4 2007

Gazeta Lekarska

Pismo Izb Lekarskich

ISSN 0867-2148

Egzemplarz bezpłatny

Prof. Wiesław Jędrzejczak

Pod ostrzałem

REKLAMA REKLAMA

REKLAMA

No to właściwie ile?

Kiedy 11 stycznia br. minister Zbigniew Religa szczycił się przed kamerami wynikami ankiety wieńczącej kolosalną, jak się wyraził, podwyżkę wynagrodzeń w służbie zdrowia, zapytałem jaką sumę przeznacza się rocznie na wynagrodzenia 118 tys. czynnych zawodowo lekarzy w Polsce. Moje pytanie powtórzyły wszystkie dzienniki telewizyjne. Niestety, odpowiedzi nie mam do dziś. Ale dowiedziałem się wówczas, że ordynatorzy i ich zastępcy zarabiają od listopada ub. r. przeciętnie brutto 6417 zł, lekarze z II stopniem specjalizacji – 4531 zł, z I stopniem – 3672 zł, a bez specjalizacji – 3232 zł. Czy średnia arytmetyczna lepiej oddaje rzeczywisty poziom przeciętnych zarobków niż średnia, na którą bardzo wpływają wartości skrajne? Nie przypominam sobie, aby mój syn, lekarz stażysta w wojewódzkim szpitalu w Lublinie, chwalił się kiedykolwiek choćby połową takiej pensji.

Tymczasem krakowskie biuro konsultingowe Sedlak & Sedlak już po raz trzeci przeprowadziło internetowe badanie wynagrodzeń (patrz – wynagrodzenia.pl). Jest to największe w Polsce pozarządowe badanie płac. Uczestniczyło w nim ponad 63 000 osób, a w obliczeniach uwzględniono dane 56 014 osób. Wynagrodzenia w służbie zdrowia w 2006 r. wypadają najsłabiej na tle wynagrodzeń w innych branżach. Mediana płacy wynosi 1700 zł. Przypomnijmy, że mediana dzieli uporządkowany od najmniejszej do największej wartości zbiór danych na dwie równe części. Jeżeli wynosi ona 1700 zł oznacza to, że połowa osób zarabia poniżej 1700 zł a połowa powyżej 1700 zł. Pracownicy szeregowi w służbie zdrowia otrzymują płace na poziomie 1500 zł. Wynagrodzenia specjalistów są o 20% wyższe (1800 zł), a wynagrodzenia kierowników o kolejne 39% wyższe (2500 zł). Najlepiej zarabiają dyrektorzy. Ich dochody są ponad trzykrotnie wyższe od dochodów pracowników szeregowych. Co czwarty dyrektor zarabia ponad 9700 zł. Zarobk i wyższe niż 2500 zł ma 25% specjalistów, 50% kierowników i prawie 90% dyrektorów. Co dziesiąty specjalista zarabia więcej niż 3970 zł, i co dziesiąty ordynator powyżej 6600 zł. 3,5% osób zarabia powyżej 10 tys. zł. Dochody poniżej 1500 zł są udziałem aż 38,5% osób w służbie zdrowia. W służbie zdrowia premia stanowi 11,9% całkowitych dochodów.

Przeciwdziałanie migracji lekarzy i pielęgniarek wymaga przede wszystkim zwiększenia wynagrodzenia i stosowania odpowiedniej polityki płacowej w sektorze ochrony zdrowia – czytamy w internetowym raporcie Ministerstwa Zdrowia z 16 lutego 2007 r.

Nasz czytelnik, chirurg na duńskiej wyspie Bornholm, Krzysztof T., który przed dwoma laty postanowił porzucić „lukratywną" posadę starszego asystenta w jednym ze szpitali powiatowych nieopodal Łodzi, bez cienia skrępowania ujawnia, że w ub. roku zarobił równowartość 217 tys. złotych, już po zapłaceniu 51% podatku! Żona Krzysztofa, dermatolog finalizuje właśnie zakup prywatnej praktyki dermatologicznej w zachodniej części Danii. Jest prawie pewne, że Krzysztof nie będzie już najlepiej zarabiającą osobą w tej rodzinie. Ludzie okazują im szacunek i zaufanie, bo wierzą, że lekarz chce jak najlepiej. Duńczycy może nie są tacy wylewni, ale życzliwi i przyzwyczajeni do bezstresowego życia w państwie wielokulturowym – opowiada nasz krajan. Żaden prokurator nie ubliża tam chirurgom, że „nikogo już więcej nie pozbawią życia". Państwo T. pracują 37 godzin tygodniowo, mieszkają z synem na razie skromnie na 140 metrach kwadratowych, ale i to ma się podobno zmienić po przeprowadzce do Jutlandii. Życie wprawdzie tam dwa razy droższe, za to w Polsce bywało, że szpital nie wypłacał w ogóle pensji. Nie wiem na ile musi się zmienić nasz kraj, żebyśmy wrócili – wyznaje Krzysztof.

Marek Stankiewicz
naczelny@gazetalekarska.pl

W numerze
między innymi

Śladem naszych publikacji	4-5
Okiem Prezesa	5
Pod ostrzałem	6-10
Wielkanoc	14
Ordynacja lekarska	16-17
Lek skuteczny i bezpieczny	18-19
Elastyczniej czy bezpieczniej?	20-22
Czy lekarze powinni dopominać się o swój autorytet?	24
Współpłacenie w systemie ochrony zdrowia. Możliwości, zalety, wady	28-29
Prawo dla profesjonalistów	30-31
Przychodzi lekarz do prawnika	32-33
Czas rozliczeń i odliczeń	34-35
Prof. Michałowicza spór o chleb dla Judyma	36-39
Macosze dziecko medycyny	38-39
Lekarski sport	40-41
Kalendarz: kursy, szkolenia, zjazdy	42-43
Książki nadesłane	44-45
Praca: Konkursy, zatrudnię, szukam	48-59
Ogłoszenia różne	59-61
Program TVN Med.	63

Radosnych Świąt Wielkiej Nocy

życzy redakcja

REKLAMA

Śladem naszych publikacji

„W gąszczu problemów"

Z uwagą przeczytałem w marcowej „GL" artykuł Romualda Krajewskiego pt. „W gąszczu problemów". Niestety, nie mogę zgodzić się z twierdzeniem, że „Organy odpowiedzialności zawodowej, to miejsce, gdzie postępowanie lekarzy jest oceniane przez osoby znające bardzo dobrze zasady, warunki i problemy ochrony zdrowia, gdzie każdy obwiniony ma zagwarantowane prawo do obrony. Bardziej merytorycznej i obiektywnej oceny nie ma".

Mam chyba pecha, ale w ostatnich kilku latach dwukrotnie byłem celem postępowania przed sądem lekarskim. Jedno zakończyło się moim uniewinnieniem, drugie aktualnie trwa. Kontakty z kolegami działającymi w tych instytucjach pozostawiły głębokie poczucie krzywdy. Nie chcę, aby mój list został odczytany jako skarga, lub kolejne „odwołanie" od wyroku. Zależy mi bardziej na przyjęciu rozwiązania formalnego, które uwzględni interes lekarza obwinionego przed sądem lekarskim. Krótko mówiąc w tym postępowaniu ewidentnie brakuje osoby, która pełniłaby rolę obrońcy.

Rzecznik Odpowiedzialności Zawodowej ze swej natury pełni rolę prokuratora. Sędziowie – boją się jak ognia posądzenia o stronniczość zawodową i starają się orzekać tak jak w ich mniemaniu postąpiłby sąd powszechny (a są wszakże amatorami w tym zawodzie). Skutek jest taki, że sąd korporacyjny nie jest w stanie spojrzeć na sprawę obwinionego lekarza „oczami tego zawodu" – co pogarsza sytuację obwinionego. Dopuszczenie pokrzywdzonego jako strony (być może słuszne) jeszcze bardziej przechyli wagę sprawiedliwości na stronę oskarżających.

Przećwiczyłem rolę obwinionego lekarza z prowincji, który pierwszy raz w życiu był szarpany przez sąd i wiem jak to wygląda. Nikt mnie nie bronił – za to atakowali wszyscy. Broniłem się sam – nieudolnie i słabo. Mogłem, co prawda, wynająć adwokata, ale zwyczajnie nie było mnie na to stać. Poza tym z trudem udało mi się wyrwać z pracy, aby pojawić się w sądzie. Kontrakt z NFZ nie przewiduje wolnych dni na udział w rozprawie. Zostałem uniewinniony – chyba tylko przez przypadek, albo dla równowagi „politycznej". Koleżanka otrzymała karę nagany – ostatecznie za to, że nie wpisała konsultacji telefonicznej, jakiej udzieliła pacjentce, do dokumentacji lekarskiej. Gdy zapytała skład sędziowski – Czy koledzy zawsze wpisują konsultacje telefoniczne do dokumentacji? – odpowiedzią było milczenie.

Reasumując – uważam, że przygotowując projekt zmian w postępowaniu dyscyplinarnym przed sądami lekarskimi należy wprowadzić instytucję broniącą obwinionego lekarza (w Wielkiej Brytanii funkcjonują „medical defence bodies"), inaczej każda skarga będzie wyrokiem skazującym lekarza ku uciesze roszczeniowej tłuszczy i naszych dzielnych polityków.

Jest to szczególnie ważne teraz, kiedy jesteśmy przedmiotem nieustannej nagonki ze strony „wolnych mediów". Gdy niemal każde niepowodzenie w leczeniu odbierane jest jako błąd w sztuce, zaniedbanie lub nieudolność. Tylko patrzeć, a każdy lekarz będzie miał proces w sądzie – nie tylko zawodowym, ale i cywilnym. Właśnie pod pręgierzem opinii publicznej postawiono profesora hematologii – ciekawe jak w jego sprawie orzeknie sąd korporacyjny. Wykazano już ponoć niezbicie, że obwiniony lekarz nie przestrzegał obowiązujących, w zakresie przeszczepiania szpiku, procedur. Czy sądy lekarskie, które przestrzeganie prawa stawiają ponad wszystko będą dla Profesora równie surowe, czy może w ich charakterze leży przykładne karanie maluczkich a pobłażanie wielkim. Czas pokaże. „Po ich owocach poznacie ich"- jak mówi Pismo Święte. Zdaje mi się jednak, że póki co, są to owoce małe i cierpkie.

14.03.2007 r.

(nazwisko i adres znane redakcji)

List Czytelnika jest bardzo cennym komentarzem do postępowania prowadzonego przez rzeczników odpowiedzialności zawodowej i przez sądy lekarskie. Na pewno byłoby źle, gdyby którakolwiek ze stron postępowania uznawała sąd lekarski za „swój". Z natury postępowania sądowego wynika, że tylko wyjątkowo zdarza się, że z orzeczenia zadowoleni są wszyscy. Niepokojący jest natomiast inny aspekt, pojawiający się ostatnio w tzw. debacie publicznej bardzo często. Otóż jakość sądów próbuje się oceniać na podstawie porównywania orzeczeń kończących postępowanie z wyrokami wydawanymi w trybie medialnej nagonki lub z mocno na wyrost formułowanymi przez organy ścigania zarzutami. Jest to ogromne nieporozumienie prowadzące bezpośrednio do negowania roli sądów i postrzegania ich wyłącznie przez pryzmat własnych spraw i dążeń. W normalnej demokracji musi być dokładnie odwrotnie – to indywidualne i grupowe poglądy są ostatecznie weryfikowane przez sąd. Lepszego mechanizmu rozstrzygania sporów nie wymyślono od starożytności. Ważne jest, aby postępowanie odbywało się ściśle według obowiązujących przepisów, niezawiśle, z zapewnieniem równouprawnienia stron i żeby było jednakowo dostępne dla każdego obywatela. Tych podstawowych zasad nie wolno zmieniać, ponieważ ich poprawianie może przejściowo być dla kogoś wygodne, ale zawsze prowadzi do krzywdzenia wielu innych.

Romuald Krajewski

„Koniec z zamiataniem pod dywan"

Inicjatywa powołania specjalnych pełnomocników, którzy zajmą się pomocą dla lekarzy uzależnionych od alkoholu jest bardzo potrzebna i pilna. Ważne, żeby ci pełnomocnicy dysponowali odpowiednią wiedzą na temat choroby alkoholowej, żeby nie były to osoby przypadkowe.

Obserwuję sytuacje, kiedy to nawet specjaliści leczenia uzależnień nie bardzo wiedzą, jak pomóc swoim uzależnionym kolegom i koleżankom. Nawet samo podjęcie wątku choroby jest często barierą nie do przekroczenia. Mam nadzieję, że zostanie rozwiązany najważniejszy problem: przeszkolenia wszystkich kierowników, wszystkich placówek służby zdrowia w rozpoznawaniu tej choroby u kolegów, w umiejętności rozmawiania na ten temat, w umiejętności motywowania do podjęcia terapii uzależnionych pracowników-lekarzy, i nie tylko. Bo tu konieczny będzie warunek: albo praca, albo terapia.

Samo powołanie pełnomocnika nie sprawi, iż masowo zaczną zgłaszać się uzależnieni lekarze z prośbą o leczenie. Uzależnieni lekarze, podobnie jak wszyscy inni uzależnieni pacjenci, zaprzeczają swojej chorobie. Nie robią tego celowo, po prostu nie mają świadomości swojej choroby, podobnie jak wszyscy inni pacjenci.

Fałszywie pojęta solidarność kolegów i koleżanek, polegająca na zmowie milczenia, powoduje, iż uzależnieni koledzy nie otrzymują od otoczenia sygnałów o swojej chorobie.

U części kolegów lekarzy panuje fałszywe przekonanie, iż pomocą uzależnionym powinna zająć się rodzina. Nie mają pojęcia o tym, iż uzależniona osoba całą swoją energię kieruje nie na walkę z uzależnieniem – ale właśnie na walkę z rodziną, żeby rodzina przestała oczekiwać leczenia.

Lekarka
(nazwisko i adres znane redakcji)

„Czym pachną długi szpitali"

Długi szpitali są ilustracją zwycięstwa propagandy sukcesu nad realiami ochrony zdrowia. Wiadomo, że z roku na rok przybywają na świecie nowe procedury medyczne (choćby przeszczepy narządów) i rosną ceny starych. Od roku 1999 corocznie przeznacza się na te procedury za mało pieniędzy. Niezależnie od lokalnych wahań, ogólne zadłużenie szpitali w tych warunkach musi rosnąć. Od początku 1999 r. należało wprowadzić koszyk świadczeń gwarantowanych skromniejszy od możliwości budżetowych, a rozszerzać go corocznie w miarę zdobywania większych funduszy. Sprawę postawiono na głowie, a każde dalsze opóźnianie ogłaszania coraz boleśniej skromnego koszyka może tylko zadłużenie ochrony zdrowia pogarszać.

lek. med. Janusz Schimmel
Wrocław

Okiem Prezesa

W poprzednim numerze „Gazety Lekarskiej" pisałem o nadużyciach towarzyszących wykrywaniu przestępstw lekarskich. Mimo licznych oświadczeń, apeli, stanowisk oraz listów kierowanych w tej sprawie przez przedstawicieli środowiska lekarskiego różnych szczebli do polityków i świata mediów (zwracała na to uwagę także Rada Etyki Mediów), nadal trwa nieustająca licytacja sensacji, których poszukuje się w ochronie zdrowia. Nie jestem wyznawcą spiskowej teorii dziejów, ale naprawdę wygląda to na „przygotowanie artyleryjskie".

Obraz lekarzy, placówek opieki zdrowotnej i całego systemu ochrony zdrowia, jaki wyłania się z ekranów telewizorów i pierwszych stron gazet (szczególnie tych co bardziej szmatławych, ale „tabloidyzacja" w pogoni za zwiększeniem oglądalności i sprzedaży obejmuje, niestety, także coraz częściej poważne media) jest zdecydowanie nieprawdziwy. Źle zarządzane szpitale zadłużają się bez względu na ilość środków, które są do ich dyspozycji. Pacjenci tracą zdrowie w bezsensownych kolejkach; pogotowie nie dowozi ich tam, gdzie powinno. Chciwi i niekompetentni lekarze, dysząc żądzą pieniędzy, są gotowi na wszystko, byle tylko wzbogacić się kosztem bezradnych chorych. Zanim spojrzą na pacjenta, biorą co się da: koperty, flaszki, zegarki, seks; bezwzględnie traktują tych, którzy się nie opłacili, nie udzielając im żadnej pomocy. Nawet jak już zabiorą się do leczenia, to najczęściej robią to niedbale, popełniają liczne błędy, bez skrupułów eksperymentują na chorych wykorzystując ich do sobie tylko wiadomych celów, żywym pobierają narządy do transplantacji, leki zapisują pod dyktando firm farmaceutycznych…

Opamiętajmy się! Czy to jest prawdziwy obraz polskiej ochrony zdrowia? Czy przypadkiem nie jest (w większości przypadków) tak, że stając na głowie i dla dobra pacjentów, mimo ciągłych niedoborów, dyrektorzy szpitali (w przeważającej większości, na szczęście dla chorych, lekarze) zapewniają realizowanie przez kierowane przez nich placówki misji pomocy ludziom, którzy znaleźli się w potrzebie? Czy ogromna większość wysoko wykwalifikowanych i kompetentnych lekarzy wynagradzanych na poziomie niewykwalifikowanych robotników pracujących na budowach nie dokonuje co dzień cudów uzdrawiania chorych na najbardziej skomplikowane choroby? Czy pomimo minimalnych, jak na standardy światowe, nakładów na naukę polscy lekarze-naukowcy nie wnoszą znaczącego wkładu do postępu medycyny? Czy mimo ogromnych niedostatków finansowych pacjenci nie mogą w Polsce korzystać z najnowocześniejszych i najkosztowniejszych procedur i urządzeń medycznych? W poszukiwaniu lepszej opieki do Polski coraz częściej przyjeżdżają się leczyć nie tylko pacjenci z krajów położonych za wschodnią granicą, ale także z bogatych państw Unii Europejskiej. Polscy lekarze wysoko oceniani pod względem wiedzy i umiejętności stanowią łakomy kąsek dla najbogatszych krajów Europy i całego świata.

„Gazetę Lekarską" czyta nie tylko środowisko lekarskie. Mam nadzieję, że przed kolejnym pomysłem zohydzania obrazu naszego wspólnego dobra, jakim jest polska służba zdrowia, może jakiemuś politykowi, a może dziennikarzowi (lub jego wydawcy) drgnie ręka. Niszczenie wizerunku systemu ochrony zdrowia, placówek opieki zdrowotnej i lekarzy jest bowiem nie tylko obraźliwe dla tysięcy uczciwych, kompetentnych ludzi pracujących za marne pieniądze w wyjątkowo nieprzyjaznych warunkach – uderza ono także w miliony zwykłych ludzi, którzy szukają pomocy, gdy zagrożone jest ich zdrowie i życie. Podważanie ich zaufania do instytucji opieki zdrowotnej godzi przede wszystkich w poczucie bezpieczeństwa najsłabszych obywateli.

Jeśli są tacy, którzy chcą zbić interes polityczny (odwracając uwagę opinii publicznej od prawdziwych niedostatków zaniedbanego przez polityków systemu ochrony zdrowia oraz wzburzenia niegodnie wynagradzanych pracowników służby zdrowia) lub po prostu zarobić więcej pieniędzy na sprzedawaniu sensacji w najbardziej prymitywnym wydaniu, to niech dotrze do nich apel o opamiętanie. Psujecie Polskę!

Konstanty Radziwiłł

REKLAMA REKLAMA

Choroby dla lekarza są tak groźnym wrogiem, że nie potrzeba mu jeszcze dodatkowo wrogości samych ludzi

Pod ostrzałem

Wiesław Wiktor Jędrzejczak

Najgorszym następstwem sprawy, która mnie dotknęła, było to, że przez wiele dni byłem wyłączony z obsługi chorych, podczas gdy w klinice, którą kieruję, stale przebywa kilkadziesiąt osób w podobnej sytuacji zagrożenia życia jak Bartek Misiak. Lekarz powinien mieć wolną głowę po to, aby myśleć, jak ich ratować. Nie są to sprawy ani błahe, ani łatwe.

fot. Marek Stankiewicz

Uderzenie w podbrzusze

Zamiast zajmować się chorymi udzielałem wywiadów, wyjaśniałem zarzuty przed specjalnie powołaną komisją. Pisząc te słowa kontynuuję tę działalność.

Dla lekarza, który cały swój talent i wysiłek wkłada w ratowanie śmiertelnie chorych ludzi, lekarza, dla którego urlop polega na tym, że przychodzi do pracy bez krawata, postawiony zarzut w gruncie rzeczy uśmiercania ludzi jest jak uderzenie w podbrzusze. Wpływa też, niestety, na to, czy i jakie kolejne próby lecznicze będzie podejmował. Wprawdzie sytuacja atakowanego lekarza jest i tak lepsza niż sytuacja jego chorych (gdyż oni mają białaczkę, a on nie), ale sytuacja chorych z powodu tych ataków staje się jeszcze gorsza, gdyż zabiera im się czas ich lekarza.

Przy okazji dowiedziałem się, iż Rzecznik Odpowiedzialności Zawodowej Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie uważa, że jego jedyne działanie w odniesieniu do lekarza, na którego postępowanie wpływa skarga, to przeadresowanie koperty ze skargą na prokuraturę bez wszczynania jakichkolwiek własnych czynności wyjaśniających i nawet bez powiadamiania zainteresowanego lekarza o tej sytuacji.

Ale do rzeczy...

Przeszczepianie alogenicznych (czyli pochodzących od innej osoby różnej genetycznie od chorego) krwiotwórczych komórek macierzystych jako metoda leczenia inaczej śmiertelnych chorób krwi jest w Polsce stosowane od ponad 20 lat i najkrócej mówiąc polega na określeniu wskazań do takiego zabiegu u konkretnego chorego, doboru dawcy i źródła komórek, podaniu choremu megachemioterapii (a więc chemioterapii w dawkach niszczących nieodwracalnie jego własny szpik najlepiej z jego chorobami) i ewentualnie napromienieniu na całe ciało, pobraniu komórek od dawcy i podaniu ich drogą dożylną choremu i utrzymaniu chorego przy życiu do czasu podjęcia przez przeszczep czynności, a następnie zwalczaniu ewentualnych późnych powikłań. Metoda ta jest stale doskonalona i wprowadzane są jej nowe wersje techniczne dostosowywane do istniejącej indywidualnej sytuacji chorego.

Wskazania do wykonania zabiegu wynikają z wcześniejszych doświadczeń dowodzących, że przeszczepienie może daną chorobę w jej określonym stadium zaawansowania wyleczyć oraz z uznania, że taka choroba sama stwarza większe zagrożenie dla życia niż zabieg obarczony śmiertelnością tym większą, w im gorszym stanie znajduje się chory. W przypadkach ostrych białaczek optymalną sytuacją jest wykonanie zabiegu po uzyskaniu remisji całkowitej za pomocą wcześniejszej chemioterapii. Problem polega na tym, że około 25 % chorych nigdy takiej remisji nie uzyskuje i wtedy albo zaprzestaje się dalszych prób uratowania im życia, albo oferuje choremu zabieg ratunkowy (czyli nieobjęty standardowymi wskazaniami), którego szansa powodzenia jest niewielka, ale nie ma żadnej innej metody, która takim chorym oferowałaby jakiekolwiek powodzenie. Niska szansa powodzenia zabiegu w takich sytuacjach wynika z jednej strony z obecności bardzo dużej liczby komórek białaczkowych w organizmie chorego, a z drugiej – z jego złego stanu ogólnego, tj. wyniszczenia długotrwałym procesem chorobowym i skutkami ubocznymi wcześniej stosowanej chemioterapii. Zabieg ratunkowy powinien optymalnie być wykonywany w ramach eksperymentu klinicznego i jego wynik powinien być opisany po to, aby mógł być wykorzystany

ciąg dalszy na str. 8

Wiesław Wiktor Jędrzejczak

lat 60, specjalista hematolog, medycyny nuklearnej, onkologii klinicznej i transplantologii. Specjalista krajowy w zakresie hematologii. Kierownik Kliniki Hematologii, Onkologii i Chorób Wewnętrznych warszawskiej AM oraz przewodniczący Rady Naukowej Instytutu Immunologii i Terapii Doświadczalnej im. Ludwika Hirszfelda PAN. Pochodzi z Gdyni. Absolwent Wydziału Lekarskiego Wojskowej Akademii Medycznej w Łodzi, od 1990 r. profesor nauk medycznych. Autor licznych prac naukowych, publikowanych w czasopismach o zasięgu międzynarodowym, m.in. *Science*, *Journal of Experimental Medicine*, *Blood*, *British Medical Journal*.
Do jego największych osiągnięć należy opracowanie oryginalnych metod chemioterapii nowotworów, opracowanie metod kontroli skutków ubocznych leków przeciwnowotworowych, współudział w odkryciu regulacyjnej roli limfocytów T w krwiotworzeniu, opracowanie metody ilościowego badania komórek ustanawiających krwiotworzenie, opracowanie metod hodowli komórek podścieliska krwiotwórczego, opracowanie oryginalnych modyfikacji metod przeszczepiania szpiku u ludzi. W 1984 r. wykonał wraz ze zorganizowanym przez siebie zespołem pierwszy udany zabieg przeszczepienia szpiku w Polsce. Na stażach w USA spędził łącznie trzy lata.
W 2007 r. „Dziennik" zarzucił mu, że przez przeprowadzenie eksperymentu z przeszczepem komórek macierzystych krwi pępowinowej zamiast szpiku doprowadził do śmierci pacjenta.

REKLAMA

REKLAMA

Pod ostrzałem

ciąg dalszy ze str. 6

również przez inne zespoły, które mogą mieć podobnych chorych. Tak się też stało w tym przypadku.

Dawcą komórek do takiego ratunkowego przeszczepienia (podobnie, jak dla przeszczepienia standardowego) może być rodzeństwo wystarczająco zgodne w HLA, inne osoby spokrewnione z chorymi też wystarczająco zgodne w HLA oraz dawca niespokrewniony również wystarczająco zgodny w HLA. Wymagana zgodność dla rodzeństwa to przynajmniej 5 na 6 badanych antygenów. Zgodność wymagana dla innych dawców rodzinnych jest podobna, ale tutaj opublikowane doświadczenie jest bardzo niewielkie, gdyż istnienie takiego dawcy (z wyjątkiem Amiszów, u których częste są związki kazirodcze) jest bardzo dużą rzadkością. Z kolei są dwa rodzaje dawców niespokrewnionych: dawcy dorośli zgłoszeni do rejestrów dawców szpiku oraz noworodki, których krew pozostawiona po porodzie w pępowinie jest wytestowana i przechowywana w zamrożeniu w bankach krwi pępowinowej (nie należy takich banków mylić z bankami komercyjnymi gromadzącymi krew własną danego noworodka). Dawców dorosłych dobiera się w 10 antygenach i dopuszczalna jest niezgodność jednego z nich, a krew pępowinową dobiera się w 6 antygenach i dopuszcza się niezgodność dwóch spośród nich. Różnorodność kombinacji antygenów HLA wynosi kilka miliardów, ale niektóre z tych kombinacji występują stosunkowo często i dla chorych posiadających takie kombinacje stosunkowo łatwo jest dobrać dorosłego dawcę niespokrewnionego. Jednakże, mimo rozwoju rejestrów, dorosły dawca niespokrewniony jest niedostępny dla od 50 do 20% chorych zależnie od analizowanej populacji, a dla tych, dla których jest dostępny, jego dobór i udostępnianie zajmuje przeciętnie kilka miesięcy i nie mniej niż miesiąc. Ze względu na inne kryteria doboru wielokrotnie łatwiej jest dobrać dla chorego krew pępowinową. Praktycznie, w chwili obecnej przy konieczności uzyskania zgodności jedynie w 4 z 6 antygenów zgodności tkankowej dla każdego chorego można znaleźć krew pępowinową.

Z tego wynika, że alogeniczna krew pępowinowa jest bardzo dobrym źródłem komórek macierzystych, które w dodatku, jako wcześniej pobrane i zamrożone, jest dostępne natychmiast. Natomiast wadą krwi pępowinowej jest jej ograniczona objętość wynikająca z tego, że dawcą był noworodek. Stąd pomysł, aby jednocześnie przeszczepiać komórki od więcej niż jednego dawcy. W przypadku Bartka Misiaka względna nowość zabiegu sprowadzała się jedynie do przeszczepienia jednocześnie komórek krwi pępowinowej pochodzącej od dwóch różnych dawców. Wszystkie inne elementy zabiegu miały charakter rutynowy. Co więcej, zabieg się powiódł i publikacja dotyczyła właśnie udokumentowania, że funkcjonujący u chorego po zabiegu szpik rzeczywiście pochodził z przeszczepionej krwi pępowinowej, co jednoznacznie udowodniły testy genetyczne. Cho-

dokończenie na str. 10

Opinia zespołu ekspertów

powołanego przez Ministra Zdrowia w sprawie przeszczepienia komórek krwi pępowinowej u pacjenta Bartosza Misiaka

Przeszczepienie komórek krwiotwórczych stosowane jest jako rutynowe postępowanie lekarskie w odpowiednich przypadkach ostrych białaczek u dorosłych. W ostrej białaczce szpikowej, zastosowanie tej procedury u chorych z dużej grupy ryzyka w drugiej i kolejnej remisji, może uratować życie choremu. W przypadku braku dobranego HLA dawcy rodzinnego (brat albo siostra) w grę wchodzi przeszczepienie od dawcy alternatywnego. Należy brać pod uwagę niespokrewnionego dawcę, niespokrewnioną krew pępowinową i genetycznie częściowo niezgodnego dawcę rodzinnego. Żaden z dawców alternatywnych nie jest dawcą idealnym. O wyborze dawcy decydują dwa elementy: dostępność i stopień doboru. Dobór dawcy niespokrewnionego trwa, można przewidzieć czas trwania doboru i następowego pobrania materiału do przeszczepienia na podstawie danych zawartych w międzynarodowym rejestrze dawców. Należy przewidywać, że czas doboru wynosi od 3 do 6 miesięcy, natomiast pozyskanie krwi pępowinowej zajmuje najwyżej 1 mies. (dane EBMT 2004, E.Gluckman).

