

4 2009

Gazeta
Lekarska
Pismo Izby Lekarskich
94 12 2990 NSSI
Egzemplarz bezpłatny



LEP
nareszcie
odtajniony



Koniec z testami z kosmosu

Jeszcze jesienią ub. roku luminarze medycyny zielenieli ze złości, kiedy ośmielałem się dowiedzieć, dlaczego nie ujawniają pytań po przeprowadzonym LEP-ie. „To nie jest sprawdzian ze znajomości bazy pytań, lecz medycyny” – irytowali się organizatorzy egzaminu. Aż tu nagle niespodzianka, bo tym razem ujawniono pytania i prawidłowe odpowiedzi oraz opublikowano je w Internecie. Co więcej, nikomu nie zwało to kapelusza z głowy. Nasi mistrzowie mogą w nich dostojnie paradować, tym bardziej że tajfun ominął także zdających specjalizację z interny. Wystarczyła tylko zmiana konsultanta krajowego, aby zamiast połowy tylko co jedenasty kandydat na internistę sobie nie poradził. „Nareszcie zostaliśmy potraktowani poważnie jako grupa zawodowa” – mówili uradowani lekarze zaraz po ogłoszeniu wyników. Test zawierał pytania na wysokim poziomie, ale o różnym stopniu trudności. Były pytania szybkie, oczywiste, ale było naprawdę sporo takich, nad którymi mocno trzeba się było pogłowić. Natomiast nie było pytań zawiłych ani pytań „z kosmosu”, jak w poprzedniej sesji – podkreślali świeżo upieczeni specjaliści.

Wynik egzaminu był nareszcie zgodny z krzywą Gaussa. Na egzamin nie zgłosiło się wprawdzie aż 114 osób, ale to już ich sprawa. W niejednym domu skończyła się gehenna, którą cała rodzina żyła od blisko półtora roku. Czy więc w przyszłości będzie łatwiej zdobyć specjalizację? „Chciałbym, aby egzamin sprawdzał umiejętność wyboru właściwych rozwiązań dotyczących diagnostyki, rozpoznawania i leczenia najczęściej spotykanych jednostek chorobowych. Na pewno nie będzie łatwy” – zapowiada doc. Jacek Imiela. I dobrze, bo egzamin państwowy to nie loteria ani totolotek, lecz sprawdzenie wiedzy nabywanej i utrwalanej przez lata pracy z chorymi. Okazuje się, że zmiany trenerów bywają zbawienne nie tylko dla zagrożonych klubów piłkarskich.

Na tegorocznym LEP-ie i LDEP-ie znów bezkonkurencyjne były panie: Aleksandra Pieroszkiewicz z Wrocławia (177 pkt.), której marzy się ortodoncja oraz Katarzyna Grzegorzczak z Krakowa (174 pkt.), która twierdzi, że „z interną jej po drodze”. Chcemy leczyć ludzi – odpowiadają niemal chórem na pytanie o plany na przyszłość. O tym, czy nasze prymuski zostaną w Polsce, zadecyduje jak zwykle ilość kłód rzuconych im pod nogi przez różnych mądrali i ulepszcaczy systemu ochrony zdrowia, jak również operatywność agencji pośrednictwa pracy za granicą, od ofert których aż kipi nasza „Gazeta”.

Zachęcam do lektury!

Marek Stankiewicz
naczelnny@gazetalekarska.pl

W numerze między innymi

Żegnaj Profesorze	4
Okiem Prezesa	5
Wielkanoc	6-7
Czy lekarze boją się euro?	10-11
Czy warto walczyć o reformę?	12
LEP wreszcie odtajniony	13
Cywilizacja soli	14-15
W ogniu kontroli	16-18
U stomatologów	20-21
Refundacja jak ogon pawia	22-23
Pediatrya w zagrożeniu	24-25
Obowiązek zgłaszania przypadków przemocy wobec dzieci	26-31
Przychodzi lekarz do prawnika	32-33
Winem i mieczem	34-35
Jerzy Bujalski – droga do gazu	36-37
Lekarski sport	38-41
Kalendarz: kursy, szkolenia, zjazdy	42-43
Książki nadesłane	44
Praca: konkursy, zatrudnię, szukam	45-59
Ogłoszenia różne	60
Program TVN Med	61



Radosnych Świąt
Wielkiej Nocy

życzy redakcja

Baza polskich lekarzy za granicą
www.polscylekarze.org

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

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



Żegnaj Profesorze

Konstanty Radziwiłł prezydentem-elektem CPME

W dn. 13-14 marca br. w Pradze obradował
Stały Komitet Lekarzy Europejskich (CPME).

Kulminacyjnym punktem obrad Komitetu Wykonawczego CPME były wybory prezydenta na lata 2010-2011. Prezydentem CPME jednogłośnie został wybrany Konstanty Radziwiłł. Przypomnijmy, że K. Radziwiłł jest w bieżącej kadencji wiceprezydentem i przewodniczącym Grupy Roboczej ds. Strategii, która zajmuje się zmianami w zakresie funkcjonowania CPME. Jednocześnie wybór przedstawiciela polskiego samorządu lekarskiego na stanowisko prezydenta najważniejszej organizacji lekarskiej w Unii Europejskiej jest rezultatem długoletniej, stale rosnącej aktywności Naczelnej Izby Lekarskiej na forum międzynarodowym – podkreślają polscy uczestnicy praskiego spotkania Klaudiusz Komor, Maciej Hamankiewicz i Marek Szewczyński.

Wiceprezydentami zostali: Frank-Ulrich Montgomery z Niemiec, Milan Kubek z Czech, Rolanda Lemye z Belgii i Joerg Pruckner z Austrii, a skarbnikiem Katrin Fjelsted z Islandii.

Upoważniono Komitet Wykonawczy CPME do opracowania projektu zmian w Statucie CPME w celu wprowadzenia ważnego systemu głosów (na podstawie dokumentu przygotowanego przez Grupę Roboczą pod przewodnictwem Konstantego Radziwiłła) oraz przyjęto stanowiska w sprawie: zdrowia psychicznego w miejscu pracy, kontroli produkcji i rozpowszechniania produktów tytoniowych, Zielonej Księgi Komisji Europejskiej w sprawie pracowników ochrony zdrowia w Europie.

Przypomnijmy, że CPME to międzynarodowe stowarzyszenie *non-profit* skupiające główne krajowe stowarzyszenia medyczne z Unii Europejskiej i Europejskiego Obszaru Gospodarczego – w sumie 29 członków. Reprezentuje blisko 2 mln lekarzy z państw UE.

Cele CPME to przede wszystkim: promowanie najlepszych standardów kształcenia medycznego i praktyki lekarskiej, celem osiągania jak najwyższej jakości usług medycznych oferowanych pacjentom w całej Europie; promowanie zdrowia publicznego i związków między pacjentami a lekarzami; popieranie swobodnego przepływu lekarzy pomiędzy państwami członkowskimi UE i uznawanie dyplomów; reprezentowanie zawodu medycznego w państwach Unii przed instytucjami europejskimi.

CPME aktywnie współpracuje z instytucjami Unii Europejskiej. Dostarcza im ekspertyzy i opinii dotyczących medycyny i zawodów z nią związanych.

Obecnie prezydentem CPME (na lata 2008-2009) jest dr Michael Wilks z Wielkiej Brytanii.

Marek Szewczyński

Okiem Prezesa



Szesnastego lutego zmarł jeden z nestorów polskiej medycyny, profesor Edward Rużyłło. Wspaniały lekarz, zaangażowany Polak, żołnierz polskiej armii na Zachodzie, nauczyciel pokoleń lekarzy, dobry człowiek. Dożywając prawie stu lat służył nam niespotykanym doświadczeniem czasu budowania II Rzeczypospolitej, walki o niepodległość, odbudowy Polski po II wojnie światowej i zmiennych kolei losów polskiej medycyny i ochrony zdrowia w tych tak różnych epokach. W ostatnim roku swojego życia podjął inicjatywę, dzięki której powstała Konferencja Prezesów Towarzystw Lekarskich będąca forum najważniejszych przedstawicieli polskiej medycyny i samorządu lekarskiego. Szkoda, że już nie usłyszymy jego pouczeń wygłaszanych cichym, ale zdecydowanym głosem.

Ósmego marca odszedł profesor Zbigniew Religa, jeden z największych luminarzy polskiej medycyny XX w. Wielki lekarz, gorący przyjaciel chorych, niezależny człowiek, polityk. Wielki, to nie znaczy święty. Każdy ma swoje wady i Pan Profesor też je miał. Ale niewielu ma jego odwagę mówienia w oczy rzeczy niepopularnych. Nam, lekarzom, przypominał wielokrotnie, choć nie zawsze przyjmowany z entuzjazmem, o podstawowych zasadach naszego zawodu. Dobro chorego stawiał, jak nakazuje Kodeks Etyki Lekarskiej, na pierwszym miejscu. Niewielu miał bliskich przyjaciół, ale ci skoczyliby za nim w ogień. Jego wkład w rozwój polskiej medycyny jest nie do przecenienia. Dzięki swojej bezkompromisowości w obronie chorych oraz umiejętności zjednywania sobie sympatii mediów i społeczeństwa realizował projekty dające szansę na życie wielu śmiertelnie chorym. Sam do niedawna jeszcze operował. Do polityki poszedł nie po zaszczyty; miał je przecież już za sobą. Chciał i na tym polu walczyć o rozwiązania najlepsze dla chorych. Będąc z przekonania liberałem zawsze jednak podkreślał, że prawa wolnego rynku nie mogą zastąpić państwa w zapewnianiu opieki zdrowotnej najsłabszym grupom społecznym. Po jego odejściu nic nie wypełni miejsca, które zajmował w polskiej medycynie i polityce.

Siedemnastego lutego runął na ziemię śmigłowiec Lotniczego Pogotowia Ratunkowego zmierzający na miejsce katastrofy drogowej pod Wrocławiem. Na miejscu zginęli pilot i ratownik. Dr Andrzej Nabzdyk, który z ciężkimi obrażeniami trafił do szpitala, żyje. Wraca do domu, ale będzie wymagał długiej i niestety w naszych warunkach prawdopodobnie kosztownej rehabilitacji. Wielu kolegów już pospieszyło z pomocą. Każdy, kto chciałby pomóc, może dokonać wpłaty na konto Stowarzyszenia Wspierania Inicjatyw Lokalnych AS w Sobótce, ul. św. Jakuba 3 (z dopiskiem na leczenie i rehabilitację lekarza Andrzeja Nabzdyka): NRB 93 9574 1015 2003 0200 0884 0101.

Zbliżają się Święta Wielkiej Nocy. Okres przed nimi to czas namysłu i przemiany. Niech smutne i dramatyczne wydarzenia ostatnich tygodni pomogą nam zastanowić się nad tym, co najważniejsze. Najbliższym zmarłym życzę pocieszenia. Wszystkim życzę przeżycia w czasie Świąt tej najprawdziwszej Radości, a także szczęśliwych chwil odpoczynku wśród najbliższych.

Konstanty Radziwiłł

Wielkanoc

Redaktor „Gazety Lekarskiej” prosił mnie, abym napisał Słowo na Wielkanoc. Czynię to już od wielu lat. Zadzwonił zaraz po Środzie Popielcowej, gdy przez posypanie głów popiołem i słowa „Nawracajcie się i wierzcie w Ewangelię” cały chrześcijański świat rozpoczął przygotowanie do święta Paschy, czyli Wielkiej Nocy.

Dwie tylko noce w roku obchodzi Kościół w sposób uroczysty. Jedną z tych nocy nazywa „Świątą”. Drugiej nadał miano „Wielka”. Pierwsza ukazała światu miłość Boga, rodzącego się na ziemi, jako Dziecię. Drugiej nadano miano „Wielka”. Wielka, bo olśniła ludzi triumfem i potęgą Zmartwychwstania. Uroczystość ta zajmuje pierwsze miejsce w hierarchii świąt chrześcijańskich. Przez pierwsze trzy wieki Zmartwychwstanie było jedynym świętem. Nazywa się je Wielką Nocą, bo – według tradycji – zmartwychwstanie dokonało się o świcie, ok. godziny 4 rano.

Powstanie z martwych było największym dowodem Boskiej godności Jezusa.

Apostołowie obchodzili je w święto Paschy, bo dokonało się dzień po niej, a od II wieku chrześcijanie celebrują je w pierwszą niedzielę po pełni wiosennej (zrównanie dnia z nocą), po 21 marca. Zatwierdził to w 325 r. Sobór Nicejski.

Misterium Zmartwychwstania Chrystusa jest wydarzeniem rzeczywistym, które posiadało potwierdzone historycznie znaki, jak świadczy o tym Nowy Testament. Już około 56 r. św. Paweł może napisać do Koryntian: *Przekazałem wam na początku to, co przejąłem: że Chrystus umarł – zgodnie z Pismem – za nasze grzechy, że został pogrzebany, że zmartwychwstał trzeciego dnia, zgodnie z Pismem; i że ukazał się Kefasowi, a potem Dwunastu* (1 Kor 15, 3-4).

Zmartwychwstanie Chrystusa jest dla nas – wierzących – faktem, co do którego nie trzeba nas przekonywać, ani nam udowadniać. Jest to dla nas – na pewno – podstawa naszej wiary, bo jak mówi św. Paweł: *Jeśli nie ma zmartwychwstania, to i Chrystus nie zmartwychwstał. A jeśli Chrystus nie zmartwychwstał, daremne jest nasze nauczanie, próżna jest także wasza wiara* (1 Kor 15, 13-14). Co do tego nie mamy na pewno wątpliwości, chociaż Zmartwychwstanie Chrystusa jest raczej faktem, którego rozumowo nie da się udowodnić.

Zastanawiające jest jednak to, że nie wszyscy zdajemy sobie sprawę z innego, o wiele bardziej oczywistego faktu, a mianowicie, że nie ma zmartwychwstania bez uprzedniej śmierci. Oczywiście jest, że każdy z nas kiedyś umrze. To jest od nas niezależne i na to nie

mamy wpływu. A jako lekarze jesteście bardzo często świadkami wielu ludzkich śmierci.

Chodzi jednak o inną śmierć i o inne zmartwychwstanie. Chrystus przez dzisiejsze święto powołuje nas do ustawicznego procesu zmartwychwstawania, powstawania na nowo, a to wymaga uprzedniej śmierci. Muszę umrzeć sobie, umierać swoim drobnym i większym grzechom, słabościom, zachciankom, egoizmowi, pragnieniu posiadania, urządzania się, „zabezpieczania” sobie wygodnego gniazdka na tej ziemi. Radykalizm ewangeliczny jest tutaj bardzo daleko posunięty: *Jeżeli ziarno pszenicy wpadłszy w ziemię nie obumrze, (...) Ten, kto kocha swoje życie, Straci je* (...) (J 12, 24-25). Tylko czy mnie ta prawda o Zmartwychwstaniu Chrystusa jeszcze obchodzi? Czy dla mnie ma ona jeszcze jakieś znaczenie?

W jednej parafii proboszcz pracujący tam od lat nie umiał sobie poradzić z obojętnością i słabą wiarą swoich parafian. Jego kazania nigdy nie były doceniane, jego działania zawsze krytykowano, jego pracę lekceważono, a z upomnień się śmiano. Zniechęcony wieloletnimi wysiłkami w pewną wielkanocną niedzielę powiedział najkrótsze kazanie:

„Chrystus naprawdę zmartwychwstał, tylko że wy i tak w to nie wierzycie! I dlatego nigdy nie zmartwychwstaniecie.”

Czasami i ja mam ochotę takie samo kazanie powtórzyć. My nadal nie wierzymy w zmartwychwstanie Chrystusa. Zmartwychwstanie Chrystusa jest również fundamentem nadziei naszego zmartwychwstania. Anioł ogłasza: *Zmartwychwstał Pan prawdziwie!* To słowo „prawdziwie” wyłącza fakt zmartwychwstania z kręgu nieprawdziwych poglądów, niedopowiedzianych twierdzeń i domysłów z kręgu pobożnych życzeń – i czyni z niego fundamentalną prawdę, na której Piotr i uczniowie oprą swą apostołską misję. Zmartwychwstanie Pańskie jest podstawą naszej wiary. Bez fizycznego zmartwychwstania

Chrystusa nie ma zbawienia. Gdyby Jezus leżał zabalsamowany w grobowcu gdzieś w pobliżu Jerozolimy, a miliony turystów corocznie odwiedzających Izrael, odwiedzając ten grobowiec, oddawałyby Mu cześć boską, chrześcijaństwo byłoby zwyczajną legendą. W pielgrzymce do Ziemi Świętej z lekarzami z wiarą doświadczaliśmy nawiedzin Bożego Grobu w jerozolimskiej świątyni. Doświadczaliśmy wiary wkładając ręce w miejsce, gdzie stał Krzyż na Golgocie.

Snując tę myśl można ulec niedowiarstwu tysięcy lekarzy, którzy od wielu lat podlegają smutkowi i zawie-

dzeniu w służbie zdrowia. Wszystkie bowiem nadzieje na poprawę losu lekarzy, pielęgniarek i położnych, pacjentów 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.

Warszawa, 2.03.2009 r.

*ks. Józef Jachimczak CM
krajowy duszpasterz służby zdrowia*

REKLAMA

REKLAMA





Lekarska Biesiada Literacka



W dn. 6-7 marca br. w siedzibie łódzkiej OIL odbyła już dziewiąta z kolei, Ogólnopolska Biesiada Literacka. Tym razem towarzyszyły jej dwa dodatkowe spotkania: Nadzwyczajny Walny Zjazd Unii Polskich Pisarzy Lekarzy oraz warsztaty literackie UPPL.

Zjazd zwołano dla rozpatrzenia wniosku Kapituły Medalu Jana z Ludziska o przyznanie tego wyróżnienia dwóm wybitnym polskim lekarzom humanistom, profesorom: Andrzejowi Szczeklikowi i Jerzemu Woy-Wojciechowskiemu.

Andrzej Szczeklik, kierownik II Katedry Chorób Wewnętrznych Collegium Medicum UJ i b. rektor Akademii Medycznej w Krakowie, należy do najwybitniejszych przedstawicieli nauk medycznych w Polsce. Jest uczonym światowego formatu, autorem ponad pięciuset prac naukowych oraz wielu podręczników z medycyny wewnętrznej. Jest autorem książek nt. humanistycznych i duchowych problemów medycyny: „Katharsis” i „Kore”.

Drugi laureat, Jerzy Woy-Wojciechowski, ortopeda i specjalista medycyny nuklearnej, wieloletni prezes Polskiego Towarzystwa Lekarskiego, jest znanym działaczem społecznym w środowisku lekarskim, m.in. inicjatorem budowy Domu Lekarza Seniora. Jako prezes PTL zainicjował szereg działań promujących twórczość artystyczną lekarzy. Sam jest także kompozytorem, twórcą ponad 200 piosenek, w tym słynnych „Kormoranów”.

Patron Medalu Jan z Ludziska (ok. 1400-1460) to postać cokolwiek zapomniana. Był profesorem medycyny na Uniwersytecie Krakowskim. Uważany jest za jednego z prekursorów Odrodzenia w Polsce. Unia Polskich Pisarzy Lekarzy obrała go za patrona Medalu,

którym wyróżnia osoby i instytucje szczególnie zasłużone w krzewieniu humanizmu w medycynie.

IX Ogólnopolską Biesiadę Literacką zorganizowała, podobnie jak poprzednie, Barbara Szeffer-Marcinkowska. Liczne grono lekarzy, będących lub nie będących członkami UPPL, prezentowało krótkie fragmenty swojej twórczości poetyckiej lub prozatorskiej. Wystąpienia autorów swoimi komentarzami opatrzył krytyk literacki Mariusz Gołąb z Uniwersytetu Łódzkiego, który poprowadził również warsztaty literackie. Jak zwykle dopisała także publiczność, która w tradycyjnym już plebiscycie wyróżniła „łykiem ambrozji” Joannę Czajkowską za prezentowane wiersze.

Marek Pawlikowski

REKLAMA

REKLAMA

REKLAMA

REKLAMA

Czy lekarze boją się Euro?

Już na początku 2002 r. euro zastąpiło waluty narodowe 12 państw Unii Europejskiej (bez Wielkiej Brytanii, Danii i Szwecji). Legendarne niemieckie marki, francuskie i belgijskie franki, austriackie szylingi, holenderskie guldeny, a nawet skromne greckie drachmy straciły status prawnego środka płatniczego. I nikt poważny nie robi tam z tego narodowej tragedii ani oskarża o zdradę narodową. Wszyscy nowi członkowie UE przyjmą euro, pod warunkiem, że spełnią wymagane kryteria. Słowenii i Słowacji już to się udało.

Oczywiście, można sztywno związać swą walutę z inną bez przystępowania do wspólnego obszaru walutowego (np. Panama używa jako waluty dolara USA). Oznacza to jednak wciąż dużą niepewność i brak pełnego zaufania do polityki gospodarczej. Do euro Polakom się nie pali. 47 proc. chciałoby jak najszybciej płacić za swe zakupy w euro, 46 proc. zdecydowanie woli złotego. Ponad dwie trzecie badanych (69 proc.) uważa, że euro nie zagrozi naszej suwerenności, a 49 proc. – że wzmocni polską gospodarkę. 42 proc. jest zdania, że eurowaluta złagodzi skutki kryzysu gospodarczego (przeciwne zdania jest 41 proc.). Wśród

zwolenników euro przeważają ludzie młodzi, głównie mężczyźni i osoby z wyższym wykształceniem. Sceptyczne nastawienie wykazało 48 proc. badanych kobiet. Również 57 proc. badanych w wieku powyżej 59 roku życia jest przeciwnie wspólnej walucie. W kwestii własnej kieszeni już mamy więcej obaw. Ponad połowa respondentów (53 proc.) spodziewa się po wprowadzeniu euro pogorszenia sytuacji materialnej swojej rodziny, a tylko 29 proc. – poprawy. Zapytaliśmy więc naszych Czytelników, lekarzy i lekarzy dentyistów z różnych zakątków Polski:

Czy euro zaszkodzi im w życiu i pracy, i stanie kością w gardle? A może będzie szansą na spokojniejsze życie i skuteczniejsze leczenie chorych w prywatnych praktykach i publicznych szpitalach?

Obecność w Unii już przyniosła lekarzom wymierne korzyści, nie tylko te polityczne, ale również materialne. Od możliwości swobodnego podróżowania po sytuację, w której medyczny rynek pracy stał się rynkiem pracownika, a nie jak dotąd pracodawcy. Każda zmiana budzi niepewność i obawy. Przyjęcie euro to jednak konsekwencja powszechnej decyzji Polaków. Szkoda, że Polska zmarnowała szansę, by euro przeliczyć na 3,20 PLN. W najlepszym przypadku to zaniechanie – a kierując te pretensje do dzisiejszej opozycji – będzie każdego z nas kosztowało ok. 30 proc. naszych dochodów. Nie mam złudzeń, że wprowadzenie euro będzie wiązało się z kosztami. Zamiast pytania, czy się boję, należałoby zapytać, czy warto. Jestem przekonany, że tak.

*Śławomir Smół,
neurochirurg z Poznania*

Euro w niczym nam nie zagrozi, choć nie wiem jak ma się przełożyć na „lepsze służeńie pacjentom”. Ja nie służę, ja pomagam, leczę, diagnozuję i wykonuję inne procedury medyczne. Euro spowoduje podniesie cen w Polsce, podobnie jak to było w Niemczech. Doświadczyłam tego na własnej skórze. Kalafior kosztował 1 markę, po przejściu na euro – 1 euro. Tylko pensje tak samo nie wzrosły. Bez pośpiechu, choć fajnie byłoby być w strefie euro.

*Joanna Pawłowicz-Radosz
lekarz rodzinny ze Szczytna*

Większa przejrzystość cen, jaką niesie euro, to łatwiejszy wybór zagranicznych dostawców i odbiorców – prościej jest porównywać ich oferty, wyrażone w tej samej walucie. Euro już dawno jest dla polskich przedsiębiorstw walutą kontraktów i płatności, w której mogą

być zarówno zaciągane kredyty, jak również emitowane instrumenty dłużne. A praktyka lekarska to przecież przedsiębiorstwo, które ma się rozwijać, z którego mamy dostatnio żyć, spokojnie pracować i leczyć ludzi, i które kiedyś zostawimy w spadku naszym dzieciom, tak jak robili to przez pokolenia nasi koledzy na Zachodzie.

*Krzysztof, lat 29,
w trakcie specjalizacji z laryngologii
na Lubelszczyźnie*

Moim zdaniem poprawi relację w poziomie płac lekarzy, a tym samym zatrzyma ich w Polsce. Szkoda, że to już dawno nie stało się za sprawą politycznych decyzji kolejnych rządów. Usługa medyczna będzie droższa, ale za to dostępna i lepszej jakości, podobnie jak to już dziś jest w stomatologii.

*Roman Żuralski
z Ilawy*

Ja tam zawsze będę wołał złotówki. I tak nie mam ich za wiele. Tradycyjna polska waluta, a nie tam jakieś nie wiadomo co i przez kogo podrzucone. Przynajmniej wiem, ile mam i na co mogę sobie pozwolić. A te zmiany kursów to mnie tylko denerwują. Tyle lat przepracowałem i nikt mnie o nic takiego nigdy nie pytał. Nie macie już większych zmartwień? Lepiej powiedzcie, jak nam, lekarzom emerytom, ułatwić dostęp do tej „waszej liberalnej służby zdrowia”.

*Adam,
emerytowany radiolog z Mazowsza*



Nie ma znaczenia, czy się umiemy na euro czy złotówkę. Ważne jaką wartość ma pieniądź; jeśli euro będzie wymienne na złotówkę w stosunku 1:1, to takie euro może być. Jeśli zaś wartość 1 euro będzie 10 zł, to ja dziękuję za taką wymianę.

*Krzysztof
Marchewka,
pediatra
z Tarnobrzega*

Jestem za wprowadzeniem euro, bo wówczas porównamy siłę nabywczą naszych zarobków z lekarzami pracującymi w innych krajach Unii. Może to będzie impulsem dla wszystkich lekarzy, a nie tylko niektórych członków władz samorządu lekarskiego do podjęcia działań dotyczących kompleksowej reformy służby zdrowia.

*Janusz Kleinrok,
lekarz dentyista z Lublina*

Za mało się chyba na tym znam. Może to strach przed przewalutowaniem naszych wynagrodzeń? Już to kiedyś

przerabialiśmy przy denominacji. Za kilogram cieleciny na bazarze nie płacimy dziś milionami. Zawsze lepiej zarabiać kilka tysięcy złotych niż kilkaset euro. Do tego dochodzą obawy przed wzrostem cen.

*Anka,
pediatra z Podkarpacia*

Trzeba z żywymi naprzód iść, a nie w uwiędłych laurów liść z uporem stroić głowę! – zacytuję na zachętę za Adamem Asnykiem. Za komuny pracowałem przez wiele lat w Niemczech. Marka to był poważny pieniądź. Zarabiałem tyle dziennie, co w Polsce przez dwa miesiące. I to było coś. Dziś euro to taki sam pieniądź jak każdy. A złotówka? – przed chwilą robiła za pawia Europy Środkowej, a dziś robi... pod siebie! 30 proc. w dół w pół roku. A euro trzyma się dobrze. Teraz właśnie widać na tle reszty Unii tę doktorską nędzę w medycznym PRL-bis, jaki wciąż mamy w tzw. służbie zdrowia.

*Marek Stachowicz,
lekarz rodzinny i chirurg,
Polanów, woj. zachodniopomorskie*

Euro jest problemem ekonomicznym i pewnie dotknie nas wszystkich w równym stopniu. Wzorem innych państw europejskich, również w Polsce będzie to oznaczało zwiększenie cen, opłat, ale niestety nie pensji. Nie zgadzam się na takie określenie jak: służeńie pacjentom. Zakłada ono bierność i roszczeniowe nastawienie ludzi poszukujących pomocy. Nie tędy droga! Współpraca lekarza z pacjentem jest kluczem do sukcesu. I w tym kontekście waluta europejska nie będzie miała wpływu na dalszą kooperację. Może jedynie stać się dodatkowym powodem frustracji i ja, jako psychiatra, będę miała jeszcze więcej pacjentów, pewnie również wśród lekarzy.

