictwami. Dostęp do wszystkich materiałów w portalu jest bezpłatny i wymaga jednorazowej reje-stracji. 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

# Dobry zwyczaj

Roman Hajzik

Tym, którzy nie pamiętają czego artykuł ten dotyczy, przypominam jego brzmienie: **„Dobrym zwyczajem jest leczenie bezpłatne innych lekarzy i członków ich najbliższej rodziny, w tym wdów, wdowców i sierot po lekarzach.”**

**P**rzyznaję, że za każdym razem, gdy słyszę to szlachetne poucze-nie i konfrontuję je z otaczającą mnie rzeczywistością, odczuwam głę-boki dyskomfort psychiczny.

Wiem, że wszystkie artykuły Kodeksu Etyki Lekarskiej powinny być – w wy-niku przyjęcia ich 20 września 2003 r. przez Nadzwyczajny VII Krajowy Zjazd Lekarzy – obowiązującymi drogowskazi-mi dla właściwego, etycznego, postę-powania każdego lekarza w naszej oj-czyźnie. Niektóre z tych artykułów są wyrażone w sposób stanowczy, impera-tywny. Dotyczy to nakazów i zakazów, których żadnemu lekarzowi w Polsce ł-a-mać nie wolno pod groźbą sankcji sądu lekarskiego. Inne natomiast są sformu-łowane znacznie łagodniej, ogólniej. Wyrażają jedynie pewne życzenia pod adresem lekarzy, przypominające im, w sposób bardzo delikatny i jakby nie-śmiały, to, co było kiedyś ogólnie ak-ceptowanym „Dobrym zwyczajem” w stosunkach między lekarzami. A co, w myśl aktualnie obowiązującego Ko-deksu Etyki Lekarskiej, powinno być re-spektowane także i dziś.

Problem jednak jest w tym, że my wszyscy – zarówno lekarze, jak i całe społeczeństwo – żyjemy w radykalnie zmienionych warunkach w porównaniu do tych, w jakich rodził się przed I woj-ną światową i był na ogół powszechnie akceptowany postulat „Dobrego zwy-czaju”, o którym mówi Artykuł 67 ak-tualnie obowiązującego Kodeksu Ety-ki Lekarskiej.

Każdy z nas widzi, że istnieje stwier-dzany gołym okiem olbrzymi rozdź-żnię między szlachetnymi wskazania-mi wspomnianego zalecenia z Artykułu 67 a brutalną współczesną rzeczywisto-ścią, gdzie jeden lekarz traktuje drugie-go lekarza całkowicie merkantylnie, bez żadnych oporów domagając się od niego zapłaty za swoje świadczenia. Świado-mość tego faktu budzi frustrację i roz-goryczenie, a także, w pewnym stopniu, zawstydenie. Zawstydenie, bo milcze-

nie na ten temat sprawia wrażenie jak-byśmy biernie i kapitulando poddali się przeświadczeniu, że niczego w tej spra-wie nie uda się zmienić i że w ogóle nie warto o tym publicznie mówić.

**Chcę przeciwstawić się temu po-gładowi i zainicjować szeroką dys-kusję na ten temat na łamach „Ga-zety Lekarskiej”.** Dyskusję uczciwą i rozsądną, bez demagogii i taniego efek-ciarstwa, ale zarazem odważną, choćby trzeba było wsadzić przysłowiowy kij w mrowisko.

Podczas obrad Komisji ds. Lekarzy Emerytów i Rencistów NRL miałem możliwość niejednokrotnie usłyszeć, co lekarze emeryci i renciści obojga płci mówią na ten temat.

Niektóre wypowiedzi były bulwer-sujące, bo oparte na faktach świadczą-cych o dość powszechnym negowaniu w praktyce szlachetnego apelu zawar-tego w Art. 67 KEL. Tak jakby w ogó-le on nie istniał. Lub jakby był jedynie archaicznym przeżytkiem, reliktem mi-nionej epoki, w praktyce dawno spisa-nym na straty i niepotrzebnie włączo-nym do współczesnego Kodeksu. Nie zmienia tego krytycznego sądu stwier-dzenie, że istnieją chlubne wyjątki w tej materii.

Na szczęście jeszcze istnieją. Ale są, niestety, nieliczne. Powszechne jest na-tomiast pobieranie opłat od kolegów le-karzy przez kolegów lekarzy – i to w takiej wysokości, jaka obowiązuje każ-dego innego pacjenta przychodzące-go z ulicy.

Jak powiedziałem, dyskusja na ten temat musi być uczciwa, wolna od de-magogii. Nie możemy zamykać oczu na fakt, że wielu naszych kolegów le-karzy przestało pracować na etacie, w państwowej służbie zdrowia, gdzie na ogół spokojnie czekali na swoją pensję na pierwszego lub ostatniego dnia mie-siaca. I otrzymywali te pieniądze niez-a-leżnie od tego, ile trudu włożyli w swoją pracę. Dziś tego luksusu spokoju już nie mają. Są zdani wyłącznie na siebie.



Z tego, co zarobią przyjmując pacjentów w swoich prywatnych gabinetach lekarskich, muszą utrzymać zarówno siebie, jak i swoją rodzinę. Muszą też oczywiście pokryć ze swoich dochodów wszelkie koszty urzędowania i utrzymania gabinetu, czasem także opłacić personel pomocniczy. Muszą też zapłacić podatki od swojej działalności itd. Wszystko to stanowi niewątpliwie duże obciążenie finansowe, któremu muszą samodzielnie poddać własną ciężką pracę.

Nie można też negować faktu, że jak wszyscy inni obywatele naszego państwa oni także mają pełne prawo chcieć zapewnić sobie i swojej rodzinie odpowiedni standard życia za swoją trudną i odpowiedzialną pracę. A każdy z nich wie, że nawet ciężko, ale uczciwie harując i tak na ogół nie szybko osiągnie status materialny podobny do tego, jaki mieli lekarze w czasach, gdy po raz pierwszy formułowano szlachetne wezwania do solidarności lekarskiej, o której dziś mówi Art. 67 KEL. Wtedy było łatwiej realizować ten postulat. Dodatkowo dobre chęci postępowania w myśl wskazań Art. 67 KEL komplikują niektóre przepisy prawne narzucone przez resort finansów, NFZ itd. Dla tego nikt nie może wymagać od leka-

rzy pracujących na własny rachunek filantropii większej niż ta, którą oni sami uznają za właściwą i możliwą do zaakceptowania.

Wymagać nie można, ale można poprosić ich o wyrażenie swojego zdania na temat: **W jakiej mierze można i powinno się dziś realizować wskazania Artykułu 67 współczesnego Kodeksu Etyki Lekarskiej? I co Ty osobście chcesz i możesz w tej materii zrobić?**

I z tą właśnie prośbą zwracam się do kolegów lekarzy prowadzących prywatną praktykę lekarską w swoich gabinetach. **Niech każdy z nich podejmie samodzielnie decyzję: czy i o ile procent byłby gotów obniżyć opłaty za swoje świadczenia dla kolegów lekarzy** (i czy tylko dla emerytów i rencistów, czy także dla czynnych jeszcze zawodowo – ewentualnie także dla ich współmałżonków) i niech poda to do publicznej wiadomości środowiska lekarskiego.

Nie apelujemy o całkowicie „bezpłatne leczenie” jak o tym mówi Art. 67 KEL. To w dzisiejszych warunkach mało realne, a czasem wręcz niemożliwe z uwagi na przepisy fiskalne! **Ale nawet niewielki gest w kierunku obniżenia opłat będzie mile widziany.** Oczywiście, im większy będzie ten ra-

bat, tym lepiej. Zwłaszcza dla większości lekarzy emerytów i rencistów z tzw. starego portfela. Wiem, jak żenująco niskie są ich emerytury i renty. Aż trudno w to uwierzyć osobom spoza tego środowiska!

**Myślę, że podobny tok rozumowania można by powtórzyć w odniesieniu do wszystkich spółdzielni lekarskich, funkcjonujących pod różnymi nazwami.** Zwłaszcza tych najbardziej renomowanych, najdroższych, wysoko specjalistycznych, profesorsko-ordynatorskich. Do nich także kieruję swój apel o rozważenie i podanie do wiadomości społeczności lekarskiej czy i o ile procent są gotowi obniżyć koszt swoich usług dla zgłaszających się po poradę lub leczenie kolegów lekarzy. Myślę, że także ich budżety wytrzymają ten piękny gest koleżeńskej solidarności z innymi lekarzami. Od kogoż zresztą bardziej niż od Mistrzów i Nauczycieli mielibyśmy oczekiwać budzącej szacunek i podziw wielkodusznej interpretacji w praktyce zaleceń Art. 67 Kodeksu Etyki Lekarskiej?

**Z nadzieją czekam, kto pierwszy na łamach „Gazety Lekarskiej” odpowie pozytywnie na powyższy apel i jak dużą zniżkę w opłatach proponuje.**

# Hipokrates – 2400 lat temu i dziś



Jerzy Umiastowski

W nawiązaniu do programu stażu podyplomowego z zakresu bioetyki pragnę przedstawić problematykę zawartą w Przysiędze i Przykazaniu Hipokratesa oraz w jej współczesnej wersji czyli Deklaracji Genewskiej.

foto: Marek Stankiewicz

**H**ipokrates żył najpewniej w latach 460-377 p.n.e. na greckiej wyspie Kos. Najślynniejszy lekarz grecki, zwany ojcem medycyny, pochodził z lekarskiej rodziny Asklepiadów (czytaj Władysław Kopaliński „Słownik mitów i tradycji kultury”. PIW 1985, str. 379-380). Mamy niewiele informacji o jego życiu. Przypisywane mu teksty zostały opublikowane w „Corpus Hipocraticum” sto lat po jego śmierci; najważniejsze z nich to Przysięga Hipokratesa oraz Przykazanie Hipokratesa (czytaj „Gazeta Lekarska” nr 10 z 2002 r.).

