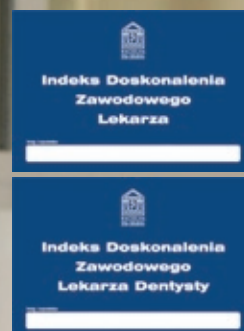


5 2005

**Gazeta
Lekarska**
Pismo Izby Lekarskiej



Indeks Doskonalenia
Zawodowego
Lekarza

Indeks Doskonalenia
Zawodowego
Lekarza Dentysty

W ZAŁĄCZENIU

Ta ustawa to prawdziwy przełom

- 2-tygodniowy płatny urlop szkoleniowy
- Rezydentura dla wszystkich po stażu
- Koszty doskonalenia odliczane od podatku

**Solidarnie
upomnijmy się
o nasze prawa!**



Tak, ale...

Lista leków refundowanych zostanie wydłużona. Już nie trzeba będzie skradać się kuchennymi drzwiami ani umizgiwać do polityków koalicji, aby lek innowacyjny wprowadzić na listę. Wystarczy ustawa – zapewnia minister Balicki. Sęk w tym, że ustawę musi uchwalić parlament, a ten owszem zajmuje się, ale najczęściej samym sobą. Umożliwienie pacjentom dostępu do nowoczesnych leków jest bez wątpienia wyzwaniem cywilizacyjnym. Nie da się skutecznie leczyć ludzi bez sięgania po zdobycze postępu w medycynie. Częściowo próbują sprostać temu programy lekowe NFZ. Resort zdrowia chce więc wprowadzić nową kategorię – leki specjalistycznego stosowania.

Mają się tam znaleźć najnowocześniejsze, obecnie nie refundowane drogie leki stosowane w leczeniu m.in. chorób nowotworowych, cukrzycy, choroby Parkinsona czy choroby Alzheimera. Minister zapewnia, że wprowadzenie tej nowej kategorii nie jest zamachem na odebranie lekarzom przywileju wypisywania leków. Ale, jak sam twierdzi, będzie to mógł uczynić lekarz, który zawarł z NFZ odrębną umowę upoważniającą do wystawiania takich recept. O ordynacji lekarskiej zadecydować mają wskazania terapeutyczne, kryteria medyczne kwalifikujące do stosowania leku, konkretna specjalizacja lekarza i zakres diagnostyki i monitorowania leczenia. A wszystko to ocenić ma komisja specjalistów kierowana przez konsultanta wojewódzkiego. Wkrótce przekonamy się czy przewlekłe chorzy nie będą musieli jeździć na drugi koniec Polski tylko po to, żeby dostać receptę od lekarza z uprawnieniami. A może będzie to sytuacja typowo polska – pozytywne gadulstwo i niewielkie efekty.

Jeszcze miesiąc temu zastygliśmy w zadumie po odejściu Ojca Świętego. Już się wydawało, że może będziemy lepsi, przynajmniej dla siebie nawzajem. Najbardziej zatwardziałe serca połączył znowu uścisk dłoni. Nawet wielcy, zamiast nogi jak dotychczas, na znak zgody i pokoju podali sobie ręce. Buńczuczne filipiki i listy kapusiów ustąpiły miejsca cytatom z papieskich encyklik. Już było blisko, już witaliśmy się z gaską... Z tej zadumy wyrwały nas prasowe gromy, jak to lekarze piją na dyżurach i biorą łapówki na prawo i lewo. Trudno temu zaprzeczyć i uznać za nagonkę, skoro ukryta w ubraniu pacjenta kamera telewizyjna w detalach pokazała, jak jeden z lubelskich urologów bierze pieniądze od pacjenta. Nie lepsze wiadomości płynęły z Sosnowca i innych miasteczek, głównie powiatowych. Media zapowiadają zdwojoną kampanię demaskatorską, tym bardziej że pacjentom, którzy zgodzą się uczestniczyć w prowokacjach, obiecują honoraria po wielokroć wyższe niż te, którymi ci mają obdarować później lekarzy. Niestety, do powszechnego na Zachodzie stereotypu Polski jako ojczyzny wódki, nie wyczyszczonych butów i braków w uzębieniu dołączyła łapówka. Mam nadzieję, że w kolejnym roku przynależności do Europy również nasze środowisko bardziej przyłoży się do utrwalenia mody na uczciwość.

Nasz czytelnik dr Jacek B. pół roku temu wyjechał do Anglii. Pracuje dwa razy lepiej, ale zarabia dziesięć razy więcej. W Polsce lekarz jest powszechnie dostępną, bezpłatną zdobyczą socjalizmu, która należy się każdemu. Koszty takiej strategii już dziś widać gołym okiem. Ale o tym więcej w artykule Ryszarda Kijaka „Chleba naszego kontraktowego”.

Marek Stankiewicz
naczelnym@gazetalekarska.pl

W NUMERZE

między innymi

Krajobraz po akcesji	4-5
Okiem Prezesa	5
Chleba naszego kontraktowego	6-10
Kolejne jarzmo dla lekarzy?	10-12
W naszych sercach	14
Dysproporcje płacowe	20
Solidarnie upomnijmy się o nasze prawa!	20-22
Przychodzi lekarz do prawnika	26-27
Staranności nigdy za dużo	28-29
Odsunąć Michałowicza!	30-31
Podmiotowość człowieka w okresie prenatalnym	32
Lekarski sport	33-37
Kalendarz – kursy, szkolenia, zjazdy	38-39
Konkursy, ogłoszenia różne	40-57

Biuletyn NRL

„Gazeta Lekarska” w Internecie
www.gazetalekarska.pl

Krajobraz po akcesji

Marek Szewczyński

1 maja upłynął rok polskiego członkostwa w Unii Europejskiej.

Przystąpienie do Unii i stosowanie jej prawodawstwa oznaczało dla lekarzy i lekarzy dentystów m.in. znaczne uproszczenie procedur związanych z uznawaniem kwalifikacji zawodowych i uzyskaniem uprawnień do wykonywania zawodu na terytorium innych państw członkowskich. Jednak, jak w wielu innych dziedzinach, nie wszystko jest tak proste i jednoznaczne, jakby się mogło wydawać po zapoznaniu się z podstawowymi zasadami prawa unijnego. Wielu lekarzy i lekarzy dentystów nadal napotyka poważne problemy podczas uzyskania uprawnienia do wykonywania zawodu w innym państwie.

Warto podkreślić, że system uznawania kwalifikacji jest, mimo pewnych ograniczeń, stosowany w praktyce. Od 1 maja 2004 r. lekarze, którzy uzyskali kwalifikacje zawodowe w Polsce, są pod względem możliwości wykonywania zawodu w innych państwach Unii w znacznie lepszej sytuacji niż dotychczas. Potwierdzeniem jest fakt, że tak wielu lekarzy podjęło już pracę w innych państwach. W porównaniu z okresem poprzednim zasadniczo nie trzeba obecnie nostryfikować polskich dyplomów i odbywać różnego rodzaju dodatkowych stażów, co i tak niejednokrotnie nie prowadziło do uzyskania pełnych uprawnień, choćby ze względu na obywatelstwo.

Niestety, zdajemy sobie sprawę, że problemy nadal są. Po pierwsze, wiele trudności wynika z różnic, jakie występują pomiędzy państwami w zakresie zasad wykonywania zawodu oraz ze skomplikowanej sieci instytucji właściwych do przyznawania uprawnień lub wydawania zaświadczeń. Odmienne systemy kształcenia specjalizacyjnego, różne formy wykonywania zawodu lub sprawowania nadzoru nad jego wykonywaniem, nie mówiąc już o problemach językowych, to tylko niektóre z przyczyn wpływających na przedłużanie się postępowań w sprawie uznania kwalifikacji poprzez żądanie od lekarzy coraz to nowych dokumentów lub zaświadczeń. Często, jak się okazuje, są to żądania bezpodstawne i niezgodne z przepisami dyrektywy.

Te przeszkody będą chyba pojawiać się zawsze i dotyczą nie tylko sytuacji osób migrujących z państw, które niedawno przystąpiły do Unii. Takich nieporozumień do końca nie da się wyeliminować najlepiej nawet skonstruowanymi dyrektywami unijnymi. Najsukcesowniejszym sposobem jest jak najściślejsza, bezpośrednia współpraca pomiędzy właściwymi instytucjami państw członkowskich. Niestety, pomimo chęci i prób, współpraca taka nie zawsze przynosi pożądane efekty.

Wskazane byłoby także opracowanie przez Komisję Europejską jednolitych wzorów zaświadczeń wymaganych dla uznania kwalifikacji obowiązujących wszystkie państwa członkowskie.

Niewątpliwie najpoważniejsze dotychczas trudności wynikają z problemów prawnych. W szczególności chodzi o kwestię tzw. **zgodności kształcenia**. Jest ona tak istotna, gdyż automatycznemu, bezwarunkowemu uznaniu podlegają jedynie dyplomy uzyskane w państwie członkowskim Unii po odbyciu kształcenia, które spełniało warunki określone w odpowiednich dyrektywach (np. odnośnie zawodu lekarza art. 23 Dyrektywy 93/16/EWG, dotyczący minimalnych wymogów, jakie muszą spełniać studia medyczne). Natomiast osoby posiadające dyplomy uzyskane po odbyciu kształcenia, które nie spełniało tych warunków, muszą dodatkowo wykazać, że faktycznie wykonywały zawód przez 3 kolejne lata w okresie ostatnich 5 lat, co stawia je w znacznie mniej korzystnej sytuacji.

Po 1 maja 2004 r. okazało się, że istnieją poważne rozbieżności co do dat zgodności kształcenia lekarzy i lekarzy dentystów w Polsce. Pojawiła się informacja, iż kształcenie lekarzy w Polsce jest zgodne z wymogami unijnymi od 1993 r., a lekarzy dentystów od 2003 r. Zaznaczam, że chodzi o daty rozpoczęcia studiów. Samorząd lekarski nie zgodził się z tym i od początku stał na stanowisku, że lekarze w Polsce są kształceni zgodnie z wymogami określonymi w przepisach unijnych od roku 1956, a lekarze dentyści od

roku 1988. Wystąpił więc do Ministerstwa Zdrowia o sprostowanie tych informacji, które stały się powodem wielu problemów dla polskich lekarzy zamierzających wykonywać zawód za granicą. Zapoczątkowało to dyskusję i wymianę korespondencji z Komisją Europejską.

Największym postęпом w tym zakresie jest w ostatnim czasie fakt ostatecznej, oficjalnej notyfikacji daty zgodności kształcenia lekarzy. 8 marca 2005 r. Stałe Przedstawicielstwo Rzeczypospolitej Polskiej przy Unii Europejskiej notyfikowało Komisji Europejskiej oraz pozostałym państwom członkowskim, że kształcenie lekarzy w Polsce spełnia wymogi określone w przepisach Dyrektywy 93/16/EWG począwszy od roku akademickiego 1956/1957. Oznacza to, że właściwe urzędy w innych państwach członkowskich nie mają już żadnych podstaw do nieakceptowania polskich dyplomów i zaświadczeń o zgodności wydawanych przez okręgowe rady lekarskie. W razie dalszych zastrzeżeń ze strony obcego urzędu wystarczy więc powołać się na notyfikację.

W odniesieniu do kształcenia specjalizacyjnego lekarzy datą zgodności jest rok 1964. Jednak z uwagi na dotychczasowy dwustopniowy system specjalizacji w Polsce, trzeba pamiętać, że nie każdy dyplom z tytułem specjalisty spełnia wymogi unijne. Jedynie lekarze posiadający specjalizację II stopnia (lub „nową” specjalizację) mogą ubiegać się o automatyczne jej uznanie. W tym celu konieczne jest więc odpowiednie zaświadczenie okręgowej rady lekarskiej.

Warto podkreślić, że automatycznemu uznaniu nie podlegają wszystkie specjalizacje istniejące w poszczególnych państwach, a jedynie te, które są wymienione w Załączniku C Dyrektywy 93/16/EWG. Są tam w sumie 52 specjalizacje, z których 42 odpowiadają specjalizacjom polskim. Dyrektywa nie obejmuje np. specjalizacji odpowiadającej polskiej onkologii klinicznej.

Ponadto, o automatyczne uznanie danej specjalizacji można się ubiegać jedynie w tych państwach, w których istnieje

równorzędna specjalizacja. O ile specjalizacje odpowiadające np. anestezjologii i intensywnej terapii lub chirurgii plastycznej występują we wszystkich państwach członkowskich, o tyle np. specjalizacja odpowiadająca medycynie transportu występuje jedynie w 7 państwach członkowskich.

Jeżeli jakaś specjalizacja nie podlega automatycznemu uznaniu, możliwość i tryb jej uznania są w takim przypadku nadal uzależnione od przepisów krajowych poszczególnych państw członkowskich.

Warto dodać, że projekt nowej dyrektywy o uznawaniu kwalifikacji przewiduje dalsze ograniczenie możliwości automatycznego uznawania specjalizacji, co wywołuje protesty organizacji lekarskich uważających, że byłby to krok wstecz w porównaniu ze stanem obecnym.

Wracając do kwestii dat zgodności trzeba, niestety, stwierdzić, że w odniesieniu do zawodu lekarza dentystry nadal trwają ustalenia, a samorząd lekarski wciąż dąży do zmiany stanowiska Komisji Europejskiej, która uważa, iż kształcenie lekarzy dentyistów w Polsce spełnia wymogi określone w Dyrektywie 78/687/EWG dopiero począwszy od roku akademickiego 2003/2004.

Podstawą tych rozbieżności są w dużej mierze niezbyt precyzyjne przepisy Dyrektywy 78/687/EWG. Obok wymogu 5-letnich studiów dentystycznych i wykazu obowiązkowych przedmiotów Dyrektywa zawiera szereg pojęć nieostrych, wymagających interpretacji. Komisja Europejska najczęściej opiera się na dokumentach Komitetu Doradczego ds. Kształcenia Praktyków Dentystycznych i na tej podstawie zarzuca się, że studia dentystyczne (stomatologiczne) w Polsce były zbyt medyczne i zbyt teoretyczne.

Zdaniem samorządu lekarskiego jest to stanowisko niesłuszne. Ministerstwo Zdrowia ma w niedługim czasie skierować do Komisji Europejskiej kolejne pismo w tej sprawie. Podstawą argumentacji będzie szczegółowa analiza programów kształcenia, autorstwa Andrzeja Fortuny, wykazująca, że kształcenie w Polsce od roku 1988 spełniało wymogi określone w Dyrektywie oraz wynikające z zaleceń Komitetu Doradczego.

Być może kwestia ta przestanie być przedmiotem rozbieżności, co pozwoli na ostateczne notyfikowanie dat zgodności kształcenia lekarzy dentyistów i wyeliminuje obecne problemy z tym związane.

Autor (m.szewczynski@hipokrates.org) jest prawnikiem, pracownikiem Ośrodka Uznawania Kwalifikacji przy Naczelnej Izbie Lekarskiej.

Okiem Prezesa



Rozpoczynamy wybory do władz naszego samorządu na V kadencję. W okręgowych izbach lekarskich rozpoczęły się już zebrania w rejonach wyborczych. Dla tych, którzy chcieliby włączyć się w działanie izb, to chwila sporych emocji.

Dla obecnych działaczy, chcących nadal aktywnie uczestniczyć w pracach samorządu, emocje są jeszcze większe. Niestety, są może mniej związane z obawą o surową ocenę ich dotychczasowej działalności przez wyborców. Najgroźniejszym przeciwnikiem do pokonania wydaje się brak quorum na zebraniach wyborczych. Nie wiem, czy taka forma apelu o liczniejszy udział w wyborach jest najlepsza, ale jeszcze w ostatniej chwili warto zastanowić się: ile razy pomyślałem, że Izba nie reprezentuje właściwie mojego (naszego) interesu? Spotykając się z kolegami ciągle słyszę o niedostatecznej reprezentacji w samorządzie lekarzy akademickich, lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej, lekarzy dentyistów, związkowców lub kolejnych specjalności. Jeśli jest tak w rzeczywistości, to widzę tylko jeden sposób zmiany sytuacji: do urn!

Na pewno na zebraniach wyborczych tematem numer jeden będzie sprawa najgorętsza w ostatnich miesiącach: obowiązkowe doskonalenie zawodowe i słynne już rozporządzenie ministra zdrowia „o zbieraniu punktów edukacyjnych”.

Obowiązujące nas dotychczas na mocy przyrzeczenia lekarskiego, Kodeksu Etyki Lekarskiej i uchwał samorządu kształcenie ustawiczne od listopada ubiegłego roku musimy przeliczać na „państwowe” punkty i dokumentować fakt doskonalenia się w odpowiednim dokumencie. Wraz z tym egzemplarzem „Gazety Lekarskiej” każdy członek samorządu dostaje właśnie taki indeks. Nie znaczy to jednak, że musimy już pędzić do OIL w celu uzyskania jakichś wpisów. Pierwszy okres rozliczeniowy upływa 5 listopada 2008 r., a zatem mamy dużo czasu. Jednak już obecnie możemy do indeksu wpisywać naszą aktywność edukacyjną na bieżąco (zgodnie z tabelką umieszczoną w indeksie). Osobno powinniśmy także sporządzić zbiorcze zestawienie aktywności, która miała miejsce w okresie od 14 kwietnia 2000 r. do 5 listopada 2004 r. – punkty zdobyte wtedy także zaliczą się do pierwszych 4 lat obowiązywania rozporządzenia. Jeśli ze zsumowania punktów okaże się, że już zgromadziliśmy ich 200, a przystępujemy do konkursu na jakieś stanowisko, występujemy o zatrudnienie jako nauczyciel akademicki, o uzyskanie środków finansowych na kształcenie podyplomowe lub pracę naukową, o zmianę warunków zatrudnienia lub o zawarcie umowy na udzielanie świadczeń zdrowotnych, to możemy udać się do swojej okręgowej izby lekarskiej i uzyskać wpis do dokumentu Prawa Wykonywania Zawodu, aby przedstawić go podczas tych procedur. Drugą nowością jest to, że „zbierać punkty” będzie można tylko za udział w szkoleniach akredytowanych przez OIL lub NRL, albo organizowanych przez instytucje uprawnione do szkolenia z mocy prawa (przede wszystkim uczelnie medyczne i CMKP). Sam będąc lekarzem o bardzo ograniczonych możliwościach czasowych (a i ewentualne koszty kształcenia nie są dla mnie bez znaczenia) pragnę zwrócić uwagę na szczególnie dostępne formy kształcenia:

- udział w szkoleniu wewnętrznym organizowanym przez ZOZ, w którym lekarz udziela świadczeń zdrowotnych, lub przez grupę lekarzy – 2 pkt za posiedzenie (razem do 60 pkt),
- udział w posiedzeniu oddziału kolegium specjalistów albo specjalistycznego lekarskiego towarzystwa naukowego – 3 pkt za posiedzenie (razem do 60 pkt),
- udział w programie edukacyjnym, opartym o zadania testowe, akredytowanym przez towarzystwo naukowe lub kolegium specjalistów – 0,2 pkt za pytanie (razem do 100 pkt).

Większość OIL już przygotowuje się do stworzenia jak najlepszych warunków do wywiązania się z obowiązku doskonalenia zawodowego przez swoich członków. Będzie to na pewno odpowiednia polityka akredytacyjna, ale także coraz liczniejsze szkolenia organizowane przez izby samodzielnie.

Mam nadzieję, że wszyscy lekarze i lekarze dentyści włączą się aktywnie w akcję zbierania podpisów pod projektem ustawy o zasadach finansowania doskonalenia zawodowego lekarzy i lekarzy dentyistów. O tym więcej na str. 20-22.

Konstanty Radziwiłł

Chleba naszego kontraktowego

Ryszard Kijak

„W Polsce lekarz jest powszechnie dostępną, bezpłatną zdobyczą socjalizmu, która każdemu się należy” – napisał czytelnik w liście do naszej redakcji.

Pozornie wydawałoby się, że ta zdobycz to dla pacjentów najlepsza rzecz, jaka im została po poprzednim ustroju. Jeśli wziąć pod uwagę warunki, w jakich owa „bezpłatna zdobycz” z reguły pracuje i ile zarabia, to okazuje się, że to „trofeum” staje się swoim własnym zbuntowanym cieniem, i zaczyna społeczeństwu wyciekać za granicę. Dr Jacek B., który pół roku temu wyjechał do Londynu, pracuje tam dwa razy lepiej, ale zarabia dziesięć razy więcej niż w kraju ojczystym. To nie bujda, bo taką wersję podaje wielu innych naszych – zagranicznych obecnie – kolegów. Trudno, żeby się wszyscy zmówili.

Kontraktorka

W Polsce, jak na razie, aby się utrzymać, mniej pracować chyba się nie da, ale za to czasami można więcej zarobić nie pogrążając się jednocześnie w podejrzanej szarej strefie. Szansę na to stwarzają umowy cywilnoprawne na świadczenie usług medycznych, zwane potocznie kontraktami.

W naszych warunkach funkcjonują dwa rodzaje takich umów: na świadczenie usług medycznych poza godzinami tzw. normalnej ordynacji zakładu, czyli „dyżurowe”, oraz „całościowe”, obejmujące świadczenie usług medycznych niezależnie od pory dnia.

Umowy ze zleceniodawcą, przeważnie ze szpitalem, zawierane są przez zleceniobiorcę (lekarza – wykonawcę) albo bezpośrednio, albo za pośrednictwem niepublicznego zakładu opieki zdrowotnej. Ta ostatnia forma jest bezpieczniejsza, bo to NZOZ prowadzi wówczas negocjacje w imieniu całej grupy lekarzy. W ramach NZOZ-u łatwiej też płyn-

nie organizować obsadę zakontraktowanych stanowisk i zapewniać zastępstwa. Poza tym można powoływać różne wewnętrzne formy pomocy wzajemnej w razie jakiegoś nieszczęścia.

Dyżurowe cieniasy

Kontrakty dyżurowe nie mają zbyt dobrego wsparcia od strony prawnej. Zawierane są z etatowymi pracownikami w celu ominięcia problemu notorycznego przekraczania ustawowego limitu nadgodzin. Kodeks pracy zabrania jednak zawierania przez zakład pracy ze swoim pracownikiem umowy cywilnoprawnej na ten sam zakres czynności, jaki wykonuje w ramach umowy o pracę. Usługi wykonywane na dyżurach określa się więc w umowie cywilnoprawnej inaczej niż te wykonywane na etacie. Nie ma tu też miejsca na typową dla stosunku pracy podległość i zależność służbową.

Mimo prawnej ułomności kontraktu dyżurowego, stosowany jest dość powszechnie, ponieważ praktycznie nikt tej formy dotychczas nie zakwestionował ze względu na to, że jest ona opłacalna dla obydwu stron.

Zyskiem dyżurowego „kontraktora” jest to, co zaoszczędzi na ZUS-ie, bo mając jednocześnie etat na pracę wykonywaną w czasie normalnej ordynacji z kontraktu dyżurowego musi opłacić jedynie ubezpieczenie zdrowotne, w wysokości 162 zł miesięcznie.

