

6 2005

Gazeta
Lekarska
ISSN 0967-2146
Pismo Izby Lekarskiej

A portrait of Bolesław Piecha, a middle-aged man with grey hair, wearing a dark suit, white shirt, and striped tie. He is looking directly at the camera with a slight smile. The background is blurred, showing green foliage and a window.

**Bolesław Piecha:
Styropianu
nie mam
w życiorysie**



Nosił wilk razy kilka

Francuzi odrzucili nowy traktat konstytucyjny Unii Europejskiej. A jeszcze przed chwilą prezydent Chirac złościł się, że to Polska się wychyla. No i kto tu pluje do zupy? Każdy Francuz dostał pocztą egzemplarz konstytucji. Trudny tekst ujęty w ponad 400 artykułach okazał się jednak dla wielu mało zrozumiały. To także skłaniało do głosowania „nie”. Ciekawe jak ten problem wkrótce rozwiążą nasi mistrzowie od socjotechniki.

Do Unii Europejskiej przystąpiliśmy, by razem zbudować wspólną przyszłość. Tego się nie da zrobić wiecznie walcząc o swoje prywatne interesy. Francuzi przestraszyli się konkurencji z nowych państw, nie chcą łożyć na ich rozwój i wyrównanie szans, nie chcą ograniczenia subsydiów europejskich dla własnego rolnictwa. Tam już dawno ludzie się przyzwyczaili, że co drugi dozorca domu mówi po hiszpańsku lub portugalsku. Ale diabli ich biorą, że ich bogaci rodacy przemieszczają swe fabryki na wschód, by tańszą siłą roboczą napchać sobie kieszenie. Standard życia przeciętnego Francuza znacznie się obniżył, a ich rozdęty do granic system socjalny jest zagrożony.

Prawo europejskie mówi jednoznacznie, że wszystkie 25 krajów muszą go ratyfikować, czyli można sądzić, że traktat już w tej chwili jest martwy. Po konstytucji nie ma co płakać, bo Unia przez długi czas radziła sobie bez niej. I będzie sobie radzić dalej, bo to nie brak ustawy zasadniczej jest jej głównym problemem, ale brak reform w gospodarce i sferze socjalnej. I na tym trzeba się skupić, jeśli nie chcemy zostać z tyłu nie tylko za USA, ale też Chinami. W Polsce jest wystarczająco dużo do zrobienia i zarobienia, potrzeba tylko mądrych rządów, mniejszych podatków i dobrej motywacji. Zachód będzie jeszcze pisał nie tylko o hydrauliku z Polski, ale i o lekarzy. Jak na razie „Gazeta Lekarska” aż kipi od ofert pracy na terenie Unii. Oby więc naszego uniesienia po fiasku euroreferendum nie można było nazwać inaczej, jak tylko cielejącą radością.

Marek Stankiewicz
naczelnny@gazetalekarska.pl

W NUMERZE

między innymi

Okiem Prezesa	5
Styropianu nie mam w życiorysie	6-8
Czym się różni majster?	10-11
Co dalej ze specjalizacjami?	11
Ustawa pod sąd	12
Gdyby nie było generyków	14,15,17
Przewlekłość postępowania	16
Przychodzi lekarz do prawnika	26-27
Ciężkie życie prawdy	30-31
Europejski Kodeks Etyki Lekarskiej. Utopia czy realność	32
Doping, doping, doping	34-35
Moje spotkania z Ojcem Świętym Janem Pawłem II	36-37
Czy reakcjonista może być lekarzem?	38-39
Lekarski sport	40-41
Kalendarz – kursy, szkolenia, zjazdy	42-43
Książki nadesłane	44
Konkursy, ogłoszenia różne	45-59

Solidarnie upomnijmy się
o nasze prawa! – tabela 21-22

Biuletyn NRL

„Gazeta Lekarska” w Internecie
www.gazetalekarska.pl



Zyta Gilowska:
Zabieram zabawki i wychodzę
fot. Marek Stankiewicz

Komunikat Kanclerza Kapituły Odznaczenia *Meritus Pro Medicis*

Szanowne Koleżanki, Szanowni Koledzy

Pragnę poinformować, że 13 maja br. odbyło się w siedzibie Naczelnej Izby Lekarskiej posiedzenie członków Kapituły Odznaczenia. Celem spotkania było omówienie i rozpatrzenie nadesłanych uwag i propozycji zmian do Regulaminu nadawania odznaczenia *Meritus Pro Medicis*. Po ich rozważeniu nie stwierdzono obecnie potrzeby wprowadzania zmian w Regulaminie. Zdecydowano kontynuować gromadzenie uwag i postanowiono podjąć dalsze decyzje o zmianach Regulaminu po zebraniu większego doświadczenia.

Jednocześnie zwracam się do wszystkich członków samorządu lekarskiego i zapraszam do nadsyłania kandydatur osób, które w szczególnie sposób zasłużyły się dla naszego samorządu.

Wnioski o nadanie odznaczenia mogą składać członkowie i organy izb lekarskich. Odznaczenie zaś może być przyznawane lekarzom i lekarzom denty stom oraz innym osobom szczególnie zasłużonym dla samorządu lekarskiego.

Wnioski o nadanie odznaczenia można pobrać ze strony internetowej Naczelnej Izby Lekarskiej: <http://www.nil.org.pl/xml/nil/odznaczenia/mpm>

Wypełnione wnioski należy nadsyłać na adres: **Naczelna Izba Lekarska, ul. Sobieskiego 110, 00-764 Warszawa**, z dopiskiem na kopercie *Meritus Pro Medicis* lub urszula.rolczyk@hipokrates.org. W związku z tym, że Kapituła Odznaczenia będzie jeszcze w tym roku rozpatrywać wnioski, aby móc wręczyć odznaczenia podczas obrad VIII Krajowego Zjazdu Lekarzy w Warszawie, proszę o nadsyłanie wniosków w terminie **do 30 września 2005 r.**

Zbigniew Czernicki

Kupon konkursowy

Fundacja „Promocja Zdrowia” wraz z Naczelną Radą Lekarską organizuje w ramach akcji „**Rzuć palenie razem z nami**” konkurs dla lekarzy chcących zerwać z nałogiem palenia tytoniu. Jeżeli przestał(a) Pan/Pani palić tytoń w ciągu bieżącego roku, to prosimy przesłać wypełnioną kartę na adres: **Naczelna Izba Lekarska 00-764 Warszawa, ul. Sobieskiego 110**, z dopiskiem „*Rzuć palenie razem z nami*”.

Do wygrania zdrowie, a także nagroda główna – wycieczka zagraniczna. Prosimy o wpisanie poniżej swoich danych. Wyniki konkursu podamy do wiadomości publicznej, a zwycięzców powiadomimy listownie. Ewentualne zapytania prosimy kierować do organizatorów (**Klaudiusz Komor, tel. 608-365-164**).



Przestałem(am) palić tytoń w dniu

kod pocztowy miejscowość

imię i nazwisko płeć: (M) (K)

data urodzenia województwo

adres tel.

Podanie danych osobowych jest warunkiem uczestnictwa w konkursie. Dane zostaną wykorzystane wyłącznie do publikacji imienia i nazwiska uczestnika wraz z nazwą miejscowości w przypadku wygranej i do przekazania nagrody.



Czy lustrować lekarzy?

Jestem za permanentną lustracją lekarzy, którzy niezależnie od czasów, w których przyszło im działać, zachowują się nikczemnie. Jestem za rozliczeniem tych, którzy wyrządzają swemu środowisku trwałe szkody, a zwłaszcza tych, którzy z niskich pobudek krzywdzą swoich pacjentów i ich rodziny oraz wydają fałszywe świadectwa zdrowia i przyczyniają zgonu z chęci zysku lub przypodobania się władzy.

Jestem zdania, że lekarzowi w żadnym przypadku nie wolno stosować zasady „jaka płaca, taka praca”, bo – czyż trzeba ciągle o tym przypominać, że ani w minionym, ani w obecnym ustroju żaden chory nie odpowiada za to, że lekarze są przez polityków niedoceniani, a ich praca źle, nawet skandalicznie nisko opłacana?!

Jestem natomiast przeciw lustracji, która miałaby na celu wymienianie z nazwiska lub wymuszanie publicznej spowiedzi tylko na tych spośród nas, którzy do 1989 r. (czy tylko?) ze strachu, z oportunistów, a nawet dla kariery skarżyli i donosili na kolegów do tajnych służb czy też różnych szczebli władzy PRL-u.

Przed napiętnowaniem w czambuł wszystkich przypadków donosicielstwa powstrzymuje mnie współczucie jakie żywię dla istot słabych i kalek.

Ludźmi donoszącymi dla kariery (czy pieniędzy) głęboko gardzę. Niemniej spuściłabym na tego typu zachowanie zasłonę – nie tyle miłosierdzia, co zdrowego rozsądku – ponieważ upublicznianie donosicielstwa (z różnych przyczyn) tych lekarzy nie skruszy, nie zawstydzi (pozwolę sobie w tym miejscu przywołać swoją wypowiedź, drukowaną w „GL” nr 10/2003, str. 36, pt. „Sumienie czyste, bo nie używane” i, co najważniejsze, nie zmieni (!), a smród z otwartego szamba nas wszystkich zacządzi.

Z poważaniem

Janina Rościszewska-Krawczyk
specjalista chorób dzieci
Kraków

Już wiadomo, kiedy odbędą się wybory parlamentarne i prezydenckie, ale zupełnie nie sposób przewidzieć, na co po tych wyborach można liczyć w ochronie zdrowia. Jedną z partii, która najprawdopodobniej będzie tworzyć koalicję rządową, opowiada się za powrotem do państwowego systemu ochrony zdrowia finansowanego z budżetu (chyba nie do zrealizowania w praktyce). Druga zaś głosi, choć nieśmiało, hasła liberalizacji i decentralizacji obecnego systemu. Jak te dwie koncepcje pogodzić? Aż strach pomyśleć – kompromisem wydaje się być... Narodowy Fundusz Zdrowia, tak ukochany przez środowiska medyczne. Marnie także rysują się perspektywy większego zaangażowania obywateli w wysiłek poprawiania ich zdrowia poprzez wprowadzenie dopłat do świadczeń i do ubezpieczeń zdrowotnych (tak dobrze funkcjonujących przecież w wielu krajach).

Wybory przed nami, ale już dziś rozpoczynamy przygotowania do kontraktowania świadczeń zdrowotnych na następne lata. Do negocjacji ogólnych warunków umów zasiadają po raz pierwszy po jednej stronie stołu przedstawiciele NFZ, po drugiej zaś przedstawiciele świadczeniodawców (w liczbie... 19 organizacji). Czy „nasza” strona tych negocjacji będzie potrafiła dogadać się między sobą? Jako prezes Naczelnej Rady Lekarskiej wystosowałem zaproszenie do wspólnego przygotowywania stanowisk wobec NFZ do wszystkich pozostałych uczestników rozmów. Czy ta operacja się uda? Będzie to sprawdzian naszej dojrzałości, a stawka jest duża. Ustalane zasady mają obowiązywać przez najbliższe dwa lata (2006-2007).

Negocjacje w toku, a tymczasem NFZ bierze się za ordynowanie leków przez lekarzy. Trudno oprzeć się wrażeniu, że w niektórych województwach sprawdza się, ile jeszcze mogą lekarze wytrzymać. I żeby być dobrze zrozumianym: nie chodzi mi o to, aby odmawiać NFZ-owi prawa do kontroli. Jesteśmy pod lupą, bo w końcu przepisując leki wystawiamy czeki na pieniądze, i to spore. Tam, gdzie dochodzi do nadużyć, należy spodziewać się kar. Trudno jednak zaakceptować praktyki obciążania lekarzy kosztami refundacji leków wydanych z aptek prawdziwym i prawdziwie chorującym pacjentom tylko dlatego, że w historii choroby nie zaznaczono liczby przepisanych opakowań, a nazwę miasta lub ulicy na receptę wpisano powszechnie używanym skrótem. Trudno także uznać praktyki odmawiania lekarzom prawa do wypisania zniżkowej recepty w sytuacjach, kiedy ministerialni urzędnicy wydali przepisy nie pasujące do praktyki medycznej (np. schizofrenia oporna na leczenie nie zdefiniowana w żadnym podręczniku psychiatrii). Samorząd lekarski nie godzi się na takie postępowanie.

Wybory do organów izb lekarskich w rejonach wyborczych w pełni. W niektórych regionach kraju są duże problemy z frekwencją. Tam, gdzie wybory dochodzą do skutku, rzadko słychać poważną debatę na temat zadań naszego samorządu w nadchodzącej kadencji. Na ogół na zebraniach nie pojawiają się najzagorzalsi krytycy władz samorządu i większość dotychczasowych działaczy otrzymując mandat delegatów na okręgowe zjazdy lekarzy uzyskuje absolutorium ze swojej aktywności. Szkoda, że przynajmniej część aktywnych malkontentów nie stara się o wybór – samorząd byłby żywszy. Ale cóż, tak to bywa w życiu publicznym, że łatwiej jest podejmować krytykę z pozycji z zewnątrz, niż samemu spróbować sprawdzić się w praktyce społecznego działania.

Akcja zbierania podpisów pod obywatelskim projektem ustawy o zasadach finansowania doskonalenia lekarzy i lekarzy dentystów trwa. Również w tym numerze „Gazety Lekarskiej” można znaleźć tabelkę do zbierania podpisów (str. 21). Dziękując tym, którzy aktywnie włączyli się do akcji (rekordziści zbierają ponad 150 podpisów!), apeluję do pozostałych o dołączenie (jeśli już naprawdę nie ma się możliwości zbierania podpisów, to apeluję o przysłanie chociaż swojego podpisu). Jeśli gromkim, solidarnym głosem nie upomnimy się o swoje sprawy, to naprawdę trudno będzie oczekiwać, że ktoś zrobi to za nas. A zatem, do dzieła! Wykorzystajmy pogodę, spotkania towarzyskie, długie weekendy do zachęcania rodziny i znajomych do złożenia podpisów. Pokażmy, że jest nas dużo i mamy siłę – może zaprocentuje to także w przyszłości.

Konstanty Radziwiłł

Styropianu nie mam w życiorysie

Z **Bolesławem Piechą**, posłem Prawa i Sprawiedliwości
rozmawia Marek Stankiewicz

• *Ma pan jeszcze czas na medycynę?*

– Coraz mniej, ale to chyba zrozumiałe, że praca poselska, tak w Warszawie jak na Śląsku, wypełnia prawie całkowicie mój czas. We wszystkim, co robię, chcę być odpowiedzialny.