Medyczny dorobek ogólnoświatowy wskazuje, że w sytuacji braku możliwości doboru i pozyskania materiału transplantacyjnego od dobranego dawcy niespokrewnionego w rozsądnym czasie (tzn. przed spodziewaną wznową) należy wziąć pod uwagę przeszczepienie krwi pępowinowej o ile krew taka jest natychmiast dostępna. Ograniczeniem skuteczności zastosowania krwi pępowinowej może być mała liczba komórek w preparacie. Współczesna medycyna rozwiązuje to przez równoczesne przeszczepienie dwóch preparatów krwi pępowinowej o optymalnej zgodności. Jest to zaaprobowane postępowanie medyczne. Odnośnie przeszczepienia od dawcy rodzinnego, jedynie brat lub siostra mogą być dawcami w pełni genetycznie dobranymi. Matka lub ojciec są genetycznie zgodni tylko w połowie odpowiedniej puli genów, niezależnie od tego jak wygląda zewnętrzne podobieństwo produktów badanych genów.

Pacjent Bartosz Misiak od 24.10.2002 r. chorował na ostrą białaczkę szpikową. Pomimo stosowania standardowego leczenia cytostatycznego nie udało się uzyskać całkowitej remisji choroby. Leczenie nie tylko nie pozwoliło na kontrolę choroby podstawowej, ale przebiegało z licznymi ciężkimi powikłaniami infekcyjnymi. W związku z tym zaistniała pilna potrzeba podjęcia decyzji o zaniechaniu nieskutecznego leczenia, związanego z dużym ryzykiem zgonu toksycznego lub jego kontynuacji wspomaganej przeszczepieniem komórek krwiotwórczych. Brak dostępności ojca – adnotacja na str.2 historii choroby chorego – w znacznej mierze upośledził dochodzenie genetyczne dostępności dawcy. Brat chorego nie był zgodny w układzie HLA. W związku z tym możliwe było wzięcie pod uwagę dawcy niespokrewnionego lub krwi pępowinowej. Niestety, brak osiągnięcia remisji, pomimo trzykrotnych prób jej uzyskania, uniemożliwił podjęcie takiej decyzji we wcześniejszych fazach leczenia. Brak remisji dyskwalifikuje do podjęcia poszukiwania dawcy niespokrewnionego. W tej sytuacji zaszła konieczność wykonania przeszczepienia ratunkowego przy użyciu natychmiast dostępnego materiału, jakim była krew pępowinowa. Przeszczepienie wykonane było z dwóch porcji krwi pępowinowej, co na ówczesne czasy było postępowaniem nowatorskim, a obecnie jest działaniem medycznym opartym na faktach. Bezpośrednią przyczyną zgonu chorego była grzybica kropidlakowana ośrodkowego układu nerwowego w przebiegu grzybicy układowej. Stosowane leczenie przeciwgrzybicze było skuteczne w stosunku do zmian płucnych. Natomiast zdecydowanie gorsza biodostępność leków do ośrodkowego układu nerwowego zdecydowała o niepowodzeniu leczenia w tej lokalizacji. Tak więc, zgon chorego nie był związany z nieskutecznym zabiegiem transplantacyjnym, lecz z ciężkim powikłaniem infekcyjnym dlugotrwałego procesu nowotworowego, jego leczeniem i związaną z tym głęboką immunosupresją. Powikłanie to w świetle piśmiennictwa światowego występuje nawet u 20% chorych po transplantacjach. W tym konkretnym przypadku ryzyko ciężkiego powikłania infekcyjnego było szczególnie wysokie, ponieważ chory nigdy nie osiągnął całkowitej remisji hematologicznej.

Reasumując, przeszczepienie niespokrewnionej krwi pępowinowej u chorego z ostrą białaczką szpikową w kolejnej remisji i o złym rokowaniu jest postępowaniem medycznie usankcjonowanym, jako alternatywa przeszczepienia od niespokrewnionego dawcy w przypadkach, kiedy czas oczekiwania na materiał przeszczepowy od niespokrewnionego dawcy jest dłuższy niż przewidywana gwałtowna wznowa choroby.

REKLAMA

REKLAMA

Pod ostrzałem

dokończenie ze str. 8

ry zmarł już w tzw. późnym okresie po zabiegu (czyli powyżej 100. dnia) i każdy, kto ma minimalną wiedzę na temat przeszczepiania szpiku wie, że chory, u którego przeszczepienie się nie powiedzie, nie może przeżyć tak długo. Chory zmarł na skutek grzybicy kropidlakowej, która jest częstym powikłaniem dotyczącym chorych na białaczki zarówno poddawanych, jak i nie poddawanych zabiegom transplantacji. Przy czym badanie autopsyjne udowodniło, że ogniska grzybicy w płucach udało się opanować, a chory zmarł na skutek grzybicy mózgu. Jest to to samo powikłanie, na które parę lat wcześniej zmarła jedna z pionierek polskiej transplantologii hematologicznej, która też zachorowała na ostrą białaczkę i nie była leczona przeszczepieniem.

Proste sądy o złożonej sytuacji

Decyzja o tym, czy, kiedy i jaki zabieg wykonać jest decyzją zespołu transplantacyjnego, który jest zespołem lekarskim. Jest to decyzja bardzo złożona i zmienna w czasie, gdyż proces leczenia ostrej białaczki jest bardzo złożony i w jego trakcie występują zdarzenia takie, jak powikłania, które wymuszają zmianę pierwotnych zamierzeń. Sytuacja, w której o wyborze określonego rodzaju dawcy (a nie o jego doborze) usiłuje autorytatywnie wypowiadać się osoba bez odpowiedniego wykształcenia i taka osoba wypowiada łatwe i proste sądy o sytuacji złożonej, którą zna jedynie szczątkowo, jest niedopuszczalna. Dla lekarza najprościej jest nie podejmować ryzyka. Gdybyśmy w przypadku Bartka Misiaka nie podjęli żadnej próby przeszczepienia, nikt nie mógłby nam postawić żadnego zarzutu. Był to chory bez remisji ostrej białaczki po trzech próbach indukcji tej remisji i w sytuacji, w której liczba blastów białaczkowych w szpiku ponownie narastała. U takich chorych standardowo nie podejmuje się następnych prób ratowania, a jedynie łagodzi objawy.

Podnoszona jest sprawa, że następni chorzy też zmarli. Prof. Thomasowi zmarło 25 chorych zanim pierwszy przeżył i skończyło się to Nagrodą Nobla dla niego i wykonywaniem obecnie na świecie dziesiątków tysięcy tych zabiegów rocznie, z których wiele kończy się wyleczeniem białaczki. Problem polega na tym, że do nowych form zabiegu z zasady wybiera się chorych, którzy nie mają standardowych wskazań do przeszczepienia: chorych bez remisji, opornych na kilka wcześniejszych linii leczenia, chorych, którzy i tak inaczej muszą umrzeć, i to w krótkim czasie. Spośród czterech następnych takich chorych przeszczep się przyjął u 3, a dwoje zostało wypisanych do domu i zmarło wiele miesięcy po zabiegu (jeden z powodu nawrotu białaczki, a druga chora z powodu anemii hemolitycznej).

Nie jestem asystentem śmierci

Rzuca się cień na eksperyment medyczny zapominając o tym, że 2/3 obecnie żyjących ludzi zawdzięcza swoje życie takim eksperymentom. Gdyż to właśnie z tych eksperymentów pochodzą nowe metody lecznicze, które potem ratują życie tysiącom ludzi. W dziedzinie, którą się zajmuję, bez podejmowania prób byłbym jedynie asystentem śmierci. Przeszczepianie szpiku nie wzięło się z powietrza. Ono się wzięło z tysięcy prób na psach i myszach, które zostały następnie zaadoptowane do człowieka i potem już u człowieka były i są udoskonalane. Sugeruje się, że to wymogi realizacji grantu skłoniły nas do wykonania zabiegu u tego konkretnego chorego. Otóż w harmonogramie realizacji grantu nie planowano takiego zabiegu na rok 2003, tylko na lata następne. Zbieg okoliczności (uzyskanie wyniku, że liczba blastów w szpiku chorego zaczęła gwałtownie rosnąć oraz natychmiastowa dostępność wystarczająco zgodnej krwi pępowinowej) sprawił, że podjęliśmy decyzję o wykonaniu zabiegu w najbliższym możliwym czasie.

Pytano mnie, dlaczego nie wykonaliśmy większej liczby zabiegów i dlaczego inne zespoły w Polsce ich jeszcze nie wykonują. Otóż przeszkodą jest tu bariera finansowa. Jedna jednostka krwi pępowinowej kosztuje kilkanaście tysięcy euro. Dwie jednostki kosztują dwa razy tyle, a trzy jednostki trzy razy tyle i wtedy nie starcza już pieniędzy na wykonanie zabiegu. Zabiegi wykonywaliśmy wtedy, kiedy albo jak u Bartka cały materiał transplantacyjny był w naszym posiadaniu, albo gdy przynajmniej jedną jednostkę mogliśmy wziąć z naszego banku, albo wreszcie kiedy znaleźliśmy sponsora na zakup dodatkowej jednostki. Natomiast w Stanach Zjednoczonych zabiegi te wykonuje już kilka ośrodków i ta liczba się zwiększa. Ta forma zabiegów uważana jest za posiadającą udowodnioną skuteczność. I jest to jedyna forma zabiegu, która jest dostępna dla tych chorych, dla których w rejestrach dorosłych dawców szpiku takiego dawcy znaleźć nie można.

Obecna seria ataków na specjalistów z zakresu tzw. medycyny ekstremalnej, tj. zajmujących się leczeniem schorzeń standardowo stwarzających bezpośrednie zagrożenie życia jest społecznie samobójcza. To jest zawód i tak wymagający potwornej odporności nerwowej choćby po to, aby wytrzymać codzienny widok umierających młodych ludzi. I dla osób wykonujących ten zawód choroby są wystarczająco groźnym wrogiem, tak że nie potrzeba tu jeszcze dodatkowo wrogości ludzi. Specjalistów tych można zniszczyć, ale wraz z ich zniszczeniem społeczeństwo pozbawi najciężej chorych często jedynej szansy ratunku.

Wiesław Wiktor Jędrzejczak

fot. Marek Stankiewicz

REKLAMA

REKLAMA

fot. Marek Stankiewicz

informuje

Rzecznik prasowy NRL

Prezydium NRL - 2 II 2007

Prezydium NRL odniosło się do projektu rozporządzenia ministra spraw wewnętrznych i administracji w sprawie **rodzaju i zakresu oraz sposobu przetwarzania dokumentacji medycznej w zakładach opieki zdrowotnej utworzonych przez ministra właściwego ds. wewnętrznych**. Stwierdzono, że odrębna regulacja w zakresie dokumentacji medycznej w zakładach opieki zdrowotnej utworzonych przez ministra właściwego ds. wewnętrznych jest zbędna. Zarówno z punktu widzenia pacjenta, jak i lekarzy prowadzących dokumentację. Odrębności organizacyjne ZOZ-ów podległych MSWiA, które istniały przed 1999 r., powinny być zlikwidowane i dotyczy to także sposobu prowadzenia dokumentacji medycznej.

Prezydium NRL wydało stanowisko w sprawie „Sprawozdania z prac Międzyresortowego Zespołu ds. Opracowania Zasad Zatrudniania i Wynagradzania w Ochronie Zdrowia”. Uznano za niezbędne uzupełnienie dokumentu o stanowisko prezentowane przez samorząd lekarski w kwestiach dopuszczalności ustawowego uregulowania minimalnego wynagrodzenia pracowników ochrony zdrowia, w szczególności lekarzy i lekarzy dentystów oraz zwolnień od podatku kwot wydatkowanych na kształcenie podyplomowe.

Wydelegowano:
Annę Lellę, członka Prezydium NRL, oraz Zdzisława Annusewicza, członka NRL, na spotkanie organizacji „**Conference of Orders and Assimilated Bodies in Europe**” (CODE), w dn. 30-31.03.br. w Londynie.

Konstantego Radziwiłła, prezesa NRL, oraz Klaudiusza Komora, członka NRL, przew. Zespołu ds. Współpracy Międzynarodowej, na posiedzenie **Europejskiego Forum Stowarzyszeń Medycznych i Światowej Organizacji Zdrowia** (EFMA/WHO), w dn. 20-21.04.br. w Lizbonie.

Romualda Krajewskiego, członka Prezydium NRL, na spotkanie **Europejskiej Unii Lekarzy Specjalistów** (UEMS), 10.03.br. w Brukseli.

Zdzisława Annusewicza, członka NRL, na konferencję organizowaną przez **Niemiecką Federalną Izbę Dentystyczną** oraz na targi dentystyczne International Dental Show IDS 2007, w dn. 22-23.03.br. w Kolonii.

Prezydium NRL - 15 III 2007

Prezydium NRL, po zapoznaniu się z projektami rozporządzeń Ministerstwa Zdrowia zmierzającymi do **wprowadzenia do listy stanowisk kierowniczych w ZOZ-ach obok stanowiska ordynatora stanowiska „innej osoby kierującej oddziałem”**, negatywnie opiniuje wszystkie te projekty. Zgodnie z duchem i zapisami ustawy o zakładach opieki zdrowotnej oddziałem szpitalnym kieruje ordynator wyłoniony w konkursie. Wg oceny Prezydium tej zasady nie można zmieniać na poziomie rozporządzeń wykonawczych – wspominana w nich „inna osoba” nie podlegałaby konkursowi. Zasygnalizowanego w medialnych wypowiedziach ministra zdrowia problemu organizacji pracy oddziałów szpitalnych nie można zakończyć drogą „bocznymi drzwiami”.
Debatę na ten temat samorząd, zachęcony przez ministra zdrowia, podjął i na jednym z najbliższych posiedzeń NRL podejmie w tej sprawie stosowne stanowisko. Już teraz można jednak powiedzieć, że problem jest bardzo złożony i wymaga podejścia systemowego. Zdaniem Prezydium „podstępny” sposób „załatwienia” sprawy zaproponowany w projektach jest nie do przyjęcia.

Wydelegowano:
Annę Lellę, członka Prezydium NRL, Kazimierza Bryndala, członka NRL, oraz Marka Szewczyńskiego, pracownika Biura NIL, na **Sesję plenarną ERO-FDI**, w Moskwie w dn. 20-21.04.br., oraz na spotkania grup roboczych ERO-FDI „**Liberal Dental Practice in Europe**”, w Moskwie 19.04.br.

Jana Adamusa, członka Zespołu ds. Współpracy Międzynarodowej NRL, na **110 Zjazd Lekarzy Niemieckich** (110. Deutscher Ärztetag), w Münster w dn. 15-18.05.br.

Zdzisława Annusewicza, członka NRL, na spotkanie w ramach **projektu DentEd III** poświęcone dokumentowi „**Zakres zadań i kompetencji niezbędny do wykonywania zawodu lekarza dentysty**” (Profile and Competences for the European Dentist), w Dublinie w dn. 13-14.04.br.

Z kalendarza Prezesa NRL

Udział w debacie „**Współpłacenie za leki i usługi medyczne. Co na to pacjenci?**” w Centrum Komunikacji Medialnej.

Udział w seminarium „**Zasady etyczne w systemie ochrony zdrowia: najlepsze praktyki światowe i sposoby ich promowania**” zorganizowane przez Komitet Farmaceutyczny Amerykańskiej Izby Handlowej w Polsce.

Udział w spotkaniu **z ministrem sprawiedliwości Zbigniewem Ziobro** dotyczącym bieżących spraw w ochronie zdrowia.

List do Zbigniewa Religi, ministra zdrowia – uwagi do projektu rozporządzenia ministra zdrowia zmieniającego rozporządzenie w sprawie określenia szczegółowych zasad i trybu wstrzymywania i wycofania z obrotu produktów leczniczych i wyrobów medycznych.

List do Zyty Gilowskiej, ministra finansów dotyczący definicji pozarolniczej działalności gospodarczej z prośbą o dokonanie interpretacji ustawy o podatku dochodowym od osób fizycznych.

Spotkanie z p. Yen-Shin Chu z **Tajpejskiego Biura Ekonomiczno-Kulturalnego** nt. możliwości współpracy.

Udział w sympozjum „**Źródła etyki w medycynie**” w AM w Warszawie.

Udział w posiedzeniu **Komitetu Nauk Prawnych PAN** nt. prawa do ochrony zdrowia.

Tomasz Korkosz
tel. 022-559-13-27, 0602-218-710
faks 022-559-13-26
e-mail: t.korkosz@hipokrates.org

Zmartwychwstanie Pana Jezusa

Zmartwychwstanie Pana Jezusa jest fundamentem naszej wiary. Dzień Wielkiej Niedzieli to dzień zwycięstwa Chrystusa nad śmiercią. Zmartwychwstał. Żyje! Tak głoszą uroczyste rezurekcyjne dzwony.

Można uciekać daleko, aby nie słyszeć wielkanocnego Alleluja, ale wszędzie dogoni nas prawda, że Chrystusa nie można zabić, nie można przywalić w grobie, nie można się Go pozbyć. Można nająć kłamliwych ludzi, aby głosili, że Jezusa wykradli uczniowie, że Go nie ma – można Jezusa wymazać z podręcznika, wizerunki zniekształcić, sprowadzić do mitu. Zawsze sporo jest takich, co zarabiają na kłamstwie i oszustwie. Tak jest od ponad dwóch tysięcy lat... przekupić świadków. Mieć na swojej drodze wielu su erów, którzy podpowiadają wzywając z plakatów: Joga, Hare Krishna... Medytacja transcendentalna... Tak wiele propozycji, tak wiele podszeptów. Można również na śmierci zrobić zysk, ale te działania okazują się bezskuteczne jak straż i kamień przy grobie.

Ale Boga nie można wykreślić z dziejów człowieka, bo On jest naszym Stwórcą i Zbawicielem. Niedzielny poranek głosi całemu światu, że Jezus żyje i w tym jeszcze niezbyt wiosennym krajobrazie pojawia się Chrystus Pan, z dłonią wzniesioną zwycięsko nad wszystkim, co jest naprawdę naszym wrogiem, co jest przeciwko nam: nad szatanem, grzechem, złym światem, śmiercią, terroryzmem, korupcją – nad wszystkim, co nas znieważa i poniża. Idzie żywy przez kraj jako pierwszy spośród umarłych.

Fra Angelico, Nie zatrzymuj mnie

Chrystus żyje i wychodzi na spotkanie z człowiekiem, zwłaszcza z człowiekiem biednym, chorym, załamanym, zastraszonym i wątpiącym. I wystarczy jedno słowo Jego – Pokój Wam! – aby wstąpiła w serce odwaga i radość.

Zmartwychwstanie jest dniem radości Kościoła, dla tych, którzy uwierzyli. Ta radość jest podobna do czystego potoku górskiego, wypływa z tamtego dnia, pierwszego po szabacie, kiedy pierwsi uczniowie Jezusa Chrystusa odkryli, że grób, w którym złożono Jego martwe ciało zdjęte z krzyża, jest otwarty, a wnętrze - puste. Tę radość uczniów ze zmartwychwstania Chrystusa niesie Kościół apostolski od tamtego dnia przez wieki, przez dzień dzisiejszy, aż do dnia, w którym – jak czytamy w księdze Apokalipsy – „ujrzy Go wszelkie oko i wszyscy, którzy Go przebodli" (1,7). Kościół pragnie dzielić się swą radością z całym światem, któremu ukrzyżowany i zmartwychwstały Chrystus przyniósł życie wieczne.

Zmartwychwstały Chrystus staje przed nami i mówi: „Nie bójcie się tych, którzy zabijają ciało". To znaczy nie bójcie się nowotworów, zawałów, wylewów, kalectwa, starości i wszelkiego rodzaju chorób, które niszczą doczesne życie. Nie bójcie się tego wszystkiego, co niszczy ciało. To prawda, że ból i cierpienie stanowią ciężki krzyż i człowiek się przed nim wzdryga, ale utrapień tego życia nie da się porównać do chwały, która nas czeka w przyszłym życiu. Jakże wymowne są słowa, które często słyszymy na pogrzebach ludzi sobie bliskich: „ Każdy, kto żyje i wierzy we Mnie, choćby i umarł, żył będzie". Nie bójcie się!

Równocześnie Chrystus zwracając się do nas słowami „Nie bójcie się tych, którzy zabijają ciało" mówi: nie bójcie się ludzi, którzy was dręczą, którzy was maltretują. Nie bójcie się tych, którzy odbierają wam wolność, którzy prześladują wszelkie wartości, którzy niszczą prawdę, sprawiedliwość, którzy w miejsce miłości próbują rozsiewać nienawiść. Nie bójcie się, bo te wielkie wartości, chociażby były niewiadomo jak głęboko przez nich zagrzebane w ziemi, chociażby były przywalone bardzo ciężkim kamieniem i opieczętowane urzędowymi pieczęciami, chociażby ich pilnowano z bronią w ręku, to i tak zmartwychwstaną. Prawda, wolność, sprawiedliwość i miłość są wieczne.

Ale istnieje jedna trudność. Tej prawdy nie da się poznać przy pomocy rozumu, bo rozum nam ciągle mówi, że zło jest mocniejsze od dobra, że nienawiść jest mocniejsza od miłości, że śmierć niszczy życie. Tę prawdę można poznać tylko i wyłącznie przy pomocy wiary. Pogłębienie wiary to nic innego, jak tylko ciągłe szukanie Zmartwychwstałego Chrystusa, to pragnienie spotkania z Nim.

Snując tę myśl można ulec niedowiarstwu tysięcy lekarzy, którzy od wielu lat podlegają smutkowi i zawiedzeniu w służbie zdrowia. Bowiem wszystkie nadzieje na poprawę losu pracowników służby zdrowia legły w grobie. Kto nam odwali kamień, który spada na służbę zdrowia w Polsce? Współczesny człowiek jest poraniony, jego życie rodzinne nie ułożyło się tak jakby chciał. Sam nie potrafi się wyzwolić. Czasem szuka, męczy się w okowach schematów, które sam sobie stworzył, narzucił. Dobrze, że słyszymy w Wielkanoc słowa: „Prawica Pańska wzniesiona wysoko, prawica Pańska moc okazała" (Ps. 118, 16). Zaufaj Mu. Nie zamykaj się na Jego słowo. Szukaj Go na drodze.

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

ks. Józef Jachimczak CM
krajowy duszpasterz służby zdrowia

Warszawa, dnia 26 marca 2007 r.

REKLAMA

REKLAMA

fot. Marek Stankiewicz

Ordynacja lekarska

Krystyna Knypl

Teorię głoszącą, że lekarz praktyk najlepiej wie co zaordynować choremu, współczesny świat odrzuca na wiele sposobów.

Zwolennicy osobliwych poglądów wprawdzie przy innych okazjach przyznają, że między lekarzem a pacjentem istnieje tzw. asymetria wiedzy, jak to eufemistycznie określają podręczniki marketingu, ale dziwnym trafem nie przekłada się to na powszechne uznanie i aprobatę uprawnień decyzyjno-terapeutycznych lekarza. Bo cóż z tego, że lekarz wie więcej? Wiedzieć lepiej – to jest to!

Lepiej zaś mogą wiedzieć tylko ci, którzy są do tego namaszczeni i desygnowani. Lepiej mogą wiedzieć ci, którzy zadbali o umieszczenie na szyldach instytucji lub urzędów magicznych słów-ozdobników wyższych racji. Ostatnio poznałam termin „centrum doskonałości" dotyczący instytucji, które inkorporowały je do nazwy własnej. Mieć instytucjonalne potwierdzenie, że jest się doskonałym… rozmarzyłam się przez chwilę... Ale tak naprawdę pomysł urzędowego znakowania doskonałości wydaje mi się mało przydatny, czyny bowiem, a nie pretensjonalne nazwy decydują o jakości.

Całkiem nierzadko zdarza się, że ludzie, którzy wiedzą lepiej, często niewiele potrafią, z tej prostej przyczyny, że wiedza i umiejętności nie są tożsame. Tym sposobem poza wspomnianą asymetrią wiedzy powstaje asymetria zdrowego rozsądku, jakże często towarzysząca ocenie naszych ordynacji.

W zdrowiu i chorobie

Piękne słowa małżeńskiej przysięgi o towarzyszeniu sobie w zdrowiu i chorobie z mocy prawa dotyczą tylko małżonków. Reszta świata bezpardonowo woli zdrowie niż chorobę i wcale się z tym nie kryje – mamy przecież ministra zdrowia, ale nie istnieje minister chorób. Były co prawda kasy chorych, ale szybko zostały przemianowane na Narodowy Fundusz Zdrowia. Są menedżerowie zdrowia, nie ma menedżerów chorób. Każdy wie, że bardziej opłacalne ekonomicznie jest zajmowanie się obywatelem zdrowym niż chorym. Od biedy można zająć się obywatelem zdrowym, wpędzonym w wyniku działań promocyjnych w jakąś modną w danym sezonie chorobę. Zajmować się doradzaniem na temat zdrowia lub stanów chorobopodobnych jest miło, łatwo i przyjemnie – a co więcej, można mieć złudzenie, że jest się lekarzem.

Autentycznie chory obywatel spędza sen z powiek wszelkiej maści specjalistom od zdrowia z tej prostej przyczyny, że wymaga leczenia, które kosztuje. Naczelny lekarz kas chorych w 1927 r. (sic!) na łamach pisma „Wiadomości Kas Chorych" snuł takie oto rozważania na temat leczenia: „Lekospis nie powinien obejmować specyfików nowych, drogich, nieznanych i ogólnie zbędnych (…) wiele środków zapisuje się z gnuśności myślenia". Najwyraźniej od czasu tej wypowiedzi nasze wysokie urzędy administracji medycznej ani drgnęły w myśleniu na temat kosztów leczenia. W ciągu 80 lat, jakie minęły od ogłoszenia teorii o gnuśności myślenia lekarzy, przybyły tysiące nowych leków i setki chorób. Tymczasem odsetek funduszy na leczenie farmakologiczne wynoszący nieomal przed wiekiem 15% dziś oscyluje na poziomie 20% budżetu NFZ.

Sezon zimowo-wiosenny w ordynacjach lekarskich

Zima i początek wiosny to czas pacjentów z infekcjami górnych dróg oddechowych. Czym ich leczyć? Obowiązuje u nas specyficzne rozdwojenie poglądów – w gabinecie prawie każdy gorączkujący i kichający pacjent marzy o antybiotyku, po wyjściu z przychodni zaś w tajemniczy sposób zmienia się w zdziwionego, że lek ów dostał. Najlepsze efekty w zakresie dziwienia się osiągają palący papierosy rodzice małych dzieci. „Nie wiem dlaczego Jaś tak często się przeziębia… pani doktór to zaraz daje antybiotyk i pewnie z tego powodu dziecko ma tak małą odporność" – zwierzają się przed kamerami telewizyjnymi i leci w świat kolejna bajeczka o lekarzach, co nawet dobrego leczenia nie potrafią zaordynować.

O tym, że lekarze zbyt często zlecają antybiotyki wiedzą rodzice, aptekarze, pielęgniarki, dziennikarze mediów kolorowych, no i oczywiście administratorzy zdrowia. Wszystkich wymienionych utwierdzają w przekonaniu o niepotrzebnie zalecanych antybiotykach niektórzy przedstawiciele teoretycznych specjalności medycznych, ochoczo przyjmujący zaproszenia przed kamery i mikrofony. Dziwnym trafem przeświadczenie o niepotrzebnie zlecanych antybiotykach nie ima się lekarzy praktyków. Dlaczego tak trwają przy swoim? Najprostsza odpowiedź jest taka, że kierują się osobistym doświadczeniem lekarskim oraz wynikami badania konkretnych pacjentów, a nie pochylaniem się nad zdrowiem całego narodu.

Bardzo rzadko pisze się i mówi, że globalny wzrost oporności na antybiotyki to efekt nie tylko ordynacji lekarskich w jednostkowych przypadkach w zasadzie zdrowej populacji osób, sporadycznie leczonych ambulatoryjnie z powodu infekcji, ale także – a może nawet przede wszystkim – antybiotyków trafiających do naszych organizmów bez udziału lekarzy. W biuletynie Europejskiej Federacji Biotechnologii czytam, że „wzrastające zastosowanie antybiotyków w medycynie klinicznej i weterynarii jest główną przyczyną wzrostu oporności na antybiotyki. Dodatkowo antybiotyki były i są szeroko stosowane w dodatkach paszowych dla zwierząt. Antybiotyki są także szeroko stosowane w uprawach, sadach, winnicach i innych hodowlach, w obronie przed patogenami". Prawie nikt nie zastanawia się, ile antybiotyków skonsumował z kotletami schabowymi i bezwonnymi, niemal plastikowymi warzywami, a nawet z winem, wypijanym na zdrowie właśnie!

Dopiero próby wprowadzenia markerów oporności na antybiotyki do upraw transgenicznych obudziły w kilku rządach świadomość potencjalnych zagrożeń. Nadal jednak nie ma rzetelnej wiedzy o proporcjach wpływu wywieranego przez antybiotyki codziennie przyjmowane z pożywieniem i te sporadycznie ordynowane w czasie choroby. Mimo powszechności narzekań na podobno zbyt dużą częstotliwość zleceń antybiotyków, stanowią one tylko 2,32% sumy całkowitych kosztów refundacji leków.