Powód do frustracji

Dyżurowy kontrakt jest dla zleceniobiorcy o tyle bezpieczny, że jako pracownik pozostaje on w dalszym ciągu w stosunku pracy przeważnie w tym sa-

mym zakładzie. Z tego tytułu ma opłacone wystarczające składki na ZUS, a zarobek z kontraktu dyżurowego trafia do jego kieszeni w proporcjonalnie większej części, niż gdyby był wypłacany z tytułu umowy o pracę. Przy 7-8 dyżurach można w ten sposób na czysto zarobić miesięcznie do 1000 zł więcej. Nieskorzystanie z takiej okazji jest dowodem samobójczego braku troski o własne finanse, co powoduje głęboką frustrację i rodzi agresję wobec tych, którzy tej możliwości nie przepuścili.

Zakład oferuje zleceniobiorcy przeważnie kwotę wynikającą z kosztów danego stanowiska pracy. Stara się przy tym ukryć swoją część płaconą za pracownika ZUS-owi, a jest ona dość istotna, bo wynosi ok. 21 proc. podstawy wymiaru. Gdy zleceniobiorca to przegapi, zysk trafia do zakładu. Gdy przejmie tę kwotę, zysk jest jego. Za godzinę dyżuru tępego pełnionego w dzień powszedni może wówczas zarobić brutto np. 22 zł, ostrego – 25 zł, dyżuru tępego w dzień wolny od pracy – 30 zł, a ostrego – 33 zł. Kontraktowy dyżur tępy w dniu roboczym będzie wówczas wart 360 zł, ostry 410 zł, tępy w dniu wolnym 720 zł, a ostry 790 zł.

Godząc się więc na kontrakt dyżurowy należy żądać – jako minimum – przejęcia wszystkich kosztów związanych z danym stanowiskiem pracy. Inaczej zawarcie jakiegokolwiek umowy cywilnoprawnej jest dla zleceniobiorcy całkowicie nieopłacalne. Zważywszy na zwiększone ryzyko ponoszone przez zleceniobiorcę – nieuczciwe jako propozycja ze strony zleceniodawcy. Ofertę przejęcia wszystkich kosztów związanych ze swoim stanowiskiem pracy można zaakceptować jedynie w

przypadku kontraktu dyżurowego. Przy kontrakcie całonocnym jest ona absolutnie niewystarczająca.

REKLAMA

Koniec stabilizacji

Legalności kontraktu całonocnego nikt nie podważa. Pozostają najwyżej niuanse dotyczące sposobu i warunków korzystania z pomieszczeń i sprzętu zlecniodawcy. Dotyczy to zresztą także kontraktu dyżurowego. Ale, w końcu, owe pomieszczenia i sprzęt, na zasadzie takiej umowy, wykorzystywane mają być przecież w celu świadczenia usług na rzecz zlecniodawcy, więc to on powinien zaoferować zleceniobiorcy jak najbardziej korzystne warunki. Co innego, gdyby usługi miały być wykonywane tylko na rzecz lekarskiej praktyki prywatnej. Byłby to już całkiem inny układ.

Oferowanie przez zakład pracy kontraktów całonocnych jest najczęściej stymulowane chęcią przeciwdziałania ucieczce fachowych kadr lub też potrzebą rozszerzenia działalności zakładu poza godziny pracy ograniczone zatrudnieniem kodeksowym.

Ale co się traci rezygnując z etatu? Dużo. Bardzo dużo. Przede wszystkim – poczucie stabilizacji zapewniającej przez ochronę wynikającą z kodeksu pracy, który w razie przekraczania norm czasu pracy, mobbingu czy zwolnienia daje możliwość odwołania się do sądu. W sądzie pracy, który rozpatruje sprawy wynikające z zatrudnienia, pracownik często ma szansę na wygraną, a terminy rozpraw wyznaczane są z reguły szybciej niż w sądzie cywilnym, właściwym dla umów cywilnoprawnych.

Ponadto, wraz z rezygnacją z etatu choruje się właściwie na własne ryzyko, odpadają urlopy, znika średnia dyżurowa, kasa zapomogowo-pożyczkowa, zakładowy fundusz świadczeń socjalnych, ewentualne przywileje przysługujące pracownikom danego zakładu wynikające z regulaminu pracy i regulaminu płac, nadzieja na premię, pewność regularnego comiesięcznego otrzymywania wynagrodzenia, odprawa, przepada pełna składka na ZUS, a często wraz z nią – godziwa emerytura.

Trudna decyzja

Te wszystkie niematerialne i materialne aspekty sprawiają, że wielu lekarzom trudno zdecydować się na rozwiązanie umowy o pracę i na zawarcie ze swoim macierzystym zakładem (zwanym od
dokończenie na str. 8

REKLAMA

Chleba naszego kontraktowego

dokończenie ze str. 7

tej pory zleceniodawcą) umowy cywilnoprawnej – kontraktu całościowego na udzielanie świadczeń medycznych.

Chyba, że się jest nauczycielem akademickim, zatrudnionym dodatkowo w szpitalu klinicznym lub w jakimkolwiek innym, i że pracuje się tam „usługowo” przez pięć czy sześć godzin dziennie, a otrzymuje się wynagrodzenie jedynie za nominalne dwie godziny, co wynosi miesięcznie ok. 260-300 zł. Wówczas propozycja przejścia na jakikolwiek kontrakt ze szpitalem (mając zapewniony etat w akademii medycznej), to po prostu dar niebios.

Za Botswaną

A jakie jest ryzyko rezygnacji z jedynej posiadanej umowy o pracę (etatu) i przejścia na umowę cywilnoprawną, poza utratą wymienionych wyżej przywilejów pracowniczych? Takie na przykład, że zleceniodawca zrezygnuje nagle z usług zleceniobiorcy lub nie odnowi z nim umowy na następny rok i wówczas lekarz znajdzie się na lodzie. Albo że zleceniodawca uparczywie, miesiącami nie będzie wypłacać należności. Można oczywiście pozwać dłużnika do sądu cywilnego, ale, pomijając przewlekłość prowadzenia spraw, istnieje obawa, że z takim pieniaczem, który ośmiela się upomnieć o swoje, świadczeniodawca po prostu nie przedłuży kontraktu. I co wtedy?

Droga sądowa jest, niestety, w Polsce długa i bolesna. Jeżeli chodzi o rychłość naszych sądów, to w zakresie procedur dotyczących przedsiębiorców jest

równa sądom w Angoli i Gwatemali. O rok krócej niż u nas czekają na wyroki firmy działające w Syrii, a jeszcze szybciej sprawy załatwiane są w afrykańskiej Botswanie. Najgorzej jest właśnie z dochodzeniem należności. Na wyrok w tej materii czeka się w Polsce średnio 1000 dni, czyli prawie trzy lata. Dla porównania – proces o długi w Tunezji trwa... 27 dni. Aż się wierzyć nie chce. Będąc w Unii Europejskiej jesteśmy jednocześnie daleko za Tunezją, Botswaną i Syrią, a równi z Angolą i Gwatemalą.

Realizując umowę cywilnoprawną (kontrakt) ponosi się nieporównanie większą (niż będąc na etacie) odpowiedzialność cywilną, zarówno jeśli chodzi o ryzyko związane z wykonywaniem zawodu, jak i dotyczące ewentualnych szkód w zakresie używanego sprzętu i pomieszczeń.

Co gorsza, ponieważ większość lekarzy pracujących na zasadzie kontraktu nie opłaca proporcjonalnej stawki ZUS, zadowolając ten zachłanny urząd jedynie stawką minimalną, pozbawiają się oni jednocześnie jakiejś takiej emerytury. Na starość zagraża im więc grzebanie po śmietnikach i dożywianie się spleśniałymi skórkami od bananów, bo wszelkie bardziej pożywne kąski wybiorą przed nimi inni, bardziej doświadczeni konkurenci.

Margines kompensacji

Jaką więc przewagę mają kontrakty całościowe nad etatem? Atutem jest nieco większy margines niezależności, ale przede wszystkim – lepsze warunki finansowe. Muszą one zrekompensować wszystkie utracone wraz z etatem przywileje.

Rozważając przejście na pełny kontrakt należy uwzględnić, że oprócz podatku, składki emerytalnej, zdrowotnej, ubezpieczenia i innych kosztów (np. częstych dojazdów, prowadzenia rachunkowości), w grę wchodzić kolejne czynniki, jak ryzyko zerwania umowy cywilnoprawnej przez zleceniobiorcę lub zachorowania, konieczność skorzystania z miesięczne-

go wypoczynku raz w roku, wyjazdy na konferencje naukowe czy szkolenia, budowanie własnych oszczędności emerytalnych itd. itp.

Trzeba pamiętać, że w czasie bezrobocia, choroby, urlopu czy wyjazdu szkoleniowego przychód z praktyki kontraktowej wynosi dokładnie zero. A koszty ponosi się nadal, chyba że praktyka zostanie okresowo zawieszona. Jeżeli więc zarobek nie zawiera w sobie odpowiednio dużego marginesu kompensacji, zerwanie kontraktu lub dłuższa choroba mogą pechowego świadczeniodawcę szybko doprowadzić do ruiny finansowej i wpędzić w fatalny w skutkach dołek psychiczny. Przydarzyło się to, na przykład, jednemu z moich kolegów, którego dopadł zawał serca.

Opcja zerowa

Dlatego dochód z kontraktu całościowego musi pozwolić na zabezpieczenie się przed tymi zagrożeniami. Nie można się zadowolić przejściem wszystkich kosztów związanych ze swoim stanowiskiem pracy, jak w przypadku kontraktu dyżurowego. Należy przyjąć, że na kontrakcie całościowym satysfakcjonującym zarobkiem jest każda kwota powyżej 10 tys. zł miesięcznie brutto. Po odliczeniu kosztów, pozostanie z tego netto 5,5 tys. zł. Uwzględniając miesiąc „urlopu” – zarobek w stosunku rocznym wyniesie 5 tys. zł miesięcznie. Jest to oczywiście nadal bardzo odległe od tego, co zarabiają lekarze na Zachodzie, ale i tak wynosi dwa razy więcej, niż można obecnie otrzymać „na czysto” na etacie (licząc z dyżurami).

Wynagrodzenie za udzielanie świadczeń medycznych wykonywanych w ramach umowy cywilnoprawnej można oprócz na opisanym wyżej systemie godzinowym lub na punktowym. W przypadku kontraktu dyżurowego system punktowy jest nieopłacalny. Natomiast może okazać się korzystny w przypadku kontraktu całościowego, o ile pomiędzy stronami zostanie wynegocjowana odpowiednia stawka za punkt rozliczeniowy.

Wszystkie procedury medyczne ujęte są w katalogu Narodowego Funduszu Zdrowia i posiadają swoją wartość punktową. Każdy punkt jest wyceniony na ok. 9-11 zł, w zależności od tego, na jaką wysokość zgodził się dany zakład. Pozostaje kwestią determinacji obu stron, ile procent wartości punktu będzie mógł przejąć lekarz w ramach kontraktu. W pełnoprofilowym szpitalu

rys. Małgorzata Gnyś



lu, pracującym na dużych obrotach i pełniącym co drugi dzień dyżur ostry „opcją zerową” jest wartość 40 gr za punkt, czyli ok. 4 proc. Przy tej wysokości zarobek brutto wynikający z kontraktu jest mniej więcej równy wszystkim kosztom etatu, wraz z ośmioma dyżurami. Przyjęcie stawki 40 gr za punkt w kontrakcie całościowym nie ma więc w tym układzie żadnego sensu.

Granica opłacalności

Ile punktów miesięcznie może wyciągnąć jakiś oddział w opisanym wyżej szpitalu? Przykładowo, w przypadku specjalności zabiegowych, na jednej sali operacyjnej ortopedia jest w stanie wypracować wraz z dyżurami 25 tys. punktów, urologia 22 tys., torakochirurgia 18 tys., chirurgia ogólna 13 tys., neurochirurgia 11 tys., a otolaryngologia 8 tys. punktów.

Gdyby ortopedię cały czas obsługiwał tylko jeden anestezjolog, to na kontrakcie opiekującym na 40 gr za punkt zarobiłby brutto 10 tys. zł. Ale gdyby trafił na laryngologię, zarobiłby zaledwie 3 tys. zł. Pracując miesiąc na ortopedii i miesiąc na laryngologii – średnio wyszłoby mu 6,5 tys. zł, czyli niewiele więcej, niż kosztuje jego etatowe stanowisko pracy z uwzględnieniem dyżurów.

I to jest właśnie ta nieopłacalna „opcja zerowa”, od której należy wyjść, aby ustalić stawkę, która satysfakcjonowałaby zarówno zleceniodawcę, jak i zleceniobiorcę. Taką kwotę, moim zdaniem, jest 80 gr za punkt. Nie jest wygórowana jeśli chodzi o możliwości zleceniodawcy a jednocześnie zabezpiecza wszelkie ryzyka zleceniobiorcy, o których wspomniałem wcześniej.

Podobnie w przypadku innych specjalności. Negocjując podstawę wynagrodzenia trzeba dysponować danymi wskazującymi ile punktów miesięcznie osiąga dany oddział i pomiędzy ilu lekarzy te punkty miałyby zostać podzielone. Wtedy dopiero można wyliczyć, jaki procent wartości punktu może się okazać opłacalny, aby zawrzeć kontrakt całościowy.

Wentyle bezpieczeństwa

Kontrakt, będący umową cywilnoprawną, kształtowany jest wolą obu stron. Należy więc starać się, aby znalazły się w nim wentyle bezpieczeństwa. Jednym z nich jest np. zastrzeżenie, że w razie roz-

dokończenie na str. 10

liczenia punktowego zleceniodawca zobowiązuje się do płacenia tzw. postojowego (np. za brak pacjentów na dyżurze). Trzeba też nalegać, aby w razie rozwiązania kontraktu zleceniodawca zgodził się na przyjęcie dotychczasowego zleceniobiorcy do pracy na poprzednich warunkach.

Do ustalenia pozostaje poza tym wiele innych problemów, jak np. synchronizacja słownika procedur używanego w danym szpitalu z katalogiem NFZ, ustalenie sposobu dokumentacji wykonanych procedur, ustalenie stawek za procedury nie objęte katalogiem, mechanizm rotacji na poszczególnych stanowiskach pomiędzy „kontraktorami”, sposób komunikacji pomiędzy zleceniodawcą a zleceniobiorcą itd. itp.

Krótkowzroczna polityka

Implikacji związanych z umowami cywilnoprawnymi na świadczenie usług medycznych jest znacznie więcej niż te, o których wspomniałem. Ale trudno byłoby mi szerzej rozwijać ten temat, bo musiałbym w tym celu zająć cały numer „GL”.

Organizacje lekarskie działające w Unii Europejskiej nie popierają tej formy wykonywania zawodu. Uważają, że najlepszym sposobem zatrudnienia (zwłaszcza w szpitalach) jest umowa o pracę, czyli etat, podlegający przepisom prawa pracy danego kraju i unijnej dyrektywy 2003/88, określającej normy czasu pracy. Jest to bezpieczniejsze dla pacjentów i lekarzy. Tu jednak powstaje problem kosztów, ponoszonych przez zakłady opieki zdrowotnej, związanych z koniecznością dodatkowego zatrudnienia lekarzy dla pokrycia wszystkich potrzeb świadczeniodawcy, a tym samym pacjenta, oraz problem odpowiedniego wynagrodzenia lekarzy. Ponieważ są to koszty znaczące, Polska broni się przed tym rękoma i nogami.

Nasze władze wolą przymykać oczy na półlegalne kontrakty dyżurowe, wolą pozwalać na namawianie lekarzy na kontrakty całonocne i doprowadzać do tego, aby w ich ramach lekarze pracowali po 500 godzin w miesiącu. Wolą tolerować, żeby pacjentem zajmował się półprzemyślny lekarz. Wolą zgadzać się na to wszystko, aby tylko nie dopuścić do ucywilizowania wynagrodzeń, choć taka decyzja zlikwidowałaby zagrożenie dla pacjenta, jakim jest zmęczony lekarz, i zapobiegłaby ucieczce wykształconych za grube pieniądze specjalistów za granicę. Według tej krótkowzrocznej polityki za dużo by to kosztowało. Jednak rzeczywiste koszty takiej strategii będą o wiele większe.

Ryszard Kijak

Kolejne jarzmo dla lekarzy?

Krzysztof Dziubiński

Takie opinie w różnej formie i oprawie werbalnej docierają do nas pośrednio lub bezpośrednio, ale najczęściej bezosobowo.

Przecież to samorząd swoimi uchwałami wymusza na kolegach, o ironio za ich składowe pieniądze, kolejną daninę. Wiadomo, że oferowane przez organizatorów szkolenia są bardzo drogie i przez to niedostępne dla żenująco nisko opłacanych lekarzy.

Jak to zwykle bywa, w tych zabarwionych emocjonalnie wypowiedziach jest pół prawdy. Istotnie cena większości oferowanych szkoleń jest niewspółmiernie wysoka zarówno do zarobków, jak i rzeczywistych kosztów ich organizacji. Niestety, samorząd nie ma większego wpływu zwłaszcza na ceny szkoleń, które wynikają z wolnej gry rynkowej, w której głównym regulatorem jest sam lekarz. To my, lekarze, wybieramy to lub inne szkolenie organizowane w tym lub innym luksusowym hotelu.

Skąd się wzięły punkty?

Zdobywanie fachowej wiedzy w ciągu całego zawodowego życia lekarza jest naturalnym zachowaniem każdego z nas. Jednak nie wszyscy jesteśmy równie wytrwali i konsekwentni, nie wszyscy mamy ku temu równe możliwości i motywacje.

Od wielu lat w krajach zachodnich środowiska lekarskie, a następnie administracja publiczna wprowadzają systemy oceny intensywności aktualizowania i poszerzania wiedzy przez swoich członków nadając im rangę aktów korporacyjnych, a nawet ustaw. Powszechnie stosowanym miernikiem są punkty edukacyjne, zwane niekiedy „kredytami”, które uzyskuje się w wyniku odbycia określonej formy edukacyjnej. W niektórych krajach wprowadza się obowiązujące bloki tematyczne, ale w większości wybór kierunku, zakresu

oraz formy zależy od lekarza. Pierwszą „jaskółką” legislacyjną w Polsce była ustawa z 5 grudnia 1996 r. o zawodzie lekarza, która nakłada na lekarza obowiązek ciągłego doskonalenia zawodowego. Zapis pozostał martwy, ponieważ minister zdrowia nie wywiązał się z nałożonej na niego delegacji o wydaniu rozporządzenia wykonawczego. Tymczasem karawana posuwała się dalej. Kolejne towarzystwa naukowe ustanawiały swoje punkty edukacyjne, koledzy uczęszczali na różne kursy oraz kolekcjonowali dziesiątki zaświadczeń i dyplomów potwierdzających szkolenie „jednego dnia”. Dokumenty te, często o kuriozalnym brzmieniu, zalegały w szufladach lub zdobyły ściany gabinetów lekarskich. W tej sytuacji po upływie trzech i pół roku od wejścia w życie rzecznej ustawy Naczelna Rada Lekarska w trosce o zabezpieczenie interesów swoich członków podjęła uchwałę nr 013/97/00/III z 14 kwietnia 2000 r. w sprawie określenia sposobu dopełnienia obowiązku doskonalenia zawodowego przez lekarzy – substytut rozporządzenia ministra zdrowia, która stała się punktem zwrotnym w porządkowaniu systemu doskonalenia zawodowego lekarzy. Ten punkt zwrotny zapoczątkował proces, który trwa do dziś.

Kolejne jego etapy to:

- Druga uchwała, nr 38-03-IV z 24 stycznia 2003 r. w sprawie określenia sposobu dopełnienia obowiązku doskonalenia zawodowego przez lekarzy i lekarzy dentystów NRL, zastąpiła poprzednią. Jej zapisy uwzględniają uwagi, postulaty i doświadczenia środowiska wynikające z niedoskonałości pierwszej uchwały.

dokończenie na str. 12

Kolejne jarzmo lekarzy

dokończenie ze str. 10

- Wejście w życie długo oczekiwanego rozporządzenia ministra zdrowia „w sprawie sposobów dopełnienia obowiązku doskonalenia zawodowego lekarzy i lekarzy dentystów”. Dokument ten, mimo że nie spełnia wszystkich związanych z nim oczekiwań lekarzy, stanowi ważny krok w drodze do celu, którym jest spowodowanie uznania doskonalenia zawodowego lekarzy jako wartości społecznej ze wszystkimi konsekwencjami z tego wynikającymi.
- Trzecia uchwała NRL w sprawie doskonalenia zawodowego lekarzy i lekarzy dentystów została podjęta 11 lutego 2005 r. Zmiana ta była niezbędna, poprzednia bowiem nie uwzględniała zapisu rozporządzenia, którego wówczas nie było. Uchwała ta uzupełnia i uszczegółowia rozporządzenie, zgodnie z duchem ustawy. O słuszności takiego postępowania samorządu świadczy fakt, że wspomniane rozporządzenie znajduje się w ostatniej fazie nowelizacji.

Z opisanych chronologicznie w dużym skrócie „wydarzeń legislacyjnych” wynika jednoznacznie, że:

- wypracowanie formuły doskonalenia zawodowego lekarzy zgodnej z rozwiązaniami obowiązującymi w krajach zachodnich jest procesem złożonym wymagającym zrozumienia i akceptacji zarówno ze strony legislacyjno-rządowej, jak i samych lekarzy,
- samorząd nasz odgrywa w tym procesie wiodącą rolę,

– dalsze losy procesu zależą od kierunku polityki zdrowotnej państwa, jaką przyjmie nowy sejm i rząd oraz od świadomej akceptacji dalszych poczynań władz samorządu przez jego członków.

Najbliższe plany

Każdy kolejny akt prawny rangi ustawy lub rozporządzenia zobowiązujący lekarza do realizowania obowiązku doskonalenia zawodowego wzmacnia pozycję samorządu w procesie dochodzenia swoich praw wynikających z tego obowiązku. Dotychczasowym obowiązkiem edukacyjnym nakładanym na lekarzy nie towarzyszą żadne ułatwienia materialne. Przybliżone koszty rzeczywiste rocznego doskonalenia zawodowego realizowanego w oparciu o treść rozporządzenia kształtują się na wysokości jednej miesięcznej pensji lekarza, a niezbędny czas rzeczywisty (uczestnictwo w zorganizowanych formach szkoleń) to ok. 8-10 dni roboczych.

Naturalnym obowiązkiem ustawodawcy jest wskazanie źródła środków niezbędnych do wywiązania się lekarza z nałożonego na niego obowiązku oraz zabezpieczenie ustawowego czasu pracy przeznaczonego na ten cel. Na tej podstawie samorząd lekarski planuje podjęcie sejmowej inicjatywy obywatelskiej mającej na celu ostateczne, ustawowe uregulowanie tego zagadnienia. Powodzenie tych działań zależy w dużej mierze od aktywnego poparcia samego środowiska.

Twarde prawa rynku

Wprowadzenie obowiązku zdobywania punktów edukacyjnych spowodowało gwałtowny wzrost rynkowej oferty szkoleniowej. Zaczęły pojawiać się nowe podmioty gospodarcze oferujące „atrakcyjne” szkolenia, wabiące

sluchaczy nazwiskami znanych autorzytetów akademickich i organizowane w prestiżowych hotelach.