• *Cieszy się pan, że lewica już wkrótce rozstanie się z władzą?*

– Władza dla polityka jest imperatywem, od którego nie ma ucieczki. Tylko u władzy można skutecznie realizować swoje plany i zamierzenia. Inaczej polityk ma szansę zostać najwyżej wieszczem, mistykiem czy sztandarowym cierpiętnikiem za miliony. W każdym parlamencie powinna być również dobra opozycja, bo nie ma ludzi nieomylnych. Na lewicy są również ciekawi i kompetentni ludzie, jak choćby poseł Socjal-

demokracji Polskiej Władysław Szkop, którego bardzo cenię za takt, kulturę i wiedzę. Spierałem się z nim

nieraz, i to ostro, ale chciałbym, żeby cała lewica była taka jak on.

• *A z Mariuszem Łapińskim też się dobrze rozmawiało?*

– Nie, bo on nie słuchał. Ja nigdy nie starałem się podnosić alarmu o jakieś pojedyncze przypadki, że ktoś gdzieś jest chory i cierpi dodatkowo z powodu braku właściwej pomocy. To jest sprawa lekarzy, organizatorów na niższym szczeblu, czy wreszcie prokuratury, ale nie polityka w parlamencie.

• *Co najbardziej podczas swoich rządów zepsuła lewica?*

– Wszystko, co jest możliwe. Zaproponowała nowy kierunek, co było jej świętym prawem. Ale już sposób, w jaki go realizowała i chaos, jaki temu towarzyszył, zrobiły swoje. Ustawa o Narodowym Funduszu Zdrowia i prawo farmaceutyczne z urzędem rejestracji leków to tylko te najbardziej istotne przykłady.

Zamiast szumnie głoszonej początkowo kompetencji i normalności, wprowadziła do parlamentu i rządów ogromny ładunek buty, arogancji i niełiczenia się z ludźmi, którzy mieli inny pogląd. Lewica Leszka Millera przede wszystkim napadła na stanowiska i zaczęła sprzątać w kasach chorych, a w parlamencie robić ustawy pod określonych ludzi.

• *Ale mówi się, że i na prawicy nie brakuje takich, którzy wszystko i zawsze wiedzą lepiej...*

– Wie pan, partia musi być wyrazista w swoich propozycjach. Język, jakim zwraca się do obywatela, musi być zrozu-

miał, nawet jeśli są to tylko hasła. Ale jeszcze ważniejsze jest zaplecze eksperckie, jakie każda partia musi zbudować, w oparciu o kompetencje, a nie legitymacje partyjne. Dziś, po czterech latach posłowania, współpracuję w sprawach ochrony zdrowia z ludźmi z różnych sektorów. Są wśród nich lekarze i pielęgniarki, profesorowie i szefowie klinik, ekonomiści, specjaliści od zarządzania. Dzięki temu, że nie hołduję dogmatom, ani ja nie jestem sam, ani PiS.

• *Chce pan powiedzieć, że te zastępy doradców będą wspierać wasz pomysł na budżetowy system finansowania ochrony zdrowia? Przecież rynek i budżet to są dwa skrajne sposoby myślenia o zdrowiu publicznym...*

– Wcale nie. Kraje skandynawskie, Wielka Brytania, Hiszpania, Kanada wybrały inny sposób finansowania, który nie wyklucza rynku silnie regulowanego. Nie sądzi pan chyba, że wrócimy do czasów sprzed Bismarcka, kiedy leczył się ten, kto miał pieniądze, a kto ich nie miał, to szedł do lazaretu prowadzonego najczęściej przez zakonnicę. Wszędzie rynek i budżet się ze sobą miesza, któryś z nich mniej lub bardziej dominuje. Kto chce mieć większe gwarancje dla swego zdrowia niż te podstawowe, ubezpiecza się dodatkowo.

• *To teraz zejdźmy na ziemię. Od czego chcecie zacząć, po objęciu władzy?*

– My w zasadzie tak naprawdę nie wiemy, co się w tym systemie dzieje. Nikomu przez wiele lat nie zależało na zbilansowaniu tego systemu. Narzędzia do policzenia są, tylko albo z nich nie korzystano, albo używano ich wyrywkowo. Jak się zmieniał minister, to i zmieniały się narzędzia. W pierwszym roku trzeba zbilansować świadczenia zdrowotne, policzyć je i określić ile kosztują w oparciu



o uzyskane wyniki oraz uporządkować system świadczeniodawców...

REKLAMA

• ***Co pan ma na myśli?***

– Trzeba określić koszyk świadczeń gwarantowanych, czyli co się obywatelowi należy, za co zapłacą finanse publiczne, a za co zapłaci sam z własnej kieszeni. To jest trudne, ale konieczne.

• ***Czyli bez wyraźnego oddzielenia ról usługodawcy i płatnika nie ma mowy o naprawie systemu?***

– Nie, bo wtedy cele i oczekiwania nie są jasne. Kwitną wtedy grupy interesów, w zależności od tego, kto jest bliżej informacji, ten więcej zgarnie ze stołu z pieniędzmi.

Pilnym zadaniem jest uporządkowanie sprawy szpitali. Wszystko się w Polsce zmieniło od 1989 r. oprócz szpitali. Kolejne gabinety zapisywały w swoich programach sieć szpitali, ale żaden tego nie zrobił. Potrzebna jest zmiana ustawy kompetencyjnej, która, według nas, określi tylko jeden, regionalny szczebel, czyli marszałek województwa będzie właścicielem sieci szpitali. Szpital nie może być tylko lazaretem z ambicjami, bez sprzętu i możliwości diagnostycznych.

• ***No to powiaty nie będą miały powodu do radości...***

– Bo ich kompetencje nie są tak wyraziście określone, jak zadania gminy czy centrum. Na dobrą sprawę ani powiat, ani województwo nie wiedzą, co robić. A jak się już dowiedzą, to tylko tyle – ile mają zapłacić. Samorząd powiatowy i gminny powinien odpowiadać tylko za zorganizowanie warunków do funkcjonowania dobrej, podstawowej opieki zdrowotnej i ambulatoryjnej opieki specjalistycznej.

• ***Czy w ogóle taki ruch jest zgodny z prawem?***

– Wg prawników parlamentarnych jak najbardziej. To nie jest jakaś nacjonalizacja, tylko przekazanie kompetencji pomiędzy samorządami. Nie da się stworzyć sieci szpitali w oparciu o bardzo dziwne niekiedy interesy różnych powiatów.

• ***Jakie dziwne interesy?***

– Każdy zarząd powiatu będzie utrzymywał szpital za wszelką cenę i robił

dokończenie na str. 8

REKLAMA

Styropianu nie mam w życiorysie

dokończenie ze str. 7

wszystko, byle by ten szpital pozostał, czy w formie spółki, czy będzie miało sto czy pięćset łóżek. Bo bez szpitala powiat, w polskim mniemaniu, traci prawo bytu.

• A centrum? Czym miałyby się zajmować?

– Urzędami centralnymi, ministerstwem zdrowia, klinikami i instytutami naukowymi. Włączyć się musi również państwo.

• Ile tego państwa ma być w zdrowiu? Wasz naturalny sojusznik na prawicy Platforma Obywatelska za najpilniejsze uważa zbudowanie zupełnie innego nadzoru z wykorzystaniem RUM-u oraz ustalenie limitów i ograniczników popytu, a dopiero potem budowanie podstaw do spokojnej i ewolucyjnej reformy. To jak to się da pogodzić?

– Państwo musi być dziś obecne w prawie, szkoleniu lekarzy, pielęgniarów itp., określeniu sieci szpitali. RUM jest również wśród naszych priorytetów. Ja jednak nie uważam, że jak zrobimy informatykę, to mamy czas, bo możemy się obudzić w rozgardiaszu organizacyjnym z następną furą długów. W 2006 r. na pewno nie da się ruszyć Narodowego Funduszu Zdrowia, bo byłoby to skrajnie nieodpowiedzialne. Prawo i Sprawiedliwość nie będzie majstrować przy instytucji płatnika ani przy algorytmie rozdziału środków na regiony w 2006 r.

Bolesław Piecha, 51 lat, spec. ginekolog położnik. W latach osiemdziesiątych był zajęty wyłącznie pracą zawodową. Od 1994 r. był radnym w Rybniku, potem dyrektorem szpitala specjalistycznego, gdzie połączył 5 obiektów w jeden i zakończył trwającą ponad ćwierć wieku budowę. Do polityki – jak sam mówi – trafił trochę przypadkowo. Wybory w 2001 r. wygrał z trzeciego miejsca na liście Prawa i Sprawiedliwości, która jest jego pierwszą w życiu partią, choć zaraz po studiach w Śląskiej Akademii Medycznej związał się z NSZZ „Solidarność”. Żonaty, ma troje dzieci.

Rolę płatnika i kontrolera racjonalnego wydawania środków publicznych przez wojewodę przejmie budżet państwa.

• A niewidzialna ręka rynku nie zbawi służby zdrowia?

– Ta ręka na razie doprowadziła do wzrostu hospitalizacji o 40%, do zaniechania wykonywania badań w POZ i odsyłania do szpitali. Nie wspomnę już o stomatologii i kompletnym zlekceważeniu obowiązku dbałości o uzębienie dzieci i młodzieży.

• A limity? Przecież szpitale biją się o to, by robić jeszcze więcej operacji i procedur, zwłaszcza tych nowoczesnych...

– Trzeba uprościć system kontraktowania. Dzisiaj w szpitalach kontraktujemy poszczególne procedury, których większość, np. 80-85%, dziś wymienionych w katalogu świadczeń można w przyszłości pominąć, włączając je do budżetu szpitala. Pozostałe zaś, procedury wysokospecjalistyczne trzeba wystandaryzować, policzyć dokładnie i objąć szczególną kontrolą, lekarską i finansową. W ten sposób unikniemy różnych dziwnych zdarzeń, np. „epidemii” amputacji kończyn, które bardziej opłacają się niż leczenie farmakologiczne stopy cukrzycowej. Nie będzie epidemii zapaleń płuc czy biegunk z odwodnieniem u dzieci, bo to się nie będzie opłacać.

• Czy te 80-85% środków nie będzie czasem rozdzielane spod dużego palca?

– Nie sądzę, bo nikt nikogo nie będzie hospitalizował na siłę.

• Niektórzy twierdzą, że leki wykończą każdy system, również i wasz...

– Musimy oprzeć się na generykach, ale jeśli nie wpuścimy leków innowacyjnych, to nie pójdziemy za postępem w medycynie.

• Ale PO twierdzi, że każda wizyta u lekarza czy wykup leków, to kolejne zdarzenie gospodarcze...

– Zgoda, ale pewnych zdarzeń nie da się przewidzieć i za nie zapłacić. Po to jest budżet i dyrektor, który nim zarządza. W zasadniczej części płacenia za świadczenia zdrowotne trzeba odejść od

płacenia za konkretną usługę - więcej budżetu, mniej *fee-for-service*.

• Dobrze, ale społeczeństwo przyzwyczaiło się, że „to mu się należy”...

– Należy mu się usługa ratująca życie w ratownictwie medycznym, hospitalizacja z tym związana i dostęp do podstawowej opieki medycznej. Ale np. alloplastykę stawu biodrowego można zaplanować i wykonać zgodnie z kolejką.

• Co zrobicie, żeby lekarze i pielęgniarki lepiej zarabiali?

– Trzeba na to zdobyć środki i skierować je do budżetu. Wszyscy wiedzą, że teraz płacimy 8,5% składkę zdrowotną, ale mało kto wie, że płacimy jeszcze jedną – 2,45%. Ta składka trafia do ZUS-u i jest związana ze zwolnieniami lekarskimi, rentami czy turnusami rehabilitacyjnymi. To jest integralna część ochrony zdrowia. Ta składka nie pracuje na niczyją emeryturę.

Okazuje się, że w ostatnich latach w Polsce absencja chorobowa w przeliczeniu na jednego obywatela i renta spada. Dzisiaj te niewykorzystane środki to 3-4 miliardy złotych. Te pieniądze muszą częściowo trafić do opieki zdrowotnej na podniesienie płac i przeciwdziałanie deprecjacji finansowej fachowych pracowników ochrony zdrowia, a nie np. zakupienie jeszcze jednego tomografu komputerowego, bo tak chce starosta, którego podeszli lekarze z rady powiatu.

• Gdyby pan był ministrem zdrowia, pozwoliłby pan specjalizować się wszystkim lekarzom i lekarzom denty stom?

– Dzisiaj ta reglamentacja rezydentur staje się czymś karykaturalnym. Przecież w ustawie o zawodzie lekarza zapisano, że mamy permanentnie podnosić swoje kwalifikacje. Jeżeli taki standard przyjąłoby, to państwo musi to sfinansować.

• Czy zdrowie jest priorytetem w polityce Prawa i Sprawiedliwości?

– Tak. I to wcale nie dlatego, że dzięki zdrowiu wygrywa się wybory, ale dlatego, że lekceważąc zdrowie publiczne błyskawicznie traci się poparcie, kiedy się zaczyna rządzić. Główną troską PiS jest pacjent-obywatel i jego sprawliwy dostęp do świadczeń zdrowotnych.

rozmawiał Marek Stankiewicz

Czym się różni majster?



Ryszard Kijak

Może w innych branżach nie, ale w medycznej – jak najbardziej. Bo w polskim systemie zdrowotnym możliwe jest każde wynaturzenie. Także i takie.

foto: Marek Stankiewicz

Miesięczne wynagrodzenie początkującego lekarza po stażu podyplomowym, specjalizującego się w ramach rezydentury, wynosi czasem więcej niż wynagrodzenie jego kierownika specjalizacji z drugim stopniem i kilkunasto- lub kilkudziesięcioletnim stażem pracy zawodowej. Albo jest tylko minimalnie niższe.

Wskazanie urzędowe

Na mocy § 32 ust. 4 rozporządzenia ministra zdrowia z 6 sierpnia 2001 r. w sprawie specjalizacji lekarzy i lekarzy stomatologów (Dz. U. nr 83/01, poz. 905) stawka rezydentka (brutto i bez dyżurów) wynosi 70 proc. przeciętnego miesięcznego wynagrodzenia w sektorze przedsiębiorstw (bez wypłat nagród z zysku za rok poprzedni). Podlega zatem corocznej rewaloryzacji, w przeciwieństwie do płac pozostałych lekarzy. Za etaty rezydentkie płaci Ministerstwo

Zdrowia. Obecnie, od 1 stycznia 2005 r., jest to kwota 1637 zł. Z tego można wywnioskować, że co najmniej tyle – według rządu – powinien zarabiać lekarz.

Jest to decyzja w pełni świadoma i chwalebna. Kilka lat temu, gdy ustalano wysokość wynagrodzenia rezydenta, byłem świadkiem dyskusji na ten temat prowadzonej w Ministerstwie Zdrowia. Celem wyznaczenia 70-procentowego (a nie niższego) odniesienia tej kwoty do przeciętnego wynagrodzenia w sektorze przedsiębiorstw było właśnie wysłanie publicznym placówkom opieki zdrowotnej wyraźnego i jednoznacznego sygnału, że zarobki znajdującego się na najniższym szczeblu hierarchii służbowej lekarza rezydenta należy traktować jako punkt odniesienia przy ustalaniu zakładowych tabel płac w stosunku do pozostałych lekarzy. A stawki asystenta i starszego asystenta powinny wynosić odpowiednio więcej niż stawka rezydentka określona w cytowanym rozporządzeniu.