*Aneta Radel-Mossakowska,
Olsztyn*

opr. Marek Stankiewicz

Czy warto walczyć o reformę?



foto: Marek Stankiewicz

Ogólnopolski Związek Zawodowy Lekarzy od początku swojego istnienia prowadził działalność na dwóch polach. Po pierwsze, działalność roszczeniową, polegającą na tym, aby w obowiązującym systemie prawnym wywalczyć jak najlepsze warunki płacy i pracy dla lekarzy. Po drugie, działania na rzecz zmiany systemu opieki zdrowotnej w kierunku – generalnie – rynkowym.

O ile ten pierwszy rodzaj działalności nie budził nigdy wątpliwości członków OZZL, o tyle ten drugi miał zawsze pewną grupę przeciwników. Twierdzili oni, że nie jest zadaniem związku zawodowego ani lekarzy proponowanie rozwiązań systemowych dla ochrony zdrowia i zajmowanie się jej reformą. Lekarz powinien leczyć ludzi i być za to sprawiedliwie wynagradzany, a związek zawodowy powinien jedynie dbać o interesy lekarzy.

Doświadczenia ostatnich 3 lat, gdy udało się wreszcie poprawić nieco wynagrodzenia lekarskie, wydają się być mocnym argumentem za tego typu rozumowaniem. Stało się to bowiem nie przez jakiegokolwiek zmiany systemowe, nie przez wytrwałe namawianie polityków do wprowadzenia koniecznych reform, ale tylko i wyłącznie dzięki „tepej sile” strajku lub masowych rezygnacji z pracy przez lekarzy.

Czy jednak wnioski z tych wydarzeń są tak jednoznaczne? Mam wątpliwości.

Rządzący – po okresie pewnego oszołomienia – przystąpili bowiem do powolnego odkręcania lekarskich „zdo-

byczy”. Przychodzi im to tym łatwiej, że strajki nie naruszyły w niczym głównej zasady funkcjonowania systemu opieki zdrowotnej w Polsce, która polega na nieskrepowanym stosowaniu wyzysku „z góry w dół”: Politycy ustalają dowolnie niskie nakłady na leczenie i deklarują, że zapewnią za to wszystkim bezpłatne leczenie w nieograniczonym zakresie, a następnie zmuszają NFZ do realizacji tego utopijnego celu. NFZ z kolei ustala dowolnie niskie ceny za refundowane świadczenia zdrowotne i zmusza dyrektorów szpitali do przyjęcia niekorzystnych warunków kontraktów. Dyrektorzy „przenoszą” ten wyzysk na pracowników, dyktując im dowolnie niskie płace. W całym tym systemie nie ma żadnego mechanizmu równoprawnych negocjacji między zainteresowanymi stronami. Dopiero gwałtowny niepokój społeczny może zaburzyć ten dobrze pomyślany układ.

Taki właśnie efekt przyniosły protesty i strajki lekarskie w ostatnich latach. Gdy w końcu wygasły, ponownie ujawnił się – wbudowany w system – mechanizm wyzysku, dając o sobie znać może nie tak gwałtownie, ale za to skutecznie. Znowu słyszymy z różnych stron, że szpitali nie stać na takie płace dla lekarzy, bo „twarde prawa ekonomii”, bo „ograniczone możliwości NFZ”, bo „trzeba ratować polskie szpitale” itp. itd. Prezes NFZ i minister zdrowia dali wprost do zrozumienia, że przez wysokie – ich zdaniem – płace lekarzy pacjenci nie będą tak dobrze leczeni, jak by mogli. Dyrektorzy niektórych szpitali, ośmieleni tymi wywodami i zmuszeni faktyczną sytuacją finansową swoich placówek oraz presją organów założycielskich, zaczęli wypowiadać porozumienia płacowe zawarte z lekarzami w wyniku strajków. Nie przyjmują nawet do wiadomości faktu, że prawo (kodeks pracy, ustawa o związkach zawodowych, ustawa o rozwiązywaniu sporów zbiorowych) nie przewiduje w ogóle możliwości jednostronnego wypowiedzenia porozumienia zawartego w wyniku sporu zbiorowego.

Dyrektorzy uznają się jednak za całkowicie usprawiedliwionych przez warunki „zewnątrzne”, na które nie mają wpływu. Twierdzą też, że związek zawodowy reprezentujący lekarzy, forsując zbyt wysoki – ich zdaniem – poziom płac dla lekarzy, naruszył zasady współżycia społecznego i wykorzystał swoje prawo w sposób sprzeczny z jego społeczno-gospodarczym przeznaczeniem.

Takie właśnie argumenty przedstawił lekarzom i OZZL dyrektor szpitala w Ciechanowie, wycofując się z zapisanego w porozumieniu strajkowym stopniowego wzrostu płac do 3 średnich krajowych dla specjalisty i proponując obniżkę pensji o ok. 1600 zł miesięcznie. Dyrektor zapewne liczy, że sąd – w przypadku sporu – przyzna mu rację, bo przecież to nie on – dyrektor, ale system opieki zdrowotnej nie pozwala na takie płace dla lekarzy. On tylko dostosowuje się do funkcjonujących mechanizmów.

Tutaj dochodzimy do ostatecznego wniosku. Możemy – jako OZZL i lekarze – uznać, że to nie nasza sprawa, jak zorganizowana jest ochrona zdrowia w Polsce, byleby tylko zapewniła lekarzom odpowiednią pozycję. Musimy jednak wówczas liczyć się z tym, że zdobycie tej pozycji wymagać będzie od nas niesamowicie wielkiej determinacji, mobilizacji i wspólnego działania. Na tym jednak nie koniec, bo za jakiś czas trzeba będzie to wszystko powtórzyć znowu i znowu, i tak dalej, i tak dalej. Będziemy funkcjonować od strajku do strajku, narażając się przy tym na ataki ze strony rządzących, mediów, społeczeństwa. Dlatego łatwiej jednak – mimo wszystko – raz zmienić system opieki zdrowotnej i uczynić go układem samoregulującym się, w którym pozycja lekarza nie wynika z dobrej woli dyrektora, szefa NFZ czy ministra zdrowia ani ze strajkowej determinacji lekarzy, ale z tego, jak wysoko jego pracę oceniają poszczególni pacjenci i społeczeństwo jako całość. Warto też nadal zabiegać o takie zmiany.

Stargard Szczeciński, 13 marca 2009 r.

Krzysztof Bukiel

LEP wreszcie odtajniony

Do Lekarsko-Dentystycznego Egzaminu Państwowego w sesji wiosennej 2009 r. przystąpiło w całym kraju 813 lekarzy stażystów, uzyskując średnio 141,1 pkt. Maksymalny wynik wśród stażystów wyniósł 177, a minimalny 57 pkt. Czterdziestu lekarzy stażystów nie uzyskało minimum niezbędnego do zdania egzaminu. Minimum to wyniosło 111 pkt. Wśród 167 zdających lekarzy z prawem wykonywania zawodu średni wynik wyniósł 135,6 pkt (minimum 0, a maksimum 169). Maksymalna liczba możliwych do zdobycia pkt wyniosła 198 – 2 zadania zostały unieważnione. Najwyższą lokatę w kraju uzyskała Aleksandra Maria Pieroszkiewicz z Wrocławia – 177 pkt na 198 możliwych.

Ortodoncja coraz mi bliższa

rozmowa z Aleksandrą Marią Pieroszkiewicz

• **Pierwsze podejście do LDEP-u i taki sukces! Trudno było zdać?**

– Jeśli powiem, że ten egzamin to była dla mnie bułka z masłem, to nie będzie to prawdą. Egzamin określiłabym jako średni – obok niezwykle łatwych, wręcz banalnych pytań jak np. z protetyki (nawet podejrzewałam, że coś się za tą pozorną prostotą kryje i szukałam ukrytych kruczków), były pytania naprawdę trudne. Do takich pytań zaliczyłabym pytania z chirurgii, a także z... ortodoncji. Co bardzo mnie zdziwiło, bo w sposób szczególny interesuję się właśnie ortodoncją i myślałam, że będzie to dla mnie pole do popisu, że nie mu tu dla mnie trudnych zagadnień.

• **Jednak wszystko poszło doskonale. Co dalej w planach?**

– Od października jestem na stażu w Szpitalu Wojskowym w Krakowie. I im dłużej trwa staż, tym bardziej skłaniam moje zainteresowania ku ortodoncji. To moje marzenie zawodowe, które pojawiło się już w liceum, kiedy sama jako pacjentka chodziłam do ortodonta. Dentystka, która mnie wtedy leczyła, bardzo chwaliła swoją pracę, podkreślała satysfakcję, jaką z niej czerpie i w jakiś sposób nakierowała moje myślenie, aby po maturze zdawać na stomatologię na Uniwersytecie Jagiellońskim. Udało się.

Chociaż nie będę ukrywać, po pierwszym roku miałam chwilę wątpliwości i nawet zastanawiałam się nad przeniesieniem się na wydział lekarski. Tak się jednak nie stało, dzisiaj cieszę się, że wytrwałam.

• **Nie lepiej zająć się stomatologią zachowawczą? Na efekt leczenia ortodontycznego długo się czeka.**

– To prawda. Tu nie ma natychmiastowych zmian. I lekarz, i pacjent muszą mieć cierpliwość. Jednak warto, bo efekty są spektakularne. Poza tym w tej dziedzinie następuje bardzo szybki postęp, co daje ogromne możliwości rozwoju zawodowego.

Dla mnie ważny jest jeszcze jeden argument: pacjenci do ortodonta przychodzą bez strachu, co w przypadku małych dzieci jest niezwykle ważne. Dla mnie też!

• **Myślała pani o pracy za granicą?**

– Pochodzę ze Śląska, z miejscowości pod Katowicami. W czasie studiów bardzo związałam się z Krakowem. Nie sądzę, abym chciała wyjeżdżać i pracować za granicą. Nie mam takich planów. Chcę pozostać w Polsce. Wciąż tylko nie mogę się zdecydować czy zostać w Krakowie, czy wrócić w rodzinne strony.

rozmawiała Anna Augustowska

Do Lekarskiego Egzaminu Państwowego w sesji wiosennej 2009 r. przystąpiło w całym kraju 2445 lekarzy stażystów. Średni wynik wśród stażystów wyniósł 138,5 pkt, maksymalny – 174 pkt, a minimalny – 59 pkt. Stu siedemdziesięciu sześciu lekarzy stażystów nie uzyskało minimum niezbędnego do zdania egzaminu. Minimum to wyniosło 112 pkt. Maksymalna liczba możliwych do zdobycia punktów wyniosła 199 – 1 zadanie zostało unieważnione przez Komisję Egzaminacyjną. Wśród 385 zdających lekarzy z prawem wykonywania zawodu średni wynik wyniósł 127,5 punktu (minimum – 63, a maksimum 168). Egzamin najlepiej w Polsce zdała stażystka Katarzyna Anna Grzegorzczak z Krakowa uzyskując 174 pkt.

Z interną mi po drodze

rozmowa z Katarzyną Anną Grzegorzczak

• **Podobno nie mogła pani uwierzyć, że osiągnęła najlepszy w kraju wynik LEP-u?**

– To prawda. Wynik był dla mnie sporym i bardzo miłym zaskoczeniem. Co prawda przez całe studia znajdowałam się w pierwszej dziesiątce najlepszych na roku studentów, ale wychodząc z LEP-u nie czułam szalonej satysfakcji. Egzamin był trudny i sądziłam, że poszedł mi gorzej. Stąd to zaskoczenie.

• **Trudny dla prymuski, która wzorowo radziła sobie na wrocławskiej uczelni?**

– To nie jest tylko moje zdanie. Nawet jak się porówna pytania obecnego LEP-u z poprzednimi edycjami tego egzaminu, widać sporą różnicę. Dla mnie najtrudniejsze były pytania z ginekologii i położnictwa. Uważam, że wkraczały na bardzo już specjalistyczne zagadnienia i zbyt mało sprawdzały zakres wiedzy zdobytej na studiach. Z kolei pytania z medycyny ratunkowej były niezwykle zagmatwane i niespójne; z pediatrii także – bardzo szczegółowe i specjalistyczne.

Najlepiej naszą wiedzę sprawdzały pytania z psychiatrii, a także chirurgii, chociaż tu trafiały się pytania, do których na pierwszy rzut oka pasowały wszystkie odpowiedzi.

Dla mnie łatwe okazały się też pytania z bioetyki i prawa medycznego – nie pomyliłam się tu ani razu.

• **Jakieś rady dla przyszłych zdających LEP?**

– Trzeba się uczyć, to jasne. Dużo dała mi książka prof. Szczeklika „Choroby wewnętrzne”, a dokładnie rozdział poświęcony kardiologii. Polecam przestudiowanie właśnie tej części. Uważam, że jest bezcenna.

• **Rozumiem, że ma już pani jasno skryształizowane plany na przyszłość?**

– O tak – chcę leczyć ludzi! Ale domyślam się, o co pani pyta i może to dziwnie zabrzmieć, ale jeszcze jesienią, kiedy zaczynałam staż we wrocławskim akademickim szpitalu klinicznym, odpowiedziałabym: nie wiem. Bo tak było! Przez całe studia – chociaż medycyna to moje wymarzone studia – nie umiałam jasno odpowiedzieć jaką specjalizację chciałabym wybrać. Żadna w jakiś szczególnie sposób nie wzbudzała „porywów serca”. Dopiero teraz, w czasie stażu coś mi zaświtało – choroby wewnętrzne. Tu, jak mi się zdaje, odnajdę swoją drogę.

• **A co potem?**

– Hmmmm... może wyjadę za granicę? W czasie studiów kilka razy odbywałam praktyki w niemieckich szpitalach. Bardzo mi się podoba tamtejszy system i to jak lekarze tam pracują.

Kiedy teraz na stażu widzę polskich rezydentów, ich zabieganie, ciągłą walkę o dyżury, łapanie pracy gdzie się da, przemęczenie... cóż, nie wiem, czy by mi to odpowiadało. Może więc skorzystam z takiej możliwości tym bardziej, że znam dobrze język.





Cywilizacja soli

Krystyna Knypl

Czasy, w których przyszło nam żyć bywają określone w różny sposób – jedni mówią o epoce globalizacji lub dominacji Internetu, inni numerują Rzeczypospolitą, jeszcze inni powoli zmieniają pacjenta w klienta. Każdy aktywny uczestnik współczesnego życia stara się wnieść wkład do definicji epoki.

Gdybym miała podać własną, prywatną definicję współczesnych czasów, to powiedziałabym, że żyjemy w epoce cywilizacji soli, a dokładniej rzecz ujmując – wszechobecnego jonu sodowego. Jest to o tyle ważna cząsteczka, że duży obszar naszych lekarskich działań obejmuje naprawianie szkód, jakie jon sodowy wyrządza wszystkim konsumentom. W układzie okresowym pierwiastków sód został ułożony w towarzystwie potasu, magnezu i wapnia, które zyskały należytą wagę w naszej, lekarskiej, świadomości. Natomiast jon sodowy, nie dość że wpłątany w piekielnie skomplikowany system regulacji kwasowo-zasadowej, którego funkcjonowanie jawi się jako jedno wielkie zagmatwanie, to jeszcze w naszych codziennych zaleceniach lekarskich wpakowaliśmy go do solniczki, zapominając o innych źródłach.

Częstkowe spostrzeganie problemu nie dotyczy tylko jonu sodowego. Podobnie sprawa ma się z innymi aspektami naszego, lekarskiego, działania – weźmy choćby pod lupę następny po nadciśnieniu tętniczym czynnik ryzyka, jakim jest podwyższony cholesterol. Któż nie pamięta fascynacji, jakiej ulegliśmy, gdy pojawiły się w naszym armanentarium statyny? Cholesterol LDL spektakularnie spadał w kolejnych oznaczeniach, a w poważnych pismach medycznych debatowano, czy statyny mogą być sprzedawane bez recepty. Wydawało się, że jest jakaś nowa wersja raphacholinu (któż go jeszcze pamięta?), która pozwoli pacjentom na bezkarnie objadanie się ulubionymi fast-foodami lub polskim jądłem w postaci golonki.

Fragmenty większej całości

Gdy ochłonęliśmy z pierwszych emocji związanych ze, zdawałoby się, spektakularnymi wynikami na

polu czynników ryzyka, okazało się, że nasi pacjenci nadal zapadają na zawały serca, udary mózgowe i inne powikłania narządowe, a ciśnienie mają dalekie od ideału. Podkreślaliśmy z emfazą nasze zalecenia „proszę nie solić!”, pacjenci zapewniali o staranym ich przestrzeganiu i mimo tego, że obie strony zdawały się dokładać wszelkich starań, sytuacja nie ulegała poprawie.

Długi czas nie byliśmy dość świadomi, że jon sodowy ma bardzo wszechobecną naturę i porcja jego dziennego spożycia pobierana z solniczki stanowi zaledwie 40% tego, co spożywamy w ciągu doby. Bardzo duża reszta (60%) to pozasolniczkowe źródła jonu sodowego, pozostające poza naszą kontrolą.

Pod pozornie niewinnym symbolem, takim jak E 211 kryje się benzoetan sodu, a pod kryptonimem E 301 askorbinian sodu, które w towarzystwie E 325 (mleczan sodu) czy E 425i (polifosforan sodu) składają się na kuszący wygląd tradycyjnej polskiej szynki lub kiełbasy, zapewniając wędlinom aż 25% puli jonu sodowego spożywanego przez rodaków. Nie samą szynką człowiek żyje i gdy położymy jej plasterki na chleb, to spożycie jonu sodowego powiększy się o dalsze 22% zawarte w pieczywie. Najwięcej soli dodają piekarze do bagietek, w których znajdziemy aż 720 mg / 100 g tej bułki. Gdyby ktoś chciał ozdobić taką kanapkę tartym serem, to warto zapamiętać, by nie wybierać parmezanu, bo to aż 1860 mg jonu sodowego / 100 g produktu! Przy tak słonym posiłku nie sposób obejść się bez szklanki herbaty czy łyku wody mineralnej. Na mocy rozporządzenia MZ dopuszczalne jest do 200 mg jonu sodowego w 1 litrze wody kranowej, więc warto się zastanowić, czy herbata na niskozmineralizowanej wodzie z butelki nie będzie lepszym

wyborem. Na rynku możemy spotkać kilka gatunków wód mineralnych, w których zawartość jonu sodowego nie przekracza 10 mg.

Przez wiele wieków nasi przodkowie spożywali w ciągu doby nie więcej niż 0,25 g soli i taka ilość jonu sodowego w diecie jest przez nasze organizmy przyswajana bez szkody dla zdrowia. Zwiększanie zawartości soli w diecie uruchamia wprawdzie mechanizmy adaptacyjne i wyrównawcze, ale stały się one niewydolne wobec zachowań współczesnego człowieka, który spożywa w ciągu doby nawet 9-12 g soli.

Ryzyko rezydualne

W wielu specjalnościach, takich jak bankowość czy inwestycje pojęcie ryzyka rezydualnego jest mocno zdomowione, natomiast w medycynie zaczyna ono dopiero torować sobie drogę. Oficjalna definicja mówi, że ryzyko rezydualne jest to ten poziom ryzyka, który pozostaje mimo wdrożenia właściwych metod postępowania i starannej kontroli.

Pionierem implementacji pojęcia ryzyka rezydualnego w medycynie jest prof. J. Ch. Fruchard z Francji, który zwrócił uwagę na utrzymywanie się wysokiego odsetka powikłań narządowych u pacjentów otrzymujących aktywne leczenie podwyższonego LDL cholesterolu oraz glikemii, a także nadciśnienia tętniczego. Koncepcja ta była przedstawiona po raz pierwszy w 2008 r. (bliższe dane można znaleźć pod adresem <http://www.r3i.org/v1>). Lipidowa komponenta ryzyka rezydualnego w chorobach układu krążenia wiąże się z nie dość aktywnym zwracaniem uwagi na inne poza LDL cholesterollem frakcje lipidogramu, takie jak HDL cholesterol oraz trójglicerydy. Natomiast nadciśnieniowa komponenta wspomnianego ryzyka to

przede wszystkim brak świadomości na temat pozasolniczkowych źródeł jonu sodowego.

Stare i nowe obyczaje

Przed wiekami sól na terenach Europy i Azji była równie cenna jak pieniądze. Zdolność soli do konserwowania żywności, która została odkryta prawdopodobnie przez Chińczyków przed 5 tysiącami lat, uważano za właściwość magiczną. Co więcej, przypisywano soli pewne symboliczne znaczenie. Przypadkowe rozsianie soli na stole miało oznaczać niezgodę lub zdradę. Studiując słynny obraz Leonarda da Vinci „Ostatnia wieczerza” zauważymy na stole przy postaci Judasza przewróconą solniczkę...

Inaczej przedstawiała się sprawa na niektórych terenach Ameryki Południowej. Indianie Yanomami, którzy nigdy nie chorują na nadciśnienie tętnicze (wiemy to z badania Intersalt Study, w którym uczestniczyły 52 narodowości), nigdy nie robią żadnych zapasów żywności, a w ich języku są tylko trzy liczebniki – jeden, dwa i wiele.

Podobnie jest u Indian z plemienia Guarani, którzy liczebniki powyżej czterech musieli zapożyczyć z języka hiszpańskiego.

Z badań przeprowadzonych w 2008 r. na zlecenie Unii Europejskiej na temat zwyczajów związanych z kupowaniem żywności dowiedzieliśmy się, że przeciętny konsument poświęca na czytanie etykiety zaledwie 27 sekund. Szuka on przede wszystkim informacji o ilości kalorii, które zawiera dany produkt

oraz o zawartości cholesterolu. O jon sodowy nikt nie pytał i prawdopodobnie niewiele osób poszukuje informacji o jego zawartości w kupowanych produktach.

Tymczasem zapoznanie się ze składem kupowanego pożywienia jest w dobie wszechobecnej żywności przetworzonej przemysłowo zajęciem bardzo ważnym, bo od naszej wiedzy o produkcie i decyzji o wyborze zależy zdrowie nasze i naszej rodziny. Dr Paul Lincoln podczas toczącej się niedawno dyskusji na łamach „British Medical Journal” zaproponował wprowadzenie oznakowania żywności wzorowanego na światłach ulicznych: czerwony pasek na opakowaniu oznaczałby, że dany produkt zawiera dużo soli, żółty pasek przeznaczony byłby dla produktów o średniej zawartości soli i zielony – dla produktów małosolnych.

Ciekawym przykładem przeciwdziałania wszechobecności jonu sodowego w naszej diecie jest istniejące od 1996 r. angielskie stowarzyszenie Consensus Action on Salt & Health (CASH), którego celem jest promowanie świadomości na temat soli zarówno wśród producentów żywności, jak i wśród konsumentów (<http://www.actiononsalt.org.uk/index.htm>). Organizacja ta zwykle na przełomie stycznia i lutego już od kilku lat organizuje tygodnie świadomości solnej, informując mieszkańców Wielkiej Brytanii o praktycznych możliwościach dokonywania wyborów zdrowej żywności. Inny antysolny portal znajdziemy pod adresem <http://www.worldactiononsalt.com/index.htm>

W profilaktyce zmierzającej ku ograniczeniu spożycia jonu sodowego powinniśmy zwracać większą uwagę na pozasolniczkowe źródła jonu sodowego. Moim pacjentom radzę, aby przywiązywali dużą wagę do zakupów żywności, mieli przy sobie okulary do czytania, starannie studiowali etykiety z zawartością produktów spożywczych, nie spieszyli się z decyzją oraz w miarę możliwości unikali żywności o długim terminie ważności. Nabywając pożywienie możemy kupić chorobę lub zdrowie. Wybór należy do nas samych.

Dopóki wzmożony apetyt współczesnego człowieka na konsumpcję dóbr wszelakich nie zostanie pohamowany, dopóty będą dziesiątkowały go wszelkiego rodzaju kataklizmy zdrowotne i środowiskowe.

Czekam jak zawsze na listy:

krystyna.knypl@compi.net.pl

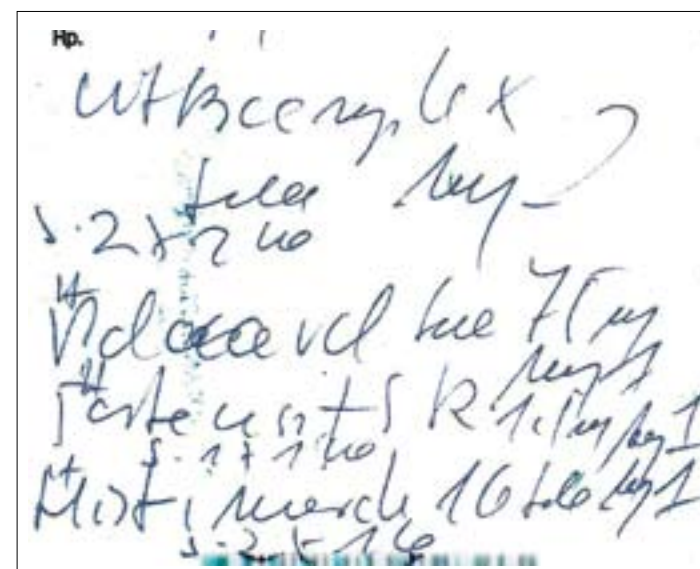
PS. Pod adresem <http://www.stowarzyszenie-as.pl/> jest nr konta bankowego, na które można przekazywać fundusze lub odpisać 1% podatku dochodowego na leczenie, rehabilitację oraz nowoczesną protezę dla **dr. Andrzeja Nabzdyka**, który w wypadku śmigłowca Pogołowia Lotniczego stracił nogę. Zachęcam wszystkich czytelników do dokonania odpisu 1% podatku na rzecz kolegi Andrzeja. Podajemy wtedy następujące dane w odpowiednich rubrykach PIT: **AS Stowarzyszenie Wspierania Inicjatyw Lokalnych, KRS 0000007260**, z dopiskiem „dla Andrzeja”.

Rozszyfruj receptę

Umiejętności rozszyfrowywania w procesie leczenia muszą być powszechne. Uświadomiła mi to jedna z koleżanek, która nadesłała zagadkę w postaci prośby pacjenta: „Proszę o dwa opakowania OHYDOLU” – nie miałam żadnej koncepcji co pacjent miał na myśli, poza może tym, że lek mógł być mało atrakcyjny pod względem smakowym! Ale jak się nazywał? Nic nie przychodziło mi do głowy. W kolejnym mailu dostałam wyjaśnienie, jakie dodała pacjentka dla swojego lekarza prowadzącego, też trochę zdezorientowanego – „no, ten do wdychania!” Piszcie więc i zgadujcie tym razem bez żadnej ściągawki graficznej.

Dla tych z kolegów, którzy wciągnęli się w graficzne zagadki tym razem coś łatwiejszego, po ostatnio zamieszczonych ekstremalnie trudnych dwóch przypadkach.

Laureatami zostają: **dr Maria Mukanowska** wraz z **córką Justyną** (w naszej rubryce popieramy rodzinną atmosferę towarzyszącą rozszyfrowywaniu zagadek) oraz **dr Marcin Cieciorowski**. Laureatów jak zawsze proszę o nadesłanie mail zatytułowanych „adres laureata” wraz z podaniem adresów pocztowych, na które prześlemy nagrody książkowe.



W ogniu kontroli

Szczepan Cofta

Ostatnie miesiące przyniosły zainteresowanie Najwyższej Izby Kontroli wycinkiem funkcjonowania szpitali, który dotąd wymykał się takiemu oglądowi. NIK ocenia wydawanie pieniędzy publicznych i jest swego rodzaju audytorem zewnętrznym.

Kontrola prowadzona w siedemnastu szpitalach klinicznych ma na celu przyjrzeć się nie tylko przetargom i dzierżawom sprzętu medycznego, ale także gospodarce lekami, wyjazdami zagranicznymi lekarzy oraz – co wzbudza największe emocje – sposobowi prowadzenia badań klinicznych.

Dryfujące badania

Polska stała się krajem interesującym dla prowadzących badania kliniczne związane z przemysłem farmaceutycznym przed kilkunastu laty. Spotkanie z tymi badaniami było odkrywaniem nowatorskiej i rzetelnej metodologii ich prowadzenia. Sądzę, że – dla prowadzących je na przestrzeni lat – były istotnym impulsem rozwoju wiedzy medycznej i klinicznego doświadczenia. Ale oprócz tego budziły świadomość pewnej niemocy, gdyż utwierdzały w przekonaniu, że istotne klinicznie dla praktyki farmakologicznej są zasadniczo działania podejmowane na szeroką skalę, przy wsparciu dużych nakładów finansowych wnoszonych przez przemysł farmaceutyczny.