Cena jednodniowego szkolenia oscyluje pomiędzy 300 a 800 zł. Najczęściej w szkoleniach tych bierze udział 200-400 lekarzy. Są to szkolenia „w jedną stronę”, a więc uczestnik występuje w charakterze biernego słuchacza. Cena jednego punktu edukacyjnego uzyskanego na takim szkoleniu kształtuje się na poziomie 50-120 zł (nie licząc kosztów dojazdu i noclegu).

Rynek ma również drugie oblicze. Rozporządzenie ministra zdrowia wskazuje wiele innych form doskonalenia umożliwiających uzyskanie punktu edukacyjnego za cenę o wiele niższą, a nawet bez ponoszenia jakichkolwiek kosztów. Wykorzystanie tych możliwości wymaga pobudzenia do życia lokalnych społeczności lekarskich oraz inicjatywy i zaangażowania pracodawców. To my kształtujemy oblicze rynku.

Jeżeli weźmiemy nasze sprawy w nasze ręce, oferta rynkowa zareaguje obniżką cen, obniżeniem standardu „oprawy” szkoleń, na której szczególnie zależy firmom operującym w tle wydarzeń edukacyjnych, dywersyfikacją tematów, a zwłaszcza dostosowaniem treści szkoleniowych do potrzeb lekarza podstawowej opieki zdrowotnej.

Przypominamy, że wszystkie pytania i wątpliwości mogą Państwo kierować do Waszego Ośrodka Doskonalenia Zawodowego Lekarzy i Lekarzy Dentystów:
**ul. Nowogrodzkiej 62a,
02-002 Warszawa,
tel. (0-22) 313-19-70, 75, fax 313-19-65,
edulek@warszawa.oil.org.pl**

Krzysztof Dziubiński

Autor jest dyrektorem Ośrodka Doskonalenia Zawodowego Lekarzy i Lekarzy Dentystów Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie.

REKLAMA

REKLAMA

W naszych sercach

Ktoś mi kiedyś powiedział: – Wy, lekarze, jesteście przyzwyczajeni do obcowania z bólem, cierpieniem, umieraniem... To nieprawda. Dojmujące jest uczucie beznadziei i żalu, gdy gaśnie każde ludzkie życie, które próbujemy ratować... Teraz bardzo cierpimy po odejściu naszego Pasterza, który tak wiele dał medycynie, a któremu medycyna nie potrafiła pomóc.

Jan Paweł II idąc śladami Chrystusa i głosząc Jego nauki wiele uwagi poświęcał zarówno chorym, jak i lekarzom. Podkreślał, że życie jest zawsze najwyższym dobrem, które Bóg daje człowiekowi. Ukazywał chrześcijański sens cierpienia w encyklice „Salvifici Doloris” (1984), dawał wiarę i nadzieję chorym w orędziu przygotowanym na Światowy Dzień Choro- go w 1992 r.

Zarzucano niekiedy, że Ojciec Święty jest zbyt zachowawczy, jednak to nieprawda, bo zabierał też głos w tak nowych zagadnieniach, jak transplantologia czy genetyka. W encyklice „Evangelium Vitae” (1986) mówił, że jednym ze sposobów krzewienia autentycznej kultury życia jest „oddanie na- rządów, zgodnie z wymogami etyki, w celu ratowania zdro- wia, a nawet życia chorym, pozbawionym niekiedy wszel- kiej nadziei”.

Często kierował słowa bezpośrednio do lekarzy, np. otwie- rając Klinikę Kardiologii w Krakowie w 1997 r., uczest- nicząc w światowych kongresach transplantologów w 1991 i 2000 r. Mówił głośno nie tylko o zdrowiu i życiu, ale tak- że o cierpieniu i śmierci, czego dał teraz bolesne świadec- two. Podkreślał, że badania naukowe muszą szanować god- ność każdej ludzkiej istoty i że Kościół odnosząc się z sza- cunkiem do nauki i kierując prawem Bożym nie ma innego celu jak tylko integralne dobro człowieka.

Jedną z tragedii jego dzieciństwa była śmierć brata, leka- rza, którego bardzo kochał. To, jak sądzę, było dodatkowym powodem uznania i ciepłego stosunku do lekarzy.

Żył jak nakazywał Chrystus i głosił nauki Chrystusa Uzdro- wiciela podkreślając bezcenną wartość życia i zdrowia. Da- wał też materialne dowody troski o los chorych kupując wie- le kosztownych aparatów dla naszej ubogiej służby zdrowia. Wielokrotnie widziałem na cennych urządzeniach małe ta- bliczki z napisem „Dar Ojca Świętego Jana Pawła II”. Gdy jako prezes Polskiego Towarzystwa Lekarskiego w 1987 r., w czasie prywatnej audyencji prosiłem Ojca Świętego o bło- gosławieństwo dla lekarzy i dziękowałem za bardzo kosztowny aparat przekazany właśnie Centrum Zdrowia Dziecka, od- powiedział z uśmiechem: „Ach, podrzucę czasem jakiś dro- biazg...” Dowodem sympatii dla polskich lekarzy było nie- zapomniane spotkanie z Janem Pawłem II 20 października 2002 r., gdy zgodził się przyjąć Honorowe Członkostwo Pol- skiego Towarzystwa Lekarskiego.

Wierzmy, że dalej będzie wspierał nas, lekarzy. Abyśmy dostrzegali w każdym człowieku nie tylko ciało, ale i duszę, byśmy widzieli w każdym chorym naszego bliźniego, nasze- go brata, odzwierciedlenie Stwórcy, by zawsze życie ludzkie było dla nas dobrem najwyższym, darem Boga. Tak, jak nas tego uczył. Lecz teraz szukać go musimy nie w oknie Pałacu Apostolskiego, ale w naszych sercach.

Jerzy Woy-Wojciechowski
prezes Polskiego Towarzystwa Lekarskiego

3 IGRZYSKA LEKARSKIE

ZAKOPANE C.O.S. 7-11.09.2005

piłka nożna, koszykówka, siatkówka, siatkówka plażowa, lekkoatletyka, pływanie, kolarstwo szosowe, kolarstwo górskie, triathlon, tenis ziemny, tenis stołowy, badminton, judo, szachy, brydż, scrabble, golf, squash, strzelanie, żeglarswo

www.igrzyskalekarskie.org
e-mail: maciek@igrzyskalekarskie.org

0/18 2667 804, 0 606 340 275

Patronat:
Naczelna Izba Lekarska
Okręgowa Izba Lekarska
w Krakowie

Cień

Janowi Pawłowi II – w hołdzie

Cień za Nim.

*Tylko taki złoty,
jakby ktoś przez ciemność
złotym ziarnem sypał.*

Cień za Nim.

*Ale taki drżący,
jak płomień rozdmuchany
oddechem anioła.*

Cień za Nim.

*Melodyjny woal,
zdjęty z włosów Madonny,
z głównego ołtarza.*

*On Sam... obok Pana,
ale na nas patrzy.*

10 kwietnia 2005

Jolanta Zaręba-Wronkowska

REKLAMA

REKLAMA



foto: Marek Stankiewicz

Notatki rzecznika prasowego NRL

Prezydium NRL

na posiedzeniach w dn. 1 i 15.04.br.

• przyjęło m.in. stanowiska:

– dot. projektu rozporządzenia ministra zdrowia w sprawie stażu adaptacyjnego i testu umiejętności w toku postępowania o uznanie nabytych w państwach członkowskich UE lub państwach członkowskich Europejskiego Porozumienia o Wolnym Handlu (EFTA) – stronach umowy i Europejskim Obszarze Gospodarczym kwalifikacji do wykonywania medycznych zawodów regulowanych,

– dot. projektu Protokołu Dodatkowego do Konwencji o Prawach Człowieka i Biomedycynie,

– dot. projektu rozporządzenia ministra zdrowia zmieniającego rozporządzenie w sprawie leczenia uzdrowiskowego,

– dot. projektu rozporządzenia ministra obrony narodowej w sprawie warunków otrzymywania świadczeń opieki zdrowotnej udzielanych żołnierzom w czynnej służbie wojskowej i pracownikom wojska,

– w sprawie projektu rozporządzenia ministra zdrowia w sprawie umiejętności z zakresu węższych dziedzin medycyny lub udzielania określonych świadczeń zdrowotnych, w którym zgłoszono wiele uwag,

– dot. projektu rozporządzenia ministra polityki społecznej w sprawie określenia dowodów stanowiących podstawę przyznania i wypłaty zasiłków z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa,

– dot. projektu rozporządzenia ministra zdrowia w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinna odpowiadać dokumentacja niezbędna do oceny produktu biobójczego,

– podjęło uchwałę zmieniającą uchwałę w sprawie komisji egzaminacyjnej przeprowadzającej egzamin z języka polskiego dla lekarzy cudzoziemców,

• wydelegowało:

– prof. Zbigniewa Chłapa na konferencję w sprawie Kodeksu Etyki Lekarskiej, która odbyła się w dn. 15-16 kwietnia br. w San Remo,

– dr Zbigniewa Żaka – wiceprezesa NRL oraz dr Annę Lellę – członka Komisji Stomatologicznej NRL na spotkanie Grupy Roboczej EU Entry ERO/FDI w dn. 19-20 maja br. w Amsterdamie,

– dr. Jana Adamusa – przewodniczącego Zespołu ds. Współpracy Międzynarodowej i Integracji Europejskiej na 108 Zjazd Lekarzy Niemieckich (Deutscher Arztag) w dn. 3-6 czerwca br.

Protest wobec działań NFZ

NFZ wprowadził nieuzasadnione, zdaniem samorządu lekarskiego, zmiany w dotychczasowych zasadach składania sprawozdań przez świadczeniodawców. Przyczylając się do protestu ORL w tej sprawie prezes NRL przesłał do Jerzego Millera – prezesa NFZ pismo, w którym czytamy m.in.: „(...) Zdaniem świadczeniodawców (...) zasada miesięcznych rozliczeń realizacji umowy i wynagrodzenie co miesiąc – w wysokości 1/12 rocznego kontraktu, spowoduje znaczące uszczuplenie wartości kontraktu, a zatem ewidentną szkodę dla świadczeniodawców. Jeśli NFZ płaci tylko za wykonane w danym miesiącu świadczenia, za nadwykonanie zaś w innym okresie, płaci mniejszą stawkę i nie bilansuje kontraktu, rocznie oznacza to w rzeczywistości mniejsze wynagrodzenie kontraktu. Przy znanych trudnościach finansowych świadczeniodawców oznaczać to może także nakłanianie ich do odmawiania udzielania pomocy w przypadkach niepewnych, co w konsekwencji zagraża bezpieczeństwu zdrowotnemu obywateli.”

Uwagi do projektu ustawy o zmianie ustawy o ochronie zdrowia psychicznego

Prezes NRL, poprzedzając posiedzenie sejmowej Komisji Zdrowia nt. projektu ustawy o zmianie ustawy o ochronie zdrowia psychicznego, 12.04.br. wystosował pismo na ręce poseł Barbary Błońskiej-Fajfrowskiej – przewodniczącej Komisji, w którym przedstawia zapisy uzgadniane przez ministra zdrowia z innymi resortami, nie ujęte w omawianym projekcie. „W szczególności brak art. 2 w brzmieniu:

«Art. 2.

1. Ochrona zdrowia psychicznego obejmuje realizację zadań dotyczących, przede wszystkim:

– promocji zdrowia psychicznego i zapobiegania zaburzeniom psychicznym,

– zapewnienia osobom z zaburzeniami psychicznymi wielostronnej i powszechnej dostępnej opieki zdrowotnej oraz innych form opieki i pomocy niezbędnych do życia w środowisku rodzinnym i społecznym,

– kształtowania wobec osób z zaburzeniami psychicznymi właściwych postaw społecznych, a zwłaszcza zrozumienia, tolerancji, życzliwości, a także przeciwdziałaniu ich dyskryminacji.

2. Zadania, o których mowa w ust. 1, określa Narodowy Program Ochrony Zdrowia Psychicznego, zwany dalej ‘Programem’, przyjmowany przez Radę Ministrów, w drodze uchwały, na okresy pięcioletnie.

3. Program określa w szczególności:

1) okres jego obowiązywania,

2) diagnozę sytuacji i zagrożeń dla zdrowia psychicznego, w tym różnicowań regionalnych,

3) cele główne i cele szczegółowe Programu,

4) podmioty biorące udział w jego realizacji,

5) środki i metody realizacji zadań,

6) niezbędne działania legislacyjne, w szczególności mające na celu zapewnienie przestrzegania praw osób wykazujących zaburzenia psychiczne.

4. Minister właściwy do spraw zdrowia corocznie, w terminie do dnia 30 czerwca, przedkłada Radzie Ministrów sprawozdanie z realizacji zadań wynikających z Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego za rok poprzedni.»

Należy stwierdzić, że artykuł o Narodowym Programie Ochrony Zdrowia Psychicznego jest bardzo ważny dla dalszego rozwoju psychiatrii w Polsce wg norm zalecanych przez WHO.

W dn. 12-15 stycznia 2005 r. w Helsinkach odbyła się konferencja ministrów zdrowia, zorganizowana przez WHO, na temat zdrowia psychicznego. Na zakończenie ministrowie podpisali dokument, który za-

wiodącą sprawę uznał rozwój w najbliższych latach programów promocji, profilaktyki zdrowia psychicznego i środowiskowego modelu opieki psychiatrycznej. Projekt naszego Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego idzie właśnie w tym kierunku. Dlatego tak ważne jest, aby był zapis ustawy zobowiązujący państwo do realizacji Programu.

Należy przypomnieć, że w 1998 r. sejmowa Komisja Zdrowia uchwaliła Dezyderat nr 2, w którym stwierdziła, że ze względu na ważność problemów związanych ze zdrowiem psychicznym w kraju Program (wówczas resortowy ministra zdrowia) winien stać się programem międzyresortowym. Sprawy zdrowia psychicznego nie ograniczają się bowiem do lecznictwa psychiatrycznego, wymagają też współdziałania ze strony Ministerstw: Gospodarki i Pracy, Polityki Społecznej, Spraw Wewnętrznych i Administracji, Edukacji Narodowej i Sportu, Obrony Narodowej oraz administracji rządowej i samorządowej. Ponadto uznano, że Program pomyślany jako narodowy winien mieć podstawę prawną, dającą możliwość jego wdrażania i finansowania. W tym celu zalecano w Dezyderacie nowelizację ustawy o ochronie zdrowia psychicznego w tym właśnie kierunku” – czytamy w liście.

Wątpliwości nt. akredytacji izb lekarskich

W odpowiedzi na liczne pytania dot. akredytacji okręgowych izb lekarskich do prowadzenia doskonalenia zawodowego lekarzy i lekarzy dentystów prezes NRL przesłał na ręce przewodniczących OIL pismo (z 14.04.br.), w którym wyjaśnia, że „(...) w świetle ustawy o izbach lekarskich organizowanie przez izby lekarskie szkoleń dla swoich członków należy uznać za realizację obowiązku sprawowania pieczy i nadzoru nad należytym i sumiennym wykonywaniem zawodu, a ponadto za udzielanie pomocy lekarzom zobligowanym ustawą o zawodach lekarza i lekarza dentysty do doskonalenia zawodowego.” W związku z tym zbędne jest „(...) podejmowanie uchwał w wpisie izby lekarskiej do rejestru podmiotów prowadzących kształcenie podyplomowe lekarzy i lekarzy dentystów.”

VI Światowy Kongres Polonii Medycznej już za rok

Rozpoczęły się przygotowania organizacyjne do kolejnego spotkania polskich lekarzy i lekarzy dentystów wykonujących swój zawód poza granicami kraju. VI Światowy Kongres Polonii Medycznej odbędzie się w czerwcu 2006 r. w Częstochowie, gdzie zainaugurowano przed laty polonijne spotkania medyczne. Dr Zbigniew Brzezina – przewodniczący Komisji Organizacyjnej Kongresu zaprosił do udziału w Komitecie Honorowym i Naukowym prezesa NRL Konstantego Radziwiła.

Kłopoty z PIS-em

Okręgowe izby lekarskie zasygnalizowały prezesowi NRL trudności z dokonywaniem wpisu nowych praktyk lekarskich do rejestru działalności regulowanej, w związku z brakiem opinii inspektorów sanitarnych o spełnieniu warunków umożliwiających udzielanie określonych świadczeń zdrowotnych. Przyczyną niewydawania tych opinii jest uznanie, iż brakuje przepisów, który określałyby te warunki.

Iwona A. Raszke-Rostkowska

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

tel. kom. 0606-440-100

e-mail: iwona.raszke@hipokrates.org



foto: Marek Stankiewicz

Czyje życie, tego śmierć

Krzysztof Bukiel

REKLAMA

Niedawno głośno było o Amerykance Terri Schiavo, którą – wyrokiem sądu – odłączono od aparatury podającej pożywienie, czym doprowadzono ją do śmierci.

Opisując to wydarzenie zadano wiele pytań: czy pacjentka była w stanie życia czy tylko „wegetacji”, czy to było jedynie zaniechanie uporczywej terapii czy eutanazja, czy raczej miał mąż pacjentki, że wołałaby ona godnie umrzeć, czy rodzice, którzy twierdzili, że chciałyby dalej żyć.

Nie usłyszałem jednak pytań, które przede wszystkim mnie się nasunęły: dlaczego to sąd miał zdecydować o dalszym leczeniu Terri Schiavo i o jej dalszym życiu; dlaczego lekarze i wszyscy pozostali zainteresowani sprawą, a zwłaszcza rodzice pacjentki, tak kategorycznie poddali się woli sądu?

Aby zrozumieć zasadność tych pytań, trzeba sobie uświadomić, że „leczenie”, jakiemu była poddawana pacjentka i jakiego jej pozbawiono, to było po prostu – karmienie. Aparaturę do karmienia można było zastąpić strzykawką, sondą i osobą, która by kilka razy dziennie podawała pożywienie. A może nawet Terri Schiavo była zdolna do połykania, nie była w stanie jedynie wziąć jedzenia i dostarczyć do ust.

Takich pacjentów w polskich domach jest pewnie tysiące: po udarach mózgu, w stanie skrajnego ośpienia, w wyniku ciężkiego uszkodzenia okołoporodowego itp. Leżą w łóżkach, nie są zdolni nic ze sobą zrobić. Wielu z nich może nawet nie wie, że żyje. Opiekują się nimi rodziny, korzystając często z pomocy fachowego personelu medycznego, przyjaciół lub osób, które zatrudniają do pomocy. Nikomu nawet do głowy nie przychodzi aby pytać się sądu czy można ich dalej karmić. Dlaczego zatem rodzice Terri Schiavo nie zabrali jej po prostu do domu, albo nie znaleźli takiego hospicjum, w którym dalej by ją karmiono?

Nie znam oczywiście odpowiedzi na to pytanie. Mogę jedynie przypuszczać, że powodem był fakt, iż uznali oni, jak i wszyscy inni zainteresowani sprawą, że „leczenie” Terri Schiavo było zadaniem państwa. Może są tam jakieś uregulowania prawne, które przewidują opiekę państwa w takich przypadkach, a może wieloletni okres pozostawiania pacjentki

w takim stanie był tego powodem. Fakt pozostaje faktem, odpowiedzialność za leczenie, a w istocie za karmienie Terri Schiavo przejęło państwo.

W takim kontekście nie może dziwić, że i decyzję o zaprzestaniu leczenia miało prawo podjąć państwo. Lekarze musieli się do niej zastosować, bo państwo spełniało tutaj funkcję opiekuna prawnego pacjentki, a lekarze – funkcjonariuszy państwowych. Biadolenie zatem, że decyzja ta była niesłuszna, niechrześcijańska lub wręcz niehumanitarna jest mocno spóźnione. Trzeba było o tym pomyśleć, zanim zdecydowano się oddać państwu władzę w tym zakresie.

W ten sposób przeszliśmy do spraw znacznie nam bliższych, zarówno geograficznie, jak i tematycznie. Przed nami wybory do parlamentu, tworzenie nowej koalicji i rządu, który będzie musiał zmierzyć się z kryzysem polskiej służby zdrowia.

Tym razem większość partii nie chce się chwalić swoimi poglądami na ten temat, nauczona doświadczeniami tych, którzy zapowiadali świetlaną przyszłość, a spowodowali chaos. Są jednak takie ugrupowania, w tym zwłaszcza jedno, mające duże szanse na tworzenie rządu, głoszące zdecydowanie konieczność oddania państwu pełnej odpowiedzialności za leczenie Polaków.

Politycy tego ugrupowania uważają, że tylko wtedy, gdy państwo będzie płaciło za nasze leczenie, nikt nie będzie pozbawiony potrzebnej pomocy z powodu braku pieniędzy, a państwowe szpitale, nie działające dla zysku, nie odesłają nikogo do domu z powodu nieopłacalności leczenia. Te poglądy o konieczności upaństwowienia opieki zdrowotnej politycy owego ugrupowania wiążą z wyznawanymi przez siebie chrześcijańskimi wartościami i są – zapewne – przekonani, że w ten sposób praktycznie realizują nakaz miłosierdzia.

Im właśnie chciałbym polecić rozważenie przypadku Terri Schiavo. Niech porównają go również z tysiącami podobnych w Polsce. I niech wezmą pod uwagę, że Polska jest znacznie biedniejszym państwem niż Stany Zjednoczone.

Jazda na pustym baku

Marek Wójtowicz



Jest nadzieja, że po 19 miesiącach prac parlamentarnych, w maju br. ustawa „pożyczkowa” wreszcie wejdzie w życie.

fol. Marek Stankiewicz

Kluczowym, obok pożyczki, elementem ustawy mają być uzdrawiające system dwuletnie programy restrukturyzacji dające w efekcie coś, co w ustawie określono jako „efektywne funkcjonowanie w przyszłości”. Marchewką zachęającą do opracowania i zrealizowania programu będzie 10-letnia pożyczka z 3-procentowym odsypem dla BGK i ewentualnym 50 % umorzeniem pożyczki w razie sukcesu restrukturyzacji.

Rasowy program restrukturyzacji wymaga ciężkiej pracy intelektualno-papierowo-elektronicznej całej kadry kierowniczej SPZOZ, także ordynatorów i kierowników pionów medycznych, którym powinno zależeć, żeby kierowana przez nich komórka rozwinęła się lub przynajmniej zachowała stan aktualny. Czeką nas więc nie tylko wewnątrz wojewódzka przepychanka wszystkich SPZOZ-ów, ale także wewnątrz zakładowa rywalizacja poszczególnych oddziałów i poradni specjalistycznych o to, komu się coś utnie, komu doda, a kogo zostawi bez zmian.

Pierwszym punktem programu na poziomie oddziału czy przychodni jest porządnym opis stanu obecnego z uwzględnieniem: personelu, pomieszczeń, posiadanego sprzętu, wydawanych i zarabianych pieniędzy oraz liczby i struktury chorobowej pacjentów. Dobrze jest taki opis uzupełnić krótką notką historyczną o oddziale lub szpitalu: kiedy powstał, jak mu się wiodło w przeszłości, kto nim kierował itp. Jest okazja, żeby okazać szacunek poprzednikom wspominając ich zasługi, a przy okazji w obliczu rywalizacji o przyszłe profity z innymi strukturami SPZOZ wzmocnić pozycję oddziału mocnym, historycznym fundamentem. Opis stanu „na dziś” musi uwzględniać zaobserwowane przez lata zmiany.