Wymienione dokumenty są fundamentem tzw. medycyny hipokratejskiej, wyznającej zasadę szacunku dla życia ludzkiego i obiektywnego istnienia dobra, które winno być podstawą działań lekarskich. Negacja zasad hipokratejskich miała miejsce już za życia Ojca Medycyny. Wspomnę zrzucanie ze Skali Tarpejskiej słabych fizycznie dzieci – które nie były przydatne spartańskiej armii, a spożywały pokarm. Postawa Spartan była zaprzeczeniem zasad hipokratejskich, a przecież Sparta należała do Grecji.

Wśród wielu bogów greckich wymieniano Kairosa – boga stosownej chwili. Na przedzie głowy biegnącego Kairosa była kępka mocnych włosów, a tył głowy był łysy. Kiedy Kairos nad-

biegał można go było z łatwością uchwycić za włosy – kiedy nas minął, uchwycenie za włosy było już niewykonalne. Mądrość działania polega na rozpoznaniu stosownej chwili, bo tylko wtedy działanie nasze się powiedzie. Hipokrates wyczuł ducha czasu (zauważył nadbieganie Kairosa) i dlatego jego niezwykle dokument żyje do dziś i żyć nie przestanie.

Tu ważna dygresja.

Zwracam uwagę, że istniejące od prawie dwóch i pół tysięcy lat zasady medycyny hipokratejskiej są naruszane przez polskie państwo. Polscy lekarze są brutalnie wyzyskiwani, ze szkodą dla chorych (przypominam „kamasze” ministra Dorna).

W Przysiędze Hipokratesa m.in. czytamy: *Jeżeli dochowam tej przysięgi i nie złamię jej, obym osiągnął pomyślność w życiu i pełnieniu swej sztuki, ciesząc się uznaniem ludzi po wszystkie czasy, w razie jej przekroczenia i złamania niech mię los przeciwny dotknie.*

To bardzo ważne słowa – nie powinno się odbierać nam „pomyślności w życiu i pełnieniu swej sztuki”, tego wymaga dobro chorego. Niestety, władze państwowe działają tak, aby wszystkich polskich lekarzy „los przeciwny dotknął”.

Wróćmy do meritum.

Deklaracja Genewska uchwalona przez Światowe Stowarzyszenie Lekarzy w roku 1949 jest współczesną wersją Przysięgi Hipokratesa. Co było powodem, że przypomniano światu zasady medycyny hipokratejskiej? Zasadniczą przyczyną była ideologia nazistowska.

Grupa psychiatrów nazistowskich uznała we wczesnych latach trzydziestych, że istnieje „życie niewarte przeżycia”. Pojęcie to stosowano wobec chorych psychicznie, inwalidów oraz osób obciążonych wadami rozwojowymi. Osoby takie nie były przydatne armii nazistowskiej, a spożywały pokarm (przypominam Spartę). Jednak, dla celów propagandowych, ogłoszono, że ludzi tych należy pozbawić życia dla ich dobra – bo żyją „życiem niewartym przeżycia”. Państwo nazistowskie zamordowało najpewniej około sto tysięcy ludzi żyjących „życiem niewartym przeżycia”. Procedurę zabijania takich ludzi (rzekomo dla ich dobra) nazywano eutanazją.

Kiedy po zakończeniu drugiej wojny światowej toczył się proces norymberski, zbrodniarze nazistowscy bronili się stwierdzeniem, że realizowali prawo Trzeciej Rzeszy, a nie można karać ludzi za respektowanie prawa. Trybunał Norymberski uznał jednak, że jeżeli

## Rzuć palenie razem z nami

108 lekarzy pochwaliło się rozstaniem w ub. roku z tytoniowym nałogiem. Moda na niepalenie utrwała się. W Naczelnej Izbie Lekarskiej wylosowano doroczną nagrodę Fundacji Promocja Zdrowia. Na 10-dniową wycieczkę do Rzymu pojedzie Teresa Stochmiałek, pediatra z Głogówka (woj. opolskie). Na zdjęciu od lewej: również niepalący Konstanty Radziwiłł, Jolanta Jabłońska i Klaudiusz Komor.



prawo państwowe nakazuje wykonywanie zbrodni, to należy odmówić respektowania tego prawa, bo istnieje obiektywne dobro, które musi być uszanowane przez prawo stanowione; respektowanie prawa, które nakazuje czynienie zła, jest przestępstwem. W ten sposób Trybunał Norymberski określił relację między etyką a prawem pozytywnym. Zbrodniarze zostali skazani, choć postępowali zgodnie z prawem Trzeciej Rzeszy.

Wyrok Trybunału Norymberskiego miał ogromny wpływ na opinię publiczną. Skutkiem było uchwalenie przez Światowe Stowarzyszenie Lekarzy Deklaracji Genewskiej – a więc współczesnej wersji Przysięgi Hipokratesa. Należy z naciskiem podkreślić, że ani Przysięga Hipokratesa, ani Deklaracja Genewska nie są dokumentami o mocy prawnej – ale miały ogromny wpływ na prawo stanowione.

Od uchwalenia Deklaracji Genewskiej upłynęło 58 lat. Nazizm dawno przeszedł do historii. Żyjemy w innej epoce. Jednak obecnie pojawia się relatywizm moralny, który stanowi, że wszystko, co jest legalne, jest dobre. Wróciła eutanazja, choć współcześni jej zwolennicy nie wspominają o „życiu niewartym przeżycia” w Trzeciej Rzeszy.

Ochrony prawnej często odmawia się ludziom w początkowym lub końcowym okresie ich życia. Niektórzy negują obiektywne istnienie dobra i zła. Obawiam się, że Deklaracja Genewska, choć wielokrotnie cytowana z pozytywnym komentarzem, nie mogłaby być obecnie uchwalona, bo trudno byłoby znaleźć międzynarodowy „konsensus”.

Kairos nadbiega – jest stosowna chwila, aby z naciskiem przypominać zasady Medycyny Hipokratejskiej.

Cytuję tekst Deklaracji Genewskiej uchwalony w 1949 roku przez Światowe Stowarzyszenie Lekarzy (WMA), (czytaj: Kazimierz Szewczyk – „Etyka i deontologia lekarska”. Polska Akademia Umiejętności, Kraków 1994, str. 158):

***W chwili przyjęcia mnie do grona członków zawodu lekarskiego ślubuję uroczyście, że poświęcę moje życie służbie ludzkości; Będę otaczał moich nauczycieli należną im wdzięcznością i czcią; Będę wykonywał swój zawód sumienia i z godnością; Zdrowie chorego będzie moją główną troską; Będę szanował powierzone mi tajemnice; Wedle wszelkich moich możliwości będę dbał o honor i szlachetne tradycje zawodu lekarskiego; Moi koledzy będą mi braćmi; Nie dopuszczę do tego, aby argumenty religijne, narodowościowe, rasowe, partyjne, lub klasowe mogły wpływać na mnie w wykonywaniu mojego obowiązku wobec chorego; Zachowam najwyższy respekt dla życia ludzkiego od chwili jego poczęcia; nawet pod wpływem groźby nie użyję mojej wiedzy lekarskiej przeciw prawom ludzkości. Przysięgam to uroczyście, bez przymusu na mój honor.***

Celem stażu podyplomowego z zakresu bioetyki (zgodnie z Dziennikiem Ustaw nr. 57, poz. 553, str. 3246) jest: kształtowanie postaw lekarzy i lekarzy stomatologów w oparciu o system norm etycznych zawartych w Przysiędze i Przykazaniu Hipokratesa, w Powszechnej Deklaracji Praw Człowieka, Deklaracji Helsińskiej, Deklaracji Tokijskiej, Deklaracji Genewskiej, polskim Kodeksie Etyki Lekarskiej oraz Europejskiej Konwencji Bioetycznej.

Program stażu przewiduje omówienie tych dokumentów, a ponadto obejmuje etyczne aspekty eksperymentów medycznych, etyczne aspekty relacji lekarz-pacjent, etyczne aspekty działań lekarskich związanych z ludzką prokreacją, problemy etyczne dotyczące racjonowania metod leczenia i alokacji środków finansowych, etyczne aspekty walki z bólem, leczenie paliatywne, etyczne problemy związane z reanimacją i uporczywą terapią, etyczne aspekty problemu umiarności, problem eutanazji w świetle medycyny hipokratejskiej oraz „wzorce postaw godnych naśladowania”.



# Lekarz społecznik lekarz zawodowiec?

Zygmunt Wiśniewski

Rzeczywistość połowy lat dwudziestych XX w. była dla lekarzy siemiężna. „Nowiny Lekarskie” i „Polska Gazeta Lekarska” pisały o pauperyzacji świata lekarskiego. Prof. Uniwersytetu Lwowskiego Antoni Cieszyński z analizy tej rzeczywistości wyprowadził wniosek, że Polski nie stać na utrzymanie lekarzy.