Badania te wdarły się w rzeczywistość życia wielu klinik uniwersyteckich na zasadzie żywiołu; tak, że w kilkunastu dziedzinach – w zależności od specjalności – wysycenie nimi jest bardzo duże. Choć i tak obserwuje się od pewnego czasu przenikanie ich ku sektorowi prywatnemu, zwłaszcza przy badaniach wyższych faz i dotyczących pacjentów ambulatoryjnych. Szpitale zachowują wyłączość przy prowadzeniu badań związanych z lekami podawanymi podczas hospitalizacji, w tym w dużej mierze w badaniach onkologicznych, także hematologicznych.

W naszym kraju prowadzi się obecnie kilkaset badań klinicznych; w niektórych spośród bardziej znaczących szpitali można doliczyć się ich ponad trzysta. Choć przychody związane z badaniami klinicznymi w naszym kraju nie wydają się być małe, stanowią jednakże bardzo niewielki odsetek pieniędzy związanych z działalnością szpitali.

Wołanie na puszczy

Paradoksem jest, że w środowisku szpitali klinicznych od co najmniej pięciu lat toczy się istotna dyskusja nad aspektami organizacyjno-prawnymi prowadzenia tych badań, ukazująca trudności i dylematy, jakie rodzą się w związku z nimi. Wielokrotnie podczas spotkań, m.in. Forum Szpitali Klinicznych organizowanych w Poznaniu oraz w licznych publikacjach, wracał temat braku wystarczających uregulowań prawnych dla prowadzenia badań klinicznych w naszej, polskiej, rzeczywistości. Wołaliśmy wielokrotnie o uregulowania prawodawcze wskazujące jednoznacznie na istniejące niedoskonałości w tym względzie. Okazuje się jednak, że zamiast podjęcia wysiłków tworzenia prawa najłatwiejsze jest rozpoczynanie od tyłu, to znaczy od kontroli. To jest prostsze niż stworzenie warunków do rzetelnego działania. Choć – jeśli brak innych możliwości i jest to wynikiem

bezsilnej desperacji – to może i to okazać się skutecznym rozwiązaniem.

Podstawową trudnością dla zarządzających szpitalami klinicznymi było zetknięcie się z nietypową formą działalności, zarezerwowaną zasadniczo dla naukowego wymiaru działalności klinik na bazie szpitali klinicznych, zachowujących – z racji swej uniwersyteckiej charakterystyki – swego rodzaju autonomię. Nie od razu wielu dyrektorów zorientowało się, że prowadzona działalność badawcza może mieć swój istotny aspekt wpływający na działalność szpitala w jego wymiarze ekonomicznym i organizacyjnym.

Duże okazywały się praktyczne trudności związane z określeniem tego wymiaru. Jestem jednoznacznie przekonany, że na pewnym etapie ewolucji podejścia do problemu już samo stworzenie rejestrów tych badań jest swego rodzaju sukcesem ze względu na skrupulatne strzeżenie swojej autonomii przez większość zespołów badawczych. W swojej praktyce zarządzania uznano, że taki rejestr stanowić powinien podstawę asymilacji badań w rzeczywistości szpitala klinicznego. Dopiero następnym etapem mogło i powinno być doskonalenie kalkulacji wykonywanych badań. Ich różnorodność, złożoność i charakterystyka są bardzo różne, co może sprawiać istotne trudności interpretacyjne, których niuanse nie są zrozumiałe dla osób postronnych i z nimi nie obytych.

Dlaczego marne wyniki?

Z pierwszych sygnałów przekazywanych przez kontrolujących wynika, że sytuacja w przedstawianym zakresie zasadniczo niemalże wszędzie jest nieokielznana. Sugeruje się, że badania kliniczne prowadzone są z uszczerbkiem dla finansów publicznych dysponowanych przez szpitale. I że nie ma w nich skutecznych mechanizmów egzekwowania należnych części przychodów związanych z badaniami.

Jeśli rzeczywistość w tym względzie pozostawia tak wiele do życzenia, to powinna temu towarzyszyć przede wszystkim refleksja dotycząca przyczyn i próbująca weryfikować mechanizmy, których – jak się wydaje – zabrakło.

Wydaje się jednak, że niezwykle trudne jest podjęcie wyzwań ujawniających się na skrzyżowaniu rozmaitych interesów, autonomii i niejasności prawnych bez jednoznacznych sygnałów ze strony prawodawcy.

Jeśli przed kilkoma miesiącami egzamin specjalizacyjny z chorób wewnętrznych został obłany przez ponad połowę zdających, to jednoznacznie winą za drastyczny wynik obarczone zostało gro- no przygotowujących ten egzamin, a nie – w sposób jednoznacznie zdeterminowany uczący się i podejmujący poważny wysiłek życiowy – młodzi adepci interny. Sądzę, że zastosować należałoby podobną analogię związaną z oceną wyników prowadzonej kontroli. Wydaje się, że winne są przede wszystkim zaniechania prawodawcy.

Kontrola może stać się istotnym elementem poprawiającym sytuację, jednakże nie wyręczy wprowadzenia klarownych uregulowań prawnych, a takie w tym względzie wydają się być konieczne. Czy pomocą nie byłoby wprowadzenie rozporządzenia określającego tryb odbywania badań klinicznych?

Korzyści większe niż obciążenia

Łatwiej przyglądać się badaniom klinicznym w ich aspekcie organizacyjno-finansowym. Wymaga jednak wyobraźni przyjrzenie się im także w aspekcie korzyści odnoszonych przez pacjentów. Choć każde z badań ma odmienną charakterystykę, to jednak bardzo istotnym wątkiem wielu jest ułatwianie pacjentom dostępności do nowych, często kosztownych, a czasami nierefundowanych leków. Poddawane badaniom są nowe preparaty, zazwyczaj bezpieczne i skuteczne, o czym świadczy odsetek ponad dziewięćdziesięciu procent prób klinicznych z pozytywnym rezultatem. Choć – z drugiej strony – świadczyć to może o niewielkim ryzyku ponoszonym przez przemysł farmaceutyczny i pewien specyficzny dobór prowadzonych badań. Spotykamy się często – zwłaszcza w onkologii – z naporem ciężko chorych pacjentów wyszukujących każde badania, które rodzą nadzieję. Wydaje się, że w świecie chorych przyzwolenie na prowadzone badania i świadomość korzyści są oczywiste. Wszystkie badania zostają przecież poddane dość ścisłym rygorom komisji bioetycznych.

Wspomniałem już o korzyściach związanych z doskonaleniem metodologii. Nie można przemilczeć też faktu, że wynagrodzenia związane z badaniami klinicznymi były w ostatnich latach swego rodzaju wentylami bezpieczeństwa i rekompensowały zespołom badawczym niskie płace w sektorze ochrony zdrowia. Między innymi właśnie z tego powodu działania kontestujące w szpitalach klinicznych wydawały się być stosunkowo mało intensywne.

Czy badania spłoną na stosie?

Pozostaje odrębną kwestią podział przychodów między badaczami a szpitalem klinicznym. Dotąd podział ten owiany był pewną tajemnicą, niedostępną dla zarządzających, ze względu na odrębność umów między szpitalem a sponsorem oraz sponsorem a badaczem. Praktyka postępowania Najwyższej Izby Kontroli wykazała konieczność jawności tych umów negując – jak się wydaje – podstawowe kryterium legalności ich rozdziału. Wypadałoby nawet zapytać wprost, czy umowa zawierana między sponsorem a badaczem – z pominięciem szpitala – ma jakąkolwiek rację istnienia, jeśli dotyczy rzeczywistości badań dokonujących się na terenie publicznego szpitala. Jeśli przed kilku laty pojawiły się przepisy prawne o konieczności umów trójstronnych, to być może dziś jeden z zasadniczych problemów by nie istniał.

Trzeba także z całą stanowczością przyznać, że istnieje jakieś pole redystrybucji środków przeznaczonych przez sponsorów na rzecz badaczy i szpitali. Żenujące jest, jeśli ta proporcja wynosiła jeden do dziewięciu, jak to może wynikać ze wstępnych szacunków. Choć każde z badań wymaga na pewno rzetelnej kalkulacji.

Okazuje się, że obsługa prowadzonych badań klinicznych jest dość dużym i pracochłonnym wyzwaniem administracyjnym dla szpitali i związana jest z wcale nie małymi kosztami, a także odpowiedzialnością. Kosztem więc jest nie tylko obsługa apteczna, wynajem pomieszczeń czy archiwizacja.

Nie uda się jednak uratować badań klinicznych w naszym kraju jako swego rodzaju dynamicznej branży przy przyjęciu podziału finansowego pół na pół. Bez sowitego opłacenia badaczy nikt żmudnej, „łopatologicznej” często i wymagającej administracyjnej perfekcji pracy nie będzie zainteresowany wykonywać. Trzeba więc uważać, by w ogniu kontroli badania kliniczne w warunkach polskich nie spłonęły.

dokończenie na str. 18



Pytania bez odpowiedzi

Omijamy nieustannie jedno z podstawowych pytań związanych z finansowaniem badań klinicznych. Chodzi o zakres odpowiedzialności sponsora. Pojawiają się opinie, że – prowadząc badanie kliniczne – sponsor przejmuje całkowite koszty leczenia pacjentów, a polski płatnik, jakim jest w większości Narodowy Fundusz Zdrowia, wyzbywa się odpowiedzialności za pacjenta.

Wymaga jasnego wypowiedzenia, na ile rzeczywiście zostaje zachowana odpowiedzialność publicznego płatnika. Czy nie lepiej określić jednoznacznie, że sponsorzy odpowiedzialni są za leczenie ponadstandardowe, oferowane w ramach badań klinicznych na przykład onkologicznych, a leczenie typowe odbywa się w ramach ubezpieczenia zdrowotnego. Nie unikajmy odpowiedzi na to pytanie, gdyż możemy zażegnać wiele niepokojów związanych z brakiem jasnych odpowiedzi.

NIK a uniwersytet

Trzeba przyznać, że pojawienie się organu kontrolującego w strukturach szpitala akademickiego – ściśle powiązanego z uniwersytetem – wzbudziło reakcje najpierw niedowierzania, a potem swego rodzaju szoku. Podejrzewano nawet dyrekcje o inspirację stosowanych restrykcyjnych działań kontrolnych. Może zabrakło podstawowej edukacji związanej z rolą naczelnego państwowego organu kontrolnego, świadomości jego uprawnień i zadań. Nikt by nie przypuszczał, że środowiska akademickie trzeba edukować w tym względzie. A także, że takiej kontroli może ono w ogóle zostać poddane.

Jeśli by doszukiwać się racji tego zadziwienia, reakcji pełnej nieraz szoku, to można przywołać świadomość

swego rodzaju akademickiej autonomii. U części spośród nas, akademików, spotykamy się z przekonaniem, że zdobycie samodzielności naukowej w pewnym sensie uniezależnia od rygorów prawa (a w niektórych przypadkach – nawet od reguł ekonomii). Drugą natomiast racją zadziwienia jest przenikający dość głęboko w świadomości medycyny klinicznej spór o to, czy klinika jest własnością prywatną czy pozostaje jednak domeną sfery publicznej.

Jeśli w chwili obecnej w wielu klinicznych szpitalach toczy się dyskusja nad formami działania i uprawnieniami rad klinicystów, to aplikacja ich roli i uprawnień w świetle sytuacji kryzysowej, jaką jest dość wnikliwa i „nieakademicka” kontrola NIK, nie przyniosłaby na pewno szpitalowi dobrych rozwiązań, a mogłaby też być źródłem działań pozaprawnych. Dlatego też rola tych rad powinna – w świetle obowiązujących przepisów prawnych dotyczących zakładów opieki zdrowotnej – pozostać płaszczyzną rzetelnej komunikacji wewnątrzszpitalnej i opiniotwórczej. Próby przekazania uprawnień bez podjęcia odpowiedzialności nie wydawałyby się dobrze służyć dobru szpitali klinicznych. Tego zresztą nie zakładają obowiązujące przepisy obarczające odpowiedzialnością w całości jednoosobowo dyrektora, którego rola w świetle złożonej rzeczywistości jest nie do pozazdroszczenia.

Kolejne wołanie na puszczy

Warto zauważyć, że badania kliniczne stanowią tylko jeden z wymiarów działalności naukowej prowadzonej w szpitalach klinicznych. Są one przedmiotem zainteresowania ze względu na dopływ kapitału zewnętrznego finansującego te badania. Jeśli by jednak pozostać konsekwentnym (i odważnym), to trzeba byłoby podjąć ogląd i refleksję nad innymi aspektami badań naukowych prowadzonych w szpitalu klinicznym. Wtedy zapewne konsekwentnie zmuszeni zostalibyśmy do postawienia tezy (przez analogię do określeń wyrażanych ostatnio), że badania naukowe w szpitalu klinicznym

odbywają się „z niepowetowanymi szkodami w mieniu publicznym”, stanowią „potencjalne zagrożenie dla zdrowia ludzkiego”. Nie ukryje się, że większość prowadzonych badań o aspekcie klinicznym nie ma szans znaleźć istotnego finansowania, a większość klinicznych prac doktorskich czy habilitacyjnych, statutowych czy własnych, w sposób bardziej czy mniej uwidoczny wiąże się z wpleceniem ich w struktury działalności szpitala klinicznego.

Jako konkluzja pozostaje więc albo zaakceptowanie – często nie wyrażonej w sposób otwarty – misji naukowej szpitala klinicznego, albo pilna potrzeba zainicjowania odrębnej ustawy określającej formy funkcjonowania szpitali klinicznych powoływanych dla realizacji trojkiej misji: służba, nauka, edukacja. Tym bardziej, że nie tylko drugi, ale także i trzeci z wymienionych elementów misji wymagałby rozsądnego i rozwiązującego problemy oglądu. Obawiam się jednak, nauczony pewnym doświadczeniem, chociażby związanym z losami dryfowania badań klinicznych w naszej, polskiej, rzeczywistości w ostatnich latach, że jeszcze odbędziemy długą (i pokrętną) drogę, zanim świadomość tego stanu się powszechna, a na dodatek – co jest najważniejsze – zostaną podjęte próby rozwiązania zarysowanych wyzwań. Tym bardziej, że wymagają zmodyfikowanego podejścia do finansowania badań w zakresie klinicznych nauk medycznych, czego nie przemysłano do tej pory.

Można by rzec: błogosławieni, którzy próbują porządkować przestrzeń życia publicznego bez opresji, mając jego dobro na względzie. Jeśli jednak ich głos jest niesłyszany bądź zniekształcony, tworzy się przestrzeń do porządkowania przez organy kontroli.

Szczepan Cofa

Autor jest specjalistą chorób płuc i naczelnym lekarzem w Szpitalu Klinicznym nr 1 pod wezwaniem Przemienienia Pańskiego w Poznaniu. Łączy pracę administracyjną z praktyką lekarską w Katedrze i Klinice Ftyzjopneumonologii na stanowisku adiunkta.



Rzecznik prasowy NRL

Prezydium NRL – 27 II 2009

Prezydium przyjęło stanowisko w sprawie **postępowania pojednawczego pomiędzy Parlamentem Europejskim a Radą Unii Europejskiej odnośnie projektu zmiany Dyrektywy 2003/88/WE Parlamentu Europejskiego i Rady z 4.11.2003 r. dotyczącej niektórych aspektów organizacji czasu pracy**. Uznając, że sprawą mającą w obecnej sytuacji podstawowe znaczenie jest właściwe uregulowanie zasad pełnienia dyżurów lekarskich, które muszą być w całości traktowane jako czas pracy, Prezydium jest zdania, że z punktu widzenia funkcjonowania systemu ochrony zdrowia, bezpieczeństwa pacjentów oraz słusznym interesów pracowników ochrony zdrowia możliwy do zaakceptowania jest kompromis polegający na uznaniu, że cały czas pełnienia dyżuru medycznego należy traktować jako czas pracy, przy jednoczesnym pozostawieniu możliwości stosowania tzw. indywidualnego *opt-outu*. Prezydium uważa, że pozostawiając możliwość stosowania tzw. indywidualnego *opt-outu* należy bezwzględnie zagwarantować, że pracownik podejmuje decyzję z własnej woli i że nie ponosi żadnych negatywnych konsekwencji w przypadku niewyrażenia zgody oraz określić maksymalny tygodniowy czas pracy, na jaki pracownik może się zgodzić. Zdaniem Prezydium czas ten nie może przekraczać 60 godzin tygodniowo.

Prezydium przyjęło stanowisko w sprawie projektu rozporządzenia ministra zdrowia w sprawie **wykazu produktów leczniczych, które mogą być dopuszczone do obrotu w placówkach obrotu pozaaptecznego oraz punktach aptecznych**. Prezydium zwraca uwagę, że projektowane rozporządzenie jest kolejnym aktem prawnym z zakresu prawa farmaceutycznego sankcjonującym preparaty homeopatyczne jako produkty lecznicze – w załączniku nr 1 do projektu rozporządzenia stanowiącym wykaz produktów leczniczych dopuszczonych do obrotu w punktach aptecznych zamieszczono 222 preparaty homeopatyczne. Prezydium ponownie podnosi konieczność odpowiedniej zmiany przepisów prawa farmaceutycznego, ponieważ współczesna wiedza medyczna nie dostarcza naukowych

i weryfikowalnych dowodów na leczniczy charakter produktów tego rodzaju. Ponadto stwierdzono, że treść załączników do projektu rozporządzenia w wielu pozycjach nie uwzględnia procesu harmonizacji produktów leczniczych w nich zamieszczonych.

Prezydium NRL – 16 III 2009

Prezydium pozytywnie zaopiniowało kandydaturę **prof. dr. hab. Andrzeja Lewińskiego** na stanowisko **konsultanta krajowego w dziedzinie endokrynologii**.

Prezydium przyjęło stanowisko w sprawie projektu ustawy o zmianie ustawy o **świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych** i ustawy o **zakładach opieki zdrowotnej**. Prezydium wskazało, że obowiązek prowadzenia rachunków kosztów świadczeń opieki zdrowotnej ma dotyczyć wszystkich świadczeniodawców, którzy w zakresie świadczeń opieki zdrowotnej korzystają ze środków publicznych. Obowiązek sporządzania i przysyłania ministrowi zdrowia sprawozdań dotyczących kosztów świadczeń opieki zdrowotnej spoczywa tylko na tych świadczeniodawcach korzystających ze środków publicznych, którzy stosują przepisy ustawy z 29.09.1994 r. o rachunkowości. W projekcie ustawy ani w uzasadnieniu nie wskazano jednak jakie korzyści mają wynikać z wprowadzenia takiego obowiązku w stosunku do wszystkich świadczeniodawców. Ponadto w uzasadnieniu do projektu nie wskazano także, czy wprowadzenie obowiązku prowadzenia odrębnego rachunku kosztów świadczeń opieki zdrowotnej nie spowoduje u świadczeniodawców wzrostu wydatków związanych z obsługą tego rachunku, a jeżeli tak – to jakiego rzędu będą to wydatki.

Prezydium przyjęło stanowisko w sprawie projektu ustawy o zmianie ustawy o **ochronie zdrowia psychicznego**. Prezydium stwierdza, że proponowane w projekcie zmiany zasługują na poparcie. Jednocześnie zauważa, że termin realizacji sieci domów pomocy społecznej dla osób psychicznie chorych oraz środowiskowych domów samopomocy, wskazany w projekcie, jest mało realistyczny.

Prezydium przyjęło stanowisko w sprawie projektu ustawy o zmianie ustawy o **zakładach opieki zdrowotnej**. Prezydium pozytywnie ocenia zawarte w projekcie zmiany, z tym zastrzeżeniem, iż sprzeciwia się przewidzianemu w treści

art. 1 pkt 7 projektu uchyleniu przepisów art. 59a i 59b ustawy o zakładach opieki zdrowotnej, które gwarantują przeznaczanie przez kierowników samodzielnych zakładów opieki zdrowotnej nie mniej niż 40% kwoty, o którą wzrosło zobowiązanie NFZ z tytułu umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej na wzrost wynagrodzeń pracowników tych zakładów.

Z kalendarza Prezesa NRL

- Udział w posiedzeniu Komisji Stomatologicznej NRL.
- Udział w balu z okazji 200-lecia uniwersyteckiego nauczania medycyny w W-wie na WUM.
- Udział w posiedzeniu Komisji Zdrowia Sejmu dot. rządowego projektu ustawy w sprawie zmiany ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty i zmiany ustawy o zawodach lekarza dentysty.
- Udział w konferencji naukowo-szkoleniowej „Farmakopea europejska w nowym wydaniu farmakopei polskiej”.
- Spotkanie z wiceprezesem NFZ J. Grabowskim nt. możliwości wykorzystania klasyfikacji CPT-PL w publicznym systemie ochrony zdrowia.
- Udział w posiedzeniu Rady Naukowej przy Ministrze Zdrowia.
- Spotkanie z ministrem zdrowia Ewą Kopacz.
- Udział w XXVI Okręgowym Zjeździe Lekarzy we Wrocławiu.
- Spotkanie z prezesem francuskiej Narodowej Izby Lekarskiej w Paryżu.
- Udział w posiedzeniu Rady Programowej Forum Medycyna 2010.
- Udział w zakończeniu Zimowych Igrzysk Lekarskich w Nowym Targu.
- List do Donalda Tuska, prezesa Rady Ministrów – uwagi samorządu lekarskiego do kolejnej wersji projektu ustawy o izbach lekarskich.
- Udział w posiedzeniu Komisji Zdrowia Sejmu dot. Rządowego projektu ustawy – Przepisy wprowadzające ustawę o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, ustawę o akredytacji w ochronie zdrowia i ustawę o konsultantach w ochronie zdrowia.
- Udział w posiedzeniu CPME w Pradze.

Tomasz Korkosz

tel. 022-559-13-27, 0602-218-710

faks 022-559-13-26

e-mail: t.korkosz@hipokrates.org

Gabinety pod lupą

Anna Lella i Katarzyna Godlewska

Przepisy ustawy z 5.12.1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty jednoznacznie wskazują, że wykonywanie zawodu lekarza w formie indywidualnej bądź grupowej praktyki lekarskiej jest prowadzeniem działalności regulowanej, w rozumieniu przepisów ustawy z 2.07.2004 r. o swobodzie działalności gospodarczej, czyli działalności gospodarczej, której wykonywanie wymaga spełnienia szczególnych warunków, określonych przepisami prawa.

W Polsce działa około czterdziestu inspekcji, organów administracji, które są uprawnione do kontroli działalności przedsiębiorców. Lista tych instytucji, które mogą nas kontrolować jest długa: okręgowe rady lekarskie, organy podatkowe, NFZ, minister właściwy do spraw zdrowia, inspektorzy ZUS, Państwowa Inspekcja Sanitarna, Państwowa Inspekcja Pracy, organy Ochrony Środowiska, Straż Miejska, Inspektor Ochrony Danych Osobowych, Najwyższa Izba Kontroli, organy administracji architektoniczno-budowlanej i nadzoru budowlanego, Państwowa Straż Pożarna.

Nawet w przypadku, gdy kontrole działalności wykonywanej przez lekarzy leżą w kompetencji tylko części z nich, to i tak warto zastanowić się nad tym, jakie prawa i obowiązki ma kontrolowany przedsiębiorca. Nadarza się ku temu dobra okazja, gdyż 7 marca br. weszła w życie znowelizowana ustawa o zmianie ustawy o swobodzie działalności gospodarczej oraz o zmianie niektórych innych ustaw (Dz. U. z 4.02.2009, nr 18, poz. 97), która uregulowała m.in. niektóre zasady przeprowadzania kontroli w zarejestrowanych podmiotach. Zgodnie z zapowiedziami autorów projektu tych zmian (Komisja Sejmowa „Przyjazne Państwo”) nowelizacja ma zmniejszyć uciążliwość kontroli (czytaj „ucywilizować” tę sferę).

Zmienienna wydaje się już sama zmiana tytułu Rozdziału 5 wspomnianej ustawy, który zamiast „Kontrola przedsiębiorcy” otrzymał nazwę „Kontrola działalności gospodarczej przedsiębiorcy”. Zmiana ta, choć być może nie ma wymiaru praktycznego, to poprzez doprecyzowanie, że kontroli podlega nie sam przedsiębiorca, a prowadzona przez niego działalność, dobrze – jak się wydaje – oddaje „ducha” zmian.

Warto więc poszukać odpowiedzi na pytanie – jakie, istotne z punktu widzenia lekarzy i lekarzy dentystów prowadzących działalność gospodarczą, aspekty kontroli uległy zmianie.

Wszczęcie kontroli

Zasadne jest rozpoczęcie powyższej analizy od momentu wszczęcia kontroli, bo na tym etapie zmiany są bardzo znaczące. Niezapowiedziane kontrole mogą być przeprowadzane tylko wyjątkowo (jedynie w przypadkach określonych w art. 79 ust. 2), ustawa bowiem wprowadza wymóg powiadomienia przedsiębiorcy o zamiarze przeprowadzenia kontroli. Takie zawiadomienie, oprócz oznaczenia organu, daty i miejsca wystawienia, oznaczenia przedsiębiorcy, podpisu osoby upoważnionej do zawiadomienia, **musi zawierać również wskazanie zakresu przedmiotowego kontroli.**

W razie otrzymania takiego zawiadomienia należy oczywiście liczyć się z wizytą kontrolerów. Istotną jednak z punktu widzenia przedsiębiorców zmianą jest to, iż kontrola, której dotyczy zawiadomienie, może być przeprowadzona najwcześniej po upływie 7 dnia, a najpóźniej do 30 dnia od doręczenia zawiadomienia, chyba że przedsiębiorca złoży wniosek o przeprowadzenie kontroli przed upływem siedmiodniowego terminu.

W art. 79 ust. 2 wymienione są odstęstwa, które zwalniają organ z obowiązku powiadomienia o zamiarze przeprowadzenia kontroli. Należą do nich: przeciwdziałanie popełnieniu przestępstwa lub wykroczenia, przeciwdziałanie popełnieniu przestępstwa skarbowego lub wykroczenia skarbowego lub zabezpieczenie dowodów jego popełnienia. Ponadto, jeśli przeprowadzenie kontroli jest uzasadnione bezpośrednim zagrożeniem życia, zdrowia, środowiska naturalnego lub przedsiębiorca nie ma adresu zamieszkania czy adresu siedziby (w takim przypadku nie ma możliwości przeprowadzenia kontroli, bo organ kontrolujący nie wie gdzie mieści się firma, należy to jakoś inaczej sformułować, bowiem jeżeli ktoś jest przedsiębiorcą w rozumieniu prawa, to w rejestrze musi mieć podany adres), lub doręczanie pism na podane adresy było

bezskuteczne lub utrudnione, to również może być podstawą odstępstwa od powiadomienia o kontroli.

Upoważnienie do przeprowadzenia kontroli

Zgodnie ze znowelizowanymi przepisami kontrolować działalność gospodarczą przedsiębiorcy mogą pracownicy organów kontroli lub, jeżeli przepisy szczególne taką sytuację dopuszczają, osoby nie będące pracownikami takiego organu. Należy jednak pamiętać, że osoby te oprócz legitymacji służbowej muszą również posiadać upoważnienie do przeprowadzenia kontroli. Nawet w przypadku, gdy przepisy szczególne dopuszczają możliwość podjęcia kontroli po okazaniu samej legitymacji, to i tak upoważnienie winno być doręczone przedsiębiorcy lub osobie przez niego upoważnionej nie później niż trzeciego dnia od wszczęcia kontroli. Oczywiście, obowiązek doręczenia przedsiębiorcy upoważnienia do przeprowadzenia kontroli istniał również przed nowelizacją ustawy, ale istotną zmianą jest wprowadzanie wymogów co do treści tego dokumentu, których niezachowanie pociąga za sobą określone skutki.

Dokument ten powinien zawierać: podstawę prawną przeprowadzenia kontroli, nazwę organu kontroli, datę i miejsce wystawienia upoważnienia, imienne wskazanie osób upoważnionych do wykonania danej kontroli oraz numery ich legitymacji służbowych, oznaczenie przedsiębiorcy objętego kontrolą, zakres przedmiotowy kontroli, datę rozpoczęcia i przewidywany termin zakończenia kontroli, podpis osoby udzielającej upoważnienia z podaniem zajmowanego stanowiska lub funkcji. Upoważnienie musi także zawierać pouczenie o prawach i obowiązkach kontrolowanego przedsiębiorcy.