Wspomniana ustawa nakazuje każdej dyrekcji SPZOZ załączyć dane finansowe z lat 1999-2004, a więc z okresu całej „ostatniej” reformy. A zatem ten sam okres należy przeanalizować na poziomie oddziału/przychodni porównując wzrosty i spadki typowych, rejestrowanych i co ważne porównywalnych wskaźników dających obraz tego, czego przybyło lub tego, czego ubyło.

Porównanie liczby zatrudnionych profesjonalistów, liczby/struktury wykonywanych operacji, wykorzystywanych pomieszczeń i posiadanego sprzętu nie będzie trudne. Gorzej z liczbą pacjentów i strukturą leczonych chorób. Płatnik niemal co roku zmieniał „produkt”, który zakupywał. Najpierw były to proste hospitalizacje i proste porady, potem pojawiły się trzy rodzaje hospitalizacji i cztery rodzaje porad, teraz są procedury i punkty. Tego się nie da porównać.

Trzeba znaleźć wspólne dla tych wszystkich lat wskaźniki. Będą nimi np. liczba hospitalizowanych lub liczba porad, czas pobytu, wykorzystanie łóżek, liczba badań diagnostycznych, liczba wyjazdów pogotowia ratunkowego itp.

Oddzielnym i chyba najważniejszym punktem opisu stanu obecnego jest analiza ekonomiczna każdej komórki oddzielnie i całego SPZOZ. Przy takiej analizie trzeba pamiętać o podziale na koszty zmienne i stałe oraz na koszty pośrednie i bezpośrednie.

Kosztami zmiennymi są te zależne od pacjenta, np. leki, które pacjent połknie

REKLAMA

REKLAMA

lub przyjmie dożylnie, posiłki, które zje czy też woda, którą puści z kranu w łazience.

Oddzielnie rejestruje się koszty niezależne od liczby leczonych pacjentów czyli „stałe”. Bez względu na liczbę pacjentów ZOZ jest ogrzewany, personel opłacany, a np. trakt operacyjny trwa w gotowości, nawet jeżeli w danym dniu nie ma operacji.

Drugi podział kosztów wynika z przypisania ich konkretnie do tej jednej jedynej zdefiniowanej komórki SPZOZ np. na podstawie karty zleceń, wystawionych skierowań na badania lub listy płac komórki (koszty bezpośrednie) lub z „rozrzucenia” kosztów wg ustalonych proporcji „na wszystkich” (koszty pośrednie). Ordynator oddziału czy też kierownik przychodni może wpływać na wysokość kosztów zmiennych (np. poprzez zmianę liczby pacjentów lub struktury leczonych chorób) i bezpośrednich (poprzez skrócenie czasu hospitalizacji lub zmniejszenie zakresu diagnostyki), natomiast praktycznie nie ma wpływu na koszty stałe lub pośrednie, które można zmienić decyzjami kierowników działów pomocniczych i dyrekcji zakładu.

Porządny opis stanu obecnego jest najważniejszym elementem programu, ponieważ już na tym etapie powinny ujawnić się szanse i zagrożenia, na które należy odpowiednio zareagować formułując wnioski na przyszłość. Suma takich wniosków daje nam drugi punkt programu restrukturyzacji czyli stan oczekiwany, który powinniśmy osiągnąć w ciągu maksymalnie dwóch lat.

No i pozostaje trzeci, najtrudniejszy punkt programu: sposób przejścia ze stanu obecnego do oczekiwanego. A to kosztuje setki tysięcy, a może nawet miliony złotych. Trzeba będzie zainwestować w remonty, przeprowadzki, w nowy sprzęt, zarezerwować środki na wypłacenie odpraw, a może nawet samemu zapłacić utratą stanowiska. Ustawodawca nie da żadnych środków na ten cel. Dostaniemy pożyczkę na zapłacenie „203” za lata 2001-2002, ale nie dostaniemy nic na zaległe odsetki, na składkę ZUS, na podwyżkę za lata 2003-2004 i na sfinansowanie kosztów restrukturyzacji. To będzie jak jazda przez kolejne 2 lata na pustym baku.

Dysproporcje płacowe

W wielu polskich szpitalach specjaliści są gorzej wynagradzani niż lekarze w trakcie specjalizacji na tzw. rezydenturze.

Taka sytuacja jest nie tylko niegodziwa, ale co ważniejsze narusza obowiązujące prawo, dotyczące wynagrodzeń pracowniczych, zwłaszcza art. 78 § 1 kodeksu pracy, stwierdzający, że *Wynagrodzenie za pracę powinno być tak ustalone, aby odpowiadało w szczególności rodzajowi wykonywanej pracy i kwalifikacjom wymagany przy jej wykonywaniu, a także uwzględniało ilość i jakość świadczonej pracy.*

Zatem, zgodnie z prawem – wynagrodzenie lekarzy mających specjalizację powinno być zawsze wyższe niż lekarza w trakcie specjalizacji – wyjaśnia Krzysztof Bukiel, szef OZZL.

Ponieważ płaca zasadnicza lekarzy odbywających specjalizację (w ramach rezydentury) została ustalona administracyjnie w rozporządzeniu ministra zdrowia i wynosi 70

% przeciętnego miesięcznego wynagrodzenia w sektorze przedsiębiorstw bez wypłat nagród z zysku za ubiegły rok (obecnie ok. 1700 złotych), płaca zasadnicza każdego lekarza ze specjalizacją powinna być wyższa, przy czym powinna być zachowana hierarchia: płaca rezydenta jest najniższa, płaca lekarza z I stopniem specjalizacji jest wyższa, płaca lekarza z II stopniem specjalizacji (z tytułem specjalisty) jest najwyższa.

Zarząd Krajowy OZZL udostępni wzorcowy pozew do sądu pracy, domagający się przyznania odszkodowania i odpowiedniego podniesienia płacy zasadniczej w tych przypadkach, gdzie powyższa hierarchia płac nie występuje. Pozew można ściągnąć ze strony internetowej: www.ozzl.org.pl

ms

Quo vadis medicina!



Czy zadaniem medycyny ma być próba wyeliminowania zjawiska śmierci?

Warto w tym miejscu przytoczyć opinie sformułowane w 1996 r. przez grono wybitnych naukowców, znawców bioetyki i etyki medycznej, znane jako Raport Hastings Center, gdzie za cztery główne cele medycyny uznano:

1. Zapobieganie chorobom i urazom oraz promocję zdrowia.
2. Przynoszenie ulgi w bólu i cierpieniu spowodowanym przez choroby.
3. Leczenie dolegliwości oraz opiekę nad chorymi, którzy nie mogą być wyleczeni.
4. Zapobieganie przedwczesnej śmierci i stworzenie warunków godnej śmierci.

Spośród wymienionych zadań medycyny inni eksperci jako cel nadrzędny wyróżniają leczenie chorób i troskę o chorego, zgodnie ze starożytną zasadą: *bonus aegroti suprema lex*. Zakładają, że wszystkie pozostałe cele są rozwinięciem powyższej zasady. Decydenci służby zdrowia próbują jednak narzucić medycynie dodatkowe zadania, takie jak realizacja celów społecznych, ekonomicznych i politycznych, w miejsce troski o dobro pacjenta. Problemy powyższe, skądinąd bardzo istotne, wychodzą poza kompetencje zawodowe lekarza, a ich realizacja wpływa na obniżenie autorytetu naszej profesji. Utrzymanie autonomii zawodu lekarza jest możliwe tylko poprzez skupienie się na właściwych celach medycyny. Zapobieganie to zniszczeniu właściwej praktyki lekarskiej.

Istotą medycyny jest przecież prosta relacja między szukającym pomocy chorym człowiekiem a lekarzem, który chce i potrafi mu pomóc. Cel powyższy nie jest ustanawiany przez społeczność, obywatelstwo czy kulturę, ale wyrasta z natury samej medycyny. Zobowiązanie do leczenia jest zatem głównym celem naszej profesji i gdyby medycyna go utraciła, przestałaby być medycyną.

Bart & K.

„Eskulap Świętokrzyski” 4/2005

Solidarnie upomnijmy się o nasze prawa!

Koleżanki i Koledzy,

Naczelna Rada Lekarska przyjmując na ostatnim posiedzeniu stanowisko w sprawie doskonalenia zawodowego lekarzy i lekarzy dentyistów postanowiła podjąć działania na rzecz uchwalenia ustawy, która będzie zgłoszona do Sejmu jako obywatelska inicjatywa ustawodawcza. Projekt ustawy przewiduje, że:

- rezydentura będzie dostępna dla wszystkich absolwentów stażu podyplomowego,
- lekarzom i lekarzom dentyistom (bez względu na formę zatrudnienia) będzie przysługiwać w każdym roku 2-tygodniowy płatny czas na doskonalenie zawodowe,
- wszystkie koszty ustawicznego doskonalenia zawodowego będą odejmowane od podstawy opodatkowania.

W czasie, kiedy państwo nakłada na nas kolejne obowiązki, musimy solidarnie upomnieć się o nasze prawa. Mam nadzieję, że szybkie zebranie 100 tysięcy podpisów pod załączonym obok projektem zmusi polityków do uznania słuszności naszych racji i ustanowienia prawa choć trochę bardziej przyjaznego dla naszego środowiska. Pokażmy w tej akcji naszą determinację. Proszę więc każdego lekarza i lekarza dentyistę o jak najszybsze rozpoczęcie zbierania podpisów (choćby kilku czy kilkunastu, w ostateczności tylko swój) na załączonej wyciętej tabeli (lub jej kopiach – do pobrania ze strony www.nil.org.pl)

i sukcesywnie odsyłanie jej na adres:

**Naczelna Izba Lekarska,
ul. Jana Sobieskiego 110,
00-764 Warszawa**

Z koleżeńskim pozdrowieniem

Konstanty Radziwiłł

Komitet Inicjatywy Ustawodawczej
projektu ustawy o zasadach finansowania doskonalenia zawodowego lekarzy i lekarzy dentystów oraz o zmianie niektórych ustaw

WYKAZ OBYWATELI, KTÓRZY UDZIELAJĄ POPARCIA PROJEKTOWI USTAWY O ZASADACH FINANSOWANIA DOSKONALENIA ZAWODOWEGO LEKARZY I LEKARZY DENTYSTÓW ORAZ O ZMIANIE NIEKTÓRYCH USTAW

Lp.	Imię (imiona) i nazwisko	Adres zamieszkania (miejscowość, ulica, nr domu, nr lokalu)	Numer ewidencyjny PESEL	Podpis
1	2	3	4	5
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				

Ustawa z dnia

o zasadach finansowania doskonalenia zawodowego lekarzy i lekarzy dentystów oraz o zmianie niektórych ustaw

Art. 1.

Lekarz, lekarz dentysta realizując obowiązek doskonalenia zawodowego wynikający z art. 18 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty (Dz. U. z 2002 r. Nr 21, poz. 204 i Nr 76, poz. 691, Nr 152, poz. 1266 i Nr 153, poz. 1271, z 2003 r. Nr 90, poz. 845 oraz z 2004 r. Nr 92, poz. 882 i 885, Nr 173, poz. 1808 i Nr 210, poz. 2135) ma prawo do:

- 1) finansowania z budżetu państwa szkolenia specjalizacyjnego odbywanego na podstawie umowy o pracę na czas określony w celu doskonalenia zawodowego, obejmującego realizację programu specjalizacji, zawartej z podmiotem prowadzącym specjalizację, zwanego dalej „rezydenturą”;
- 2) 14 dni w roku kalendarzowym wolnych od udzielania świadczeń zdrowotnych w celu doskonalenia zawodowego, z zastrzeżeniem art. 3;
- 3) zmniejszenia podstawy opodatkowania o koszty wydatków poniesionych na doskonalenie zawodowe.

Art. 2.

1. Wydatki na specjalizację lekarzy i lekarzy dentystów pokrywane są odpowiednio:

- 1) z budżetu państwa, z części, której dysponentem jest minister właściwy do spraw zdrowia – w zakresie finansowania rezydentur, Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego, Centrum Egzaminów Medycznych i zadań określonych w przepisach, o których mowa w art. 16 ust. 2 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty;
 - 2) z budżetu państwa, z części, której dysponentem jest wojewoda – w zakresie finansowania działalności centrów zdrowia publicznego i konsultantów wojewódzkich, działających na podstawie odrębnych przepisów;
 - 3) z budżetu państwa, z części, której dysponentem jest Minister Obrony Narodowej – w odniesieniu do lekarzy i lekarzy dentystów będących żołnierzami w czynnej służbie wojskowej lub zatrudnionych w zakładach opieki zdrowotnej tworzonych przez Ministra Obrony Narodowej.
2. Liczba miejsc szkoleniowych w ramach rezydentury w danym roku budżetowym powinna odpowiadać liczbie lekarzy, lekarzy dentystów, którzy kończą staż podyplomowy w danym roku budżetowym.
3. Liczba, o której mowa w ust. 2, może zostać ograniczona jedynie w przypadku niezapewnienia warunków organizacyjnych i merytorycznych, umożliwiających realizację programu specjalizacji określonej liczbie lekarzy, lekarzy dentystów, przez podmioty prowadzące specjalizację w poszczególnych dziedzinach medycyny.

Art. 3.

1. Lekarz, lekarz dentysta pozostający w stosunku pracy ma prawo do corocznego, płatnego 14-dniowego urlopu szkoleniowego w celu doskonalenia zawodowego, innego niż szkolenie specjalizacyjne.
2. Lekarz, lekarz dentysta udzielający świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych na podstawie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej zawartej z Narodowym Funduszem Zdrowia lub będący podwykonawcą w ramach takiej umowy ma prawo do 14 dni wolnych od udzielania świadczeń z zachowaniem prawa do wynagrodzenia w celu doskonalenia zawodowego.

Art. 4.

W ustawie z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty w art. 16 po ust. 1 dodaje się ust. 1a i 1b w brzmieniu:

„1a. Lekarz, lekarz dentysta odbywa specjalizację w ramach umowy o pracę zawartej z podmiotem prowadzącym specjalizację na czas określony w celu doskonalenia zawodowego, obejmującego realizację programu specjalizacji, zwanej dalej «rezydenturą».

1b. Lekarz, lekarz dentysta na swój wniosek może odbywać specjalizację w ramach:

- 1) umowy o pracę zawartej z podmiotem prowadzącym specjalizację lub pełnienia służby na stanowisku służbowym w tym podmiocie, albo

2) poszerzenia, o program specjalizacji, zajęć programowych studiów doktoranckich odbywanych w podmiocie prowadzącym specjalizację, w którego skład wchodzi jednostka organizacyjna prowadząca specjalizację i w ramach udzielonego urlopu szkoleniowego lub urlopu bezpłatnego, jeżeli uczestnik studiów doktoranckich pozostaje w stosunku pracy, a po ich ukończeniu, w trybie określonym w pkt 1, albo

3) płatnych urlopów szkoleniowych udzielanych przez jednostkę organizacyjną, inną niż prowadzącą specjalizację, z którą lekarz, lekarz dentysta ma podpisaną umowę o pracę, na czas niezbędny do zrealizowania programu specjalizacji, albo

4) umowy cywilnoprawnej o szkolenie specjalizacyjne, zawartej z jednostką organizacyjną prowadzącą specjalizację.”

Art. 5.

W ustawie z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. Nr 210, poz. 2135) w art. 136 po pkt 5 dodaje się pkt 5a w brzmieniu:

„5a) zasady wynagradzania świadczeniodawców, będących lekarzami lub lekarzami dentystami, w okresie nieudzielania świadczeń opieki zdrowotnej w związku z realizacją obowiązku doskonalenia zawodowego, o którym mowa w art. 18 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty (Dz. U. z 2002 r. Nr 21, poz. 204, z późn. zm.);”.

Art. 6.

W ustawie z dnia 26 lipca 1991 r. o podatku dochodowym od osób fizycznych (Dz. U. z 2000 r. Nr 14, poz. 176, Nr 60, poz. 703, Nr 70, poz. 816, Nr 104, poz. 1104, Nr 117, poz. 1228 i Nr 122, poz. 1324, z 2001 r. Nr 4, poz. 27, Nr 8, poz. 64, Nr 52, poz. 539, Nr 73, poz. 764, Nr 74, poz. 784, Nr 88, poz. 961, Nr 89, poz. 968, Nr 102, poz. 1117, Nr 106, poz. 1150, Nr 110, poz. 1190, Nr 125, poz. 1363 i 1370 i Nr 134, poz. 1509, z 2002 r. Nr 19, poz. 199, Nr 25, poz. 253, Nr 74, poz. 676, Nr 78, poz. 715, Nr 89, poz. 804, Nr 135, poz. 1146, Nr 141, poz. 1182, Nr 169, poz. 1384, Nr 181, poz. 1515, Nr 200, poz. 1679 i Nr 240, poz. 2058, z 2003 r. Nr 7, poz. 79, Nr 45, poz. 391, Nr 65, poz. 595, Nr 84, poz. 774, Nr 90, poz. 844, Nr 96, poz. 874, Nr 122, poz. 1143, Nr 135, poz. 1268, Nr 137, poz. 1302, Nr 166, poz. 1608, Nr 202, poz. 1956, Nr 222, poz. 2201, Nr 223, poz. 2217 i Nr 228, poz. 2255 oraz z 2004 r. Nr 29, poz. 257, Nr 54, poz. 535, Nr 93, poz. 894, Nr 99, poz. 1001, Nr 109, poz. 1163, Nr 116, poz. 1203, 1205 i 1207, Nr 120, poz. 1252, Nr 123, poz. 1291, Nr 162, poz. 1691, Nr 210, poz. 2135, Nr 263, poz. 2619 i Nr 281, poz. 2779 i 2781) w art. 26 wprowadza się następujące zmiany:

1) w ust. 1 po pkt 10 dodaje się pkt 11 w brzmieniu:

„11) wydatków poniesionych w roku podatkowym przez podatnika wykonującego zawód lekarza lub lekarza dentysty na realizację obowiązku doskonalenia zawodowego, o którym mowa w art. 18 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty (Dz. U. z 2002 r. Nr 21, poz. 204, z późn. zm.);”;

2) po ust. 7h dodaje się ust. 7i – 7j w brzmieniu:

„7i. Za wydatki, o których mowa w ust. 1 pkt 11, uważa się wydatki poniesione na:

- 1) odpłatne doskonalenie zawodowe,
- 2) zakup wydawnictw fachowych, bezpośrednio związanych z wykonywaniem zawodu,
- 3) dojazd do miejsca odbywania kształcenia, położonego poza miejscowością stałego lub czasowego zamieszkania podatnika,
- 4) nocleg w hotelu lub innym obiekcie świadczącym usługi hotelarskie, położonym poza miejscowością stałego lub czasowego zamieszkania podatnika.

7j. Wydatki na cele wymienione w ust. 7i pkt 3 ustala się na podstawie ceny biletu na dojazd środkami transportu autobusowego lub kolejowego, a w razie dojazdu samochodem osobowym – na podstawie kosztów przejazdu w wysokości stanowiącej iloczyn przejechanych kilometrów przez stawkę za jeden kilometr przebiegu w wysokości ustalonej zgodnie z przepisami wydanymi na podstawie art. 77⁵ § 2 Kodeksu pracy.”.

Art. 7.

Ustawa wchodzi w życie z dniem 1 stycznia 2006 r.

Honor

Czy ktoś jeszcze wie co oznacza słowo honor?

Wydawać by się mogło, że głupie pytanie. Oczywiście, tak! Tak? No to słucham. I co? Są kłopoty? Proszę sobie przepowiedzieć po cichu, co przez to słowo Państwo rozumieją. Z pewnością nie to, co nasi przodkowie. Chociaż i oni pewnie mieliby trudności z podaniem definicji.

Honor – to się po prostu wiedziało. Tak jak wiedziało się jak się powinno, a jak nie zachowywać przy stole. Albo że np. nie wolno pluć na podłogę, albo mówić brzydkich wyrazów. Że należy wstać, gdy rozmawia się z kobietą, a ona stoi. Pamiętam pierwsze zetknięcie z moją wychowawczynią przez duże W w liceum, gdy spytała na przerwie kolegę, czy go nie razi, że on siedzi, gdy ona z nim rozmawia. No, ale wtedy szkoła nie tylko uczyła, ale nie bała się także wychowywać. Były takie czasy! Słowo!

Kiedyś dług karciany zaciągnięty bez rewersu należało spłacić w ciągu 24 godzin pod groźbą utraty honoru. Dziś ktoś

by powiedział: utraty honoru – to znaczy czego?

Jest jedna tylko rzecz w życiu ludzi, narodów i państw, która jest bezcenna: tą rzeczą jest honor – powiedział Józef Beck, minister spraw zagranicznych, w sejmie, w 1939 r. Ilu naszych dzisiejszych polityków wiedziałoby o co mu chodzi?

Wszystko stracone prócz honoru – napisał w liście do matki Franciszek I, król Francji po dostaniu się do niewoli. Honor, to była godność osobista, cześć, dobre imię, duma.

Mam świadomość, że pewnie ośmieszam się wywołując taki temat. Honor... Też coś! Dziś przecież nie istnieje, tak jak wiele innych przeżytków. Dziś można bezkarnie kłamać, nie dotrzymywać słowa, insynuować. Można nie oddawać długów (i książek), rozmawiać nawet ze sceny z rękoma w kieszeni (bo taki luz), mówić brzydkie wyrazy. W tym zresztą celują telewizyjni prezenterzy – chamskie odzywki są cnotą, a im ktoś bardziej obsceniczny, tym lepiej!

Kiedyś, gdy ktoś nie potrafił się zachować, uznany zostawał za człowieka bez honoru, to nie podawało mu się ręki, traktowany był jak powietrze, stosowano wobec niego ostracyzm towarzyski.

Kiedyś podawano do publicznej wiadomości, że sąd koleżeński ukarał naganą pana XY za to, że niestosownie zachował się wobec żony kolegi...

Dziś w radio puszcza się piosenki, gdzie w tekście użyte są słowa, za które powinno się stanąć przed kolegium i ono bez zastanowienia powinno wlepić karę... Ale nikt nie stanie i nikt nie zostanie ukarany.

Na posiedzeniach naszych samorządowych gremiów można powiedzieć na koleżę co się chce. Można oczerniać, rzucać pomówienia, zupełnie nie licząc się ze słuchaczami i z konsekwencjami. Bo też z reguły ich nie ma! Znam przypadek, gdy ktoś z lekarzy obraził publicznie kolegów niecenzuralnymi słowami, a komisja etyki rozgrzeszyła go, bo przecież był zdenerwowany więc miał prawo...

Lekarze byli kiedyś elitą społeczeństwa. W najlepszym znaczeniu tego słowa. Teraz też tak będzie, bo wierzę że taka jest potrzeba. To kwestia czasu. Musimy tylko do tego dojrzeć i zrozumieć jakie to ważne. I przypomnieć dawne znaczenie takim słowom jak honor.