Doświadczenie lekarskie jest najważniejsze!

Nie znam lepszego źródła wiedzy niż to, które bije z osobistej praktyki lekarskiej. Odrzucam wszystkie marketingowe teorie głoszące, że wnioski wynikające z próby klinicznej przeprowadzonej na kilkuset przedstawicielach rasy innej niż biała (ulubione określenie zatrwożonych i politycznie poprawnych autorów amerykańskich) są lepszą wiedzą niż ta, którą zdobywamy w naszym gabinecie lekarskim, na sali operacyjnej czy na obchodzie szpitalnym. Denerwuje mnie niepomiernie termin „medycyna oparta na faktach", ponieważ jest w nim sugestia istnienia jakieś innej medycyny, opartej na fikcji. Żonglowanie danymi z prób klinicznych to bardzo wygodna proteza zawodowa, ukrywająca braki w osobistym doświadczeniu lekarza. Mam wrażenie, że z interną konkuruje nowa specjalizacja – internetologia. Kocham Internet, ale uczucie to nie wywołuje we mnie zaślepienia i niezmiennie doceniam rangę osobistego doświadczenia lekarskiego.

Choć mam nieodparte wrażenie, że zawód nasz wykonujemy obecnie w osobliwym kaftanie bezpieczeństwa, poważnie krępującym swobodę samodzielności w myśleniu lekarskim, to proponuję hasło *Nie dajmy się zwariować*!

Z góry dziękuję wszystkim Kolegom, którzy znajdują czas na to, aby podzielić się ze mną swoimi refleksjami. Jak zawsze czekam na listy pod adresem:
krystyna.knypl@compi.net.pl

Rozszyfruj receptę

Problem bezpieczeństwa recept pisanych ręcznie nie dotyczy tylko Polski. W połowie stycznia 2007 r. w Stanach Zjednoczonych ruszyła wielka akcja przechodzenia z papierowych recept na elektroniczne odpowiedniki. Każdy z 550 000 amerykańskich lekarzy otrzymał bezpłatnie palmtop do pisania e-recept. W to olbrzymie przedsięwzięcie zaangażowały się w charakterze sponsorów największe firmy elektroniczne, komputerowe oraz ubezpieczeniowe. Jak wygląda teraz przepisywanie recept w ramach National e-Prescribing Patient Safety Initiative można obejrzeć pod adresem www.nationalerx.com/ klikając na oznaczony na czerwono napis „on line produkt demonstration". Punktem wyjścia do tego wielkiego przedsięwzięcia były niebezpieczne zdarzenia szacowane w USA na ponad 300 tys. Zdarzeń, do jakich dochodziło w następstwie nieprawidłowych realizacji recept.

Laureatami naszego konkursu zostają dr **Krystyna Sobczyńska** oraz dr **Samir Sawan** (prosimy kolegów o podanie adresów i specjalizacji).

Kolejna recepta jest dość trudna do rozszyfrowania, więc dla ułatwienia podam, że pierwsza litera nazwy leku to nie jest „H" – jak sądziłam, gdy pierwszy raz spojrzałam na ową nazwę.

Czekam na maile z rozwiązaniami pod adresem:
krystyna.knypl@compi.net.pl

REKLAMA

Podaruj Twojego podatku 1%

Polskiemu Towarzystwu Lekarskiemu

Konto: **74 1160 2202 0000 0000 7623 1675**

REKLAMA

Lek skuteczny i bezpieczny

Małgorzata Skarbek

Każdy lekarz, w interesie swoich pacjentów, ale i własnym, powinien obserwować skuteczność przepisywanych leków. W przypadku wystąpienia działań niepożądanych zgłaszać ten fakt do Urzędu Rejestracji Produktów Leczniczych, Wyrobów Medycznych i Produktów Biobójczych. Zalecenie to, a zwłaszcza jego druga część, nie jest w środowisku medycznym ani popularna, ani też przestrzegana. Taką opinię formułują pracownicy Urzędu Rejestracji, odpowiedzialni za monitorowanie leków w naszym kraju.

Wprowadzenie każdego produktu leczniczego na rynek poprzedzają badania kliniczne. Są one prowadzone z udziałem stosunkowo niewielkiej liczby chorych – ok. 1,5 tys. osób w przypadku nowych leków. Po wejściu produktu na rynek jest on ordynowany milionom pacjentów. Badania kliniczne wykonuje się w szczególnych warunkach, odbiegających od codziennej praktyki lekarskiej. Trwają zbyt krótko, aby obserwować odległe skutki wpływu substancji leczniczej na organizm. Toteż w ich trakcie najczęściej wykrywa się tylko **niepożądane działania leków** występujące często i te, które można wytłumaczyć mechanizmem działania farmaceutyku.

Natomiast powikłania występujące rzadko, reakcje wynikające z interakcji między lekami lub interakcji specyfiku z żywnością czy też zmiany, których nie można objaśnić mechanizmem działania leku, są praktycznie wykrywane dopiero wtedy, gdy jest on podawany wielu pacjentom i przez dłuższy czas, a więc gdy już znajdzie się na rynku farmaceutycznym. (Aż 50 proc. leków wycofywanych z powodu działań niepożądanych było obecnych w aptekach przez 5 lat.) Dopiero po wejściu do szerokiego użytku produkt leczniczy stosuje się u wielu grup pacjentów, w tym u ludzi starszych, dzieci, chorych ze współtowarzyszącymi chorobami, osób o rozmaitych nawykach żywieniowych, różnej aktywności fizycznej, narażonych na dodatkowe czynniki środowiskowe, obciążonych specyficznymi czynnikami ryzyka, mających nałogi. Nie ma leku aktywnego i równocześnie całkowicie bezpiecznego w stosowaniu.

Stąd zrodziła się oczywista konieczność monitowania działania leków, także po ich zarejestrowaniu i dopuszczeniu do użytku w lecznictwie.

Bezpośrednim impulsem do stworzenia systemu zbierania danych o powikłaniach polekowych była tragedia talidomidowa na początku lat sześćdziesiątych. Współcześnie na świecie praktykowane są różne metody monitorowania. Jedną z najważniejszych jest indywidualna obserwacja lekarzy i zgłaszanie niewłaściwych skutków leków odpowiednim placówkom. Uzyskiwane wyniki służą lekarzom, administracji prowadzącej rejestrację oraz firmom farmaceutycznym.

Problemom niepożądanych działań leków poświęcona była, zorganizowana przez Urząd Rejestracji Produktów Leczniczych, Wyrobów Medycznych i Produktów Biobójczych 8 marca br. w Warszawie konferencja „Bezpieczeństwo farmakoterapii" (w trakcie spotkania używano też określenia **farmakowigilancja**, ale chyba nie przyjmie się ono w polskim języku medycznym).

Raportowanie działań niepożądanych nie ma w Polsce szczególnie bogatej tradycji. Lekarze dosyć rzadko zgłaszają tego typu przypadki. Przyczyn tego jest bardzo wiele. Obawa przed opinią publiczną i podejrzeniem o błąd, o niesłuszną decyzję zniechęca lekarzy do pisania raportów. Być może także przekonanie, że działa się na czyjąś szkodę – uważa **Bolesław Piecha**, wiceminister zdrowia – Tymczasem przekazywanie takich informacji nie jest wymierzone przeciwko komukolwiek, służy zdobyciu wiedzy i doskonaleniu leków.

– Główny powód to brak pewności co do związku przyczynowo-skutkowego między lekiem a reakcją. Takie odczucia – zdaniem dr **Agaty Maciejczyk**, kierownika Wydziału Monitorowania Niepożądanych Działań Produktów Leczniczych w Urzędzie Rejestracji – mają lekarze na całym świecie. Ale oprócz tego polscy lekarze są obciążeni pracą biurową, a niskie płace zmuszają ich do podejmowania się wielu zajęć. W tej sytuacji namawianie do dodatkowej aktywności spotyka się z niechęcią. A przy tym nie wszyscy mają pod ręką karty (formularze) zgłoszeń.

W wielu krajach takie karty stanowią dodatek do receptariuszy, albo są dołączone do pliku druków na recepty. Bywają też zwolnione z opłat pocztowych, po wypełnieniu tylko się je skleja i wrzuca do skrzynki. W Wielkiej Brytanii można przesłać raport drogą elektroniczną. U nas nie ma takich ułatwień. U nas dopiero od niedawna tematyka ta jest ujmowana w programach kształcenia wydziałów lekarskich akademii medycznych. Są kraje, w których nie ma obowiązku zgłaszania zauważonych działań niepożądanych, ale istnieje zwyczaj robienia tego.

W Polsce obowiązek zgłaszania niepożądanych działań leków po raz pierwszy znalazł się w przepisach prawnych w Ustawie farmaceutycznej, uchwalonej w 1991 r. Ale jeszcze wcześniej, bo w 1971 r. ówczesne Ministerstwo Zdrowia i Opieki Społecznej powołało Ośrodek Monitorowania Działań Ubocznych Leków. Placówka ta od początku współdziałała z agendą WHO *Programme for International Drug Monitoring*, zlokalizowaną w Uppsali (Szwecja).

W 1992 r. powstał, nie zrealizowany do końca, projekt powołania regionalnych ośrodków zajmujących się monitoringiem leków. Został oparty na modelu francuskim. W kilku miastach powstały takie placówki, działające w ramach wydziałów farmacji akademii medycznych. Do dziś istnieją w Krakowie, Poznaniu i Wrocławiu.

W 1992 r. powstała Centralna Ewidencja Badań Klinicznych, a w październiku 2002 r. Urząd Rejestracji PL, WM i PB, w nim zaś Wydział Monitorowania Niepożądanych Działań Produktów Leczniczych.

Cele nadzoru nad bezpieczeństwem farmakoterapii sprowadzają się do:
- **identyfikacji niepożądanych działań leków,**
- **szybkiego wychwycenia zmian w bilansie: korzyść-ryzyko,**
- **wczesnego wykrywania nieznanych interakcji,**
- **określenia czynników ryzyka i mechanizmów wystąpienia działań niepożądanych.**

Akty prawne, które obecnie określają zasady zbierania i przetwarzania danych o niepożądanym działaniu leków, to: Ustawa Prawo Farmaceutyczne (6.09.2001 r.); Ustawa o zawodzie lekarza (5.12.1996 r.), Ustawa o Urzędzie Rejestracji PL, WM i PB (27.07.2001 r.) oraz trzy rozporządzenia ministra zdrowia: w sprawie monitorowania bezpieczeństwa produktów leczniczych (17.02.2003 r.); w sprawie niepożądanych odczynów poszczepiennych (23.12.2002 r.) i w sprawie dokonywania zmian w pozwoleniu i dokumentacji dotyczącej wprowadzania do obrotu produktu leczniczego (18.12.2002 r.) Obecnie w Sejmie trwają prace nad nowelizacją prawa farmaceutycznego. Jej celem jest implementacja zapisów dyrektywy UE zmieniającej wybrane przepisy europejskie. Zmiany dotyczyć będą również niektórych zagadnień związanych z problematyką niepożądanych działań leków.

Artykuł 45a ustawy o zawodzie lekarza mówi:
1. **Lekarz zobowiązany jest zgłosić podmiotowi odpowiedzialnemu za wprowadzenie produktu leczniczego na rynek, a w przypadku trudności z ustaleniem podmiotu odpowiedzialnego prezesowi Urzędu Rejestracji Produktów Leczniczych, Wyrobów Medycznych i Produktów Biobójczych, niepożądane działanie produktu leczniczego.**
2. **Zgłoszenia, o którym mowa w ust. 1., lekarz dokonuje pisemnie na formularzu zgłoszenia działania niepożądanego produktu leczniczego.**

Uprawnieni do zgłaszania niepożądanych działań leków, poza lekarzami, są: lekarze dentyści, lekarze weterynarii, magistrowie farmacji, pielęgniarki i położne. Nie są honorowane raporty pacjentów, niepotwierdzone przez lekarza sprawującego opiekę nad chorym. **Najlepszą formą zgłoszenia jest wypełnienie formularza „żółtej karty" (od koloru używanego papieru), przygotowanej przez Wydział Monitorowania NDPL lub międzynarodowej karty CIOSMS (formularz zgłaszania pojedynczych przypadków) opracowany przez Radę Międzynarodowych Towarzystw Medycznych w wersji polskiej lub angielskiej.**

Raporty należy przesyłać do Wydziału Monitorowania NDPL. Przyjmowane są także inne zgłoszenia pod warunkiem, że są kompletne, tzn. zawierają dane pacjenta, osoby zgłaszającej, dane o produkcie leczniczym i reakcji niepożądanej. (Wzory formularzy są dołączone do rozporządzenia w sprawie monitorowania bezpieczeństwa produktów leczniczych.)

Wydział Monitorowania zajmuje się analizą raportów, wszystkie uznane za zasadne przesyła, po uprzednim zakodowaniu, do centralnej bazy danych Światowej Organizacji Zdrowia.

Pracownicy Urzędu Rejestracji szczególną wagę przywiązują do raportów nadsyłanych przez lekarzy rodzinnych, jako tych, którzy mogą „całościowo" obserwować swoich pacjentów, są w stanie zebrać informacje o wszystkich zalecanych przez specjalistów terapiach oraz specyfikach, które chorzy przyjmują w ramach samoleczenia.

Zdaniem dr Agaty Maciejczyk liczba nadsyłanych do jej wydziału raportów rośnie, ale nadal nie dorównujemy pod tym względem standardom europejskim. W 2006 r. wydział otrzymał ok. 550 zgłoszeń, ale z tego nieco ponad 300 nadesłały wspomniane ośrodki regionalne z Krakowa, Wrocławia i Poznania. Dodać należy, że placówki te dostarczają raporty na zasadzie dobrowolności i odpowiedzialności zawodowej, nie z obowiązku, gdyż są jednostkami akademii medycznych i przez nie są finansowane.

Dr Maciejczyk twierdzi, że projekt powołania ośrodków regionalnych, finansowanych przez MZ, badających leki nadal jest aktualny. Zakłada on, że zatrudnieni w tych placówkach lekarze będą zbierać dane w szpitalach, w regionie i sami wypełniać karty działań niepożądanych oraz prowadzić centra informacyjno-konsultacyjne. Być może projekt ten zostanie zrealizowany, bo na pewno nie stać nas jeszcze na doskonalsze rozwiązanie przyjęte w Niemczech, gdzie badania epidemiologiczne stosowania leków finansują landy. Wówczas w obiektywny sposób porównuje się stosowanie leku w tej samej chorobie.

Takie przedsięwzięcie wymaga jednak dużych nakładów finansowych.

Adres: **Urząd Rejestracji Produktów Leczniczych, Wyrobów Medycznych i Produktów Biobójczych, 03-736 Warszawa, ul. Ząbkowska 41.**
Tel. **022-492-11-00**, faks **022-492-11-09.**
Adres internetowy: **www.urpl.gov.pl**

REKLAMA

Przepisy dyrektywy nie powinny być zmieniane w kierunku liberalnym – głosi stanowisko CPME, a takiego kierunku domaga się m.in. Polska.

Elastyczniej czy bezpieczniej?

Wiktoria Lipiec

„Flexicurity” to nowe słowo, robiące zawrotną karierę w Unii Europejskiej. Powstało ono z wyrazów: „flexibility” (elastyczność) i „security” (bezpieczeństwo). A wymyślono je, aby zrobić coś z organizacją pracy, przede wszystkim lekarzy. O tym słowie mowa też była na konferencji CPME.

Organizacja bowiem nie chciała, by jej głos nie liczył się w europejskiej debacie nt. reformy prawa pracy, która dotyczyć będzie ochrony zdrowia. Tę debatę zainicjowała Komisja Europejska; tradycyjnie dzieje się tak w Unii, zanim KE przygotuje projekty nowego prawa. Dyrektywa o niektórych aspektach czasu pracy kilka miesięcy temu znowu nie została znowelizowana pomimo wysiłku podjętego przez Finlandię, przewodniczącą w tym czasie pracom Unii Europejskiej. Przypomnijmy, że obowiązująca dyrektywa stanowi m.in., iż czas dyżuru zalicza się do czasu pracy, a większość państw członkowskich nie uwzględnia jej przepisów w prawie krajowym.

Po fiasku uzgodnienia nowelizacji Komisja Europejska rozpoczęła w listopadzie 2006 r. konsultacje w sprawie organizacji pracy, poddając pod rozwagę wszystkim zainteresowanym stronom „Zieloną Księgę”, zatytułowaną „Modernizacja prawa pracy w związku z wyzwaniami XXI wieku”, zawierającą również treści dotyczące bezpośrednio lekarzy. Termin zakończenia konsultacji upływa 31 marca tego roku. Stały Komitet Lekarzy Europejskich (CPME) jest główną lekarską organizacją opiniodawczą dla Komisji; dlatego też temat ten był przedmiotem obrad. Aby głos środowiska lekarskiego był mocny, CPME uzgodniło stanowisko z innymi lekarskimi organizacjami: EMSA i PWG.

Trzeba pamiętać, że to właśnie w ochronie zdrowia najtrudniej jest połączyć prawa pracownicze, bezpieczeństwo usługobiorców (pacjentów) i interes pracodawcy. Chodzi o nieszczęsne dyżury medyczne. I nie ma tu wątpliwości co do zasady: czas dyżuru lekarskiego to czas pracy, a odpoczynek powinien być przyznawany lekarzowi bezpośrednio po dyżurze – podkreśla CPME w swoim stanowisku dla Komisji Europejskiej.

Lekarze zaznaczają, że bezpieczeństwo nigdy nie może być osiągnięte kosztem pracownika, czyli nie można „zmuszać go do wyboru pomiędzy niewystarczającymi dochodami a możliwością pracy powyżej 48 godzin tygodniowo”. O co chodzi?

Niemiecka lekcja

Warto to wytłumaczyć na przykładzie niemieckim, bowiem może być on pouczającą lekcją dla polskich lekarzy. Niemcy w pewnym momencie zaczęli stosować przepisy dyrektywy. Ale wykorzystując fakt, że dyrektywa nie mówi nic o zarobkach i w ogóle ich nie dotyczy. Zarobki lekarzy niemieckich zaczęły więc spadać.

„Pogarszające się warunki pracy niemieckich lekarzy były jedną z przyczyn strajków. Chodziło też o czas pracy” – powiedział „Gazecie Lekarskiej” Frank Montgomery, radiolog z Hamburga, lider strajków lekarskich w Niemczech i przedstawiciel delegacji niemieckiej podczas obrad CPME w Warszawie. Wszystko zaczęło się w 2000 r., kiedy lekarze z Hiszpanii wywalczyli w Trybunale w Strasburgu korzystne dla nich orzeczenie. Lekarze z Niemiec też chcieli, by rząd wziął pod uwagę bezpieczeństwo zarówno ich, jak i leczonych przez nich pacjentów, a o takim bezpieczeństwie nie może być przecież mowy, jeśli lekarz pracuje np. 70 godzin tygodniowo. Był więc też proces lekarza z Niemiec.

Dyrektywa zaczęła być wprowadzana w życie, ale... nie mogło podobać się to, że wynagrodzenie za dyżury zaczęło spadać. „Za 40 godzin lekarz otrzymywał 12 euro netto za godzinę. Tymczasem praca podczas dyżuru i w godzinach nadliczbowych była wyceniona na 8 euro netto – opowiada Montgomery. – To była nieodpowiedzialność ze strony władzy i pracodawców. Każda praca dodatkowa powinna być wyceniana ekstra”. W ten sposób pracodawcy chcieli zredukować koszty wprowadzania w życie dyrektywy. Odebrano także lekarzom „trzynastkę” oraz wydłużono tygodniowy wymiar czasu pracy z 38,5 godziny do 42 godzin. „Efekt był taki, że w ciągu niecałych dwóch lat lekarze utracili ok. 16 proc. swojego dochodu. A to już doprowadziło ich do furii” – mówi Montgomery.

Finał znamy, bo „GL” nie raz opisywała akcje protestacyjne w Niemczech. Niemniej daleko jeszcze do odtrąbienia fan-

Delegacja francuska z dr. Jean-Louis Callooc’h (z lewej), który dzielnie rywalizował z Michealem Wilksem.

far. Przypomnijmy nowe słowo „flexicurity”, które pojawia się w debacie unijnej. Pytanie, który z członów tego słowa będzie dla prawodawców ważniejszy?

Co na to lekarze?

CPME podkreśla, że jeśli wygra elastyczność, zagrozi to przestrzeganiu przepisów obecnej dyrektywy o czasie pracy. Nie zgadza się na to, by okres rozliczeniowy był wydłużony z sześciu do dwunastu miesięcy. „Przepisy dyrektywy nie powinny być zmieniane w kierunku liberalnym” – głosi stanowisko CPME. A takiego kierunku domaga się m.in. Polska.

Lekarze CPME uważają, że nie powinno być innych zasad w organizacji czasu pracy w sektorze prywatnym i publicznym. „W Niemczech sektor prywatny jest tak prywatny, że nie ma mowy o jakichkolwiek próbach mówienia im, że ich też obowiązują pewne reguły” – mówił Montgomery. W razie nieprawidłowości takie same sankcje powinny być nakładane na oba te sektory, oba też powinny podlegać tym samym środkom kontrolnym. Trzeba wprowadzić w życie pojęcie maksymalnego czasu, w jakim może pracować lekarz. Państwa członkowskie powinny zadbać o to, by lekarz miał też czas na dokształcanie się. W żadnym wypadku nie powinno się zmienić pojęcie czasu pracy, tj. należy zaliczać do niego także czas dyżuru medycznego. CPME uważa ponadto, że najwyższy czas przestać traktować lekarzy w trakcie szkolenia jak cyborgów (oni są wykluczeni z dobrodziejstw dyrektywy do 2009 r.).

Sporą część dokumentu, jaki otrzyma Komisja Europejska, zajmuje kwestia klauzul *opt-out*, czyli przepisów zezwalających na wyłączenie, pod pewnymi warunkami, zapisów dyrektywy o maksymalnym czasie pracy (według dyrektywy – 48 godzin tygodniowo). I znowu uwagi: klauzulę *opt-out* wprowadziła Wielka Brytania, chciałaby wprowadzić ją Polska. Lekarze są podzieleni w tej sprawie, choć w oficjalnym stanowisku mowa jest o tym, że jeśli już koniecznie ktoś się uprze tę klauzulę stosować, to jedynie pod warunkiem wynegocjowania układu zbiorowego, a nie indywidualnej umowy lekarza z pracodawcą. „Raport Barnarda dotyczący stosowania klauzuli *opt-out* w Wielkiej Brytanii pokazuje, że doprowadziło to do systematycznego łamania prawa; prawo to było łamane w takim stopniu, że

dokończenie na str. 22

Przewodniczącym Stałego Komitetu Lekarzy Europejskich na lata 2008-2009 wybrano **Michaela Wilksa** z Wielkiej Brytanii, a wiceprzewodniczącymi zostali: **Karin Fjeldsted** (Islandia), **Jean-Louis Calloc’h** (Francja), **Frank Montgomery** (Niemcy) i **Konstanty Radziwiłł** (Polska). Wraz ze skarbnikiem stanowią oni Komitet Wykonawczy (Executive Committee), który podejmuje decyzje w imieniu rady (Board), utworzonej przez przedstawicieli 27 krajów.

Dr Michael Wilks (58 lat), mający za sobą karierę lekarza rodzinnego w Londynie, jest osobistością znaną w międzynarodowym ruchu lekarskim. Zawodowo związany jako specjalista medycyny sądowej w londyńskiej policji. Od 1997 r. szefuje komisji etyki lekarskiej Brytyjskiego Towarzystwa Lekarskiego (BMA), a ostatnio przewodniczy programowemu forum BMA i *ex officio* wchodzi w skład wszystkich ważniejszych komisji. Współpracuje z rządem brytyjskim jako ekspert. Jest autorem licznych publikacji w dziedzinie obrony praw człowieka, w tym znieważania więźniów i angażowania lekarzy w torturowanie jeńców i aresztantów oraz leczeniem uzależnień wśród lekarzy.

Konstanty Radziwiłł będzie wiceprzewodniczącym CPME.

REKLAMA

Elastyczniej czy bezpieczniej?

dokńczenie ze str. 21

Komisja Europejska wystąpiła z procedurą karną do Europejskiego Trybunału Sprawiedliwości" – czytamy w stanowisku CPME.

Organizacja zauważa, że rezygnacja z praktyki indywidualnej umowy lekarza z pracodawcą na wyłączenie go z przepisów dyrektywy, jasna definicja, co to jest czas pracy (dyżury w miejscu pracy są nim także!), utrzymanie dotychczasowych okresów rozliczeniowych może doprowadzić do sytuacji, gdy pracodawcy w sektorze ochrony zdrowia zaczną bić na alarm, że nie ma tu miejsca na elastyczność, i że w związku z tym z czegoś trzeba zrezygnować. Ale – zauważają lekarze – niektóre państwa w dużej mierze wprowadziły zapisy dyrektywy, podczas gdy inne nie zrobiły nic (w tej ostatniej grupie jest Polska). „Nie może być przyzwolenia na obniżanie standardów, aby zrekompensować brak działań ze strony niektórych państw członkowskich" – głosi stanowisko. I lekarze przypominają: chodzi przecież o bezpieczeństwo pacjentów. „Nigdy w życiu nie chciałbym trafić na stół pod nóż chirurga, który pracuje trzecią dobę. Przecież to rażąca nieodpowiedzialność" – mówi Daniel Mart, ustępujący prezes CPME.

Warszawskie posiedzenie CPME zgromadziło 140 uczestników z całej Europy.

Organizacja zwraca uwagę na jeszcze jedną rzecz: na argumentację, pojawiającą się ze strony polityków. Rządy państw członkowskich mówią, że wprowadzenie w życie dyrektywy oznacza zwielokrotnienie liczby lekarzy, a to kosztuje dodatkowo i nie każde państwo na to stać. CPME odpowiada: czy rzeczywiście w szpitalach potrzebna jest armia dyżurujących lekarzy? Może więcej korzystać z dyżurów „na telefon" z domu?

Lekarze do sądów

Polska jest krajem, który w ogóle nie wprowadził w życie zapisów dyrektywy. Lekarze mogą w naszym kraju pracować praktycznie bez żadnych limitów. Co gorsza, nie tylko mogą, ale i to robią – ze względów ekonomicznych albo w poczuciu odpowiedzialności (bo co może zrobić lekarz, który wie, że jeśli nie przyjdzie na dyżur, jego pacjenci pozostaną bez opieki?). Mamy już jedną wygraną sprawę dotyczącą dyżurów. Sąd przyznał rację pediatrze Czesławowi Misiowi i nakazał jego szpitalowi udzielenie mu czasu wolnego w rekompensacie za ponadnormatywną pracę w trakcie dyżurów w jego szpitalu. „Droga sądowa to właściwa droga" – mówi Montgomery. I dodaje, że jeśli kolejne rządy nie wykazują woli zmiany prawa, postępowanie sądowe jest najlepszym sposobem wywarcia presji.

Pogadali, pogadali, i co dalej?

Polska jest nowym państwem członkowskim w Unii Europejskiej. Często nie doceniamy roli organizacji takich jak CPME w stanowieniu unijnego prawa. „Bruksela coraz bardziej kształtuje nasze zawodowe życie, i nie widać, by miało się to zmienić" – powiedział „GL" Daniel Mart. A każdy projekt jest szeroko konsultowany w Unii Europejskiej – to podstawa stanowienia prawa unijnego. Dlatego też w Brukseli tzw. dzielnicę europejską, w której znajdują się siedziby rozmaitych unijnych instytucji, zapełniają biura wszelkich organizacji lobbystycznych, które opiniują, doradzają i... kształtują opinię publiczną.

Nowo wybrany prezes CPME zapowiedział, że postara się, by organizacja lekarska stała się bardziej widoczna. Nic o nas bez nas – to filozofia nowego podejścia do kształtowania prawa. Warto zauważyć, że stanowisko w sprawie prawa pracy przyjęte w Warszawie znacząco różni się od stanowisk poszczególnych państw członkowskich. Jeśli lekarze – i to lekarze ze wszystkich państw członkowskich – głośno będą mówić o swoich sprawach i używać racjonalnych argumentów, rządy państw członkowskich będą musiały wziąć ten głos pod uwagę. A Komisja Europejska oraz unijny wymiar sprawiedliwości – o tym nie należy nigdy zapomnieć – działa w interesie nie poszczególnych krajów, a obywatela Unii.

Wiktoria Lipiec
Zdjęcia: Marek Stankiewicz

REKLAMA REKLAMA

Uroginekologia XXI wieku

Z prof. **Tomaszem Rechbergerem**, przewodniczącym Sekcji Uroginekologii Polskiego Towarzystwa Ginekologicznego rozmawia Marek Stankiewicz

• Jak liczną grupę kobiet dotykają schorzenia uroginekologiczne?

– Problem nietrzymania moczu dotyczy ok. 27 % pań. Proszę pamiętać, że choroba ta nadal jest postrzegana jako wstydliwa. Wiele osób ukrywa objawy związane z niekontrolowaną ucieczką moczu. Ponadto niektóre pacjentki tkwią w przekonaniu, że dolegliwości te są elementem procesu starzenia się i nie wymagają leczenia.

Uważam, że w trakcie zbierania wywiadu lekarskiego należy zawsze zadać pytanie dotyczące nietrzymania moczu. I to nie tylko w gabinecie ginekologicznym, ale również u lekarza rodzinnego.