Jeśli upoważnienie nie zawiera wymienionych wyżej elementów, to nie może stanowić podstawy do przeprowadzenia kontroli.

W przypadku, gdy upoważnienie zawiera wprawdzie wszystkie wymagane dane, ale nastąpiła zmiana okoliczności, np. zmieniły się osoby mające przeprowadzić kontrolę, miejsce kontroli lub zakres wykonywania kontroli, wówczas organ zobowiązany jest do wystawienia odrębnego upoważnienia.

Zgodnie z przepisami ustawy o swobodzie działalności gospodarczej organ jest związany zakresem przedmiotowym kontroli, wskazanym przez siebie zarówno w zawiadomieniu o zamiarze przeprowadzenia kontroli, jak też w upoważnieniu i podczas kontroli nie jest uprawniony do jego przekroczenia. W trakcie roku kalendarzowego działalność przedsiębiorcy może

być skontrolowana tylko raz w danym zakresie przedmiotowym. Od tej zasady są jednak wyjątki.

Gdy kontrola wykazała rażące naruszenie przepisów prawa przez przedsiębiorcę, organ kontrolujący ma prawo do przeprowadzenia powtórnej kontroli w tym samym roku kalendarzowym.

Czas trwania powtórnej kontroli nie może przekraczać 7 dni. Czas ten nie wlicza się do łącznego czasu kontroli, stanowiącego limit roczny.

Obowiązki przedsiębiorcy

Należy pamiętać, że przepisy w nowym brzmieniu nie tylko chronią interesy przedsiębiorców, ale też wprowadzają pewne dyscyplinujące rozwiązania prawne. Jednym z takich rozwiązań jest złagodzenie wymogu stanowiącego, że czynności kontrolne powinny być dokonywane jedynie w obecności przedsiębiorcy lub osoby przez niego upoważnionej. Praktyka pokazała, iż niektórzy przedsiębiorcy uniemożliwiali przeprowadzenie kontroli, nie wskazując osoby upoważnionej do reprezentowania ich w razie kontroli, pomimo ustawowego obowiązku takiego wskazania. Od 7 marca br. osoby kontrolujące mogą wszcząć i przeprowadzać czynności kontrolne pomimo nieobecności przedsiębiorcy, a także w przypadku, gdy brak jest osoby upoważnionej.

Zgodnie z art. 79a ust. 9 ustawy, w razie nieobecności kontrolowanego przedsiębiorcy lub osoby przez niego upoważnionej, czynności kontrolne mogą być wszczęte po okazaniu legitymacji służbowej pracownikowi kontrolowanego, który może być uznany za osobę, o której mowa w art. 97 ustawy z 23.04.1964 r. – Kodeks cywilny (tj. za osobę czynną w lokalu przedsiębiorstwa przeznaczonym do obsługi publicznego), lub w obecności przywołanego świadka, którym powinien być funkcjonariusz publiczny, nie będący jednak pracownikiem organu przeprowadzającego kontrolę.

Tak jak dotychczas, przedsiębiorca jest również obowiązany prowadzić i przechowywać w swojej siedzibie książkę kontroli, którą w przypadku wszczęcia kontroli powinien niezwłocznie okazać kontrolującemu, a także przechowywać upoważnienia i protokoły kontroli.

Nowością jest to, iż dopuszczona została możliwość prowadzenia książki w formie elektronicznej (w takim przypadku ustawodawca wprowadził domniemanie, że dane zawarte w książce kontroli prowadzonej w formie elektronicznej znajdują potwierdzenie w dokumentach przechowywanych przez przedsiębiorcę), a także to, że w przypadku wszczęcia kontroli zamiast

książki kontroli przedsiębiorca może okazać wyłącznie odpowiednie jej fragmenty lub wydruki z systemu, poświadczone przez siebie za zgodność z wpisem w książce kontroli.

Prawa przedsiębiorcy

Nie ma wątpliwości, że w wyniku zmiany przepisów ustawy o swobodzie działalności gospodarczej uległy wzmocnieniu gwarancje ochrony praw przedsiębiorców, co – jak wspomniano wyżej – było główną ideą tych zmian. Przejawem realizacji tej idei jest m.in. wprowadzenie do ustawy przepisów art. 80a i 80b, zgodnie z którymi kontrolę przeprowadza się w siedzibie kontrolowanego lub w miejscu wykonywania działalności gospodarczej oraz w godzinach pracy lub w czasie faktycznego wykonywania działalności gospodarczej przez kontrolowanego. Kontrola lub poszczególne czynności kontrolne, za zgodą kontrolowanego, mogą być przeprowadzane również w siedzibie organu kontroli, jeżeli może to usprawnić prowadzenie kontroli.

Czynności kontrolne powinny być przeprowadzane w sposób sprawny i możliwie niezakłócający funkcjonowania kontrolowanego przedsiębiorcy. Jeśli przedsiębiorca wskaże na piśmie, że przeprowadzane czynności zakłócają w sposób istotny jego działalność gospodarczą, konieczność podjęcia takich czynności powinna być uzasadniona w protokole kontroli.

Nowością jest wprowadzenie szczególnej odpowiedzialności odszkodowawczej za szkodę poniesioną przez przedsiębiorcę na skutek przeprowadzenia czynności kontrolnych z naruszeniem przepisów prawa w zakresie kontroli działalności gospodarczej (art. 77 ust. 4 ustawy o swobodzie działalności gospodarczej). Dochodzenie roszczenia o naprawienie szkody następuje na zasadach i w trybie określonym w odrębnych przepisach.

Niezależnie od powyższego przedsiębiorca może wnieść sprzeciw wobec podjęcia i wykonywania przez organy kontroli czynności z naruszeniem przepisów wymienionych w art. 84 c ust. 1 usdg. Sprzeciw należy wnieść na piśmie do organu podejmującego i wykonującego kontrolę oraz – także na piśmie – zawiadomić kontrolującego o jego wniesieniu. Termin na wniesienie sprzeciwu to 3 dni robocze od dnia wszczęcia kontroli przez organ kontroli, chyba że dotyczy on przekroczenia przez kontrolujących limitu czasu kontroli. W takim przypadku trzydniowy termin liczy się od dnia, w którym nastąpiło przekroczenie limitu. Przedsiębiorca musi uzasadnić wniesienie sprzeciwu.

Kolejną konsekwencją naruszenia przepisów o kontroli, bardzo istotną z uwagi na ewentualne wydanie decyzji przez organ

kontrolujący, jest to, iż zgodnie z art. 77 ust. 6 ustawy o swobodzie działalności gospodarczej dowody przeprowadzone w toku kontroli przez organ kontroli z naruszeniem przepisów prawa w zakresie kontroli działalności gospodarczej przedsiębiorcy, jeżeli miały istotny wpływ na wyniki kontroli, nie mogą stanowić dowodu w żadnym postępowaniu administracyjnym, podatkowym, karnym lub karno-skarbowym dotyczącym kontrolowanego przedsiębiorcy.

W celu ochrony interesów przedsiębiorców ustawodawca skrócił także limity czasu kontroli, choć z tego punktu widzenia nie jest to zmiana do końca satysfakcjonująca. Należy bowiem wskazać, że **limity czasu kontroli dotyczą wszystkich kontroli danego organu w roku kalendarzowym i nie jest to – jak postulowali przedsiębiorcy – limit czasu kontroli wszystkich organów.**

Do 7 marca br. czas trwania wszystkich kontroli danego organu u mikroprzedsiębiorców, małych i średnich przedsiębiorców w jednym roku kalendarzowym nie mógł przekraczać 4 tygodni, a w odniesieniu do pozostałych przedsiębiorców – 8 tygodni. W aktualnym stanie prawnym terminy te uległy dość znacznemu skróceniu, chociaż dalej dotyczą kontroli jednego organu, a nie jak postulowali przedsiębiorcy czasu kontroli wszystkich organów. **I tak w odniesieniu do mikroprzedsiębiorców limit czasu kontroli wynosi 12 dni roboczych, małych przedsiębiorców – 18 dni roboczych, średnich przedsiębiorców – 24 dni robocze, a w odniesieniu do pozostałych przedsiębiorców kontrole danego organu w roku kalendarzowym nie mogą przekroczyć 48 dni roboczych.**

Istnieją jednak sytuacje, w których nie stosuje się ograniczeń czasowych, np. w przypadku, gdy przeprowadzenie kontroli jest uzasadnione zagrożeniem życia, zdrowia lub środowiska naturalnego.

Organ może również sam przedłużyć czas trwania kontroli, ale jedynie z przyczyn od niego niezależnych. Ma przy tym obowiązek uzasadnić takie przedłużenie na piśmie. Uzasadnienie doręcza się przedsiębiorcy i wpisuje do książki kontroli przed podjęciem dalszych czynności kontrolnych. Przedłużenie czasu trwania kontroli nie może jednak naruszać limitów czasu kontroli określonych dla danego typu przedsiębiorców.

Przedstawiliśmy zaledwie kilka aspektów zmiany przepisów dotyczących kontroli praktyk lekarskich.

Temat ten, budzący wiele emocji wśród lekarzy i lekarzy dentystów prowadzących praktyki, był omawiany na ostatnim posiedzeniu KS NRL, jest przedmiotem opracowania Komisji Stomatologicznej NRL i zostanie rozslany do komisji stomatologicznych OIL.

Refundacja jak ogon pawia



foto: Marek Stankiewicz

Na wstępie należy zaznaczyć, że kwoty przeznaczane przez NFZ na refundację produktów leczniczych są niewystarczające, a kwota, o którą mają się zwiększyć wydatki NFZ, tj. ok. 250 mln zł, poprawia w małym stopniu niedobory.

Tadeusz Chruściel

Wzrost zainteresowania...

Po raz pierwszy, od nie wiem już jakiego czasu, refundowanych będzie kilka tzw. prawdziwych leków innowacyjnych, drogich i pochłaniających spore kwoty.

Nareszcie resort ustąpił i nowe wykazy leków umożliwiają w niektórych chorobach (AMG) stosowanie najnowszych leków i/lub wykorzystanie nowych mechanizmów działania (*Spiriva*). Nasza farmakoterapia zrobiła pierwszy krok do zbliżenia asortymentu produktów leczniczych do farmakoterapii Unii Europejskiej. Pojawił się ogon pawia nad szarym tułowiem. Nie zmienia to na razie faktu, że gros preparatów refundowanych w naszym kraju stanowią leki generyczne. Jest to oczywista potrzeba, wynikająca ze względów ekonomicznych. Tymczasem w bogatszych krajach Unii obok preparatów generycznych refundowane są również preparaty oryginalne, strzeżone patentem, stanowiące istotny, wymierny postęp terapii w poszczególnych jednostkach chorobowych.

Farmakoeconomika każe nam porównywać koszt farmakoterapii prowadzonej lekiem innowacyjnym, uwzględniając nie tylko koszt terapii standardowym, dotychczas stosowanym lekiem, lecz także koszt czasu trwania leczenia, występowanie recydyw, konieczność i czas trwania hospitalizacji, liczbę, rodzaj i nasilenie niepożądanych objawów ubocznych, a wreszcie jakość życia – długo trzeba wyliczać, zajmuje się tym cała gałąź ekonomiczna farmakoterapii klinicznej. Rozumieją to doskonale firmy innowacyjne.

...przedsiębiorstw innowacyjnych produktami generycznymi objawia się wykupywaniem mniejszych przedsiębiorstw, tworzeniem osobnych jednostek dla leków generycznych i gdy tylko regulacje patentowe na to pozwalają, wytwarzaniem własnych produktów generycznych, zwykle pod inną marką.

Zgodnie z Dyrektywą Unii Europejskiej „generycznym produktem leczniczym” jest produkt leczniczy, który posiada tę samą kompozycję jakościową i ilościową substancji aktywnych i tę samą postać farmaceutyczną jak referencyjny, najczęściej oryginalny, patentowy produkt leczniczy, a jego równoważność z lekiem referencyjnym została potwierdzona w odpowiednich badaniach biorównoważności. W praktyce oznacza to, że produkty generyczne mogą być stosowane wymiennie z lekami oryginalnymi. Trzeba naturalnie pamiętać, że zmiana terapii z leku patentowego na lek generyczny może być niekiedy trudna, ze względu na efekt placebo, osobowość i wiek pacjenta. Ta sama trudność dotyczy zmiany jednego leku generycznego na inny, w kraju jednak nie są, jak dotychczas, prowadzone odpowiednie badania. Z tych względów korzystne jest stosowanie jednego preparatu stale lub w jednym cyklu terapeutycznym.

W nowych wykazach...

...wprowadza się do refundacji ok. 200 nowych produktów generycznych. Aptekarze szybko będą wiedzieli, które

z nich są najtańsze i być może stanowią podstawę limitów. Aptekarze, ale nie lekarze. Dla pacjenta nadal najlepszy jest lek przepisany przez swojego lekarza, lek o wybranej przez lekarza nazwie.

Ale lekarz nie otrzymuje od administracji NFZ (ani od MZ) razem z nowymi wykazami informacji o cenach, np. w postaci tabelarycznych zestawień cenowych leku oryginalnego i jego „generyków”. Sprawdziłem w Informatorze MZ jeden z leków (*Foradil*). Dla pacjenta wymieniono tylko produkty generyczne w cenie ryczałtowej, dla lekarza podano wszystkie preparaty. Trudno nazwać dobrą taką informację.

Dobrze pojętą rolę Ministerstwa Zdrowia i Narodowego Funduszu Zdrowia powinno być dostarczenie lekarzom rzetelnej i łatwo dostępnej informacji o kosztach terapii i współpłaceniu, tj. ocenach leków dla pacjenta, pozwalającej bez mozolnego trudu kartkowania informatorów czy szukania w Intencie w elektronicznym informatorze na stronach MZ i porównywania cen nierzadko kilkunastu różnych preparatów, wybrać lek najtańszy.

Wiedza o tym...

...który produkt codziennej praktyki jest najtańszy, pojawia się dopiero po pewnym czasie funkcjonowania nowych wykazów i dotyczy tylko pewnej liczby leków. Właśnie z powodu braku odpowiednich zestawień. Przygotowanie takich zestawień jest kosztowne i pracochłonne nawet w erze powszechnego stosowania

technik elektronicznych. Przede wszystkim zaś przygotowanie zestawienia jest odpowiedzialne i nie może zawierać błędów i braków. Nie można więc powierzyć tego zadania stowarzyszeniom pacjentów (brak kompetencji?), prywatnej firmie (?), samorządowi aptekarskiemu (brak zainteresowania?), a NFZ tłumaczy, że pieniądze są potrzebne na kontrakty, a nie na edukację. **Samorząd lekarski zaś nie ma odpowiedniego artykułu w ustawie o izbach lekarskich.**

Poniższy tekst wskazuje jedynie na najważniejsze zmiany wykazów produktów refundowanych i dotyczy przede wszystkim merytorycznych zagadnień wyboru leku.

Oceniając projekty...

...rozporządzeń dotyczących wykazów leków podstawowych, uzupełniających i niektórych chorób należy stwierdzić, że zmiany i uzupełnienia wykazów umożliwiają obecnie farmakoterapię pewnych chorób i stanów patologicznych, w których stosowanie właściwych leków było dotychczas praktycznie niemożliwe ze względu na wysoki koszt terapii. Przykładem może być dopuszczenie w ADHD preparatu *Concerta*. Wprowadzono również niektóre leki innowacyjne (np. *Spiriva*), zwiększając możliwość wykorzystywania różnych mechanizmów działania w tej samej chorobie. Wprowadzono na wykazy refundacyjne chorób przewlekłych niektóre leki dotychczas pełnopłatne (np. *Berodual*). Wprowadzono liczne produkty generyczne. Powoduje to w wielu przypadkach zmianę wysokości limitów. Obecnie trudno ocenić, czy w terapii wieloskładnikowej będzie to zawsze powodować obniżenie współpłacenia, które po zmianach wykazów dokonanych w lipcu 2008 r. pozostawało nadal bardzo wysokie, przekraczając 50-procentowy próg wyznaczony przez WHO. Usunięto równocześnie znaczną liczbę refundowanych produktów generycznych, co MZ tłumaczy zaniechaniem produkcji tych leków przez wytwórców.

Wprowadzenie na wykazy dodatkowych jednostek chorobowych należy również ocenić pozytywnie. Znaczące jest zwłaszcza wprowadzenie POChP.

W uzasadnieniu projektów rozporządzeń MZ podaje, że szacunkowy koszt zmian na wykazach spowoduje zwiększenie nakładów NFZ na leki o 250 mln zł. Trudno ocenić, czy koszt ten został dobrze obliczony, MZ nie podaje metod obliczania, niewątpliwie jednak refundacja będzie zwiększona, a przypominam, że był to **ważny postulat samorządu lekarskiego**. Nie poruszono natomiast problemu wysokości współ-

płacenia, nadal pozostającej kardynalną wadą systemu refundacji, który nie uległ zasadniczej zmianie.

Brak bieżącej informacji...

...o zamierzonej w planach pracy resortu nad zmianami proponowanymi wielokrotnie przez samorząd, tj. pełnej rewizji wykazów, usunięcia produktów leczniczych o cenie zbliżonej do wysokości ryczałtu, rewizji kryteriów włączania produktów leczniczych do grup o różnym stopniu refundacji, grupach objętych wspólnym limitem i in.

Pozytywnie należy ocenić wprowadzenie do wykazu chorób wysiękowego zapalenia płamki żółtej (AMD), uporządkowanie nazewnictwa w niektórych zespołach płucnych i in. oraz obniżenie kosztów farmakoterapii cukrzycy lekami standardowymi. Jednakże nadal nie wprowadzono na wykazy refundacyjne najnowszych i najlepszych zmodyfikowanych cząsteczek insuliny. Niezależnie od zmian wykazów produktów refundowanych MZ zapowiedziało wprowadzenie co najmniej 5 nowych programów terapeutycznych w rzadkich chorobach (m. in. w chorobie Pompe’go i w niektórych chorobach metabolicznych, np. w jednym z typów mukopolisacharozy, typ VI).

Utrwaloną wadą systemu jest nadal brak znaczącego obniżania współpłacenia pacjentów za produkty lecznicze.

Nieznane pozostają...

...choćby tylko szacunkowe zmiany współpłacenia w wyniku zmian limitów w chorobach przewlekłych, zwłaszcza innych od chorób układu krążenia, narządu oddechowego i cukrzycy.

Nie są realizowane (lub zaledwie niektóre) podstawowe tezy zmian funkcjonowania systemu refundacji, dyskutowane w dokumentach resortu i proponowane zarówno przez samorząd lekarski, stowarzyszenia wytwórców, jak i specjalistyczny nadzór krajowy. Nadal brak kryteriów kwalifikacji leków do wykazów leków podstawowych, uzupełniających oraz stosowanych w wybranych chorobach przewlekłych. Brak kryteriów kwalifikacji do grup odpłatności „0”, ryczałt, 30 proc. i 50 proc. Nadal nie uzupełniono kryteriów dla limitów grupowych (dla grup o wspólnym limicie); grupy powinny zawierać jedynie produkty w analogicznej postaci farmaceutycznej, o maksymalnie zbliżonym mechanizmie działania i właściwościach, o podobnym działaniu i skuteczności oraz kategorii farmakokinetycznej.

„Gazeta Farmaceutyczna”, 9.02.2009

REKLAMA

REKLAMA

Pediatrica w zapaści

Agnieszka Katrynica

Dane dotyczące stanu zdrowia polskich dzieci są alarmujące: 90 proc. z nich ma dolegliwości zdrowotne – twierdzą członkowie Polskiego Towarzystwa Pediatrycznego.

W dodatku umieralność dzieci i młodzieży w Polsce jest o 40 proc. większa niż w krajach starej Unii Europejskiej, dlatego PTP alarmuje: opieka medyczna dzieci i młodzieży w Polsce znajduje się w stanie ciężkiej zapaści. – Tylko w nielicznych przychodniach na poziomie podstawowej opieki zdrowotnej przyjmują lekarze pediatrzy. Wizyta u specjalisty wymaga czekania w długiej kolejce. To musi się zmienić – apeluje do przedstawicieli rządu i Narodowego Funduszu Zdrowia prof. Alicja Chybicka, prezes Polskiego Towarzystwa Pediatrycznego.

Brak kadr

Długie kolejki do specjalistów to wynik m.in. braku kadr. Obecnie średni wiek lekarza tej specjalizacji to 58 lat. A około stu pediatrów jest już w wieku emerytalnym. Sytuację – być może – poprawi to, że pediatria została wpisana na listę tzw.

specjalizacji priorytetowych. – Rezydenci dostaną 400-500 zł więcej niż ich koledzy wybierający inną specjalność – tłumaczy Marek Haber, wiceminister zdrowia. – Liczymy na to, że zachęci to młodych lekarzy do wyboru tej specjalizacji.

Resort zdrowia planuje także zwiększenie liczby miejsc rezydenckich i miejsc akredytacyjnych.

Jednak trzeba pamiętać, że potrzeba co najmniej 5-6 lat, aby wykształcić młodych lekarzy. A już dziś brakuje ok. 4 tys. pediatrów, bo w ciągu ostatnich kilku lat ich liczba spadła z 10 tys. do 6 tys.

Brak miejsc

Kolejnym problemem jest brak łóżek pediatrycznych. – Kilka lat temu likwidowano łóżka na oddziałach pediatrycznych. Dziś, kiedy mamy *baby boom*, dla maluchów nie ma miejsc – podkreśla prof. Chybicka. Dla przykładu we Wrocławiu skasowano 120 łóżek dziecięcych, a w całym województwie łódzkim

w ciągu ostatnich 10 lat liczba łóżek pediatrycznych zmniejszyła się o ponad połowę. W efekcie, szczególnie w dużych miastach, brakuje miejsc w szpitalach. I to nie tylko na oddziałach położniczych. – Sytuacja pogarsza się w okresie zachorowań na grypę i zapalenie płuc. Gdy w Łodzi zabrakło miejsc na oddziałach dla dzieci z zapaleniem płuc, mali pacjenci musieli być przewożeni do pobliskich szpitali w miastach powiatowych, m.in. Bełchatowie i Skierniewicach. Nie mówiąc o tym, że brakuje łóżek wysokospecjalistycznych – podkreśla prof. Jerzy Stańczyk, konsultant wojewódzki ds. pediatrii w Łodzi. Jak podaje prof. Wanda Kawalec, konsultant krajowy ds. kardiologii dziecięcej, brakuje co najmniej 50 miejsc na oddziałach intensywnej opieki kardiologicznej. – To

powoduje, że chociaż potrafimy leczyć dzieci z wrodzonymi wadami serca, to nie jesteśmy w stanie pomóc wszystkim, bo po operacji nie ma gdzie ich położyć – podkreśla.

Brak pieniędzy

Problemem jest także finansowanie leczenia szpitalnego dzieci. Procedury kosztują drożej niż w przypadku osób dorosłych, a mimo to NFZ wycenił świadczenia pediatryczne na takim samym poziomie za punkt jak dla dorosłych, czyli na 51 zł. Prof. Stańczyk podkreśla, że niektóre procedury wykonywane u dzieci są niedoszacowane o 20-30 proc. W związku z tym dyrektorzy dużych szpitali pediatrycznych sygnalizują, że już teraz zadłużają się one w tempie 2-3 mln zł miesięcznie.

Jak podaje Teresa Jackowska, wiceprezes PTP, w pediatrii część jednostek chorobowych nie jest wcale wyceniona, np. omdlenia czy bóle głowy, więc szpital za pomoc dziecku w takich przypadkach nie dostaje od NFZ żadnych pieniędzy. Absurdów jest więcej. – Ostatnio lekarze wypisywali kartę dziewczynki, która ma 17 i pół roku, i okazuje się, że nie są w stanie jej wypisać, bo system JGP rozlicza dzieci tylko do 17 roku życia. Jeśli dziecko ma siedemnaście lat i parę dni, to grupowane jest w przedziale osób osiemnastoletnich i lekarze nie są w stanie wypisać dziecka w zakresie pediatrii. A ja pytam, czy dziecko, które ma siedemnaście lat i parę dni, jeśli jest chore i na pediatrii są wolne miejsca, nie ma prawa tam się leczyć? Czy musi leżeć na internie wśród osób umierających? System NFZ dla pediatrii jest bezduszny i mamy na to dowody – mówi Jackowska.

Niestety, nic nie wskazuje na to, że ta sytuacja się poprawi. Jak podaje Jackowska w projekcie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, nad którym trwają teraz prace, zniknęły punkty mówiące o tym, że świadczeniobiorca zapewnia i finansuje opiekę nad kobietą w okresie ciąży, porodu i pójogu, opiekę nad kobietą i dzieckiem w okresie karmienia piersią, opiekę prenatalną i opiekę nad noworodkiem oraz

wstępną ocenę stanu zdrowia i opiekę nad zdrowym dzieckiem do lat 18. – Czyli nie będą finansowane wszelkie działania profilaktyczne. Mam nadzieję, że to jest jakaś pomyłka – alarmuje Jackowska.

Brak profilaktyki

Jedna trzecia dzieci w wieku od dwóch do trzech lat wcale nie jest poddawana okresowym badaniom. – Wiele schorzeń u dzieci jest rozpoznawanych zbyt późno, leczenie jest wtedy bardziej kosztowne i czasochłonne, a czasem niemożliwe do wyleczenia i prowadzi do śmierci dzieci. Efektem jest to, że umieralność dzieci i młodzieży w Polsce jest o 40 proc. większa niż w krajach starej UE. Odejdzie od profilaktyki, które zakłada nowa ustawa, tę sytuację jeszcze pogorszy – przestrzega prof. Mieczysław Walczak, członek Zarządu Głównego Polskiego Towarzystwa Pediatrycznego. – W wieku szkolnym, na skutek odejścia od medycyny szkolnej, odsetek ten jest jeszcze bardziej zastraszający i dochodzi do 50 proc. – twierdzi prof. Walczak.

Najgorzej, jak twierdzą specjaliści, jest ze stomatologią – wraz ze zniknięciem ze szkół gabinetów zaczął rosnąć odsetek zachorowań na próchnicę zębów. Jak po-

kazują badania ponad 50 proc. 3-latków ma próchnicę, a potem jest już tylko gorzej: 6-latków chorych jest już 76 proc., 84 proc. 12-latków i aż 98 proc. 18-latków. – Tak wchodzi w życie nasza młodzież – konkluduje te wyniki prof. Barbara Adamowicz-Klepcka, kierownik Zakładu Stomatologii Dziecięcej w Gdańsku. – To przede wszystkim skutek zbyt małych nakładów. NFZ co roku wydaje na stomatologię 2 mld zł, z czego zaledwie 191 mln zł przeznacza się na leczenie dzieci. Nic dziwnego, że stomatolodzy bardzo niechętnie przyjmują w swoich gabinetach dzieci.

Inne badania pokazują, że coraz większa liczba polskich dzieci ma wady kręgosłupa i postawy, choruje na alergię i cukrzycę.

Co więcej, budżet na szczepienia ochronne w Polsce jest niewystarczający. – Już teraz polski kalendarz szczepień ochronnych wypada niekorzystnie na tle takich krajów jak Czechy, Słowacja, a nawet Rumunia – tłumaczy dr hab. Teresa Jackowska.

Departament pomoże?

Co zatem należałoby zrobić, by poprawić tę sytuację? – Priorytetem jest większe finansowanie pediatrii, otwarcie

Jak pokazują badania ponad 90 proc. polskich dzieci ma problemy zdrowotne. Głównymi problemami są: otyłość, nadwaga, cukrzyca, nadciśnienie oraz próchnica. Powodem jest m.in. brak systematycznie prowadzonych programów profilaktycznych oraz opieki medycznej w szkołach.

oddziałów dziecięcych w szpitalach i szkolenie młodych specjalistów – wylicza prof. Chybicka. Pediatrzy żądają także, aby powstał kompleksowy program opieki pediatrycznej nad dziećmi i młodzieżą. Mógłby go opracować departament matki i dziecka w Ministerstwie Zdrowia (został zlikwidowany 20 lat temu). Jak zapewnia wiceminister zdrowia Marek Haber jest zgoda na utworzenie takiego departamentu. – Nie jest to jakaś wielka rewolucja, ale ma pokazać, że problemy pediatrii są dla nas bardzo ważne – zaznaczył.