Andrzej Baszkowski



foto: Marek Stankiewicz

W okopach wolnych zawodów



Krystyna Knypl

Kwietniowy numer „Gazety Lekarskiej” przynosi informację, że przedstawiciele wolnych zawodów w Polsce okopali się tak mocno, iż nawet unijne buldożery nie są w stanie cokolwiek zmienić.

foto: Marek Stankiewicz

Podobno pojawiła się nowa jednostka o nazwie „choroba korporacyjna”, która polega na zwalczaniu konkurencji, hamowaniu gospodarki oraz antyrynkowym nastawieniu do świadczonych usług. Grozę choroby potęguje przymus przynależności do korporacji oraz obowiązek płacenia składek.

Nie wszystkie przypadki są w jednako ciężkim stanie, podobno najczęściej mają się przedstawiciele zawodów prawniczych.

Chwila, w której dowiemy się, że samorządy zawodowe są reliktem minionej epoki, wydaje się nadchodzić szybkimi krokami. Przyrównywanie korporacji do związków zawodowych w toczonych dyskusjach ma pokazywać, jak są one „nie na czasie”. Lekarstwem na wszystkie domniemane bolączki korporacyjne ma być wzmożony nadzór administracji rządowej w imię dobra publicznego.

Nasza praca jest niepowtarzalna!

Jednym z częściej wymienianych argumentów przeciwko istnieniu korporacji jest rzekome zwalczanie przez samorządy konkurencji pomiędzy poszczególnymi przedstawicielami wolnych zawodów. Niewątpliwie konkurencja w wielu branżach działa ożywczo. Nie możemy jednak godzić się na stawianie zawodu lekarza w długim szeregu zawodów, które na wyższy poziom podnosi walka konkurencyjna.

Nie jesteśmy producentami dóbr materialnych, których większa ilość obniży cenę i szczęśliwy nabywca będzie mógł kupić tyle, ile jego konsumpcyjna dusza będzie potrzebowała. Osobiste świadczenie każdej porady, konsultacji czy wyko-

nywanego zabiegu i ich niepowtarzalny charakter wyklucza możliwość wtłoczenia medycyny w reguły rynku wypełnionego produktami przemysłowymi.

Współczesne dobra konsumpcyjne zwykle oznaczone są kodem kreskowym. W medycynie nie da się zapisać kodem kreskowym tego, co wpisuje się w jej wyjątkowy charakter.

Zawód zaufania publicznego

Magiczne zmiany przepisów prawnych nie są lekarstwem na ograniczanie budżetu na ochronę zdrowia. Wzmoczony nadzór administracji rządowej nad zawodami zaufania publicznego oraz przekształcanie placówek medycznych w spółki prawa handlowego są często serwowaną miksturą, podobno o działaniu leczącym. Dążenie do zysku, będące celem działania spółek prawa handlowego, w odniesieniu do placówek medycznych napotyka wiele zrozumiałych sprzeczności i zastrzeżeń.

Wprowadzone do polskiego prawodawstwa pojęcie „zawodu zaufania publicznego” wzmogło zainteresowanie ruchem korporacyjnym zarówno ustawodawców, jak i reprezentantów różnych zawodów. Reprezentanci profesji nie mających tradycji korporacyjnych upatrują szans nobilitujących w powołaniu samorządu. Pojęcie „zawodu zaufania publicznego” pojawia się w polskim prawodawstwie dopiero w 1997 r. w art. 17 ust. 1 Konstytucji. Mimo krótkiego okresu istnienia wzbudza wiele debat, jest przedmiotem badań opinii publicznej oraz nowych zamysłów prawnych. Do wymienianych cech profesji zaufania publicznego należą: istnienie samorządu zawodowego, konieczność profesjonalnej

wiedzy i wysokich standardów etycznych towarzyszących wykonywaniu zawodu oraz jego osobiste wykonywanie. Najpoważniejszy problem, jaki rysuje się na horyzoncie nadciągającej dyskusji, to relacje pomiędzy samorządami zawodowymi a ustawodawcami.

Powołanie i dobre relacje

Podczas senackiej debaty nad zawodami zaufania publicznego zanotowano wiele wypowiedzi (<http://www.senat.gov.pl/k5/agenda/seminar/a/020408.pdf>) przedstawicieli parlamentu, reprezentantów różnych zawodów oraz prawników. Przełożenie akcentów na regulacje prawne zawęży problematykę związaną z niektórymi zawodami. Dr Konstanty Radziwiłł zwrócił uwagę, że podczas dyskusji nikt z wcześniej zabierających głos nie wymienił powołania jako cechy zawodu zaufania publicznego.

Często pytam różnych ludzi jak rozumieją słowo „powołanie”. Piękne słowa usłyszałam przed laty od pewnego księdza, który definiował powołanie jako dar Ducha Świętego. Znany rzeźbiarz określił je jako wewnętrzny przymus wykonywania swego zawodu, nawet wbrew różnym przeciwnościom losu.

Niewątpliwie w słowo „powołanie” jest wpisana tajemnica jego powstania i trwania. Może właśnie owo powołanie jest tym, co pozwala na uzyskanie zaufania drugiego człowieka. Wiedza, osobowość, empatia, upływ czasu, pozytywne doświadczenia budują dobre relacje między lekarzem i jego pacjentem. Nie ma ustaw, dekretów, paragrafów, które mogą ustanowić istnienie zaufania.

Zastanowiłam się czy należy dodać słowo „publicznego” z powodu często

używania go w kontekście instrumentalnym. Zaufanie jest procesem, który buduje się w toku wzajemnych relacji międzyludzkich. Bardziej potrzebny jest czas, aby powstało zaufanie, niż ustawa. Nie można manipulować poglądami społecznymi przy tak delikatnej materii, jaką jest zaufanie, jedynym bowiem gwarantowanym rezultatem będzie zniszczenie owego zaufania.

Prawa i obowiązki

Raport CBOS z 2004 r. zatytułowany „Opinia społeczna na temat zawodów zaufania społecznego”, sygnowany przez Barbarę Badorę i Beatę Rogulską donosi, że „Wyniki badania dowodzą jednoznacznie, iż pojęcie *zawód zaufania publicznego* w opinii społeczeństwa kojarzy się przede wszystkim z zawodem wymagającym od wykonujących go osób specjalnych standardów etycznych, moralnych oraz wysokiej jakości usług. Natomiast obowiązkowa przynależność do korporacji zawodowej nie jest – w opinii publicznej – immanentną cechą tego typu zawodów. Opinia publiczna przychyliła się do postulatu ograniczenia kompetencji samorządów zawodowych i możliwie jak najszerszego nadzorowania ich działalności przez organy administracji rządowej”.

Za sprawą 980 osób odpowiadających na pytania ankiety i dwu autorek dowiedzieliśmy się nie tylko kto powinien nas nadzorować, ale i wytyczać standardy lekarskiego postępowania.

Autorki raportu donoszą: „W społeczeństwie przeważają opinie o konieczności ograniczenia uprawnień w kwestii określania zasad deontologii zawodowej (na rzecz niezależnych komitetów etycznych), przygotowania kandydatów do wykonywania zawodu zaufania publicznego, decydowania o dopuszczeniu do jego wykonywania oraz kontroli i oceny sposobu jego wykonywania”. Podejrzewam, że tygodnik „Wprost” jasnowidząco przewidział, czego będzie oczekiwało społeczeństwo w 2004 r., organizując z rocznym wyprzedzeniem konferencję zatytułowaną „Czy prawo jest nauką?”

Irytację jaką wywołuje opracowanie CBOS mogą ukoić trochę słowa wypowiedziane przez prof. Mariana Filara podczas tej konferencji: „Leninowska teza o tym, że nawet kucharka może rządzić państwem znalazła u nas wielu wdzięcznych epigonów będących przekonanymi, że kucharka może nie tylko tworzyć prawo, ale i je interpretować, a procesy te zależą wyłącznie od jej determinacji, sił kreatywnych lub wręcz od przekonania, iż czuje wolę Bożą. Przy takiej poetyce procesy tworzenia i in-

terpretacji prawa stają się w najlepszym razie sztuką (jeśli kucharka czuje wolę Bożą szczególnie intensywnie), w gorszym zaś zwykłym kuglarstwem, a czasem wręcz wulgarną hucpą”.

Zabiegiem socjotechnicznym mającym zastąpić dobre prawo i właściwy budżet jest eksponowanie wiadomości o przysługujących prawach z zaawansowanym niedostatkiem wiedzy o obowiązkach, jakie występują w procesie leczenia. Jak dalece proporcje są zwichnięte można przekonać się wpisując w wyszukiwarkę internetową hasło „prawa pacjenta” – otrzymamy informację o zasobach liczących 71 700 dokumentów. Wpisanie hasła „obowiązki pacjenta” wyświetli wiadomość, że istnieje zaledwie 114 dokumentów. Gdy pewnego razu zapytałam mojego wieloletniego pacjenta jak nazywają się leki, które zażywa, odpowiedział ze szczerym zdziwieniem karzącym tonem: „To pani doktor nie pamięta?”

Najlepsze prawa, największe fundusze, najbardziej oddani lekarze nikogo nie wyręczą z obowiązku troszczenia się o własne zdrowie w sposób aktywny. Jest kilka zadań, które każdy z nas musi odrobić osobiście. Niekiedy jest to przełknięcie leku, innym zaś razem gorzkiej pigułki prawdy.

krystyna.knypl@compinet.net.pl

Przychodzi lekarz do prawnika



Pytanie lekarza: Jakie przepisy regulują tworzenie list pacjentów oczekujących na świadczenie lecznicze?

Odpowiedź prawnika: Prowadzenie przez świadczeniodawców list pacjentów oczekujących na udzielenie świadczenia opieki medycznej regulują przepisy ustawy z 27 sierpnia 2004 r. o finansowaniu świadczeń opieki zdrowotnej ze środków publicznych (Dz. U. nr 210, poz. 2135) w art. 20-24.

Listy tworzone są jeżeli zapotrzebowanie na pewien rodzaj świadczeń medycznych przekracza możliwość ich bieżącej realizacji przez wybrany zakład lub jego komórkę organizacyjną (poradnię).

Wskazane wyżej przepisy w sposób szczegółowy ustalają, którzy świadczeniodawcy zobowiązani są do prowadzenia list pacjentów i jakie dane powinien ów dokument zawierać. Nie wprowadzają jednak wzoru formularza takiej listy.

Zgodnie z art. 20 ust. 4 ustawy zdrowotnej lista pacjentów oczekujących na świadczenie medyczne stanowi integralną część dokumentacji medycznej prowadzonej przez świadczeniodawcę, w związku z czym należy przypuszczać,

że wzór listy zostanie wprowadzony nowelizacją rozporządzenia ministra zdrowia z 30 lipca 2001 r. w sprawie rodzajów indywidualnej dokumentacji medycznej, sposobu jej prowadzenia oraz szczegółowych zasad jej udostępniania (Dz. U. nr 83, poz. 903).

Również w „Warunkach udzielania świadczeń opieki zdrowotnej” (§ 16 załącznika 20 do zarządzenia nr 5 Prezesa NFZ) stanowiących załącznik do umowy o udzielaniu świadczeń zdrowotnych jest mowa o obowiązku prowadzenia list osób oczekujących, zgodnie z obowiązującymi przepisami, jednakże i tu nie wskazuje się obowiązującego wzoru dokumentu.

Zgodnie z art. 20 ustawy lista oczekujących powinna zawierać n/w informacje:

- numer kolejny,
- datę i godzinę wpisu,
- imię i nazwisko pacjenta,
- numer PESEL, a w przypadku jego braku numer dokumentu potwierdzającego tożsamość świadczeniobiorcy,
- rozpoznanie lub powód przyjęcia,
- adres pacjenta, numer telefonu lub oznaczenie innego sposobu komunikacji ze świadczeniobiorcą lub opiekunem,
- termin udzielenia świadczenia,

- imię i nazwisko oraz podpis osoby dokonującej wpisu w kolejnej pozycji prowadzonej przez siebie listy oczekujących na udzielenie świadczenia,
- datę i przyczynę skreślenia z listy osób oczekujących na dane świadczenie.

W przypadku wystąpienia okoliczności uniemożliwiających zachowanie terminu wynikającego z listy oczekujących udzielający świadczenia ma obowiązek poinformować oczekującego o zmianie terminu i jej przyczynie, w każdy dostępny sposób, nawet w przypadku zmiany na termin wcześniejszy.

Zgodnie z art. 23 obowiązującej ustawy świadczeniodawca co miesiąc przekazuje właściwemu oddziałowi wojewódzkiemu Funduszu informację o liczbie oczekujących i średnim czasie oczekiwania na dane świadczenie opieki zdrowotnej.

opr. Katarzyna Słodka

Pytanie lekarza: Czy nowa ustawa farmaceutyczna zabrania lekarzowi (praktykującemu lub nie praktykującemu) pracować w firmie farmaceutycznej jako przedstawiciel medyczny?

Odpowiedź prawnika: Nowe prawo farmaceutyczne, tj. ustawa z 6 września 2001 r. Prawo farmaceutyczne (Dz. U. nr 126, poz. 1381) nie zawiera sformułowanego wprost zakazu pracy lekarzy w firmach farmaceutycznych. Zakazy tam zawarte odnoszą się jedynie do prowadzenia hurtowni farmaceutycznych i aptek, przy czym dotyczy to równoczesnego wykonywania praktyki lekarskiej. Ze względu jednak na wymóg bycia równocześnie farmaceutą wydaje się, że zakazy te, których omawianie w tym miejscu wykracza znacznie poza treść pytania, mieć będą znaczenia marginalne.

W odniesieniu do przedstawicieli medycznych ustawa wprost nie formułuje żadnych ograniczeń oprócz zawartego w art. 60 ust. 4 wymogu posiadania wystarczającej wiedzy pozwalającej na przekazywanie pełnej i ścisłej informacji o środku farmaceutycznym. Wyda-

Sprostowanie

Uprzejmie proszę o sprostowanie błędu jaki znalazł się w „GL” nr 4/2005 w artykule „Przychodzi lekarz do prawnika”. Jednym z pytań jakie lekarz zadaje prawnikowi jest **czas przechowywania dokumentacji medycznej, a szczególnie orzeczenia lekarskiego o braku przeciwwskazań zdrowotnych do kierowania pojazdami**. W odpowiedzi prawnik powołuje się na rozporządzenie ministra zdrowia i opieki społecznej z 30 czerwca 1999 r. w sprawie badań lekarskich osób ubiegających się o uprawnienia do kierowania pojazdami i kierowców. Powyższy przepis prawa jest nieaktualny od ponad roku, a zasady przeprowadzania badań lekarskich kandydatów na kierowców i kierowców, sposób postępowania z dokumentacją związaną z badaniami lekarskimi oraz wzory stosownych dokumentów reguluje rozporządzenie ministra zdrowia z 7 stycznia 2004 r. w sprawie badań lekarskich kierowców i osób ubiegających się o uprawnienia do kierowania pojazdami (Dz. U. nr 2, poz. 15).

Zgodnie z par. 17.1 cytowanego wyżej rozporządzenia lekarz jest obowiązany prowadzić dokumentację medyczną osób badanych w formie karty badania lekarskiego, której wzór określa załącznik do rozporządzenia oraz rejestr orzeczeń lekarskich. Do karty badania lekarskiego dołącza się wyniki konsultacji specjalistycznych i badań pomocniczych oraz kopię wydanego orzeczenia. Dokumentację medyczną, o której mowa w ust. 1, przechowuje się przez okres 20 lat. Zatem niezależnie od miejsca udzielania świadczeń zdrowotnych lekarz uprawniony do przeprowadzania badań lekarskich i wydawania orzeczeń lekarskich osobom ubiegającym się o uprawnienia do kierowania pojazdami i kierowcom jest zobowiązany do przechowywania tej dokumentacji medycznej przez okres 20 lat.

dr n. med. Ewa Wągrowska-Koski
konsultant krajowy w dziedzinie medycyny pracy

je się, że wiedzą taką dysponuje także lekarz. Zgodnie z treścią art. 61 ust. 2 ustawy prawo farmaceutyczne firma zatrudniająca przedstawicieli medycznych zobowiązana jest stworzyć dla nich system szkoleń.

Ustawa nie definiuje równocześnie pojęcia „przedstawiciel medyczny” ani nie określa zakresu obowiązków osoby zatrudnionej na takim stanowisku. Pojęcie to jest jednak w ustawie wielokrotnie używane, oprócz wskazanych już art. 60 ust. 4 i art. 61, wypada szczególnie zwrócić uwagę na treść art. 52 i 55, które to przepisy dotyczą reklamy środków farmaceutycznych. Zgodnie z dyspozycją art. 52 ust. 1 pkt 4 działalnością reklamową jest między innymi odwiedzanie przez przedstawiciela medycznego osób uprawnionych do wystawiania recept i prowadzących zaopatrzenie w produkty lecznicze. Zgodnie zaś z treścią art. 55 ust. 2 reklama nie może polegać na prezentowaniu między innymi środków farmaceutycznych przez osoby posiadające wiedzę medyczną. Zestawienie tych dwóch unormowań prowadzi zatem do wniosku, że lekarz może być przedstawicielem medycznym, ale będąc nim nie może prezentować produktów swojego pracodawcy, co wydaje się (przynajmniej zdaniem ustawodawcy) należeć do zasadniczych zadań przedstawiciela medycznego. Wypada podkreślić, że ta sama sytuacja dotyczy każdej osoby posiadającej wykształcenie medyczne, przy czym ustawodawca nie używa tu dookreślenia „wyższe” i nie definiuje tego pojęcia, co w konsekwencji prowadzi do wniosku, że również pielęgniarka nie może prezentować produktów leczniczych. Jeżeli zatem przedstawicielem medycznym nie będzie farmaceuta, to nie wydaje się realne spełnienie wymogu posiadania przez niego wystarczającej wiedzy, po najlepiej nawet prowadzonych kursach wewnętrznych.

Wydaje się, że powyżej wskazane unormowanie ustawy może budzić poważne zastrzeżenia, zarówno co do *ratio legis*, jak i w pewnej mierze wewnętrznej sprzeczności. Na marginesie można też rozważać zgodność tego typu unormowania z normami Konstytucji, gdyż stwarza to nieuzasadnione ograniczenie możliwości pracy dla osób posiadających wykształcenie medyczne. Jest ono tym bardziej nieuzasadnione, że zakaz prezentacji dotyczy wszelkich prezentacji – nie tylko o charakterze publicznym.

opr. Edyta L. Wędrychowska

Pytanie lekarza: Proszę o wyjaśnienie terminu „podwyższone ryzyko”. Proszę o odpowiedź, czy wykonanie znieczulenia ogólnego pociąga za sobą konieczność uzyskania pisemnej zgody pacjenta. Jeśli tak, to dlaczego?

Odpowiedź prawnika: W myśl przepisu art. 34 ustawy z 5 grudnia 1996 r. o zawodzie lekarza. (Dz. U. z 1997 r., nr 28, poz. 152 z późn. zm.) zgoda pacjenta, wyrażona w formie pisemnej wymagana jest w przypadku wykonywania zabiegu operacyjnego oraz przy zastosowaniu metody leczenia lub diagnostyki stwarzającej podwyższone ryzyko dla pacjenta.

Po stronie lekarza istnieje obowiązek udzielenia pacjentowi informacji o jego stanie zdrowia, rozpoznaniu, proponowanych oraz możliwych metodach diagnostycznych, leczniczych, dających się przewidzieć następstwach ich zastosowania albo zaniechania, wynikach leczenia oraz rokowaniu. Tylko wtedy zgoda pacjenta będzie niewadliwa, jeśli będzie miał on świadomość na co się go dzi. Na Pana pytanie trudno odpowiedzieć w sposób jednoznaczny. Pojęcie „podwyższonego ryzyka” nie jest zdefiniowane w ustawie; jest pojęciem nieostrym i przez to stwarza luz interpretacyjny. W związku z powyższym pomiędzy zabiegami o ryzyku przeciętnym a ryzyku podwyższonym nie da się wyznaczyć wyraźnej granicy.

W literaturze wskazuje się (zob. D. Dziubina: „Prawny charakter zgody pacjenta na zabieg leczniczy w świetle art. 192 Kodeksu karnego”, Cz.P.K., 2000, nr 2), że stopień ryzyka określonego zabiegu można określać jedynie w sposób subiektywny, tj. w

odniesieniu do konkretnego przypadku, biorąc pod uwagę stopień technicznego skomplikowania zabiegu, stanu fizycznego i psychicznego pacjenta, warunki, w jakich zabieg jest przeprowadzany oraz doświadczenie personelu medycznego. Jeżeli chodzi o informacje o ryzyku zabiegu, to ze szczególnym naciskiem podkreśla się, że idzie o ryzyko typowe, przeciętne, normalne, ale występujące w konkretnym przypadku, a nie typowe w ogóle, wyliczone statystycznie. Lekarz musi bowiem brać pod uwagę indywidualne warunki pacjenta, stan jego organizmu, ewentualne reakcje organizmu konkretnego pacjenta na zastosowaną metodę leczniczą. W doktrynie wskazywane jest, że przeciętne skutki zabiegu, to takie, które są pewne, konieczne, wysoce prawdopodobne.

opr. Magdalena Sender

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



WSZYSTKO O PRAWIE
medycznym i ochronie zdrowia

NIEZBĘDNE INFORMACJE
o prawie sanitarnym

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

SERWIS PRAWO I ZDROWIE

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

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

www.prawoizdrowie.pl
infolinia 0 800 120 188

 DOM WYDAWNICZY ABC

• **Polska pożegnała swojego Papieża.** Uroczystymi mszami, salwami artylerijskimi, „białymi” marszami, dźwiękami dzwonów, syren i klaksonów Polska pożegnała swojego Papieża. • **Wybrańcy Funduszu.** Łódzki oddział NFZ przeznaczył ponad milion zł na profilaktykę chorób układu krążenia wyłącznie u 35-, 45- i 55-latków. Pozostałe osoby (np. 46-, 56-latkowie) muszą za badania zapłacić z własnych kieszeni. To my od razu proponujemy ogólnopolską loterię „Wygraj badanie z NFZ!” • **Ustawa łamie konstytucję.** „Ustawa o ochronie pensji pracowników szpitali publicznych łamie konstytucyjną zasadę równości, gdyż chroni tylko jedną grupę pracowników” – uważa przewodnicząca senackiej Komisji Ustawodawstwa i Praworządności Teresa Liszcz. „Kali ukraść krowę – to dobrze, Kalemu ukraść krowę – to źle” – a to już z Henryka Sienkiewicza. • **300 pustych łóżek i 9 sal operacyjnych.** Budowany od ponad 20 lat szpital w Polanicy Zdroju powinien zostać jak najszybciej uruchomiony – uważa minister zdrowia Marek Balicki. Tymczasem szpital stoi pusty, a zakupionemu b. drogiemu sprzętowi będzie się kończyć okres gwarancji. Koszty budowy dolnośląskiej placówki przekroczyły już 200 mln zł. I niech ktoś teraz powie, że w służbie zdrowia nie ma pieniędzy... • **Czek dla prezesa NFZ.** Porozumienie Zielonogórskie (PZ) chce, by badania diagnostyczne nie były kontraktowane u lekarzy rodzinnych, ale bezpośrednio w laboratoriach. Przedstawiciele PZ złożyli w kancelarii prezesa NFZ symboliczny czek na 230 mln zł – tyle bowiem przeznaczono w kontraktach na 2005 r. na badania diagnostyczne. • **Samorządy prywatyzują szpitale.** Już kilkadziesiąt powiatowych placówek służby zdrowia działa w formie spółek prawa handlowego. Szefowie szpitali przekształconych w spółki są zadowoleni: dzięki prywatyzacji pozbyli się długów – pisze „Rzeczpospolita”. • **O tym jak w Polsce fabrykę osocza budowano...** W sprawie nieukończonej budowy Laboratorium Frakcjonowania Osocza w Mielcu tarnobrzeską prokuraturą przesłuchiwała w charakterze świadka Marka Siwca. Kredytujący budowę fabryki bank domaga się od skarbu państwa ponad... 14 mln dolarów. • **Szpital wygrał z NFZ!** W sporze krakowskiego szpitala im. Rydygiera z NFZ o zapłatę prawie 2 mln zł z tytułu realizacji tzw. ustawy 203 Sąd Najwyższy przyznał rację szpitalowi. • **Senat UM za połączeniem z „Matką Polką”.** Projekt włączenia Instytutu Centrum Zdrowia Matki Polki w Łodzi w strukturę

Staranności nigdy za dużo

10.11.02 r. wieczorem, w czasie imprezy rodzinnej, 75-letnia pacjentka doznała w wyniku pobicia urazu głowy, co demonstrowało się sińcem okularowym powiek górnych i dolnych obu oczu oraz krwiakiem policzka.