Jeżeli zapytamy z odpowiednim wyczuciem, pacjentka pozbędzie się zażenowania i potwierdzi występowanie zjawiska gubienia moczu. Pozwala to na wczesną diagnozę i szybkie wdrożenie adekwatnej metody leczenia. Osoba powraca do normalnej aktywności fizycznej i zawodowej. A więc, jak najczęściej i w jak najszerszym gronie rozmawiać o tych problemach z pacjentami, by przełamać funkcjonujące tabu.

Przypominam, że uroginekologia to nie tylko sprawy związane z nietrzymaniem moczu. Nie możemy zapomnieć o zagadnieniach związanych z zaburzeniami statyki narządu rodnego, które również dotyczą szerokiej grupy pacjentek. W ubiegłym roku w USA przeprowadzano ponad trzysta tysięcy zabiegów operacyjnych z powodu tych zaburzeń, z czego znaczna ich część miała charakter powtórnego zabiegu naprawczego. Obecnie tworzymy ogólnopolski rejestr pacjentek operowanych ze względu na nieprawidłową statykę narządu rodnego. Chcemy w przyszłości opracować jak najlepszy algorytm postępowania terapeutycznego w tym schorzeniu.

• Sekcja Uroginekologii przeżywa prawdziwe oblężenie nie tylko przez ginekologów. Czy to moda czy potrzeba?

– Współczesna medycyna uroginekologiczna proponuje wiele możliwości terapeutycznych. W gronie ponad tysiąca uczestników będziemy o nich dyskutować na kwietniowym sympozjum „Uroginekologia XXI wieku" w Lublinie. Mam nadzieję, że unikalna tematyka pozwoli specjalistom na indywidualizację postępowania leczniczego oraz wybranie najbardziej optymalnej opcji terapeutycznej.

Szczególnie polecam warsztaty uroginekologii operacyjnej, zorganizowane przez lubelską II Katedrę i Klinikę Ginekologii. A będzie kogo podpatrywać. Zapowiedziały się bowiem największe autorytety medyczne w tej dziedzinie – profesorowie: Papa Petros (Australia), Peter von Theobald (Francja), Burghardt Abendstein (Austria), Klaus Goeschen (Niemcy), Stefan Smajda (Belgia) oraz Adolf Lukanovic (Słowenia), Pierre Collinet (Francja), Peter Hinault (Francja), Gregory Reid (USA), Giulio Aniello Santoro (Włochy), Marianne Starck (Szwecja), Dirk Watermann (Niemcy). Zapewniam, że wszyscy wiele nauczymy się podczas tych trzech dni obrad.

REKLAMA

Czy lekarze powinni dopominać się?

O swój autorytet

Wiktoria Lipiec

Co to znaczy lekarska autonomia? I czy jest zagrożona? Takie pytanie postawiła Islandka Katrin Fjeldsted i sprowokowała burzliwą dyskusję.

Na początku było słowo... A raczej kilka. I chodzi tu m.in. o język angielski. Bo rzeczywiście, w dokumentach unijnych oraz w prawie poszczególnych krajów coraz częściej zamiast o „lekarzu", mowa jest o „pracowniku ochrony zdrowia" (*health care worker*) czy „świadczeniodawcy w ochronie zdrowia" (*health care provider*).

„Te zmiany są często pochodną presji wywieranej przez innych niż lekarze pracowników ochrony zdrowia, którzy chcieliby być tak widocznymi na rynku usług jak wcześniej byli lekarze. Tymczasem rola lekarza różni się znacznie od ról personelu paramedycznego. To lekarz stawia diagnozę, przepisuje leki i kieruje na badania, decyduje o terapii, przyjęciu do i wypisaniu ze szpitala, i kiedy jest to potrzebne, utrzymuje relację z pacjentem. Dlatego też prawem pacjenta jest, by zawód lekarza nie stał się anonimowym w prawie jego kraju" – napisała w dokumencie, który stał się zarzewiem dyskusji. „Byłam zaskoczona, że w dokumencie poświęconym prawom pacjenta, nie pojawiło się nawet raz słowo «lekarz»" – mówiła podczas sesji w Warszawie.

W większości państw wprowadzono – przy aplauzie lekarzy – prawa pacjenta. Fjeldsted argumentuje, że zapomniano jednak o tym, że ważne są nie tylko prawa pacjenta, ale i niezależność/autonomia lekarza. „Musi być zachowana równowaga pomiędzy uprawnieniami pacjenta a lekarską autonomią, a miarą medycznego profesjonalizmu jest dążenie do tej ekwilibrystycznej zaiste równowagi" – napisała. Podkreśliła jednocześnie, że na każdym etapie opieki nad pacjentem to lekarza należy pytać o zdanie.

Według Islandki obecnie można zauważyć dążenie polityków do ograniczenia autonomii profesji lekarskiej, tak jakby rządy, parlamenty, partie itd. lepiej wiedziały, co należy do obowiązków lekarza. Co więcej, jest przekonana, że zagrożona jest medycyna akademicka, ze względu na masę regulacji, do których musi stosować się badacz.

Fjeldsted podkreśla, że notatki, jakie sporządza lekarz w dokumentacji medycznej, to sprawa jego (poza nielicznymi wyjątkami). Do lekarza też – argumentuje – należeć powinny recepty, bo wypisywanie leków przez pielęgniarki czy farmaceutów stwarza zagrożenie dla pacjentów. Na marginesie: słychać w tych słowach echo niedawnego sporu z Wielkiej Brytanii, w której rząd chciał przyznać pielęgniarkom uprawnienia do przepisywania niektórych leków.

„Mam już dość słuchania o paternalistycznie nastawionych czy aroganckich lekarzach. Powinniśmy zadbać o siebie" – zakończyła swoje wystąpienie Islandka.

I się zaczęło...

Okazało się, że znaczna część zebranych podziela opinie Islandki. „Warunki pracy lekarzy są coraz gorsze, a jak przyjdzie co do czego, to lekarz ponosi odpowiedzialność" – mówił dr Pruckner z Austrii.

„To niezwykle ważny dokument. W Hiszpanii trwa konflikt między lekarzami a pielęgniarkami" – wyznał dr Aliant z Hiszpanii.

Holender Van Leeuwen próbował uspokoić zebranych, ostrzegając, że uchwalenie takiego dokumentu w jakiejkolwiek formie może ściągnąć na lekarskie głowy gromy potępienia i utwierdzić społeczeństwa w przekonaniu, że lekarze to aroganci.

Frontem przeciwko uchwaleniu takiego dokumentu stanęły delegacje z krajów skandynawskich. „Nie zapominajmy, że nadal mamy rolę nadrzędną w opiece nad pacjentem. Ale zamiast o autonomii powinniśmy rozmawiać o zmianach, z jakimi musimy się mierzyć w związku z postępem medycyny i rozwoju świata. Nasza rola zmieniła się w ciągu ostatnich 50 lat. 50 lat temu pielęgniarki nie były wykształcone, teraz to wysoce wykwalifikowane profesjonalistki" – mówiła Ewa Nilsson Bagenhoelm ze Szwecji. „Ten dokument sprowadza nas na manowce. Naszymi czynami powinniśmy pokazać, jaką rolę pełnimy i czynami budować nasz autorytet, a nie zapisywać go na papierze" – głosiła Norweżka, dr Janbu.

Głos w tej dyskusji zabrał także dr Konstanty Radziwiłł, podkreślając, jak ważna kwestia została poruszona. „Mamy do czynienia z pomniejszaniem roli lekarza" – ocenił. Jego zdaniem konieczne jest wobec tego podkreślanie indywidualnej odpowiedzialności lekarza za pacjenta. Ustępujący prezes CPME Daniel Mart (Luksemburg) zwrócił natomiast uwagę, że medycyna staje się domeną coraz bardziej zaawansowanych technologii i lekarz sam nie jest już w stanie wykonywać swojego zawodu. „Każdy zawód związany z medycyną staje się coraz bardziej niezależny. I każda profesja medyczna mówi o autonomii" – dodał.

Co z tego wynika? Powstanie grupa robocza, która ma doprowadzić do jakiejś konkluzji. Zaskakująco wielu delegatów zgłosiło do niej akces. Coś jest na rzeczy. Ja chętnie zadałabym pytanie niezależnemu, profesjonalnemu psychiatrze: problem tu sublimacji czy też rzeczywista dolegliwość.

@sculap.pl
Goniec Medyczny

• Trudne relacje: lekarz - firma farmaceutyczna. „W Niemczech lekarz, który powie, że udział w zjeździe sponsoruje mu jakaś firma, jest zwalniany z pracy, ale tam każdy szpital ma osobną pulę pieniędzy, żeby finansować swoich lekarzy jeżdżących na konferencje" - informuje przewodniczący Komisji Etyki Lekarskiej NRL Włodzimierz Bednorz. „We Włoszech zakazane jest organizowanie przez firmy farmaceutyczne zjazdów dla lekarzy w regionach turystycznych" - dodaje prezes NRL Konstanty Radziwiłł. **• Karetka zamiast radiowozu, czyli kontrowersyjny pomysł radomskiej policji.** Od dziś karetki mogą być częstymi gośćmi na komendzie policji w Radomiu. Wszystko przez nowe rozporządzenie, według którego karetka ma przywieźć na komisariat pijaną osobę - donosi „Dziennik". **• Moda na PET-a.** Stolica będzie mieć własny PET-CT. W sprzęt inwestuje prywatna firma medyczna, dlatego na początku badania będą pełnopłatne (kilka tys. zł). W Polsce funkcjonują obecnie dwa aparaty PET-CT: w Bydgoszczy i Gliwicach. Na badania refundowane przez NFZ pacjenci czekają tam ok... czterech miesięcy. **• Na Mazowszu za mało, na Dolnym Śląsku za dużo.** Jeśli nie będzie zmian w ochronie zdrowia, do 2012 r. na Mazowszu zabraknie 3000 łóżek. W tej chwili niektóre oddziały, jak

dokończenie na str. 26

REKLAMA

REKLAMA

Esculap.pl
Goniec Medyczny

dokończenie ze str. 24

np. ortopedia, należą do najbardziej zatłoczonych w kraju. Dla porównania - eksperci przewidują wręcz odwrotną sytuację na Dolnym Śląsku. Tam niepotrzebne będzie co trzecie łóżko w szpitalu. **• Nowoczesne oddziały ratunkowe są, procedur ratunkowych - nie ma.** Rośnie liczba szpitalnych oddziałów ratunkowych. Dotychczas powstało ich 100, ale będą kolejne - zapowiedział wicemin. zdrowia Jarosław Pinkas, otwierając nowy SOR w Sosnowcu. Tymczasem prezes Polskiego Towarzystwa Medycyny Ratunkowej prof. Juliusz Jakubaszko uważa, że przez brak procedur ratunkowych finansowanie działających już SOR-ów będzie zagrożone przez co najmniej pół roku. **• Szkolne wychowanie seksualne.** „Do szkół należy wprowadzić obowiązkowy przedmiot - wychowanie seksualne" - uważa min. zdrowia Zbigniew Religa i dodaje: „Seks powinien przestać być tematem tabu. Jest to nieodłączna część życia, a skoro tak - to mówmy o tym." **• Co piąty 15-latek cierpi na depresję.** Prawie 40 proc. uczniów gimnazjów na warszawskim Mokotowie, Ursynowie i w Wilanowie wchodzi w konflikt z prawem, a 20 proc. ma objawy depresji. O alarmujących wynikach badań Instytutu Psychiatrii i Neurologii pisze „Życie Warszawy". **• 7-letni ratownik.** Siedmioletni Kuba ze Świebodzic (dolnośląskie), który uratował swoją mamę, otrzymał od burmistrza miasta nagrodę za „dzielną postawę". Chłopiec błyskawicznie wezwał pogotowie do mamy, która w łazience straciła przytomność i była bliska zaczadzenia.

Goniec Medyczny jest elektronicznym biuletynem 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 Pharmindex, giełdę pracy dla lekarzy oraz giełdę używanego sprzętu medycznego i podręczników. Współpracujemy z kilkunastoma towarzystwami naukowymi i uczelniami medycznymi oraz największymi polskimi wydawnictwami. Dostęp do wszystkich materiałów w portalu jest bezpłatny i wymaga jednorazowej rejestracji. Dodatkowo istnieje możliwość błyskawicznego założenia własnego konta poczty elektronicznej i strony WWW

Serdecznie zapraszamy

lek. Jarosław Kosiaty
redaktor naczelny portalu Esculap.pl
Dendrite International
www.esculap.pl, e-mail: jkosiaty@esculap.pl

Przełom w endoskopowym badaniu jelita cienkiego i przełyku

Kamera w kapsułce

Diagnostyka chorób jelita cienkiego jest trudna, objawy są często niecharakterystyczne, a stosowane dotychczas metody diagnostyczne niedoskonałe. Badanie radiologiczne nie wykrywa małych zmian, tradycyjne badanie endoskopowe ma ograniczony zasięg, powoduje dyskomfort u pacjenta i może wymagać podania mu leków uspokajających, a enteroskopia śródoperacyjna jest badaniem inwazyjnym – wyjaśnia dr **Ewa Wrońska** z Kliniki Gastroenterologii CMKP Centrum Onkologii w Warszawie.

Trudno dostępne badaniu ponad cztery metry jelita cienkiego można już prześledzić dzięki kapsułkom endoskopowym PillCam. Badanie przeprowadzane przez gastroenterologa rozpoczyna się od zaprogramowania rejestratora danych, który zapisuje zdjęcia jelita cienkiego. Na brzuchu pacjenta umieszcza się osiem płaskich czujników i łączy je z umieszczonym na pasku rejestratorem. Pacjent zażywa kapsułkę wielkości 11x26mm i rozpoczyna się ośmiogodzinne badanie, podczas którego chory może wykonywać zwykłe codzienne czynności. Miniaturowa kamera umieszczona wewnątrz kapsułki wykonuje 2 zdjęcia na sekundę, co daje około 50 tys. zdjęć jelita cienkiego. Szerokość pola widzenia kamery wynosi 140°, a uzyskane obrazy są powiększone ośmiokrotnie, dzięki czemu można obserwować zmiany już od średnicy 0,1 mm. Po kilkunastu godzinach jest wydalana z organizmu. Zapisane informacje przenoszone są do komputera. Lekarz oceniający wyniki przez 8 godzin ogląda pojedyncze zdjęcia i film wideo, a następnie tworzy raport z badania.

Wskazaniami do badania jelita cienkiego kapsułką endoskopową są: przewlekłe krwawienie z przewodu pokarmowego, przewlekła niedokrwistość z niedoboru żelaza, podejrzenie choroby Leśniowskiego-Crohna, choroba trzewna, zespoły polipowatości przewodu pokarmowego, podejrzenie guza jelita cienkiego, uszkodzenia jelita po stosowaniu niesteroidowych leków przeciwzapalnych lub radioterapii.

Zastosowanie endoskopii kapsułkowej w klinice dziecięcej coraz bardziej się upowszechnia. Obecnie wykorzystywana jest ona w rozpoznawaniu przyczyn niewyjaśnionych krwawień z przewodu pokarmowego, przy podejrzeniu niektórych postaci przewlekłych zapaleń jelit, polipów i guzów, zespołów złego wchłaniania wraz z zespołem jelitowej ucieczki białka, w razie wystąpienia niektórych powikłań po przeszczepach narządów, w diagnostyce przewlekłych bólów brzucha –wylicza dr hab. med. **Danuta Celińska-Cedro** z Centrum Zdrowia Dziecka.

Na świecie już ponad 400 tys. osób przebadano za pomocą kapsułki **PillCam**; w Polsce badanie można przeprowadzić w 9 wyspecjalizowanych ośrodkach w Warszawie, Wrocławiu, Gdańsku, Tychach, Łodzi i Bytomiu. Koszt kapsułki (600 euro) musi pokryć pacjent z własnej kieszeni. W prywatnych szpitalach dochodzi do tego honorarium lekarskie. Wartość aparatury i oprogramowania przekracza 100 tys. zł. W lipcu 2003 r. amerykańska Agencja ds. Żywności i Leków (FDA) uznała badanie kapsułką endoskopową za metodę z wyboru w diagnostyce patologii jelita cienkiego. Obecnie endoskopii kapsułkowej nie ma na tzw. liście procedur refundowanych, co oznacza, że sfinansowanie badania przez NFZ ze środków publicznych jest niemożliwe. W czterokrotnie mniejszych Czechach już sobie z tym poradzono. Będziemy zadowoleni z refundacji 1200 endoskopii kapsułkowych rocznie, łącznie z pacjentami pediatrycznymi – mówi prof. **Grażyna Rydzewska**, krajowy konsultant ds. gastroenterologii.

Zastosowanie endoskopii kapsułkowej w nieinwazyjnej diagnostyce jelita cienkiego stanowi olbrzymi postęp oraz oszczędność, powodując znaczne przyspieszenie postawienia prawidłowego rozpoznania. Metoda ma również swoje ograniczenia, nie można przy jej użyciu pobrać wycinka lub usunąć zmiany.

Marek Stankiewicz

Liczony jako czas pracy

Dyżur

Lekarze będą mogli pracować dłużej niż 48 godzin tygodniowo, jeżeli wcześniej wyrażą na to pisemną zgodę.

Resort zdrowia zakończył pracę nad projektem nowelizacji ustawy o zakładach opieki zdrowotnej, który wlicza dyżury medyczne do czasu pracy. Lekarze w szpitalach będą mogli pracować dłużej niż 48 godzin tygodniowo, jeśli wyrażą na to pisemną zgodę (tzw. klauzula *optout*). Zdaniem Urszuli Michalskiej, przewodniczącej Federacji Związków Zawodowych Pracowników Ochrony Zdrowia, istnieje zagrożenie, że na lekarzy będą wywierane naciski, aby takie zgody podpisywali.

– Skoro już teraz brakuje personelu medycznego w szpitalach, to łatwo sobie wyobrazić, jaka luka powstałaby, gdyby większość lekarzy zdecydowała się pracować tylko 48 godzin tygodniowo – mówi Urszula Michalska. Lekarze będą rozliczani z dyżurów w czasie nie dłuższym niż cztery miesiące. Pracownikowi w każdej dobie spędzonej w pracy będzie przysługiwać prawo do 11-godzinnego nieprzerwanego odpoczynku, a w przypadku dyżuru – co najmniej 24 godziny.

48-godzinny czas pracy nie będzie dotyczyć pracowników np. pracowni radiologicznych, którzy ze względy na szkodliwe warunki muszą pracować krócej. Projekt nowelizacji ustawy o ZOZ przewiduje również, że za każdą godzinę pracy w godzinach nadliczbowych w ramach pełnionego dyżuru medycznego lekarzom będzie przysługiwać wynagrodzenie w wysokości co najmniej 150 % stawki godzinowej wynagrodzenia zasadniczego (wcześniej resort zdrowia proponował 130 %). W przypadku dyżuru pełnionego w nocy, w weekendy i święta – za każdą godzinę pracy w godzinach nadliczbowych lekarz dostanie wynagrodzenie w wysokości co najmniej 200 % wspomnianej stawki zasadniczej. Nie obowiązują one jednak lekarzy stażystów.

Zdaniem Krzysztofa Bukiela, przewodniczącego Ogólnopolskiego Związku Zawodowego Lekarzy, dobrze się stało, że stawki za dyżury zostały podwyższone. – Obecnie są one bowiem wciąż niższe od obowiązujących w przypadku nadgodzin – dodaje przewodniczący OZZL.

Ministerstwo Zdrowia szacuje, że wliczenie dyżuru do czasu pracy zwiększy koszty funkcjonowania szpitali o 750 mln zł. Mogą one być niższe, jeżeli zdecydowana część lekarzy wyrazi zgodę na dłuższy czas pracy. Resort zdrowia liczy na to, bo dyżury medyczne w godzinach nadliczbowych są lepiej wyceniane. W ciągu dwóch tygodni projekt ustawy ma trafić pod obrady rządu.* Podstawa prawna

Dominika Sikora

*Ustawa z 30.08.1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej (Dz.U. nr 91, poz. 408 z późn. zm.).

„Gazeta Prawna", 15.03.2007 r. – rubryka „Praca", str. 15.

REKLAMA

Możliwości, zalety, wady

Konstanty Radziwiłł

Mówiąc o bezpośrednich dopłatach pacjentów do udzielanych im świadczeń zdrowotnych warto przypomnieć brzmienie artykułu 68 ustęp 2 Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej: *Obywatelom, niezależnie od ich sytuacji materialnej, władze publiczne zapewniają równy dostęp do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych. Warunki i zakres udzielania świadczeń określa ustawa.*

Świadomość treści tego przepisu jest fundamentalna dla dalszych rozważań, gdyż wciąż wiele osób nie znających precyzyjnie tego zapisu mówi o istniejącym jakoby konstytucyjnym nakazie bezpłatnej opieki zdrowotnej. Powyższy przepis nakazuje jedynie, aby dostęp do świadczeń finansowanych ze środków publicznych był równy. Przy najdalej idącej interpretacji można by z niego wnioskować co najwyżej i dokładnie tyle, iż Rzeczpospolita powinna zapewnić bezpłatny dostęp do takich świadczeń tym, którzy są zbyt ubodzy, aby sprostać obowiązującym w tym zakresie dopłatom. Reasumując: dopłaty do opieki medycznej nie są sprzeczne z zapisami artykułu 68 Konstytucji Rzeczypospolitej, jednak nie mogą stanowić dla nikogo przeszkody w dostępie do świadczeń koniecznych do ratowania życia i zdrowia chorych.

Pisząc o dopłatach do świadczeń należy omówić kilka zakresów możliwego współpłacenia w tym obszarze.

Dopłaty do świadczeń w zakresie nie objętym gwarancją państwa

Zgodnie z Konstytucją państwo powinno określić w drodze ustawy zakres i warunki udzielania świadczeń gwarantowanych każdemu obywatelowi będącemu w potrzebie. Jest rzeczą oczywistą, że świadczenia spoza listy gwarantowanej są w takiej sytuacji prywatną sprawą pacjentów. Także warunki udzielania świadczeń o charakterze ponadstandardowym mogą być nabywane poza regulacjami obowiązującymi w publicznym systemie. Może to dotyczyć takich spraw jak możliwość wyboru lekarza leczącego, lepsze warunki hotelowo-żywieniowe w szpitalu, czas udzielenia świadczenia. Wszystko to możliwe jest dopiero po zrealizowaniu przez państwo obowiązku ustalenia, a następnie poinformowania obywateli, jaki jest zakres gwarancji (co do wykazu świadczeń oraz warunków ich udzielania).

Dopłaty do świadczeń gwarantowanych

Nie oznacza to jednak, że wszystko, co zagwarantowane, musi być bezpłatne. Istnieje możliwość podzielenia świadczeń na grupy uzależnione od ich ważności dla ratowania zdrowia i życia oraz ich kosztów jednostkowych: od najistotniejszych z medycznego punktu widzenia i najdroższych, które powinny być dla pacjentów bezpłatne, poprzez częściowo płatne (np. w postaci odsetka od rzeczywistej wartości), aż do takich, za które można by wprowadzić manipulacyjną opłatę ryczałtową. Jest też możliwość wprowadzenia zasady odpłatności za świadczenia zdrowotne do ich sumarycznej wartości liczonej narastająco. Po przekroczeniu pewnej kwoty (w ciągu roku) odpłatność zmniejsza się lub znika.

Współpłacenie w tym zakresie musi być pokrywane przez państwo za osoby ubogie, dla których mogłoby stanowić barierę dostępu.

Dopłaty do leków (i na tych samych zasadach do środków pomocniczych i przedmiotów ortopedycznych)

Polski system odpłatności za leki objęte gwarancją państwa (refundowane) nie wymaga zmian systemowych. Jest skonstruowany poprawnie. Alternatywą (prostszą, ale wymagającą istnienia centralnego systemu informatycznego obejmującego wszystkie apteki) jest pełna odpłatność za leki do sumarycznej ich wartości nie przekraczającej w ciągu roku określonej kwoty; po jej przekroczeniu odpłatność stopniowo zmniejsza się lub znika. W obu przypadkach istotne jest, aby czytelne były zasady umieszczania leków na listach objętych gwarancją oraz nieumieszczanie na nich leków drogich, o ile ich tańszymi odpowiednikami można zaopatrzyć uzasadnione potrzeby pacjentów.

Także dopłaty do leków nie mogą stawać się barierą dostępu do nich dla pacjentów ubogich. Powinien istnieć system pokrywania ich przez państwo w ramach opieki nad takimi osobami.

Opłaty za świadczenia towarzyszące

Podczas udzielania świadczeń zdrowotnych placówki ponoszą niekiedy niemałe koszty dodatkowych usług udzielanych pacjentom, które nie są związane z ratowaniem ich życia i zdrowia. Do takich świadczeń towarzyszących, za które bez uszczerbku dla bezpieczeństwa znakomitej większości pacjentów można by pobierać opłaty należą np. hotelowa obsługa pobytu w szpitalu, żywienie, transport udzielany w warunkach nie ratunkowych i wiele innych.

Jeśli nie da się udzielić świadczenia zdrowotnego bez świadczeń towarzyszących, wówczas i ten zakres musi być objęty pomocą dla ubogich. Trzeba jednak wyraźnie zaznaczyć, że to państwo, a nie placówki opieki zdrowotnej powinny być obarczone obowiązkiem finansowania tych osób.

Zalety współpłacenia

W zależności od wysokości ewentualnych dopłat (w niektórych krajach średnio ponad 20% ogólnej wartości świadczeń objętych gwarancją państwa) dodatkowe środki finansowe pojawiające się z tego tytułu w placówkach opieki zdrowotnej mogą mieć poważne znaczenie dla równowagi całego systemu ochrony zdrowia. Nie należy pomijać tego argumentu zwłaszcza wobec permanentnej mizerii systemu w Polsce. Z całą mocą należy jednak podkreślić, że w obowiązującym w Europie XXI wieku modelu państwa opiekuńczego dopłaty do świadczeń nie upoważniają państwa do ograniczania wydatków na zdrowie ze środków publicznych (w Polsce wydatki te są nadal na niskim poziomie, jaskrawo odbiegającym od sąsiednich krajów).

Innym możliwym skutkiem dopłat może stać się nowa sytuacja pacjentów, którzy ponosząc ciężar finansowy (choćby tylko w niewielkiej części) udzielanych im świadczeń staliby się także klientami placówek opieki zdrowotnej. Wydaje się, że może to być czynnikiem ograniczającym skłonność do zachowań korupcyjnych, a także współkontrolę pacjentów nad wykonywaniem świadczeń zdrowotnych (w tym także ograniczenie korzystania ze świadczeń niekoniecznych).

Im poważniejszym rzeczywistym ryzykiem finansowym staną się dopłaty, tym chętniej obywatele będą myśleć o doubezpieczeniach zdrowotnych. Przy odpowiedniej polityce państwa różne dopłaty mogą stać się stymulatorem burzliwego rozwoju rynku uzupełniających i dodatkowych ubezpieczeń zdrowotnych. Może to mieć korzystne skutki dla gospodarki wychodzące daleko poza sektor ochrony zdrowia.

Wady współpłacenia

Jedyną trudnością przy wprowadzaniu dopłat jest konieczność zorganizowania w placówkach opieki zdrowotnej systemu ich pobierania. Trzeba jednak zauważyć, że w związku z ciągle niedostatecznym, trochę dzikim, ale postępującym rozwojem rynku świadczeń odpłatnych, a także następującą prywatyzacją, problem ten powoli staje się nieaktualny.

Wydaje się więc, że jedyna trudność we wprowadzeniu dopłat tkwi w konieczności przeprowadzenia rzetelnej debaty publicznej na temat rzeczywistych kosztów nowoczesnej opieki medycznej. Przeszkodą mogą być populistyczne skłonności polityków (lub obawy rządzących o populizm opozycji) oraz nieustanna pogoń dużej części wpływowych mediów za sensacją, a także brak wśród nich gotowości do poważnych, spokojnych analiz i dyskusji.

I co dalej?

Trzeba z całą mocą podkreślić, że tradycyjna już atmosfera tabu wokół współpłacenia za świadczenia zdrowotne ma w Polsce charakter czysto polityczny, a nie merytoryczny. Praktycznie wszystkie nowoczesne kraje w różny sposób gwarantujące obywatelom ochronę zdrowia wprowadziły takie lub inne formy dopłat. Założenie, że większość Polaków żyje w nędzy i budowanie na nim systemu opieki zdrowotnej musiałoby doprowadzić nieuchronnie do ustanowienia ochrony zdrowia na poziomie krajów Trzeciego Świata, co jest nie do zaakceptowania. Wydaje się, że bardziej liberalny, za to uwzględniający różne realia system ochrony zdrowia ma znacznie większe szanse skuteczności. Paradoksalnie w systemie opartym na fałszywych gwarancjach, mających charakter tylko polityczny, w najgorszej sytuacji znajdują się ludzie naprawdę biedni.

Dlatego system ochrony zdrowia finansowany ze środków publicznych na przyzwoitym poziomie, ze współpłaceniem „zmiękczonym" stymulowanymi przez państwo doubezpieczeniami oraz pomocą finansową dla najuboższych obywateli wydaje się spełniać najlepiej ważne postulaty: wysokiej jakości i powszechności oraz równości dostępu i sprawiedliwości społecznej.

REKLAMA

Ustawa o zawodach lekarza i lekarza dentysty

Prawo dla profesjonalistów

Anna Augustowska

Ponad dwadzieścia razy nowelizowana i poprawiana, wciąż udoskonalana i dostosowywana do aktualnych potrzeb, dzielnie podążająca za szybkim tempem zmian zarówno ustrojowych, jak i społecznych, ustawa o zawodach lekarza i lekarza dentysty ma się dobrze. Właśnie mija 10 lat, odkąd została uchwalona.