W ten sposób – z pełną premedytacją – Ministerstwo Zdrowia wyznaczyło minimalny poziom zarobków lekarzy. Zabrakło jednak ciągu dalszego, czyli wydania w tym zakresie przepisów, które zobowiązywałyby samodzielne zakłady publiczne do respektowania tego minimum. W tej sytuacji, lekarzom, których wynagrodzenie nie mieści się w tej kwocie, lub jest do niej zaledwie zbliżone, pozostaje tylko zawstydzenie dyrekcji swojej placówki, że płaci im mniej albo tyle samo, ile zarabiają rezydenci (lub też niewiele więcej), albo też – za radą OZZL – wystąpienie na drogę sądową.

Żenujące różnice

Nie można dłużej tolerować takiej sytuacji, jaka ma miejsce np. w województwie podlaskim. Według zestawienia sporządzonego przez Okręgową Izbę Lekarską w Białymstoku w mar-

cu br. miesięczne pobory asystenta w białostockim Szpitalu Miejskim (brutto, bez wliczania dyżurów) wynoszą 1370 zł (o 267 zł mniej niż zarabia rezydent!), starszego asystenta, czyli specjalisty z drugim stopniem – 1422 zł (o 215 zł mniej od rezydenta!), a zastępcy ordynatora – zaledwie... 1985 zł, a więc tylko o 348 zł więcej.

W Szpitalu Powiatowym w Kolnie asystent zarabia brutto zaledwie 1455 zł (co stanowi netto 918 zł!), w Łapach 1514 zł, w Dąbrowie Białostockiej 1570 zł, w Grajewie 1588 zł, w Wojewódzkim Szpitalu Zespolonym w Białymstoku 1567 zł, a więc daleko im do poziomu rezydenta. To tylko najbardziej drastyczne przykłady.

Przeciętne wynagrodzenie starszych asystentów na Podlasiu jest co prawda wyższe niż rezydentów, ale różnica jest wprost żenująca. Zarobki starszego asystenta w Wojewódzkim Szpitalu Zespolonym w Łomży przekraczają jedynie o 172 zł stawkę rezydentką, w WSzZ w Suwałkach – o 196 zł, w WSzZ w Białymstoku – o 260 zł, w Szpitalu Powiatowym w Kolnie – o 118 zł, w Łapach – o 146 zł, w Wysokiem Mazowieckiem – o 281 zł, a w Siemiatyczach – o 306 zł.

Ponieważ są to dane średnie (bowiem w grupie starszych asystentów znajdują się zarówno specjaliści zarabiający więcej od rezydentów, jak i mniej), już teraz dochodzi do absurdalnych sytuacji, kiedy kierownik specjalizacji jest wynagradzany niżej niż jego specjalizant rezydent. Za rok-dwa, wskutek corocznej rewaloryzacji, pobory rezydentkie zrównają się ze średnimi stawkami specjalistów z drugim stopniem, a potem tylko patrzeć, jak je przewyższą.

Do sądu o korektę

Tabele płac zakładów opieki zdrowotnej nie zachowują żadnych przyzwoitych proporcji, które by uwzględ-



nys: Małgorzata Gnyś

niały wykształcenie, staż pracy, doświadczenie zawodowe, czy przydatność lekarza w danej placówce. Czy przez to wymienione wyżej wartości są właściwie promowane? Czy jest to skuteczna metoda na zniechęcenie specjalistów do ucieczki za granicę? Wreszcie, czy jest to jakakolwiek motywacja do bardziej wydajnej pracy?

Kilkudziesięcio- lub kilkusetzłotowe różnice są wręcz symboliczne. A już płacenie lekarzom poniżej zarobków rezydenta to prawdziwy skandal. Dlatego OZZL opracował wzór pozwu w sprawie uzyskania odszkodowania za zaniżenie płacy i – tym samym – ustalenia właściwej wysokości wynagrodzenia, które – biorąc za punkt wyjścia płacę rezydencką – powinno wynosić w przypadku lekarza bez specjalizacji co najmniej 1637 zł, w przypadku lekarza z pierwszym stopniem – 2300 zł, a w przypadku lekarza z drugim stopniem – 3000 zł brutto. Pomijając dyżury.

Roszczenie oparte jest przede wszystkim o art. 78 par. 1 Kodeksu pracy: „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”, oraz o art. 11², 11³ i 18^{3a}, mówiące o zasadzie równego traktowania pracowników i o zakazie dyskryminacji. Z pozwem mogą wystąpić wszyscy ci lekarze, którzy zarabiają mniej lub tyle samo albo niewiele więcej niż rezydenci, w zależności od stanowiska, na którym są zatrudnieni.

Oczywiście, działanie to w żaden sposób nie jest wymierzone przeciwko lekarzom rezydentom. To bardzo dobrze, że – jak na obecne warunki – zarabiają „aż” tyle. Jednocześnie to bardzo źle, że zarabiają zaledwie tyle. Ale jeszcze gorzej, gdy specjaliści zarabiają tyle samo co oni.

OZZL zakłada, że wynagrodzenie rezydentów jest po prostu minimalnym wynagrodzeniem, jakie może otrzymywać lekarz. W związku z tym niedopuszczalne jest, aby asystentom płacono mniej lub tyle samo, a starszym asystentom – niewiele więcej. Mimo całego szacunku dla kolegów lekarzy rezydentów, majster musi jednak zdecydowanie różnić się wynagrodzeniem od swojego czeladnika. Bo jeśli nie, to po co by mu było zostawać majstrem?

Co dalej ze specjalizacjami?

17 maja 2005 r. w siedzibie Naczelnej Izby Lekarskiej odbyło się spotkanie przedstawicieli towarzystw medycznych i konsultantów krajowych specjalności szczegółowych wywodzących się z chorób wewnętrznych, poświęcone ocenie obecnego systemu specjalizacji.

A analizując zalety i wady nowego trybu uznano, że obok bieżących korekt docelowo system specjalizowania lekarzy w naszym kraju wymaga dużych zmian. Specjalizowanie w zakresie chorób wewnętrznych można by potraktować jako sytuację modelową, w którą można by wpisać też inne „duże” specjalności (chirurgię, pediatrię, psychiatrię itp.). Uznano, że zmiany te powinny iść w kierunku systemu opartego na kształceniu modułowym, podobnie jak w wielu krajach Europy.

W zakresie chorób wewnętrznych mogłoby to polegać na wstępnym kształceniu w ramach tzw. modułu podstawowego z chorób wewnętrznych, które kończyłoby się egzaminem państwowym uprawniającym (kwalifikującym) do rozpoczęcia kształcenia w zakresie tzw. modułu szczegółowego z chorób wewnętrznych w celu uzyskania tytułu specjalisty chorób wewnętrznych lub modułu szczegółowego w zakresie specjalności wywodzącej się z chorób wewnętrznych w celu uzyskania odpowiedniego tytułu specjalisty w specjalności szczegółowej.

W porównaniu z obecnym systemem, który wymaga co najmniej 8 lat do uzyskania tytułu specjalisty w specjalności

szczegółowej, czas ten znacznie by się skrócił. Zastanawiano się jakie powinny być ramy modułu podstawowego z chorób wewnętrznych, którego szkolenie, w zgodnej opinii zebranych, powinno być dostępne w systemie rezydenckim. Dyskutowano jak długo powinien trwać moduł podstawowy – 2 czy 3 lata, jaki powinien być jego program i jak powinien przebiegać zaliczający go egzamin, by dobrze służył kwalifikacji do podjęcia dalszego szkolenia specjalizacyjnego. Czas trwania poszczególnych modułów szczegółowych (2 czy 3 lata) zależałby od potrzeb szkolenia specjalności szczegółowych.

Powołano zespół pod przewodnictwem prof. Zbigniewa Gacionga, w składzie: prof. prof. Eugeniusz Kucharz, Jerzy Kozielski, Jerzy Kruszewski, Grzegorz Opolski, Jan Stasiewicz, Stefan Zgliczyński i dr Ładysław Nekańda-Trepka, którego zadaniem byłoby opracowanie projektu programu szkolenia w zakresie modułu podstawowego z chorób wewnętrznych. Prezes NRL zadeklarował nie tylko merytoryczną, ale także logistyczną pomoc NIL dla prac zespołu.

prof. Jerzy Kruszewski
Komisja Kształcenia NRL

Nominacje profesorskie

11 maja br. prezydent RP Aleksander Kwaśniewski wręczył nominacje profesorskie 10 przedstawicielom środowiska medycznego. Otrzymali je:

Ślawomira Kyrz-Krzemień – Śląska AM w Katowicach,
Lechosław Tomasz Putowski – AM w Lublinie,
Marek Mirosław Radkowski – AM w Warszawie,
Marek Eugeniusz Rogowski – AM w Białymstoku,
Irena Krystyna Roterman-Konieczna – Uniwersytet Jagielloński w Krakowie,
Danuta Ryglewicz – Instytut Psychiatrii i Neurologii w Warszawie,
Wojciech Wąsowicz – Instytut Medycyny Pracy w Łodzi,
Elżbieta Barbara Wiatr – Instytut Gruźlicy i Chorób Płuc w Warszawie,
Jerzy Władysław Wordliczek – Uniwersytet Jagielloński w Krakowie,
Maria Zaleska-Kręcicka – AM we Wrocławiu.

IR

Ustawa pod sąd

Zarząd Krajowy OZZL wystąpił do Trybunału Konstytucyjnego z wnioskiem o stwierdzenie, iż Ustawa z 27.08.2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych jest niezgodna z Konstytucją.

Zdaniem OZZL ustawa jest niezgodna z konstytucyjnymi zasadami:

- *sprawiedliwości i sprawiedliwości społecznej,*
- *równości (obywateli) w prawach i powinnościach wobec dobra wspólnego,*
- *rzetelności działania instytucji publicznych,*
- *dialogu społecznego (ww. zawarte w preambule do Konstytucji),*
- *solidarności, dialogu i współpracy partnerów społecznych (art. 20 Konstytucji),*
- *godności człowieka (art. 30 Konstytucji),*
- *równości wobec prawa i zakazem dyskryminacji (art. 32 Konstytucji),*
- *proporcjonalności (art. 31 ust. 3).*

Narodowy Fundusz Zdrowia, aby sfinansować świadczenia zdrowotne w nieograniczonym zakresie, musi stale zaniżać ceny za poszczególne świadczenia i limitować świadczenia – czytamy w uzasadnieniu. Stosując tzw. konkurs ofert może więc narzucić niekorzystne warunki świadczeniodawcom, szczególnie publicznym.

Dyrektorzy zakładów opieki zdrowotnej muszą dostosowywać się do stale pogarszających się warunków finansowych kontraktów z NFZ. Jest tylko jeden istotny składnik kosztów świadczeń zdrowotnych, na który dyrektorzy mają wpływ. Jest nim wynagrodzenie personelu medycznego. Ponieważ służba zdrowia formalnie nie należy do sfery budżetowej, nie ma tutaj żadnych administracyjnie ustalonych płac minimalnych i dyrektorzy mogą obniżać wynagrodzenia bez ograniczeń (do poziomu ustawowej płacy minimalnej).

Mechanizm kształtujący wynagrodzenia pracowników służby zdrowia jest zaprojektowany tak, aby stale malały. Bez tego funkcjonowanie obecnego systemu opieki zdrowotnej w Polsce nie byłoby w ogóle możli-

we. Uchwalenie – w wyniku protestów pielęgniarek – ustawy „203” dowodzi, iż rządzący dobrze zdają sobie sprawę z funkcjonowania tego mechanizmu. Zaproponowali administracyjny wzrost wynagrodzeń – mimo że jest to sposób „systemowo obcy” – bo wiedzieli, że wzrostu płac nie da się zrealizować przy udziale mechanizmów funkcjonujących w ramach ubezpieczenia zdrowotnego.

Gwałtowne zwiększenie zadłużenia szpitali, które wypłaciły podwyżkę „203” jest kolejnym dowodem na to, że obecny system opieki zdrowotnej może funkcjonować tylko wtedy, gdy wyzyskuje ekonomicznie pracowników służby zdrowia i jeśli coś przeszkodzi temu wyzyskowi – system bankrutuje.

Zaskarżona ustawa została uchwalona w konsekwencji pozbawienia mocy prawnej przez Trybunał Konstytucyjny (wyrok z 7.01.2004 r. sygn. akt K 14/03) ustawy o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym w NFZ. Wobec tej uchylonej ustawy TK sformułował konkretne zarzuty, które przesądziły o jej niezgodności z Konstytucją. Ustawa, która zastąpiła niekonstytucyjne przepisy, powinna uwzględniać te zarzuty, w przeciwnym razie sama „wyda na siebie wyrok” niekonstytucyjności. Zaskarżona ustawa nie uwzględnia zarzutów postawionych przez Trybunał Konstytucyjny jej poprzednicze i nie wychodzi naprzeciw sformułowanemu przez Trybunał postulatowi. Ten fakt jest zasadniczym argumentem we wniosku OZZL – czytamy w uzasadnieniu.

Nie określono zakresu świadczeń gwarantowanych ze środków publicznych. Tzw. koszyk negatywny, który ustalono, zawiera tak marginalny zakres świadczeń, iż – w praktyce – pozostała zasada z poprzedniej ustawy iż, za ograniczoną ilość pieniędzy NFZ musi zapewnić nieograniczoną ilość świadczeń, co musi rodzić ich limitowanie, kolejki i nierówny dostęp do leczenia.

Wolny wybór świadczeniodawców pozostał – jak dotychczas – mocno ograniczony, gdyż w obecnej ustawie, jak w poprzedniej, pozostawiono tzw. konkurs ofert, oceniony przez Trybunał w następujący sposób: „*O tym, kto należy do kręgu świadczeniodawców decyduje więc nie ubezpieczony czy lekarz oraz ich przekonanie odnośnie jakości świadczonych usług, lecz aparat NFZ, który na podstawie niejasnych i niedookreślonych kryteriów zawiera umowę (...) po przeprowadzeniu postępowania w trybie konkursu ofert albo rokowań (...) Wolność taka (wyboru – przyp. ms) staje się w takim przypadku swoistą fikcją prawną*”.

Aktualne pozostają negatywne oceny Trybunału dotyczące nadzoru nad środkami publicznymi przeznaczonymi na sfinansowanie świadczeń zdrowotnych oraz braku spójności i funkcjonalności systemu, a to dlatego, że forma prawna, struktura organizacyjna i funkcjonalna NFZ oraz sposób nadzoru nad nim pozostał taki sam.