Tylko czy zatrudnienie przy ul. Miódowej (gdzie mieści się Ministerstwo Zdrowia – przyp. red.) kilku dodatkowych urzędników radykalnie poprawi sytuację najmłodszych Polaków? Bardzo wątpliwe.

REKLAMA

REKLAMA

REKLAMA

REKLAMA

Obowiązek zgłaszania przypadków przemocy wobec dzieci

Małgorzata Brzozowska

Przemoc wobec dzieci to zjawisko społeczno-psychologiczne, mające wielorakie uwarunkowania związane z siłami tkwiącymi w jednostce, w rodzinie, a także w środowisku i kulturze, w które uwikłane są zarówno jednostka, jak i rodzina.¹

Przemoc, jak każde znaczące doświadczenie, odciska swój ślad w psychospołecznym funkcjonowaniu dziecka. Jego sprawcami są bardzo często rodzice lub opiekunowie, czyli osoby niejako naturalnie predysponowane do zapewniania dziecku poczucia bezpieczeństwa i wspierania go we wszystkich jego trudnych chwilach życia.

Z badań przeprowadzonych w 2007 r. wynika, że w około połowie polskich domów przynajmniej sporadycznie występuje zjawisko przemocy. Najczęstszą formą przemocy jest przemoc psychiczna i fizyczna, ale znane są również częste przypadki przemocy ekonomicznej i seksualnej, jak i zaniedbania.²

Z badań opinii publicznej wynika, że znaczna część Polaków zgadza się ze stereotypowymi poglądami, że są okoliczności usprawiedliwiające stosowanie przemocy wobec dzieci oraz że jeżeli ofiara przemocy nie prosi o pomoc, nie należy się wtrącać.

Taka postawa społeczeństwa, zwłaszcza w odniesieniu do dzieci, niejednokrotnie przyczynia się do tragicznych konsekwencji w postaci poważnego uszkodzenia ciała lub śmierci dziecka.

Należy podkreślić, że przemoc jest zjawiskiem występującym nie tylko w środowiskach z tzw. marginesu społecznego, lecz we wszystkich grupach społecznych, w tym dobrze sytuowanych.

Innym, często spotykanym, stereotypem jest przekonanie, że przemoc seksualnej wobec dzieci dopuszczają się osoby obce z zaburzeniami psychicznymi. Jednakże nadużyć takich dopuszczają się także osoby, których nigdy by nie posądzono o zaburzenia psychiczne lub seksualne, a często są to krewni dziecka.¹

Przekazanie właściwym organom informacji o przypadkach, w których – zdaniem zgłaszającego – miało miejsce użycie przemocy wobec dziecka, np. gdy lekarz stwierdzi, że uraz jest skutkiem świadomego zastosowania przemocy, często mogłoby uchronić dziecko przed kolejnymi przejawami agresji i zapobiec dalszym uszkodzeniom ciała, a w skrajnych sytuacjach utracie życia. Policję lub inne właściwe organy zawiada-

mia się jednak najczęściej w najbardziej drastycznych przypadkach.

Bierność w tej sprawie może być oceniana w kategoriach moralno-etycznych i społecznych. Obowiązujące przepisy prawne wprowadzają również w kilku przepisach obowiązek zawiadomienia o podejrzeniu zastosowania przemocy wobec dziecka.

Obowiązek zawiadomienia o podejrzeniu popełnienia przestępstwa przewiduje **art. 304 § 1 Kodeksu postępowania karnego**. Zgodnie z tym przepisem **każdy dowiedziawszy się o popełnieniu przestępstwa ściganego z urzędu ma społeczny obowiązek zawiadomić o tym prokuratora lub Policję**.

Z jednej strony obowiązek ten obciąża każdą osobę, która uzyskała informację o popełnionym przestępstwie, z drugiej niewykonanie tego obowiązku może spotkać się z sankcją moralną i potępieniem społecznym, ale nie jest zagrożone sankcją karną (jest to tzw. **społeczny obowiązek zawiadomienia o przestępstwie**).

Obowiązek zawiadomienia dotyczy przestępstw ściganych z urzędu, tj. takich, w odniesieniu do których policja lub prokuratura są uprawnione i zobowiązane do wszczęcia i prowadzenia postępowania karnego niezależnie od wniosku i woli osoby pokrzywdzonej. Jakie są to przestępstwa, wynika z przepisów Kodeksu karnego.

W odniesieniu do zjawiska przemocy wobec dziecka lekarze i lekarze dentyści mogą zetknąć się m.in. z przestępstwami określonymi w:

- 1) **art. 156 i 157 § 1 Kodeksu karnego** (dalej kk), które przewidują **przestępstwo spowodowania ciężkiego uszczerbku na zdrowiu** (art. 156) oraz **innego (niż ciężki) uszczerbku** (art. 157 § 1), przy tym ściganie z urzędu w przypadku „innych

dokończenie na str. 28



april group

MEDBROKER

DBAMY O TWÓJ SPOKÓJ

Planowanie i organizacja:
 Ubezpieczeń Odpowiedzialności Cywilnej
 Ubezpieczeń Mienia
 Ubezpieczeń na Życie
 Ubezpieczeń Zdrowotnych
 Ochrony Prawnej

MEDBROKER
 ul. Wiatraczna 9, 04-366 Warszawa
 tel.: (22) 824 29 43, (22) 740 94 80, fax: (22) 740 94 82
 biuro@medbroker.pl

www.medbroker.pl

Obowiązek zgłaszania przypadków przemocy wobec dzieci

dokończenie ze str. 26

uszczerbków” dotyczy jedynie przypadków, w których **naruszenie czynności narządu ciała lub rozstrój zdrowia trwały dłużej niż 7 dni** i były spowodowane umyślnie, a sprawcą nie jest osoba najbliższa. Uszczerbek na zdrowiu obejmuje uszkodzenie ciała lub rozstrój zdrowia człowieka. Uszkodzenie ciała (naruszenie ciągłości tkanek) może polegać zarówno na zewnętrznym zranieniu, jak i sięgającym w głąb ciała, w tym na obrażeniach narządów wewnętrznych. Jego istotą są zmiany anatomiczne, które powodują utratę lub naruszenie czynności narządu ciała (np. narządu wzroku, słuchu, oddychania, nerek). Z kolei przez rozstrój zdrowia rozumie się zakłócenie funkcji organizmu o charakterze czynnościowym (fizjologicznym), które może wynikać z zadanego urazu (np. wadliwe funkcjonowanie nerki z powodu urazu), jak i mieć charakter bezurazowy (np. zatrucie organizmu, szok psychiczny).³

2) **art. 160 § 2 kk**, który określa **przestępstwo narażenia na niebezpieczeństwo utraty życia lub ciężkiego uszczerbku na zdrowiu osoby, wobec której sprawca ma szczególny obowiązek opieki**. Podstawą penalizacji jest każde działanie albo zaniechanie, które stwarza **bezpośrednie niebezpieczeństwo**, tzn. zmienia sytuację z bezpiecznej na taką, w której występuje niezwłoczne zagrożenie dla życia lub zdrowia człowieka w zakresie ciężkiego uszczerbku.

Ten szczególny obowiązek opieki, o którym mowa w tym przepisie, może wynikać np. z przepisów prawa rodzinnego (np. rodziców wobec nieletnich dzieci), z orzeczenia sądu lub innego aktu prawnego (np. obowiązek opiekuna, kierownika szkoły), z umowy (np. obowiązki instruktora sportowego, pielęgniarki), a nawet z zaistniałej sytuacji faktycznej (np. obowiązki osoby, która wzięła dzieci na wycieczkę).³

3) **art. 199 § 2 i 3 kk**, który penalizuje **doprowadzenie osoby małoletniej**

(osoby, która nie ukończyła 18 lat) **do obcowania płciowego lub poddania się innej czynności seksualnej albo do wykonania takiej czynności przez nadużycie zależności w jakim osoba ta się znajduje lub wykorzystanie jej krytycznego położenia** (§ 2) albo przez **nadużycie zaufania lub udzielenie małoletniemu korzyści majątkowej lub osobistej albo jej obietnicy** (§ 3).

Nadużycie zaufania należy wiązać z bliskim związkiem małoletniego ze sprawcą, wynikającym z relacji rodzinnych, sąsiedzkich lub przyjacielskich, bądź z pozycją sprawcy lub pełnią przez niego funkcję (np. nauczyciela, opiekuna, trenera w drużynie sportowej), która uzasadnia zaufanie małoletniego. Nadużyciem zaufania będzie też wykorzystanie naiwności lub ufności małoletniego wobec osób dorosłych w celu doprowadzenia go do obcowania płciowego albo poddania się lub wykonania innej czynności seksualnej.³

4) **art. 200 § 1 kk**, penalizującego **doprowadzenie małoletniego poniżej 15 lat do obcowania płciowego lub do poddania się innej czynności seksualnej albo do wykonania takiej czynności**;

5) **art. 207 kk**, który określa **przestępstwo znęcania się fizycznie lub psychicznie nad osobą najbliższą, małoletnią** (osobą, która nie ukończyła 18 lat), a także nad osobą pozostającą w stosunku zależności od sprawcy (tj. osobą, która ze względu na swoją sytuację np. materialną, zdrowotną lub psychiczną uzależniona jest od sprawcy);

6) **art. 208 kk**, które polega na **do-starczaniu** w dowolny sposób (odpłatnie, darmowo), **ułatwianiu** (tj. usuwaniu przeszkód, czynieniu dostępnym) **lub nakłanianiu małoletniego do spożywania napojów alkoholowych**.

Zawiadomienie należy skierować do prokuratora lub policji. Może być ono zgłoszone pisemnie lub ustnie do protokołu.

Jeżeli zawiadamiający ma uzasadnioną obawę, że w związku ze składanym zawiadomieniem wobec niego lub jego najbliższych może zostać użyta przemoc lub groźba bezprawna (tj. groźba innej osoby, że zostanie popełnione przestępstwo na szkodę zawiadamiającego lub szkodę osoby mu najbliższej), może zastrzec dane dotyczące swojego miejsca zamieszkania do wyłącznej wiadomości prokuratora lub sądu. W takim

przypadku zawiadomienie powinno być złożone do prokuratora, a nie policji, skoro wyłącznie prokurator (i sąd) mają znać miejsca zamieszkania składającego zawiadomienie.

W zawiadomieniu można także wskazać osobę podejrzaną o popełnienie przestępstwa i jest to dopuszczalne w granicach prawa. Jedynie wówczas, gdy zawiadomienie i wskazanie podejrzanego było dokonane w oczywisty sposób ze złym zamiarem i pełną świadomością nieprawdy takiego twierdzenia przekraczają one granice obowiązującego prawa i mogą pociągnąć za sobą odpowiedzialność karną.⁴

Należy także przyjąć możliwość złożenia zawiadomienia o przestępstwie w formie anonimowej.⁵

Kolejny przepis, który przewiduje obowiązek złożenia zawiadomienia o przestępstwie, to przepis **art. 12 ustawy z 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu przemocy w rodzinie** (Dz. U. nr 180, poz. 1493). Przepis ten stanowi, że **osoby, które w związku z wykonywaniem swoich obowiązków służbowych powzięły podejrzenie o popełnieniu przestępstwa z użyciem przemocy wobec członków rodziny, powinny niezwłocznie zawiadomić o tym Policję lub prokuratora**.

Przepis ten ma na celu zobowiązanie osób, które w związku z wykonywaniem swojej pracy zetknęły się z przemocą w rodzinie.

Zgodnie z definicją zawartą w **art. 2 pkt 2** ustawy przemoc w rodzinie stanowią jednorazowe albo powtarzające się umyślne działanie lub zaniechanie, naruszające prawa lub dobra osobiste osób wskazanych w ustawie (o tym poniżej), w szczególności narażające te osoby na niebezpieczeństwo utraty życia, zdrowia, naruszające ich godność, nietykalność cielesną, wolność, w tym seksualną, powodujące szkody na ich zdrowiu fizycznym lub psychicznym, a także wywołujące u nich cierpienia i krzywdy.

Kto jest członkiem rodziny w rozumieniu tej ustawy zostało określone w **art. 2 pkt 1 ustawy**. Zgodnie z definicją zawartą w tym przepisie członkiem rodziny jest osoba najbliższa, o której mowa w art. 115 § 11 kk oraz inna osoba, o ile wspólnie zamieszkuje lub gospodaruje. Z kolei z **art. 115 § 11 kk** wynika, że osobą najbliższą jest małżonek, wstępny, zstępny, rodzeństwo, powinowaty w tej samej linii lub stopniu, osoba pozostająca w stosunku przysposobienia oraz jej małżonek, a także osoba pozostająca we wspólnym pożyciu.

Obowiązek zawiadomienia przewidziany w **art. 12 ustawy** o przeciwdzia-

łaniu przemocy w rodzinie dotyczy więc nie tylko przemocy stosowanej wobec dziecka przez rodziców, ale także przez jego dziadków, pradiadków, rodzeństwo i jego małżonków oraz rodziców, dzieci i rodzeństwo tych małżonków, ojczyma lub macochę, konkubentów.

W przeciwieństwie do obowiązku przewidzianego w **art. 304 § 1 Kodeksu** postępowania karnego, przepis ten przewiduje obowiązek zawiadomienia, który jest ograniczony podmiotowo i przedmiotowo.

Po pierwsze, nie nakłada on obowiązku na każdego, a jedynie na osoby, które pozostają w stosunku pracy (lub niepracowniczym stosunku służbowym), i w związku z wykonywaniem obowiązków wynikających z tego stosunku, powzięły podejrzenie o popełnieniu przestępstwa. Do osób tych można zaliczyć m.in. lekarzy i lekarzy dentystów. Jednakże lekarz prowadzący praktykę lekarską, który poweźmie podejrzenie stosowania przemocy wobec dziecka, nie jest zobowiązany do wykonania obowiązku przewidzianego w tym przepisie. Powzięcie podejrzenia o popełnieniu przestępstwa musi bowiem nastąpić w trakcie realizacji obowiązków służbowych lub przy okazji ich wykonywania, czyli w sytuacjach, gdy lekarz poweźmie podejrzenie popełnienia przestępstwa w związku z prowadzonymi przez siebie czynnościami, wynikającymi ze specyfiki swoich obowiązków służbowych, podejmowanymi na rzecz pracodawcy w ramach realizacji obowiązków wynikających ze stosunku pracy (lub niepracowniczego stosunku służbowego).

Należy przyjąć, że obowiązek ten dotyczy zarówno pracowników, jak i osób zajmujących stanowiska kierownicze w danej placówce, o ile osoby te powzięły podejrzenie, o którym mowa w art. 12 ustawy.⁶

Po drugie, obowiązek ten dotyczy przestępstw popełnionych z użyciem przemocy wobec członka rodziny, a więc m.in. dziecka. Są to niektóre przestępstwa ścigane z urzędu (np. art. 156 kk, art. 191 kk – penalizujący zastosowanie przemocy lub groźby bezprawnej w celu zmuszenia innej osoby do określonego zachowania się, art. 207 kk), a także ścigane na wniosek lub z oskarżenia prywatnego, które zostały popełnione z użyciem przemocy (np. art. 157 kk – w przypadku naruszenia czynności narządu ciała lub rozstroju zdrowia, trwających do 7 dni, art. 197 kk dotyczący użycia przemocy w celu doprowadzenia do obcowania płciowego, czyli przestępstwo zgwałcenia).

dokończenie na str. 30

Obowiązek zgłaszania przypadków przemocy wobec dzieci

dokończenie ze str. 29

Obowiązek zawiadomienia policji lub prokuratora o podejrzeniu popełnienia przestępstwa z użyciem przemocy wobec dziecka powstaje z chwilą powzięcia takiego podejrzenia przez osoby zobowiązane do złożenia zawiadomienia. Natomiast realizacja tego obowiązku powinna nastąpić niezwłocznie, tj. bez uzasadnionej zwłoki.

Dopuszczalne wydaje się, aby zawiadomienie zostało dokonane za pośrednictwem przełożonego lub pracodawcy.⁵

Obowiązek zawiadomienia powstaje w momencie powzięcia podejrzenia, że zostało popełnione przestępstwo, które to podejrzenie opiera się na informacjach wykazujących pewien stopień wiarygodności.⁵

Niezrealizowanie tego obowiązku nie jest zagrożone sankcją karnoprawną, co powoduje, że można go uznać jedynie za obowiązek o charakterze quasi-społecznym (podobny do obowiązku wynikającego z art. 304 § 1 Kodeksu postępowania karnego) i może spowodować negatywną moralną ocenę takiego zachowania i ewentualnie odpowiedzialność służbową.⁵

Obowiązek powiadomienia odpowiednich organów istnieje również na gruncie prawa cywilnego. Zgodnie z **art. 572 § 1 Kodeksu postępowania cywilnego każdy, komu znane jest zdarzenie uzasadniające wszczęcie postępowania z urzędu, obowiązany jest zawiadomić o nim sąd opiekuńczy**.

Ten powszechny obowiązek zawiadamiania sądu dotyczy zdarzeń, które uzasadniają wszczęcie postępowania z urzę-

du. Są to m.in. zdarzenia polegające na zaniedbaniu lub krzywdzeniu dziecka, które mogą skutkować ograniczeniem lub pozbawieniem władzy rodzicielskiej albo odebraniem dziecka pozostającego pod władzą rodzicielską.

Przepis ten nie wprowadza terminu, w którym zawiadomienie powinno być dokonane, ani nie wprowadza sankcji za niewypełnienie tego obowiązku.

Obowiązek jest niezależny od obowiązku przewidzianego w art. 304 § 1 Kodeksu postępowania karnego, a zawiadomienie sądu opiekuńczego nie oznacza zadośćuczynienia obowiązkowi zawiadomienia przewidzianego w innych przepisach.

Obowiązujące przepisy nie zawierają żadnej regulacji dotyczącej współdziałania lekarza z organami ścigania, choćby w formie składania zawiadomienia o popełnieniu przestępstwa, o którym lekarz powziął wiadomość w związku z wykonywanym zawodem (co przewidywała ustawa z 28 października 1950 r. o zawodzie lekarza).

W przypadku realizacji powyższych obowiązków w związku z informacją o przemocy wobec dziecka powziętą przy realizacji obowiązków zawodowych przez lekarza może pojawić się wątpliwość co do kolizji z obowiązkiem zachowania tajemnicy zawodowej.

Obowiązek zachowania tajemnicy zawodowej przez lekarzy i lekarzy dentystów przewiduje **art. 40 ust. 1 ustawy z 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty** (Dz. U. z 2008 r. nr 136, poz. 857, z późn. zm.). Zgodnie z tym przepisem *lekarz ma obowiązek zachowania w tajemnicy informacji związanych z pacjentem, a uzyskanych w związku z wykonywaniem zawodu*. W sferze tajemnicy zawodowej lekarza będą mieścić się informacje przekazane przez pacjenta, członków rodziny pacjenta, personel medyczny i inne osoby, jak i informacje, które wynikają z ustaleń dokonanych przez lekarza samodzielnie, niezależnie od woli i wiedzy pacjenta. Będą to informacje

dotyczące nie tylko pacjenta, ale także innych osób, ustalone przez lekarza w związku z wykonywaniem zawodu.⁷ Obowiązek zachowania tajemnicy dotyczy każdego lekarza, niezależnie od formy wykonywania zawodu, zajmowanego stanowiska lub pełnionej funkcji. Naruszenie tajemnicy zawodowej jest zagrożone odpowiedzialnością karną z art. 266 § 1 kk, przewidującego karę za ujawnienie lub wykorzystanie – wbrew przepisom ustawy lub przyjętemu na siebie zobowiązaniu – informacji, z którą dana osoba (m.in. lekarz lub lekarz dentysta) zapoznał się w związku z pełnioną funkcją, wykonywaną pracą, działalnością publiczną, społeczną, gospodarczą lub naukową. Nieuprawnione ujawnienie danych objętych tajemnicą lekarską może spowodować także odpowiedzialność zawodową zgodnie z art. 41 ustawy z dnia 17 maja 1989 r. o izbach lekarskich (Dz. U. nr 30, poz. 158, z późn. zm.) oraz odpowiedzialność pracowniczą na podstawie art. 114-122 Kodeksu pracy.

Tajemnica lekarska nie jest jednak bezwzględna, gdyż istnieją przypadki, w których lekarz zostaje zwolniony z obowiązku jej zachowania.

Tajemnicy nie uchyłają wyżej wymienione art. 304 § 1 Kodeksu postępowania karnego i art. 12 ustawy o przeciwdziałaniu przemocy w rodzinie.⁶

Natomiast katalog wyjątków od obowiązku zachowania tajemnicy lekarskiej zawiera **art. 40 ust. 2 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty**. Można wskazać na następujące wyjątki, które mogą mieć zastosowanie w przypadku omawianego zjawiska:

1) zgodnie z **art. 40 ust. 2 pkt 1 ustawy** lekarz nie ma obowiązku zachowania tajemnicy, **gdy tak stanowią ustawy**. Takim przepisem zwalniającym z zachowania tego obowiązku jest np. **art. 240 kk**, z którego wynika obowiązek niezwłocznego zawiadomienia przez lekarza organów ścigania o przygotowaniu, usiłowaniu lub dokonaniu przestępstw wymienionych w tym

- przepisie, m.in. przestępstwa zabójstwa.⁸ Obowiązek zawiadomienia powstaje, gdy lekarz poweźmie wiarygodną informację o zamiarze lub popełnieniu przestępstwa;
- 2) lekarz może ujawnić informacje objęte tajemnicą lekarską w przypadku wskazanym w **art. 40 ust. 2 pkt 3 ustawy**, a więc gdy *zachowanie w tajemnicy informacji uzyskanych w związku z wykonywaniem zawodu może stanowić niebezpieczeństwo dla życia lub zdrowia pacjenta lub innych osób*. Niebezpieczeństwo dla życia i zdrowia pacjenta powinno być interpretowane jako zagrożenie, które nie jest bezpośrednim następstwem i medyczną konsekwencją dynamiki choroby;⁹
- 3) tajemnica może być ujawniona także po **wyrażeniu zgody na jej ujawnienie przez przedstawiciela ustawowego dziecka w warunkach określonych w art. 40 ust. 2 pkt 3 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty**. Przepis ten nie określa komu można udzielić informacji ani celu, w jakim to następuje; wystarczająca jest zgoda przedstawiciela ustawowego na ujawnienie tajemnicy.

Obowiązek zachowania tajemnicy lekarskiej przewiduje także **art. 23 Kodeksu Etyki Lekarskiej**, zgodnie z którym *tajemnicą objęte są wiadomości o pacjencie i jego otoczeniu uzyskane przez lekarza w związku z wykonywanymi czynnościami zawodowymi*.

Jednakże **Kodeks** w **art. 27** przewiduje *prawo lekarza do ujawnienia zauważonych faktów zagrożenia zdrowia lub życia w wyniku łamania praw człowieka*. Z uwagi na ogólne sformułowanie przesłanek będących podstawą ujawnienia tajemnicy lekarskiej w literaturze istnieją różne interpretacje zakresu przedmiotowego tego przepisu. Wskazywano, że zdarzenia, z których wynikają zagrożenia muszą być na tyle rażące, aby mogły być potraktowane jako naruszenie podstawowych praw, przynależnych każdemu człowiekowi i wynikających z jego godności jako jednostki ludzkiej, a które są niezbywalne i istnieją niezależnie od okoliczności zewnętrznych i prawa stanowionego przez organy władzy państwowej. Według innej koncepcji chodzi tu przede wszystkim o przestępstwa. Należy jednak podkreślić, że zbyt szeroka interpretacja tego przepisu może doprowadzić do kolizji z przepisami ustawowymi dotyczącymi zwolnienia z obowiązku tajemnicy lekarskiej (przede wszystkim

z art. 40 ust. 2 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty). Dlatego w razie wątpliwości, czy istnieje możliwość ujawnienia informacji objętej tajemnicą lekarską, należy kierować się wyjątkami wskazanymi w ustawie.⁷

Na podstawie powyższych przepisów lekarz ma społeczny obowiązek zawiadomienia o przemocy wobec dziecka, stwierdzonej przy wykonywaniu czynności zawodowych, a przed podjęciem decyzji w tej sprawie powinien przeanalizować, czy jego działanie mieści się w granicach wyjątków dopuszczających możliwość odstąpienia od obowiązku zachowania tajemnicy lekarskiej.

Małgorzata Brzozowska
radca prawny
Zespół Radców Prawnych NIL

¹Sabina Nikodemka: *Przemoc wobec dzieci – przegląd badań*. „Niebieska Linia”, nr 4/2000.

²Uzasadnienie do rządowego projektu ustawy o zmianie ustawy o przeciwdziałaniu przemocy w rodzinie oraz niektórych innych ustaw, przekazanego do Sejmu RP 12 lutego 2009 r.

³Andrzej Marek: *Kodeks karny. Komentarz*, LEX, 2007, wyd. IV.

⁴Wyrok SA w Warszawie z dnia 4 grudnia 1998 r., I Aca 1004/98, OSA w Warszawie 1999, nr 3, poz. K-28.

⁵Ryszard A. Stefański: *Komentarz do ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. Kodeks postępowania karnego (Dz.U.97.89.555), w zakresie przepisów o postępowaniu przygotowawczym; komentarz* LEX/el 2003.

⁶Sylvia Spurek: *Ustawa o przeciwdziałaniu przemocy w rodzinie. Komentarz*. Oficyna, 2008.

⁷Mirosława Kapko (w:) Eleonora Zielińska (red.): *Ustawa o zawodach lekarza i lekarza dentysty. Komentarz*. ABC Wolters Kluwer business, Warszawa 2008.

⁸Marian Filar: *Lekarskie prawo karne*, Zakamycze 2000. Natomiast przeciwnie wypowiedzieli się Marek Safjan (w *Prawo i Medycyna*, Warszawa 1998, s. 150) i Teresa Bukiet-Nagórska (w *Lekarski obowiązek współdziałania z organami ścigania a tajemnica lekarska*, „Prawo i Medycyna” 2002, nr 12). Także w tej sprawie: Iwona Wrzesniewska-Wal: *Lekarski obowiązek zawiadomienia o popełnieniu przestępstwa*, wykład przygotowany na V Forum Prawno-Medyczne „Abakus”, opublikowany w „*Służbie Zdrowia*” nr 9-12/2003.

⁹Marian Filar (w:) M. Filar, S. Krześ, E. Marszałek-Krześ, P. Zaborowski: *Odpowiedzialność zawodowa lekarza i jej stosunek do odpowiedzialności karnej*, Warszawa 2001.

Szczególne przypadki odpowiedzialności cywilnej

Odpowiedzialność za szkody wyrządzone w związku z użyciem niesprawnego sprzętu medycznego

Lekarz, który nie doloży należytej staranności w trakcie posługiwania się sprzętem medycznym podczas wykonywania czynności diagnostycznych bądź terapeutycznych, naraża się na odpowiedzialność cywilną (odszkodowawczą) w stosunku do pacjenta.

Uwaga! Przez dołożenie należytej staranności należy w tym przypadku rozumieć kontrolę urządzeń medycznych, których lekarz używa do przeprowadzenia zabiegu lub diagnostyki. Do urządzeń tych należy zaliczyć zarówno „duży” sprzęt medyczny (np. respiratory, kardiomonitor, stoły operacyjne, lampy bakterioobójcze, inkubatory itp.), jak i drobny sprzęt medyczny (np. zestawy do znieczuleń podpajęcznikowych, narzędzia chirurgiczne, cewniki, rurki intubacyjne itp.).

Należy zaznaczyć, że odpowiedzialność za wadliwy sprzęt medyczny dotyczy lekarza oraz jednostki leczniczej, do której ten sprzęt należy. Zakres odpowiedzialności kształtuje się jednak różnie, w odniesieniu do lekarzy i zakładów leczniczych. **Lekarz odpowie-**

dzialny jest bowiem jedynie za szkodę wyrządzoną pacjentowi, w związku z użyciem wadliwego lub niesprawnego sprzętu medycznego, którego wady widoczne są „na pierwszy rzut oka”. Należy zaznaczyć, że „pierwszy rzut oka lekarza” różni się, a przynajmniej powinien się różnić od spojrzenia osoby nie posiadającej wykształcenia medycznego. Dlatego też lekarz zobowiązany jest do wychwycenia wszelkich dających się zauważyć (wykrywalnych) wad w sprzęcie, w tym także tych, których mogłaby nie zauważyć osoba nie wykonująca zawodu lekarza.