Jej córka wezwała karetkę z Działu Pomocy Doraźnej szpitala w N. (uprzedźmy, że wzywała karetkę jeszcze trzykrotnie). Przybyły lekarz (nadajmy mu kryptonim Lekarz Pierwszy) stwierdził powierzchowny uraz głowy w wyniku pobicia i nadciśnienie tętnicze. Po zaordynowaniu leków, pacjentkę pozostawił w domu.

Ponownie córka wezwała karetkę po czterech dniach z powodu „silnego bólu głowy”. Lekarz Drugi zanotował w karcie wyjazdu: „Pobita kilka dni temu. Krwiaki okularowe obu oczu, zasinienie policzka lewego, konsultowana przez chirurga. Dziś – ból głowy, źrenice równe, objawów oponowych nie stwierdza się. Nadciśnienie tętnicze (250/90 mm Hg).” Po podaniu leków ciśnienie krwi obniżyło się, mimo to wydane zostało skierowanie do szpitala.

15 listopada, o godz. 5.55, córka zadzwoniła na pogotowie po raz kolejny z powodu „wymiotów, duszenia i bólu w klatce piersiowej.” Lekarz Trzeci na podstawie wywiadu zanotował: „Pacjentka po przebudzeniu źle się poczuła, miała ból głowy, jeden raz zwymiotowała. Przed trzema dniami pobita – uraz głowy. Obecnie poprawa samopoczucia.” Zmierzył ciśnienie krwi (160/90 mm Hg), zbadał akcję serca (była miarowa 72/min.) i stwierdziwszy, że źrenice są równe, rozpoznał: „Stan po urazie głowy, nadciśnienie tętnicze” i napisał: „Wskazana diagnostyka w POZ”. Chociaż dysponował odpowiednim aparatem, nie wykonał EKG.

Tego samego dnia, o godz. 16, karetka przewiozła pacjentkę do izby przyjęć szpitala wojewódzkiego w N. Na początku badał ją Lekarz Neurolog i stwierdził stan po urazie głowy tydzień temu i występujące od tamtego czasu bóle i zawroty głowy oraz omdlenia. Wykonano badanie CT głowy. Później do diagnozowania zabrał się Lekarz Kardiolog. Wykonano badanie EKG (zapis zaginał), które wykazało cechy niedokrwienia ściany dolnej.

Po badaniu, około godz. 21, Lekarz Kardiolog wystawił skierowanie do szpitala wojewódzkiego w A. z prośbą o leczenie w tamtejszym oddziale kardiologicz-

nym z rozpoznaniem zasadniczym „stenokardia” i rozpoznaniem współistniejącym „stan po urazie głowy” oraz z adnotacją: „Chora nie wyraża zgody na hospitalizację w N., córka ze względu na miejsce swojego zatrudnienia w szpitalu w A. wyraża życzenie, by tam kontynuowano leczenie.” Pacjentka była hospitalizowana w A. od 15 do 24 listopada 2002 r., kiedy nastąpił jej zgon z powodu niewydolności krążeniowo-oddechowej w przebiegu zawału mięśnia sercowego.

*

Córka zawiadomiła OIL w N. o naruszeniu obowiązków przez lekarzy zajmujących się jej matką, zarzucając im: trzem lekarzom pogotowia – postawienie złej diagnozy, a lekarzom szpitala w N. – lekceważące traktowanie pacjentki. W takim stanie sprawy, Okręgowy Rzecznik Odpowiedzialności Zawodowej powołał biegłych lekarzy kardiologów.

Biegli wydali opinie, że nie było przekonywujących danych, by rozpoznać czy podejrzewać zawał mięśnia sercowego u pacjentki do 14 listopada 2002 r., a zatem postępowanie Lekarzy Pierwszego i Drugiego uznali za prawidłowe. Stwierdzili natomiast, że 15 listopada 2002 r. Lekarz Trzeci winien podjąć decyzję o przeprowadzeniu u niej pilnej diagnostyki kardiologicznej, przez badanie EKG i ewentualnie także o leczeniu w warunkach szpitalnych. Podstawę do tego dawała informacja o bólu w klatce piersiowej i duszności, zawarta w zleceniu wyjazdu karetki pogotowia (potem uzupełnili opinie, że stanowiły ją także informacje uzyskane od samej pacjentki w czasie wywiadu). Wcześniejsze przewiezienie do szpitala mogłoby zapobiec postępowi choroby i zmniejszyć ryzyko zgonu.

OROZ przesłuchał również córkę, która zeznała, że jej matka informowała Lekarza Trzeciego o bólu w klatce piersiowej, bólu głowy i nudnościach. Rzecznik na podstawie takiego materiału dowodowego zdecydował o postawieniu Lekarzowi Trzeciemu zarzutu nienależytej staranności w postępowaniu diagnostycznym (art. 8 Kodeksu Etyki Lekarskiej). Ten zaprzeczył zanie-

dbaniem w zakresie badania i wydanych zaleceń, ponadto stwierdził, że nie było danych wskazujących na potrzebę hospitalizacji z przyczyn kardiologicznych.

Wyjaśnił, że pacjentka spontanicznie nie zgłaszała bólu w klatce piersiowej, a zapytana o ten ból zanegowała jego występowanie. Wpisu o niewystępowaniu bólu w klatce piersiowej jednak nie dokonał. W związku z przebytem urazem głowy, widocznym krwakiem okularowym, wymiotami, bólem głowy i labilnością ciśnienia tętniczego podejrzewał powikłanie zaistniałych urazów i proponował przewiezienie na diagnostykę czaszki w warunkach ambulatoryjnych. Odmowy tego przewozu też nie odnotował w karcie informacyjnej ze względu na okoliczności wizyty – córka deklarowała bowiem, że jako pracownik służby zdrowia (rzeczywiście była pielęgniarką w szpitalu w A.) potrafi zaopiekować się matką i w razie pogorszenia jej samopoczucia wezwie karetkę, a w przypadku dobrego stanu matki – przeprowadzi badanie w warunkach ambulatoryjnych. Ten fragment wyjaśnień obwinionego córka skwitowała stwierdzeniem, że wszystkich pacjentów należy traktować jednakowo. Ostatecznie Lekarz Trzeci przyznał jedynie, że nie uzupełnił wystarczająco dokumentacji lekarskiej.

Sprawa skierowana została do Okręgowego Sądu Lekarskiego, który ukarał Lekarza Trzeciego upomnieniem, bo nie miał wątpliwości, że winien on podjąć decyzję o pilnej diagnostyce kardiologicz-

nej. Opinie biegłych w tym zakresie uznał za w pełni przekonujące. W tym zakresie sąd odmówił wiary wyjaśnieniom obwinionego w zakresie podania przez pacjentkę informacji o bólach w klatce piersiowej, a dał w tym zakresie wiarę zeznaniom córki. W zleceniu wyjazdu, w części dotyczącej wywiadu od chorej, brak było zapisu negującego dolegliwości bólowe w zakresie klatki piersiowej. Logiczne jest, że skoro takie dolegliwości podane były w wezwaniu karetki, to ich niewystępowanie winno być odnotowane w wywiadzie lekarskim. O tym, że takie dolegliwości występowały, świadczy też dalszy przebieg choroby pacjentki.

*

Moim zdaniem ze sprawy tej płyną następujące nauki. Lekarzu:

- Nie zaniedbuj nigdy wpisów w dokumentacji lekarskiej!
- Nie ufaj deklarowanej fachowości członków rodziny pacjenta, bo dla lekarza-ojca, czy pielęgniarki-matki jego najbliższy nie jest pacjentem, tylko krewnym!
- Nie sugeruj się tym, co widać na pierwszym rzut oka (na przykład sińce okularowe), bo to może zamazywać obraz występujących schorzeń, ale rozważ też inne potrzeby diagnostyczne pacjenta!

I wtedy masz po wielokroć większe szanse uniknięcia błędów w postępowaniu medycznym.

Jerzy Ciesielski, adwokat

„Panaceum”, 4/05

@sculap.pl

Goniec Medyczny

tury łódzkiego Uniwersytetu Medycznego został pozytywnie zaopiniowany przez Senat UM. • **Praca na 1/40 etatu.** Niektórzy lekarze ginekolodzy ze szpitala w Blachowni k. Częstochowy pracują na... 1/40 etatu. Dzięki temu mogą w szpitalu m.in. odbierać porody swoich prywatnych pacjentek.

Goniec Medyczny jest elektronicznym biuletynem informacyjnym, wysyłanym bezpłatnie raz w tygodniu na ponad 80 000 kont poczty elektronicznej polskich lekarzy i innych pracowników medycznych, zarejestrowanych w portalu Esculap.pl

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

Serdecznie zapraszamy.

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

Odsunąć Michałowicza!

Zygmunt Wiśniewski

Profesor Mieczysław Michałowicz, prezes Naczelnej Izby Lekarskiej sprzed wojny, cieszył się zasłużonym autorytetem i miał za sobą wsparcie swojej, sojuszniczej wobec PPR, partii.

Niekwestionowany był zwłaszcza autorytet Michałowicza jako lekarza pediatry, przez całe 20-lecie międzywojenne wykładowcy akademickiego i wychowawcy pokoleń polskich lekarzy. Miał za sobą lata wojny i okupacji, które heroicznie przetrwał w hitlerowskim obozie zagłady w Oświęcimiu.

Pracę lekarza i profesora łączył z działalnością społeczną i polityczną. W młodości członek PPS, w latach 1935-38 senator, w roku 1937 współorganizator i pierwszy prezes Klubu Demokratycznego, a w 1939 r. współzałożyciel i prezes Stronnictwa Demokratycznego. Po wojnie został prezesem Rady Naczelnej Stronnictwa Demokratycznego, posłem do Krajowej Rady Narodowej oraz sejmu w kadencji 1947-1952.

Zajmował wybitne stanowisko w polskiej hierarchii lekarskiej i akademickiej. Był też nietuzinkowym politykiem. Stronnictwo Demokratyczne, którego był prezesem, było wprawdzie tylko przybudówką w koalicji rządowej PPR i PPS, ale skupiało odłam inteligencji, która zdecydowała się na współpracę w parlamencie i w rządzie z komunistami. Musiano się z nim liczyć. Dlatego zapewne wyrok likwidacji, który wisiał nad izbami lekarskimi już od roku 1945, zaczęto realizować dopiero od września 1947 r.

Prof. Michałowicz musiał sobie здаwać sprawę z bezsily własnej i Naczelnej Izby Lekarskiej, po której lekarze oczekiwali obrony przed bezprawiem, jakie wobec nich stosowały izby skarbowe. Niewiele też mógł jako prezes, a od 1949 r. już tylko prezes honorowy Rady Naczelnej Stronnictwa Demokratycznego.

W połowie 1947 r. miał jeszcze możliwość publicznego wypowiadania swoich poglądów.

25 czerwca w sejmie, w debacie budżetowej, wystąpił w imieniu Stronnictwa Demokratycznego. Po omówieniu wkładu lekarzy w rozwój cywilizacji i przedłużenia życia ludzkiego zadał pytanie:

„Co w zamian otrzymuje lekarz od społeczeństwa, czy otrzymuje prawo do życia? Nie! Otrzymuje symbol. Otrzymuje symboliczne wynagrodzenie. Za 5-6 tys. zł wykwalifikowany chirurg pracuje po 18 godzin w swoim szpitalu, pracuje nad swoim biurkiem, nad pożyczoną książką, bo na kupienie własnej go nie stać. Co jeszcze otrzymuje lekarz? Prawo pariasa w hierarchii społecznej. Wszyscy robotnicy mają prawo zrzeszania się w związki zawodowe, tylko lekarze tego prawa praktycznie nie mają. Lekarzom pozostawia się łaskawe prawo należenia do związku personelu szpitalnego.(...) Ale wracajmy do budżetu. Budżet Ministerstwa Zdrowia musi być w dziedzinie uposażeń pracowników budżetem realnym, a nie symbolicznym. Uposażenia nie muszą być jałmużną.”

Tak ostro Mieczysław Michałowicz nie wypowiadał się dotąd nigdy, ani wobec Ministerstwa Zdrowia i rządu, ani wobec związku zawodowego. Ten „związek zawodowy personelu szpitalnego” – to oczywiście Związek Zawodowy Pracowników Służby Zdrowia, do którego wraz z „salowymi, kucharkami i szoferami” chciano zapędzić lekarzy. W tym czasie znikoma liczba lekarzy wstąpiła do tego związku, a nawet w latach pięćdziesiątych, kiedy innych związków poza ZZPSZ nie było,

procent „uzwiązkowienia” lekarzy, zawyżony w oficjalnych statystykach, nie przekroczył 50%.

Wystąpieniem sejmowym 25 czerwca 1947 r. Michałowicz dystansował się do Związku Zawodowego Pracowników Służby Zdrowia, którego prezesem był Jan Rutkiewicz. Nie było to wypowiedzenie wojny związkowi przez prezesa NIL, bo związek dawno już tę wojnę przeciwko izbie lekarskiej prowadził. Prof. Michałowicz zdeklarował w ten sposób, że nie będzie uczestniczył w demontażu izby lekarskiej. Postawa ta w niedługim czasie przyniesie mu utratę stanowiska prezesa NIL.

W tym miejscu trzeba wrócić do lipca 1945 r. i pierwszego powojennego posiedzenia Zarządu Naczelnej Izby Lekarskiej. W składzie zarządu pojawił się wtedy, z rekomendacji Ministerstwa Zdrowia, Jan Rutkiewicz. Ten lekarz, przedwojenny KPP-owiec, stał się po wojnie postacią, której się bano. Miał koneksje w kręgach partyjnych i rządowych. Piastował funkcję przewodniczącego ZG Związku Zawodowego Pracowników Służby Zdrowia. Władza stawiała na ten związek, ponieważ partia (PPR) w kręgach lekarskich była nieobecna. Związkowi wyznaczono więc rolę podporządkowania środowiska lekarskiego i medycznego w ogóle. Dr Jan Rutkiewicz rolę tę wykonywał bardzo gorliwie.

W roli komisarza partyjnego pojawił się w lipcu 1945 r. w zarządzie NIL. Jemu przypadło też niechlubne zadanie konia trojańskiego wprowadzonego do izb lekarskich.

W połowie 1947 r. prezesem NIL był jeszcze Mieczysław Michałowicz, ale już montowano przeciwko niemu fron-



dę. Na zjeździe izb lekarskich w Sopocie, 2 sierpnia 1947 r., przewodniczącemu izby w Sopocie, W. Chrzanowski, przypuścił atak na kierownictwo NIL pod hasłem „odmłodzenia i zastrzyku nowych sił.” Kierownictwo NIL, wybrane jeszcze przed wojną, nie składało się z młodzieniaszków. Prezes M. Michałowicz, wiceprezes W. Szenajch, sekretarz A. Huszcza, skarbnik K. Bacia byli w wieku mocno zaawansowanym. Ale w wystąpieniu Chrzanowskiego chodziło nie tyle o odmłodzenie, co o „upartyjnienie”. W Sopocie większość opowiedziała się wprawdzie po stronie Michałowicza, pojawiła się już jednak rozbijacka mniejszość. Na nią postawi władza w „porządkowaniu” izb lekarskich.

Zaczęto od Naczelnej Izby. 8 września odbyło się zebranie konstytucyjne Zarządu NIL. Na zebraniu tym dokonano wyboru nowych władz. Prezesem NIL wybrano Jana Rutkiewicza, a Mieczysława Michałowicza zredukowano do roli jednego z trzech wiceprezesów (obok profesorów Jerzego Jakubowskiego i Jakuba Węgierki).

Wybór był jednomyślny. Nie było to, jak można sądzić, wynikiem zastraszenia, bo terroru jeszcze wówczas nie stosowano, ale mogło się wziąć z kalkulacji lekarzy zainteresowanych obroną istnienia samorządu lekarskiego, że Rutkiewicz, członek PPR, człowiek ustosunkowany, uratuje izby lekarskie. Jeśli takie były nadzieje, to nie spełniły się. Jan Rutkiewicz nastąpił na stanowisku prezesa Naczelnej Izby Lekarskiej, aby ją zniszczyć. Takie miał zadanie, taką politykę realizowała PPR wobec wszystkich organizacji samorządowych. Jedyną organizacją miały być związki zawodowe podporządkowane dyrektywom partyjnym. O „słuszne interesy” lekarzy, podobnie jak całego środowiska medycznego, miał zadbać Związek Zawodowy Pracowników Służby Zdrowia.

W izbach lekarskich trwała gra pozorów. Przeprowadzono wybory do zarządów izb okręgowych, powołano sądy i rzeczników dyscyplinarnych. Działo się to w atmosferze roznoszących się wieści o rychłej likwidacji izb. Agonia trwać będzie do 18 lipca 1950 r., kiedy to sejm uchwali ustawę o „zniesieniu” izb lekarskich i lekarsko-dentystycznych. Określenie „likwidacja” zastąpił w ustawie eufemizm „zniesienie”. I to „zniesienie” świadczyło o zawstydzeniu władzy tym, co zrobiła z samorządem lekarskim.

Podmiotowość człowieka w okresie prenatalnym



Nawiązując do poprzednich publikacji na temat konferencji pt. „Pytania etyczne dotyczące biotechnologii prenatalnej” (25 XI 2004) pragnę udostępnić Czytelnikom streszczenie wykładu księdza profesora dr. hab. Tadeusza Biesagi SDB.

Jest dobrym zwyczajem, respektowanym we wszystkich krajach Europy, że w debatach bioetycznych uczestniczy osoba duchowna.

Z uwagi na szczególny czas, w jakim ostatnio żyjemy, uznałem za właściwe, aby tekst

Księdza Profesora został opublikowany teraz.

Jerzy Umiastowski

fot. Marek Stankiewicz

Ks. dr. hab. Tadeusz Biesaga, prof. PAT, kierownik Katedry Bioetyki Papieskiej Akademii Teologicznej w Krakowie, w referacie zatytułowanym *Podmiotowość człowieka w okresie prenatalnym* wyszedł od stwierdzenia, że współczesny rozwój biotechnologii nie tyle zagraża ludziom dorosłym, co istotom ludzkim przed ich urodzeniem. Stoiśmy bowiem przed niebezpieczeństwem użycia embrionu ludzkiego do produkcji specyfików technicznych i medycznych.

Referent krytycznie ocenił różne próby negacji podmiotowości embrionu ludzkiego, sformułowane m.in. w polskiej debacie zatytułowanej „Komórki macierzyste – życie za życie?” zorganizowanej w Ministerstwie Nauki i Informatyzacji w roku 2003 i 2004. Jego zdaniem propozycja potraktowania embrionu ludzkiego jako zmarłego dawcy organów jest błędna zarówno na terenie embriologii, jak i antropologii filozoficznej. Podobnie nie jest uzasadnione etycznie pozbawienie podmiotowości tzw. nadliczbowych embrionów w procesie zapłodnienia *in vitro* i sprowadzenie ich do biologicznego surowca na użytek laboratoriów.

Zdaniem Tadeusza Biesagi z punktu widzenia realistycznej antropologii personalistycznej, wszystkie deskryptywne, fenomenalistyczne czy funkcjonalistyczne definicje człowieka popełniają ten sam błąd traktując różnorodne cechy będące objawem natury ludzkiej jako pierwotne i konstytuujące istnienie ludzkie. Tymczasem jest odwrotnie. Dzięki zaistnieniu natury indywidualnej istoty ludzkiej możemy obserwować jej różnorodne przejawy, i to zarówno w okresie prenatalnym, jak i postnatalnym. W tym kontekście wszelkie kryteria rozwojowe (rozwinęty system nerwowy, mózg, świadomość, uczestnictwo w społeczeństwie i dba-

nie o swoje interesy) nie są definicją człowieczeństwa, lecz opisują człowieka w różnych sposobach ekspresji jego ludzkiej natury. Z tego względu nie do przyjęcia jest uzależnianie prawa do życia od etapu i stopnia aktualizacji człowieczeństwa.

Zdaniem prelegenta etycznie nie jest uzasadnione pozbawianie podmiotowości embrionu ludzkiego ze względu na postęp medycyny i tzw. dobro ludzkości. Przyspieszanie postępu nie może być bowiem dokonywane kosztem życia jakiejś grupy istot ludzkich.

Na zakończenie prelegent poszukiwał demokratycznych mechanizmów chroniących podmiotowość człowieka. Dostrzegł słabość demokracji w tym, że swoje prawa najskuteczniej mogą sobie wywalczyć pewne grupy broniące swoich interesów. Tymczasem słabsi i niezdolni do obrony mogą być wykorzystani dla tzw. dobra ludzkości.

Dla uniknięcia nowych form dyskryminacji pewnych grup ludzi demokracja powinna opierać się na podstawowych wartościach, wśród których prawo do życia powinno być niepodważalne. „Historia uczy – mówił Jan Paweł II w polskim parlamencie 11 czerwca 1999 r. – że demokracja bez wartości łatwo przemienia się w jawny lub zakamuflowany totalitaryzm.”



Prof. Wiktor Jędrzejczak
i ks. prof. Tadeusz Biesaga

REKLAMA

REKLAMA

Lubelscy lekarze obronili tytuł

16 i 17 kwietnia w olsztyńskiej hali „Uranii”, tej samej, w której wylewają litry potu największe sławy polskiej i światowej siatkówki, rozegrano V Międzynarodowe Mistrzostwa Polski Lekarzy.

Organizatorami imprezy były Okręgowa Warmińsko-Mazurska Izba Lekarska i Fundacja Jerzego Huberta Wagnera. Zawodom towarzyszyła kampania antynikotynowa skierowana do młodzieży. Na starcie stanęło dziewięć drużyn, w tym również siatkarze z Kaliningradu (Rosja).