**T**yimi samymi danymi co Cieszyński posłużył się młody lekarz-naukowiec (późniejszy profesor) Marcin Kacprzak, jeden z pionierów medycyny społecznej. Opublikował on w 1929 r. w „Warszawskim Czasopiśmie Lekarskim” pracę pt. „Lekarze w Polsce”. Analizując tę samą co Cieszyński rzeczywistość i posługując się identycznymi danymi statystycznymi doszedł do kranco-wo odmiennych wniosków.

Nie ma nadwyżki lekarskich rąk do pracy, jest tylko zjawisko ich nieracjonalnego zagospodarowania – stwierdzał Marcin Kacprzak. Polsce potrzebne są tysiące nowych lekarzy.

*„Już porównanie liczby lekarzy u nas i w innych państwach daje dość dużo do myślenia i nasuwa wątpliwości, co do utartego dziś zdania o nadprodukcji lekarzy. Wśród wyszczególnionych bowiem państw jest szereg takich, które ani co do zamożności, ani co do kultury nie stoją znacznie wyżej od Polski, a jednak pod względem liczby lekarzy przewyższają Polskę wybitnie. Tak samo różnice między państwami nie dadzą się wytłumaczyć wyłącznie stopą życiową i poziomem kultury.”*

Refleksję tę Kacprzak wyprowadza ze statystyki, która mówi, że w Europie tylko na Litwie przypada więcej mieszkańców na jednego lekarza niż w Polsce, bo 4800. W Polsce w 1926 r. przypadało 4200. W tym samym czasie w Bułgarii – 3900, w Rosji – 2800 (prawdopodobnie łącznie z felcerami), na Łotwie – 1800, podobnie w Grecji i w Finlandii, a w Estonii 1700.

Polska jest więc w 1929 r. daleka od nadprodukcji lekarzy. Wynika to ze statystyki,

a także z szacunków, że leczących się jest obecnie znacznie więcej niż było w przeszłości, i że wszyscy mają równe prawo być dobrze leczeni – stwierdzał dalej. W przyszłości potrzeby leczenia raczej wzrosną niż zmaleją. Dlatego Polska bez wielkiego wysiłku może utrzymać więcej lekarzy niż obecnie.

W czasie, kiedy powstawał cytowany szkic – nasilała się kampania zachęcania lekarzy do osiedlania się w małych miejscowościach i na wsiach. Marcin Kacprzak dystansuje się do tych zachęt pisząc, że lekarze początkujący wolą duże miasta, nawet jeżeli docelowo mają zamiar osiedlić się na prowincji, gdyż tylko w dużych miastach mogą się wykształcić i nie stracić szansy wybicia się. Autor wskazuje też na brak odpowiedniego przygotowania młodych lekarzy i coraz większe trudności w opanowaniu całokształtu wiedzy lekarskiej. „Lekarz wiejski, o czym nie wszyscy chcą wiedzieć, musi dużo umieć i mieć doświadczenie, gdyż styka się z różnorodnymi przypadkami schorzeń i chorób, i samodzielnie musi decydować o sposobie leczenia.”

Trwała też kampania zachęcania lekarzy do osiedlania się na Kresach Wschodnich.

Kacprzak weryfikuje niektóre statystyki, którymi posługują się publicyści i rządowi propagandyści. Najmniej lekarzy osiedlonych jest w woj. nowogródzkiej (gdzie 1 lekarz przypada na 6300 mieszkańców), w wołyńskim (1 lekarz na 6100 mieszkańców) i tarnopolskim (1 lekarz na 5300 mieszkańców), ale tuż za nimi znajdują się woj. kieleckie i lubelskie, w których 1 lekarz przypada na 5200 mieszkańców. Lepsze wyniki ma woj. poleskie (1 lekarz na 4800 mieszkańców). Nie chodzi więc tylko o geografie i o Kresy – stwierdza autor – ale o infrastrukturę, poziom gospodarczy i społeczny. Dane o Kresach weryfikują się dodatkowo stwierdzeniem, że są za- wyższone, ponieważ osiedlili się tam z konieczności przesiedleńcy z Rosji.

Nowe spojrzenie na tę sprawę zaprezentuje Marcin Kacprzak, kiedy przedstawi dynamikę wzrostu lekarzy. Wskazuje ona na znaczący wzrost liczby lekarzy w miastach średnich i małych w porównaniu do dużych ośrodków. Autor podkreśla to zjawisko jako prawidłowe w rozwoju opieki medycznej.

Nie podziela natomiast opinii naukowców i publicystów, którzy z analizy danych statystycznych, i z oczywistego faktu osiedlania się lekarzy w skupiskach miejskich, wyciągali wnioski, że przyszłością absolwentów studiów medycznych powinny być wiejskie ośrodki zdrowia.

*„Nie wydaje się słuszne twierdzenie – pisze Kacprzak – że lekarze uciekają ze wsi; lepiej byłoby powiedzieć, że nie chcą i w najbliższej przyszłości nie będą jeździli na wieś. Lekarze, jak i każdy inny zawód, muszą w wyborze miejsca kierować się ogólnym dążeniem i dlatego będą zawsze szukali chleba w możliwie najkulturalniejszym środowisku, a więc w możliwie największych osiedlach”.*

Do tego miejsca opisuje rzeczywistość w sposób bardzo logiczny. Ale, jak się okaże, co innego opis, a co innego interpretacja. „Jesteśmy dość dalecy od nadprodukcji lekarzy. Leczących się jest obecnie znacznie więcej, niż było w przeszłości, i wszyscy chcą, i mają prawo być dobrze leczeni.” W tych stwierdzeniach młodego naukowca, a późniejszego znanego profesora, zawarta jest polemika z poglądami prof. A. Cieszyńskiego. I w tym miejscu zaczyna się interpretacja rzeczywistości, w której decydujące będą etyczne, społeczne, a także polityczne poglądy autora.

Analizy społecznego funkcjonowania stanu lekarskiego dotyczą okresu, w którym następowały niekorzystne wstrząsy. Najpierw Polska przeżywała powojenny kryzys ekonomiczny i walutowy. Nałożyło się na niego wprowadzenie kas chorych, które poprzez system opóźnionych wypłat honorariów lekarskich zaniżały



Marcin Kacprzak 1941r. Archiwum Głównej Biblioteki Lekarskiej

i tak niskie dochody lekarzy. Za moment zacznie się światowy kryzys ekonomiczny, którego symptomy już Polska odczuwała. Przenoszenie więc doświadczeń z okresów nienormalnych w przyszłość Kacprzak uznaje za niezasadne.

*„Świat lekarski, jak wszystkie zawody, jak i całe społeczeństwo, przeżywa kryzys nie tylko ekonomiczny, lecz i ideowy. Nie broniąc straconych pozycji, lecz dostosowując się do nowych form życia, walcząc nie w tym społeczeństwie, które było, lecz które jest i o warunki materialne i o stanowisko, lekarz może i powinien odgrywać rolę podobną do tej, jaką odgrywał przed wojną.”*

A jaką rolę odgrywał lekarz przed wojną? – chciałoby się spytać autora. Czy taką, jaka była bliska Cieszyńskiemu, który odwoływał się do złotego wieku przedwojennego, w którym lekarz był powszechnie szanowany i wolny od troski o byt codzienny? Czy może taką, jaka wyrastała z tradycji społecznej zaszczytowanej polskiej inteligencji przez S. Żeromskiego postaciami Siłaczki i doktora Judyma?

Stylistyka ostatniego cytatu i zawarta pod nią myśl wskazuje na Żeromskiego, a więc na wyjątkowość zawodu lekarza, na wpisana w ten zawód misję i poświęcenie. Nie miejsce tu na wartościowanie. Te dwie tendencje, czy też dwie strony zawodu lekarza zawsze współistniały.

Marcin Kacprzak nie pozostawia wątpliwości, które widzenie roli lekarza jest mu bliskie.

*„Ale w grę wchodzi masa, i do nich muszą być dostosowane organizacyjnie formy lecznictwa. (...) A może i sposoby myślenia, ujmowanie zagadnień napotykanym winny być przekształcone i trzeba więcej stać na społecznym punkcie widzenia niż indywidualnym? Ten proces przekształcania, dostosowywania się do nowych form życia jest bardzo powolny. Wprowadzić miejsce społecznika, lekarza-filantropa zajął lub zajmie społecznik zawodowiec, ale myśleć, czuć i działać musimy nauczyć się wszyscy.”*

W tym miejscu kończyło się w 1929 r. myślenie lekarza – propagatora medycyny społecznej. Zmienia się jednak czasy i zmienia się poglądy przedwojennego młodego naukowca.

\* \* \*

W 1946 r. Marcin Kacprzak, już jako profesor i ceniony naukowiec, dopisze do swoich wywodów z 1929 r. ciąg dalszy.

Sprawy zdrowia znalazły się wśród priorytetów powojennej władzy. Polska straciła w czasie II wojny światowej ponad połowę lekarzy. Z 13 tys. przed wojną ocalało i odnalazło się ok. 6 tys. Większość mieszkała i praktykowała w miastach, zwłaszcza w dużych ośrodkach.

Zrozumiałe było więc zainteresowanie i polityków, i administracji medycznej rozmieszczeniem lekarzy. W przemyśle, handlu i różnych dziedzinach życia społecznego rozpoczynał się okres gospodarki planowej. Planowanie nie ominęło też służby zdrowia.

Pojawiły się określenia: rozmieszczenie, osiedlenie, rozsiedlenie, przesiedlenie. Brzmiały podobnie i mogły uchodzić za synonimy, ale znaczyły co innego. Co innego znaczyło „rozmieszczenie”, a zupełnie co innego „przesiedlenie”.