Wynika stąd, że użycie przez lekarza wadliwego sprzętu medycznego, którego wada jest widoczna, pociąga za sobą odpowiedzialność cywilną lekarza, za szkody wyrządzone pacjentowi w związku z użyciem takiego sprzętu.

Lekarz nie ponosi natomiast odpowiedzialności za wyrządzenie pacjentowi szkody w związku z użyciem wadliwego sprzętu medycznego, który posiadał wadę ukrytą. Odpowiedzialność za tego typu zdarzenia ponosi zakład leczniczy, do którego należy sprzęt medyczny.

Uwaga! Warto podkreślić, że lekarz nie ponosi odpowiedzialności za wady ukryte, bez względu na to jakie relacje prawne łączą go z zakładem

leczniczym. Oznacza to, że odpowiedzialność lekarza nie jest uzależniona od tego, czy lekarz jest zatrudniony na podstawie umowy o pracę, umowy cywilnoprawnej (kontraktu), czy też jest niezależnym kontrahentem, który wykorzystuje zaplecze medyczne szpitala lub kliniki.

Odpowiedzialność zakładu leczniczego za wady ukryte sprzętu wynika z obowiązku dołożenia należytej staranności w stosunkach danego rodzaju (art. 355 § 1 k.c.). Dołożenie należytej staranności polega w tym przypadku na zapewnieniu w odpowiednich odstępach czasu przeglądów, napraw, konserwacji i dezynfekcji sprzętu medycznego.

Pacjent, który poniósł szkodę w związku z użyciem wadliwego lub niesprawnego sprzętu medycznego, może wystąpić z roszczeniem odszkodowawczym bezpośrednio do producenta sprzętu. Sytuacja taka będzie miała miejsce w przypadku, gdy lekarz i zakład leczniczy dołożyli należytej staranności w zakresie używania sprzętu medycznego, a mimo to pacjent poniósł szkodę. Producent sprzętu medycznego ponosi w takim przypadku odpowiedzialność na zasadzie ryzyka, to znaczy zawsze wtedy, gdy przyczyną niesprawności sprzętu są wady powstałe podczas produkcji, które nie mogły zostać wykryte przez zakład leczniczy w trakcie przeglądów lub napraw.

Odpowiedzialność za wyrządzenie szkody dziecku poczętemu

W myśl kodeksu cywilnego (dalej k.c.) dziecko poczęte (*nasciturus*) nie ma osobowości prawnej, ale jego osoba oraz jego interesy podlegają ochronie.

Uwaga! Dziecko może żądać naprawienia szkód, które zostały mu wyrządzone w trakcie rozwoju prenatalnego. Zgodnie z art. 446¹ k.c. *z chwilą urodzenia dziecko może żądać naprawienia szkód doznanych przed urodzeniem (...)*. Roszczenia te obejmują naprawienie szkody związanej z szeroko pojętym rozstrojem

zdrowia lub uszkodzeniem ciała (art. 444 k.c.) oraz zadośćuczynienie pieniężne z tytułu doznanej krzywdy (art. 445 k.c.).

Lekarz ponosi więc odpowiedzialność za działania i zaniechania, w związku z którymi dziecko poczęte poniosło szkodę. Odpowiedzialność lekarza odnosi się najczęściej do tzw. *wrongful birth* czyli „złego urodzenia”. **Przez pojęcie „złego urodzenia” należy rozumieć sytuację, w której dziecko urodziło się chore w wyniku błędu lekarza popełnionego w procesie diagnostyczno-terapeutycznym. Pojęcie „złego urodzenia” dotyczy również przypadków, w których dziecko prawdopodobnie nie przyszłoby na świat, gdyby nie błąd lekarza.**

Błąd lekarza może przybrać postać zarówno działania, jak i zaniechania. Działaniem, za które lekarz ponosi odpowiedzialność, może być postawienie przez lekarza błędnej diagnozy dotyczącej rozwoju dziecka, np. lekarz stwierdza, że dziecko rozwija się prawidłowo, a w rzeczywistości dziecko obciążone jest poważną wadą genetyczną. Odpowiedzialność odszkodowawcza może przyjąć w tym przypadku charakter zadośćuczynienia za doznane przez dziecko cierpienia i ból, które zostały spowodowane przez wadę genetyczną lub rozwojową. Przykładem braku wymaganego działania może być również niewykonanie przez lekarza zabiegu aborcji dopuszczalnej w świetle aktualnych regulacji prawnych.¹ Zgodnie z art. 4a ust. 1 Ustawy o planowaniu rodziny, ochronie płodu ludzkiego i warunkach dopuszczalności przerywania ciąży *może być dokonane w przypadku, gdy (...) badania prenatalne lub inne przesłanki medyczne wskazują na duże prawdopodobieństwo ciężkiego i nieodwracalnego uszkodzenia płodu albo nieuleczalnej choroby zagrażającej jego życiu*. Należy podkreślić, że ustalenie powstania szkody w związku ze „złym urodzeniem” jest wyjątkowo trudne, ponieważ w tym przypadku istnieje kolizja osobistego prawa kobiety do kształtowania własnej sytuacji życiowej i prawa nie narodzonego dziecka do życia.

W orzeczeniu z 22 maja 2006 r. Sąd Najwyższy wyraził pogląd, że każdej kobiecie przysługuje prawo do żądania aborcji, jeżeli została spełniona jedna z przesłanek wymienionych w art. 4a Ustawy o planowaniu rodziny.² Szczególne znaczenie ma odmowa wykonania zabiegu usunięcia ciąży będącej wynikiem przestępstwa. Zaniechanie wykonania zabiegu narusza w tym przypadku nie tylko przepisy ustawy,

ale także prawo każdej kobiety do planowania rodziny. Kobiecie, która została zmuszona do urodzenia dziecka „pochodzącego z przestępstwa”, przysługuje prawo żądania naprawienia powstałej szkody. Uwaga! Przez szkodę należy rozumieć wydatki poniesione w związku z ciążą i porodem, jak również utratę aktualnych i planowanych dochodów w związku z podjęciem obowiązków macierzyńskich.

Warto podkreślić, że w przypadku nieuzasadnionej odmowy wykonania zabiegu aborcji szkoda może przyjąć postać szkody majątkowej i niemajątkowej (np. w postaci rozstroju psychicznego wynikłego z urodzenia niechcianego dziecka).

Odpowiedzialność lekarza za złe urodzenie może wynikać również z zaniechania (np. niepoinformowania matki dziecka o nieodwracalnej wadzie płodu, co uniemożliwiło odpowiednio wcześnie podjęcie decyzji o legalnym przerwaniu ciąży). W takiej sytuacji lekarz może zostać zobowiązany przez sąd do pokrycia wysokich kosztów utrzymania upośledzonego dziecka, które być może nie urodziłoby się, gdyby nie zaniechanie lekarza. Przykładem zaniechania może być również nieskierowanie pacjentki znajdującej się w grupie ryzyka na badania prenatalne. Niepodjęcie przez lekarza odpowiednich decyzji w procesie leczenia może zostać zinterpretowane jako podstawa odpowiedzialności odszkodowawczej w stosunku do nie narodzonego dziecka.

Należy również zaznaczyć, że niepoinformowanie kobiety ciężarnej o możliwych i dostępnych metodach diagnostycznych stanowi naruszenie lekarskiego obowiązku informacji określonego w art. 31 ust. 1 Ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty. W przypadku niedopełnienia tego obowiązku lekarz naraża się na odpowiedzialność odszkodowawczą za niewywiązanie się z lekarskiego obowiązku informacji oraz odpowiedzialność za złe urodzenie będące wynikiem zaniechania w procesie diagnostyczno-terapeutycznym

Justyna Zajdel

Zakład Prawa Medycznego w Łodzi

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

¹Ustawa o planowaniu rodziny, ochronie płodu ludzkiego i warunkach dopuszczalności przerywania ciąży z 7.01.1993 r., Dz. U. 1993 r., nr 17, poz. 78, ze zm.

²Orzeczenie z 22.05.2006 r., III CZP 8/06, OSN 2006, nr 7–8, poz. 123.

Wybitny chirurg – ciekawy malarz

W Muzeum Archidiecezji Warszawskiej (ul. Solec 61) w kwietniu br. czynna jest wystawa malarstwa miniaturowego **prof. dr. hab. n. med. Jana Kossakowskiego** (1900-1979), z okazji 30 rocznicy jego śmierci. Profesor był legendą polskiej chirurgii dziecięcej, wieloletnim kierownikiem pierwszej w Polsce Kliniki Chirurgii Dziecięcej przy ul. Litewskiej w Warszawie. Malarstwo Profesora sporadycznie pokazywane przy okazji różnych medycznych zjazdów i sympozjów pierwszy raz



miało swój muzealny wernisaż. Nieskażone charakterystycznym dla licznych wypowiedzi sztuki naiwnej patosem obrazy prof. Jana Kossakowskiego uśmiechają się dyskretnie do widza, a często nawet zdają się wesoło do niego mrugać: „Nie bierzcie nas tak poważnie”. Wystawa w Muzeum Archidiecezji Warszawskiej gromadzi ok. 200 prac Profesora, także zdjęcia i pamiątki rodzinne.

Jarosław Kossakowski



Winem i mieczem

Krzysztof Schreyer

Gruzja jest krajem z bardzo trudną historią.

Najeżdżana przez wieki, rabowana, ogołacana z zasobów materialnych i ludzkich, na zdrowy rozum dawno nie powinna istnieć, a przecież nie tylko, że powstawała jak feniks z popiołów, ale także w oczach cudzoziemców, a na pewno Polaków, zachowała swoją niezwykłą, romantyczną odrębność.

W grudniu ub. roku po raz pierwszy w życiu zobaczyłem ten gościnny kraj, w którym nie można podnieść kieliszka bez celebrowanego toastu, w którym nieustannie mówi się o przyjaźni, o rodzinie, o pokoju, w którym nigdy, pomimo mieszanek wyznań, nie było waśni religijnych. Nad Tbilisi wznosi się ogromny pomnik Matki Gruzji, witającej przyjaciół czarą wina, a wrogów mieczem. Do przetrwania tego małego narodu, a nie można mówić o przetrwaniu bez kultury i obyczaju, z całą pewnością bardziej przyczyniło się wino niż miecz. Jaka szkoda, że dziedzictwo komunizmu i zniechęcenie konflikty spowodowały, że na co dzień borykają się tu z trudnościami, o jakich w Polsce dawno nie pamiętamy.

Mało kto wie, że do Gruzji, szczególnie w rejon Kaukazu, przybywali w dziewiętnastym wieku polscy zesłańcy.

W czasach późniejszych zdarzało się, że los sprowadzał tu Polaków rozsianych po ogromnych obszarach dawnego Związku Radzieckiego. Do tych ostatnich zaliczyć można dr Tatianę Kurczewską. Urodzona daleko nad Bajkałem wśród potomków zesłańców, jako kilkunastoletnia dziewczyna znalazła się wraz z matką we Lwowie, aby po skończeniu studiów medycznych w Kazaniu i Lwowie, już ze specjalizacją radiologa, podążyć z mężem i synem do Tbilisi. Dopiero tutaj mogła zrealizować swe dziecinne marzenie nauki języka polskiego. Kierowniczka polskiej szkoły, Monika Pawlak, dostrzegając w niej ogromną energię i społecznikowskie zacięcie, zasugerowała, aby Tatiana spróbowała skupić w jedną organizację wszystkich medyków, którym drogę są polskie korzenie. I tak też się stało.

Związek Polonii Medycznej w Gruzji zrzeszający lekarzy i pielęgniarki polskiego pochodzenia działa już od dziesięciu lat. Głównym i chyba najrozsądniejszym warunkiem członkostwa jest silne poczucie polskości. W większości przypadków więzy pokrewieństwa potomków zesłańców są zbyt skomplikowane, aby dokładnie wyliczać procent płynącej w ich

żyłach polskiej krwi. Słuchając nieskazitelnego wykonania „Jeszcze Polska”, a nawet „Roty”, przez dzieci, których rodzice bardzo często niezmiernie słabo rozumieją język polski, zrozumiałem, że najważniejsze są „polskie serca”.

– Przerabiamy Gruzinów na Polaków – śmieje się Tatiana Kurczewska, a jest w tym cząstka prawdy, bo siła przyciągająca do Związku, który, rzecz znamienna, za patrona przyjął św. Grygoła Peradze, jest tak duża, że w chwili obecnej liczy on aż sześćdziesięciu członków. Siła ta bierze się także z autorytetu organizacji, która w trudnych warunkach niesie pomoc zarówno Polakom, jak i Gruzinom.

W stosunkowo krótkim okresie swego istnienia Związek Polonii Medycznej w Gruzji może się poszczycić wielu konkretnymi działaniami.

Od początku istnienia lekarze Związku prowadzą badania profilaktyczne i leczą dzieci w szkołach polskich w Tbilisi.

Lekarze wyjeżdżają regularnie do miast prowincjonalnych, Achalciche i Lagodechia, służąc pomocą medyczną ludności i rozdzielając leki.

Organizowane są letnie wyjazdy dzieci do górskich sanatoriów i zimowe wakacje.

Związek nawiązał współpracę z wieloma polskimi instytucjami. Korzystając z pomocy Senatu Rzeczypospolitej, Wspólnoty Polskiej, Fundacji „Ocalenie” i Kongresu Polonii w Kanadzie piętnastu dzieci wyjechało do Polski do Mazowieckiego Centrum Leczenia Chorób Płuc i Gruźlicy w celu diagnostyki i leczenia.

W roku 2001, dzięki pomocy finansowej Senatu Rzeczypospolitej, zrealizowany został program profilaktyki gruźlicy wśród dzieci i dorosłych Polonii gruzińskiej.



Dzieci pochodzenia polskiego z Tbilisi w miejscowości Łagodeche. Na zdjęciu z lewa na prawo: Rządza Kirwaliszwili z żoną Ingą – pracownicy polskiej szkoły w Tbilisi im. Św. Królowej Jadwigi, prezydent miasta Ostrołęka Janusz Kotowski, lekarz Tatiana Kurczewska, Nina Kirwaliszwili.

W roku 2003 Związek wstąpił do Światowej Federacji Polonijnych Organizacji Medycznych i jego przedstawiciele brali udział w kolejnych Światowych Kongresach Polonii Medycznej, co ułatwiło nawiązanie pożytecznych kontaktów. To właśnie w roku 2003 na kongresie w Katowicach zetknąłem się po raz pierwszy z Tatianą Kurczewską i natychmiast zostałem przez nią wciągnięty do projektowania i realizacji dalekosiężnych projektów, bo Tatiana jak mało kto potrafi w sposób bezceremonialny i naturalny wykorzystywać ludzi do swoich społecznych celów.

W roku 2004 lekarze Związku, działając wspólnie z Polską Misją Medyczną, przebadali ok. dwa tysiące małych i dorosłych pacjentów.

We współpracy ze wspaiałym ftyzjatrą dziecięcym profesorem Tengizem Gwasalią wykryto wiele przypadków zagrożenia gruźlicą i wielu małych pacjentów skierowano do leczenia w Gruzińskim Narodowym Centrum Pulmonologii Ftyzjatrycznej. Warto wspomnieć, że prof. Gwasalia jest wszechstronnym humanistą i świetnym malarzem, który z powodzeniem wpłata w proces leczenia i rehabilitacji elementy sztuki.

Może mniej spektakularna, ale jakże ważna była akcja profilaktyki próchnicy u dzieci, łącząca się z prostym faktem rozdawnictwa pasty i szczoteczek do zębów.

Za istotne wydarzenie należy uznać nawiązanie (w roku 2005) współpracy

z polską Fundacją „Bez Granic”. Już w roku 2006 dzięki fundacji wyjechała do Polski pierwsza pacjentka, leczona w szpitalach w Jaworznie i Katowicach.

We wszystkich swych działaniach przewodnicząca Związku Tatiana Kurczewska potrafiła zdobyć przychylną opinię czynników oficjalnych, m.in. ministerstwa zdrowia Gruzji i polskiej ambasad, ale także, a może przede wszystkim, uznanie przyjaciół Gruzinów, czego byłem świadkiem wysłuchując niezliczonych toastów, które w Gruzji pełnią rolę uświęconej tradycją, wspólnej rozmowy przy stole.

– Jakże mamy jej nie pomagać – mówili – kiedy ona tak bardzo nam pomaga?

Po ostatnim konflikcie do Gruzji nadeszło sporo rzeczowej pomocy dla ludności, a to ujawniło typowe problemy z dystrybucją. Co robić, aby odzież i leki nie trafiały, jak to

już bywało, na bazary? Dr Kurczewska bierze na swoje barki nowe zadania.

Przewodnicząca Związku Polonii Medycznej w Gruzji jest inicjatorką wielu ciekawych projektów, jednych, które pozostają wciąż w sferze marzeń, drugich w początkowym stadium realizacji. Zauważyłem, że jej marzenia, nawet te uznawane za mało realne, potrafią się niespodziewanie materializować.

Ostatnim tego przykładem może być grudniowa Gruzińsko-Polska Medyczna Konferencja w Lagodechii, u podnóża gór Kaukazu, podczas której, oprócz problematyki medycznej, poruszano problem samorządności, zarówno terytorialnej, jak i lekarskiej. Nie sądzę, aby bez nich, najpierw tej pierwszej, następnie tej drugiej, wciąż tam nieznaną, międzynarodową pomoc, jakże potrzebna temu ciężko doświadczonemu krajowi, mogła być rzeczywiście dobrze wykorzystana. Właśnie udział w tej stosunkowo niewielkiej konferencji, która jednak odbiła się dość szerokim echem nie tylko w środowisku medycznym Tbilisi, unaoczniał mi ogromne problemy Gruzji, a także pokazał rolę Polonii, przede wszystkim poznanej przeze mnie Polonii Medycznej, która swoją pracą podnosi autorytet Polski bardziej niż najwznioślejsze slogany polityków. Doprawdy, należy i warto im pomagać.

Autor jest przewodniczącym Komisji Współpracy z Zagranicą OIL w Warszawie.



Lekarze wojkowego szpitala w Gori wraz z przedstawicielami Stowarzyszenia Wspólnota Polska, Fundacji „Pomoc Polakom na Wschodzie” oraz dziennikarzem „Gazety Polskiej” podczas rosyjsko-gruzińskiej wojny 16.08.08.

Jerzy Bujalski – droga do gazu

Zygmunt Wiśniewski

Był człowiekiem dużego formatu. Aż dziw bierze, że tak niewiele o nim napisano.

Nie powstała o nim monografia. Tak jak za życia był w cieniu innych, tak również współcześnie czeka na porządne historyczne opracowanie. Więcej możemy się dowiedzieć o jego poglądach, ponieważ pisał w okresie II Rzeczypospolitej dużo w prasie lekarskiej i zajmował zawsze zdecydowane, bardzo często różne od większości środowiska lekarskiego stanowisko.

Jako minister zdrowia publicznego w rządzie Wincentego Witosa, a więc przez krótki czas, a później główny inspektor lecznictwa kas chorych, naczelny lekarz Ubezpieczalni Społecznej i dyrektor Działu Lecznictwa ZUS realnie wpływał na kształt polskiej służby zdrowia. Realizował w praktyce jej założenia społeczne, wyrażające się organizacją kas chorych, a po ich reorganizacji – Ubezpieczalni Społecznej. Tą swoją działalnością lokował się po przeciwnej stronie barykady w stosunku do większości środowiska lekarskiego, reprezentowanego przez Związek Lekarzy Państwa Polskiego i izby lekarskie, które kontestowały uspołecznioną służbę zdrowia. Z tego zapewne powodu, kiedy w 1929 r. został przewodniczącym Warszawsko-Białostockiej Izby Lekarskiej, po dwóch latach zrezygnował z tej funkcji i przeniósł się do Łodzi, zmieniając również przynależność do Łódzkiej Izby Lekarskiej.

W czasie okupacji znów znalazł się w Warszawie, gdzie został dyrektorem szpitala Ubezpieczalni Społecznej przy ul. Czerniakowskiej. Aresztowany przez gestapo wcześniej, bo już na początku stycznia 1942 r. Przez więzienie na Pawiaku trafił do obozu zagłady Auschwitz. Tam zakończyła się jego droga życiowa.

Jerzy Bujalski zginie w Oświęcimiu w połowie 1942 r. Poznanie okoliczności tej śmierci wymaga przypomnienia wydarzeń oświęcimskich, które ją poprzedziły. Jest w literaturze oświęcimskiej świadectwo tych w postaci wspomnień lekarza, dr. Władysława Fejkiela „Wspomnienia oświęcimskie” („Życie Literackie” nr 463-477).

Świadectwo to sięga początków istnienia obozu, a pierwsze obserwacje pochodzą z połowy 1940 r.

Głód

Pierwsze objawy chorobowe wynikły z głodzenia – pisze Władysław Fejkiel – zauważono u więźniów już we wrześniu 1940 r. W październiku osobiście oglądałem więźniów z obrzękami i biegunką, poruszających się z trudnością i oblegających blok nr 28, w którym mieściło się ambulatorium.

Ambulatorium nie miało czym leczyć. Zgłaszający się chorzy na biegunkę głodową otrzymywali po tabletce węgla. Gromadzili się w dużych grupach przy ambulatorium i przy stołówce, gdzie szukali wyrzucanych odpadków. Latryna obozowa była stale oblegana i rządziło w niej prawo pięści. Najślabi nie mieli szansy się dopchać. Bici przez dozorców, załatwiali się przed wejściem lub zanieczyszczali kałem odzież. Pogarszało to i wcześniej antyosanitarne warunki w blokach obozowych.

Więźniowie byli w większości wynędzniali, kościści i poruszali się ospale. Jedzenie, które zawierało nie więcej niż 1500 kalorii, mogło wystarczyć na przeżycie człowiekowi w beczynności. W Oświęcimiu był przymus pracy, tłok, stresujący terror i brak higieny. Na początku umierało po kilka osób dziennie. Liczba ich rosła w geometrycznym tempie. Według Fejkiela przeciętny więzień, pozbawiony dodatkowych możliwości aprowizacyjnych, miał za ledwie trzymiesięczną szansę przeżycia. Dlatego z przyczyn głodowych w 1940 r. wyginęła większość z pierwszych transportów warszawskich i z transportów tarnowskich. Esemmani wymyślili wtedy pierwszą metodę masowej zagłady. Osłabieni więźniowie otrzymali pracę na miejscu, stworzono z nich komando „lekkiej pracy”. Chorym i osłabionym, którzy mieli trudności poruszania się, dano pracę w pozycji siedzącej na śniegu przy oczyszczaniu ze śniegu dachówek i cegieł do budowy. Kiedy te mordercze

warunki nie dały szybkich efektów w postaci masowych zgonów, zastosowano metodę bardziej radykalną.

Gromadzono ich na podwórzu bloku 11 i trzymano ich tam przez dwa do trzech dni, oblewając od czasu do czasu zimną wodą. Oczywiście prawie wszyscy wymierali. Czasem ktoś wytrzymał dłużej, wtedy oddawano go do szpitala.

Tak było w 1940 r., a więc na początku istnienia obozu, kiedy jeszcze nie wymyślono „przemysłowych”, masowych metod mordowania więźniów. Z tego wczesnego okresu pochodzi też słowo „muzulmanin”, którym określano wynędzniałych z głodu więźniów.

Fejkiel maluje obozowy obrazek, który tłumaczy pochodzenie tego określenia.

Chorzy w tym okresie tępieli, stawali się obojętni na wszystko, co się wokół nich działo. Jeśli mogli się poruszać, wykonywali to w tempie bardzo zwolnionym, nie zginając nóg w kolanach. Na skutek obniżonej temperatury ciała, która przeważnie spadała poniżej 36 stopni, trzęśli się z zimna, a pod wpływem osłabienia chcieli się głównie ku przodowi. Obserwowana z daleka grupa takich chorych robiła wrażenie modlących się muzulmanów.

Głodzenie więźniów było wyrafinowanym sposobem na ubezwłasnowolnienie więźniów i pozbawienie ich odruchów obronnych. Wymyślono i sprawdzono w centrali SS zanim wprowadzono w masowej skali w KL Auschwitz.

Tyfus

Bystry obserwator i dociekliwy analityk wydarzeń w obozie Fejkiel ustalił, że dur wysypkowy został przywleczony do Auschwitz w kwietniu 1941 r. przez zakażonych nim więźniów z lubelskiego więzienia. Niedbale przeprowadzona dezynfekcja i tylko częściowa kwarantanna sprawiły, że dur wysypkowy rozprzestrzenił się na cały obóz.

Wraz z durem wysypkowym przybył Niemcom jeszcze jeden i to naturalny sojusznik w dziele tępienia ludzi. Mimo różnych obronnych zabiegów naszych le-

karzy, nikt nie był w stanie powstrzymać rozszerzania się choroby. Z powierzchni obliczeń wypada, że od 1941 do 1944 r. na dur wysypkowy w samym tylko głównym obozie przechorowało 10-15 tysięcy ludzi. Wielu spośród nich zmarło; ale znacznie więcej zginęło z okazji zachorowania przy zastosowaniu gazu i zastrzyków fenolu.

Esemmani (wśród nich także lekarze), w poszukiwaniu skutecznych środków likwidacji chorych na tyfus więźniów, odkryli zastrzyki fenolu, początkowo dożylnie – następnie wykonywane bezpośrednio do serca. Jednocześnie, w zimie 1941/42 r. w pobliskiej Brzezince podjęto budowę filii obozu oraz obiektu, który wzbudzał powszechne zainteresowanie więźniów. Nie była to, jak pierwotnie przypuszczano, łaznia, ale „gazownia”, jak popularnie mówiono, połączona z krematorium.

Po ukończeniu budowy przywieziono pierwszy transport rodzin żydowskich. Ludzi tych rozebrano do naga i posłano do nowo zbudowanego budynku – „do kąpieli”. Po tej „kąpieli” zaczął mocno i ciemno dymić komin. Jakże przeznaczenie miała ta nowa budowla, stało się dla wszystkich jasne.

Uruchomienie gazowni i krematorium dla gazowania i spalania tysięcy ludzi stało się największym urazem psychicznym i przeżyciem w ciągu całego trwania obozu. Wśród więźniów powstał popłoch – komentuje swój opis Władysław Fejkiel.

Wobec więźniów początkowo nie stosowano gazowania. Kiedy jednak epidemia tyfusu w obozie rozprzestrzeniła się – sięgnięto po tę wypróbowaną broń. Zaczęto od szpitala, w którym przeprowadzono selekcję, a następnie sięgano po ciągle nowe grupy więźniów.

Sceny selekcji z Auschwitz

Nie da się opowiedzieć o uśmiercaniu więźniów w KL Auschwitz bez opisu scen selekcji. W czasie selekcji wyławiano chorych i osłabionych, których następnie kierowano do komór gazowych. Poprzez selekcję i komory gazowe esemmani z Auschwitz w połowie sierpnia 1942 r. likwidowali ognisko duru plamistego.

Relacja więźnia Alfreda Woycieckiego zamieszczona w 1984 r. w „Przeglądzie Lekarskim”:

Pod koniec sierpnia 1942 r. obserowałem z mojego okna naprzeciw bloku 20 selekcje chorych do gazu. W całym obozie zaległa śmiertelna cisza. Część komand była w pracy, a komanda zatrudnione w obozie obowiązywała lagersperra. Spoza firanek mogłem przez kilka godzin patrzeć na wielkie, ciężarowe samochody,

na które wpędzano lub ładowano po kilkadziesiąt osób. Wszyscy byli nadzy, jedni szli o własnych siłach, inni podtrzymywani przez towarzyszy niedoli. Skazańcy robili wrażenie świadomych swego losu, czego dowodem były sporadyczne okrzyki, a potem śpiewy religijne, wśród których przeważały polskie pieśni, jak np. „Serdeczna matko”. Widok był potworny, trudno było zapanować nad nerwami. Największą grozę odczułem, gdy wyprowadzono jakiegoś starca, którego podtrzymujący pod rękę towarzysze jak gdyby otaczali szczególną troską i czcią. Może to był jakiś rabin, cadyk? Gdy ciężarówka z tym transportem ruszyła, starzec zaintonował jakąś pieśń, którą natychmiast podjęli jego towarzysze. Pełna zawodzeń i jęków, robiła wstrząsające wrażenie. Dochodziła do mnie, póki ciężarówka nie skręciła ku bramie. Następni również śpiewali, rozlegały się krzyki, płacze, jęki.