Podobnie jak w ustawie o NFZ, również w obecnej nie zapewniono obywatelom odpowiedniej kontroli społecznej nad wydatkowaniem środków przeznaczonych na świadczenia zdrowotne.

Rady społeczne przy oddziałach NFZ nie mają żadnych istotnych kompetencji, a Radę Funduszu (art. 99 ustawy), która ma nieco większe uprawnienia, trudno nazwać „społeczną” – z powodu jej składu i faktu, że jest powoływana przez premiera. Aktualne pozostaje stwierdzenie TK, iż „*Cechą tego systemu jest nie tylko centralizacja, ale także uwolnienie go od kontroli społecznej*”.

W nowej ustawie pozostały prawie wszystkie te pojęcia, które TK ocenił jako wieloznaczne i niedookreślone (najkorzystniejsza oferta, lek podstawowy, lek uzupełniający, świadczenie zdrowotne), co uznał za „*złamanie zasady przyswoitej legislacji (art. 2 Konstytucji)*”.

ms

Gdyby nie było generyków

Przemysław Kardas

Leki generyczne, zwane także czasem synonimowymi lub odtwórczymi, mają w naszym kraju bardzo długą tradycję. W przeszłości ich użycie było koniecznością. Z różnych względów farmacja polska opracowała tylko niewiele leków oryginalnych, a na masowy import leków produkcji zachodniej państwa po prostu nie było stać. W tej sytuacji rozwiązaniem było stosowanie tańszych leków generycznych, produkowanych w Polsce, choć pochodzących często także na przykład z byłej Jugosławii.

Obecnie, po zmianie systemu społeczno-ekonomicznego, teoretycznie nic nie stoi na przeszkodzie, by powszechnie zastosować w Polsce leki oryginalne. Tym bardziej, że leki te przez wielu uważane są za lepsze, chociażby z powodu ich szczegółowego sprawdzenia w badaniach klinicznych. Rodzą się tylko dwa pytania: czy nas na to stać i czy jest to celowe?

Obliczenia przytoczone poniżej będą siłą rzeczy tylko przybliżone, nie sposób jednak odmówić im prawdziwości. Przyjmijmy za autorami „Zielonej Księgi”, czyli raportu na temat finansowania ochrony zdrowia w Polsce, że leki zagraniczne są średnio bli-

sko 4-krotnie droższe niż leki krajowe. Jednocześnie leki generyczne stanowią nieco ponad połowę (53%) leków wydawanych na receptę. Biorąc pod uwagę, że wartość leków sprzedawanych w aptekach otwartych na receptę wynosi ok. 13,5 mld zł (dane z 2003), nietrudno policzyć, że zastąpienie leków generycznych lekami oryginalnymi mogłoby kosztować około 20 mld zł rocznie, nie licząc leków stosowanych w lecnictwie zamkniętym.

Kto poniósłby te dodatkowe koszty? Narodowy Fundusz Zdrowia? Pacjenci współpłacący za leki z własnej kieszeni? Oba rozwiązania są nie do przyjęcia. Kwota, jaka w budżecie Narodowego Funduszu Zdrowia przeznaczona jest

na świadczenia medyczne na rok 2005, wynosi około 32 mld zł, co daje około 800 zł na jednego obywatela. Z tych pieniędzy muszą być pokryte nie tylko koszty refundacji leków, ale także kontrakty szpitali, podstawowej i specjalistycznej ambulatoryjnej opieki zdrowotnej, pomocy doraźnej itd. Tymczasem, mimo

działań podejmowanych w ostatnich latach w celu ograniczenia wydatków na refundację leków, mają one nadal tendencję wzrostową, oscylując w chwili obecnej w pobliżu 20% budżetu NFZ (w budżecie NFZ na 2005 rok 18,9% środków przewidziano na refundację leków, podczas gdy na podstawową i specjalistyczną ambulatoryjną opiekę zdrowotną – odpowiednio 11,5% i 7,3%). Biorąc pod uwagę, że budżet NFZ zależy jedynie od wysokości składki na ubezpieczenie zdrowotne, a nie od wydatków ponoszonych na leki i lecnictwo, dalszy wzrost kosztów refundacji leków musi prowadzić do zmniejszenia nakładów na usługi medyczne.

Nie ma co także liczyć na możliwość ponoszenia większych kosztów za leki przez pacjentów. Już teraz jesteśmy krajem z jednym z najwyższych poziomów współpłacenia przez pacjentów za leki w Europie, a prowadzone badania systematycznie wskazują, że znaczna część społeczeństwa musi ze względów finansowych rezygnować z wykupienia leków. Wg „Diagnozy społecznej 2000” z zakupu leków z powodów finansowych zrezygnowało w 2000 roku 36% gospodarstw domowych.

Od leków generycznych nie można zatem ze względów finansowych uciec. Czy nie odbywa się to jednak kosztem zdrowia pacjentów? Aby odpowiedzieć na to pytanie, sięgnijmy do definicji. Zgodnie z treścią jednej z dyrektyw Unii Europejskiej, „generycznym produktem medycznym” jest produkt medyczny, który posiada tę samą kompozycję jakościową i ilościową substancji aktywnych i tę samą formę farmaceutyczną jak referencyjny produkt medyczny, a



rys. Małgorzata Gnyś

jego równoważność z lekiem referencyjnym została potwierdzona w odpowiednich badaniach biorównoważności. W praktyce oznacza to, że leki generyczne mogą być stosowane wymiennie z lekami oryginalnymi. Jak piszą prof. R. Kaliszan i S. Janicki („Farm Pol 2001”; 57(10): 456-62), *nieuprawnione jest twierdzenie, że leki synonimowe są surogatami, namiastkami leku pełnowartościowego. Chociaż sytuacji takich nie można wykluczyć, to bardzo nieliczne są przypadki naukowego klinicznego wykazania nierównoważności terapeutycznej synonimowych środków terapeutycznych sporządzonych zgodnie z wymogami współczesnej technologii postaci leku i legalnie dopuszczonych do obrotu farmaceutycznego. Propagowane niekiedy subiektywne oceny mają charakter tzw. wiedzy anegdotycznej i muszą być traktowane krytycznie, chociaż nie mogą być bynajmniej lekceważone. (...) Przyjęte kryteria nie wykluczają możliwości, że zatwierdzone leki synonimowe mogą w jakimś stopniu różnić się wartością kliniczną. Udowodnienie istotności takiej różnicy w przypadku poprawnie technologicznie sporządzonych leków synonimowych jest jednak praktycznie niemożliwe. Wymagałoby to analizy porównawczej wyników tysięcy odpowiednio zaprojektowanych eksperymentów klinicznych. Przy tym ewentualnie wykazana różnica nie miałaby praktycznych konsekwencji terapeutycznych*

Warto także zwrócić uwagę, że generyki to leki, które używa nie tylko Trzeci Świat. Wręcz przeciwnie, największym co do wartości rynkiem generyków jest rynek USA. Wynika to nie tylko z liczby mieszkańców tego kraju, ale także z częstości stosowania tych leków: w 1998 udział leków generycznych wśród całkowitej ilości recept wystawianych w tym kraju wyniósł ponad 40%! Generyki stanowią również 40-60% leków używanych w takich krajach europejskich, jak Anglia,

Niemcy, Dania czy Holandia, do których daleko nam przecież w kwestii zamożności. A to, że cena generyków jest znacznie niższa niż leków oryginalnych, nie wynika w żadnym stopniu z ich gorszej jakości, a jedynie z tego, że ich producenci nie ponoszą olbrzymich kosztów badań klinicznych, stanowiących blisko 70% wydatków związanych z wprowadzeniem nowego leku na rynek. Co ciekawe, obserwowany obecnie wzrost zainteresowania firm innowacyjnych lekami generycznymi objawia się wykupywaniem mniejszych przedsiębiorstw i produkcją własnych leków generycznych, zwykle pod inną marką. Z tego powodu w ostatnich latach większość firm generycznych, zarówno polskich, jak i zagranicznych, została przejęta przez wielkie międzynarodowe koncerny farmaceutyczne.

Jeśli zatem leki generyczne są lekami dobrymi i bezpiecznymi, to nie ma powodów, aby ich szeroko nie stosować także i w Polsce. Tym bardziej, że zależności pomiędzy podażą i ceną są tu takie same, jak w każdej innej dziedzinie. Oszczędności związane ze stosowaniem generyków ulegają dodatkowo zwielokrotnieniu, gdy generyków przybywa. Badania amerykańskie udowodniły, że cena leku generycznego jest odwrotnie proporcjonalna do liczby jego wersji dostępnych na rynku, produkowanych przez różnych producentów. Zmiany cen leków dostępnych na polskim rynku również przemawiają za systematycznym spadkiem zarówno ceny leków oryginalnych i generycznych w miarę przybywania dostępnych wersji generyków (tab. 1). Inaczej mówiąc, im chętniej sięgamy po generyki, tym bardziej ich cena maleje.

Jak zatem zrealizować zawarte w ministerialnym dokumencie „Polityka Lekowa Państwa 2004-2008” zalecenie: *Pol-ska, podobnie jak wiele innych krajów, opiera swoją politykę lekową na produktach generycznych – produkowanych po wygaśnięciu ochrony patentowej i upły-*

wie okresu wyłączności danych? Działania podejmowane w tym kierunku powinny uwzględniać wszystkie trzy zaangażowane w ten proces strony: lekarzy, farmaceutów i pacjentów. Zachętą do korzystania przez pacjentów z leków generycznych jest ich niższa cena, związana z referencyjnym systemem cen, funkcjonującym na leki w Polsce, który za podstawę limitu przyjmuje dla danej grupy leków lek najtańszy. W praktyce oznacza to tyle, że pacjent dopłaca z własnej kieszeni 100% różnicy pomiędzy wysokością limitu a ceną droższego leku. Tyle tylko, że – mimo działań zainicjowanych przez jednego z poprzednich ministrów – mało który pacjent wie, że leki droższe w znakomitej większości przypadków mają swoje tańsze odpowiedniki, a jeśli nawet, to i tak zwykle zaufa zapisanemu na receptę wyborowi dokonanemu przez swojego lekarza. Farmaceuci nie mają z kolei bezpośrednich zachęt finansowych do wydawania pacjentom leków generycznych w miejsce wpisanych na receptę leków oryginalnych, mimo że odpowiednio umocowana w polskim prawodawstwie tzw. substytucja generyczna im na to pozwala. Co zaś się tyczy lekarzy – to nawet jeśli chcieliby wybrać dla pacjenta lek najtańszy (co niestety – z różnych przyczyn – nie zawsze ma miejsce), wcale nie jest to proste. Brakuje bowiem łatwego dostępu do danych o cenach leków. Tymczasem nie tylko leki oryginalne są znacznie droższe od leków generycznych, ale także wśród tych ostatnich zaobserwować można znaczne zróżnicowanie cen (wyk. 1). Dobrze pojętą rolą Ministerstwa Zdrowia i NFZ powinno być więc dostarczenie lekarzom rzetelnej i łatwej w użyciu informacji o cenach leków dla pacjenta, pozwalającej bez mozolnego trudu kartkowania informatorów i porównywania cen nierzadko kilkunastu różnych preparatów, wybrać lek najtańszy.

dokończenie na str. 17

TABELA 1

Porównanie cen leków oryginalnych i generycznych oraz liczby dostępnych wersji generyków
(zestawienie oparto na danych zaczerpniętych z Pharmindex Brevier 2001/1 i 2005/1).

Źródło		Doksazosyna 1mg, 30 tabl.			Simvastatyna 20mg, 28 tabl.			Omeprazol 20mg, 14 tabl.		
		Lek oryginalny cena 100% (cena dla pacjenta)	Liczba generyków	Najtańszy lek generyczny cena 100% (cena dla pacjenta)	Lek oryginalny cena 100% (cena dla pacjenta)	Liczba generyków	Najtańszy lek generyczny cena 100% (cena dla pacjenta)	Lek oryginalny cena 100% (cena dla pacjenta)	Liczba generyków	Najtańszy lek generyczny cena 100% (cena dla pacjenta)
Pharmindex Brevier	2001/1	69,88 (41,11*)	3	39,58 (11,87*)	110,25 (48,51*)	2	89,69 (27,95*)	68,76 (34,38)	6	46,83 (25,13)
	2005/1	43,96 (23,09)	8#	29,81 (8,94)	55,87 (32,78)	9	32,99 (9,90)	43,09 (23,81)	10	27,54 (8,26)

* uwzględniono zniżkę wynikającą z listy chorób przewlekłych, # uwzględniono również generyki dostępne w opakowaniach o innej liczbie tabletek



foto: Marek Stankiewicz

Przewlekłość postępowania

Romuald Krajewski

Dyskusje o zasadach obowiązujących w odpowiedzialności zawodowej są bardzo rzadkie poza środowiskiem członków sądów lekarskich i rzeczników odpowiedzialności zawodowej. Na forum publicznym stają się aktualne tylko na krótko, po głośnych wydarzeniach, dla wielu jako okazja do zaistnienia w mediach. Zdarzyło się jednak na Zjeździe OIL w Warszawie, że przedmiotem krótkiej wymiany opinii stała się kwestia przedawnienia karalności za przewinienia zawodowe. To ważny temat i warto o nim trochę więcej napisać.

Na początek trzeba określić, o czym mówimy. Otóż dane liczbowe zbierane systematycznie od 6 lat przez Naczelny Sąd Lekarski wskazują, że średni czas od złożenia skargi do sporządzenia wniosku o ukaranie wynosi 9 miesięcy. Od wpłynięcia do sądu wniosku o ukaranie do wydania orzeczenia w I instancji upływa 6 miesięcy. Od wpłynięcia odwołania do wydania orzeczenia przez NSL mija 7 miesięcy. Czynności takie jak sporządzanie uzasadnień, zbieranie podpisów itp. zajmują dodatkowe parę miesięcy.

Postępowanie w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej jest prowadzone w ramach pracy społecznej, przez osoby z różnych miejscowości i uzgadnianie terminów oraz obieg akt nie są sprawą prostą. Średnie są dobre.

W dyskusjach mówi się, często bardzo emocjonalnie, o niewielkiej liczbie spraw umorzonych z powodu przedawnienia karalności, które następuje po 5 latach od popełnienia przewinienia. Jest to ok. 5% w stosunku do liczby spraw, które wpływają rocznie do sądów lekarskich i ok. 0,6% w stosunku do liczby skarg – postanowienia o umorzeniu postępowania z powodu przedawnienia mogą dotyczyć również spraw, w których tylko rozpoczęto postępowanie wyjaśniające.