Nowa władza, a w jej imieniu Ministerstwo Zdrowia zaczęło szukać sposobów na bardziej równomierne, planowe rozmieszczenie lekarzy w kraju. W kontekście tych poszukiwań pojawiło się nazwisko prof. Marcina Kacprzaka, wówczas profesora Uniwersytetu Łódzkiego, który wygłosił w maju 1946 r. referat na posiedzeniu Państwowej Rady Zdrowia. Sformułował w nim kierunki „planowego rozsiedlenia lekarzy w kraju.”

Odwołując się do sytuacji w rejonach wiejskich, pozbawionych opieki lekarskiej, i do badań wskazujących na wysoką śmiertelność i kalectwo mieszkańców wsi, spowodowane brakiem opieki lekarskiej, prof. Kacprzak stwierdzał:

*„Wydaje mi się, że sprawy opieki lekarskiej w Polsce nie da się rozwiązać pomyslnie inaczej, jak tylko przez planowe rozsiedlenie lekarzy. Myślę, że w chwili obecnej na pozostawienie dotychczasowego stanu pod żadnym pozorem pozwolić sobie nie możemy, bo im mniej lekarzy, tym staranniej trzeba ich wyzyskać, tym umiejętniej trzeba ich rozsiedlić.”*

I dalej: „Projektowana postać przymusu ze strony państwa nie jest przymusem, tylko pewnym ograniczeniem. Nikt nie powinien w Polsce umierać z powodu głodu, jak najmniej powinno być też śmierci i cierpienia dlatego, że brak lekarzy, skoro brak ten przez lepsze rozmieszczenie można w dużej mierze usunąć. (...) Dziś my musimy ten przymus aprobować, bo inaczej nie ruszymy z miejsca, a zdrowie narodu stoi wyżej niż ograniczenie wygod...”

*„Nie wiem, czy inicjatywa w tej dziedzinie będzie uznana za zasługę czy za wielkie odium, ale ktoś musi wziąć na siebie odpowiedzialność, więc ją biorę, jako inicjator, biorę w pełnym poczuciu słuszności sprawy.”*

Nie miejsce tu na publicystyczną pointę, ale na zadumę.

Płynące ze szlachetnych pobudek wnioski prof. Marcina Kacprzaka realizowali urzędnicy: ministrowie J. Sztachelski i B. Kozusznik oraz dyrektor departamentu Z. Grynberg.

A lekarze? Do nich należy zaduma i refleksja.



## VI Indywidualne i Drużynowe Mistrzostwa Polski Lekarzy w Szachach – Ustroń, 18-21 maja 2006

Miejsce zawodów: Hotel „ZIEMOWIT” 43-450 Ustroń, ul. Szpitalna 88, ok. 500 m od stacji PKP Ustroń Zdrój. Prawo do udziału posiadają: lekarze i lekarze stom. oraz studenci med. i stom. V i VI roku. Prawo do udziału w Turnieju Rodzin Lekarskich P15 posiadają: członkowie rodzin i pozostali chętni. System rozgrywek: „Szwajcarski” kontrolowany. 13 rund tempem 15 min na zawodnika. W turnieju błyskawicznym 15 rund po 5 min na zawodnika. Opłaty w dniu przyjazdu w biurze zawodów. Formularz zgłoszeniowy: [www.szs.org.pl](http://www.szs.org.pl) i [www.arcymistrz.pl](http://www.arcymistrz.pl). Zgłoszenia udziału i rezerwacji miejsc w hotelu do 10.05.br. – e-mail: [maalfred@ka.onet.pl](mailto:maalfred@ka.onet.pl) na załączonym formularzu, telefonicznie do sędziego głównego: Alfred Maślanka, tel. 0-32-278-10-34 lub Jerzy Pabis 41-819 Zabrze, ul. Franciszkańska 30b/9, tel. 0605-569-065 lub [www.chessarbiter.to.pl](http://www.chessarbiter.to.pl) do dziale zgłoszenia online

## Otwarte Mazowieckie Zawody Strzeleckie „Medyków”

Klub Strzelectwa Sportowego „FENIKS” w Węgrowie oraz Lekarski Klub Strzelecki „DZIEWIĄTKA” przy OIL w Warszawie zapraszają: lekarzy, osoby związane z szeroko pojętą medycyną oraz sympatyków służby zdrowia na Otwarte Mazowieckie Zawody Strzeleckie „Medyków”. Zawody odbędą się 28.05.br. na strzelnicy sportowej Klubu „Feniks” w Węgrowie. Przeprowadzenie następujących konkurencji strzeleckich: pistolet standardowy (małokalibrowy) 20+20+20 i pistolet centralnego zapłonu 10+10. Informacje: tel. 0-25-691-73-08; 0-25-792-45-59; komórkowy: 0-608-429-121 lub e-mail: [radek@poczta.fm](mailto:radek@poczta.fm)

Komisja Kultury Sportu i Rekreacji OIL w Szczecinie organizuje i zaprasza na zawody sportowe rangi „Mistrzów Polski” w 2006 r.

- III Mistrzostwa Polski Izby Lekarskich w Żeglarskim klasie Omega 26-28.05. Akwen Jezioro Dąbie. Kontakt: dr Halina Teodorczyk, tel. 0604-416-864, dr Halina Ey-Chmielewska, tel. 0601-576-160
- I Mistrzostwa Polski Izby Lekarskich w Siatkówce Piłkowej 9-11.06. Niechorze. Zgłoszenia oraz wpisowe w wysokości 600 zł (startowe opłaca każda OIL za swoich reprezentantów) należy uregulować do 30.05.br. Nr konta: ING Bank Śląski 98 1050 1559 1000 0022 1716 8034, z dopiskiem „Niechorze 2006”. Zgłoszenia: Okręgowa Izba Lekarska, 71-332 Szczecin, ul. Marii Skłodowskiej-Curie 11, Kontakt: dr Maciej Mrozeński, tel. 0693-543-211, dom 0-91-461-22-51, e-mail: [mrozevska@o2.pl](mailto:mrozevska@o2.pl)
- VI Mistrzostwa Polski Lekarzy w Golfie 23-24.06. Binowo Park Golf Club Szczecin. Kontakt: Małgorzata Pyra-Głogowska, tel. 0604-102-055, dr Maciej Mrozeński, tel. 0693-543-211

## VI Jurajski Rajd Rowerowy Lekarzy

organizowany przez OIL w Częstochowie, odbędzie się w Podlesicach k. Częstochowy w dn. 24-25.06.br. Przygotowano trzy trasy: 10, 20 i 50 km. Każda będzie pilotowana przez profesjonalnego przewodnika PTTK. Koszt uczestnictwa 25 zł. Wpłaty na konto OIL Częstochowa, ul. Waszyngtona 42 lub osobiście w siedzibie OIL. Potwierdzenie wpłaty należy przesyłać faksem. Noclegi w Zajeźdździe Jurajskim. Możliwość rezerwacji pokoi 2- i 4-osobowych, w cenach od osoby: 4-os. z łazienką 30 zł, 4-os. bez łazienki 20 zł, 2-os. z łazienką 40 zł. Informacje: Rita Idziak, tel./faks 0-34-368-18-88, w. 300, e-mail: [poczta@cil.finn.pl](mailto:poczta@cil.finn.pl), [czestochowa@hipokrates.org](mailto:czestochowa@hipokrates.org); Tomasz Klimza, tel. 691-488-383.

## XI Grand Prix Amatorów w Żeglarskim Deskowym

Łebski Klub Żeglarski, w porozumieniu z OIL w Gdańsku, organizuje regaty windsurfingowe dla lekarzy w ramach XI Grand Prix Amatorów w Żeglarskim Deskowym. 1 edycja 2-3.05.br. – pierwszy możliwy start o godz. 11.00. 2 edycja 9-10.09.br. Akwen regat – jezioro Sarbsko przy kempingu Habenda. Sprzęt dowolny i dowolna powierzchnia żagli. Informacje: tel. 0-59-863-91-46 i 0-59-866-19-49; strona ŁKŻ: [prv.lkz.pl](http://prv.lkz.pl)

## II Ogólnopolski Motocyklowy Złot Lekarzy „DoctoRRiders®” – Pabianice 2006

odbędzie się w dn. 22-24.09.2006 r. w Pabianicach k. Łodzi. Zgłoszenia: OIL w Łodzi, ul. Czerwona 3, 93-005 Łódź, tel. +4842-683-17-91 w. 120 lub e-mail: [ela.sadura@hipokrates.org](mailto:ela.sadura@hipokrates.org), [www.oil.lodz.pl](http://www.oil.lodz.pl). W zgłoszeniu proszę wpisać: imię, nazwisko, datę urodzenia, adres zamieszkania, miejsce pracy, specjalizację oraz adres, telefon i e-mail kontaktowy, markę motocykla, rok produkcji, liczbę osób towarzyszących. Wstęp na teren złotu tylko za zaproszeniami imiennymi! Zgłoszenia do 15.06.br. Organizator zapewnia: wyżywienie i nocleg polowy oraz szereg atrakcji. Istnieje możliwość zakwaterowania w hotelach na koszt własny (ceny promocyjne). Hotel MAX klasy turystycznej, tel. +4842-215-96-67, ul. Bugaj 110 (na terenie złotu), Hotel Włóknarz\* tel. +4842-215-15-01, +4842-212-10-58, ul. Gr. Roweckiego 3 (1100 m od terenu złotu) [www.hotel.pabianice.pl](http://www.hotel.pabianice.pl), Hotel Piemont\*\*\* tel. +4842-227-14-14, ul. Kilińskiego 25 (2000 m od terenu złotu), [www.piemont.com.pl](http://www.piemont.com.pl). Termin rejestracji uczestników złotu 22.09.br. od godz. 12.00. Opłata złotowa: 100 zł od każdego uczestnika (kierowca), 50 zł (osoby towarzyszące „plecak”, kierowca-kobieta). Wpłaty na konto PKO BP SA I Oddział w Łodzi: 98102033520000160200100362, z dopiskiem „Złot motocyklowy” do 15.06.br. Zapraszamy Wszystkich bardzo gorąco. Organizatorzy: Motocyklowy Klub Lekarzy DoctoRRiders.