Przez cały ten czas z ogromną uwagą i niepokojem szukałem wśród skazańców znajomych twarzy. Już bowiem przed kilkoma godzinami doszła do nas wieść, że w ramach likwidacji tyfusu mają być również zlikwidowani polscy lekarze, pielęgniarze, sanitariusze i inni członkowie obsługi bloku jako ewentualni nosiciele zarazków duru. Na szczęście nie dostrzegłem nikogo znajomego. Ale nie mogłem mieć pewności, gdyż wśród setek skazańców mogłem po prostu kogoś nie rozpoznać.

Autor tych wspomnień, po odwołaniu lagersperry, przemknął się do bloku 20, w którym znajdowali się domniemani skazańcy, lekarze i pomocniczy personel medyczny.

Wszyscy z personelu byli na swoich stanowiskach. Ale nastrój i wygląd tych ludzi wskazywał na ich stan psychiczny. Byli wyczerpani. Mimo to nie o siebie samych się martwili i nie swoim losem się przejęli. Oni byli przygotowani na śmierć. Troszczyli się o pacjentów, z których wielu miało szansę przetrwania, wielu było już w okresie rekonwalescencji. Mimo zastosowania rozmaitych wybiegów i podstępów, służących ratowaniu tych, którzy byli do uratowania, kontrakcja ta się nie udała. Krematoria pochłonęły dalsze kilkadziesiąt istnień ludzkich.

Ten wstęp był niezbędny, aby zrozumieć losy polskich lekarzy pracujących w obozowych rewirach i izbach chorych, także tych z bloku 20, w którym zgromadzono chorych zakaźnie.

„Rekonwalescencja” dr. Bujalskiego

Jerzy Bujalski zapadł na dur wysypkowy. Już po ustąpieniu choroby, kiedy Niemcy zarządzili wywózkę wszystkich



Dr Jerzy Bujalski

chorych z oddziału zakaźnego oświęcimskiego szpitala, znalazł się wśród nich także Bujalski, który zachorował pracując jako lekarz szpitalny.

Jego ostatnie godziny w KL Auschwitz opisał Władysław Fejkiel.

Dr Bujalski, który był już wtedy na kwarantannie, zaniepokojony tym wyjazdem, zwrócił się do Enthressa (lekarza SS) z prośbą, aby go pozostawiono w szpitalu, bo czuje się dobrze i może pracować. Hitlerowski lekarz cynicznie mu odpowiedział, że z domu wypoczynkowego, do którego jedzie, powinni korzystać przede wszystkim lekarze, jako najbardziej zasłużeni w służbie zdrowia. Kiedy dr Bujalski, siedząc już w samochodzie, poprosił jeszcze, żeby mu pozwolono zabrać ze sobą słuchawkę, którą pozostawił, oraz witaminy przesłane z domu, odmówiono mu twierdząc, że słuchawkę dostanie na miejscu w sanatorium, witamin zaś nie potrzebuje, bo będzie dobrze odżywiany.

Sam przeżyłem tego dnia niemało strachu – pisze Fejkiel – bo byłem w okresie kwarantanny i nie bardzo mogłem utrzymać się na nogach. W czasie przeglądu, którego dokonywał Enthress, stałem wyprężony na baczność i udawałem bardzo silnego.

Liczba lekarzy, którzy zginęli w KL Auschwitz nie jest znana. Wielu, podobnie jak Bujalski, zapadli na choroby obozowe, którymi zarazili się od swoich pacjentów.

Śmierć dr. Jerzego Bujalskiego jest dla tej grupy symboliczna.

IV Zimowe Igrzyska Lekarskie

W pierwszy weekend marca w Zakopanem, Jurgowie i Nowym Targu rozegrano IV Zimowe Igrzyska Lekarskie. Tradycyjnie podhalańskiej imprezie patronują Naczelna Izba Lekarska, OIL w Krakowie i „Gazeta Lekarska”.

Pogoda splotała uczestnikom sporo figli. Najpierw porywisty i ciepły halny, potem lazurowe niebo nad Kasprowym Wierchem, rzęsy i zacinający deszcz na torze lodowym, gęsta mgła i przenikliwy chłód na trasach zjazdowych w Jurgowie oraz obfite opady śniegu na nowotarskim Zadziale. Jedyne stabilne warunki panowały w nowotarskiej hali lodowej, gdzie Polska Kadra Lekarzy spotkała się w meczach z reprezentacją AM w Białymstoku. Akademia wzmocniona studentami ze Szwecji i Norwegii dwukrotnie pokonała Kadrę 3:2 i 6:4. Oba mecze były ciekawe i zacięte. Rozegrano również turniej drużyn lekarskich trójek hokejowych o mistrzostwo Polski. Zwyciężyła ekipa złożona z zawodników: Dariusz Możdżeń i Remigiusz Tomczyk (Bydgoszcz), Paweł Wolejsza (Krosno) i Grzegorz Masternak (Oleśnica). Drugie miejsce zajęła drużyna z Gdańska, trzecie koalicja Nowy Targ/Tychy.

Największą popularnością cieszyły się oczywiście dyscypliny alpejskie, slalom gigant rozgrywany w kotle Gąsienicowym, oraz slalom i zjazd w stacji narciarskiej Hawrań w Jurgowie. Najlepszymi w tych konkurencjach byli wśród panów: Marek Skrzypczyński (Wrocław), Jakub Gałuszka (Ustroń), Szymon Banak (Zakopane), Janusz Lewandowski (Koniaków), Bartek Gut (Jeleśna), Bartek Kita (Kraków). Wśród pań zwyciężały: Małgorzata

Salamonowicz, Katarzyna Milczarek, Teresa Zasacka, Jadwiga Dowgiałło-Smolarczyk (wszystkie Warszawa), Alicja Leś (Chrzanów), Katarzyna Smolik (Tychy), Marta Gara (Wałbrzych), Iza Jachymiak (Nowy Targ).

Najczęściej na najwyższym podium stawał senior imprezy Kazimierz Klecz z Tarnowskich Gór, który do medali w slalomach i zjeździe dorzucił zwycięstwa w biegu narciarskim. Najlepsze wyniki na trasach alpejskich uzyskiwał złoty medalista w kategorii osób towarzyszących, syn małżeństwa nowotarskich stomatologów – Filip Rzepecki (aktualny wicemistrz Polski juniorów).

Na trasie w kotle Gąsienicowym rozegrano iście morderczą konkurencję: ski tour. Tradycyjnie zwyciężyli w niej Jacek Łabudzki (Sandomierz), Lucjan Habieda (Rabka Zdrój) oraz Łukasz Lubelski (Katowice). Ta trójka wywalczyła też złote medale w biegach narciarskich rozgrywanych na nowotarskim lotnisku. O medale w narciarstwie klasycznym było w tym roku nieco łatwiej, gdyż część krajowej czołówki lekarskiej uczestniczyła w tym czasie w biegu Piastów. Na nowotarskich trasach zwyciężali ponadto: Dorota i Jerzy Sobelowie (Wodzisław Śląski), Małgorzata Wojcieszyn i Monika Pfanhauser (Wrocław). Po raz pierwszy uczestnicy igrzysk mogli skorzystać z oddanego niedawno nowoczesnego toru lodowego

COS w Zakopanem. Mimo że deszcz zalewał lód udało się przeprowadzić ciekawe zawody. Najlepsze wyniki uzyskiwali wśród panów: Marian Słowik (Zakopane), Piotr Świst (Nowy Targ), Mirosław Dolecki i Bartek Kita (obaj Kraków), wśród pań: Monika Pfanhauser, Kasia Smolik oraz Misia Przyłuska (Szczecin). Misia została zresztą najbardziej wszechstronną zawodniczką igrzysk, startując niemal we wszystkich konkurencjach. Wśród panów tytuł ten przypadł Mariuszowi Smolikowi z Tych.

Po raz pierwszy też na igrzyskach rozegrano zawody w snowboardzie. Najszybszym wśród panów był Przemysław Nowak z Opola, ponadto zwyciężali Krzysztof Milczarek (Warszawa) oraz Jadwiga Dowgiałło-Smolarczyk.

Igrzyska zakończyły zawody carvingowe na nowotarskim Zadziale. Tytuły przypadły zwycięzcom konkurencji alpejskich, a ponadto złoto uzyskał Paweł Drozd (Kraków).

W zawodach uczestniczyło wielu członków lekarskich rodzin, których nie sposób tu wymienić. Szczególne zainteresowanie wszystkich budził jak zwykle udział najmłodszych, którzy tradycyjnie pierwsi wyruszali na trasy. W zawodach nie zabrakło rodzin lekarskich. W klasyfikacji izbowej zdecydowanie najlepsza okazała się tym razem izba lekarska w Krakowie, gospodarz imprezy.

Równolegle do igrzysk, na nowotarskiej hali Gorce, rozegrane zostały Mistrzostwa Polski Lekarzy w Tenisie Stołowym. Tytuł w kategorii open zdobył Grzegorz Winkiel (Oborniki Śląskie), ponadto wygrywali Andrzej i Monika Kapłonowie (Brzeg) oraz Zbigniew Stefański (Gliwice).

Ceremonia medalowa, z udziałem prezesa NRL Konstantego Radziwiłła, szefa Komisji Sportu NRL Jacka Tętnowskiego oraz redaktora naczelnego „GL” Marka Stankiewicza (autora fotoreportażu – patrz obok) odbyła się tradycyjnie w przyjaznej lekarzom nowotarskiej restauracji Góralsko Strawa, gdzie smakiem pieczonego prosięcia okraszonego skwarkami zatopionymi w kaszy gryczanej mistrzowie nart i łyżew obliczają się... dookoła głowy.

VII Igrzyska Lekarskie tuż, tuż. W dn. 9-13 września br. na entuzjastów sportu i amatorów zmierzania się z własnymi słabościami czekają Zakopane i Nowy Targ.

Iza i Maciej Jachymiakowie

Informacje: www.igrzyskalekarskie.org



fot. Marek Stankiewicz



Lekarski Klub Żeglarski
Bocianie Gniazdo
Okregowej Izby Lekarskiej w Warszawie im. prof. Jana Niechodźcy

- SZKOLENIA ŻEGLARSKIE I MOTOROWOONE (Warszawa, Radom, Mazury) NA STOPNIE:
 - sternika motorowodnego
 - starszego sternika motorowodnego
 - licencję na holowanie narciarza wodnego (terminy dowolne, przez cały rok)
 - żeglarza jachtowego
 - instruktora żeglarstwa PZZ oraz młodszego instruktora żeglarstwa PZZ
- WĘDROWNE OBOZY ŻEGLARSKIE W KRAJNIE WIELKICH JEZIOŁ MAZURSKICH
- REJSY LICEALISTÓW I GIMNAZJALISTÓW ORAZ ZIELONE SZKOŁY POD ŻAGLAMI
- KOLONIE ŻEGLARSKIE DLA DZIECI JUNGA & KADET
- REJSY MORSKIE – Bałtyk, Grecja, Chorwacja
- CZARTER 20 NOWYCH I ŚWIETNIE WYPOSAŻONYCH JACHTÓW NA MAZURACH: Antila 22, Antila 24, Antila 26, Solina 800, Sasanka VIVA 700, Sasanka 660 Supernova

pełna informacja na stronie:
www.bocianiegniazdo.org

Kontakt: Michał Szatanek
tel. 0 607 211 196, e-mail: michal@szatanek.pl GG: 2627420

W sezonie 2009 zapraszamy lekarzy, dzieci lekarzy i ich znajomych.

Zjazdy koleżeńskie

Wydział Lekarski **UJ**, rocznik 1945-49

Zjazd koleżeński w 60 rocznicę absolutorium w **Krakowie** w sobotę 6.06.br. W programie: Msza św. w kolegiacie św. Anny (godz. 10.00), spotkanie w Sali Senackiej Collegium Novum poświęcone m.in. omówieniu postępów w różnych dziedzinach medycyny na przestrzeni 60 lat (godz. 10.30-13.00), obiad w Convivium (godz. 13.15). **Zgłoszenie udziału do 15.05.br. na adres: prof. dr hab. Helena Żygulska-Mach, ul. Friedleina 13 m. 6, 30-009 Kraków, tel. 012-633-31-28**

AM w Warszawie, rocznik 1954-59 (starosta Marian Patrzalek)

Zjazd na 50-lecie absolutorium rozpocznie się **30.05.br. (sobota)** Mszą św. o godz. 12.00 w kościele przy **ul. Lindleya 12**. Potem przejazd autokarem na obiad (godz. 14.00) do Kasyna Wojskowego przy **ul. Żwirki i Wigury 103** (wejście od ul. Miecznikowa). Koszt udziału 100 zł, płatny do końca kwietnia na konto nr 12 1140 2017 0000 4702 0586 2869, dr Andrzej Marynowski, Prywatny Gabinet Lekarski, ul. Parkowa 21 m. 10, 00-759 Warszawa, lub gotówką w Klubie Lekarza przy ul. Raszyńskiej 54 w dn. 20-21 i 27-28.04.br. w godz. 14.00-17.00. **Informacje: Marianna Głogowska, 00-102 Warszawa, ul. Marszałkowska 111A m. 526, tel. 22-652-02-11 lub 0693-169-640 albo Andrzej Marynowski, 00-759 Warszawa, ul. Parkowa 21 m. 10, tel. 22-841-08-61 lub e-mail: absolwent1959@gmail.com**

Oddział Stomatologii Wydziału Lekarskiego UM w Poznaniu, dyplom w r. 1959

Absolwenci Oddziału Stomatologii Wydziału Lekarskiego UM w Poznaniu, którzy otrzymali dyplom w 1959 r. i chcieliby wziąć udział w uroczystości odnowienia dyplomu lekarza dentystry po 50 latach pracy zawodowej proszeni są o nadesłanie **do 15.04.br.** zgłoszenia (imiona, nazwisko – w przypadku kobiet również nazwisko panieńskie, data i miejsce urodzenia, kserokopia dyplomu) na adres: **Uniwersytet Medyczny im. K. Marcinkowskiego, Dziekanat Oddziału Stomatologii WLII, ul. Bukowska 70, II p. D-2, 60-815 Poznań, tel./faks 061-854-71-36, tel. 061-854-71-37.**

Absolwenci AM we Wrocławiu, rocznik 1964

Spotkanie koleżeńskie z okazji 45 rocznicy ukończenia AM we Wrocławiu, **19.09.br. we Wrocławiu**. Opłata za uczestnictwo od absolwenta/od osoby tow.: koszt całkowity 250 zł, bez rejsu statkiem 200 zł. Możliwość rezerwacji noclegów w hotelu Rezydent z 18/19.09. lub/ 19/20.09.br. (pokoje 1-2-os.). Koszt noclegu ze śniadaniem od osoby 80 zł (opłatę pokrywa indywidualnie uczestnik zjazdu). Rezerwacja miejsc noclegowych do 30.06.br. Wpłaty na konto DIL we Wrocławiu: 17-1540-1030-2001-7753-6075-0001 do 30.06.br. z dopiskiem „Zjazd 1964” lub bezpośrednio w DIL we Wrocławiu (II p., pok. 1). Panie prosimy o podanie nazwiska obecnego oraz z okresu studiów. **Informacje: Koryna Mitzel-Kasprzak, 71-337-01-60 lub 502-138-826; Nina Wachowska (Niepokój), 607-463-777; Patrycja Malec, DIL we Wrocławiu, 71-79-88-068, patrycja.malec@dilnet.wroc.pl.** Za Komitet Organizacyjny: Wiesława Krawczuk-Domaradzka, Koryna Mitzel-Kasprzak, Nina Niepokój-Wachowska, Jacek Kluzza, Danuta Dobrucka, Wiesław Dobrucki, Barbara Żukowska, Roman Niebyłowicz, Stanisław Krupa

AM w Poznaniu, rocznik 1984

Z okazji 25 rocznicy ukończenia studiów zjazd absolwentów w **sobotę 26.09.br. w Poznaniu**. Koszt 350 zł. **Informacje i formularz zgłoszeniowy: www.bokiz.pl/absolwenci84, korespondencję można też kierować: absolwenci84@bokiz.pl lub do organizatorkę Iza Kucharczyk-Bauman, tel. 0501-574-382, iza.bauman@wp.pl, Maria Łabędzka-Gardy tel. 0501-717-275, malaga21@interia.pl, Jagoda Bernardczyk-Meller, tel. 0602-433-278, jbmeller@poczta.onet.pl.** W planie spotkanie na uczelni oraz w Hotelu Trawiński w Poznaniu. Wpłaty na konto Nordea Bank Polska S.A. 56 1440 1286 0000 0000 0214 2988 do 1.09.br. Bardzo prosimy o szybką rejestrację! Zapraszamy! Jest to nasze pierwsze spotkanie po studiach!

Wydział Lekarski ŚLAM w Zabrze, rocznik 1994

Z okazji 15 rocznicy uzyskania absolutorium zjazd absolwentów w **Wiśle** w dn. **5-6.09.br. Hotel „Pod Jedłami”**. Koszt 310 zł/osobę. Rezerwację do 30.04.br.: tel. 033-856-47-20, 033-855-24-17, 607-737-827 lub rezerwacja@podjedlami.pl na hasło wpisane jako temat „Zjazd 1994” (podać imię i nazwisko, adres e-mail oraz telefon lub faks kontaktowy). Szczegółowe informacje po dokonaniu rezerwacji (również numer konta). Wpłaty do 15.06.br. **Informacje: Anna Czereda-Pohl, 604-775-408 i Bogdan Zychowicz, 606-121-247.**

Uwaga! Wydział Lekarski AM w Lublinie, rocznik 1973-79 **Uwaga!**

Zjazd absolwentów odbędzie się 23 maja br., a nie jak podano w „GL” nr 3/2009 (str. 36).

u.bakowska@gazetalekarska.pl *opr. u*

ZJAZDY KOLEŻEŃSKIE W INTERECIE – www.absolventus.pl
SERWIS POMÓŻE PAŃSTWU ZORGANIZOWAĆ ZIAZD ABSOLWENTÓW. PRZYJAZNY UKŁAD I ERGONOMICZNA BUDOWA UMOŻLIWIĄ Szybkie Wyszukanie Informacji oraz Dodanie Informacji o Nowym Zjeździe.

Rumuńskie błota lecznicze

Jezioro Terchighiol powstało przed tysiącami lat. Zatoka Morza Czarnego, położona kilkanaście kilometrów na południe od Konstancy została oddzielona mierzeją od morza. Powstałe w ten sposób jezioro ma obecnie duże zasolenie – ok. 8 %. Ta słona woda i muł gromadzący się na dnie mają własności lecznicze.

Centralny Szpital Kliniczny MSWiA w Warszawie w końcu roku 2007 zorganizował konferencję dla lekarzy ortopedów, reumatologów i lekarzy rodzinnych. Zaproszona dr Liliana Sandu, naczelną lekarz Szpitala Ortopedycznego w Eforii, wygłosiła referat podkreślając, że właściwości lecznicze błot wydobywanych z jeziora Terchighiol stwierdzono już w starożytności. Późniejsze badania określiły zasięg dna jeziora, w którym znajdują się pokłady błota leczniczego. Żyjące tam mikroskopijne organizmy opadają na dno i stanowią istotną część masy błotnej zwanej biolitem i to właśnie jest substancja „lecząca”. W latach pięćdziesiątych i sześćdziesiątych ub. stulecia zbudowano wiele hoteli i sanatoriów specjalizujących się w leczeniu schorzeń ortopedycznych i reumatologicznych. W Eforii leczone są przede wszystkim choroby kręgosłupa i choroby reumatyczne. Nad brzegiem jeziora zbudowano łaźienki do kuracji błotnych. Błoto lecznicze wydobywane z dna jeziora wystawiane jest w kadziach na plaży i tam kuracjusze smarują całe ciało, po czym wysycha ono na skórze, a w ciepłym (28°C) jeziorze zmywa się je. Zabieg jest nieskomplikowany, ale zbawienne skutki kuracji odczuwa się już po 6-8 tygodniach. Działanie lecznicze podobne jest do działania naszych borowin – ale o wiele skuteczniejsze.

Na zakończenie swojego wystąpienia dr Sandu przedstawiła zastosowanie błot zimnych. Jest to przede wszystkim profilaktyka i leczenie stanów lekkich, czyli zapobieganie rozwojowi choroby. Błota zimne stosuje się przy bólach reumatycznych, bólach kręgosłupa, bólach stawów, pleców i barku. Taką kurację profilaktyczną powinny odbywać osoby długotrwale pracujące w pozycji siedzącej lub stojącej.

W Polsce znanych jest wiele przypadków znacznej poprawy zdrowia i ustąpienia bóli po kuracji w Eforii. Znany jest przypadek lekarza dentystry z Warszawy, która wyjeżdżając na kurację do Eforii uniknęła operacji kręgosłupa.

Kazimierz Kwasiborski

Koledze Jerzemu Friedigerowi
wyrazy głębokiego i serdecznego
współczucia
z powodu śmierci
Żony
składa
prezes Naczelnej Rady Lekarskiej
Konstanty Radziwiłł
wraz z członkami Rady

Ogłoszenia sportowe

sport@gazetalekarska.pl

Championat SzachMedica IX Indywidualne i Drużynowe Mistrzostwa Polski Lekarzy w P'15

NIL w Warszawie i ŚIL w Katowicach, przy współpracy MTPGSz „Centrum” Zabrze i Sekcji Szachowej KS Śląsk Zabrze, organizują w dn. **7-10.05.br.** zawody oraz imprezy towarzyszące: Otwarte Mistrzostwa Polski Lekarzy w **Blitzu** w P'5, Mistrzostwa Polski w **Rozwiązywaniu Zadań Szachowych**, Turniej Rodzin Lekarskich i ich Przyjaciół w P'15, **Symultana** i spotkanie z zaproszonym Gościem, Konferencja naukowa „**Medycyna a szachy**”. **Hotel „Ziemowit”, Ustroń, ul. Szpitalna 88.** Prawo do udziału w Mistrzostwach P'15 i w Rozwiązywaniu Zadań: lek. med. i lek. stom., studenci med. i stom. 5 i 6 r. Prawo do udziału w Turnieju Rodzin Lekarskich P'15: członkowie rodzin i przyjaciele osób wymienionych powyżej. Prawo do udziału w Otwartych Mistrzostwach P'5: wszyscy zaproszeni i chętni szachiści. Koszty udziału w mistrzostwach i turnieju: Pobyt w hotelu „Ziemowit” 3 doby (nocleg + posiłki) 270 zł + koszty org. 30 zł – 300 zł, startowe w zawodach P'15 (MPL i ITR) - 40 zł, startowe w zawodach P'5 (blitz) - 30 zł, startowe w Konkursie Zadań - 20 zł, startowe w Symultanie - 0 zł, startowe od kobiet i osób do 18 lat (rocznik 91 i młodszy) - 50 % ww. stawki. Zawodnicy nie zakwaterowani w ww. hotelu wnoszą tylko startowe i koszty org. Przyjęcie do zawodów po dokonaniu ww. wpłat w biurze zawodów i po wypełnieniu druku „Zgłoszenie do turnieju”. System rozgrywek „szwajcarski” kontrolowany. Kojarzenie par komputerowe. 13 rund tempem 15 min na zawodnika. O zajętych miejscach decyduje liczba zdobytych punktów oraz punktacja pomocnicza. W turnieju błyskawicznym 15 rund po 5 min na zawodnika. Obowiązują przepisy gry szachowej FIDE i PZSzach oraz regulamin rozgrywek podany na stronie internetowej. Sprzęt do gry w całości zapewnia organizator. Sędziowanie: arbiter główny Alfred Maślanka (kl. państw.). Opłaty za pobyt i za wpisowe do zawodów w dniu przyjazdu w biurze zawodów. **Zgłoszenie udziału oraz rezerwacja miejsc w hotelu do 2.05.br.: biuro@zabrze.org.pl lub maalfred@ka.onet.pl na formularzu zgłoszeniowym lub tel.: Alfred Maślanka, 032-278-10-34 lub dyr. mistrzostw Jerzy Pabis, 41-819 Zabrze, ul. Franciszkańska 30b/9, 0605-569-065 lub bezpośrednio na str. www.chessarbiter.to.pl w odpowiednim serwisie turniejowym. Formularz zgłoszeniowy jest w kalendarzu imprez na stronie www.zabrze.org.pl oraz www.pszsach.org.pl**

III Mistrzostwa Polski Lekarzy w Duathlonie Istebna 2009

III edycja zawodów duathlonowych rangi Mistrzostw Polski Lekarzy odbędzie się w **sobotę 25.04.br. w Istebnej**. Zapisy przy **wyciągu krzesłkowym na Złoty Groń** w dniu zawodów do godz. 11.30, start o 12.00. Dla przypomnienia: duathlon to dyscyplina składająca się z biegu, jazdy na rowerze oraz ponownie biegu. Całość jest rozgrywana w sposób ciągły ze zmianami sprzętu w strefach. **Informacje (zgłoszenia, noclegi): organizator Janusz Lewandowski, tel. 0606-235-361, janlewdactor@interia.pl oraz www.mtblekarze.pl**

VI Ogólnopolskie Mistrzostwa Izby Lekarskich w Żeglarskim - Klasa Omega

KKSIR OIL w Szczecinie, przy współpracy Yacht Club AZS Szczecin, pod patronatem NIL, zaprasza w dn. **5-7.06.br. na akwen Jeziora Dąbskiego w Szczecinie**. Biuro Regat: Yacht Club AZS w Szczecinie, ul. Przestrzenna 9, tel. 091-461-47-39, czynne 5-7.06.br. **Zgłoszenia: OIL w Szczecinie, ul. Marii Skłodowskiej-Curie 11, 71-332 Szczecin; Kamila Sidor Sekretariat OIL Szczecin, tel. 091-48-47-936 w. 106, faks 091-487-75-61; dr Halina Teodorczyk, tel. 604-41-68-64, e-mail: halte@wp.pl.** Termin zgłoszeń: do 24.04.br. wraz z opłatą. **Informacje i formularz zgłoszeniowy: www.bip.oil.szczecin.pl lub www.oil.szczecin.pl**

VIII Puchar Mazowsza „Medyków” w Strzelectwie Sportowym

Klub Strzelectwa Sportowego „FENIKS” w Węgrowie i Lekarski Klub Strzelecki „Dziwiątka” przy OIL w Warszawie zapraszają lekarzy, osoby związane z szeroko pojętą medycyną oraz sympatyków służby zdrowia na zawody, które odbędą się **30.05.br.** w obiekcie **strzelnicy sportowej Klubu Strzelectwa Sportowego „FENIKS” w Węgrowie**. Przeprowadzone zostaną w konwencji open (klasyfikacja wspólna dla kobiet i mężczyzn). Przewidywane konkurencje: pistolet małokalibrowy, pistolet centralnego zapłonu, karabinek sportowy. Warunkiem uczestnictwa jest: a) **zgłoszenie: 07-100 Węgrów, ul. Bohaterów Warszawy 10; tel. 025-691-73-08, 025-792-60-33, 606-120-892; faks 025-691-73-08; radek@poczta.fm;** b) wniesienie opłaty startowej na rzecz organizatora w wysokości 80 zł. Możliwość skorzystania z broni organizatora zawodów oraz zakwaterowania przed i po zawodach.