Jubileusz stał się okazją do zorganizowania w siedzibie NIL konferencji, która 9 marca zgromadziła szerokie grono „ojców założycieli", czyli twórców pierwszej wersji ustawy, a także ludzi, którzy w czasie dziesięciu lat jej obowiązywania pracowali nad kolejnymi nowelizacjami dokumentu.

– Chciałbym podkreślić, że zręby tej ustawy, która jest podstawą uprawiania zawodu lekarza – były tworzone głównie siłami samorządu lekarskiego – mówił Jacek Piątkiewicz w czasie swego wystąpienia poświęconego historii powstania ustawy.

Dokument, który ostał się licznym dziejowym burzom – m.in. pomyślnie przeszedł transformację związaną z przystąpieniem Polski do Unii Europejskiej – bardzo chwalił prof. Marian Filar. – Największym walorem tej ustawy jest to, że w ogóle została uchwalona! Choć rodziła się długo i w bólach. Dziś na tle powszechnej szarzyzny legislacyjnej ustawa o zawodzie lekarza swą kompleksowością i brakiem chaosu wybija się poziomem. Ten akt reguluje sprawy lekarskie we wszystkich możliwych kontekstach – podkreślał Filar.

O stosowaniu przepisów ustawy w samorządzie lekarskim mówił Ładysław Nekanda-Trepka. Swoje wystąpienie rozpoczął od zacytowania kluczowego dla samorządu lekarskiego zapisu ustawy, czyli od artykułu określającego definicję wykonywania zawodu lekarza: – Ten zapis stanowi punkt odniesienia dla funkcjonowania i działalności naszej korporacji – mówił przypominając zebranym, że zawód lekarza to nie tylko udzielanie świadczeń zdrowotnych, ale także prowadzenie badań w dziedzinie nauk medycznych, promocja zdrowia oraz nauczanie zawodu lekarza.

Mimo wielu pochlebnych opinii, jakie w czasie konferencji wygłoszono na temat ustawy, uczestnicy spotkania podkreślili, że zapisy dokumentu muszą cały czas nadążać za zmianami jakie niesie ze sobą życie. – I mimo ponad 20 nowelizacji, jakie ustawa już ma za sobą, wciąż potrzebne są następne – stwierdził Konstanty Radziwiłł przedstawiając własne, autorskie refleksje na ten temat.

– Zacznę od artykułu nr 5, w którym jest mowa o przyznawaniu prawa wykonywania zawodu. Moim zdaniem egzamin kończący edukację młodych lekarzy czyli LEP i LDEP powinien być obok stażu warunkiem uzyskania prawa wykonywania zawodu. Tak, aby osoby, które nie zdadzą egzaminu kończącego staż podyplomowy, nie wpadały w czarną dziurę – rozpoczął swoje wystąpienie Radziwiłł.

– Sądzę też, że młody lekarz, który zaliczył staż, ale nie zdał LEP-u, powinien zachować te same prawa co stażysta czyli mieć ograniczone prawo wykonywania zawodu. Dzięki temu mógłby czekając na poprawkę nie tracić kontaktu z zawodem.

Dodał też, że należy umożliwić lekarzom odbywanie stażu podyplomowego w krajach Unii Europejskiej. – A lekarzom obcokrajowcom w Polsce. Także jeśli chodzi o lekarzy spoza UE – podkreślał prezes NRL. – Mamy z tym wiele problemów, bo brak jasnych uregulowań tej kwestii rodzi już zarzuty i posądzenia o ksenofobię.

Według Konstantego Radziwiłła lekarze spoza krajów UE jeżeli mają uregulowane sprawy pobytu w Polsce powinni mieć automatycznie przyznawane prawo wykonywania zawodu.

Kolejnym punktem, który wymaga szybkiej regulacji, jest sprawa 5-letniej przerwy w wykonywaniu zawodu. Kiedy uznać, że lekarz nie pracował 5 lat? Co o tym decyduje? – pytał Radziwiłł. Doprecyzowania wymaga też zapis o zawieszaniu prawa wykonywania zawodu.

– Mam tu na myśli sprawę sytuacji braku profesjonalizmu lekarza, a także złego stanu zdrowia samego lekarza (np. spowodowanego chorobą psychiczną). Procedury związane z zawieszaniem prawa powinny być uproszczone i objęte możliwością zastosowania klauzuli natychmiastowej wykonalności, bo to jest sprawa bezpieczeństwa pacjentów – mówił Radziwiłł.

Anachronizmem nazwał prezes Radziwiłł zapisy o odrębności wykonywania zawodu przez lekarzy wojskowych i policyjnych. – To już historia, ten zawód wszyscy lekarze wykonują tak samo i niepotrzebne są tu odrębne regulacje dla grupy lekarzy mundurowych.

Kolejne wymagające zmian punkty ustawy to kwestia organizacji ustawicznego szkolenia zawodowego lekarzy. Wg prezesa NRL w naturalny sposób powinny się tym zajmować izby okręgowe i naczelna.

– Ważne jest też, aby w zapisie o kształceniu ustawicznym – wg mnie warto przy okazji ujednolić nazewnictwo z tym związane i posługiwać się określeniem „ustawiczne doskonalenie zawodowe" – znalazł się paragraf gwarantujący płatny urlop szkoleniowy, a także możliwość odpisów podatkowych dla lekarzy na poczet wydatków poniesionych na szkolenie.

fot. Marek Stankiewicz

Z litery i z ducha

Marian Filar, profesor prawa w Uniwersytecie Mikołaja Kopernika w Toruniu, znawca prawa karnego, polityki kryminalnej, seksualnego prawa karnego, lekarskiego prawa karnego. Deputowany do Parlamentu Europejskiego.

Największym walorem ustawy o zawodzie lekarza jest to, że w ogóle została uchwalona. Gdyby wszystkie środowiska i segmenty życia społecznego w Polsce wykazywały taką staranność i zaangażowanie w przygotowanie przepisów prawnych ich dotyczących, to prawo polskie wyglądałoby dziś zupełnie inaczej. Na tle legislacyjnej szarzyzny przepisy ustawy o zawodzie lekarza wybijają się poziomem. To kompleksowy akt regulujący sprawy lekarskie we wszystkich możliwych kontekstach. Reguluje stosunek lekarza do władzy publicznej, bo w obecnej cywilizacji nie ma sprawnie funkcjonującego świata lekarskiego bez oparcia go o ideę samorządności. Pamiętajmy, że to nie zawsze się podoba politykom, którzy lubią trzymać na wszystkim łapę. Ustawa uzupełnia się z Kodeksem Etyki Lekarskiej, który reguluje stosunki między lekarzami i jest niezależnym aktem korporacyjnym. Ale tak naprawdę najcenniejsze treści, jądro ustawy zawarto w regulacjach stosunków lekarza ze społeczeństwem, a więc czego lekarz może oczekiwać oraz relacji lekarza z konkretnym pacjentem. Regulacja prawna rodzi odpowiedzialność, odpowiedzialność ta jest cechą mistrza. Tak więc to nie prawnicy każą lekarzom coś tam przestrzegać, ale samorząd lekarski tworzy zręby tego prawa, a prawnicy co najwyżej pomagają. Dziś modne jest uważanie lekarza za cudotwórcę, który powinien wyleczyć każdego, ze wszystkiego, najchętniej za darmo, z dobrą miną do złej gry. Suma bredni wypowiadanych przez wysokich funkcjonariuszy państwa przekroczyła już wszelką masę krytyczną. A przecież ustawa jasno i lakonicznie precyzuje, że lekarz postępuje zgodnie z dostępnymi metodami, *lege artis*, zgodnie z zasadami etyki i z należytą starannością. Jest tam oczywiście obowiązek udzielenia pomocy, osobistego komunikowania się z pacjentem, ale jest i klauzula sumienia. Jest też zasada służby w stanach wyjątkowych, ale ta jak raz nie ma nic wspólnego ze słynnym pomysłem obucia lekarzy w kamasze. A więc regulacji trzeba dokonywać nie na bazie medialnych bredni, lecz na kanwie konkretnej, fachowej i pogłębionej znajomości rzeczy.

Leszek Kubicki, profesor prawa, były minister sprawiedliwości

Do 1989 r. stan prawa medycznego w Polsce był wręcz fatalny. Brak ustawy pozwalał realizować praktykę przymusowego leczenia. Pojęcie zgody pacjenta zawężono jedynie do zabiegu operacyjnego. Po 1989 r. zerwano wreszcie z paternalistycznym stosunkiem lekarza do pacjenta i nowe ustawodawstwo oparto o model partnerski, który wykuwał się we wcześniejszych dyskusjach w środowisku lekarskim, bo już w latach siedemdziesiątych i osiemdziesiątych ubiegłego stulecia. Nie sposób zapomnieć, jak wielki wpływ miało uchwalenie ustawy o ochronie zdrowia psychicznego. Dzisiejsza ustawa o zawodzie lekarza jest swoistą konstytucją relacji lekarz-pacjent i precyzuje przesłanki legalności postępowania lekarskiego. Ale ma również poważną wadę, którą – jak mam nadzieję – uda się kiedyś naprawić. Otóż, ustawa nie określa wyraźnie, że wykonywanie zawodu lekarza wiąże się nieuchronnie z ryzykiem narażenia się na niebezpieczeństwo. Ustawa milczy na temat granic i źródeł tego ryzyka. I ostatnia sprawa. Walczcie o ratyfikację ustawy bioetycznej, która jest ważnym elementem prawa medycznego.

Konstanty Radziwiłł skomentował też artykuł 39 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty. – Nie można zmuszać lekarza, aby wbrew swemu sumieniu udzielał świadczeń, mam tu m.in. na myśli jeszcze odległą dla Polski, ale już dyskutowaną społecznie, sprawę eutanazji.

Kończąc swoje wystąpienie prezes NRL wspomniał o zapisie dotyczącym minimalnego wynagrodzenia dla profesjonalistów medycznych. – Lekarze i lekarze dentyści powinni mieć gwarancję minimalnego przyzwoitego godnego za godzinę swojej pracy. – Wyliczyliśmy – powiedział – że powinno to być odpowiednio dla osób bez specjalizacji: 1/75 przeciętnego wynagrodzenia w sektorze przedsiębiorczości i 1/60 lub 1/50 dla osób z I i II stopniem specjalizacji.

REKLAMA

Przychodzi lekarz do prawnika

Czy lekarz może zlecić przeprowadzenie badania na obecność wirusa HIV bez zgody pacjenta?

Lekarz może zlecić przeprowadzenie badania na obecność wirusa HIV bez zgody pacjenta, jeśli celem badań jest zdiagnozowanie nieznanej choroby. W sytuacji, gdy choroba, na którą cierpi pacjent jest lekarzowi znana, przeprowadzenie badania na obecność wirusa HIV z pobranego materiału biologicznego uzależnione jest od zgody pacjenta.

Pobranie materiału biologicznego do badań laboratoryjnych może nastąpić z zastrzeżeniem wyjątków wyłącznie za zgodą pacjenta. Prawo nie określa natomiast zakresu i rodzaju badań, jakie mogą zostać wykonane na podstawie pobranego materiału biologicznego.

Zgoda na zabieg operacyjny lub czynność diagnostyczną podwyższonego ryzyka musi być wyrażona w sposób szczegółowy, m.in. z określeniem rodzaju i zakresu czynności leczniczej. W przypadku **pobrania materiału do badań laboratoryjnych** pacjent musi **wyrazić zgodę na samo pobranie**, np. krwi lub wydzielin ciała, **bez określenia ilości, rodzaju i zakresu badań,** które zostaną przeprowadzone.

Jeżeli **lekarz zlecił pobranie materiału biologicznego**, a pacjent zgodził się na wykonanie takiej czynności, **badania laboratoryjne mogą być przeprowadzane w nieograniczonym zakresie. Celem przeprowadzenia badań musi być jednak zdiagnozowanie choroby, na którą cierpi pacjent!** W takiej sytuacji lekarz może zlecić przeprowadzenie wszelkich koniecznych do zdiagnozowania choroby badań, w tym **badania na obecność wirusa HIV. Lekarz nie musi pobierać od pacjenta zgody na wykonanie ściśle określonego badania.** Wynika to z faktu, że na etapie diagnostyki nie da się określić, jaki rodzaj i zakres badań będzie niezbędny do postawienia diagnozy. Warto podkreślić, że **lekarz nie ma prawa do pobrania krwi** w celu przeprowadzenia badania na obecność wirusa HIV, jeśli **nie ma to związku z diagnostyką** (np. lekarz przeprowadza badanie na obecność wirusa HIV jedynie po to, aby uchronić siebie lub pozostały personel przed ewentualnym zakażeniem).

Wyjątek w zakresie przeprowadzania badań na obecność wirusa HIV stanowi sytuacja, w której choroba pacjenta została już zdiagnozowana, a kolejne badania laboratoryjne mają zostać przeprowadzone, np. w celu dostosowania metody leczenia lub wyboru terapii lekowej. W takim przypadku materiał biologiczny pobrany od pacjenta **może być badany wyłącznie w związku z chorobą lub schorzeniem, na które cierpi pacjent.**

Jeśli u pacjenta zdiagnozowano nosicielstwo wirusa HIV, każde kolejne badanie na obecność HIV może być przeprowadzane **bez zgody pacjenta**. Pacjent musi wyrazić jedynie zgodę na pobranie samego materiału biologicznego.

W przypadku, gdy u pacjenta zdiagnozowano chorobę nie związaną z zarażeniem wirusem HIV, lekarz **może w trakcie kontynuowania leczenia wykorzystać pobrany materiał biologiczny do przeprowadzenia badań związanych wyłącznie ze zdiagnozowaną chorobą! Jeśli przeprowadzenie badania na obecność wirusa HIV nie ma związku z chorobą, na którą cierpi pacjent, przeprowadzenie takiego badania możliwe jest tylko za zgodą pacjenta.** W przedstawionej sytuacji wyrażenie przez pacjenta zgody na wykonanie badania uzależnione jest od jego woli. **Lekarz nie może uzależniać kontynuowania leczenia od zgody pacjenta.** Niezgodne z prawem jest również pobieranie przez lekarza materiału do badań na nosicielstwo HIV pod pozorem wykonania innych rutynowych badań. Przeprowadzenie badania na nosicielstwo wirusa HIV w przypadku, gdy na wykonanie tego badania potrzebna jest zgoda pacjenta, grozi **powstaniem odpowiedzialności karnej i cywilnej lekarza za działanie bez zgody pacjenta.**

Kwestia związana ze zdiagnozowaniem nosicielstwa wirusa HIV łączy się z wyjątkiem od zasady zachowania tajemnicy lekarskiej. Zgodnie z art. 40 ust. 1 pkt 3 *Ustawy o zawodzie lekarza i lekarza dentysty* (Dz. U. 2002 r., nr 21, poz. 204, ze zm.) lekarz nie ma obowiązku zachowania tajemnicy lekarskiej, jeżeli *zachowanie tajemnicy może stanowić niebezpieczeństwo dla zdrowia lub życia innych osób*. Zagrożenie dla zdrowia innych osób stanowi niewątpliwie zarażenie wirusem HIV. Lekarz, który dowiedział się, że pacjent jest nosicielem wirusa HIV lub jest chory na AIDS, **powinien poinformować o tym fakcie osoby, które są bezpośrednio narażone na zarażenie**. Do osób takich należą małżonek lub partner zarażonego pacjenta. Warto podkreślić, że **lekarz nie może przekazywać informacji o nosicielstwie lub chorobie pacjenta osobom, dla których choroba pacjenta nie stanowi bezpośredniego zagrożenia**. Poinformowanie osoby, dla której choroba pacjenta stanowi niebezpieczeństwo, nie zależy od **zgody pacjenta**, w związku z czym działanie **wbrew woli pacjenta** nie jest traktowane jako **działanie bez jego zgody**.

Kto musi zapłacić – lekarz czy pacjent?

Lekarz ubezpieczenia zdrowotnego nie ponosi w żadnym przypadku kosztów za przewóz sanitarny pacjenta. W przypadku, gdy transport do zakładu opieki zdrowotnej nie wiąże się z podjęciem natychmiastowego leczenia lub kontynuacji leczenia, opłatę za transport ponosi pacjent. Wyjątek stanowią pacjenci, w stosunku do których lekarz orzekł niesprawność drugiego stopnia.
Odpłatność za transport pacjenta do zakładu opieki zdrowotnej uzależniona jest od stanu zdrowia pacjenta lub poziomu zaawansowania procesu leczniczego!

Zgodnie z ustawą z 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. 2004, nr 210, poz. 2135) **osobom ubezpieczonym** przysługuje prawo do **bezpłatnego transportu sanitarnego** do najbliższego zakładu opieki zdrowotnej, który udziela świadczeń we właściwym dla nich zakresie. Transport sanitarny, w tym transport lotniczy **jest bezpłatny, jeśli spełnione zostaną następujące przesłanki:**

- **zaistnienie konieczności natychmiastowego leczenia w zakładzie opieki zdrowotnej,** np. lekarz przeprowadzający badanie w przychodni, poradni lub w gabinecie prywatnym stwierdzi, że pacjent np. ma świeży zawał mięśnia sercowego lub jest w stanie ciężkim z powodu udaru, zaburzeń opuszkowych, porażenia kończyn. **Natychmiastowe leczenie** powinno być rozpoczęte w każdym przypadku, w którym jakakolwiek zwłoka w jego podjęciu mogłaby skutkować niebezpieczeństwem utraty życia, rozstrojem zdrowia lub uszkodzeniem ciała pacjenta.
- **leczenie w zakładzie opieki zdrowotnej jest niezbędne do kontynuowania rozpoczętego leczenia,** np. pacjent musi zostać przewieziony do specjalistycznego zakładu opieki zdrowotnej w celu konsultacji lub wykonania zabiegu operacyjnego; rozpoczęte w warunkach ambulatoryjnych czynności lecznicze muszą zostać zakończone w szpitalu.
- **skierowanie na transport sanitarny pacjenta zostanie wystawione przez lekarza ubezpieczenia zdrowotnego.** Przez pojęcie lekarza ubezpieczenia zdrowotnego należy rozumieć *lekarza lub lekarza dentystę, z którym Narodowy Fundusz Zdrowia zawarł umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej albo lekarza lub lekarza dentystę, który jest zatrudniony lub wykonuje zawód u świadczeniodawcy, z którym Narodowy Fundusz Zdrowia zawarł umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej* (art. 5 ust. 14 ustawy o świadczeniach zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych). Lekarz, z którym NFZ zawarł umowę o świadczenie usług zdrowotnych, może **wystawić skierowanie na przewóz pacjenta bez względu na formę wykonywania zawodu.** Oznacza to, że nie ma żadnego znaczenia czy lekarz prowadzi prywatną praktykę lekarską, czy też zatrudniony jest np. w poradni. Bez względu na formę wykonywania zawodu przez lekarza ubezpieczenia zdrowotnego **koszty przetransportowania pacjenta ponosi Narodowy Fundusz Zdrowia**.

W przypadku wystawienia przez lekarza skierowania na transport sanitarny pacjentowi, w stosunku do którego nie zachodzi konieczność natychmiastowego leczenia oraz nie istnieje potrzeba kontynuowania leczenia w zakładzie opieki zdrowotnej, **koszty transportu ponosi w całości pacjent. Wyjątkiem od tej zasady** jest ponoszenie opłat w wysokości **60 proc. całości kosztów transportu** przez pacjentów, w stosunku do których lekarz ubezpieczenia zdrowotnego orzeknie niesprawność drugiego stopnia. Niesprawność może być orzeczona, jeśli **pacjent wymaga pomocy innej osoby przy korzystaniu ze środków komunikacji publicznej** lub do przemieszczenia się **potrzebuje pojazdu dostosowanego do potrzeb osób niepełnosprawnych. Lekarz ubezpieczenia zdrowotnego ma obowiązek dokonania wpisu o orzeczeniu niesprawności w dokumentacji medycznej oraz w dokumentacji prowadzonej na rzecz NFZ.** Należy podkreślić, że niesprawność drugiego stopnia może zostać orzeczona w stosunku do pacjentów, którzy cierpią m.in. na choroby nowotworowe, choroby oczu, choroby nerwowe, choroby układu krążenia.[1]

Justyna Zajdel
Zakład Prawa Medycznego UM w Łodzi
prawo@gazetalekarska.pl

[1]Pełny wykaz chorób, które uprawniają lekarza ubezpieczenia zdrowotnego do orzeczenia niesprawności drugiego stopnia określa rozporządzenie ministra zdrowia w sprawie wykazu grup jednostek chorobowych, stopni niesprawności oraz wysokości udziału własnego świadczeniobiorcy w kosztach przejazdu transportu sanitarnego z 17 grudnia 2004 r., Dz. U. 2004, nr 275, poz. 2731.

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

REKLAMA

SKOK in Izb Lekarskich

DIAMENTOWA LOKATA
STAŁE OPROCENTOWANIE
0-801 88 88 11

POŻYCZKA MIESZKANIOWA NA CELE REMONTOWE

OPROCENTOWANIE TYLKO 7,9%!!! KWOTA DO 50 000 PLN!!!

WYMAGANY TYLKO KOSZTORYS

Kwota Pożyczki w PLN	Okres spłaty				
	60 miesięcy	48 miesięcy	36 miesięcy	24 miesiące	12 miesięcy
5 000	101,15	121,83	156,45	225,90	434,67
10 000	202,30	243,67	312,91	480,10	869,34
30 000	606,89	731,00	938,72	1 355,40	2 608,01
50 000	1 011,48	1 218,34	1 564,53	2 259,00	4 346,69

PEŁNA OFERTA DEPOZYTÓW I POŻYCZEK:
Infolinia 0-801 88 88 11 (opłata jak za połączenie lokalne) www.skokil.pl

Przedstawiciele przy OKRĘGOWYCH IZBACH LEKARSKICH

REKLAMA

Wielu pacjentów nie wie i nie korzysta z różnych ulg i przywilejów podatkowych

Czas rozliczeń i odliczeń

fot. Marek Stankiewicz

Krzysztof Tuszyński

Uprawnienia te dotyczą głównie rencistów i osób niepełnosprawnych.

Szczególnie interesują mnie 2 grupy ulg i przywilejów, które mają bezpośredni wpływ na poziom świadczonej opieki medycznej. Są to ulgi wynikające zarówno z Kodeksu pracy oraz z Ustawy z 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnieniu osób niepełnosprawnych.

Znaczenie ich jest bardzo duże, albowiem zabezpieczają głównie kwestie czasu, który może być poświęcony przez osobę niepełnosprawną na optymalizację opieki medycznej, jej kontynuację, intensyfikację oraz na leczniczą i społeczną rehabilitację w wyspecjalizowanych instytucjach.

Ustawa z 26 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz o zatrudnieniu osób niepełnosprawnych (Dz.U. nr 162 z 1997 r., poz. 776 z późniejszymi zmianami) stanowi intelektualną bazę dla omawiania ulg.

Krąg osób uprawnionych do ulg i zniżek będę charakteryzować według stopnia niepełnosprawności.

W art. 3 Ustawy o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnieniu osób niepełnosprawnych mamy wymienione 3 stopnie niepełnosprawności:

a) znaczny (odpowiada dawnej I grupie inwalidztwa lub obecnie niezdolność do samodzielnej egzystencji),
b) umiarkowany (odpowiada dawnej II grupie inwalidztwa lub obecnie całkowitej niezdolności do pracy),
c) lekki (odpowiada dawnej III grupie inwalidztwa lub obecnie częściowej niezdolności do pracy).

Tak więc nasz pacjent posiadający taki dokument ma prawo do ulg. Nieco inna jest sytuacja emeryta, który choruje, ale nie ma ustalonego stopnia niepełnosprawności ani nie ma renty. Często taka sytuacja występuje również w naszych rodzinach.

Co więc należy uczynić?

W sytuacji chorującego emeryta trzeba wystąpić do ZUS-u z wnioskiem o przyznanie dodatku pielęgnacyjnego do pobieranej emerytury.

Jest inny wariant proceduralny, a mianowicie wystąpienie do Powiatowego/Miejskiego Zespołu Orzekającego o Stopniu Niepełnosprawności o orzeczenie tegoż stopnia.

Na jakie ulgi podatkowe może liczyć osoba posiadająca stosowny dokument?

Są to ulgi pt. „Wydatki na cele rehabilitacyjne", które są odliczane od dochodu, tzn. od uzyskanego dochodu z pracy albo uzyskane od pobieranej renty. Przedstawiam je poniżej.

Wydatki na cele rehabilitacyjne oraz wydatki związane z ułatwieniem wykonywania czynności życiowych, poniesione w roku podatkowym przez podatnika będącego osobą niepełnosprawną lub podatnika, na którego utrzymaniu są osoby niepełnosprawne, a przeznaczone na:

- adaptację i wyposażenie mieszkań oraz budynków mieszkalnych stosownie do potrzeb wynikających z niepełnosprawności,
- przystosowanie pojazdów mechanicznych do potrzeb wynikających z niepełnosprawności,
- zakup i naprawę indywidualnego sprzętu, urządzeń i narzędzi technicznych niezbędnych w rehabilitacji oraz ułatwiających wykonywanie czynności życiowych, stosownie do potrzeb wynikających z niepełnosprawności, z wyjątkiem sprzętu gospodarstwa domowego,
- zakup wydawnictw i materiałów (pomocy) szkoleniowych, stosownie do potrzeb wynikających z niepełnosprawności,
- odpłatność za pobyt na turnusie rehabilitacyjnym,
- odpłatność za pobyt na leczeniu w zakładzie lecznictwa uzdrowiskowego, za pobyt w zakładzie rehabilitacji leczniczej, zakładach opiekuńczo-leczniczych i pielęgnacyjno-opiekuńczych
- oraz odpłatność za zabiegi rehabilitacyjne (np. pobyt w DPS),
- opłacenie przewodników osób niewidomych I lub II grupy inwalidztwa oraz osób z niepełnosprawnością narządu ruchu zaliczonych do I grupy inwalidztwa – w kwocie nie przekraczającej w roku podatkowym 2280 zł,
- utrzymanie przez osoby niewidome I lub II grupy inwalidztwa psa przewodnika – w wysokości nie przekraczającej w roku podatkowym 2280 zł,
- opiekę pielęgniarską w domu nad osobą niepełnosprawną w okresie przewlekłej choroby uniemożliwiającej poruszanie się oraz usługi opiekuńcze świadczone dla osób niepełnosprawnych zaliczonych do I grupy inwalidztwa,
- opłacenie tłumacza języka migowego,
- kolonie i obozy dla dzieci i młodzieży niepełnosprawnej oraz dzieci osób niepełnosprawnych, które nie ukończyły 25 roku życia,
- leki – w wysokości stanowiącej różnicę pomiędzy faktycznie poniesionymi wydatkami w danym miesiącu a kwotą 100 zł, jeżeli lekarz stwierdził, że osoba niepełnosprawna powinna stosować określone leki stale lub czasowo,
- odpłatny, konieczny przewóz na niezbędne zabiegi leczniczo-rehabilitacyjne:
  a) osoby niepełnosprawnej – karetka transportu sanitarnego,
  b) osoby niepełnosprawnej, zaliczonej do I lub II grupy inwalidztwa oraz dzieci niepełnosprawnych do lat 16 – również innymi środkami transportu niż karetką transportu sanitarnego.
- używanie samochodu osobowego stanowiącego własność (współwłasność) osoby niepełnosprawnej zaliczonej do I lub II grupy inwalidztwa lub podatnika mającego na utrzymaniu osobę niepełnosprawną zaliczoną do I lub II grupy inwalidztwa albo dzieci niepełnosprawne, które nie ukończyły 16 roku życia, dla potrzeb związanych z koniecznym przewozem na niezbędne zabiegi leczniczo-rehabilitacyjne, w wysokości nie przekraczającej w roku podatkowym 2280 zł,
- odpłatne przejazdy środkami transportu publicznego związane z pobytem:
  a) na turnusie rehabilitacyjnym,
  b) w zakładzie lecznictwa uzdrowiskowego, zakładzie rehabilitacji leczniczej, zakładach opiekuńczo-leczniczych i pielęgnacyjno-opiekuńczych,
  c) na koloniach i obozach dla dzieci i młodzieży niepełnosprawnej oraz dzieci osób niepełnosprawnych, które nie ukończyły 25 roku życia.

Odliczeniu nie podlegają te z ww. wydatków, które zostały sfinansowane (dofinansowane) ze środków zakładowego funduszu rehabilitacji osób niepełnosprawnych, Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych lub ze środków Narodowego Funduszu Zdrowia, zakładowego funduszu świadczeń socjalnych albo zostały zwrócone podatnikowi w jakiejkolwiek formie. Jeżeli wydatki były częściowo finansowane (dofinansowane) z tych funduszy (środków), odliczeniu podlega różnica pomiędzy poniesionymi wydatkami a kwotą sfinansowaną (dofinansowaną) z tych funduszy (środków) lub zwróconą w jakiejkolwiek formie.

Należy dodatkowo wyjaśnić, że:

- Ilekroć jest mowa o osobach zaliczonych do I grupy inwalidztwa, należy przez to rozumieć odpowiednio osoby, w stosunku do których, na podstawie odrębnych przepisów orzeczono całkowitą niezdolność do pracy oraz niezdolność do samodzielnej egzystencji albo znaczny stopień niepełnosprawności.
- Ilekroć jest mowa o osobach zaliczonych do II grupy inwalidztwa, należy przez to rozumieć odpowiednio osoby, w stosunku do których na podstawie odrębnych przepisów orzeczono całkowitą niezdolność do pracy albo umiarkowany stopień niepełnosprawności.

Podstawą do odliczenia tych wydatków jest posiadanie dowodu poniesienia wydatku. Warunkiem odliczenia wydatków jest posiadanie przez osobę niepełnosprawną dokumentu stwierdzającego niepełnosprawność, a więc stosowanych orzeczeń, które uprzednio omówiłem.