## Kalendarz Imprez Rowerowych dla Lekarzy w 2006 r.

- [www.mtblekarze.w.pl/](http://www.mtblekarze.w.pl/) [www.szosa.eu.org](http://www.szosa.eu.org)
  - 26-27.07. – IV Mistrzostwa Polski Lekarzy w Kolarstwie Szosowym – Bychawa. Info: [www.szosa.eu.org](http://www.szosa.eu.org)
  - 16-18.06. – II Mistrzostwa Branży Farmaceutycznej w Maratonie MTB – Złoty Potok. Info: [www.mbf.org.pl](http://www.mbf.org.pl)
  - 2.09. – IX Mistrzostwa Polski Lekarzy w Kolarstwie Górskim – Okolice Żywca. Info: [www.mtblekarze.w.pl](http://www.mtblekarze.w.pl)
  - 6-9.09. – IV Ogólnopolskie Igrzyska Lekarskie – Zakopane. Konkurencje szosowe, mtb, triathlon. Info: [www.igrzyskalekarskie.org](http://www.igrzyskalekarskie.org)
  - 23.09. – V Ogólnopolski Maraton Lekarzy Michałki 2006 – Wieleń. Info: [www.maraton.wielen.pl](http://www.maraton.wielen.pl)
- Imprezy międzynarodowe
- 21.05. – XIV Mistrzostwa Świata Lekarzy i Aptekarzy w Duathlonie – Trossingen Niemcy. Info: [www.imta.de](http://www.imta.de)
  - 1-8.07. – Światowe Igrzyska Lekarskie – Montecatini Terme – Włochy. Konkurencje szosowe, mtb, triathlon. Info: [www.medigames.com](http://www.medigames.com)
  - 12-13.8. – XI Mistrzostwa Świata Lekarzy i Aptekarzy w Triathlonie, dystans olimpijski – Regensburg Niemcy. Info: [www.imta.de](http://www.imta.de)

## XVI Mistrzostwa Polski Lekarzy w Tenisie Kraków, 15-18 czerwca 2006

Kontynuując cykl spotkań Nexter Cup zapraszamy Koleżanki i Kolegów na obrady III Forum Medycyny Klinicznej 16.06.br. Organizatorzy: Pol. Stow. Tenisowe Lekarzy, NRL, Spec. Por. Pediatryczna 5 Woj. Szp. Klin. w Krakowie. Miejsce zawodów: korty WKS Wawel Kraków, ul. Bronowicka 5. Miejsce obrad oraz oficjalny hotel Mistrzostw: hotel „Witek”, Modnicza 124a. Noclegi – hotel „Witek\*\*\*\*”, rezerwacja we własnym zakresie tel.: 0-12-662-35-00 lub na stronie internetowej [www.pstl.org](http://www.pstl.org). Zgłoszenia do 30.05.br.: 5 Wojskowy Szpital Kliniczny z Polikliniką, Specjalistyczna Poradnia Pediatryczna, ul. Wrocławska 1, 30-901 Kraków, lub tel. 0-12-630-83-15, 0695-68-38-25 lub portal internetowy Polskiego Stowarzyszenia Tenisowego Lekarzy [www.pstl.org](http://www.pstl.org). Informacje: [www.pstl.org](http://www.pstl.org)

## VI Mistrzostwa Polski Lekarzy w Wędkarstwie Muchowym i Spiningowym

odbędzie się w dn. 2-4.06.br. na rzece San. Informacje i zgłoszenia: dr Maciej Fortuna, e-mail: [maciejfortuna@poczta.onet.pl](mailto:maciejfortuna@poczta.onet.pl), tel. kom. 604-230-468

# Lekarze na kortach w Pabianicach

W listopadzie ub.br. hala tenisowa pabianickiego MOSiR-u gościła 52 lekarzy – tenisistów z całej Polski.

Wśród zawodników zdecydowanie przeważali panowie, pań było jak na lekarstwo. Wszyscy przyjechali tu na IX Ogólnopolski Halowy Turniej Tenisowy, tradycyjnie organizowany co roku przez łódzką OIL.

Krzysztof Migala, prezes Polskiego Stowarzyszenia Tenisowego Lekarzy wraz z Januszem Malarskim, przewodniczącym Komisji Sportu i Rekreacji ORL wręczył prof. dr. Janowi Bernerowi, prezydentowi Pabianic, „Złotą raketkę” – honorową odznakę PSTL i legitymację członkowską. Warto bowiem dodać, że prezydent J. Berner tradycyjnie funduje dla jednego z uczestników pabianickich zawodów Puchar Fair Play. Tym razem to zaszczytne wyróżnienie zdobyła i na imprezie kończącej zawody puchar z rąk fundatora odebrała Bożena Kędzierska. „Złote raketki” PSTL otrzymali również Agnieszka Wdziszowska i Andrzej Jasiński z Łodzi.

Z lekarzy łódzkiej OIL najlepsze miejsca zajęli: Andrzej Jasiński – pierwszy w swojej kategorii wiekowej (45+) – za-

równy w singlu, jak i w deblu z Danielem Leończykiem, który był też trzeci w singlu, a także Małgorzata Olszewska-Płoszaj – wśród pań druga w singlu i w deblu (wraz z M. Janiak). W swoich kategoriach wiekowych drugie miejsca w singlu zajęli Janusz Malarski (55+) oraz Wojciech Pietrzak (45+), a trzecie miejsce w singlu wywalczył Bogusław Rataj (45+), który zajął też drugie miejsce w deblu (wraz z J. Głabiszem). Trzecią lokatę w swojej kategorii wiekowej (60+) zdobył Wiesław Krakowski – zarówno w singlu, jak i w deblu (wraz z Z. Frenszkowskim), na trzecich miejscach zakończyli turniej w swoich kategoriach wiekowych Dariusz Obin (50+) w singlu oraz Piotr Sieroszewski (do 45) w deblu (wraz z W. Machalą).

(ns)



• **26.04.2006 r.** Ośrodek Terapii Fagowej NZOZ przy Instytucie Immunologii i Terapii Doświadczalnej PAN we Wrocławiu. Konferencja naukowa: **Terapia fagowa – podstawy i możliwości zastosowania w medycynie**. Udział w konferencji zarejestrowanych uczestników jest bezpłatny. Informacje: [www.iitd.pan.wroc.pl/events/konferencja060426.html](http://www.iitd.pan.wroc.pl/events/konferencja060426.html); Instytut Immunologii i Terapii Doświadczalnej PAN, ul. Weigla 12, 53-114 Wrocław, tel. 0-71-337-34-91, faks 0-71-337-21-71, e-mail: [agorski@ikp.pl](mailto:agorski@ikp.pl), [weber@iitd.pan.wroc.pl](mailto:weber@iitd.pan.wroc.pl) lub [nzoz@iitd.pan.wroc.pl](mailto:nzoz@iitd.pan.wroc.pl). Rejestracja: e-mail: [nzoz@iitd.pan.wroc.pl](mailto:nzoz@iitd.pan.wroc.pl) (proszę podać: imię i nazwisko, tytuł/stopień naukowy, miejsce pracy, dane kontaktowe) albo tel. 0-71-370-99-01 lub 0-71-337-11-72 (centrala).

• **29-30.04.2006 r.** Greifswald. Kurs końcowy **ultrasonografii naczyń mózgowych**. Info i zgłoszenia: A.Romanowski@gmx.net lub w j. angielskim (kessler@uni-greifswald.de lub 03834866815). Prof. dr. med. C. Kessler - kierownik Kliniki Neurologii, kierownik kursu DEGUM/DGKN; Aleksander Romanowski, - asystent.

• **6-7.05.2006 r.** Kraków. Kurs: **Diagnostyka obrazowa w pediatrii. Obrazowanie ultrasonograficzne**. Część II. Koszt uczestnictwa z noclegiem 490 zł (zapewniony nocleg, całodobowe wyżywienie, materiały naukowe oraz imprezy towarzyszące). Koszt uczestnictwa bez noclegu 390 zł. Informacje: „KANA-Centrum” Krakowskie Centrum Szkoleniowe 30-698 Kraków Gólkowice 135, Katarzyna Strzepak, tel. 0-12- 510-707-559.

• **19-21.05.2006 r.** Podlaskie Stowarzyszenie Stomatologów zaprasza na **Podlaskie Spotkania Stomatologiczne** – Augustów 2006. Informacje: [www.stomatolodzy-podlasia.pl](http://www.stomatolodzy-podlasia.pl) lub tel. 0-85-676-25-52.