Umorzenie z powodu przedawnienia zdarza się w każdym trybie postępowania i widzieliśmy tego spektakularne przykłady, gdy nawet sąd karny, dysponujący nieporównanie większymi od sądu lekarskiego środkami przymusu, może nie być w stanie doprowadzić do końca niektórych spraw. Takie sytuacje prowokują do szukania szybkich rozwiązań, niekiedy niezbyt zgodnych

z powszechnie przyjętymi standardami jurysdykcji. Rozwiązania typu „komisja nadzwyczajna”, chociaż na szczęście należą już do niechlubnej historii, ciągle jeszcze zyskują poklask, a ludzie łatwo zapominają jak niebezpieczne są takie komisje.

Problem umarzanych postępowań można rozwiązać przedłużając okres przedawnienia, aby nawet niesprawnie prowadzone postępowanie mogło się zakończyć. Można usprawnić postępowanie, aby zmieścić się w przewidzianych prawem terminach. Jest też możliwe rozwiązanie pośrednie – można wprowadzić tryb, który w szczególnych przypadkach pozwałaby przedłużyć okres przedawnienia.

Przedłużenie okresu karalności w każdym trybie odpowiedzialności oznacza przede wszystkim zaostrzenie karalności. Skrajnym tego przykładem są zbrodnie przeciwko ludzkości, gdzie przedawnienia nie ma. Przedłużenie karalności w celu wyeliminowania niewielkiej liczby postępowań, których nie można zakończyć spowodowałoby więc zaostrzenie karalności w odniesieniu do wszystkich obwinionych.

Trzeba też pamiętać, że jeżeli czyn lekarza jest przestępstwem w rozumieniu kodeksu karnego, ponosi on odpowiedzialność w trybie karnym, a przedawnienie odpowiedzialności zawodowej następuje wówczas nie wcześniej niż przedawnienie odpowiedzialności karnej.

Propozycja przedłużania okresu karalności w „szczególnie uzasadnionych przypadkach” byłaby niezłym antidotum na dość często spotykane wybiegi mające na celu przedłużanie postępowania. Rzecznicy i sądy lekarskie nie mają

uprawnień do skutecznej walki z takimi działaniami. Należy jednak pamiętać, że ściśle określony termin przedawnienia karalności jest standardem w wymiarze sprawiedliwości. Standardem, którego nie należy naruszać.

Sprawne i skuteczne postępowanie jest obowiązkiem prowadzących je organów. To, że nie mogą one z tego obowiązku się wywiązać, nie może być argumentem za pogarszaniem sytuacji obwinionych przez przedłużanie karalności.

Usprawnienie postępowania wydaje się jedynym właściwym sposobem. Problem, o którym mówimy nie polega na zbyt krótkim okresie karalności przewinień zawodowych, lecz na tym, że nie jesteśmy w stanie zakończyć ok. 1-3 % postępowań w tym okresie. Byłoby rzeczą wysoce niewłaściwą, gdybyśmy własną nieudolność chcieli naprawiać zaostrzeniem odpowiedzialności, które dotknie wszystkich obwinionych.

Uważam, że wobec stale wzrastającej liczby skarg i spraw dalsze funkcjonowanie organów odpowiedzialności zawodowej lekarzy tylko na zasadzie pracy społecznej nie będzie skuteczne i będzie skłaniało do rozwiązań, które podtrzymywałyby możliwość przewlekania postępowania. Jak na przykład przedłużenie karalności. Rzecznicy odpowiedzialności zawodowej i członkowie sądów lekarskich nadal powinni być wybierani, należy też zachować kadencyjność. Ale w izbach, gdzie liczba spraw jest duża, niektórzy z nich mogliby zająć się prowadzeniem postępowania jako pracownicy izby lekarskiej, poświęcając temu cały czas pracy. Zyska na tym i profesjonalność, i sprawność postępowania.

Gdyby nie było generyków

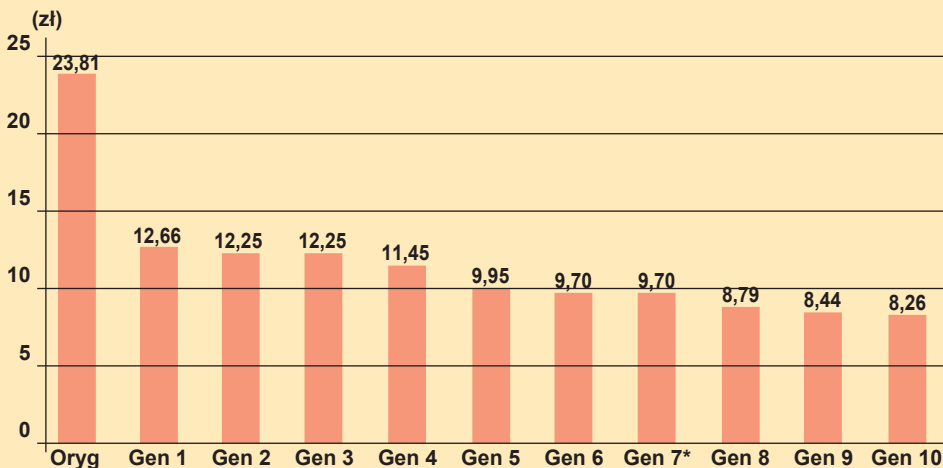
dokończenie ze str. 15

Na koniec jeszcze jedna ważna uwaga: refundacja leków jest jedynym elementem budżetu NFZ, który nie podlega żadnemu limitowaniu: obowiązkiem Funduszu jest pokrycie kosztów refundacji wszystkich leków, wystawionych na receptach przez uprawnionych lekarzy. I nie na wiele zdadzą się tu wzmożone ostatnio przez NFZ kontrole, bowiem każdy lekarz znajdzie tysiąc argumentów merytorycznych na poparcie swoich decyzji leczniczych. Co gorsza, gwałtowne starzenie się polskiego społeczeństwa (według prognoz, odsetek osób w wieku 65 i więcej lat osiągnie w naszym społeczeństwie w roku 2030 blisko 18%!) w powiązaniu z charakterystyczną dla starszego wieku wielochorobowością (ostatnie badania wykazały, że przeciętny mieszkaniec Poznania w wieku emerytalnym przyjmuje średnio 5,3 leku wydawanego na receptę) spo-

WYKRES 1

Różnice cen dla pacjenta leku oryginalnego i jego generycznych odpowiedników.

Na rysunku przedstawiono cenę omeprazolu w opakowaniu 14 tabl. à 20mg, ceny pochodzą z Pharmindex Brevier 2005/1. Oryg – lek oryginalny, Gen1-Gen10 – leki generyczne.



* cenę większego opakowania przeliczono na cenę 14 tabletek.

woduje znaczny wzrost zapotrzebowania na leki i powiązane z tym koszty. Zwiększone wykorzystanie leków generycznych jest jedynym praktycznym rozwiązaniem, które może sprostać tym wyzwaniom, a przy okazji wygenerować pulę pieniędzy, która pozwoliłaby uwzględnić w systemie refundacji nowe, dotychczas nie refundowane leki, bez

uszczerbku dla wysokości kontraktów zawieranych przez NFZ z placówkami służby zdrowia.

Przemysław Kardas

Autor (e-mail: pkardas@csk.am.lodz.pl) pełni obowiązki kierownika Zakładu Medycyny Rodzinnej Katedry Medycyny Społecznej i Zapobiegawczej UM w Łodzi.

Import równoległy

Z danych Ministerstwa Zdrowia wynika, że co czwarty pacjent odchodzi od aptecznych okienek z kwitkiem, bo nie stać go na wykupienie recepty. Polacy z własnej kieszeni pokrywają 67% ceny kupowanych leków, co jest najwyższym wskaźnikiem współpłatności pacjenta w krajach UE. Według danych Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) przekroczenie progu 40% współpłatności za leki skutkuje pogorszeniem kondycji zdrowotnej społeczeństwa.

Tę niebezpieczną tendencję można odwrócić dzięki zwiększeniu udziału w polskim rynku nowoczesnych i niedrogich leków sprowadzanych w ramach tzw. importu równoległego. Okazuje się, że bardzo podobne lub identyczne leki w innych krajach Europy sprzedaje się taniej. Ta różnica pomiędzy krajami jest efektem polityki cenowej koncernów farmaceutycznych, które starają się ustalić cenę na maksymalnie najwyższym poziomie. Wobec tego koncesjonowane hurtownie farmaceutyczne kupują lek w kraju, gdzie jego cena

jest niższa. Hurtownie lokalne dostarczają następnie ten lek do aptek po niższej cenie.

Udowodniono, że zróżnicowanie cen w różnych krajach przynosi firmom większe zyski niż ustalenie jednej ceny we wszystkich krajach. Import równoległy jest jedyną legalną formą konkurencji w czasie obowiązywania patentu.

„Import równoległy, choć dopiero w Polsce raczkuje, daje szansę dostępu do sprawdzonych, oryginalnych leków za przystępną cenę. Pełne wdrożenie go w Polsce przyniesie spore oszczędności zarówno pacjentom, budżetowi państwa, jak i NFZ. Badania z 2003 r. pokazały, że dzięki handlowi równoległemu pięć krajów: Dania, Niemcy, Szwecja, Holandia i Wielka Brytania, zaoszczędziło w roku 2002 ponad 630 mln euro” – przekonuje Tomasz Dzitko, szef łódzkiej firmy wprowadzającej pierwszy lek w systemie importu równoległego na terenie Polski.

Import równoległy jest całkowicie bezpieczny – zapewnia Hans Bøgh-Sorensen z European Association of Euro-

Pharmaceutical Companies (EAEP), ze stowarzyszenia handlowego, reprezentującego 70 firm zaangażowanych w handel równoległy w 16 krajach europejskich. Wszystko, co wiąże się z transportem, przepakowaniem i ponownym wprowadzeniem do obrotu podlega takim samym rygorom prawa farmaceutycznego, jak w przypadku leków, które wprowadzają do obrotu firmy farmaceutyczne. Jest to niejako druga kontrola jakości leku, zanim trafi do rąk pacjenta.

Skutki braku konkurencji dobrze znamy. Efekt pośredni pojawi się dzięki temu, że leki z importu równoległego będą tańsze niż leki importowane bezpośrednio przez firmy farmaceutyczne. W większości przypadków zmusi to producentów do znacznego obniżenia cen.

To nieprawda, że import równoległy ogranicza dostęp do nowych leków. Przeciwnie, środki wydawane na badania i rozwój mogłyby być lepiej spożytkowane, gdyby firmy farmaceutyczne wprowadzały faktycznie nowe leki, a nie produkty nie przynoszące prawdziwego postępu w terapii – twierdzą szefowie EAEP.

Marek Stankiewicz

Więcej – www.handelrownolegly.pl



fol. Marek Stankiewicz

Notatki rzecznika prasowego NRL

Nowa inicjatywa

13.05.br. przedstawiciele samorządu lekarskiego złożyli na ręce Marszałka Sejmu pierwszych 1000 podpisów popierających projekt „**Ustawy o zasadach finansowania doskonalenia zawodowego lekarzy i lekarzy dentyistów oraz o zmianie niektórych ustaw**”, jaki w postaci obywatelskiej inicjatywy ustawodawczej przygotowała Naczelna Rada Lekarska. Przypomnijmy, że dokument zawiera wiele rozwiązań, które w znacznym stopniu ułatwią polskim lekarzom i lekarzom dentyistom ustawiczne doszkalanie. Komitet Inicjatywy Ustawodawczej ma trzy miesiące na zebranie przynajmniej 100 tys. podpisów popierających projekt. Tekst projektu oraz tabela do zbierania podpisów znajdują się na stronie głównej portalu NIL: www.nil.org.pl

Uwaga! Aby wpis do tabeli był prawidłowy, należy bardzo dokładnie podać w niej dane osobowe i adres.

Prezydium NRL

na posiedzeniach w dn. **28.04.** i **13.05.br.**

• przyjął m.in. stanowiska:

– dot. projektowanej zmiany ustawy o **zakładach opieki zdrowotnej**, w którym m.in. podtrzymało uwagi zawarte w stanowiskach: **1)** Nr 72/04/IV NRL z 17 grudnia 2004 r. w sprawie zakończenia prac Komisji Nadzwyczajnej i Komisji Zdrowia nad projektem ustawy o pomocy publicznej i restrukturyzacji publicznych zakładów opieki zdrowotnej oraz o zmianie niektórych ustaw; **2)** Nr 76/05/IV NRL z dn. 11 lutego 2005 r. w sprawie niezbędnych zmian w projekcie ustawy o pomocy publicznej i restrukturyzacji publicznych zakładów opieki zdrowotnej; **3)** Nr 344/05/P-IV Prezydium NRL z 9 marca 2005 r. w sprawie projektu ustawy o zmianie ustawy o zakładach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych – które nie zostały wzięte pod uwagę w nadesłanym do NIL projekcie. Po-

nadto stanowisko zawiera wiele innych zastrzeżeń do projektu,

– dot. projektu rozporządzenia ministra zdrowia w sprawie **wymagań, jakim powinny odpowiadać pod względem fachowym i sanitarnym pomieszczenia i urządzenia zakładu opieki zdrowotnej**, w którym zamieściło wiele uwag, m.in.: „(...) **1.** Wątpliwości budzi tak szczegółowe określenie w projekcie rozporządzenia (jak i w obowiązującym rozporządzeniu) wymogów budowlanych i sanitarnych. (...), **2.** (...) przewidziany w projekcie termin dostosowania pomieszczeń i urządzeń zakładu do wymogów rozporządzenia jest w istocie fikcją. Przepis analogiczny istnieje w obecnym rozporządzeniu, a zakłady nie były, nie są i zapewne jeszcze przez długi czas nie będą w stanie dostosować swoich pomieszczeń do wymogów rozporządzenia. (...) **3.** Projekt rozporządzenia opiera się na zasadzie wyodrębnienia oddziałów zakaźno-obszernych oraz chorób płuc i gruźlicy i postawienia dla nich szczególnie wysokich wymagań sanitarnych. Uniemożliwia to postawienie tych samych wymagań wszystkim oddziałom hospitalizującym chorych zakaźnie (podejrzanych o chorobę), którzy stanowią źródło zakażenia dla otoczenia i podlegają obowiązkowej hospitalizacji, jak i chorych z wielolekoopornymi patogenami lub zaburzeniami odporności, izolowanymi ze względów medycznych. (...) **4.** (...) proponuje, aby w rozporządzeniu dodać następujące przepisy:

1) „Każdy szpital powinien być wyposażony w pomieszczenie post-morte.”,

2) „W szpitalach mogą występować inne pomieszczenia, bądź ich zespoły, wynikające ze specyfiki udzielanych świadczeń.”,

3) „W każdym szpitalu powinien znajdować się odpowiedni zespół pomieszczeń diagnostyki obrazowej zgodny z wymaganiami wynikającymi z przepisów ustawy Prawo atomowe”,

– dot. projektu rozporządzenia ministra zdrowia w sprawie **orzekania o czasowej niezdolności do pracy** – bez uwag,