Odliczenia od dochodu (wydatki na cele rehabilitacyjne) mogą być dokonywane w 2 wariantach:

a) osoba niepełnosprawna lub rencista odlicza wydatek rehabilitacyjny od własnego dochodu (np. od rocznej kwoty otrzymanej renty),
b) wydatek rehabilitacyjny osoby niepełnosprawnej odlicza bogatszy członek rodziny, jeżeli na jego utrzymaniu pozostaje osoba niepełnosprawna, a roczny dochód osoby niepełnosprawnej nie przekracza 12-krotności kwoty najniższego wynagrodzenia za pracę (w 2005 r. nie przekroczył 9800 zł).

Uprawnienia ww. przysługują następującym członkom rodziny, na których utrzymaniu jest osoba niepełnosprawna: małżonek, dzieci własne i przysposobione, dzieci obce przyjęte na wychowanie, pasierbowie, rodzice, rodzice małżonka, rodzeństwo, ojczym, macocha, zięciowie i synowe. Tak więc grupa członków rodziny posiadających niezłe dochody i chcąca ulżyć losowi niepełnosprawnej osoby może być całkiem liczną oraz skłonną do fundowania wydatków na cele rehabilitacyjne osoby niepełnosprawnej zwłaszcza gdy zachodzi prawna możliwość odliczenia tych wydatków od swoich dużych dochodów.

Podsumowując – odliczeniu od dochodu podlegają wydatki poniesione przez:

a) podatnika będącego osobą niepełnosprawną albo
b) podatnika, na utrzymaniu którego pozostają osoby niepełnosprawne.

Każdy lekarz rodzinny i każdy inny specjalista zna trudności finansowe swoich podopiecznych przy wykupieniu leków w aptekach. Dobrze więc byłoby szerzyć tę wiedzę o ulgach.

Przykład: *rencistka lat 73 choruje na serce i na kręgosłup L-S, otrzymuje w ciągu roku łącznie 14 400 zł – renty z ZUS-u, odliczyła w 2005 r. następujące wydatki rehabilitacyjne: remont i modernizację łazienki – kwota 4200 zł, dopłata za turnus rehabilitacyjny 370 zł, za kupowane co miesiąc leki w kwocie 1200 zł (odliczenie 3x1100 zł, bo odejmuje się w danym miesiącu 100 zł). Razem od dochodu 14 400 zł odliczyła 4200+370+(3x1100) = 4200 + 370 + 3300 = 7870 zł. Oznacza to, że rencistka od dochodu odpisała 7870 zł, a więc podatek został wymierzony od kwoty 6530 zł (14400-7870). W ten sposób powstała sytuacja nadpłaty podatku w urzędzie skarbowym (potrącany przez ZUS co miesiąc i przekazywany do urzędu skarbowego). Nasza rencistka składając PIT/O z ww. kwotami może oczekiwać zwrotu nadpłaconego podatku, co wyniesie 19% od nadpłaconej kwoty dochodu 7870 zł, oznacza to zwrot 1496 zł nadpłaconego podatku.*

Na zakończenie, aby uzyskać ulgę, należy gromadzić dokumenty o wydatkach, następnie składać PIT/O, a w rubryce „wydatki na rehabilitację" wpisać sumę odliczonych kwot.

Właśnie tego typu czynności boją się wykonać starsi i schorowani renciści oraz inne osoby niepełnosprawne. Skutkiem tego jest rezygnacja z korzystania z ulgi.

Autor jest wiceprzewodniczącym Naczelnej Komisji Rewizyjnej

REKLAMA

REKLAMA

Lekarze w II Rzeczypospolitej (16)

Prof. Michałowicza spór o chleb dla Judyma

Zygmunt Wiśniewski

Mieczysław Michałowicz praktykował jako lekarz nie tylko w warszawskich klinikach dziecięcych. Wyspecjalizował się w pediatrii, ale wcześniejsze doświadczenia miał wielorakie.

Tuż po ukończeniu studiów w renomowanej petersburskiej Wojskowej Akademii Medycznej podjął pracę lekarza fabrycznego w hucie Handtkego w Częstochowie. Wysiedlony z granic imperium carskiego odbywał staże lekarza pediatry w klinikach Wiednia, Bonn, Paryża i Strasburga. W czasie I wojny światowej był lekarzem wojskowym w szpitalach armii austriackiej. Po powrocie do wolnej Polski – pracę rozpoczął od wojskowego Szpitala Ujazdowskiego.

Doktorat z pediatrii, uzyskany w Petersburgu, powtórzył na Uniwersytecie Warszawskim.

Od 1920 r. był profesorem nadzwyczajnym na Wydziale Lekarskim Uniwersytetu Warszawskiego.

Pogmatwane losy Michałowicza w czasie i po ukończeniu studiów w Petersburgu były skutkiem jego działalności politycznej w PPS – partii kierowanej przez Józefa Piłsudskiego. Z okresu tej podziemnej pracy partyjnej zachował szereg znajomości wśród ludzi władzy. Nie utożsamiał się i nie był związany politycznie z tzw. obozem belwederskim, ponieważ wyznawał poglądy lewicowe i demokratyczne. Jako profesor, nauczyciel młodzieży akademickiej, przywódca samorządu lekarskiego – deklarował apolityczność.

W drugiej połowie lat trzydziestych Mieczysław Michałowicz stanie w szranki walki o prawa ekonomiczne lekarzy, którzy powierzyli mu, jako prezesowi Naczelnej Izby Lekarskiej, swoje sprawy. Znajdzie się po przeciwnej stronie społeczno-ekonomicznej, a także politycznej wobec ludzi, którzy przejęli w Polsce władzę po śmierci Piłsudskiego.

Posiedzenie Naczelnej Izby Lekarskiej 30 maja 1937 r. w Warszawie. Za stołem siedzą: dr A. Pietrasiewicz, dr W. Stryjeński, prof. W. Szenajch, prof. M. Michałowicz, prof. W. Nowicki, dr A. Huszcza. (ADM)

Folwarczni Judymowie

W II Rzeczypospolitej nikt, ani rządzący, ani reprezentanci środowiska, nie miał pomysłu na rozwiązanie problemu opieki medycznej nad polską prowincją. Statystyki nasycenia lekarzami Polski powiatowej i gminnej były od początku porażające i nie zmieniły się do połowy lat trzydziestych. Problem, który próbowano rozwiązywać najpierw apelami, a później nakazami – pozostawał niezmienny. Jego istota tkwiła w sferze ekonomicznej. O pieniądzach będą otwarcie mówić izby lekarskie, a w ich imieniu prezes Michałowicz, kiedy rząd drogą nakazową będzie usiłował rozwiązać ten problem.

Do pierwszej konfrontacji izb lekarskich z rządem doszło w 1933 r., kiedy rada ministrów rozporządzeniem wprowadziła nowe zasady opieki medycznej nad pracownikami rolnymi. Robotnicy folwarczni, bo ich zwłaszcza dotyczyła sprawa, przestali być ubezpieczani na równi z pracownikami najemnymi zatrudnianymi poza rolnictwem. Opieka lekarska nad nimi miała być regulowana umowami zawieranymi między właścicielami ziemskimi a okolicznymi lekarzami.

Rozporządzenie – wprowadzone przez zaskoczenie, bez konsultacji z samorządem lekarskim – stawiało lekarzy w sytuacji łaskawego płacenia honorariów przez właścicieli rolnych. Zrozumiały to izby lekarskie, które zastrzegły sobie wgląd w zawierane umowy między właścicielami ziemskimi a lekarzami, a – przewidując powstanie konfliktów – wydały cenniki usług lekarskich dla pracowników rolnych.

W Izbie Lekarskiej Krakowskiej za ordynację w domu lekarza obowiązywała stawka 2 zł 80 gr, za wizytę w domu chorego – 4 zł 20 gr. Oddzielnie honorowane były koszty dojazdu i czasu na dojazd lekarza do chorego. Do zorganizowania transportu zobowiązany był przedsiębiorca rolny, płacąc dodatkowo lekarzowi 4 zł za każde pół godziny spędzone w podróży.

Izby lekarskie zachowały się w stosunku do zarządzeń rządowych z krytycznym umiarem. Dotknięta została finansowo ubezpieczalnia społeczna. Pismo „Przegląd Ubezpieczeń Społecznych" obnażyło, na przykładzie Wielkopolski, istotę posunięć rządowych.

Z dniem 1 listopada 1933 r. wieś wielkopolska przestała się leczyć, a ilość robotników rolnych i członków ich rodzin, leczących się obecnie, sięga najwyżej 5% liczby leczonych poprzednio przez kasy chorych. Przekazy do lekarza wydaje się tylko w wyjątkowo ciężkich wypadkach i zapowiada otwarcie, że robotnicy, którzy za dużo będą się leczyć, zostaną zwolnieni z pracy. Ludzie boją się leczenia.

Sprawa w wymiarze całego kraju dotyczyła 8 mln chłopów bezrolnych i 12 mln małorolnych, tj. 83% ludności wiejskiej, która cierpiała na niedostatek środków do życia, nie mogła więc sobie pozwolić na opłacanie lekarza. Nienormalna sytuacja nabrała cech trwałych.

Mieczysław Michałowicz, kiedy jako senator otrzymał tytuł do wystąpień publicznych, mówił w marcu 1937 r. w debacie publicznej:

Chłop stanowi jądro naszej armii. Chłop jest tym podstawowym rezerwuarem, zabezpieczającym dopływ świeżych sił do wszelkich grup państwowych. Zdrowie chłopa – to zdrowie 4/5 państwa, to zdrowie armii. Obecnie dziedzina zdrowia wsi leży odłogiem. Chłop polski i jego rodzina są pozostawieni sami sobie, jak mieszkańcy krajów egzotycznych, lub wydani na pastwę sił ciemnych znachorów.

Brak pomocy w połogu dla kobiet, brak pomocy chirurgicznej dla wszystkich, brak dostatecznej opieki w gruźlicy, w chorobach wenerycznych, brak opieki lekarskiej nad dzieckiem – czynią wyrwy w największym, a tak marnowanym bogactwie Polski, w jej materiale ludzkim.

Rezygnacja z ubezpieczenia pracowników rolnych była tylko częścią niedostatecznej opieki lekarskiej nad ludnością wiejską. Sprawą podstawową pozostawał brak lekarzy.

Lekarze pod strzechy

Podstawowa batalia rozegrała się wokół zatrudniania lekarzy w gminnych i okręgowych ośrodkach zdrowia. Ośrodki te, budowane w siedzibach gmin i małych wiejskich centrach, traktowano od początku II Rzeczypospolitej jako forpocztę opieki lekarskiej nad ludnością wsi i małych miejscowości. Ich liczba rzeczywiście znacząco się zwiększała. W 1934 r., kiedy ich rozwój potraktowano priorytetowo – było ich 260; w 1937 r. – w którym prowadzono debatę parlamentarną o stworzeniu z nich warsztatów pracy dla lekarzy i bazy do przeprowadzenia ofensywy zdrowotnej na wsi – rocznik statystyczny odnotował 482 ośrodki; w 1939 r. miało ich być 600. Początkowo służyły one zwłaszcza organizowaniu profilaktyki w zwalczaniu chorób społecznych oraz roztaczały opiekę nad matką i dzieckiem. Jako bazy rozwijania opieki społecznej nad ludnością wiejską zaczęto je traktować w 1937 r., kiedy pojawił się projekt ustawy o publicznej służbie zdrowia.

Projektodawca, czyli ministerstwo opieki społecznej, unikało podania docelowej liczby gminnych (okręgowych) ośrodków zdrowia. Nieoficjalnie mówiono, że powinno ich być 1000. Program rozwoju ośrodków zdrowia zakładał objęcie nimi wszystkich miejscowości gminnych, a także mniejszych centrów wiejskich, wokół których, na terenie jednej większej gminy, ogniskuje się życie mieszkańców. W Polsce istniały 482 tego typu placówki opieki lekarskiej i społecznej.

Władze, chcąc połączyć problem rozładowania nadmiaru lekarzy w dużych miastach oraz zapewnienia pracy absolwentom studiów medycznych, apelowały o przyjmowanie posad na wsiach. Apele nie były skuteczne, ponieważ w departamencie służby zdrowia czekało na chętnych 250 wolnych posad lekarzy okręgowych ośrodków zdrowia.

Co proponowano młodemu lekarzowi, który podjąłby się samotnej pracy w prowincjonalnej placówce? Odpowiedź najkrótsza brzmiała: 200 zł pensji miesięcznej, bez dachu nad głową. Mieczysław Michałowicz, przemawiając w dyskusji o budżecie na 1938 r. w senacie, charakteryzował tę propozycję, na swój – trafny w ocenach i dobitny w słowach – sposób:

By funkcjonować należycie, lekarz wiejski powinien otrzymać dach nad głową. Jeżeli rząd, samorządy, a nawet osoby prywatne mogą budować leśniczówki dla leśniczych, domki dla dróżników, to mogą także zbudować domy dla lekarzy, dla pielęgniarek społecznych, dla położnych.

Są w błędzie wszyscy ci, którzy sądzą, że opieka zdrowotna nad wsią może być oparta li tylko na człowieku. Opieka zdrowotna, jak każda czynność organizacyjna, musi być oparta o warsztaty pracy. W organizowaniu tych warsztatów musi być zachowany pewien porządek hierarchiczny. Pierwszym etapem organizacji jest ośrodek zdrowia; przyświeca on jak latarnia morska, wszystkim ludziom, zdążającym po pomoc. W tej latarni morskiej lekarz pełni rolę latarnika, wskazując potrzebującym właściwą drogę. Ala latarnia morska nie czyni zadość wszystkim potrzebom w tym morzu niedoli ludzkiej. Następną instancją jest port, do którego może zawinąć każdy, kto ma do tego prawo rzeczowe. Tym portem jest dla chorego szpital.

W tym miejscu konieczne jest przypomnienie jeszcze jednej informacji, która pojawiła się już na początku opowieści o lekarzach w II Rzeczypospolitej – o liczbie szpitali. Po odzyskaniu wolności doliczono się 304 szpitali z 44 205 łóżkami. Jeśli w 1937 r. funkcjonowało 677 szpitali z 74 999 łóżkami – to jest to wzrost dwukrotny. Zarazem dwukrotnie za mały, ponieważ, w stosunku do średniej europej-

dokończenie na str. 38

REKLAMA

Macosze dziecko medycyny

Jako przewodniczącemu komitetu organizacyjnego I Zjazdu Naukowego Lekarzy Dentystów przypada mi zaszczyt powitać kolegów, którzy przybyli z całej Polski, mianowicie: stomatologów z Małopolski, lekarzy-dentystów typu niemieckiego z Wielkopolski, lekarzy-dentystów i dentystów typu rosyjskiego z byłej Kongresówki.

W ten wyszukany sposób w lipcu 1923 r. we Lwowie Antoni Cieszyński witał 200 uczestników pierwszego w Polsce zjazdu lekarzy-dentystów. Mówca wytłumaczył na wstępie, że wymienia różne szkoły przygotowujące do zawodu w okresie zaborów – nie żeby dzielić, ale właśnie, żeby łączyć. Uczestnikami zjazdu są, co podkreślił, absolwenci, którzy posiadają dyplom uniwersytecki, bez względu na to, czy zdobyli go po przygotowawczych studiach w zakładach uniwersyteckich, czy w szkołach prywatnych – jak to było w Rosji.

Stomatologia polska, macosze dziecko ogólnej medycyny, do niedawna bez opieki państwowej, obecnie jeszcze nie uznana za dziecko legalne przez wydziały lekarskie uniwersytetów polskich, czerpiąca dotychczas swe siły z wrogich nam Niemiec i obojętnej dla nas Ameryki, kończy swe lata zależności w nowo odrodzonej Polsce.

Przekleństwem polskiej dentystyki nazywa Cieszyński spuściznę po zaborze rosyjskim. To właśnie istnienie kategorii dentystów nie dyplomowanych, absolwentów prywatnych szkół dentystycznych z czasów carskich, które były „prywatnymi przedsiębiorstwami zarobkowymi", uniemożliwiają uznanie dentystyki przez wydziały lekarskie polskich uniwersytetów.

Inaczej ocenił mówca tradycje kształcenia lekarzy-dentystów i lekarzy stomatologów w innych dzielnicach.

Wielkopolska dostarczyła innego typu lekarzy-dentystów, wyrosłego na wzorach niemieckich i kształcącego się pod opieką wydziałów filozoficznych, później lekarskich, uniwersytetów niemieckich.

W b. zaborze austriackim, w Galicji, przedstawicielem dentystyki jest stomatolog, tj. lekarz-dentysta wszech nauk lekarskich, który po swoich studiach lekarskich ogólnych specjalizował się w dentystyce, rzadko w kraju, gdyż brak było u nas przy uniwersytetach lwowskim i krakowskim zakładów wyposażonych we wszystkie środki naukowe. Przeważnie więc kształcili się stomatolodzy małopolscy we Wiedniu i w Berlinie, przyjeżdżając tam na kursy specjalne po ukończeniu studiów lekarskich.

Tak oto od Antoniego Cieszyńskiego, a więc z najbardziej kompetentnego źródła zaczerpnęliśmy informacje o stanie polskiej dentystyki w przededniu I Zjazdu Lekarzy-Dentystów. Cieszyński wystąpił na tym forum z programem integracji środowiska zawodowego i ujednolicenia studiów dentystycznych.

Program jednoczący potrzebny był nie tylko ze względu na przeszłość rozbiorową. Środowiska lekarzy-dentystów były reprezentowane na zjeździe lwowskim przez przedstawicieli 10 związków i towarzystw: Towarzystwo Lekarzy-Dentystów Warszawy, Związek Zawodowy Lekarzy-Dentystów Chrześcijan, Związek Lekarzy-Dentystów Kasy Chorych m. St. Warszawy, Kasę Wzajemnej Pomocy Odontologów Polskich, Związek Lekarzy-Dentystów Polaków w Wilnie, Związek Lekarzy-Dentystów b. Zaboru Pruskiego, Warszawskie Towarzystwo Odontologiczne, Związek Lekarzy-Dentystów w Państwie Polskim, Łódzkie Towarzystwo Odontologiczne, Związek Lekarzy-Dentystów Lwowskiej Izby Lekarskiej.

Lista ta nie wyczerpywała istniejących w kraju organizacji dentystycznych.

Antoni Cieszyński miał historyczny mandat do przewodzenia ogólnopolskiemu środowisku lekarzy dentystów i lekarzy stomatologów. Nie omieszkał przypomnieć zgromadzonym, że w 1909 r., na międzynarodowym kongresie lekarzy-dentystów w Berlinie, zebrał garstkę Polaków z trzech zaborów, którzy po raz pierwszy spotkali się z sobą, aby stworzyć wspólny dla trzech zaborów Związek Lekarzy-Dentystów Polskich. Związku tego nie uznały władze carskie, mimo starań wpływowego w Petersburgu prof. F. Zwierzchowskiego.

Integracyjny charakter zjazdu uwidoczniony był w składzie referentów, wśród których byli profesorowie i doktorzy dentystyki, a także praktycy, lekarze-dentyści z wszystkich ośrodków akademickich Polski.

O powodzeniu integracyjnego charakteru lwowskiego zjazdu świadczy jego uchwała, stwierdzająca, że „dentystyka winna wejść w ramy systemu nauczania medycyny ogólnej" oraz że „przyszły lekarz-dentysta kończy studia medyczne na tych samych warunkach, co lekarze w ogóle". Zjazd postulował także likwidację prowizorium kształcenia w PID, utworzenie katedr stomatologicznych przy wydziałach medycznych wszystkich uniwersytetów oraz bezzwłocznego zamknięcia prywatnych szkół dentystycznych.

Zjazd wysunął istotny postulat społeczny: objęcia opieką dentystyczną dzieci i młodzieży w wieku szkolnym.

Otwarty stosunek organizatorów zjazdu do podzielonego i skłóconego środowiska warszawskiego miał jednak swoje granice. Przekazy prasowe nie wspominają o obecności M. Krakowskiego, wydawcy i redaktora „Kroniki dentystycznej". Przeciwnie – cytują za Cieszyńskim, że w 1921 r. powstało w Warszawie pismo (bez wymienienia tytułu), ale „nie zdołało się stać organem wspólnym wszystkich lekarzy-dentystów". I w tym miejscu Antoni Cieszyński przypieczętował swoją wiodącą rolę w środowisku informując o powołaniu we Lwowie pisma pod nazwą „Polska dentystyka".

„Polska dentystyka", a od 1931 r. pod ambitniejszym tytułem „Polska stomatologia" stała się od pierwszego numeru pismem wiodącym. Prymatu tego nie odda do końca II Rzeczypospolitej.

Antoni Cieszyński, umocniony na pozycji lidera polskiej dentystyki przez zjazd lwowski, zaproponował program jednolitych studiów stomatologicznych we wszystkich uczelniach Polski. „Projekt jednolitego studium stomatologicznego", bo taki tytuł nosiła propozycja autorska, nie pozostawiał wątpliwości, że Cieszyński zaakceptował studia dentystyczne, a wśród nich w warszawskim Państwowym Instytucie Dentystycznym, tylko przejściowo, i tylko taktycznie. W kilka miesięcy później stwierdził, że poziom wymagań w PID nie spełnia pokładanych w tej uczelni nadziei, w związku z tym należy ją zreformować tak, aby osiągnęła poziom wyznaczany przez uczelnie Niemiec, Szwajcarii i Ameryki.

Wypowiedziano się jednomyślnie, że przyszły lekarz dentysta, czyli stomatolog, musi posiadać zarazem dyplom ogólno-lekarski – zinterpretował uchwałę zjazdu lwowskiego.

W argumentacji wskazał na okoliczność dodatkową: *w ostatnich dwóch latach Państwowy Instytut Dentystyczny opuściło 800 absolwentów, a ilość lekarzy dentystów w Polsce wzrosła do 2100*. Z liczb tych wyprowadził wniosek, że czas podwyższyć wymagania. Oznaczało to – według prof. Cieszyńskiego – powrót do jego wcześniejszego programu kształcenia stomatologów, czyli lekarzy o wykształceniu ogólnym, specjalizujących się w stomatologii.

W rozumowaniu tym unikał zadania podstawowego pytania, czy 2100 lekarzy-dentystów na kraj liczący według spisu z 1921 r. 27 177 000 mieszkańców, to naprawdę liczba wystarczająca.

Z.W.

„Kronika dentystyczna" Maurycego Krakowskiego ukazała się w 1921 r. w Warszawie. Nie zdobyła rangi pisma wiodącego w środowisku. Pozycję tę zajęła, wychodząca od 1923 r. we Lwowie, „Polska dentystyka", redagowana przez Antoniego Cieszyńskiego.

Prof. Michałowicza...

dokończenie ze str. 37

skiej, Polska miała o połowę za mało łóżek szpitalnych.

Wszystkie dyskusje o koncepcjach rozwoju służby zdrowia dochodziły do wielkości kwot pieniężnych na ich sfinansowanie. I rozbijały się o ich brak.

W tych dyskusjach Michałowicz zachowywał się z dużym umiarem, i nie żądał rzeczy niemożliwych. Domagał się dla lekarzy gminnych dachu nad głową i wynagrodzenia zapewniającego przeżycie. Nie apelował o budowę szpitali, bo w atmosferze narastającego zagrożenia wojennego apele takie były nierealne. Z uporem jednak drążył sprawę zarobków lekarzy rejonowych – kierowników ośrodków zdrowia.

Z autorytatywnych źródeł departamentu służby zdrowia dowiedzieliśmy się w zeszłym roku, że lekarze rejonowi, zaangażowani przez ministerstwo opieki społecznej, pobierali pensję od zł 50 do zł 150-200. W roku obecnym ta kompromitująca kwota 50 zł, chwała Bogu, zniknęła. Zapytuję Szanowne Państwo – zwrócił się do uczestników dyskusji – za co ma ten lekarz prenumerować pisma, kupować książki lekarskie?

Dyskusja o budżecie na rozwój służby zdrowia też musiała uwzględniać specyfikę organizacyjną II Rzeczypospolitej. Ówczesna Polska była krajem o rozwiniętym i posiadającym duże uprawnienia samorządzie terytorialnym. To samorząd utrzymywał większość szpitali i ośrodków zdrowia. Pieniądze samorządów pochodziły z podatków, które po okresie kryzysu gospodarczego stały się niewystarczające. Samorząd nie mógł spełniać swego mecenatu wobec służby zdrowia bez wsparcia z budżetu centralnego.

Mechanizm ten rozumiał Mieczysław Michałowicz, kiedy postulował podjęcie dwóch decyzji warunkujących powodzenie akcji osiedleń lekarskich na wsiach: zobowiązanie do przeprowadzenia akcji werbunkowej samorządów lokalnych, a w ślad za tym – dofinansowanie samorządów.

Przekazanie samorządom zadań w dziedzinie zdrowia pozostanie jednak czczym frazesem, o ile nie znajdą się odpowiednie środki. Dlatego świat lekarski oczekuje nowelizacji ustawy o zużywaniu podatków przemysłowych na potrzeby tej gminy, w której się znajduje samo przedsiębiorstwo, a nie na potrzeby tej gminy, w której obrał sobie zarząd przedsiębiorstwa.

Uwag prezesa Michałowicza wysłuchano, ale nikt nie zatroszczył się o zabezpieczenie budżetów samorządowych z intencją sfinansowania akcji osiedlania lekarzy na wsiach.

Postąpiono nawet odwrotnie. Z datą 30 lipca 1938 r. zostało mocą ustawy znowelizowane rozporządzenie Prezydenta RP z 1932 r. o praktyce lekarskiej. Wprowadzało ono obowiązek 2-letniej praktyki lekarskiej dla absolwentów studiów lekarskich w miejscowościach liczących poniżej 5000 mieszkańców. Nowe prawo nie uciekało się do nakazu. Ustawodawcy znaleźli lepszy, chytry sposób: odbycie 2-letniego stażu wiejskiego warunkowało otrzymanie od izby lekarskiej prawa do uprawiania zawodu lekarza.

*

Michałowicz deklarował, przez okres swojej pracy klinicznej i uniwersyteckiej, apolityczność. W 1935 r., z tytułu pełnienia funkcji prezesa Naczelnej Izby Lekarskiej, przyjął z rąk prezydenta mandat senatora. Usiłował użyć swych uprawnień w interesie stanu lekarskiego. Kiedy mu się to nie udało stwierdził, że tak jak chłopi i robotnicy mają swoje partie, poprzez które realizują swoje programy społeczne i gospodarcze – tak i inteligencja powinna powołać swoją partię.

W październiku 1937 r. powołał Klub Demokratyczny, a w kwietniu 1939 r. zorganizował kongres sił demokratycznych i stanął na czele Stronnictwa Demokratycznego.

W taki oto sposób, niegdysiejszy PPS-owiec, towarzysz walki Józefa Piłsudskiego, odwrócił się od ówczesnej władzy, którą sprawowali ludzie mieniący się spadkobiercami idei Marszałka.

Zygmunt Wiśniewski

REKLAMA

Bystro w Ustrzykach

Na przekór prognozom klimatycznym w Bystrem k. Baligrodu rozegrano już po raz dziesiąty **Mistrzostwa Lekarzy w Narciarstwie Alpejskim**.

Pomijając wysiłek organizacyjny, przedsięwzięcie to, szczególnie w zimie bez zimy, wydawało się być zarówno desperackie, jak i bezsensowne. Jeśli jednak decyzje zapadają jesienią, to później pozostaje tylko działać, czekać i mieć nadzieję.

Jeszcze na tydzień przed zawodami w Bystrem na stoku głównym leżało trochę mokrego śniegu, a na środku królowała goła ziemia. Na małym stoku było trochę lodowo, a trochę „bryjowato". Jednak 47 km dalej, w Ustrzykach Dolnych było lepiej. Decyzja na tak zapadła we wtorek przed zawodami. Do ostatniej chwili część kolegów niedowiarków rezygnowała, część zapaleńców zgłaszała się mimo wszystko. W efekcie do Bystrego zjechało ponad 150 uczestników, w tym 110 zawodników.

Ustrzyki Dolne powitały uczestników kilkoma stopniami mrozu, słońcem i muzyką. Na początek tradycyjnie rozegrano zawody najmłodszych milusińskich. W tym roku grupa była niezbyt liczna, każdy więc mógł liczyć na sukces, choć największym sukcesem był sam start. Następnie do boju ruszyły Panie i Panowie lekarze. Podzieleni na grupy wiekowe toczyli zaciętą walkę, jedni o zwycięstwo, inni o to, by dojechać, a jeszcze inni, by pokonać kolegę. Na końcu startowali sponsorzy, sympatycy i przedstawiciele firm farmaceutycznych.

Mistrzynią Polski została **Monika Zasacka** (stomatolog) – OIL Warszawa, Mistrzem Polski **Leszek Klimczak** (już po raz trzeci!) – Śląska IL, najlepszy czas przejazdu zawodów uzyskał **Przemysław Stefanik** – Śląska IL. W kategorii izb lekarskich znowu wygrała Śląska IL, przed Krakowem i Warszawą.

Mistrzostwom towarzyszyła sesja naukowa, którą moderował Sławomir Snela. Tematy: Maria Nowak – *Sekrety serca sportowca*, Jerzy Stodolny – *Pozadyskowe przyczyny bólów kręgosłupa lędźwiowego*, Jacek Rzuciło – *Profilaktyka przy stosowaniu niesterydowych leków przeciwzapalnych*.