• **25-27.05.2006 r.** Uniwersytet Opolski. Międzynarodowa Konferencja „**Advances in Pneumology**” i Praktyczne Warsztaty Pulmonologiczne oraz Sateitarne Sympozjum „**Psychosomatics**”, dla lekarzy **pulmonologów, internistów, rodzinnych i psychofizjologów**. Informacje: Instytut Medycyny Doświadczalnej i Klinicznej PAN, tel. 0-22-668-54-16, e-mail: [mpokorski@cmdik.pan.pl](mailto:mpokorski@cmdik.pan.pl); e-mail: [alicja.glebocka@uni.opole.pl](mailto:alicja.glebocka@uni.opole.pl); [www.psychologia.uni.opole.pl/pulmono](http://www.psychologia.uni.opole.pl/pulmono) <http://www.psychologia.uni.opole.pl/pulmono>. Warsztaty Szkoleniowe: dr A. Boehringer, tel. 0-22-828-40-67, e-mail: [biuro@aeromedika.pl](mailto:biuro@aeromedika.pl)

• **26-27.05.2006 r.** Olsztyn. Ogólnopolska Konferencja Szkoleniowo-Naukowa: **Postępy w Opiece Paliatywnej**. Informacje: e-mail: [sekretariat-konferencja@tlen.pl](mailto:sekretariat-konferencja@tlen.pl), [www.hospicjum.olsztyn.pl](http://www.hospicjum.olsztyn.pl), tel. 0-89-532-61-73, faks 0-89-526-47-47.

• **26-27.05.2006 r.** Przemyśl. Hotel „Gromada”. IV Podkarpacka Konferencja **Endokrynologiczno-Diabetologiczna**. Patronat: Pol. Tow. Endokrynologiczne, Sekcja Neuroendokrynologii PTE, Pol. Tow.

Neuroendokrynologii. 11 pkt. edukacyjnych. Zgłoszenia do 15.05.br., karta zgłoszenia i szczegółowe informacje na stronie konferencji [www.pked.edu.pl](http://www.pked.edu.pl). Informacje: [biuro@pked.pl](mailto:biuro@pked.pl), tel. 504-110-352, 604-588-920, 667-513-002.

• **27.05.2006 r.** Ciechocinek. Szkolenie: **Leżenie protetyczne z zastosowaniem protez stałych**. Organizator: Fundacja Protetyka z Krakowa oraz Włocławskie Stowarzyszenie Lekarzy Stomatologów. Pod patronatem Kujawsko-Pomorskiej OIL. Informacje i zgłoszenia: [www.stomatologia.edu.pl](http://www.stomatologia.edu.pl), tel. 0-54-231-51-57, 231-04-16.

• **9-10.06.2006 r.** Zabrze. XIII Międzynarodowa Konferencja **Kardiologiczna: Postępy w rozpoznawaniu i leczeniu chorób serca, płuc i naczyń** oraz VII Warsztaty **Kardiologii Inwazyjnej: Ostre Zespoły Wieńcowe**. Pkt. edukacyjne TIP i PTK. Informacje: Sekretariat Komitetu Organizacyjnego – III Katedra i Oddział Kliniczny Kardiologii ŚlAM, Śląskie Centrum Chorób Serca, ul. Szpitalna 2, 41-800 Zabrze, tel. 0-32-273-23-16, faks 0-32-273-26-79, e-mail: [scs@infomed.slam.katowice.pl](mailto:scs@infomed.slam.katowice.pl), [www.scs.pl](http://www.scs.pl), [www.ptkardio.pl](http://www.ptkardio.pl)

• **22-25.06.2006 r.** Białystok. X Zjazd Naukowy Pol. Tow. **Medycyny Nuklearnej**. Tematy główne dot. **obrazowania molekularnego w neurologii, kardiologii i onkologii nuklearnej, nakładania obrazów czynnościowych i strukturalnych, problemów pediatrii nuklearnej, radiofarmacji i terapii radioizotopowej w połączeniu z dozymetrią i ochroną radiologiczną**. Języki wykładowe: polski i angielski. Info i zgłoszenia (do 15.05.br.): Komitet Organizacyjny – Zakład Medycyny Nuklearnej AM w Białymstoku, 15-269 Białystok, ul. Waszyngtona 13, tel. 0-85-748-59-78, faks 0-85-746-88-80, e-mail: [xzjazdmn@amb.edu.pl](mailto:xzjazdmn@amb.edu.pl), <http://www.xzjazdptmn.amb.edu.pl/xzjazdptmn/index.html>. Przewodniczący Kom. Organ. prof. F. Rogowski.

• **23-24.06.2006 r.** Warszawa. IV Interdyscyplinarny Kongres Naukowy: **Współczesne zasady diagnostyki i leczenia zespołów bólowych dolnego odcinka kręgosłupa**. Or-

ganizator: Fundacja Edukacji Medycznej i Promocji Zdrowia. Możliwość prezentacji prac podczas Sesji Plakatowej. Pkt. edukacyjne. Zapraszamy **ortopedów, rehabilitantów, fizjoterapeutów, lekarzy rodzinnych, neurologów** i in. Informacje i zgłoszenia: [www.medsport.pl](http://www.medsport.pl), 0-22-834-67-72, 0-601-22-78-99.

• **15-16.09.2006 r.** Hotel „Orle Gniazdo” w Szczyrku. XI Konferencja Naukowo-Szkoleniowa: **Postępy w ginekologii onkologicznej**. Informacje: na stronie szpitala [www.ujastek.pl](http://www.ujastek.pl)

Centrum Edukacji **Ultrasonograficznej** Cedus. Kursy w 2006 r. Informacje i zgłoszenia: Szkoła-Cedus, ul. Fałata 2/24, 02-535 Warszawa, tel. 0-22-646-41-56, [www.cedus.edu.pl](http://www.cedus.edu.pl), e-mail: [cedus@edu.pl](mailto:cedus@edu.pl)

Medyczne Szkolenia **Podyplomowe PAKT**. Kursy w 2006 r. Pkt. edukacyjne. Informacje: PAKT 40-064 Katowice, ul. Kopernika 8/2, tel/faks 0-32-251-22-64, 0-601-423-243, e-mail: [medyczne-sympozja@poczta.onet.pl](mailto:medyczne-sympozja@poczta.onet.pl)

Roztoczańska Szkoła **Ultrasonografii**. Kursy w 2006 r.

Informacje i zapisy: tel. 0-84-638-55-12, 638-80-90, 638-80-91, [www.usg.com.pl](http://www.usg.com.pl)

Wielkopolska Szkoła **Diagnostyki Obrazowej**. Zajęcia w ośrodku szkoleniowym w Puszczykowie k. Poznania Praktyczne kursy ultrasonograficzne w 2006 r. Prawo do pkt. edukacyjnych izby lekarskiej. Nr konta: 92 1090 1362 0000 0000 3612 1908. Zapisy: Wielkopolska Szkoła Diagnostyki Obrazowej, tel./faks 0-61-819-25-00, tel. kom. 603-762-041, [www.obraz.pl](http://www.obraz.pl), e-mail: [obraz@obraz.pl](mailto:obraz@obraz.pl)

Dolnośląska Szkoła **Ultrasonografii** (rok zał. 1993). Szkolenia podstawowe w 2006 r. Informacje i zgłoszenia: Wrocławskie Centrum Promocji, ul. Śniadeckich 10, 51-604 Wrocław, tel. 0-71-348-39-66 lub 0-606-350-328, e-mail: [r.baran@neostrada.pl](mailto:r.baran@neostrada.pl), <http://www.usg.webd.pl/>

opr. (u)

[u.bakowska@gazetalekarska.pl](mailto:u.bakowska@gazetalekarska.pl)

**EURODENS**. Szkolenia w 2006 r.

Konferencja Naukowo-Szkoleniowa z okazji Jubileuszu 50-lecia Oddziału Lubelskiego PTS: **Postępy w radiologii stomatologicznej i szczękowo-twarzowej**. 24.04., godz. 8.00-18.15 (10 pkt. edukac.). Sala konferencyjna Hotelu Mercure „Unia”, Lublin, Al. Raclawickie 12. Koszt uczestnictwa: dla członków PTS - 150 zł, pozostali uczestnicy - 200 zł Organizator: Zakład Rentgenodiagnostyki Stomatologicznej i Szczękowo-Twarzowej AM w Lublinie, tel. 0-81-534-34-61, faks 0-81-740-77-40, e-mail: [rozlyo.kalinowska@am.lublin.pl](mailto:rozlyo.kalinowska@am.lublin.pl)

**Cementowanie uzupełnień protetycznych. Charakterystyka grup cementów i wskazania do ich zastosowania**. Organizator: Pol. Tow. Stomatologiczne Oddz. w Częstochowie. 12.05., godz. 10.30-11.30. Częstochowa, ul. Zaciszańska 25 - DEKTA. Wykładowca: dr n. med. Iwona Kuroń-Opalińska. Uczestnictwo w zebraniu naukowo-szkoleniowym PTS zapewnia uzyskanie 3 pkt. edukacyjnych

Kurs nr 10/06. 12.05., godz. 11.45-16.45. Częstochowa, ul. Zaciszańska 25 - DEKTA. Wykładowca: dr n. med. Iwona Kuroń-Opalińska. Opłata 250 zł. (6 godz. szkolenia - 6 pkt. edukac.). Organizator: Tow. Szkol. Podyplomowego EURODENS, [www.eurodens.pl](http://www.eurodens.pl). **Wybielanie zębów jako standard współczesnej stomatologii**. 1. Przebarwienia zębów i przyczyny ich powstania. 2. Mechanizm procesu 3. Objawy uboczne wybielania. 4. Metody wybielania z omówieniem preparatów dostępnych na rynku: a. wybielanie zębów żywych b. wybielanie zębów po leczeniu endodontycznym c. wybielanie nocne nakładkowe d. wybielanie profesjonalne w gabinecie stomatologicznym e. wybielanie poza kontrolą lekarza (produkty OTC) [www.eurodens.pl](http://www.eurodens.pl)