Tytuł mistrzowski obroniła ekipa lubelska, która zdaniem niemal wszystkich obserwatorów była klasą dla siebie. W finale lubelscy lekarze pokonali kolegów z Częstochowy 2:0. Mistrzo-

wie Polski wystąpili w składzie: **Łukasz Matuszewski**, **Tomasz Wawrzak**, **Norbert Pietrzak**, **Tomasz Lübek**, **Bartek Żmigrodzki**, **Grzegorz Łoza**, **Janusz Martuła** i **Edward Otczenaszenko**. Zaś wicemistrzowie: **Robert Koper**, **Krzysztof Kaczmarek**, **Krzysztof Sidorowicz**, **Tomasz Pakulski**, **Maciej Mańczak**, **Krzysztof Deko**, **Łukasz Brycht**, **Marek Stępnia**k, **Rafał Napierała** i **Marek Komar**. Brązowe medale zdobył Olsztyn po zwycięstwie nad Warszawą. Kolejne miejsca zajęli: Katowice,



Pojedynek o brązowy medal

Kielce, Łódź, Bielsko Biała i Kaliningrad.

Najlepszym rozgrywającym turnieju został **Rafał Napierała** z Częstochowy, najlepszym atakującym **Jarosław Ciuńczyk** z Olsztyna, najwszechstronniejszym siatkarzem **Marek Kozłowski** z Warszawy. Prestiżową nagrodę dla najlepszego zawodnika mistrzostw odebrał **Edward Otczenaszenko** z Lublina.

ms



Kapitan lubelskich siatkarzy Tomasz Lübek

Wiosenne rewanże

Marcowy turniej o Puchar Przewodniczącego OIL w Krakowie jest okazją do wyrównania sportowych rachunków przez lekarzy koszykarzy po zeszłorocznych Mistrzostwach Polski będących częścią Ogólnopolskich Igrzysk Lekarskich.

Organizatorzy II już turnieju Maciek Jachymiak i Jacek Tętnowski, przewodniczący Komisji Kultury Fizycznej OIL w Krakowie, zaprosili do Zakopanego oprócz zeszłorocznych medalistów z Katowic i Warszawy, zeszłorocznego zwycięzcę lekarzy z Grodna, drużynę WAMoli (reprezentację lekarzy wojskowych), drużynę prawników z Katowic. Skład uczestników uzupeł-

Po niezwykle wyrównanej i sportowej walce udał się rewanż warszawiakom, którzy zakończyli turniej bez porażki, pokonując w eliminacjach Alicante 39:35 oraz Grodno 61:53, a następnie w półfinale WAMoli 54:42.

W finale przyszła pora na mistrza Polski z Katowic i zasłużone zwycięstwo 58:50. W warszawskiej drużynie występowali Tadeusz

Piotrowski, Grzegorz Dmistrak, Andrzej Zieliński, Rafał Nosek, Juliusz Sroczyński, Wojciech Król, Michał Klimkowski.

Trzecie miejsce przypadło lekarzom z Grodna po wygranej z WAMolami 53:42,

a piąte katowickim prawnikom. Najwartościowszym zawodnikiem turnieju został wybrany Wojtek Król z Warszawy, królem strzelców Ivan Rudakow z Gro-



Zamek pod bramką prawników

na, a turniej rzutów za trzy punkty wygrał Konstanty Dudek z Grodna.

w hokeju na lodzie rozegrany równolegle w Miejskiej Hali Lodowej w Nowym



Nasi w akcji

niła drużyna Alicante 2005 – lekarzy pozostałych izb, przypominająca swoją nazwą zbliżając się lipcowe Mistrzostwa Świata Medyków w Alicante (Hiszpania).



Mistrzowie z Warszawy

O odchodzącej zimie przypomniał uczestnikom pierwszy w historii dwumecz lekarzy z prawnikami

Targu. Nasi lekarze wygrali dwukrotnie, 12:5 i 8:2, prezentując na lodzie doskonałą formę i przypominając o dobrych czasach naszej narodowej reprezentacji.

Po 2 gole w pierwszym meczu strzelili Piotr Świsł, Witold Kalata, Dariusz Możdżeń, Sławomir Listopadzki, Jacek Krużel, a Adam Dyrda i Maciej Jachymiak po 1, a w drugim Szymon Fornagiel 2, Piotr Świsł, Adam Dyrda, Witold Kalata, Stanisław Sadowy, Krzysztof Miśkowiec, Jacek Krużel po 1 wspomagani przez Huberta Wolskiego i Roberta Krzystyniaka.



Uczestnicy turnieju

Krzysztof Makuch

Szlifowanie formy

Lekarze tenisiści już odmierzają czas do sierpniowych Mistrzostw Świata w Gdyni. Wypełniając kalendarz Polskiego Stowarzyszenia Tenisowego Lekarzy korzystają z każdej okazji do sprawdzenia sportowej formy.



Wmarcu tradycyjnie rozgrywane są Halowe Mistrzostwa Polski Lekarzy, tym razem w Gliwicach (3-6.03.2005 r.). I choć inicjatorem zawodów była Śląska Izba Lekarska, to szczególne słowa uznania należą się prezesowi Śląskiego Związku Tenisowego Wojciechowi Radomskiemu, organizatorowi i dobremu duchowi imprezy.

Miłym akcentem było wręczenie zasłużonym działaczom i sportowcom złotych odznak PSTL, które otrzymali: Bożenna Kędzierska, wielokrotna me-

dalistka mistrzostw świata; Józef Herman, organizator turniejów na Śląsku i utytułowany sportowiec; Janusz Malarski, działacz Łódzkiej ORL, świetny organizator i sportowiec.

Sporo czasu poświęcono organizacji Mistrzostw Świata i poszukiwań środków umożliwiających nie tylko sukces organizacyjny, ale również jak największy udział w imprezie polskich lekarzy. Obserwując wysoki poziom gliwickich mistrzostw o poziom naszych lekarzy możemy być spokojni.

mak



WYNIKI Panie – gra pojedyncza – do lat 40: 1. Widziszowska Agnieszka, 2. Hanak Katarzyna, 3. Koniuszy Wiola; **powyżej lat 40:** 1. Baszyńska Katarzyna, 2. Kędzierska Bożenna, 3. Banaś-Samson Renata i Palowska Regina; **debel:** 1. Widziszowska Agnieszka/Baszyńska Katarzyna, 2. Kędzierska Bożenna/Banaś-Samson Renata, 3. Rabińska Katarzyna/Palowska Regina i Hanak Wiola/Koniuszy Katarzyna. **Panowie – gra pojedyncza – do 35 lat:** 1. Krywiak Marcin, 2. Jędrzejewski Michał, 3. Szynglarewicz Bartek, **grupa 35 +:** 1. Wroński Marcin, 2. Polarczyk Andrzej, 3. Kowal Jacek i Stawicki Ryszard, **grupa 45 +:** 1. Jasiński Andrzej, 2. Rataj Bogusław, 3. Makuch Krzysztof i Polikowski Mariusz, **grupa 50 +:** 1. Hrynkiewicz Zdzisław, 2. Cieślak Zbigniew, 3. Migala Krzysztof i Jakubowski Adam, **grupa 55 +:** 1. Sobel Jerzy, 2. Rudziński Lesław, 3. Malarski Janusz i Sasin Jacek, **grupa 60 +:** 1. Pozowski Andrzej, 2. Prokopowicz Antoni, 3. Roman Kazimierz, **grupa 65 +:** 1. Kaczmarski Stanisław, 2. Herman Józef, 3. Stolarski Bogdan i Stemplewski Kadet; **debel grupa do 45 lat:** 1. Szynglarewicz Berek/Wroński Marcin, 2. Polarczyk Andrzej/Stawicki Ryszard, 3. Krywiak Marcin/Widziszowska Agnieszka i Sieroszewski Piotr/Słuzałec Wojciech, **Grupa 45 +:** 1. Głabisz Jerzy/Rataj Bogdan, 2. Iwaszko Marek/Malarski Janusz, 3. Jasiński Andrzej/Polikowski Mariusz i Cieślak Zbigniew/Sobel Jerzy, **grupa 60 +:** 1. Roman Kazimierz/Solarski Bogdan, 2. Herman Józef/Kaczmarski Stanisław, 3. Frenszkowski Zbigniew/Stemplewski Kadet i Pozowski Andrzej/Prokopowicz Antoni.

60 lat z książką medyczną

Kilka pokoleń lekarzy polskich korzysta z książek Wydawnictwa Lekarskiego PZWL

Jubileuszowy rok wydawnictwa lekarskiego PZWL (1945–2005)

Wydawnictwo Lekarskie PZWL jest obecne na rynku wydawniczym od 60 lat. Jest najstarszym i największym wydawnictwem medycznym w Polsce. Powstało w roku 1945 w ramach powołanego przez ministra zdrowia Wydziału Naukowo-Wydawniczego. Od roku 1949 decyzją ministra zdrowia działa samodzielnie jako Państwowy Zakład Wydawnictw Lekarskich, wydając książki i czasopisma naukowe, poradniki i filmy (od lat sześćdziesiątych). W 1993 r. zostaje przekształcone w spółkę pracowniczą – Wydawnictwo Lekarskie PZWL. Od roku 1998 należy do grupy PWN. W firmie pracują 63 osoby w działach: redakcji, produkcji, administracyjno-finansowym oraz handlu i marketingu.

Wydawnictwo Lekarskie PZWL wydaje książki dla całego środowiska medycznego – literaturę zawodową dla lekarzy, stomatologów, farmaceutów i średniego personelu medycznego, podręczniki akademickie i licencjackie oraz monografie, słowniki, leksykony, encyklopedie, poradniki medyczne oraz materiały dydaktyczne na CD (filmy instruktażowe, słowniki).

Stowarzyszenie Autorów Książek Medycznych uznało za najlepsze książki medyczne XX w. dwa dzieła wydane nakładem PZWL: Witolda Orłowskiego *Naukę o chorobach wewnętrznych* oraz Adama Bochenka i Michała Reichera *Anatomię człowieka – jedyny polski podręcznik anatomii wznawiany i aktualizowany od prawie stu lat*. Podczas 50 Międzynarodowych Targów Książki w Warszawie w dn. 19-22 maja br. w stoisku wydawnictwa nr 204 zostanie pokazana wystawa prezentująca historię wydań tego dzieła.

Z Wydawnictwem od początku współpracują najlepsi polscy lekarze, naukowcy, autorzy i tłumacze. PZWL utrzymuje też stały kontakt z najważniejszymi placówkami naukowymi, m.in. z Instytutem Onkologii, Instytutem Kardiologii, Instytutem Matki i Dziecka, Centrum Zdrowia Matki Polki, Centrum Zdrowia Dziecka, Instytutem Żywności i Żywienia, akademiami medycznymi oraz największymi wydawnictwami literatury medycznej w świecie, m.in. Masson z Francji, Georg Thieme Verlag, Springer-Verlag, Schattauer z Niemiec, Elsevier z USA i Wielkiej Brytanii, McGraw-Hill i Lippincott Williams & Wilkins z USA oraz Blackwell Publishing i Oxford University Press z Wielkiej Brytanii.

Dorobek wydawniczy PZWL jest ogromny – to ponad 12 tys. tytułów w łącznym nakładzie przekraczającym 313 mln egzemplarzy. Rocznie ukazuje się ok. 110 pozycji. W 2005 r. PZWL planuje wydać 130 książek (w tym 67 nowości) w nakładzie ok. 300 tys. egzemplarzy.

Wydawnictwo Lekarskie PZWL, pielęgnując tradycję oficyny państwowej, dba o wysoki poziom merytoryczny swoich publikacji, a jednocześnie wprowadza nowoczesne techniki zarządzania, promocji i produkcji książek. W 2005 r. ukaże się ok. 30 tytułów wydanych w technice cyfrowej (tzw. druk na żądanie) oraz film instruktażowy na CD do pierwszego polskiego podręcznika dla lekarzy rodzinnych *Medycyna rodzinna*.

Więcej informacji na temat książek wydawnictwa można znaleźć na stronie internetowej www.pzwl.pl i w Katalogu wydawniczym 2005.

60 LAT



Zjazdy koleżeńskie

Wydział Lekarski I Oddział Stomatologii AM w Gdańsku rocznik 1961-67

W dn. 2-4 września 2005 r. po raz kolejny organizujemy spotkanie koleżeńskie, tym razem w Grudziądzu. Zgłoszenia: **Wiesław Umiński, ul. Kalinkowa 21D/48, 86-300 Grudziądz**, tel.: praca (0-56) 45-02-300, kom. 0600-857-510, e-mail: wieslawuminski@poczta.onet.pl

Wydział Lekarski AM w Gdańsku rocznik 1969-75

W dn. 30 września – 2 października 2005 r. z okazji 30 rocznicy ukończenia studiów zjazd absolwentów w hotelu „Neptun” w Juracie. Komitet organizacyjny: Jolanta Golian, Maria Onasz-Manitius, Anna Raszeja-Specht. Wstępne zgłoszenia: **Jolanta Golian, ul. Lipnowska 18, 81-504 Gdynia**, tel. 0502-391-816, e-mail: jolantag23@wp.pl

Wydział Lekarski rocznik 1964-70 i Oddział Stomatologii rocznik 1964-69 AM w Poznaniu

25 czerwca 2005 r. z okazji 35 rocznicy ukończenia studiów, zjazd koleżeński. Koszt imprezy: część oficjalna – bezpłatna, bankiet – 120 zł. Informacje na stronie [www.: http://ampat.amu.edu.pl/zjazd.htm](http://ampat.amu.edu.pl/zjazd.htm). Zgłoszenia: **Janusz Szymaś, Katedra Patomorfologii Klinicznej, ul. Przybyszewskiego 49, 60-355 Poznań**, tel. (0-61) 869-14-98, fax (0-61) 869-15-09; **Andrzej Mańkowski, ul. Reymonta 17A/1, 60-791 Poznań**, tel. (0-61) 867-21-99.

Stomatologia AM we Wrocławiu rocznik 1973

Spotykamy się ponownie 4 i 5 czerwca br. we Wrocławiu. Prosimy o wiadomość i deklarację udziału w spotkaniu na adresy: **Ewa Pomiana-Minich, tel. (0-71) 364-57-10, Beta Lisiewicz-Rutanska (0-71) 346-41-42, 0508-353-246**. Bliższe informacje prześlemy pocztą.

Wydział Stomatologiczny AM we Wrocławiu rocznik 1975-80 oraz sympatycy

15 października 2005 r. spotkanie koleżeńskie z okazji XXV rocznicy ukończenia studiów. Opłata od osoby (absolwenta/osoby towarzyszącej) 200 zł. Wpłaty na konto Dolnośląskiej Izby Lekarskiej we Wrocławiu: 17-1540-1030-2001-7753-6075-0001 do 30 czerwca br., z dopiskiem „Zjazd Koleżeński 1980”. Panie prosimy o podanie nazwiska z okresu studiów i obecnego. Informacje: **sekretariat DIL we Wrocławiu, tel. (0-71) 798-80-50, e-mail: info@dilnet.wroc.pl**. Za Komitet Organizacyjny Elżbieta Brońska, Alicja Dziwiątkowska, Bożena Kłosińska, Andrzej Komorski, Barbara Kotowska

u.bakowska@gazetalekarska.pl

Zjazdy koleżeńskie w Internecie www.absolventus.pl

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

Diagnoza wstępna



Lekarze młodszego pokolenia zapominają o tym, że kiedyś się zestarzeją. Równie często ich starsi koledzy nie pamiętają, że jeszcze nie tak dawno byli młodymi, dopiero wchodzącymi w lekarskie życie ludźmi.

Obecny dramat młodych lekarzy, którzy nie mogą realizować swojego ustawowego obowiązku ustawicznego kształcenia, można śmiało porównać z dramatem odchodzącego na emeryturę ordynatora, któremu głodowy zasiłek nie gwarantuje zabezpieczenia podstawowych potrzeb.

Mija 15 lat od reaktywacji naszego samorządu. Lekarze uzyskali reprezentację, która, pomimo krytycznych głosów pod jej adresem, coraz lepiej służy lekarzom. Wiedzą o tym lekarze, którzy korzystali z pomocy korporacji często w swoich codziennych sprawach. Wiele słów uznania należy się tym, którzy przez kolejne lata pracy, poprzez kolejne kadencje stworzyli organizację służącą lekarzom. Wierzę, że będą tworzyli ją nadal.

Andrzej Ciołko

„Medicus” 4/2005

OIL w Częstochowie organizuje:

– **IV Ogólnopolski Rajd Rowerowy po Jurze Krakowsko-Częstochowskiej** w dn. 28-29.05.2005 r. połączony ze zwiedzaniem Jasnej Góry. Organizatorem jest lek. med. **Tomasz Klimza**, tel. 0691-488-383

– **IV Ogólnopolski Turniej Tenisa Ziemnego Lekarzy** w Częstochowie w dn. 16-19.06.2005 r. Organizatorem jest lek. stom. **Lesław Rudziński**, tel. 0691-913-381.

– OIL przewiduje także zorganizowanie **Złotu Motocyklistów dla Lekarzy szlakiem Orlich Gniazd**. Zainteresowanych prosimy o kontakt z organizatorem **Piotrem Koniecznym**, tel. 0601-458-915.

– Dodatkowych informacji udziela **Rita Idziak**, **Biuro OIL w Częstochowie**, tel. (0-34) 368-18-80, 324-76-19.

3 Mistrzostwa Polski Lekarzy w Kolarstwie Szosowym

odbędą się 21.05.2005 r. w Lublinie. Zawodnicy będą mieli do pokonania 30-90 km w zależności od kategorii wiekowej. Dzień wcześniej (20.05.) rozegrane zostaną 2 Mistrzostwa Polski Lekarzy w Jeździe Indywidualnej na Czas (10 km). Wszystkich chętnych prosimy o kontakt: **Krzysztof Matras**, tel. 605-084-016; **Mariusz Trus**, tel. 694-462-348; www.szosa.eu.org, kmatras@mp.pl

Rajd motocyklowy i rowerowy

Komisja Sportu Bydgoskiej IL organizuje w dn. 10-11.06.2005 r. Ogólnopolski Rajd na Orientację Medyków-Motocyklistów oraz w dn. 1,2,3.07.2005 r. Ogólnopolski Rowerowy Rajd Rodzinny „na orientację”. Szczegółowe informacje na stronie internetowej Bydgoskiej IL <http://www.bil.org.pl/>

VI Międzynarodowe Mistrzostwa Polski Lekarzy w Strzelectwie Myśliwskim Osie 2005

odbędą się w dn. 2-4.09.2005 r. tradycyjnie już na strzelnicy w Osiu – malowniczej miejscowości nad Zalewem Wdeckim w woj. kujawsko-pomorskim. Zgłoszenia (z pełnym adresem): LISTOWNIE – **Marek Jedwabiński**, **Klinika Ortopedii CM UMK w Bydgoszczy**, ul. M. Skłodowskiej-Curie 9, 85-094 Bydgoszcz, INTERNET – jedmar@ozzl.org.pl, TEL. (SMS) +48-601-993-222

Regaty Żeglarskie Mistrzostwa Polski Lekarzy w Klasie Turystycznej

Odbędą się w dn. 10-11.09.2005 r. w Giżycku (jezioro Kisajny). Koszt udziału 400 zł od załogi. Do 15.08. br. należy wpłacić 200 zł na konto OIL: 61-1140-1111-0000-3048-4600-1001, jako warunek przyjęcia do regat. Pozostałe 200 zł 11.09.br. przy pisemnym zgłoszeniu załóg w siedzibie komisji regatowej. Informacje i zgłoszenia (od 1.07.br. do 15.08.br.): **Biuro Okręgowej Warmińsko-Mazurskiej Izby Lekarskiej**, ul. Żołnierska 16 C, 10-561 Olsztyn, tel./fax (0-89) 539-19-29.

I Ogólnopolski Zlot Motocyklowy Lekarzy „DoktoRRiders” Pabianice 2005

odbędzie się w Pabianicach k/Łodzi w dn. 16-18.09.2005 r. W zgłoszeniu proszę wpisać: imię, nazwisko, datę urodzenia, adres zamieszkania, miejsce pracy, specjalizację oraz adres, telefon i e-mail kontaktowy, markę motocykla, rok produkcji, liczbę osób towarzyszących. Wstęp na teren zlotu tylko za zaproszeniami imiennymi! Termin zgłoszeń do 15.06.br. Termin rejestracji uczestników: 16.09.br., od godz. 12.00. Opłata 50 zł od każdego uczestnika (kierowca, osoby towarzyszące) na konto: PKO BP SA I Oddział w Łodzi: 98-1020-3352-0000-1602-0010-0362, z dopiskiem „Zlot motocyklowy”, do 15.06.br. Zgłoszenia: **OIL w Łodzi**, ul. Czerwona 3, 93-005 Łódź, tel. +48426831791 w. 120, e-mail: korc@oil.org.pl, www.oil.lodz.pl

Pielgrzymka do Hiszpanii i Portugalii

Komisja Kultury, Sportu i Turystyki OIL w Warszawie zaprasza lekarzy z całej Polski w dn. 23.09.-2.10.2005 r. na 10-dniową samolotową (samoloty Alitalii) pielgrzymkę do Hiszpanii i Portugalii, którą poprowadzi ks. Andrzej Otyszecki, duszpasterz służby zdrowia w Archidiecezji Warszawskiej. Cena 975 euro obejmuje przeloty do Madrytu, opłaty lotniskowe, zakwaterowanie w hotelach w pok. 2-3-osobowych z łazienką, wyżywienie, autokar klimatyzowany w Hiszpanii i Portugalii, pilota, ubezpieczenie. Centralnym punktem religijnym jest pobyt w Fatimie, a w bogatym programie również najwspanialsze zabytki i katedry Hiszpanii i Portugalii. Informacje i zgłoszenia: **OIL w Warszawie**, tel./faks (0-22) 822-36-86, e-mail: praca68@oil.org.pl

Mazurska Szkoła **Ultrasonografii i Ginekologii**. Kursy:

- **Kolposkopia z elementami cytologii** – kurs podstawowy i zaawansowany
- **Endokrynologia dla ginekologów**, cz. I i II
- **Patologia ciąży**, cz. I i II
- **Seksuologia dla ginekologów**

Szkolenia dają prawo do punktów edukacyjnych izby lekarskiej. Informacje i zapisy: tel. 504-075-804 lub tel./fax (0-87) 423-36-57, www.usg.pisz.pl, e-mail: usg@usg.pisz.pl, ul. Leśna 18, 12-200 Pisz, Marlena Boroń.

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

- **12-15.05. Jama brzuszna** – podstawowy
- **19-21.05. Ultrasonografia dopplerowska kończyn dolnych** – doskonalący
- **3-5.06. Ultrasonografia w pediatrii**
- **9-12.06. Ultrasonografia narządu ruchu**
- **16-19.06. Ultrasonografia dopplerowska** – podstawowy

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

- **14.05.** Warszawa. I Inauguracyjny Zjazd Naukowy Towarzystwa **Edukacji Terapeutycznej**. Informacje: Katedra i Klinika Chorób Wewnętrznych i Diabetologii AM (Szpital Bródnowski), ul. Kondratowicza 8, 03-242 Warszawa, tel./fax (0-22) 326-58-17 (c/o J. Tatoń).