Gwoździem programu były jubileuszowe torty z fajerwerkami oraz filmowe wspomnienia z 10 lat zawodów. Oprócz nagród dla zwycięzców organizatorzy uhonorowali również tych (8 osób i dwie izby: lubelską i krakowską), którzy startowali we wszystkich dotychczasowych zawodach. Z kolei organizatorzy zostali uhonorowani pięknym szklanym pucharem ufundowanym przez kolegów z Lubelskiej Izby Lekarskiej, którym jak zwykle szefował Edward Woliński.

Krzysztof Szuber

Wyniki mistrzostw na stronie internetowej: www.rzeszow.oil.org.pl

Ogłoszenia sportowe

sport@gazetalekarska.pl

Komisja Kultury, Sportu i Rekreacji OIL w Szczecinie organizuje:

I Mistrzostwa Polski Lekarzy w siatkówce plażowej
8-9.06.2007 r., Niechorze. *Organizacja:* ***M. Mrożewski****, tel.* ***091-46-12-251****,* ***0693-543-211****. Zgłoszenia:* ***K. Makuch****, tel.* ***0608-200-190****,* ***M. Lewandowski****, tel.* ***0606-980-888***

IV Ogólnopolskie Mistrzostwa Izb Lekarskich w Żeglarstwie – Klasa Omega
Współpraca: Yacht Klub AZS Szczecin. Patronat: NIL w Warszawie. Termin: **15-17.06.07 r.** Miejsce: **akwen Jeziora Dąbskiego w Szczecinie**. Biuro regat: Yacht Klub AZS w Szczecinie, ul. Przestrzenna 9, tel. 091-461-47-39. *Zgłoszenia:* ***OIL w Szczecinie, ul. Marii Skłodowskiej-Curie 11, 71-332 Szczecin****, e-mail:* ***biuro@oil.szczecin.pl****,* ***Marta Hamerska-Litwinowicz****, tel.* ***091-48-74-936*** *w.* ***106****,* ***dr H. Teodorczyk****, tel.* ***0604-416-864****, e-mail:* ***halte@wp.pl*** do 15.05.2007 r. wraz z opłatą. Startowe opłaca każda OIL za swoich reprezentantów: 800 zł od 3-osobowej załogi (wyłącznie lekarze!), (opłata obejmuje: nocleg z 15/16 i z 16/17.06.2007 r., śniadanie 15, 16 i 17.06., obiad 15 i 16.06., kolację 15 i 16.06.2007 r.). Organizator zapewnia zakwaterowanie w hotelu z 14/15.06.2007, za dodatkową opłatą. Wpłaty na konto: ING Bank Śląski 98 1050 1559 1000 0022 1716 8034 z dopiskiem „Regaty – Omega". Nagroda główna: Puchar Prezesa Naczelnej Rady Lekarskiej. *Dodatkowe informacje i formularz zgłoszeniowy na stronie:* ***www.bip.oil.szczecin.pl*** *(komisje problemowe – Komisja Kultury, Sportu i Rekreacji).* Informacje o regatach i formularze zgłoszeń są przesłane do wszystkich izb lekarskich.

VII Mistrzostwa Polski Lekarzy w Golfie
22.06.2007 r. Amber Baltic Golf Club, **23.06.2007 r. Binowo Park Golf Club**. *Organizatorzy:* ***M. Mrożewski****, tel.* ***091-46-12-251****,* ***0693-543-211****,* ***A. Schmit****, tel.* ***0602-620-088****,* ***M. Pyra-Głogowska****, tel.* ***0604-102-055***.

V Ogólnopolski Turniej Tenisa Ziemnego Lekarzy w Częstochowie
organizowany przez OIL w Częstochowie odbędzie się w dn. **18-20.05.br.**, na obiekcie **Częstochowskiego Klubu Tenisowego „Victoria", przy ul. 3 Maja, obok Jasnej Góry**. Sędzią głównym zawodów będzie Benedykt Kazakin. W drugim dniu turnieju odbędzie się towarzyski „wieczór hiszpański" przy grillu. *Organizator:* ***Lesław Rudziński****, tel.* ***0601-91-33-81****;* ***Rita Idziak****, tel.* ***034-368-18-88****, faks* ***034-365-41-20***. Opłata za udział: 50 zł - lekarze do 30 lat, 150 zł - członkowie Polskiego Stowarzyszenia Tenisowego Lekarzy, 180 zł - lekarze nie zrzeszeni w PSTL. Wpłaty - do 30.04.br. - na konto: BRE Bank S.A Oddział Częstochowa, numer: 82-1140-1889-0000-2433-3300-1001, tytułem: Tenis 2007.

VI Puchar Mazowsza „Medyków" w Strzelectwie Sportowym
na który zaprasza: lekarzy, osoby związane z szeroko pojętą medycyną oraz sympatyków służby zdrowia Klub Strzelectwa Sportowego „Feniks" w Węgrowie oraz Lekarski Klub Strzelecki „Dziewiątka" przy OIL w Warszawie. Zawody odbędą się **26.05. 2007 r.** godz.10.00 w obiekcie strzelnicy sportowej **Klubu Strzelectwa Sportowego „Feniks" w Węgrowie**. *Warunkiem uczestnictwa jest zgłoszenie na adres* ***07-100 Węgrów, ul. Bohaterów Warszawy 10*** *lub tel.* ***025-691-73-08****,* ***025-792-45-59****,* ***0606-120-892*** *lub faks* ***025-691-73-08*** *lub e-mail:* ***radek97@poczta.fm***, oraz wniesienie opłaty startowej na rzecz organizatora w wysokości – 80 zł. Zawody przeprowadzone zostaną w konwencji open (klasyfikacja wspólna dla kobiet i mężczyzn). Przewiduje się przeprowadzenie następujących konkurencji strzeleckich: - pistolet standardowy (małokalibrowy), - pistolet centralnego zapłonu, - karabinek sportowy. W zawodach mogą brać udział zawodnicy dysponujący własną bronią sportową, istnieje również możliwość skorzystania z broni organizatora zawodów. Organizatorzy gwarantują dobrą atmosferę towarzyską, znakomite warunki strzeleckie i atrakcyjne nagrody. Istnieje możliwość zakwaterowania przed i po zawodach.

Żeglarskie Mistrzostwa Polski Lekarzy w Klasie Turystycznej
organizuje Komisja Kultury i Sportu Okręgowej Warmińsko-Mazurskiej Izby Lekarskiej w Olsztynie w dn. **8-9.09.2007 r. (sob.-niedz.)** w **Międzynarodowym Centrum Żeglarstwa i Turystyki Wodnej „Almatur", Giżycko, ul. Moniuszki 21**, *tel.* ***087-428-58-98*** **(jezioro Kisajno)**. Startują załogi 4-osobowe (w tym 2 lekarzy). Sternik jachtu winien posiadać stopień żeglarski. *Zgłoszenia osobiste, telefoniczne lub faksem w terminie od 1 lipca do 15 sierpnia br.:* ***Okręgowa Warmińsko-Mazurska Izba Lekarska, 10-561 Olsztyn****, tel./faks* ***089-539-19-29***, Konto: 61 1140 1111 0000 3048 4600 1001. *Organizator* ***Tadeusz Politewicz***. Koszt udziału 500 zł od załogi. Do 15 sierpnia należy wpłacić 300 zł zaliczki na konto OIL jako warunek przyjęcia do regat, pozostałe 200 zł - 8 września przy pisemnym zgłoszeniu załóg w siedzibie Komisji Regatowej. Regaty rozegrane zostaną systemem przesiadkowym. Start do 1 wyścigu – 8 września o godz. 11.00, a następnie do kolejnych wyścigów. Zakończenie 9 września o godz. 17.00. Załogi śpią na jachtach – proszę zabrać koce i śpiwory. Załogi startują na własną odpowiedzialność. Sternicy ponoszą pełną odpowiedzialność za sprzęt i załogi. Organizator ubezpieczy jachty i załogi od następstw wypadków. Instrukcję Żeglugi przedstawi S.G. w dniu otwarcia o godz. 10.30 na molo, gdzie nastąpi uroczyste otwarcie Mistrzostw.

X Halowe Mistrzostwa Polski Lekarzy w Tenisie

W dn. 3-5 marca odbyły się w hali tenisowej Miejskiego Klubu Tenisowego w Stalowej Woli X Halowe Mistrzostwa Polski Lekarzy w Tenisie. W zawodach wzięło udział 60 lekarzy z Warszawy, Wrocławia, Poznania, Rzeszowa, Suwałk, Białegostoku, Zielonej Góry i Gdyni. Zawody rozegrano zgodnie z przepisami Polskiego Stowarzyszenia Tenisowego Lekarzy oraz Polskiego Związku Tenisa.

Alfred Micał i Jacek Kowal

Wyniki

PANOWIE: Open: 1. Michał Jędrzejowski (Warszawa), 2. Jacek Kowal (Stalowa Wola) [finał 6:1, 6:1], 3. Alfred Micał (St.Wola), Robert Telegra (Kraków); **36-45 lat:** 1. Michał Jędrzejewski, 2. Robert Telegra (Kraków) [6:4, 6:3], 3. Jacek Kowal (Stalowa Wola), Krzysztof Jarosz (Zwoleń); **powyżej 45 lat:** 1. Sławomir Stawicki (Warszawa), 2. Marcin Wroński (Kraków) [7:6, 6:1], 3. Marek Pudełko (Wrocław), Wojciech Pietrzak (Łowicz); **powyżej 50 lat:** 1. Andrzej Chmura (Warszawa), 2. Zdzisław Hrynkiewicz (Białystok) [6:4, 7:5], 3. Kazimierz Bujak (Dębica), Adam Jakubowski (Łódź); **powyżej 55 lat:** 1. Krzysztof Migała (Warszawa), 2. Jerzy Sobel (Wodzisław Śląski) [6:0, 6:2], 3. Roman Olbrycht (Żagań), Dariusz Obin (Sulejów); **powyżej 60 lat:** 1. Janusz Malarski (Łódź), 2. Andrzej Skręt (Rzeszów) [6:4, 6:4], 3. Krzysztof Michałowski (Lublin), Jacek Sasin (Wierzbno); **powyżej 65 lat:** 1. Józef Herman (Ruda Śląska), 2. Józef Safian (Zielona Góra) [5:7, 6:1, 6:4], 3. Zbigniew Jabłoński (Gdynia), Antoni Prokopowicz (Rzeszów); **powyżej 70 lat:** 1. Stanisław Karczmarski (Racibórz) - grali w grupie, 2. Stanisław Świerad (Lubań), 3. Zbigniew Frenszkowski (Olsztyn); **Debel - do lat 45:** 1. Wroński - Pietrzak, 2. Galik - Telega [6:4, 6:4], 3. Burzyński - Jarosz, Semczuk - Micał; **46-60 lat:** 1. Hrynkiewicz - Pudełko, 2. Chmura - Stawicki [6:3, 6:2], 3. Sobel - Obin, Jakubowski - Migała; **powyżej 60 lat:** 1. Herman - Kaczmarski, 2. Malarski - Prokopowicz [krecz], 3. Safian - Solarski, Stemplewski - Świerad. **PANIE: Do lat 40:** 1. Agnieszka Widziszowska (Gliwice), 2. Joanna Skręt (Rzeszów) [6:0, 6:0]; **powyżej lat 40:** 1. Anna Sabok-Rzepka, 2. Renata Banaś-Samoson (Jastrzębie) [6:4, 1:6, 6:0], 3. Halina Marmurowska-Michałowska (Lublin), Bożena Wodka-Micał (St. Wola); **Debel:** 1. Widziszowska - Sabok-Rzepka, 2. Marmurowska-Michałowska, Banaś-Samson [6:1, 6:0], 3. Micał - Skręt. **MIKST:** 1. Widziszowska - Pietrzak-Banaś, 2. Samson - Semczuk [6:3, 7:6]

Okuliści w Kalnicy

Już po raz dziewiąty gościnne Bieszczady powitały grupę okulistów narciarzy na **IX Ogólnopolskich Zawodach Narciarskich Okulistów w Kalnicy**.

Warunki śnieżne były niesprzyjające, ale jak się okazało 2 marca był ostatnim możliwym terminem ich rozegrania. Wskutek szczupłości pokrywy śnieżnej odbył się tylko slalom towarzyski (2 przejazdy), bez konkurencji zjazdu rekreacyjnego. 35 uczestniczek i uczestników dzielnie walczyło o miejsca, tym odważniej, że na tym samym stoku (w drugiej jego części) odbywały się doroczne zawody Grupy Bieszczadzkiej GOPR.

Uczestnicy podzieleni byli na 2 grupy wiekowe: młodzików (ur. po 1.01.1957 r.) oraz juniorów. Wśród tych ostatnich niezaprzeczalnie najlepszy był reprezentant wawelskiego grodu: Włodzimierz Miniewicz. Spośród młodzików klasyfikacja wyglądała następująco: panie 1. Olga Kamińska (Przeworsk), 2. Renata Cebulska (Kraków), 3. Dorota Wołczańska (Sanok); panowie 1. Piotr Skopiński (Warszawa), 2. Mariusz Spyra (Rzeszów), 3. Krzysztof Wasiak (Warszawa).

Za rok planowane są kolejne zawody, a ponieważ jubileuszowe – organizatorzy przewidują szereg szczególnych niespodzianek dla uczestników, dlatego już dziś zapraszamy.

Jan M. Witkiewicz

UPPL

VII Ogólnopolska Biesiada Literacka

Łódź, 2 marca 2007 r.

Ta coroczna impreza jest organizowana przez Zarząd Główny Unii Polskich Pisarzy Lekarzy w Klubie Lekarza OIL w Łodzi, a wspierana również przez NIL. Od siedmiu już lat, zawsze w pierwszy piątek marca, w pałacyku przy ul. Czerwonej 3, spotykają się lekarze-literaci z całej Polski, aby przez kilka wieczornych godzin móc dzielić się „żywym słowem". Kultywujemy przy tym obyczaj zapalania *Znicza Eskulapa*, który towarzyszy nam podczas ważniejszych uroczystości unijnych.
Tegoroczne spotkanie poprowadził prof. Jerzy Poradecki, związany z Unią od pierwszego, wydanego w 1978 r. almanachu – *Spektrum*, którego był redaktorem. Autorskie prezentacje ubarwiali muzycznie: profesjonalny pianista – Radosław Sulkowki oraz gitarzysta-amator – Adam Madej z Grupy Nieformalnej, działającej przy Klubie Lekarza OIL. Tradycją tych „biesiadnych" spotkań jest plebiscyt publiczności, która głosuje na najlepszy utwór wieczoru. Tym razem najwięcej głosów zebrały ex *aequo* poetki z Łodzi: Joanna Czajkowska oraz Krystyna Borysewicz-Charzyńska i obie wdzięcznie spełniły „puchary ambrozji".

Znicz Eskulapa zapalają wspólnie: Wiceprzewodnicząca OIL – Małgorzata Banasiak i Prezes ZG UPPL Marek Pawlikowski (fot. Mirosław Marcinkowski)

Teksty, zdjęcia i relacje z Biesiad Literackich zamieszczane są w kolejnych *Zeszytach UPPL*, które już od 1996 r. wydajemy „po koleżeńsku" czyli wspólnym staraniem. Satysfakcję sprawia nam to, że z roku na rok przybywa nie tylko autorów-medyków, pragnących dzielić się swym dorobkiem z innymi, ale i tych, którzy potrafią uważnie, ze zrozumieniem słuchać. Obecnie wcale nie jest łatwo pozyskać wrażliwych odbiorców, więc zdajemy sobie sprawę, że bez naszej wiernej publiczności Biesiady Literackie mogłyby pełnić jedynie rolę spotkań warsztatowych.
Podczas VII Biesiady zostały też ogłoszone wyniki Konkursu Literackiego, który był adresowany do lekarzy-twórców (poniżej 40 roku życia), nie będących członkami UPPL. Jury w składzie: Barbara Szeffer-Marcinkowska, Joanna Czajkowska i Jerzy Andrzejczak postanowiło nagrodzić Magdalenę Klijer z Lublina za zestaw wierszy, a w dziedzinie prozy Ryszarda Augusta z Czeladzi za opowiadanie pt. „Kajtek". Ponadto wyróżniono poezje Moniki Midura-Dawidek ze Skarżyska Kościelnego i prozę Jarosława Paśnika z Łodzi. Laureaci otrzymali okolicznościowe dyplomy oraz nagrody książkowe i zostali zaproszeni do udziału w prezentacjach autorskich.

Barbara Szeffer-Marcinkowska
wiceprezes ZG UPPL
(odpowiedzialna za organizację Biesiad Literackich)

Kalendarz
kursy, szkolenia, zjazdy (2007 r.)

• **26-28.04.** Lublin. Ogólnopolskie Sympozjum Naukowe „**Uroginekologia XXI wieku**”. Sekcja Uroginekologii PT Ginekologicznego (przew. prof. Tomasz Rechberger) i II Katedra i Klinika Ginekologii AM w Lublinie (kier. prof. Tomasz Rechberger). Informacje: www.ginoper.am.lublin.pl. Zgłoszenia udziału, prac naukowych i zam. zakwaterowania przyjmujemy na drukach dostępnych na str. internetowej Sympozjum, które należy przesyłać na adres: Komitet Organizacyjny Sympozjum „Uroginekologia XXI wieku”, II Katedra i Klinika Ginekologii Akademii Medycznej im. prof. Feliksa Skubiszewskiego w Lublinie, Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny nr 4, 20-954 Lublin, ul. Jaczewskiego 8, tel. 48-81-724-42-68, 724-46-86, 0502-074-198, 0604-793-902, faks 48-81-463-32-94, 724-48-49, www.ginoper.am.lublin.pl. Zamówienia zakwaterowania: www.ginoper.am.lublin.pl – linki do hoteli, formularze oraz warunki rezerwacji pokoi hotelowych, tel. 0693-865-110, e-mail: martamonist@wp.pl

Mazurska Szkoła **USG** i **Ginekologii**. Kursy w 2007 r.:
• **19-22.04.** ***Endokrynologia estetyczna***
• **24-27.04.** ***Patologia i choroby sutka***
• **6-11.05.** ***USG w ginekologii i położnictwie dla początkujących***
• **16-19.05.** ***Diagnostyka USG w ginekologii i położnictwie – zastosowanie badań dopplerowskich***
• **24-27.05.** ***Kolposkopia kurs dla początkujących***
• **30.05.-3.06.** ***Endokrynologia z elementami niepłodności***
• **13-16.06.** ***Patologia ciąży***
• **21-24.06.** ***Kolposkopia kurs dla początkujących z elementami zastosowania mikroskopu kontrastowo-fazowego***
• **29.08.-1.09.** ***USG w ginekologii i położnictwie dla zaawansowanych***
• **9-14.09.** ***USG w ginekologii i położnictwie dla początkujących***
• **4-7.10.** ***Kolposkopia dla zaawansowanych***
Zapisy: tel. 0504-075-804, www.usg.pisz.pl, usg@usg.pisz.pl

• Klinika Endokrynologii i Chorób Metabolicznych ICZMP w Łodzi organizuje w **2007 r.** w ramach realizacji grantu ministra zdrowia bezpłatne „**Kursy doskonalące w dziedzinie diabetologii dla lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej**”, obejmujące zagadnienia diagnostyki, zapobiegania i leczenia cukrzycy. Kursy składają się z 2 części. 1 część odbędzie się w I poł. r. (**17-19.04.**, **24-26.04.**, **15-17.05.**, **22-24.05.**), w formie 3-dniowych zajęć (godz.: dzień 1 – 10.00-16.45; 2 – 9.00-16.45; 3 – 9.00-14.00), 2 część w II poł. r. (**13-14.06.**, **20-21.06.**, **19-20.09.**, **26-27.09.**, **17-18.10.**, **24-25.10.**, **14-15.11.**, **21-22.11.**, **5-06.12.**, **12-13.12.**) w formie 2-dniowych zajęć. Zapisy i informacje: tel. 042-271-17-15 (mgr Monika Pawłowska). Program w aktualnościach na str. głównej Uniwersytetu Med. (www.umed.lodz.pl).

ABACUS. Szkolenia w 2007 r.:
• **19-20.04.** Warszawa. Kurs podstawowy ***Prawo medyczne***
• **11-12.05.** Warszawa. Kurs podstawowy ***Prawo medyczne w praktyce lekarza dentysty***
• **24-25.05.** Warszawa. II Ogólnopolskie Sympozjum ***Zakażenia grzybicze***
• **14-15.06.** Warszawa. VIII Ogólnopolskie Sympozjum ***Blok operacyjny – organizacja i funkcjonowanie***
• **18-19.10.** Warszawa. IV Ogólnopolskie Sympozjum ***Oddział intensywnej terapii, oddział pooperacyjny – organizacja i funkcjonowanie***
• **14-16.11.** Warszawa. XII Ogólnopolskie Sympozjum Kierowniczej Kadry Medycznej ***Profilaktyka i zwalczanie zakażeń szpitalnych***
• **6-7.12.** Warszawa. X Ogólnopolskie Forum **Prawniczo-Medyczne**.
Informacje: Abacus Biuro Promocji Medycznej Sp. z o.o., tel. 022-668-71-85, faks 022-66-71-89, e-mail: abacus@abacus.edu.pl, www.abacus.edu.pl

• **7.05.** Lublin. Hotel Unia Mercury, Al. Racławickie 2. Towarzystwo Szkoleń Podyplomowych Eurodens organizuje kurs: **Doskonałość przez innowację – proste, tanie i skuteczne leczenie endodontyczno-protetyczne**. Cena 200 zł. Informacje: www.eurodens.pl

Dolnośląska Szkoła **Ultrasonografii** (r. zał. 1993).
Szkolenia podstawowe:
• **8-11.05., 19-20.07.** ***Diagnostyka USG jamy brzusznej***
• **21-25.05.** ***Cytologia onkologiczna w ginekologii. System klasyfikacji BETHESDA***
• **18-20.06.** ***Diagnostyka USG tarczycy, przytarczyc i ślinianek***
• **4-6.06.** ***Diagnostyka echokardiograficzna wrodzonych wad serca dzieci***
• **Czerwiec.** ***Diagnostyka USG w pediatrii***
Kursy doskonalące:
• **18-20.06.** ***Cytologia onkologiczna w ginekologii. System klasyfikacji BETHESDA***
• **11-12.10.** ***Zastosowanie badań USG w diagnostyce urologicznej***
Informacje i zgłoszenia: Wrocławskie Centrum Promocji, ul. Śniadeckich 10, 51-604 Wrocław, tel. 071-348-39-66, 0606-350-328, e-mail: r.baran@neostrada.pl, www.usg.webd.pl. Nr w rej. DIL 24A/PSz/A/2005

• **25-27.05.** Wisła. Ogólnopolska konferencja **Chrześcijańskiego** Stowarzyszenia Medycznego „**Powrót do zdrowia**”. Informacje: www.chsm.org.pl, biuro@chsm.org.pl

• **19-20.10.** Kraków. Wydział Ochrony Zdrowia Collegium Medicum Uniwersytetu Jagiellońskiego w Krakowie zaprasza na Międzynarodową Konferencję **Biologia Medyczna a zdrowie Człowieka**. 19.10. ***Melatonina – dobroczynna cząsteczka***. Tematyka obejmuje działania **melatoniny** w organizmie żywym, jako czynnika antyoksydacyjnego oraz modulatora odpowiedzi immunologicznej. ***Przewlekła hormonoterapia – problem medyczny i społeczny:*** *- Metabolizm i mechanizm działania hormonów w organizmie, - Hormonoterapia kobiet i mężczyzn w terapii i profilaktyce, - Hormonoterapia w pediatrii, - Zastosowanie leków hormonalnych do leczenia zaburzeń funkcjonalnych gruczołów wydzielania wewnętrznego - wskazania i działania uboczne, - Diagnostyka hormonalna.* 20.10. ***Dermatolgia środowiskowa.*** *Tematyka sympozjum obejmuje zagadnienia współzależności między środowiskiem, a chorobami skóry. Pojęcie środowisko rozumiemy bardzo szeroko: chodzi nam tutaj nie tylko o zewnętrzne czynniki biologiczne i fizyczne (grzyby, bakterie, promieniowanie), ale także o otoczenie społeczne jednostki (wpływ chorób skóry na role społeczne, miejsce w rodzinie, grupie, społeczeństwie itd.).* Prace zgłoszone przez uczestników Konferencji będą publikowane w “Journal of Physiology and Pharmacology” (Impact Factor = 2.328). Organizator: Wydział Ochrony Zdrowia Collegium Medicum UJ. Kontakt: konferencja@fzp.com.pl, tel./faks 012-429-61-03, 0603-087-571, www.fzp.com.pl

• **12.05.** (sob.) w Hotelu Sheraton w Warszawie (ul. B. Prusa 2) o godz. 17.30 w pierwszym terminie i o 17.45 w drugim terminie. **Walne zebranie Polskiego Towarzystwa Transplantacyjnego**. Zebranie odbędzie się w trakcie **VIII Międzynarodowego Kongresu PTT** w Warszawie, w dn. **11-13.05.2007 r.** Zarząd PTT

• **19-23.05. i 8-12.09.** Zakopane. Sono-Medicus organizuje kurs nt. **Ultrasonograficzne badanie i leczenie stawów biodrowych wg Grafa**. Informacje: dr Michał Kulej, tel./faks 018-201-24-17, SMS 0604-100-120; Sono-Medicus 34-500 Zakopane, ul.Mrowce 18c, e-mail: kulej@ozzl.org.pl

• **24-26.05.** w Sali Konferencyjnej UM Krakowa, pl. Wszystkich Świętych 3/4 odbędzie się **I Międzynarodowy Kongres Medycyny Ekologicznej**, dla lekarzy praktyków oraz osób ze środowisk naukowo-medycznych. Organizatorzy: Collegium Medicum UJ, Polski Klub Ekologiczny oraz Fundacja EcoMedicum. Program sympozjum oraz karta zgłoszenia na stronie www.pke-zg.org.pl. Zgłoszenia: Biuro Kongresu przy Zarządzie Głównym Polskiego Klubu Ekologicznego, tel./faks 012-423-20-47, tel. 0669-71-31-71, e-mail: biuro@zgpke.most.org.pl

• **31.05.-2.06.** Kurs prowadzony przez Zakład **Periodontologii** Katedry Stomatologii Zachowawczej i Periodontologii PAM w Szczecinie: **Leczenie chirurgiczne regeneracyjne w leczeniu zapaleń przyzębia.** Informacje: Dentimex A. Parzonka, www.Dentimex.Szczecin.pl, tel. 091-433-42-05.

• **8-10.06.** Kazimierz Dolny n. Wisłą. XIII Sympozjum Sekcji Gestozy i Nadciśnienia w Ciąży Polskiego Towarzystwa **Ginekologicznego**: ***Schorzenia Układu Sercowo-Naczyniowego w Ciąży.*** Rezerwacja pokoi hotelowych telefonicznie w recepcji Zajazdu Piastowskiego, tel. (+81) 889-09-00; (+81) 889-09-01, tel./faks (+81) 889-09-16, e-mail: zajazd@zajazdpiastowski.pl. Adres do korespondencji: Komitet Organizacyjny XIII Sympozjum Sekcji Gestozy i Nadciśnienia w Ciąży PTG Katedra i Klinika Położnictwa i Perinatologii AM w Lublinie 20-954 Lublin, ul. Jaczewskiego 8, tel (+81) 7244-769, ul. Jaczewskiego 8 faks (+81) 7244-841, www.gestoza.am.lublin.pl, e-mail: gestoza@am.lublin.pl. Certyfikat i 10 pkt edukac.

• **14-15.06.** i **13-14.09.** Lublin. Kurs medyczny: **Podstawy neurosonologii – badanie dopplerowskie tętnic wewnątrz- i wewnątrzczaszkowych, dla początkujących neurologów**. 14 pkt edukac. Informacje: www.szkolenia-medyczne.com.pl. Zgłoszenia: SKOLAMED, tel. 081-534-71-48, faks 081-534-71-50, e-mail: medyczne@paiz.com.pl

• **15-17.06.** Solina. **I Bieszczadzka Konferencja Ratownictwa Medycznego**, dla przedstawicieli jednostek odpowiedzialnych za realizację ustawy o Państwowym Ratownictwie Medycznym (sesja I) oraz lekarzy różnych specjalności: anestezjolodzy, ortopedzi, kardiochirurdzy, chirurdzy, torakochirurdzy, medycyny ratunkowej (sesja II). 15 pkt edukac. Koszt 450 zł. Zgłoszenia do 15.05.br. na adres: Katedra Zdrowia Publicznego Wyższa Szkoła Informatyki i Zarządzania w Rzeszowie, 35-022 Rzeszów, ul. Sucharskiego 2. Informacje: tel. 017-866-12-93, e-mail: bpaslawska@wsiz.rzeszow.pl

• **16-17.06.** Filharmonia Narodowa w Warszawie (Sala Koncertowa). 11 Warszawskie Spotkania **Gastroenterologiczne**. Konferencja poświęcona **postępom i standardom w gastroenterologii**. Informacje, program: www.wsgastro.pl

• **15.06.** Filharmonia Narodowa w Warszawie (Sala Kameralna). Kurs Podyplomowy **Europejskiego Towarzystwa Gastroenterologii** i **Endoskopii** “Focus on Controversies in Gastroenterology”. Informacje i program: www.wsgastro.pl

• 29-30.06. Warszawa, Hotel Gromada, ul. 17 stycznia 32. VI Interdyscyplinarny Kongres Naukowy **Współczesne zasady diagnostyki i leczenia zespołów bólowych szyjnego odcinka kręgosłupa**. Formularz zgłoszenia pracy na stronie www.medsport.pl. Nadsyłanie streszczeń do 1.05.br. Pkty edukac. Komitet org.: 01-813 Warszawa, ul. Marymoncka 34 (skr. 23), tel./faks 022-834-67-72, 405-42-72, tel. 0601-22-78-99, e-mail: nauka@medsport.pl. Konto: Bank Zachodni WBK S.A. nr 13 1090 1014 0000 0001 0065 194

Wszechnica Medyczna „Nad Łódką”. Kursy prakt.-teoret.:
• **13-14.07.** ***Echokardiografia płodowa*** – kurs podst. do certyfikatu
• **8-10.11.** ***Zastosowanie USG trójwymiarowej 3D/4D w położnictwie i ginekologii***
• **29-30.09.** ***Ultrasonografia dopplerowska: przepływy matczyno-płodowe, centralizacja krążenia, profilaktyka hipotrofii, zespół podkradania TTTS, naczynia tętnicze i żylne (UMA, MCA, DV, UTA)***
• **21-22.04; 27-28.10.** ***Diagnostyka prenatalna – ultrasonograficzne markery wad rozwojowych (NT, NB, DV)*** – kurs przygotowujący do egzaminu praktycznego oceny przeziemości karkowej (NT).
Pkt. eduk. izby lek. Zajęcia i zakwaterowanie w Spale, Hotel Mościki. Informacje: e-mail: kurs@wszechmed.com.pl, wszechmed@wp.pl, www.wszechmed.com.pl. Kontakt: 48 603-596-030.