– dot. projektu rozporządzenia ministra zdrowia w sprawie **szczegółowych warunków przekazywania samodzielnym publicznym zakładom opieki zdrowotnej środków publicznych na realizację programów zdrowotnych i programu Zintegrowane Ratownictwo Medyczne**, w którym nie zgłoszono uwag, ale podkreślono, że: „(...) utrzymywanie w obiegu prawnym prze-

pisu stanowiącego podstawę do wydania rozporządzenia, który przewiduje przekazywanie środków na realizację programów opieki zdrowotnej i programu Zintegrowane Ratownictwo Medyczne samodzielnym publicznym zakładom opieki zdrowotnej jest dyskryminacją niepublicznych zakładów opieki zdrowotnej.” Prezydium jest „(...) przeświadczone o potrzebie podjęcia działań mających na celu uproszczenie rozliczeń między przekazującym środki publiczne a świadczeniodawcami” – czytamy w stanowisku,

– dot. projektu rozporządzenia ministra zdrowia zmieniającego rozporządzenie w sprawie **leczenia uzdrawiskowego osób zatrudnionych przy produkcji wyrobów zawierających azbest** – bez uwag,

– dot. projektu rozporządzenia ministra zdrowia zmieniającego rozporządzenie w sprawie **„Prawa wykonywania zawodu farmaceuty”** – nie zgłosiło uwag,

– dot. projektu rozporządzenia ministra zdrowia zmieniającego rozporządzenie w sprawie **odbywania praktyki w aptece przez technika farmaceutycznego** – bez uwag,

– dot. projektu rozporządzenia ministra zdrowia zmieniającego rozporządzenie w sprawie **konsultantów krajowych i wojewódzkich** – w którym nie zgłosiło uwag, ale wyraziło nadzieję, że: „(...) zostanie znówelizowany art. 66a ustawy o zakładach opieki zdrowotnej, tak jak to zakłada projekt ustawy o zmianie ustawy o zakładach opieki zdrowotnej przesłany przy piśmie ministra zdrowia z 20 kwietnia 2005 r. zobowiązujący ministra zdrowia do zasięgnięcia opinii organów samorządu lekarskiego przed powołaniem krajowych i wojewódzkich konsultantów oraz składania przez nich sprawozdań z działalności (stanowisko Nr 359/05/P-IV Prezydium NRL z 28 kwietnia 2005 r., przesłane przy piśmie z 29 kwietnia 2005 r.”,

– dot. projektu rozporządzenia ministra zdrowia w sprawie **uznania dziedzin diagnostyki laboratoryjnej za priorytetowe**, w którym uznaje laboratoryjną transfuzjologię medyczną i laboratoryjną genetykę medyczną za dziedziny priorytetowe „(...) ze względu na potrzebę większej liczby diagnostów laboratoryjnych posiadających kwalifikacje w tych dziedzinach medycyny, z których jedna jest związana bez-

REKLAMA

REKLAMA

pośrednio z bezpieczeństwem zdrowotnym pacjenta, a druga jest bardzo ważną, dynamicznie rozwijającą się dziedziną diagnostyki. Natomiast uznanie za priorytetowe laboratoryjnej diagnostyki medycznej i mikrobiologii medycznej budzi wątpliwości” – czytamy w stanowisku,

– dot. projektu rozporządzenia ministra zdrowia w sprawie **wymagań jakim powinny odpowiadać pomieszczenia, urządzenia i sprzęt medyczny, służące wykonywaniu indywidualnej praktyki lekarskiej, indywidualnej specjalistycznej praktyki lekarskiej i grupowej praktyki lekarskiej** – zgłoszono wiele uwag i poprawek,

– dot. projektu rozporządzenia w sprawie **zakresu zadań lekarza, pielęgniarki i położnej podstawowej opieki zdrowotnej**, w którym, obok znacznej ilości uwag, Prezydium NRL stwierdza, że: „(...) istnieje potrzeba uregulowania zadań lekarza dentysty, który udziela świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Natomiast obowiązujące przepisy ustawy tego nie określają, ani nie dają upoważnienia do uregulowania tej sprawy w drodze aktu wykonawczego”,

– **wydelegowało Krzysztofa Makucha** – sekretarza NRL na konferencję „Quality Indicators of Provided Medical Care”, która odbyła się 12.05.br. w Bratysławie,

– **powołało prof. Jerzego Kruszewskiego** – przewodniczącego Komisji Kształcenia Medycznego NRL oraz członka Prezydium NRL, jako przedstawiciela NRL, **do składu kolegium elektorów dokonującego wyboru Dyrektora oraz Zastępców Dyrektora Centrum Kształcenia Podyplomowego oraz do udziału w Komisji Akredytacyjnej Uczelni Medycznych.**

UWAGA! Pełne teksty dokumentów przyjętych podczas obrad Prezydium NRL znajdują się na stronach: www.nil.org.pl

Wspólne stanowisko

Ministerstwo Zdrowia powołało Zespół ds. Negocjacji z Narodowym Funduszem Zdrowia, który ma zaproponować ogólne warunki umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej. W skład zespołu weszli przedstawiciele wielu organizacji i stowarzyszeń resortu ochrony zdrowia tj.: Stowarzyszenia Organizatorów i Promotorów Opieki Długoterminowej „SPOD”, Konsorcjum Szpitali Wrocławskich, Polskiej Unii Szpitali Klinicznych, Związku Pracodawców Samodzielnych Publicznych Zakładów Opieki Zdrowotnej Warmii i Mazur, Związku Pracodawców Służby Zdrowia Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji, Ogólnopolskiego Związku Pracodawców Samodzielnych Publicznych Szpitali Klinicznych, Naczelnej Izby Pielęgniarek i Położnych, „Porozumienia Zielonogórskiego” Federacji Związków Pracodawców Ochrony Zdrowia, Stowarzyszenia Szpitali Powiatowych Województwa Małopolskiego, Federacji Związków Pracodawców Zakładów Opieki Zdrowotnej, Wielkopolskiego Związku Zakładów Opieki Zdrowotnej, Izby Lecznictwa Polskiego, Związku Pracodawców Ratownictwa Medycznego Samodzielnych Publicznych Zakładów Opieki Zdrowotnej, Mazowieckiego Związku Pracodawców Samodzielnych Publicznych Zakładów Opieki Zdrowotnej, Gdańskiego Związku Pracodawców, Związku Pracodawców Służby Zdrowia, Polskiego

Towarzystwa Fizjoterapii, Związku Powiatowego Publicznych Zakładów Opieki Zdrowotnej Województwa Wielkopolskiego, Związku Powiatowego Publicznych Zakładów Opieki Zdrowotnej Województwa Podkarpackiego. Ponieważ czas na przygotowanie ww. warunków jest krótki, a uczestników negocjacji bardzo wielu, 12.05.br. prezes NRL wystosował do ww. pismo z prośbą o nawiązanie współpracy w celu opracowania wspólnego stanowiska, które zostałoby przedstawione prezesowi NFZ.

Nowy zespół tematyczny przy NRL

13.05.br. członkowie Prezydium powołał nowy zespół merytoryczny przy NRL. Zadaniem **Zespołu ds. Negocjacji z Narodowym Funduszem Zdrowia** jest negocjowanie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczenia opieki zdrowotnej z NFZ. W skład grupy negocjującej weszli: **Jacek Chodorski, Julian Pakosz, Konstanty Radziwiłł i Zbigniew Żak.**

Jednocześnie powołano **grupę ekspertów**, która ma wspomagać Zespół i również uczestniczyć w negocjacjach z NFZ. Są to: **Andrzej Baszkowski, Krzysztof Dawidowski, Andrzej Fortuna, Waldemar Grabowski, Wojciech Idaszak, Marek Janus, Krzysztof Kozak, Grzegorz Krzyżanowski, Wiesław Księżopolski, Jacek Kubiak, Andrzej Lekston, Joanna Streb, Jolanta Szczurko, Krzysztof Wójcikiewicz, Marek Załęski i Wojciech Zawadzki.**

Kłopoty z rejestracją

W związku z licznymi sygnałami ze strony OIL dotyczącymi trudności w dokonywaniu wpisu nowych praktyk lekarskich do rejestru działalności regulowanej, spowodowanych brakiem opinii inspektorów sanitarnych o spełnieniu warunków umożliwiających udzielenie określonych świadczeń zdrowotnych, prezes Konstanty Radziwiłł zwrócił się w piśmie do ministra zdrowia z dn. 19.04.br. z sugestią o skierowanie interwencji w tej sprawie do Państwowej Inspekcji Sanitarnej. Ponieważ przyczyną wstrzymania wydawania takich opinii jest ponoć brak przepisu regulującego powyższe warunki, prezes NRL stanowisko takie uznał za bezzasadne, „*bo jakkolwiek ustawa «Przepisy wprowadzające ustawę o swobodzie działalności gospodarczej», zmieniając «Ustawę o zawodach lekarza i lekarza dentysty» dokonała zmiany w treści delegacji do wydania rozporządzenia, określającego warunki prowadzenia praktyk, ale była to drobna korekta, bez jakiegokolwiek znaczenia merytorycznego. A zatem automatyczne stwierdzenie, że zmiana treści delegacji wymaga nowego aktu wykonawczego, a poprzednio obowiązujący stracił moc – jest nieuzasadnione*” – napisał prezes Radziwiłł w liście do min. Balickiego.

Indeksy

W przesyłce zawierającej majowy numer „Gazety Lekarskiej” powinni Państwo otrzymać Indeks Doskonalenia Zawodowego Lekarza lub Lekarza Dentysty. Jeżeli z niewiadomych przyczyn indeks nie dotarł (np. z powodu zmiany adresu zamieszkania bez powiadomienia o tym OIL), należy odebrać go w macierzystej OIL.

Iwona A. Raszke-Rostkowska

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

tel. kom. 0606-440-100

e-mail: iwona.raszke@hipokrates.org

Dokumentacja medyczna

Jerzy Jakubowicz

Nie od dziś wiadomo, że dokumentacja medyczna prowadzona przez wielu lekarzy jest daleka od ideału.

Znajduje to smutne potwierdzenie w czasie kontroli wystawianych recept refundowanych, dochodzeń prowadzonych przez rzecznika odpowiedzialności zawodowej czy rozpraw prowadzonych przez sąd lekarski. Przepisy w sprawie dokumentacji medycznej okresowo są zmieniane i dlatego warto co pewien czas przypomnieć przynajmniej ich podstawowe zasady.

Ogólne zasady prowadzenia dokumentacji medycznej w różnych placówkach są dość podobne. Natomiast różnią się zasadniczo odnośnie czasu, przez jaki posiadana dokumentacja musi być przechowywana.

Dokumentacja medyczna poza zakładem opieki zdrowotnej

Zasady prowadzenia i przechowywania dokumentacji lekarskiej przez gabinety prywatne, gabinety lekarzy opieki podstawowej, które nie są NZOZ-ami reguluje rozporządzenie ministra zdrowia z 30 lipca 2001 r. (Dz. U. nr 83 z 2001 r., poz. 903). Dokumentacja ma być prowadzona, w odniesieniu do każdego pacjenta, w formie pisemnej. Dokumentacja może być również prowadzona w formie elektronicznej, ale w zakresie pozwalającym na prowadzenie dokumentacji pisemnej.

Dokumentacja dzieli się na wewnętrzną (historia zdrowia i choroby) oraz zewnętrzną – skierowania do szpitala lub innego zakładu opieki zdrowotnej, na badania diagnostyczne itp. Lekarz kierujący na badania lub konsultacje przekazuje lekarzowi, do którego kieruje pacjenta, informacje z jego historii zdrowia i choroby. Lekarz konsultant przekazuje lekarzowi kierującemu pełne dane o wynikach badań i konsultacji wraz z rozpoznaniem choroby.

Dokumentację należy prowadzić czytelnie, kolejne wpisy sporządza się w porządku chronologicznym. Każdy wpis musi być opatrzony datą i podpisem lekarza. Wpis dokonany w dokumentacji nie może być z niej usunięty. Każdą stronę dokumentacji indywidualnej oznacza się co najmniej imieniem i nazwiskiem pacjenta.

Dokumentacja musi być przechowywana w sposób zapewniający jej poufność i zabezpieczenie przed zniszczeniem.

Dokumentację przechowuje się przez okres 10 lat licząc od końca roku kalendarzowego, w którym sporządzono ostatni wpis. Jednak w przypadku zgonu pacjenta na skutek uszkodzenia ciała lub zatrucia dokumentację przechowuje się przez okres 30 lat.

Lekarz udostępnia dokumentację lub sporządza z niej wypis na wniosek pacjenta lub osoby upoważnionej. Kopie sporządzane są na koszt wnioskodawcy.

Dokumentacja medyczna w zakładach opieki zdrowotnej

Prowadzenie dokumentacji medycznej w zakładach opieki zdrowotnej reguluje rozporządzenie ministra zdrowia z 10 sierpnia 2001 r. (Dz. U. nr 88 z 2001 r., poz. 966). Ogólne zasady prowadzenia tej dokumentacji zbliżone są do zasad prowadzenia indywidualnej dokumentacji medycznej, ale są też i pewne różnice.

Dokumentacja dzieli się na: indywidualną – odnoszącą się do poszczególnych pacjentów oraz zbiorczą – odnoszącą się do pacjentów korzystających ze świadczeń zdrowotnych zakładu. Dokumentacja zbiorcza prowadzona jest w formie ksiąg, rejestrów, formularzy lub kartotek.

W szpitalu historię choroby pacjenta zakłada się niezwłocznie po jego przyjęciu i po ustaleniu jego tożsamości. Historia choroby zawiera informacje dotyczące przyjęcia pacjenta do szpitala, przebiegu hospitalizacji, wypisania pacjenta ze szpitala. Wpisy dotyczące hospitalizacji są dokonywane na bieżąco przez lekarza prowadzącego i okresowo kontrolowane przez ordynatora. Lekarz wypisujący pacjenta do domu wystawia kartę informacyjną w jednym egzemplarzu, z dwiema kopiami. Kartę informacyjną podpisuje lekarz wypisujący i ordynator oddziału.

Odmowa przyjęcia pacjenta do szpitala musi być odnotowana w księdze odmów, z podaniem daty, ze wskazaniem

roku, miesiąca dnia oraz godziny i minuty. Musi być także podana pisemna informacja o rozpoznaniu choroby, wynikach przeprowadzonych badań, przyczynach odmowy przyjęcia do szpitala, zastosowanym postępowaniu lekarskim. W księdze odmów muszą być dane identyfikujące pacjenta, a także lekarza.

Księga zabiegów komórki organizacyjnej szpitala ma m.in. zawierać: dane identyfikacyjne pacjenta i lekarza, datę wykonania zabiegu i jego przebieg.