ESDENT. Szkolenia dla lekarzy **dentystów**:

- **14.05. Nowe koncepcje ochrony miazgi. Argumenty za i przeciw stosowaniu podkładów. Współczesne podejście do leczenia odroczonego. Zakres usuwania zębiny próchnicowej. Przykrycie pośrednie miazgi. Zalety i wady poszczególnych materiałów do przykrycia bezpośredniego miazgi. Co nowego w kariologii? Rewolucja w leczeniu próchnicy zębów Czy każdy ubytek jest wskazaniem do jego opracowania i założenia wypełnienia? Jak przedłużyć trwałość wypełnienia? Jak postępować z pacjentami wysokiego ryzyka próchnicy? DIAGNodent i HealOzone w stomatologii**
- **21-22.05. Recydywy w leczeniu ortodontycznym**
- **28-29.05. Zajęcia warsztatowe z ergonomii pracy**
- **4.06. Odbudowa zębów bocznych wypełnieniami typu inlay/onlay**
- **18.06. Mikrochirurgia w praktyce**

- **25.06. Szlifowanie zębów pod koronę ceramiczną oraz wyciski protetyczne na fantomach. Warsztaty zajęciowe**
- Informacje i zapisy: Esdent, ul. Pomarańczowa 8, 54-058 Wrocław, tel. (0-71) 353-83-51, tel./fax (0-71) 354-02-17.

Abacus Biuro Promocji Medycznej Sp. z o.o. Konferencje:

- **14-15.05.** Warszawa. Kurs specjalistyczny: **Przewlekła choroba żylna kończyn dolnych**
 - **2-3.06.** Warszawa. VI Ogólnopolskie Sympozjum: **Blok Operacyjny – organizacja i funkcjonowanie**
 - **16-18.11.** Warszawa. X Ogólnopolskie Sympozjum Kierowniczej Kadry Medycznej: **Profilaktyka i zwalczanie zakażeń szpitalnych**
 - **listopad.** II Ogólnopolskie Sympozjum: **Oddział Intensywnej Terapii, Oddział Pooperacyjny – organizacja i funkcjonowanie**
 - **1-2.12.** Warszawa. VIII Ogólnopolskie Forum **Prawniczo-Medyczne**
- Informacje: Abacus Biuro Promocji Medycznej sp. z o.o., www.abacus.edu.pl, e-mail: abacus@abacus.edu.pl, tel. (0-22) 877-28-60, (0-22) 836-04-16, fax (0-22) 862-10-50

- **21.05., 10.09., 5.11.** Warszawa. Zakład Fizjopatologii Oddychania Instytutu Gruźlicy i Chorób Płuc, ul. Płocka 26 organizuje szkolenie: **Spirometria – zasady prawidłowego wykonania i interpretacji wyników**. 5 pkt. edukac. Koszt 300 zł. Informacje: (0-22) 431-22-23.

- **26-28.05.** Szczecin. Zakład **Periodontologii** Katedry Stomatologii Zachowawczej i Periodontologii PAM w Szczecinie organizuje kurs: **Chirurgia Słuzówkowo-dziąsłowa**. Informacje: Biuro Kursu „Dentimex” Andrzej Parzonka, tel. (0-91) 433-42-05.

Dolnośląska Szkoła **Ultrasonografii**. Szkolenia podstawowe:

- **30.05.-3.06. Cytologia onkologiczna w ginekologii. System klasyfikacji Bethesda** – kurs podstawowy
- **31.05-3.06. Diagnostyka USG narządów małych powierzchniowo leżących (ślinianki, gruczoł piersiowy, tarczycy)**
- **14-16.06. Kompleksowa diagnostyka gruczołu piersiowego**
- **13-14.06. Diagnostyka USG w pediatrii**
- **20-21.06. Diagnostyka USG w ginekologii i położnictwie**
- **20-22.06. Cytologia onkologiczna w ginekologii. System klasyfikacji Bethesda** – kurs doskonalący
- **21-24.06. Diagnostyka USG jamy brzusznej**
- **12-13.09., 21-22.11. Diagnostyka echokardiograficzna w pediatrii**

Informacje i zgłoszenia: Wrocławskie Centrum Promocji, ul. Śniadeckich 10, 51-604 Wrocław, tel. (0-71) 348-39-66,

0606-350-328, <http://www.usg.webd.pl/>, e-mail: r.baran@neostrada.pl, BZ WBK 6 o/Wro-claw 66-1090-2398-0000-0006-0802-9993

- **3-4.06.** Warszawa. Centrum Olimpijskie, PKOl, ul. Wybrzeże Gdańskie 4. Odd. W-ski PTMS, Fundacja Edu. Med. i Prom. Zdrowia, Centr. Ośr. Med. Sport. organizują Kongres Naukowy i Konferencję Naukowo-Szkoleniową: **Sport i aktywność ruchowa dzieci i młodzieży**. Zaproszeni do udziału lekarze wszystkich specjalności, lekarze i trenerzy olimpijcy, lekarze klubowi, trenerzy związkowi i klubowi itp., nauczyciele wf. Kom. org., ul. Marymoncka 34 (skr. 23), 01-813 Warszawa, tel./fax (0-22) 834-67-72, 834-04-31 wew. 404, tel. 0601-227-899, www.medsport.pl, e-mail: nauka@medsport.pl

- **3-5.06.** Ryto. PTS Koło Terenowe w Nowym Sączu, Komisja Stomatologiczna OIL w Krakowie, Wojewódzka Przychodnia Stomatologiczna w Krakowie organizują Konferencję **Stomatologów: Współczesne trendy w stomatologii praktycznej. 30-lecie kursów „Polski Południowej” i ich znaczenie dla polskiej stomatologii**. Informacje na stronie www.konferencja.fortuna.med.pl

- **4.06.** Warszawa. Sala Konferencyjna Novotelu, ul. 1 Sierpnia 1, godz. 9.30-17.00. Oddział Warszawsko-Otowski Polskiego Towarzystwa Chorób Płuc organizuje 2 sesję drugiej edycji Szkoły **Pneumonologii: Choroby śródmiąższowe płuc**. Wstęp bezpłatny, uczestnicy otrzymają punkty edukacyjne OIL. Informacje: Tadeusz M. Zielonka, zielonka@amwaw.edu.pl, tel. 0501-143-324; Jacek Jagodziński, tel. 0604-957-483, jacjagod@mediclub.pl; Sekretariat Oddziału, ul. Pasteura 10, 02-093 Warszawa, tel. (0-22) 822-30-71 w. 106, fax 822-12-24.

- **9-11.06.** Gdańsk (Centralne Muzeum Morskie Gdańsk-Ołowianka 9-13). VII Zjazd Polskiego Towarzystwa **Leczenia Oparzeń**. Organizator: Bałtyckie Centrum Leczenia Oparzeń przy Klinice Chirurgii Plastycznej AM w Gdańsku, ul. Dębinki 7, 80-211 Gdańsk, tel. +58 349-24-05, fax +58 349-24-50, e-mail: oparzenia_gda_2005@amg.gda.pl, www.oparzenia2005.valis.net.pl

- **10.06.** Gdańsk, AM, Collegium Biomedicum, ul. Dębinki 1, godz. 11.15. Komisja Biologii Starzenia PAN oraz Polskie Towarzystwo **Nefrologiczne**, Oddział Gdańsko-Pomorski organizują konferencję (wstęp wolny): **Problemy nefrologiczne wieku podeszłego**. Informacje: Katedra Histologii AMG, tel. (0-58) 349-14-30, fax 349-14-36, zkmiiec@amg.gda.pl

- **16-18.06.** Toruń. Katedra i Klinika Psychiatrii Collegium Medicum Uniwersy-

tetu im. M. Kopernika, Klinika Endokrynologii Ginekologicznej AM w Warszawie, Polskie Towarzystwo Seksuologiczne, Stowarzyszenie na Rzecz Przeciwdziałania Wykluczeniu Społecznemu Osób z Zaburzeniami Psychicznymi „MOST”, Komisja Zarządu Głównego PTP ds. Psychiatrii w Medycynie Ogólnej organizują IV Ogólnopolską Konferencję **Lęk i Depresja. Zdrowie Psychiczne Kobiet**. Zgłoszenia uczestnictwa wraz z kopią wpłaty do 1.06.br. (imię, nazwisko, adres miejsca pracy, nr telefonu, faksu, e-mail) na adres: Katedra i Klinika Psychiatrii, ul. Kurpińskiego 19, 85-096 Bydgoszcz, tel. (0-52) 585-40-39, fax 585-37-66, e-mail: kizpsych1@cm.umk.pl, z dopiskiem „IV Konferencja”. Opłata zjazdowa 250 zł do 15.05., 300 zł po 15.05.br. Konto Komitetu Organizacyjnego: Stowarzyszenie na Rzecz Przeciwdziałania Wykluczeniu Społecznemu Osób z Zaburzeniami Psychicznymi „MOST”, ul. Kurpińskiego 19, 85-096 Bydgoszcz, PKO BP S.A. I Oddział Centrum w Bydgoszczy 95-1020-1462-0000-7302-0102-7663. Za udział przewidziane są punkty edukacyjne. Kom. org.: przew. prof. dr hab. n. med. A. Araszkiewicz, z-ca przew. dr n. med. M. Płocka-Lewandowska, sekr. mgr E. Maludzińska, tel. (0-52) 585-42-86, skar. D. Cygan, tel. (0-52) 585-42-86.

- **16-19.06.** Wola Uhruska i Okuninka nad J. Białym. Kurs przygotowujący do wprowadzenia **systemu zapewnienia jakości w pracowni RTG** dla kierowników zakładów i pracowni rentgenowskiej oraz Seminarium szkoleniowe: **Kontrola jakości medycznych aparatów RTG**. Informacje: Wojewódzki Klub Techniki i Racjonalizacji, ul. Szewska 4, 20-086 Lublin, www.wktir.pl, info@wktir.pl, tel./fax (0-81) 532-13-39, 534-76-72, 743-67-49

- **18.06.** TWP Łódź, Piotrkowska 68, godz. 9.00-12.00, wykład: **Przegląd technik operacyjnych w chirurgii periodontologicznej**. Punkty edukacyjne, Rejestr podmiotów prowadzących doskonalenie zawodowe lekarzy i lekarzy dentyстів nr 59-0005/2005. 150 zł – konto 02-1240-3031-1111-0000-3426-6720. Informacje: tel. 633-15-00, tel./fax 637-11-04, e-mail: office@twp.lodz.pl, twp_lodz@poczta.onet.pl

- **24-25.06.** I Konferencja Naukowa Polskiego Towarzystwa Badań nad **Otyłością: Dystrybucja tkanki tłuszczowej – od patogenyzy do terapii**. Centrum Hotelowo-Kongresowe Gromada, ul. 17 Stycznia 32, Warszawa, www.ptbo1.viamedica.pl. Polskie Towarzystwo Patogenezy i Terapii Otyłości, Polskie Naukowe Towarzystwo Otyłości i Przemiany Materii. Kontakt: tel.: (0-58) 320-94-94 wew. 85 i 89, fax: (0-58) 320-94-59, e-mail: ptbo1@viamedica.pl

Centrum Edukacji **Ultrasonograficznej** CEDUS. Kursy szkoleniowe:

- **11-15.09., 13-18.11. Doppler**
- **24-27.11.** sympozjum **USG-MRI w ortopedii**
- **12-17.06.** (zaawansowany), **2-7.10., 4-9.12.** (zaawansowany). **Echokardiografia**
- **5-10.06., 16-21.10. Ortopedia i reumatologia**
- **21-25.09., 24-27.11.** (zawansowany). **USG brzucha**
- **15-20.05. USG narządów powierzchniowych**
- **USG w ginekologii i położnictwie**
- **8-11.09.** sympozjum **TARDA**

Uczestnicy otrzymują certyfikaty i punkty PTU i PLTR. Zajęcia w hotelu leczniczym w Ciechocinku. Informacje na stronie www.cedus.edu.pl lub bezpośrednio CEDUS: ul. Fałata 2/24, 02-534 Warszawa, tel/fax (0-22) 646-41-56, (0-22) 646-41-50, e-mail: kursy@cedus.edu.pl

Roztoczańska Szkoła

Ultrasonografii. Kurs:

- **15-18.09. USG w pediatrii i neonatologii.** Pełen kalendarz kursów, informacje i zapisy: na stronie www.usg.com.pl, tel. (0-84) 638-80-90, 638-55-12.

- **23-24.09.** Gdańsk. Ogólnopolska Konferencja Naukowa: **200 lat wychowania zdrowotnego w Polsce**. Komitet Organizacyjny: prezes Edward Grzegorz Ostrowski, „Oświata-Lingwista” Nadbałtyckie Centrum Edukacji Sp. z o.o.; prezes Józef Wiesław Cabała, Fundacja Oaza Zdrowia. Sekretariat konferencji: Ośrodek Doskonalenia Nauczycieli „Oświata-Lingwista” Nadbałtyckie Centrum Edukacji Sp. z o.o., ul. Gdyńskich Kosynierów 11, 80-866 Gdańsk, tel. (0-58) 346-35-56, tel./fax (0-58) 346-29-64, e-mail: odn-lingwista@wp.pl

- **Uwaga zainteresowani problemem dostępu naczyniowego!** W związku z ustaleniami jakie zapadły na konferencji w Bydgoszczy w dn. 5-6.11.2004 r. rozpoczynamy działalność **Klubu Dostępu Naczyniowego**. Ma on zrzeszać osoby zainteresowane dostępem do hemodializy, żywienia pozajelitowego i chemioterapii. Zapraszamy lekarzy, farmaceutów, pielęgniarki. Informacje na stronie internetowej: www.dostepnaczyniowy.pl. Wszelkie zapytania prosimy kierować do dr. med. Wojciecha Szczęsnego (wojszcz@interia.pl)

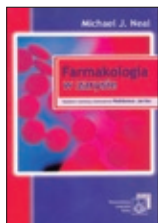
- Podyplomowa Szkoła **Medycyny Estetycznej** PTL ogłasza nabór do 2-letniego studium z zakresu medycyny estetycznej. Zgłoszenia są przyjmowane do 30.06.2005 r. Informacje: Sekretariat PSME, Al. Ujazdowskie 22 lok. 2, 00-478 Warszawa, tel. (0-22) 628-93-44, (0-22) 628-58-21, e-mail: medycyna.estetyczna@neostrada.pl, www.psme.waw.pl

opr. (u)

u.bakowska@gazetalekarska.pl

Wydawnictwo Lekarskie PZWL

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

**Farmakologia w zarysie**

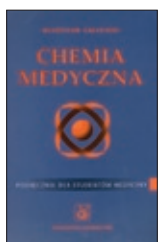
Michael J. Neal

Tytuł oryginału: *Medical Pharmacology at a Glance*

Z ang. tłum. zespół pod red. Waldemara Jańca

wyd. I, str. 100, ilustr. 45, c. kat. 64,00 zł

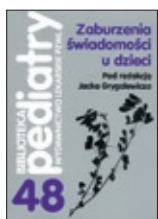
Podstawowe wiadomości z zakresu farmakologii. Rozdziały poprzedzają odpowiednie ryciny, obrazujące schematycznie takie problemy, jak: zasady działania leków, interakcje, podstawowe pojęcia z farmakokine-tyki, działanie poszczególnych grup leków, środków uzależniających i toksycznych. Treść każdego rozdziału może stanowić bazę godzinnego wykładu. Książka przede wszystkim przeznaczona dla studentów medycyny i nauk pokrewnych.

**Chemia medyczna**

Władysław Gałęsiński

wyd. I, str. 464, ryc. 67, wzory 142, tab. 33, układ okresowy pierwiastków, oprawa broszurowa, c. kat. 71,00 zł

Podręcznik zawiera zwięzłe i niezbędne wiadomości z zakresu chemii (części: I – chemię ogólną i termodynamiczną, II – chemię organiczną i statykę biochemiczną). Rozdziały kończą streszczenia, przykłady i sposoby rozwiązywania różnych zadań, a także pytania i odpowiedzi. Książka przeznaczona dla studentów med., stom., farm. i analityki med.

**Zaburzenia świadomości u dzieci****Wybrane zagadnienia**

pod red. Jacka Grygalewicz

seria: *Biblioteka Pediatri*

wyd. I, str. 144, ilustr. 7, tab. 15, c. kat. 39,00 zł

Omówiono mniej znane i trudne diagnostycznie przyczyny utraty przytomności, takie jak: urazy czaszkowe, choroby układu krążenia oraz wrodzone wady metaboliczne. Cenne są praktyczne wskazówki dotyczące postępowania z dzieckiem nieprzytomnym. Publikacja adresowana do lekarzy pierwszego kontaktu – pediatrów i lekarzy rodzinnych. Może być przydatna w pracy lekarzy pracujących w pogotowiu ratunkowym lub w szpitalnej izbie przyjęć.

**Onkologia****Podręcznik dla pielęgniarek**

pod red. Arkadiusza Jeziorskiego

wyd. I, str. 260, ilustr. 42, tab. 4, c. kat. 64,00 zł

Pierwsza na polskim rynku wydawniczym książka dotycząca kształcenia w zakresie opieki onkologicznej adresowana do pielęgniarek. Informacje z zakresu onkologii ogólnej, klinicznej i pielęgniarstwa onkologicznego są oparte na standardach postępowania diagnostyczno-leczniczego w onkologii oraz aktualnych zaleceniach krajowych i zagranicznych towarzystw lekarskich.

**Autyzm i zespół Aspergera**

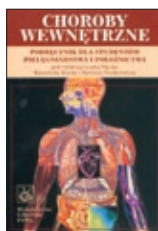
pod red. Uty Frith

Tytuł oryginału: *Autism and Asperger Syndrome*

Z ang. tłum. Beata Godlewska

wyd. I, str. 296, ilustr. 10, tab. 19, c. kat. 85,00 zł

Książka daje zwarty obraz zespołu Aspergera jako odrębnego wariantu autyzmu. Omówiono kryteria diagnostyczne ilustrując je opisami przypadków. Uzupełnienie stanowi analiza twórczości literackiej osób z zespołem Aspergera, przypominających osoby z autyzmem. Publikacja przeznaczona dla badaczy, terapeutów i klinicystów oraz dla rodziców i nauczycieli

**Choroby wewnętrzne****Podręcznik dla pielęgniarek i położnych**

pod red. Leszka Pączka, Krzysztofa Muchy

i Bartosza Foronowicza

wyd. I, str. 716, ilustr. 88, tab. 109, c. kat. 99,00 zł

Kurs interny w zakresie wykładanym na studiach licencjackich i magisterskich o specjalnościach pielęgniarstwo oraz położnictwo. Obejmuje tematykę z zakresu chorób układów: krążenia (w tym naczyn mózgu), oddechowego, pokarmowego, wydalniczego

i krwiotwórczego oraz chorób zakaźnych i tkanki łącznej, a także transplantologii, potraktowanej jako metoda leczenia schyłkowego niewydolności narządów. Końcowe rozdziały są poświęcone diagnostyce obrazowej i laboratoryjnej w chorobach wewnętrznych.

Choroby zapalne układu nerwowego u dzieci

pod red. Marka Kacińskiego

seria: *Biblioteka Pediatri*

wyd. I, str. 240, ilustr. 19, tab. 33, c. kat. 67,00 zł

Autorami są specjaliści pediatrii – neurolog, immunolog, neuropatolog, lekarz chorób zakaźnych. Omówiono zespoły zaburzeń neurologicznych o etiologii bakteryjnej i wirusowej, choroby neuroalergiczne oraz wynikające z upośledzenia odporności u dzieci. Duży nacisk położono na szybkie rozpoznawanie chorób na podstawie objawów klinicznych oraz badań obrazowych i laboratoryjnych. Przedstawiono również nowoczesne metody leczenia i zapobiegania przez czynne i bierne uodpornianie dzieci. Książka adresowana do lekarzy pediatrów, neuropediatrów, lekarzy rodzinnych i specjalizujących się w medycynie ratunkowej, a także do studentów medycyny zainteresowanych pediatrią.

**Język włoski dla pielęgniarek**

Jolanta Bielińska

wyd. I, str. 304, ilustr. 41, c. kat. 59 zł

Pierwszy na polskim rynku wydawniczym praktyczny podręcznik do nauki j. włoskiego dla pielęgniarek wyjeżdżających na kontrakty do Włoch. Przeznaczony dla osób, które opanowały już język w zakresie podstawowym i chciałyby poszerzyć swą znajomość o włoską terminologię medyczną. Oprócz bogatego słownictwa medycznego (anatomia, fizjologia, choroby i ich objawy, opieka i dokumentacja pielęgniarska) czytelnicy znajdą w niej użyteczne słownictwo dotyczące różnych dziedzin życia codziennego.

**Ponadto nadesłano:****Pomiary w ultrasonografii**

pod red. Wiesława Jakubowskiego

seria wyd. *Praktyczna Ultrasonografia*, t. VIII,Zamość 2004. **Wydawnictwo Roztoczańskiej Szkoły****Ultrasonografii**, ul. Chopina 3A, 22-400 Zamość, tel. (0-84)

638-55-12, 638-80-90, fax 638-80-92, e-mail: rus@roztocze.pl,

www.usg.com.pl, str. 208

Publikacja zawiera pomiary: wielkości struktur ośrodkowego układu nerwowego u noworodków, w prenatalnej echokardiografii, w położnictwie, w ginekologii, ślinianek przysusnych i podżuchwowych, tarczycy, węzłów chłonnych położonych powierzchownie, sutka, wątroby, pęcherzyka żółciowego, przewodów żółciowych, trzustki, pomiary śledziony, żołądka i jelit, w endosonografii dolnego odcinka przewodu pokarmowego, nerek i pęcherza moczowego, gruczołu krokowego, nadnerczy, jąder, tętnic szyjnych i kręgowych, naczyń krwionośnych trzewnych, tętnic nerkowych, naczyń krwionośnych kończyn dolnych, w echokardiografii pediatricznej, w echokardiografii dorosłych, w rozpoznawaniu i monitorowaniu leczenia dysplazji stawu biodrowego, narządu ruchu, w okulistyce, skóry.

**Dieta przyszłej matki****Poradnik dla kobiet w ciąży i karmiących piersią**

Arlene Eisenberg, Heidi E. Murkoff,

Sandee E. Hathaway B.S.N.

przedm. i konsult. n. prof. dr hab. n. med. Marian Krawczyński

kier. Kliniki Gastroenterologii i Chorób Metabolicznych Inst. Pediatrii AM w Poznaniu.

tłum. Agnieszka Jacewicz, Monika Rozwarszewska

wyd. I, Poznań 2004, **Dom Wydawniczy REBIS** Sp. z o.o.,

ul. Żmigrodzka 41/49, 60-171 Poznań, tel. (0-61) 867-47-08, 867-81-40,

fax 867-37-74, rebis@rebis.com.pl, www.rebis.com.pl, str. 280, c. 35 zł

Publikacja jest źródłem informacji na temat prawidłowego odżywiania się w okresie ciąży i karmienia piersią, m.in. zapotrzebowania na witaminy i inne składniki odżywcze pożywienia, kontrolowania za pomocą diety przyrostu masy ciała w czasie ciąży i spadku masy po porodzie, radzenia sobie ze stosowaniem diety najlepszej szansy w pracy, w domu, podczas podróży służbowej, a nawet na przyjęciu i w restauracji.