Imprezy
różne

KKSIT OIL w Warszawie przygotowała dla lekarzy 15-dniowy **wyjazd turystyczno-wypoczynkowy do Meksyku** w dn. **14-28.10.br.** Zwiedzanie najwspanialszych zabytków kultury Majów: ogromne piramidy i pałace, przepiękne świątynie, kilkudniowy wypoczynek w Acapulco nad Pacyfikiem i w Cancun nad Atlantykiem; wszystkie świadczenia na wysokim standardzie, wypoczynek „all inclusive”. Cena ok. 10 tys. zł - zależy od kursu walut. **Informacje i zgłoszenia: praca68@oil.org.pl lub u organizatora: kwatour@op.pl**

Gazeta Lekarska

nr 4 (220) 40 kwiecień 2009

www.gazetalekarska.pl

www.gazetalekarska.pl

nr 4 (220) 41 kwiecień 2009

REKLAMA

REKLAMA

Centrum Diagnostyki Obrazowej CEDUS

- **15-19.04.** *USG jamy brzusznej* – podstawowy
 - **15-16.04.** *Doppler w ginekologii i położnictwie*
 - **17-18.04.** *Diagnostyka prenatalna*
 - **25-28.04.** *Doppler poz.* – średnio zaawansowany
 - **11-15.05.** *USG stawów kończyna dolna* – średnio zaawansowany
 - **18-21.05.** *Echokardiografia poz.* – podstawowy
 - **22-24.05.** *USG w ortopedii poz.* – podstawowy
 - **30.05.-1.06.** *Doppler poz.* – zaawansowany
 - **3-7.06.** *USG jamy brzusznej* – podstawowy
 - **11-14.06.** *USG piersi i mammografia*
 - **15-19.06.** *Doppler poz.* – zaawansowany
 - **22-26.06.** *Echokardiografia poz.* – zaawansowany
 - **27-30.06.** *USG stawów kończyna górna* – podstawowy
- Kursy USG, Ciechocinek, w preferencyjnych cenach – współfinansowane przez UE w ramach EFS, certyfikaty z pkt. edukac. OIL, PTU i Sekcji Echokardiografii PTK. Informacje i zapisy: www.cedus.edu.pl

EVMACO

- **18.04.** Warszawa, Sofitel Victoria, ul. Królewska 11 – konferencja inauguracyjna;
 - **25.04.** Kraków, Sheraton, ul. Powiśle 7;
 - **22.05.** Gdańsk, Hevelius, ul. Jana Heweliusza 22. Konferencje Kolegium Lek. Rodzinnych w Polsce pod patronatem PTD: *Nowe zalecenia dotyczące leczenia chorych na cukrzycę dla lekarzy rodzinnych*. 8 pkt. edukac., www.nowezalecenia.evmaco.pl
 - **16.05.** Warszawa, Marriott. Pol. Tow. Diabetologiczne organizuje konferencję: *Diabetologia w polskim systemie ochrony zdrowia*. www.finansowaniewiadczzen.evmaco.pl
 - **30.05.** Warszawa, Sheraton. Pol. Tow. Diabetologiczne organizuje konferencję: *Obecne wyzwania i przyszłe możliwości pochodnych sulfonilomocznika*. 8 pkt. edukac., www.pochsu.evmaco.pl
 - **18-20.09.** Zakopane, Mercure Kasprowy. Pol. Tow. Diabetologiczne, Katedra i Klinika Chorób Wewnętrznych, Diabetologii i Nefrologii Śląskiego UM, Zabrze organizują XIII Sympozjum *Diabetologiczne*. Pkt. edukac., www.13sympozjumptd.evmaco.pl
 - **9-10.10.** Wisła, hotel Gołębiowski. I Konf. Nauk.-Szkol. Pol. Tow. Kardiologicznego i Pol. Tow. Diabetologicznego: *Choroby serca w cukrzycy*. Pkt. edukac., www.chorobysercawcukrzycy.evmaco.pl
- Informacje i zgłoszenia: EVMACO, ul. Batorego 25, 31-135 Kraków, tel. 012-429-69-06, faks 012-423-41-92, e-mail: evmaco@evmaco.pl

Medyczne Szkolenia Podyplomowe PAKT

- **18-19.04.** Ustroń/Szczyrk. **Bark i łokieć** – diagnostyka, leczenie operacyjne i rehabilitacja
 - **9-10.05.** Ustroń. Warsztaty **osteoporotyczne: od teorii do praktyki**
 - **12-13.09.** Katowice. *Wielospecjalistyczny kurs med. manualnej*
 - **19-20.09.** Katowice. **Rozwojowa dysplazja stawu biodrowego, inne wady wrodzone i nabyte oraz choroby u dzieci i młodzieży – diagnostyka kliniczna, sonograficzna i leczenie**
- Informacje: PAKT, 40-064 Katowice, ul. Kopernika 8/2, tel./faks 032-251-22-64, medycznesympozja@msp-pakt.med.pl, www.msp-pakt.med.pl

- **23-24.04.** Wrocław. Konfer. nauk. *Donor Recipient Matching and Cellular Therapy in Transplantation – Technological and Clinical Aspects*. Przew. Kom. Org. Andrzej Lange. Informacje (program, tryb zgł. prac, zakwaterowanie, pkt. edukac.): tel. 48-71-783-13-75, 370-99-77, www.dctk.wroc.pl/conference2009

- **24-25.04.** Podlaski Oddział PTA organizuje kurs doskonalący dla lekarzy: **Objawy bólu o różnym pochodzeniu, rozpoznawanie i leczenie ze stosowaniem alternatywnych metod leczenia**

(akupunktura, laseropunktura, fizjoterapia i farmakopunktura). Informacje i zgłoszenia: ul. Piłsudskiego 17/31 A, 15-444 Białystok, tel. 085-652-18-71 od godz. 12.00 lub 0503-629-208

- **9.05.** Bydgoszcz. Pol. Tow. **Hipoterapeutyczne** – szkolenie: *Hipoterapia i jej rola w wieloprofilowej rehabilitacji osób niepełnosprawnych*. 8 pkt. edukac. Koszt uczestnictwa 200 zł. Informacje i zgłoszenia: m.gorniewicz@vp.pl, tel. 0607-110-385, dane www.pthip.org.pl

- **14-16.05.** Zamek Książ k. Wałbrzycha. Katedra i Klinika **Anestezjologii i Intensywnej Terapii** AM we Wrocławiu, Dolnośląski Oddz. PTAiT i Stow. na Rzecz Badania i Leczenia **Sepsy** „Pokonać Sepsę” organizują XXV Międzynarodową Konferencję: *Postępy w Anestezjologii i Intensywnej Terapii*. Informacje: www.anest.am.wroc.pl, e-mail: ksiaz@anest.am.wroc.pl. Kom. Org.: Katedra i Klinika Anestezjologii i Intensywnej Terapii AM, 51-368 Wrocław, ul. Chałubińskiego 1a, tel. 071-784-21-32, 327-09-23; faks 071-327-09-24.

- **15-16.05.** 59 Konfer. Dni Kliniczne Buska-Zdroju. **15.05.** Dzień **Kardiologiczny** – *Leczenie przeciwplytkowe i przeciwzakrzepowe w kardiologii*. **16.05.** Dzień **Reumatologiczny** – *Spondyloartropatie zapalne w teorii i praktyce*. Informacje i zgłoszenia: Biuro Obsługi Zjazdu, ul. Rzewuskiego 1, 28-100 Busko-Zdrój, e-mail: etrybuch@ubz.pl, tel. 041-378-21-67 w godz. 7.00-15.00, faks 041-378-41-54. Pokój 1-os. 180 zł, 2-os. 105 zł. Wpłaty na konto nr 97 124 044 161 111 000 049 596 223, z dop. „Dni Kliniczne Buska-Zdroju”.

- **18-22.05.** Ośrodek „Transportowiec” w Bielsku-Białej. Kurs na uprawnienia **Inspektora Ochrony Radiologicznej** w pracowni RTG (Dz. U. nr 239/2006, poz. 1737), Testy specjalistyczne urządzeń RTG (Dz. U. nr 194/2005, poz. 1625).

Klinika Chirurgii Endoskopowej w Żorach. Szkolenia medyczne

- **14-15.05.** III Śląskie Forum **Chirurgii Artroskopowej**: *Aktualne problemy leczenia następstw urazów w obrębie stawu kolanowego*
- **22.05.** *Postępowanie lekarza rodzinnego w urazach i schorzeniach stawu kolanowego i ramiennego*.

W trakcie szkoleń odbędą się zabiegi operacyjne **Live Surgery** z transmisją na salę wykładową z zakresu tematyki szkolenia. Szczegóły na stronie www.sport-klinika.pl w zakładce szkolenia/terminy szkoleń. Informacje: Klinika Chirurgii Endoskopowej w Żorach, tel. 032-475-93-78, Beata Banaś, e-mail: szkolenia@sport-klinika.pl

- **19-20.05.** Warszawa. Konfer. nauk.-szkol.: **Lekarz w obliczu prawa – pozycja lekarza w procesie karnym**. Organizator: Instytut Problemów Ochrony Zdrowia Sp. z o.o., ul. Pawińskiego 5 a, 02-106 Warszawa, sekretariat@ipoz.pl. Program: www.prawoimedycyna.pl

- **21-23.05.** Rajgród. Podlaskie Stow. **Stomatologów** zaprasza na Wiosenne Podlaskie Spotkania Stomatologiczne. Informacje na stronie www.stomatologdy-podlasia.pl lub tel. 085-676-25-52.

- **28-30.05.** Kazimierz Dln. Kat. i Zakł. Mikrobiologii Lekarskiej, I Klin. Chirurgii Ogólnej i Transplantologii, Klin. Ortopedii i Traumatologii UM w Lublinie, Oddz. Chirurgii Naczyniowej SPSK 4 w Lublinie organizują II Międzynar. Konfer. Nauk.-Szkol.: *Aktualne Problemy Mikrobiologiczne w Praktyce Klinicznej – Czynniki Ryzyka Zakażeń i Strategie Bakterii w Chirurgii i Ortopedii*, dla lekarzy **chirurgów, mikrobiologów i epidemiologów** szpitalnych. 20 pkt. edukac. Koszt 250 zł od osoby (materiały zjazdowe, uczestnictwo w obradach, wyżywienie, kolacje towarzyskie), nie obejmuje noclegu. Informacje: www.umlub.pl (link kalendarz imprez) lub Katedra i Zakład Mikrobiologii Lekarskiej, tel. 081-742-37-81, e-mail: mikrobiologia.lublin@wp.pl

- **28-30.05.** Zamek Kliczków. XXVI Konfer. Nauk.-Szkol. **Ortopedów WP**. Tematy: 1. *Zespoły bólowe barku i uszkodzenia pierścienia rotatorów* 2. *Nowoczesne metody leczenia złamań końców stawo-*

wych kości 3. Tematy wolne. Kom. Org.: 105 Szpital Wojskowy z Przychodnią SP ZOZ Żary Oddział Ortopedii i Traumatologii Narządu Ruchu, ul. Domańskiego 2, 68-200 Żary, tel. 068-470-78-33, 068-470-78-31, tel. rejestracyjny: 0662-288-526, faks 068-470-78-15, e-mail: pprusz@wp.pl, www.ortopediazarska.org.pl. Koledzy w czynnej służbie proszeni są o uczestnictwo w obradach w umundurowaniu wyjściowym. Pkt. edukac.

- **29-30.05** Kraków. Europejskie Tow. Ergonomii Stomatologicznej, Pol. Tow. Ergonomii Stomatologicznej, Targi w Krakowie organizują Międzynar. Kongres **Ergonomia w Stomatologii**, 22 Meeting Europejskiego Towarzystwa Ergonomii Stomatologicznej, V Ogólnopol. Forum, Ergonomia w Stomatologii. Informacje i rejestracja: tel. 12-651-90-48, www.e-ergonomia.pl

- **3-6.06.** Poznań – Targi Poznańskie. Kongres Europejskich Tow. **Chirurgii Ręki, Łokcia i Barku**. Uwaga: obniżona opłata zjazdowa dla uczestników z Polski. Informacje: www.fessh2009.pl, dr med. Paweł H. Surdziel, kordynator PR, Klin. Chir. Endoskopowej, Klin. Ortopedii, Traumatologii i Chir. Ręki, ul. Chwaliszewo 19a, UM im. K. Marcinkowskiego, Poznań ul. 28 Czerwca 1956 r. 135/147. Rejestracja: tel. 061-855-06-62. 60-545 Poznań, Poland, tel. +48/502-37-61-31, e-mail: pawelsurdziel@tlen.pl; pasur@wp.pl

- **5-6.06.** Kalisz. V Jubileuszowe Forum **Zdrowia Kobiety**. Międzynar. Konfer. Nauk.-Dydakt.: **Macierzyństwo we współczesnym świecie**. Informacje: Państwowa Wyższa Szkoła Zawodowa im. Prezydenta St. Wojciechowskiego w Kaliszu, Biuro Konferencji, ul. Kaszubska 13, 62-800 Kalisz, faks 062-76-79-558, www.pwsz.kalisz.pl

- **6-10.06.** Warszawa, Pałac Kultury i Nauki. XXVIII Kongres Europejskiej Akademii Alergii i Immunologii Klinicznej (EAACI). Informacje: www.eaaci2009.com, www.eaaci.net; Anna Ginter PR Manager, kom. 0666-074-566, e-mail: biuro@inaboruszewska.pl

- **14-15.06.** (ndz.-pon.). Filharmonia Narodowa w Warszawie. 12 Warszawskie Spotkania **Gastroenterologiczne**. Konferencja poświęcona postępom i standardom w gastroenterologii. Informacje: www.wsgastro.pl, e-mail: fungastr@unet.pl

Instytut Dermatologii w Krakowie

- **20.06.** *Testy platkowe: techniki wykonania i zasady interpretacji*, 11 ed.
- **28.11.** *Wyprysk: Spektrum kliniczne, diagnostyka, postępowanie*, nowość

Informacje i zgłoszenia: www.medukacja.biz

- **25-26.09.** Międzynar. Kurs Diagnostyki **Fotoalergii** pod patronatem Europ. Tow. **Wyprysku Kontaktowego Photoallergy Meeting & Photopatch Test Course**. Wykładowcy: prof. James Ferguson (Dundee), dr Alastair Kerr (Dundee), prof. Cezary Kowalewski (Warszawa), prof. Percy Lehmann (Wuppertal), doc. Joanna Narbutt (Łódź), prof. Peter Schmid-Grendelmeier (Zurych), doc. Radosław Śpiewak (Kraków), prof. Hanna Wolska (Warszawa). Konferencja i kurs w j. angielskim. Informacje i zgłoszenia: www.photopatch.eu

- **25-28.06.** Ciechocinek-Bydgoszcz. XVIII Symp. Historii Farmacji Pol. Tow. Farmaceutycznego: **Muzealnictwo farmaceutyczne**. Pełen koszt uczestnictwa 600 zł, wpisowe w wysokości 100 zł. Informacje: Pomorsko-Kujawska OIA ul. Kościuszki 15a/4, 85-079 Bydgoszcz, e-mail: erymow@wp.pl

Zarząd Główny Polskiego Towarzystwa Psychiatrii Sądowej

- **10-11.07.** Gdańsk. VI Konfer. Polsko-Niemiecka, poświęcona m.in. *efektywności leczenia osób agresywnych i internowanych*
- **7-10.10.** Pałanga na Litwie. VI Międzynar. Konfer. poświęcona *problemom adaptacji m.in. do warunków kryzysu światowego, pozbawienia wolności (zapobiegania samobójstwom)* itd.

- **23-25.10.** Warszawa. Konfer.: *Dobrze leczyć i orzekać*, adresowana do lekarzy **psychiatrów, neurologów, medyków sądowych i lekarzy rodzinnych**

Informacje: dr med. Jerzy Pobocha, tel. 0605-053-894, Adela Sabina, tel. 0506-728-740; www.ptps.com.pl

- **3-5.09.** Poznań. VII Zjazd Pol. Tow. **Medycyny Rodzinnej**. *Najbardziej aktualne problemy ze szczególnym uwzględnieniem praktycznego zastosowania obowiązujących standardów. Osiągnięcia najnowszej wiedzy oraz wytyczne postępowania w zależności od podziału kompetencji*. Informacje: www.7zjazdptmr.viamedica.pl

- **4-6.09.** Łeba. VI Usteckie Dni **Onkologiczne**. *Żywnienie w raku przełyku, Nowotwory systemowe, Nowotwory przełyku i połączenia żołądkowo-przełykowego, Rola i miejsce badań obrazowych w diagnostyce i leczeniu nowotworów*. Przew. Kom. Org. dr n. med. Zoran Stojcev, Oddz. Chirurgii Onkologicznej Woj. Szpital Specjalistyczny w Słupsku, ul. Kopernika 28, 76-200 Słupsk, tel./faks 059-842-95-35, e-mail: onkoustka@wp.pl, www.onko.ustka.pl

- **15-18.10.** Kraków. V Kongres Pol. Tow. **Kolposkopii i Patologii Szyjki Macicy**. 12th Congress of the International College of Out-patient **Gynecology**. *Nowości przydatne w codziennej praktyce ginekologiczno położniczej. Warsztaty z kolposkopii i ultrasonografii*. Kurs kolposkopowy w ramach warsztatów zakończony zostanie egzaminem z certyfikatem European Federation for Colposcopy (EFC). Program, rejestracja i rezerwacja hoteli: www.icog-cracow.pl. Org.: Klinika Ginekologii i Onkologii UJ-CM, Kraków, ul. Kopernika 23, tel./faks +4812- 424-85-84, e-mail: office@icog-cracow.pl

- **21-24.10.** Bydgoszcz. III Kongres Nauk.-Szkol. Pol. Tow. **Leczenia Ran. Sztuka Leczenia Ran Przewlekłych**. Ważne daty: 1.06. - termin nadsyłania streszczeń, e-mail: ajawien@ceti.com.pl; 31.08. - termin potwierdzenia przyjęcia pracy i kwalifikacji do prezentacji plakatu; 1.09. - termin nadsyłania zgłoszenia uczestnictwa i uiszczenia opłaty; 31.08. - termin rezerw. hoteli: www.caad.pl. Opłaty: czł. PTLR i PTF: do 30.06. lekarze - 300 zł, pielęgniarki - 150 zł; po 30.06. lek. - 400 zł, piel. - 250 zł; do 30.06.2009: lek. - 450 zł, piel. - 200 zł; pozostali uczestnicy: po 30.06. lek. - 500 zł, piel. - 300 zł. Osoby tow. 250 zł. Wpłata na konto PTLR nr 74 1160 2202 0000 0000 3978 9745, z dopiskiem: III Kongres PTLR. Rejestracja: www.caad.pl, faks: CAAD Sp. z o.o. 061-872-03-40, KKI Sp. z o. o. (CAAD Corporation) Os. Stare Żegrze 112, 61-249 Poznań

- **20-22.05.2010 r.** Szczyrk. II Zjazd Pol. Tow. **Tyreologicznego**, IV Konfer. Nauk.: *Rak tarczycy 2010*. Rejestracja i nadsyłanie streszczeń wyłącznie drogą elektroniczną: www.pgne.edu.pl

Centrum Edukacji Medycznej CEMED – spotkania edukacyjne, ul. Łucka 15, p. 214, 00-842 Warszawa, tel. 022-257-00-39, 022-257-00-38, e-mail: ceded@ceded.pl, www.cemed.pl

Mazowiecka Szkoła **Ultrasonografii**. Programy kursów i zapisy: www.mszu.pl, mazowiecka@mszu.pl, tel. 602-122-513.

Mazurska Szkoła **USG i Ginekologii**. Informacje i zapisy: tel. 0504-075-804, www.usg.pisz.pl, usg@usg.pisz.pl.

Roztoczańska Szkoła Ultrasonografii.

Informacje: www.usg.com.pl.

Wielkopolska Szkoła **Diagnostyki Obrazowej**. Praktyczne szkolenia ultrasonograficzne, pkt. edukac. Informacje i zapisy: www.obraz.pl; obraz@obraz.pl; tel. kom. 603-76-20-41, tel. 61-657-94-63.

opr. u

u.bakowska@gazetalekarska.pl

Elsevier Urban & Partner Sp. z o.o.

50-011 Wrocław, ul. Kościuszki 29, tel. 071 330 61 61. Zamówienia:
tel. 042-680-44-09, faks 042-680-44-86, elsevier@azymut.pl, www.elsevier.pl



Ginekologia kliniczna

Eric J. Bieder, Joseph S. Sanfilippo, Ira R. Horowitz

red. wyd. I polskiego Romuald Dębski
t. 1, Wrocław 2009, str. 338 + skorowidz

Podręcznik zawiera wiadomości teoretyczne potrzebne do przekazania praktycznych rad na skuteczne postępowanie kliniczne, wytyczne postępowania w poradni ginekol. z uwzględnieniem zaburzeń seksualnych, przemocy w domu, przewlekłych dolegliwości bólowych, profilaktyki zdrowotnej. Duży rozdział poświęcono uroginekologii i ginekologii dziecięcej.



Diagnostyka obrazowa. Pediatria. Przypadki kliniczne

Robert J. Ward, Hans Blickman

red. wyd. I polskiego Andrzej Marciński
Wrocław 2009, str. 424

Niniejszy cykl przeznaczony jest dla rezydentów, przygotowujących się do egzaminu spec. i lek. radiologów. W tej serii ukaze się: *Układ moczowo-płciowy*, *Choroby kręgosłupa (Głowa i szyja – „GL” 3/09)*. Każdy tytuł podzielony jest na 3 rozdziały różniące się stopniem trudności interpretacyjnej i/lub częstości występowania danego przypadku w praktyce klinicznej.



Rehabilitacja ortopedyczna

S. Brent Brotzman, Kevin E. Wilk

red. wyd. I polskiego Artur Dziak.

t. 1-2, Wrocław 2008, str. t. 1 i 2 812 + skorowidz

Właściwe metody badania, systemów klasyfikacji, rozpoznania różnicowego, rozmaitych opcji leczenia i planów rehabilitacji dla najczęstszych schorzeń narządu ruchu.

Opolska Fundacja Antynowotworowa. Org. Pożytku Publicznego
45-215 Opole, ul. Luboszycka 11/10, tel. 077-455-01-00, ofa@vp.pl



Późne uszkodzenia po leczeniu guzów mózgu u dzieci

Maria Pamucka, Lidia Czopkiewicz, Wojciech Jawień, Wiktor Kośniewski, Piotr Tokar, Kamila Polednia-Jabłońska

Opole 2008, str. 114, cena 20 zł.

Oprac. przydatne dla onkologów dziecięcych, neurologów i neurochirurgów dziecięcych, zawierające wieloletnie obserwacje i dane statystyczne, wykorzystujące doświadczenia z obserwacji dużej liczby pacjentów.



Rak jelita grubego; Rak piersi; Rak narządu rodowego; Rak gardła i krtani; Rak gruczołu krokowego; Rak płuca;

w przygotowaniu: **Nowotwory skóry; Rak jamy ustnej**

seria: **To Trzeba wiedzieć! Praca zbior.**, cena broszury 2 zł
Broszury przygotowane do poradni onkologicznych posłużą pacjentom i ich rodzinom w uzyskaniu najniezbędniejszych informacji o schorzeniu.

Wydawnictwa Fachowe CeDeWu Sp. z o.o.

00-680 Warszawa, ul. Żurawia 47/49, e-mail: cedewu@cedewu.pl,
Księgarnia internetowa www.cedewu.pl, Dostępna: Księgarnia Ekonomiczna
00-680 Warszawa, Żurawia 47, tel. 022-396-15-00, faks 022-827-38-89.



Zarządzanie przez jakość w usługach zdrowotnych. Teoria i praktyka

Krzysztof Opolski, Grażyna Dykowska, Monika Możdżonek

Wyd. II, Warszawa 2009, str. 244
Sposób ujęcia problemu powoduje, że książka warta jest polecenia nie tylko kadry zarządzającej szpitalami i placówkami POZ państwowymi i prywatnymi, ale również lekarzom, personelowi medycznemu i wszystkim innym osobom, które mają wpływ na działalność służby zdrowia.



Polityka zdrowotna a zdrowie publiczne

Jerzy Leowski

wyd. II, Warszawa 2009, str. 188

Opis zachodzących na świecie, w tym w Polsce zmian w ochronie zdrowia oraz opis miejsca, jakie w tych przekształceniach zajmuje medycyna naprawcza i zdrowie publiczne. Publikacja nie tylko dla lekarzy.

Polityka zdrowotna samorządu terytorialnego

Jerzy B. Karski

wyd. II, Warszawa 2009, str. 114

Kompendium niezbędnej wiedzy o współczesnych problemach zdrowia publicznego przydatnej do konstruowania programów zdrowotnych. Zawiera aneksy niezbędnych aktów normatywnych i bibliografię.



MediPage Sp. z o.o.

02-549 Warszawa, ul. Bruna 12/20,
tel./faks 022-646-41-50, www.medipage.pl, redakcja@medipage.pl

Atlas chirurgii przewodu pokarmowego

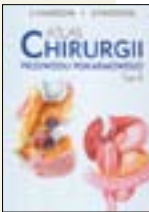
John L. Cameron MD, Corinne Sandone MA

red. nauk. wyd. pol. prof. dr hab. n. med. Arkadiusz Jeziorski, prof. dr hab. n. med. Marek Maruszyński

Warszawa 2008, t. 1 *Pęcherzyk żółciowy, wątroba*, str. 196;

t. 2 *Zespołenia, trzustka, śledziona*, str. 196; t. 3 *Przełyk*, str. 166.

Tłum. wyd. II oprac. przez amerykańską szkołę chirurgów przewodu pokarmowego z Johns Hopkins Hospital. Opis technik operacyjnych oraz procedur preferowanych i wykonywanych. Tech. laparoskopowe, nowe tech. operacyjne i aktualny stan chirurgii gastroenterologicznej. Unikalne ilustracje Corinne Sandone oddające dokładnie budowę anatomiczną, kąty i perspektywy.



Atlas urodynamiki

Jerry Blaivas, Michael Chancellor, Jeffrey Weiss, Michael Verhaaren

wyd. pol. pod red. nauk. Danuty Gidian-Jopa, tłum. Jerry Jopa
Warszawa 2008, str. 240

Publikacja dla tych, którzy chcą zrozumieć czynności dolnych dróg moczowych i przyczyny ich nieprawidłowego funkcjonowania. Omówiono metody diagnostyczne używane do oceny czynności pęcherza i cewki (również komputerowe). Służy jako przegląd technik badania urodynamicznego i atlas prawidłowych i nieprawidłowych wyników badań.



Wydawnictwo Medyczne „Via Medica” Sp. z o.o.

80-180 Gdańsk, ul. Świętokrzyska 73, tel. 058-320-94-94, faks 058-320-94-60,
www.viamedica.pl, e-mail: viamedica.pl
lub **Oficyna Wydawnicza Bookmarket**, www.bookmarket.pl

EKG kompendium. Interpretacja i sposób postępowania

Shirley A. Jones

wyd. I, Gdańsk 2008, str. 202, cena 43 zł

Oprac. wydane w formie kieszonkowego kolonotatnika, składa się ze 100 kart. Zawiera: opis fizjologii i anatomii serca, podstawowe analizy ponad 60 różnych arytmii, 6-sekundowe zapisy EKG, leki stosowane w stanach nagłych, markery sercowe, interpretacje 12-odprowadzeniowego EKG, wskazówki kliniczne, wytyczne BLS, protokoły ALS, ponad 50 testów EKG, sposoby obliczania częstości akcji serca, miejsce na notatki.



Menopauza bez leków

Dr Linda Ojeda

wyd. V popr., Gdańsk 2008, str. 554, cena 48 zł

Przegląd objawów, poglądy i koncepcje na temat starzenia się, a także programy zwalczania depresji oraz stanów związanych z menopauzą, np. rady dot. zmiany stylu życia, pielęgnacji ciała, odżywiania się i ćwiczeń gimnastycznych. Omówiono zagadnienia związane z chorobami serca i raka piersi oraz ich związek ze stężeniem cholesterolu, stosowaniem diety, jej suplementów leków i naturalnych hormonów, a także zapotrzebowanie na składniki odżywcze oraz przykłady ćwiczeń wzmacniających.



Ponadto nadesłano

Nida – rzeka zakrecona

Ryszard Augustyn

Łódź 2009, **Piątek Trzynastego Wydawnictwo s.c.**

90-345 Łódź, ul. Księży młyn 14, tel./faks 042-632-78-61, infolinia 0604-600-800, www.piatek13.com.pl, biuro@piatek13.com.pl

Kajakarzy, i nie tylko, zachęcamy do wybrania się na wyprawę rzeką Nidą z okolic Małogoszczy do Nowego Korczyna, a to za sprawą przewodnika Ryszarda Augusta. Jest to niewielka broszura składająca się z kart wodoodpornych, w formie kolonotatnika, w której autor zgromadził wiele wiadomości. Jest tam szczegółowy opis poszczególnych odcinków szlaku wraz z mapkami, omówione spotykane przeszkody, godne obejrzenia niezwykle miejsca, historia spotykanych miasteczek, uwagi dotyczące mieszkańców, miejscowej kuchni, mnóstwo innych ciekawych obserwacji i piękne zdjęcia krajobrazowe. Jeden z lepszych przewodników, jakie spotkałam będąc kiedyś uczestniczką różnych tras kajakowych.



md