Archiwalna dokumentacja zakładu jest przechowywana przez okres 20 lat (w indywidualnej praktyce lekarskiej przez 10 lat) licząc od końca roku kalendarzowego, w którym dokonano ostatniego wpisu. Dokumentacja indywidualna wewnętrzna w przypadku zgonu pacjenta na skutek uszkodzenia ciała lub zatrucia jest przechowywana przez okres 30 lat. Zdjęcia rentgenowskie przechowywane są przez okres 10 lat. Skierowania na badania lub zlecenia lekarzy też są przechowywane przez okres 10 lat. Po upływie ww. okresów archiwalna dokumentacja powinna być zniszczona w sposób uniemożliwiający identyfikację pacjenta, którego dotyczyła.

Dokumentacja medyczna medycyny pracy

Prowadzenie tej dokumentacji reguluje rozporządzenie ministra zdrowia z 16 stycznia 2003 r. (Dz. U. nr 37 z 2003 r., poz. 328).

W przypadku zakończenia działalności przez podstawową jednostkę służby medycyny pracy dokumentacja medyczna tej jednostki przekazywana jest do wojewódzkiego ośrodka medycyny pracy, na którego obszarze działania jednostka ta prowadziła działalność. Okres przechowywania indywidualnej dokumentacji medycznej służby medycyny pracy wynosi 20 lat, a w odniesieniu do pracowników zawodowo narażonych na czynniki rakotwórcze lub mutagenne – 40 lat po ustaniu narażenia.

Autor jest rzecznikiem prasowym Lubelskiej Izby Lekarskiej

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 obowiązki 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 prowadząca 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 232, 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.

Godne życie za 23 punkty

Polska pozostaje jedynym w Europie krajem, który nie ma programu kompleksowej pomocy chorym na stwardnienie rozsiane, a finansowanie leczenia ze środków publicznych nie jest jednolite.

Województwie łódzkim z dobrodziejstwa refundacji korzysta 2% chorych, ale już w sąsiednim świętokrzyskim zaledwie 0,15%. W Polsce na stwardnienie rozsiane choruje ok. 30 tys. ludzi.

Jedyną udowodnioną skuteczną metodą leczenia jest leczenie immunomodulacyjne Interferonem i Copolimerelem. Leki te należy zastosować w najwcześniejszym okresie, co łagodzi naturalny postęp choroby, zmniejsza kumulację patologicznych zmian w mózgu i opóźnia powstanie kalectwa – wyjaśnia **prof. Zbigniew Stelmasiak**, prezes Polskiego Towarzystwa Neurologicznego. Problem w tym, że miesięczna kuracja Interferonem kosztuje 3,5 tys. zł. Kogo więc i jak długo na to stać – pytają drżącym głosem młode i piękne kobiety, które ukrywają chorobę przed otoczeniem, a jeszcze bardziej przed pracodawcą.

Terapię lekami immunomodulującymi Parlament Europejski uznał za standard leczenia SM. W wielu krajach stosuje się je już wtedy, gdy nie ma jeszcze definitywnej pewności rozpoznania choroby. Wskazaniem do podania leku mogą być już pierwsze objawy wskazujące na SM oraz obecność zmian o typie demielinizacyjnym. Jednym z wczesnych symptomów jest problem z widzeniem. Może mieć formę przejściowej utraty widzenia lub podwójnego widzenia.

Gdy słyszy się diagnozę, dopada depresja. Wiadomo: choroba jest nieuleczalna, często prowadzi do niepełnosprawności. W wyobraźni pojawia się wózek inwalidzki, utrata samodzielności, samotność spowodowana przez chorobę. Tymczasem diagnoza to nie wyrok, życie ze stwardnieniem rozsianym nie musi oznaczać cierpienia. Wiele osób prowadzi normalne życie, pracuje zawodowo i społecznie, podróżuje, zajmuje się domem.

Klimat wokół leczenia immunomodulującego nie jest w Polsce sprzyjający. Jedynie 436 chorych na SM ma zapewniony dostęp do refundowanej, kosztownej terapii. To niewiele ponad jeden procent – skarży się **prof. Krzysztof Selmaj**, wiceprezydent Europejskiej Federacji Sto-

warzyszeń Neurologicznych. Nasi południowi sąsiedzi refundują koszty leczenia 5% Słowaków i aż 9% Czechów. Aby w Polsce chory na SM miał szansę na refundację, a więc i szansę na godne życie, musi spełnić restrykcyjne kryteria punktowe. Te kryteria to m.in. wiek, czas trwania i liczba rzutów choroby oraz jej objawy. W każdym z nich musi uzyskać pewną liczbę punktów, np. za wiek między 18 a 30 lat system przyznaje 6 punktów, a za 30-40 lat, 3 punkty. Do leczenia kwalifikuje się wtedy, gdy uciula 23 punkty.

Do leczenia kwalifikują się głównie pacjenci młodzi, czyli teoretycznie najbardziej potrzebujący i po to, aby mieli szansę na leczenie, system ten stworzono. Jednak pojęcie „młodzi” nie oznacza chorych powyżej 18 roku życia. System nie obejmuje w ogóle przypadków osób młodszych. Z drugiej strony 38-letni pacjent z chorobą rozpoznaną przed kilkoma laty również nie ma szans na leczenie.

Kryteria są tak ostre, że praktycznie jedynie pacjenci z niewielkimi zmianami neurologicznymi kwalifikują się do leczenia. Dyżurnym argumentem NFZ jest brak pieniędzy, choć nie wszędzie, bo w Łodzi jakoś sobie radzą, a na Kujawach i Pomorzu systemu takiego w ogóle nie wprowadzono.

Czy jest szansa na przełom? Chyba tylko wtedy, jak na SM zachoruje córka premiera czy ministra – mówi rozgoryczony 32-letni pacjent, który od 2 lat choruje i jest modelowym przypadkiem do leczenia Interferonem, ale nie ma szans na leczenie, bo mieszka ... w Gdańsku.

Na Interferonie nie kończą się problemy chorych, ale zaczyna się również ból głowy władz. Parlament Europejski zapowiada nacisk na władze krajowe, by podnieść poziom opieki dostępnej na całym terytorium Unii oraz uznać zasadę równości dostępu za bezsprzeczny cel.

Koalicja wspierająca chorych na SM rośnie w siłę. Obok lekarzy i przedstawicieli nauki dołączają do niej sportowcy (Mateusz Kuśnierewicz) i artyści (Grażyna Barszczewska i Kora Jackowska). Więcej informacji: **www.ptsr.org.pl**; tel. (0-22) 856-76-66, fax 849-10-65.

Marek Stankiewicz

REKLAMA

REKLAMA

• **Zatrzymali lekarzy podwyżkami pensji.** Obawa, że po wejściu do Unii czescy lekarze i pielęgniarki zaczną masowo opuszczać swój kraj, zmusiła kierownictwo tamtejszych placówek medycznych do podwyżek pensji. Obecnie średnia płaca lekarza w Czechach (w państwowym szpitalu) wynosi 37 000 koron (ok. 5500 zł), a pielęgniarki prawie 18 000 koron (ok. 2700 zł). • **Prawo dostosowane do realiów?** Aby dostosować się do nowych wymogów fachowych i sanitarnych szpitale otrzymują czas do 31 XII 2010 r., a pozostałe zakłady opieki zdrowotnej 2 lata krócej, czyli do 31 XII 2008 r. – poinformował minister zdrowia Marek Balicki. • **Reanimacja nieboszczyka.** Prezydent Aleksander Kwaśniewski podpisał ustawę o pomocy publicznej i restrukturyzacji ZOZ-ów. Minister zdrowia Marek Balicki oczekuje, że po wejściu w życie ustawy (za 3 lub 4 miesiące) do zadłużonych publicznych szpitali, które podejmuje restrukturyzację, powinna wpłynąć pierwsza transza pożyczki. • **Raz na 3 lata.** Od przyszłego roku NFZ będzie zawierać trzyletnie kontrakty z placówkami medycznymi – zapowiedział prezes Funduszu Jerzy Miller. • **Po leki za granicę.** Spośród nowych członków UE, średnie ceny leków na receptę w Czechach są o 15 proc. niższe niż w Polsce, a na Słowacji o 19 proc. – wynika z raportu IMS Health. • **Oddajcie pieniądze za mleko?** NFZ rozpoczął wnikliwą kontrolę recept wystawianych przez lekarzy POZ na produkty i preparaty mlekozastępcze dla dzieci. W niektórych przypadkach NFZ każe lekarzom rodzinnym i pediatrom zwracać pieniądze. • **Gdzie kucharek sześć...** Zbyt duża liczba i rozdrobnienie wśród właścicieli szpitali nie służą dobrze opiece medycznej – uważa minister zdrowia Marek Balicki. W 1998 r. 700 szpitali trafiło w ręce 400 podmiotów: samorządów wojewódzkich, powiatów i gmin; część

w sprawie projektu ustawy o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz ustawy o cenach

Katolickie Stowarzyszenie Lekarzy Polskich protestuje przeciwko zaproponowanej zmianie zapisu art. 5 pkt 12 ustawy z 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. 210, poz. 2135), rozszerzającej definicję leku uzupełniającego o „produkt leczniczy o działaniu antykoncepcyjnym”.

Środki antykoncepcyjne nie służą do leczenia, zatem proponowana zmiana zawiera wewnętrzną sprzeczność.

Konsekwencją takiej zmiany będzie także zmniejszenie możliwości refundacji kosztów zakupu leków służących ratowaniu życia i zdrowia, w tym także leków innowacyjnych.

dr Anna Gręziak

prezes Zarządu Głównego KSLLP

Warszawa, 12 maja 2005 r.

Razem jesteśmy silniejsi

Together we are stronger, czyli „razem jesteśmy silniejsi” – takie właśnie przesłanie znajduje się na internetowej witrynie Amerykańskiego Towarzystwa Medycznego (American Medical Association), największej organizacji skupiającej amerykańskich lekarzy. To właśnie w Stanach Zjednoczonych lekarze stanowią niezwykle zwartą grupę zawodową potrafiącą skutecznie walczyć o swoje prawa (...)

W przeciwieństwie do amerykańskich lekarzy stanowimy dużo gorzej organizacyjnie przygotowaną grupę zawodową. Jesteśmy znacznie gorzej opłacani i mniej szanowani przez resztę społeczeństwa. Naszą wadą, z którą niechętnie walczymy, jest bierność – czekamy, aż inni zrobią coś pożytecznego za nas. Brak aktywności większości z nas spowodowany często zapracowaniem i brakiem czasu sprawia, że organizacje zrzeszające lekarzy, takie jak izby lekarskie czy związki zawodowe, bez poparcia i udziału całego środowiska mają małą siłę przebicia.

Błędem wielu z nas jest także częsta krytyka własnego samorządu zawodowego. Samorządu, którego zadania bez naszego poparcia nie mogą być skutecznie realizowane. Są wśród nas rów-

nież osoby, które postulują rozwiązanie izb lekarskich. W ich mniemaniu, izby zajmują się tylko ściąganiem składki i pobieraniem opłat za rejestrację prywatnych praktyk medycznych. Często, niestety, zapominamy, że ich główna rola, to właśnie ochrona naszego zawodu. Nie powinniśmy również zapominać, że izby lekarskie od momentu ich powstania zatwierdzonego ustawą sejmową w 1921 r. były rozwiązywane dwukrotnie. Po raz pierwszy przez okupantów niemieckich w 1940 r., po raz drugi przez administrację komunistyczną w roku 1950. (...)

Postsocjalistyczna polityka oraz nagonka prasowa mające na celu skłócenie i rozbięcie naszego środowiska osiągnęły zamierzony i zaplanowany z zymym wyrachowaniem cel. Zostaliśmy skutecznie skłóceni. Skłóceni tak, że nie jesteśmy w stanie podjąć solidarnych, skutecznych działań mających na celu poprawę sytuacji zarówno naszej, jak i naszych pacjentów.

Co więcej, pacjenci, o których zdrowie i życie walczymy, zostali zmanipulowani tak, że częściowo odwrócili się od nas. Nie ulega wątpliwości, że bez poparcia całego społeczeństwa będzie nam niezwykle trudno cokolwiek wywalczyć. (...)

Receptą, którą trzeba wypisać już dziś, aby uzdrowić polską służbę zdrowia, jest pełna integracja całego środowiska – zaczynając od personelu najniższego szczebla, na nas lekarzach kończąc. Recepta musi być na *cito*, inaczej pacjent nie przeżyje. Aby skutecznie działać i dyktować warunki, musimy być solidarni. Tylko mówiąc wspólnym, donośnym głosem możemy cokolwiek wywalczyć. (...)

Marek Derkacz

„Medicus” 4/2005



Zjazdowe pomysły i ... realia



Zjazd przeprowadził również dyskusję na temat problemów służby zdrowia. Nie była to budująca dyskusja, ale też trudno, aby była inna, skoro w służbie zdrowia dzieje się tak jak się dzieje, a jej problemy od wielu tygodni nie schodzą z łamów gazet oraz wiadomości radiowych i telewizyjnych. Martwi zwłaszcza trudna sytuacja życiowa wielu naszych kolegów. Wokół naszych spraw dzieją się dziwne rzeczy, padają najróżniejsze pomysły poprawienia jej stanu, często nie liczące się z realiami i możliwościami. Ale zawsze tak jest, jeżeli jakkolwiek dyskusja toczy się w okresie przedwyborczym. Wówczas nawet ci, którzy o dyskutowanym problemie mają pojęcie mętne albo nawet żadne, czują się w obowiązku zabierać głos, przypomnieć o sobie wyborcom i pokazać, że nic co polskie „nie jest im obce”... Pechem naszym, lekarzy i w ogóle pracowników ochrony zdrowia, jest fakt, że owo „nic” to problemy zdrowia Polaków. (...)