**Wydział Lekarski Oddział Stomatologii AM w Krakowie  
rocznik 1976.**

Zjazd koleżeński z okazji 30 rocznicy zakończenia studiów odbędzie się **20 maja 2006 r. w Klubie Dziennikarzy „Pod Gruszką” w Krakowie**. Koszt uczestnictwa wynosi 200 zł od osoby. Proszę wpłacać na konto: Wacław Woliński 29 1500 1142 1011 4010 2596 0000 w terminie nieprzekraczalnym do 15.04.2006. **Informacje: ul. Rydygiera 19/3 30-695 Kraków, tel. (0-12)657-93-86, e-mail: dent-orto@o2.pl**

**Wydział Lekarski AM w Lublinie, rok 1986**

Drogie Koleżanki, Drodzy Koledzy, w bieżącym roku mija 20 lat od uzyskania przez każdego z nas dyplomu lekarza medycyny. Najwyższa pora na spotkanie koleżeńskie. Serdecznie zapraszamy w dn. **8-10.09.br. do Zjazdu Piastowskiego w Kazimierzu Dolnym**. Prosimy o rezerwację miejsc hotelowych: Zjazd Piastowski, ul. Słoneczna 3, 24-120 Kazimierz Dolny, tel. 0-81 889-09-00, 889-09-01, faks: 0-81-889-09-16, e-mail: info@zajazdpiastowski.pl oraz wpłatę 200 zł za uczestnika na konto: Bank PKO SA nr rachunku: 36 1020 3176 0000 5002 0062 2798. **Informacje: Lucynka Wolak-Sobiczewska, tel. kom.: 602-607-817, e-mail: lsobiczewska@wp.pl; Małgosia Trzebuchowska-Pietras, e-mail: gosiatp@eskulap.pl; Wojtek Załuska, tel. kom: 512-307-328, e-mail: wtzałuska2@poczta.onet.pl**

**Wydział Lekarski AM w Lublinie, rocznik 1976**

Z okazji 30 rocznicy uzyskania dyplomów lekarza zjazd koleżeński w **Kazimierzu Dolnym w Domu Pracy Twórczej (Dom Dziennikarza), ul. Małachowskiego 17, w dn. 16-17.09.br.** Przewidywany koszt uczestnictwa 300 zł. Wpłaty na konto Wojciech Konera, Alina Wesołowska-Przystupa 80 1160 2202 0000 0000 6017 9231 do 30.06.br., z dopiskiem Zjazd Koleżeński Rocznik 1976. Zgłoszenie uczestnictwa z kserokopią dowodu wpłaty prosimy przesłać na adres: Elżbieta Walas-Skrzat, ul. Harcerska 13, 21-040 Świdnik, tel. 0-81-468-09-59, tel. kom. 0603-933-118. Panie prosimy o podanie nazwiska obecnego oraz z okresu studiów. **Informacje: e-mail wkonera@go2.pl (Wojciech Konera, tel. kom. 0501-273-130).**

**Wydział Lekarski PAM w Szczecinie, roczniki 1951-1957**

Zjazd koleżeński z okazji 50 rocznicy absolutorium **27.05.br.** Spotkamy się w **OIL przy ul. M. Curie-Skłodowskiej w Szczecinie o godz. 13.30. Msza św. o godz. 11.00 w kościele przy ul. Królowej Korony Polskiej**. W programie uroczysty obiad. Koszt uczestnictwa 100 zł. Możliwość skorzystania z hotelu – Dom Medyka – odpłatnie. Zgłoszenie udziału do 20.05.br., na adres: Bank Spółdzielczy Rzemiosła w Szczecinie. Nr rachunku 92939600070003673530000001 – **Antoni Banasik, tel. 0-91-448-91-67.**

**Wydział Lekarski PAM, rocznik 1963-1969**

Zjazd koleżeński w **Międzyzdrojach w dn. 6-8.10.br.** **Informacje i zgłoszenia: Grażyna Marzyska-Dudarenko, tel. 0606-668-096 lub Halina Dobrzycka, tel. 0602-305-722.**

**Wydział Lekarski Oddział Stomatologii AM w Krakowie, rocznik 1976**

Z okazji 30 rocznicy ukończenia studiów zjazd koleżeński **30.05.br. w Klubie Dziennikarzy „Pod Gruszką” w Krakowie**. Koszt uczestnictwa 200 zł od osoby. Wpłaty na konto: Wacław Woliński 29 1500 1142 1011 4010 2596 0000 w nieprzekraczalnym terminie do 15.04.br. **Informacje: 30-695 Kraków, ul. Rydygiera 19/3, tel. 0-12-657-93-86, e-mail: dent-orto@o2.pl**

**Przepraszamy!**

Ze względów technicznych jesteśmy zmuszeni zmienić datę i miejsce naszego spotkania. Spotkamy się **3.06.br. o godz. 13.00 w „Klubie Spadkobierców”, Łódź, ul. Piotrkowska 77 (popularne „Siódemki”)**. Jednocześnie prosimy o nawiązanie kontaktu z rodzinami kolegów, którzy nie żyją. Chcemy umieścić wspomnienia o nich w publikacji z okazji naszego **jubileuszu 50-lecia uzyskania dyplomów (16.06.2007 r.)**. Proponujemy, by zawierały datę urodzenia i zgonu, przebieg życia rodzinnego i pracy zawodowej; prosimy o zdjęcia, najchętniej formatu legitymacyjnego. **Korespondencja na adres Stowarzyszenia Absolwentów AM i Uniwersytetu Medycznego w Łodzi, 90-419 Łódź, al. Kościuszki 4; tel. 0-42-639-39-39, 632-15-00. Komitet Organizacyjny**

**u.bakowska@gazetalekarska.pl**

**Zjazdy koleżeńskie w Internecie [www.absolwentus.pl](http://www.absolwentus.pl)**

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

# Polskie stowarzyszenia lekarskie 1805-1951



**W** czasie uroczystości jubileuszu 200 lat polskich towarzystw lekarskich i 185 lat Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego zorganizowanych przez Polskie Towarzystwo Lekarskie 25 listopada 2005 r. w Zamku Królewskim w Warszawie odbyła się m.in. promocja książki dr. med. Krzysztofa Brożka, zasłużonego historyka medycyny z Katowic pt. „Polskie stowarzyszenia lekarskie 1805-1951”, Warszawa 2005, wydanej przez Polskie Towarzystwo Lekarskie.

Przypomnijmy, że pierwsze było Towarzystwo Lekarskie Wileńskie, założone 12 grudnia 1805 r. w Wilnie, którego współzałożycielem i prezesem był Jędrzej Śniadecki, drugie zaś Towarzystwo Lekarskie Warszawskie, założone 6 grudnia 1820 r. w Warszawie, którego współzałożycielem i prezesem był August Ferdynand Wolff.

Towarzystwa lekarskie powstawały dla pełnienia różnorodnych funkcji: społecznych, doskonalenia zawodowego, bronięcia tłumionej przez zaborców kultury narodowej, zastępowania nieistniejących państwowych instytucji naukowych i zdrowia publicznego, szerzenia zasad etyki lekarskiej. Początkowo, gdy ziemie polskie były pod zaborem, były to stowarzyszenia ogólnolekarskie regionalne, następnie – specjalistyczne regionalne, w wolnej Polsce – specjalistyczne ogólnopolskie, a pierwszym ogólnolekarskim i zarazem ogólnopolskim jest Polskie Towarzystwo Lekarskie (1951 r.), które objęło dotychczas powstałe stowarzyszenia i starało się przejąć funkcję prezentowania środowiska lekarskiego w zastępstwie rozwiązanych w 1950 r. izb lekarskich.

Autor umiejętnie przeplata informacje o powstawaniu towarzystw z programem ich działalności oraz informacje o założycielach i „ideologach” towarzystw. Podaje dane statystyczne dotyczące lekarzy, opisuje organizację ochrony zdrowia, studiów lekarskich, doskonalenia zawodowego (kursy i specjalizacje). Zwięźle omawia towarzystwa w dobie zaborów, w II Rzeczypospolitej, w czasie drugiej wojny światowej (tu też martyrologia lekarzy) i w latach 1945-1951. Zamieszcza również, zawierający podstawowe informacje, słownik lekarskich stowarzyszeń naukowych, związkowych i samorządowych oraz pokrewnych z wydzieleniem 84 stowarzyszeń ogólnolekarskich i 134 stowarzyszeń lekarskich specjalistycznych.

*Pro domo sua* przypomnijmy, że historycy medycyny mieli swoje towarzystwa od 1925 roku w Poznaniu, Lwowie, Wilnie i Krakowie, a ogólnopolskie dopiero od 1957 r.

Książka jest starannie udokumentowana przypisami, zawiera też skrócony nazw stowarzyszeń, miejscowości i instytucji.

Pozycja ta, jako pierwsze wyczerpujące opracowanie dziejów polskich towarzystw lekarskich, zasługuje na zainteresowanie wszystkich lekarzy.

*Teresa Ostrowska*

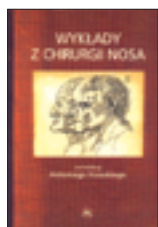
**Polskie stowarzyszenia lekarskie.** Krzysztof Brożek. Wydawca Zarząd Główny Polskiego Towarzystwa Lekarskiego, Warszawa 2005, s. 144, cena 8,00 zł.