• **28-30.07. Kurs Zaawansowanych technik laparoskopowych**. *Wykłady, prezentacje, zabiegi operacyjne, sesje treningowe, ćwiczenia praktyczne.* Opłaty: 600 zł – wykłady i transmisje operacji na sali wykładowej, 900 zł – wykłady, transmisje + bezpośrednie uczestnictwo w zabiegach i sesja treningowa. Wpłaty na konto: Fundacja na Rzecz Rozwoju Onkologii Ginekologicznej 64 1240 2294 1111 0000 3723 3132, z dop. *kurs laparoskopii*. Zgłoszenia do 20.06.: Sekretariat Kliniki Ginekologii, Położnictwa i Onkologii CMUJ, 31-501 Kraków, ul. Kopernika 23, tel. 012-424-85-60, tel./faks 012-424-85-84. Organizacja i informacje: dr Artur Ludwin, tel. 0502-398-502, ludwin@cm-uj.krakow.pl

• Kursy **informatyczne** dla lekarzy nt. **Metody informatyczne w ochronie zdrowia obejmujące wspomaganie działalności lekarskiej jak i organizację i finansowanie opieki zdrowotnej**. Organizator: Zakład Informatyki Medycznej i Biomatematyki CMKP w Warszawie, ul. Marymoncka 99/103, 01-813 Warszawa. Informacje o terminach i tematach na stronie www.cmkp.edu.pl

• Kursy na uprawnienia **Inspektora Ochrony Radiologicznej w pracowni RTG** (zgodnie z Dz. U. Nr 239/2006, poz. 1737). Ośrodek „Transportowiec” w Bielsku-Białej. Informacje: EkoAtom, tel. 0601-773-751, tel./faks 065-520-53-87, www.ekoatom.pl

• **Roztoczańska Szkoła Ultrasonografii** – kursy praktycznej ultrasonografii podstawowe i doskonalące. Informacje: www.usg.com.pl. Pkty edukac. Patronat i akredytacja PT Ultrasonograficznego.

REKLAMA

Nowości wydawnicze

MediPage Sp. z o. o.

02-594 Warszawa, ul. Bruna 12/20, tel./faks 022-646-41-50, www.medipage.pl

***36 godzin na dobę**. Poradnik dla opiekunów osób z chorobą Alzheimera i innymi chorobami otępiennymi oraz zaburzeniami pamięci w późnym okresie życia*
Nancy L. Mace, Peter V. Rabins
Wydanie polskie, **John Hopkins University Press**, Warszawa 2005, s. 344
Niezbędny, uaktualniony o nowe dane, podręcznik dla opiekunów osób z chorobą Alzheimera oraz zawodowo zajmujących się przewlekle chorymi. Zawiera trafne wskazówki i jasne informacje pozwalające odpowiednio zachować się w różnych codziennych sytuacjach, zorganizować sobie i choremu życie, aby nie popaść w przygnębienie. Przygotowuje do wszystkich problemów związanych z tą chorobą. Wyjaśnia wątpliwości, które nasuwają się przy obserwacji i obcowaniu z ciężko chorym. Zawiera ponadto wybrane pozycje piśmiennicze w j. polskim, angielskim, adresy stron internetowych organizacji i stowarzyszeń alzheimerowskich.

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, Instytut im. Marii Skłodowskiej-Curie w Warszawie,
wyd. I, Warszawa 2005, s. 144
Zawiera omówienie najważniejszych elementów diagnostyki i leczenia chorych na czerniaki skóry. Przeznaczona dla specjalistów radioterapii, chemioterapii, chirurgów, dermatologów, ginekologów i , chirurgów plastycznych.

Badanie ultrasonograficzne żył kończyn dolnych
Piotr Kawecki
Warszawa 2005, s. 68
Autor przedstawia punkt widzenia lekarza praktyka zajmującego się na co dzień zagadnieniami diagnostyki naczyń żylnych i skupia się na przedstawieniu problemów klinicznych oraz sposobów ich oceny. Rozbudowana została część poświęcona anatomii i patofizjologii naczyń żylnych kończyn dolnych. W części poświęconej zagadnieniom badania dopplerowskiego omówione zostały podstawowe jednostki chorobowe, sposób postępowania podczas badania. Wyodrębniono częściej występujące odmiany anatomiczne naczyń będące źródłem błędów. Publikacja zawiera schematy i obrazy badania USG.

Wydawnictwo Naukowe Pol. Tow. Pedagogicznego Oddział w Poznaniu, Stowarzyszenie na Rzecz Dzieci z Zaburzeniami Genetycznymi „Gen” w Poznaniu

Os. Lecha 14, 61-293 Poznań, www.gen.org.pl, e-mail: gen.@gen.org.pl, tel./faks 061-870-77-21, 0607-222-721

Z wadą genetyczną można żyć aktywnie i być pełnoprawnym członkiem społeczeństw
Płyta DVD Plajer Profesjonal
Pierwszy z serii dwóch filmów edukacyjnych poświęconych rzadkim zespołom chromosomowym oraz rzadkim zespołom jednogenowym dziedzicznym autosomalnie recesywnie. Pierwszy film przedstawia zespoły: Cri du Chat – CDC (zespół krzyku kociego); Wolfa-Hirschhorna; aberacji chromosomowej 7a9; aberacji chromosomu 3; aberacji chromosomu 9; seckela. Drugi film ukaże się z w czerwcu 2007 r.

Wspomaganie rozwoju i rehabilitacji dzieci z genetycznie uwarunkowanymi zespołami zaburzeń
pod red. **Władysława Dykcika**, **Andrzeja Twardowskiego**
wyd. I, Poznań 2004, s. 240
W książce opisano zarówno teoretyczne podstawy oddziaływań wspomagających rozwój dzieci z wadami oraz przedstawiono ich różne formy. Omówiono metody rehabilitacji oraz doświadczenia dotyczące projektowania oddziaływań terapeutycznych. Autorzy kładą nacisk na konieczność dostosowania programów terapii do indywidualnych potrzeb i możliwości dziecka.

Wspomaganie rozwoju dzieci ze złożonymi zespołami zaburzeń
pod red. **Władysława Dykcika** i **Andrzeja Twardowskiego**
wyd. I, Poznań 2004, s. 238
Książka uczy rozumienia zjawisk psychologicznych i społecznych związanych z niepełnosprawnością dziecka oraz pokonywaniem trudnych sytuacji jakie towarzyszą procesowi rozwoju tych dzieci. Przekazuje mało znane metody rehabilitacji, których skuteczność zależy często od subiektywnych właściwości dziecka i jego otoczenia.

Wydawnictwo Via Medica

80-180 Gdańsk, ul. Świętokrzyska 73, tel. 058-326-78-11, faks 058-320-94-60, www.viamedica.pl, e-mail: viamedica@viamedica.pl

Choroby serca i naczyń. Poradnik lekarza rodzinnego
pod red. **Grzegorza Opolskiego**, **Witolda Lukasa**, **Andrzeja Steciwko,** ryc. **Kacper Ziółkowski**
wyd. I, Gdańsk 2006, s. 296
Przewodnik pomocny w uporządkowaniu wiedzy o współczesnych zasadach postępowania z pacjentami dużego ryzyka sercowo-naczyniowego w praktyce ambulatoryjnej. Przypomniano w nim podstawowe zasady prewencji oraz leczenia chorób układu sercowo-naczyniowego. Poza treścią podręcznik odznacza się wyjątkową szatą graficzną.

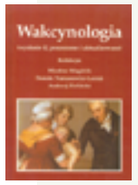
Repetytorium z EKG dla zaawansowanych Rady praktyczne przed egzaminem
Marta E. Starczewska, **Małgorzata M. Pierścińska**
wyd. I, Gdańsk 2006, s. 180
Na polskim rynku brakuje pozycji przedstawiających interpretację EKG w sposób praktyczny. Książka łączy obowiązujące zalecenia europejskie i amerykańskie w zakresie kryteriów EKG z praktycznym spojrzeniem na krzywą EKG i logikę jej rozwiązywania. Podręcznik składa się z 3 części: zasady oceny krzywych EKG, algorytmy oceny rytmu, osi zaburzeń przewodzenia, przerostów, martwicy i niedokrwienia; 50 zapisów EKG wg schematu: krzywa EKG, opis przez osobę poddająca się samoocenie, prawidłowy opis plus komentarz, quz; zestawienie prawidłowych opisów wszystkich EKG.

Kardiologia sportowa
pod red. **Wojciecha Braksatora**, **Artura Mamcarza**, **Mirosława Dłużniewskiego**
wyd. I, Gdańsk 2007, s. 296.
Książka wchodzi w skład „Biblioteki Medycznej PKOl” i jest zalecana przez Polski Komitet Olimpijski. Monografia opracowana przez cenionych ekspertów z różnych ośrodków klinicznych i naukowych. Uzmysławia jak ważne jest tworzenie standardów w postępowaniu i leczeniu w odniesieniu do zawodników kwalifikowanych.

Choroby serca u kobiet w ciąży
pod red. **Grażyny Świąteckiej** i **Zdzisławy Kornacewicz-Jach**
wyd. I, Gdańsk 2006, s. 226
Poszerzone i zmienione wydanie II części „Chorób serca u kobiet”. Autorami rozdziałów są wybitni polscy kardiolodzy. Obecne wydanie zawiera aktualne dane z uwzględnieniem najnowszego piśmiennictwa.

α-medica press

skr. poczt. 333, 43-300 Bielsko-Biała, e-mail: poczta@alfamedica.pl, www.alfamedica.pl, tel. 033-816-90-79, tel. 033-828-13-72



Wakcynologia
red. prof. dr hab. n. med. **Wiesław Magdzik**
prof. dr hab. n. med. **Danuta Naruszewicz-Lesiuk**
prof. dr hab. n. med. **Andrzej Zieliński**
Państwowy Zakład Higieny, Zakład Epidemiologii
wyd. II poszerzone i zaktualizowane, Bielsko-Biała 2007, s. 596
Pierwsze w Polsce tego typu opracowanie całościowe. Publikacja jest podręcznikiem, w którym autorzy prezentują najnowszą wiedzę w zakresie sposobów czynnego i biernego zapobiegania chorobom zakaźnym. Zawarto w nim aktualne informacje o szczepionkach, szczepieniach oraz sposobach dostosowywania programów szczepień do bieżących potrzeb.

Przewodnik antybiotykoterapii 2007
pod red. prof. dr hab. **Danuty Dzierżanowskiej**
wyd. X, Bielsko-Biała 2007, s. 86
Kolejne wydanie opracowania, które stanowi niezbędną pomoc w pracy każdego lekarza. Chcąc uhonorować pamięć inicjatora i pomysłodawcy „Przewodnika antybiotykoterapii” prof. Janusza Jeljaszewicza ogłoszono w tym wydaniu, że została ustanowiona nagroda naukowa, którą może otrzymać lekarz medycyny, magister biologii lub absolwent kierunków pokrewnych za pracę naukową z zakresu chemioterapii i mikrobiologii klinicznej.

Owrzodzenia podudzi. Diagnostyka i leczenie
David Negus, **Philip D. Coleridge Smith**
John J. Bergan
wyd. III, Bielsko-Biała 2006, s. 320
Publikacja przeznaczona dla lekarzy zajmujących się leczeniem przewlekłych schorzeń układu żylnego. W kolejnym wydaniu większość rozdziałów została napisana na nowo. Dodano nowe rozdziały poświęcone zakrzepicy żylnej, mikrokrążeniu, badaniom czynnościowym, leczeniu uciskowemu, przeszczepom skóry, najnowszym osiągnięciom chirurgii żył powierzchownych, skleroterapii oraz echoskleroterapii, chirurgii żył przeszywających, leczeniu niedrożności żył, a także owrzodzeniom nowotworowym. Omówiono także leczenie farmakologiczne oraz leki działające miejscowo.

Elsevier Urban & Partner

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

Anatomia układu ruchu
Zofia Ignasiak
Wrocław 2007, s. 198
Publikacja zawiera rozdziały: Plan budowy ciała ludzkiego; Układ bierny i czynny ruchu; Budowa szkieletu osiowego i głowy; Mięśnie tułowia; Mięśnie tułowia, głowy i szyi; Budowa kończyny górnej; Mięśnie kończyny górnej; Budowa kończyny dolnej; Mięśnie kończyny dolnej. Książka opatrzona wieloma kolorowymi rycinami.

Aerozoloterapia chorób układu oddechowego u dzieci
red. **Andrzej Emeryk**, **Ryszard Kurzawa**, **Anna Brębowicz**
Wrocław 2007, s. 258
Praca zbiorowa poświęcona leczeniu inhalacyjnemu u dzieci. W podręczniku omówiono teoretyczne i praktyczne aspekty tej metody leczenia. Książka przeznaczona dla lekarzy specjalizujących się w zakresie alergologii i pneumonologii, a także lekarzy rodzinnych, pediatrów i pielęgniarek realizujących aerozoloterapię.

Ponadto nadesłano:

Po co facetom sutki? Setki pytań, które zadalibyśmy lekarzowi dopiero po kilku głębszych
William Goldberg M.D., **Mark Leyner**
tłum. **Patryk Gołębiowski**
wyd. I, Warszawa 2006, **Wydawnictwo Natalis**
skr. poczt. 64, 05-075 Warszawa 145, tel. 022-760-86-01, www.natalis.com.pl, e-mail: natalis@natalis.com.pl, s. 160
Zbiór ważnych, dziwnych a niekiedy kuriozalnych pytań medycznych, na które równie konkretnych, co zabawnych odpowiedzi udzielają lekarz pogotowia ratunkowego w Nowym Jorku i pisarz, satyryk i scenarzysta.

Zaryzykuj – zrób to! Lekcja życia
Richard Branson
tłum. **Iwona Podlasek**
wyd. I, Warszawa 2006, **Wydawnictwo Natalis**
skr. poczt. 64, Warszawa 145, s. 120
Autor będąc dyslektykiem, konsekwentnie dążąc do celu swoim życiem zaświadczył, że można osiągnąć wiele. Chce podzielić się ze wszystkimi tym czego się nauczył w swojej drodze do sukcesu. Jego zasady to: Uwierz w siebie; Uwierz, że to co chcesz zrobić jest wykonalne; Żyj pełnią życia; Nigdy się nie poddawaj. Pokazuje w sposób szczery i dowcipny jak te zasady funkcjonują w życiu i jak się ich trzymać.

Notatnik głupiego palanta
Obrazki z życia (wojsko-seks-medycyna)
Zbigniew Jabłoński
Gdynia 2006, s. 388
Autor tak prezentuje książkę: „Fabularyzowana opowieść o czasach pierelu z narracją bieżącą. Głównym bohaterem jest lekarz chirurg, który dwukrotnie został powołany do służby w Marynarce Wojennej, jego kontakty, rozmyślania, przeżycia. Treść jest wielowątkowa, fabuła rozgrywa się m.in. na Wybrzeżu, poza granicami kraju, w szpitalu i na okręcie wojennym. Dotyka spraw polityki, wojska i rodziny, miłości i seksu”. Jest to pamiętnik emocjonalny autora kilku tomików wierszy oraz prozy „Przez Bałtyk po rekord świata”.

I co dalej?
Jan Pietruski, ryc. **Mirosław Hajnos**
Białystok 2006, s. 106, **Biuletyn OIL w Białymstoku**
Autor jest znanym mikrochirurgiem. Wydał około 300 prac naukowych. Należy do UPPL i Światowej Unii Lekarzy Pisarzy. Prezentowana książka jest zbiorem felietonów publikowanych w Biuletynie OIL w Białymstoku w latach 2001-06. Przedstawia w nich swoje poglądy na aktualne sytuacje środowiska lekarskiego. Poszukuje przyczyn kryzysu autorytetu lekarza i obniżenia standardów moralnych.

Albert Schweitzer. Życie, myśli, dzieło
Henryk Gaertner
Wydawnictwo WAM, 31-501 Kraków, ul. Kopernika 26
tel. 012-629-32-00, 012-629-32-60, faks 012-429-50-03
e-mail: wam@wydawnictwowam.pl
e-mail: handel@wydawnictwowam.pl
Monografia poświęcona wybitnemu lekarzowi, który dla wielu jest ideałem współczesnego lekarza, ze względu na wyznawaną przez niego filozofię „czci dla życia”. O tym co uważa on za ideał świadczą słowa skierowane do uczniów: „I jeżeli ja wam mówię, że potrzebujecie ideałów, rzeknę wam równocześnie, że musicie służyć innym. Będziecie ubogimi w życiu, jeżeli wszystkim o czym myślicie będzie to, jak osiągnąć sukces dla siebie. Prawdziwym celem w życiu jest istnieć dla innych, pomóc w spełnieniu tego, co winno być zrobione”. Autor książki przed trzydziestu laty powołał w Krakowie Polskie Towarzystwo Schweitzerowskie. Książka przypomina polskiemu społeczeństwu życiowy dorobek i bogatą spuściznę tej wybitnej postaci wynikającą z wielostronnych zainteresowań i bogatej działalności.

opr. md

Tekst projektu Ustawy jest dostępny na stronie internetowej NIL: **www.nil.org.pl**

Komitet Inicjatywy Ustawodawczej projektu ustawy o zmianie ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty oraz o zmianie ustawy o świadczeniach zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych

WYKAZ OBYWATELI, KTÓRZY UDZIELAJĄ POPARCIA PROJEKTOWI USTAWY O ZMIANIE USTAWY O ZAWODACH LEKARZA I LEKARZA DENTYSTY ORAZ O ZMIANIE USTAWY O ŚWIADCZENIACH ZDROWOTNYCH FINANSOWANYCH ZE ŚRODKÓW PUBLICZNYCH

Lp.	Imię (imiona) i nazwisko	Adres zamieszkania (miejscowość, ulica, nr domu, nr lokalu)	Numer ewidencyjny PESEL	Podpis
1	2	3	4	5

Zebrane podpisy prosimy przesyłać pod adresem: Naczelna Izba Lekarska, 00-764 Warszawa. ul. Sobieskiego 110

Zjazdy koleżeńskie

Wydział Lekarski AM we Wrocławiu, rocznik 1972
Kolejne Spotkanie Jubileuszowe w **Szklarskiej Porębie** w dn. **5-7.10.br.** Komitet Organizacyjny: Andrzej Dorobisz, Grażyna Ossowska (Klabińska), Anna Mazurkiewicz (Metzger), Jerzy Sokołowski. *Kontakt:* ***Grażyna Ossowska, ul. T. Czackiego 34, 51-607 Wrocław****, tel./faks* ***071-348-55-77****, e-mail:* ***atd@vassurg.am.wroc.pl***

Wydział Lekarski AM w Lublinie, rocznik 1977
Zjazd Koleżeński **20.10.br.** w **Nałęczowie, CSW „Energetyk”**, tel. 081-501-46-04, 081-501-40-47. Miejsce spotkania i noclegu, rezerwacja hotelu we własnym zakresie. Koszt uczestnictwa w uroczystej kolacji 200 zł (osoba towarzysząca 150 zł). Wpłaty na konto: Elżbieta Wroczek-Glijer, Lublin 28 1240 2382 1111 0010 1287 4209, z dopiskiem Zjazd 77, z aktualnym adresem zamieszkania lub e-mailowym. *Prosimy o kontakt:* ***Elżbieta Wroczek-Glijer****, tel.* ***0605-988-766****, e-mail:* ***elawroczek@wp.pl****; Grażyna Staroń-Górnicka, tel.* ***0605-722-050****, e-mail:* ***ggornicka@wp.pl****.* Zgłoszenia do 1.09.br.

Wydział Lekarski AM Kraków, rocznik 1977
Zjazd koleżeński w 30 lat po dyplomie. **Kraków – Cedzyna k. Kielc** w dn. **22-24.06.br.** *Kontakt:* ***Bogusław Kowalski****, skr. poczt.* ***1197****,* ***25-150 Kielce 3****, e-mail:* ***zjazd77@wp.pl***

Oddział Stomatologii Wydz. Lekarskiego AM w Poznaniu, rok 1957
Absolwenci, którzy chcieliby wziąć udział w uroczystości odnowienia dyplomu lekarza dentysty po 50 latach pracy zawodowej proszeni są o nadesłanie w nieprzekraczalnym terminie **do 31.05.br.** zgłoszenia (imiona, nazwisko – w przypadku kobiet również nazwisko panieńskie, data i miejsce urodzenia oraz kserokopia dyplomu) na adres: ***Akademia Medyczna im. K. Marcinkowskiego Dziekanat Oddziału Stomatologii Collegium Stomatologicum, ul. Bukowska 70 (II piętro D-2), 60-812 Poznań****, tel./faks* ***061-854-71-35***

Rok ukończenia 1972 i stom. 1971 ŚIAM Katowice
Zjazd po 35 latach - **Ustroń-Muflon, 26-27.05.br.** *Kontakt:* ***A. Szczudło****, tel.* ***060-633-94-53****.*

Wydział Stomatologii AM w Warszawie, lata 1952-1957
Z okazji 50 rocznicy ukończenia studiów spotkanie połączone z ceremonią odnowienia dyplomu, w **piątek 19.10.br., o godz. 14.00 w gmachu AM przy ul. Żwirki i Wigury 61, róg ul. Trojdena**. Przewidywane koszty: absolwenci - 150 zł, os. towarzyszące - 100 zł. Kwoty obejmują koszty organizacyjne oraz obiad koleżeński. Zgłoszenia do końca maja br., *na adres:* ***Hanna Lecyk (z d. Ćwiok) 02-670 Warszawa, ul. Puławska 166 m. 3.*** Wpłaty na konto: Polbank EFG 02 2340 0009 0080 1030 0000 6814. Najpóźniej do końca maja. *Informacje:* ***Hanna Różyczka****, tel.* ***022-701-81-78****,* ***0604-155-422****;* ***Hanna Lecyk****, tel.* ***022-843-18-54****,* ***0608-441-558****.*

Studia medyczne AM w Warszawie, rocznik 1987
W dn. **26-27.05.br.** zjazd absolwentów AM w Warszawie, rocznik 1987, **w ośrodku hotelowym „500” w Zegrzu pod Warszawą**. Wpłaty w wysokości 300 zł na konto nr: 61 1020 1055 0000 9902 0015 8477 - PKO BP V/O w Warszawie („Stowarzyszenie Wspierania Laryngologii na Banacha”- Koniecznie należy zaznaczyć cel wpłaty: BAL XX LAT). Jest to orientacyjny koszt udziału 1 osoby wraz z opłatą za nocleg 26/27.05.br.). *Kontakt:* ***Jarosław Balcerzak (j.balcerzak@chello.pl)****,* ***Krzysztof Berak (krzysio@mp.pl)****.* Pozdrawiamy i zapraszamy. Komitet Organizacyjny obchodów 20 rocznicy ukończenia studiów medycznych rocznik 1987.

Wydział Stomatologii AM w Warszawie, rocznik 1977
Planujemy zjazd koleżeński z okazji 30 rocznicy ukończenia studiów, termin spotkania jesień (październik, listopad) br. Wszystkich zainteresowanych prosimy o kontakt telefoniczny lub e-mail. ***Kol. Anna Tarkowska****, tel.* ***0503-177-721****, e-mail:* ***annatark@op.pl****.* Prosimy o przekazanie informacji znanym Wam absolwentom rocznika 1977.

Absolwenci Śląskiej AM z dypl. lek. med. i stom. uzyskanym w 1957 r.
W związku z przygotowaniami do uroczystości 50-lecia odnowy dyplomu władze ŚIAM proszą o *zarejestrowanie się w* ***Dziekanacie Wydziału Zabrzańskiego*** *u* ***pani Julity Prabuckiej****,* do 31.05.br. Proszę podać datę otrzymania dyplomu, adres z kodem miasta oraz telefon z numerem kierunkowym, ewentualnie e-mail. *Adres Dziekanatu:* ***Plac Traugutta 2, 41-800 Zabrze****, tel.* ***032-271-26-41****, e-mail:* ***doktoratyzab@slam.katowice.pl****.* Absolwenci z 1957 r., którzy zarejestrowali się w roku 2006, nie muszą ponownie się rejestrować. O terminie i programie uroczystości powiadomimy indywidualnie każdego zarejestrowanego. Zyga Wawrzynek Stowarzyszenie Wychowanków ŚIAM. Zjazdy koleżeńskie w Internecie: **www.absolwentus.pl**

Wydział Lekarski AM we Wrocławiu, rocznik 1957
Trzecie już spotkanie koleżeńskie z okazji 50 rocznicy ukończenia AM, **22.09.br. (sobota)**. Opłata od absolwenta/osoby towarzyszącej 200 zł. Wpłaty na konto DIL we Wrocławiu: 17 1540 1030 2001 7753 6075 0001 do 30.06.br., z dopiskiem „Zjazd 1957”. Panie prosimy o podanie nazwiska obecnego oraz z okresu studiów. Zakwaterowanie we własnym zakresie; podajemy strony z miejscami hotelowymi: www.orbis.pl, www.wroclaw.pl (przewodnik turystyczny – hotele). *Informacje:* ***Jerzy Kralisz****, tel.* ***071-36-44-538****;* ***Patrycja Malec****, DIL we Wrocławiu, tel.* ***071-79-88-068****, e-mail:* ***patrycja.malec@dilnet.wroc.pl***

Wydział Lekarski AM w Poznaniu, rocznik 1987
6.10.br., z okazji 20 rocznicy zakończenia studiów zjazd koleżeński w **Hotelu Trawiński w Poznaniu**. Koszt uczestnictwa 200 zł, nr konta 50 1020 4027 0000 1502 0228 6060 (nazwa w. Draber), z dopiskiem „Zjazd”. Możliwość rezerwacji noclegów po promocyjnych cenach. Organizator: Witold Draber. *Kontakt i zgłoszenia: tel.* ***0601-452-024****, faks* ***061-866-37-35****, e-mail:* ***dyrektor@ratownictwo.med.pl***

Zjazdy koleżeńskie w Internecie www.absolventus.pl
Serwis pomoże Państwu zorganizować zjazd absolwentów. Przyjazny układ i ergonomiczna budowa umożliwiają szybkie wyszukanie informacji oraz dodanie informacji o nowym zjeździe.

Apel o pomoc

Pomóżmy Magdzie!
Magdalena Turczyn, 27-letnia lekarka z Krosna, cierpi na nowotwór złośliwy lewego oczodołu, grozi jej utrata oka.
Ma już za sobą trzy cykle chemioterapii, radioterapię i ponownie chemię. Konieczna jest bardzo skomplikowana i kosztowna operacja w Hanowerze.
Podajemy numer, na który można wpłacać pieniądze: **Fundacja Otwartych Serc im. Bogusi Nikiel-Ostrowskiej** Bank Śląski o/Krosno, nr **58 1050 1458 1000 0022 8442 0169**, z dopiskiem ***„Dla Magdy”***.

Fundacja „Ocalenie” od 7 lat niesie pomoc osobom polskiego pochodzenia zamieszkującym Zakaukazie, repatriantom z tych terenów oraz uchodźcom przebywającym w RP.
Z prośbą o pomoc zwrócił się do nas młody Czeczen, który w trakcie wojny stracił nogę wchodząc na minę. W Polsce otrzymał status uchodźcy. Zbiera środki na protezę, którą wykonał dla niego zakład ortopedyczny w Białymstoku. Koszt wykonania protezy to kwota 6418 zł – brakująca kwota to 4168 zł. Z powodu braku płatności cudzoziemiec nie może odebrać tak bardzo dla niego potrzebnej protezy. Prosimy o wsparcie finansowe i pomoc dla niego.
Fundacja „Ocalenie”, ul. Mokotowska 14, lok. 709, 00-561 Warszawa,
tel./faks: **+48-22-628-55-76**, e-mail: **ocalenie@wp.pl**.
Pekao S.A. I O/Warszawa nr **77 1240 1037 1111 0000 0694 05 20**

Rzuć palenie razem z nami

Na tygodniową wycieczkę do Rzymu i Wenecji pojedzie dr ***Katarzyna Sapeta z Małogoszczy (woj. świętokrzyskie)****, laureatka konkursu wieńczącego ubiegłoroczną akcję „Rzuć palenie razem z nami”. N/z: Zofia Dzik z Fundacji Promocja Zdrowia i Klaudiusz Komor oraz Konstanty Radziwiłł, prezes NRL w chwilę po wylosowaniu szczęśliwego kuponu.*

Fot. Marek Stankiewicz