**Terapia małżeńska**  
**Stanisław Kratochwil**  
wyd. I. Gdańsk 2006, str. 270

Autor – główny psycholog kliniczny w szpitalu psychiatrycznym w Kromierzu, honorowy członek kilku międzynarodowych towarzystw psychiatrycznych daje w publikacji przegląd współczesnych teoretycznych koncepcji psychoterapii małżeńskiej odzwierciedlających różne wyobrażenia na temat przyczyn powstawania dysharmonii w małżeństwie. Podaje praktyczne wskazówki jak doskonalić komunikację pomiędzy małżonkami. Omawia najważniejsze problemy małżeńskie, przedstawiając propozycje rozwiązań. Książka zawiera również praktyczne instrukcje dotyczące organizacji i taktyki w terapii małżeńskiej oraz informacje na temat badania jej skuteczności. Publikacja przeznaczona dla doradców małżeńskich, psychologów klinicznych, lekarzy i studentów oraz zainteresowanych psychoterapią.



**Wykłady z chirurgii nosa**  
pod red. **Antonia Krzeskiego**  
Gdańsk 2005, str. 236

Prof. Antoni Krzeski inicjator w Polsce endoskopowych technik chirurgicznych w zapaleniu zatok przynosowych, organizator licznych konferencji ryнологicznych i rynchirurgów europejskich i światowych. Autor wielu prac naukowych i podręczników. Monografię na temat chirurgii nosa opracował zespół autorów o międzynarodowej sławie. Książka bogato ilustrowana.

Wydawnictwo **Roztoczańskiej Szkoły Ultrasonografii**,  
22-400 Zamość, ul. Kilińskiego 75, tel. 0-84-638-55-12, 638-80-91,  
faks 0-84-638-80-92, e-mail: rsu@roztocze.pl, www.usg.com.pl



**Diagnostyka ultrasonograficzna w chorobach nerek**  
pod red. **Wiesława Jakubowskiego**  
seria wydawnicza **Praktyczna Ultrasonografia**  
tom VII, Warszawa-Zamość 2004, str. 152

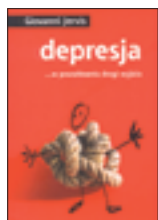
Zawiera: Przydatność badań USG w diagnostyce chorób nerek; Znaczenie badań USG w nefrologii; Diagnostyka USG w mięszeniowych chorobach nerek; Diagnostyka USG w łagodnych zmianach ogniskowych nerek; Diagnostyka usg raka nerkowo-komórkowego; Diagnostyka USG w rozpoznawaniu i leczeniu zakażenia układu moczowego u dzieci; Diagnostyka USG w kamicy nerek i kamicy układu moczowego; Przydatność kolorowego doplera w diagnostyce chorób nerek i naczyń nerkowych; Diagnostyka USG nerki przeszczepionej; Diagnostyka USG nadnerczy i przestrzeni zaotrzewnowej; Ultrasonografia przedzodytnicza sterza – aspekty kliniczne i praktyczne.



**Diagnostyka ultrasonograficzna gruczołu krokowego**  
pod red. **Iwony Sudol-Szopińskiej i Tomasza Szopińskiego**  
seria wydawnicza **Praktyczna Ultrasonografia**  
tom IX, Warszawa-Zamość 2005, str. 70

Zawiera: Przepłytkowe badania ultrasonograficzne gruczołu krokowego; Badania ultrasonograficzne gruczołu krokowego głowicą doodbytniczą; Wolumeria gruczołu krokowego; Pomiary PSA i jego pochodnych w diagnostyce chorób gruczołu krokowego; Diagnostyka endosonograficzna w niepłodności męskiej.

Księgarnia i Drukarnia **Świętego Wojciecha Sp. z o.o.**  
Dystrybucja: Dział Handlowy, 60-967 Poznań, pl. Wolności 1,  
tel. 0-61-852-91-86 w. 123, 129; faks w. 122, e-mail: sprzedaz@ksw.com.pl,  
www.ksw.com.pl, www.mojeksiązki.pl



**Depresja... w poszukiwaniu drogi wyjścia**  
**Giovanni Jervis**  
Poznań 2005, str. 118

Autor psychiatra i psycholog ukazuje bardziej aspekty psychologiczne i społeczne niż medyczne i biologiczne depresji, zwracając uwagę na subiektywne doświadczenia osób nią dotkniętych. Opracowanie ogranicza się do prezentacji naukowo potwierdzonych. Prezentuje też przypadki kliniczne schorzenia. W konkluzji autor stwierdza, że depresja jest ciężką, przewlekłą chorobą i należy ją leczyć tak jak każdą inną, a odpowiednie leki, terapia oraz wsparcie rodziny i przyjaciół prowadzą do jej wyleczenia.

**Stres... kiedy pomaga, a kiedy szkodzi,  
jak zamienić go w sojusznika**

**Mario Farné**  
Poznań 2006, str. 126

Autor – lekarz i psychoterapeuta uświadamia czym jest stres, pomaga czytelnikowi odróżnić go od zwykłego napięcia nerwowego i zmęczenia umysłowego, radzi jak przekształcić go w sojusznika. Publikacja polecana wszystkim poszukującym skutecznych sposobów rozładowania napięcia i odpowiednich technik relaksacji.



**Ponadto nadesłano:**

**Czerniaki skóry u dorosłych**

Monografia pod red. **Włodzimierza Ruki, Zbigniewa I. Noweckiego, Piotra Rutkowskiego**  
Patronat: Polskie Towarzystwo Chirurgii Onkologicznej, Polskie Towarzystwo Onkologii Klinicznej, Centrum Onkologii i Instytut im. Marii Skłodowskiej-Curie w Warszawie  
wyd. I, Warszawa 2005, wyd.: **Medi Page Sp. z o.o.**,  
02-594 Warszawa, ul. J. Bruna 12/20, tel./faks 0-22-646-41-50,  
www.medipage.pl, str. 144

Praca zbiorowa polskich specjalistów z zakresu chirurgii onkologicznej zawiera omówienie najważniejszych elementów diagnostyki i leczenia chorych na czerniaki skóry. Książka przeznaczona dla chirurgów, radioterapeutów, chemioterapeutów, dermatologów, ginekologów.



**Niezdolność psychiczna do podjęcia i wypełnienia  
istotnych obowiązków małżeńskich jako przyczyna  
nieważności małżeństwa kościelnego.**

**Aspekt sądowo-psychiatryczny**  
dr med. **Marian Drogowski**

red. naukowa ks. dr **Aleksander Sobczak**  
Gniezno 2006, wyd. dr med. **Marian Drogowski**,  
62-200 Gniezno, ul. Orzeszkowej 10/14, tel. 0-61-426-23-74,  
e-mail: romser@post.pl

Autor omawia problem od strony wymogów prawa kanonicznego, kryteriów niezdolności związanych z psychicznymi i psychoseksualnymi zaburzeniami osobowości oraz niezdolności w opiniowaniu sądowo-psychiatrycznym. Opracowanie jest podsumowaniem długoletniego doświadczenia autora w pracy biegłego i jest przeznaczone dla biegłych psychiatrów, psychologów i pracowników sądów kościelnych i szerszego grona odbiorców zainteresowanych omawianą problematyką.



**Zaburzenia poznawcze i psychiczne w chorobie  
Parkinsona i w innych zespołach parkinsonowskich**

pod red. **Tomasza Sobowa i Jarosława Ślawnika**  
**Wydawnictwo Continuo**, www.continuo.wroclaw.pl,  
tel. 0-71-791-20-30, e-mail: wydawnictwo@continuo.wroclaw.pl

Wrocław 2006, format B5, 190 str., cena 37 zł  
Monografia zawiera rozdziały dotyczące epidemiologii, rozpoznawania i leczenia choroby Parkinsona, zaburzeń poznawczych i psychicznych w jej przebiegu, rozdziały poświęcone innym chorobom, w których parkinsonizmowi towarzyszą różne zaburzenia, otępienia i objawy psychotyczne. Wiele miejsca przeznaczono na omówienie otępienia z ciałami Lewy'ego. Szczególną uwagę zwrócono na aspekty wpływu towarzyszących zaburzeń psychicznych i poznawczych na jakość życia chorych. Publikacja jest adresowana do wszystkich zajmujących się chorymi z chorobą Parkinsona, otępieniami i w ogóle chorobami neurozwyrodnieniowymi.



**Wilno. Przewodnik**  
**Przemysław Włodek**  
wyd. II. Pruszków 2005

**Oficina Wydawnicza Rewasz**, 05-800 Pruszków,  
skr. poczt. 174, tel. 0-22-798-33-84, tel./faks 0-22-798-60-30,  
e-mail: rewasz@rewasz.com.pl, http://www.rewasz.com.pl, str. 256

Przewodnik ten, którego autorem jest lekarz, powstał z potrzeby serca i dzięki gromadzeniu latami wiedzy o Kresach Wschodnich zdobytej na giełdach staroci, w antykwiariatach i z opowieści ludzi, którzy tam się urodzili. Wspomina autor: „W momencie, gdy miejscowej staruszce we Lwowie tłumaczyłem, jak dojechać ze Stryjskiej na Zamarstynowską, zrozumiałem, że duże miasta kresowe znam lepiej niż miejscowi, zatem swą wiedzę warto podzielić się z innymi”. Autor dzieli się w niej swoją całą wiedzą zdobytą w odtwarzaniu historii miasta ostatnich dziesięcioleci i niezwykle istotnymi szczegółami dotyczącymi historii zabytków i dawnych miejsc, których nie znajdzie się w innych przewodnikach.



opr. md