Andrzej Baszkowski

„Biuletyn Informacyjny WIL” 4/2005

@sculap.pl

Goniec Medyczny

szpitali została podporządkowana kilku ministerstwom. • **Regulamin „ogonka”.** Będą zmiany w organizacji list pacjentów oczekujących na deficytowe świadczenia medyczne - m.in. lekarz ma ustalać maksymalny czas oczekiwania na zabieg operacyjny. • **I ty możesz zostać kontrolerem!** NFZ planuje zwiększyć liczbę swoich kontrolerów. Wzrośnie także pula środków przeznaczana przez NFZ na leczenie WZW typu B i C - zapowiada prezes Funduszu Jerzy Miller. • **NFZ na plusie.** Sejmowa Komisja Zdrowia przyjęła pozytywną opinię o sprawozdaniu finansowym NFZ za pierwszych 9 miesięcy 2004 r. NFZ szacuje, że wynik finansowy za cały 2004 r. będzie wynosić ponad 658 mln zł na plusie. • **W Polsce przeszczepiamy narządy od blisko 40 lat.** „Mimo buńczucznych zapowiedzi nikt nie zdecydował się na przeszczep twarzy, a z przeszczepami kończyn więcej jest kłopotów niż korzyści. Przeszczepy narządów płciowych - jądra czy macicy - są w Polsce zakazane prawnie i nie ma powodu tego zmieniać - mówił prof. Wojciech Rowiński podczas międzynarodowej sesji transplantologów w Warszawie. • **Polskie szpitale czekają na cudzoziemców.** 6-krotnie wyższe stawki niż NFZ proponują ubezpieczalnie z Wielkiej Brytanii za leczenie swoich pacjentów w polskich szpitalach. Dlatego wiele placówek w całej Polsce prowadzi rozmowy z zagranicznymi partnerami. • **Sposób na szpital.** Na bazie Szpitala Klinicznego nr 2 UM w Łodzi powstanie od przyszłego roku Centralny Szpital Weteranów (CSW). Obecnie szpital posiada ok. 440 łóżek, z których połowa jest dotąd niewykorzystywana. • **Potrzebny nowy sprzęt do dializ.** „3/4 sprzętu do dializoterapii należy wkrótce wymienić ze względu na jego zużycie” - ocenia NIK. Ponadto „często niepubliczne stacje dializ powstają tuż przy publicznych szpitalach, do których w razie powikłań kierują swoich pacjentów” - twierdzi wiceprezes NIK Piotr Kownacki. • **Za pomyłki i błędy lekarzy płacą aptekarze i pacjenci.** Unia Farmaceutów - Właścicieli Aptek wystosowała apel do lekarzy o dokładanie wszelkiej staranności przy wypisywaniu recept. • **Z gruźlicą w tłumie.** O chorych, którzy w zaawansowanym stadium gruźlicy trafiają do szpitali, pisze „Kurier Szczeciński”. W ubiegłym roku w województwie zachodniopomorskim gruźlicę stwierdzono u 407 osób. • **W kolejce po nowy staw.** W 200 ośrodkach w całej Polsce wykonano w tym roku ponad 3000 operacji wszczepie-

dokończenie na str. 26

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, żeglarstwo

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

dokończenie ze str. 25

nia endoprotezy stawu biodrowego. Z kontroli NIK wynika, że chorzy musieli czekać na tę operację od kilku miesięcy do nawet trzech lat. • **Szpital od biedy.** Na oddziałach dziecięcych stargardzkiego i gryfickiego szpitala zdarza się, że dzieci zostają dłużej niż trzeba. Czekają, aż ich rodzice zdobędą pieniądze na zakup niezbędnych lekarstw. • **Numer 999 to nie bezpłatna infolinia!** Numer tel. 999 jest często blokowany przez osoby poszukujące informacji np. o drodze do najbliższego szpitala – alarmuje stołeczne pogotowie ratunkowe. • **Uciekają „na chwilę” ze szpitali.** Pacjenci (najczęściej biznesmeni oraz kobiety w ciąży), załatwiając różne sprawy „uciekają na chwilę” ze szpitali. Dlatego dyrektor łódzkiego szpitala św. Jana Bożego wydał oficjalne zarządzenie, że pacjenci przebywający w tej placówce, dla swojego dobra, nie powinni po kryjomu opuszczać szpitala. • **Limity na życie.** Kończą się limity wyznaczone przez NFZ na leczenie pacjentów z nowotworami. „Do tej pory leczylismy na chłoniaki 15 osób tygodniowo, teraz nie możemy już przekraczać limitów i będziemy przyjmować 7” – ostrzega prof. Jan Walewski z Centrum Onkologii w Warszawie.

Goniec Medyczny jest elektronicznym biuletynem informacyjnym, wysyłanym bezpłatnie raz w tygodniu na ponad 90 000 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 Pharmindeks, giełdę pracy dla lekarzy oraz giełdę używanego sprzętu medycznego i podręczników. Współpracujemy z kilkunastoma towarzystwami naukowymi i uczelniami medycznymi oraz największymi polskimi wydawnictwami. Dostęp do wszystkich materiałów w portalu jest bezpłatny i wymaga jednorazowej rejestracji. Dodatkowo istnieje możliwość błyskawicznego założenia własnego konta poczty elektronicznej i strony WWW.

Serdecznie zapraszamy.

lek. Jarosław Kosiaty

redaktor naczelny portalu Esculap.pl

Dendrite International

www.esculap.pl

e-mail: jkosiaty@esculap.pl

Przychodzi lekarz do prawnika

Pytanie lekarza: Z jakich przepisów prawnych wynika obowiązek poinformowania przez szpital prokuratora o zgonie pacjenta? Zgon nastąpił w ciągu 24 godzin od przyjęcia chorego do szpitala.

Odpowiedź prawnika: Polskie prawo nie przewiduje obowiązku informowania prokuratora przez szpital o każdym wypadku zgonu pacjenta, który nastąpił w ciągu 24 godzin od przyjęcia do szpitala.

Istnieje natomiast obowiązek informowania policji lub prokuratora w przypadku uzasadnionego podejrzenia, że przyczyną zgonu było przestępstwo. Obowiązek taki spoczywa na lekarzu (lub innej osobie), który jest powołany do stwierdzenia zgonu na podstawie art. 11 ust. 8 ustawy z 31 stycznia 1959 r. o cmentarzach i chowaniu zmarłych (tekst jedn.: Dz. U. z 2000 r. nr 23, poz. 295, z późn. zm.). O obowiązku tym mowa jest także w § 7 rozporządzenia ministra zdrowia i opieki społecznej z 3 sierpnia 1961 r. w sprawie stwierdzenia zgonu i jego przyczyny (Dz. U. nr 39, poz. 202). Szpital ma zresztą obowiązek zawiadamiania o każdym przestępstwie,

o którym powzięto wiadomość w związku z działalnością szpitala (o ile jest to jednostka państwowa lub samorządowa) na podstawie przepisów Kodeksu postępowania karnego. Za przestrzeganie tego obowiązku odpowiada w każdej takiej jednostce jej kierownik.

Pytanie zadano prawdopodobnie w związku z obowiązywaniem innego przepisu, a mianowicie art. 24 ust. 4 pkt 3 ustawy z 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej (Dz. U. nr 91, poz. 408, z późn. zm.), który traktuje jako obowiązkową sekcję zwłok pacjenta zmarłego w ciągu 12 godzin od przyjęcia do szpitala.

W przypadku śmierci, która nastąpiła później, sekcja będzie także obowiązkowa – właśnie w sytuacji podejrzenia popełnienia przestępstwa, co wynika z treści art. 209 § 1 Kodeksu postępowania karnego. W przypadku zgonu pacjenta w ciągu 12 godzin od przyjęcia do szpitala właśnie sekcja ma wykazać między innymi, czy przyczyną zgonu mogło być przestępstwo. Wynik sekcji może zatem stanowić uzasadnienie powiadomienia prokuratora.

opr. Edyta L. Wędrychowska



Pytanie lekarza: Czy pacjent, który ma być poddany operacji, ma prawo wyboru lekarza chirurga?

Odpowiedź prawnika: Przy obecnym stanie prawnym pacjent ma bardzo ograniczoną możliwość wyboru lekarza chirurga.

1. Jeżeli zabieg ma być przeprowadzony w publicznym zakładzie opieki zdrowotnej, w ramach powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego, pacjent może jedynie poprosić kierownika oddziału, aby operacja została przeprowadzona przez wskazanego lekarza. Ostateczna decyzja w tej sprawie należy do kierownika oddziału.
2. Podobna sytuacja występuje, jeżeli zabieg ma być przeprowadzony w niepublicznym zakładzie opieki zdrowotnej poza systemem powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego. Jednak w tego typu placówkach prawo pacjenta do wyboru chirurga mogą przewidywać zasady wewnętrzne funkcjonowania zakładu. Wówczas prawo wyboru zostanie pacjentowi wyraźnie podane do wiadomości.
3. Pacjent może zwrócić się do prywatnie praktykującego chirurga, który może wynająć w szpitalu salę operacyjną, personel medyczny oraz urządzenia szpitalne – i tutaj można powiedzieć o prawie do wyboru przez pacjenta lekarza chirurga.

opr. Dorota Karkowska

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

Zwolnienie dyscyplinarne

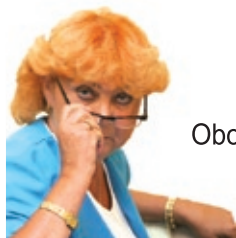


foto: Marek Stankiewicz

Elżbieta Barcikowska-Szydło

Obowiązkiem lekarza jest świadczenie pracy w godzinach wyznaczonych treścią umowy o pracę, a nie do czasu przyjęcia ostatniego pacjenta zapisanego na wizytę określonego dnia.
(Wyrok Sądu Najwyższego z 20 lipca 2000 r. w sprawie o sygn. akt: I PKN 742/99)

Sąd Rejonowy-Sąd Pracy w Kartuzach wyrokiem z 27 stycznia 1999 r. przywrócił powódkę, lekarza Elżbietę C., do pracy w pozwanym Samodzielnym Publicznym Zakładzie Opieki Zdrowotnej w S. na poprzednich warunkach.

Sąd Rejonowy ustalił, że powódka była zatrudniona w Samodzielnym Publicznym Zakładzie Opieki Zdrowotnej w S. na podstawie umowy o pracę zawartej na czas nieokreślony w pełnym wymiarze czasu pracy na stanowisku lekarza pediatry. Obowiązywał ją czas pracy w godz. od 7.30 do 15.30.

Po godzinach pracy w SPZOZ powódka pełniła dodatkowo dyżury w szpitalu w K. na oddziale dziecięcym, w godz. od 15.30 do 7.30 następnego dnia. Z przyjętej praktyki wynikało, że lekarz obejmujący dyżur w szpitalu przybywał na oddział ok. godz. 15.00, aby od lekarza, który kończył pracę o godz. 15.30, uzyskać informacje o stanie zdrowia chorych przebywających na oddziale.

Od września 1997 r. powódka przychodziła na dyżury szpitalne o godz. 15.30, a nawet później, tłumacząc, że nie może wcześniej opuścić miejsca pracy w Samodzielnym Publicznym Zakładzie Opieki Zdrowotnej w S. Prosiła też lekarzy ze szpitala, aby przychodzili do pracy przed godz. 7.30, aby ona sama mogła stawić się w pracy u pozwanego zgodnie z obowiązującym ją czasem pracy. Kierownik SPZOZ Jacek G. rygorystycznie przestrzegał ustalonych godzin pracy.

27 lutego 1998 r. powódka opuściła gabinet lekarski w SPZOZ w S. po zakończeniu przyjmowania pacjentów o godz. 14.12 i swoim samochodem udała się na wizytę domową do dziecka Elżbiety S. w S. Wizyta trwała od 14.30 do ok. 15.00. Kończąc wizytę, powódka oznajmiła, że spieszy się na dyżur do szpitala w K.

Około godz. 15.20 do domu Elżbiety S. przybył kierownik SPZOZ w celu kon-

troli wykonania przez powódkę wizyty domowej. Nie zastał już powódki.

Po zakończeniu pierwszej wizyty powódka udała się do O. do domu Agaty K., zatrudnionej u pozwanego jako lekarz medycyny. Tam od 15.00 do 15.20 badała jej dziecko. Następnie powódka udała się na dyżur do szpitala w K., dokąd przybyła ok. godz. 15.35-15.40.

Powódka była członkiem Komisji Międzyzakładowej NSZZ „Solidarność” Pracowników Ochrony Zdrowia w K. Podlegała w związku z tym ochronie przewidzianej w art. 32 ust. 1 ustawy o związkach zawodowych. Kierownik pozwanego SPZOZ, podjąwszy zamiar zwolnienia powódki z pracy, zwrócił się pismem z 9 marca 1998 r. do Komisji Międzyzakładowej, której członkiem była powódka, o wyrażenie zgody na rozwiązanie z nią umowy o pracę bez wypowiedzenia, z winy pracownika, z powodu ciężkiego naruszenia obowiązków pracowniczych. Komisja w piśmie z 10 marca 1998 r. odmówiła wyrażenia zgody na rozwiązanie umowy o pracę z powódką.

Pomimo braku zgody organizacji związkowej kierownik złożył powódce 18 marca 1998 r. pisemne oświadczenie o rozwiązaniu z nią umowy o pracę bez wypowiedzenia na podstawie art. 52 § 1 pkt 1 KP. Jako przyczynę uzasadniającą taką decyzję wskazał to, że powódka 27 lutego 1998 r. samowolnie zaprzestała świadczenia pracy na rzecz pozwanego ok. godz. 14.40, mimo że była obowiązana pracować do godz. 15.30. Tymczasem już ok. godz. 15.30 znajdowała się na terenie szpitala w K. Ponadto pracodawca zarzucił powódce, że 2 marca 1998 r. próbowała zatuszować fakt wcześniejszego zaprzestania świadczenia pracy 27 lutego 1998 r., czym chciała wprowadzić pracodawcę w błąd.

Sąd Rejonowy uznał, że postawiony powódce zarzut wcześniejszego samowolnego zaprzestania świadczenia pracy na rzecz pracodawcy 27 lutego 1998

r. okazał się nieuzasadniony. Wcześniej-
sze zaprzestanie świadczenia pracy w SPZOZ w S. w tym dniu nie spowodowało żadnej szkody po stronie pozwanego bądź pacjentów zakładu opieki zdrowotnej.

Sąd Okręgowy w Gdańsku, w wyniku apelacji pozwanego, doszedł do wniosku, że rozwiązanie z powódką umowy o pracę na podstawie art. 52 § 1 pkt 1 KP było uzasadnione, aczkolwiek nastąpiło z naruszeniem przepisów prawa dotyczących szczególnej ochrony pracownika pełniącego funkcję w organizacji związkowej.

Odmienne ustalenia Sądu Okręgowego sprowadzają się do tego, że 27 lutego 1998 r. powódka, po odbyciu wizyty domowej u dziecka Elżbiety S., skąd wyszła przed godz. 15.00, udała się bezpośrednio na dyżur do szpitala w K., który rozpoczęła ok. godz. 15.00, a zatem zaprzestała świadczenia pracy na rzecz pozwanego pracodawcy przed godz. 15.00, choć obowiązywał ją czas pracy do godz. 15.30, po czym – po uzyskaniu wiadomości, że kierownik zakładu prowadzi na tę okoliczność postępowanie wyjaśniające – 2 marca 1998 r. podjęła działania mające na celu uzyskanie formalnego potwierdzenia, że pracę świadczyła do 15.30, a mianowicie poleciła odnotować (ex post) w zeszytach wizyt domowych wizytę u dziecka Agaty K. (lekarzki z tego samego ośrodka zdrowia) oraz założyć kartę zdrowia dla tego dziecka. Na 27 lutego 1998 r. powódka miała zaplanowaną i wpisaną do zeszytu wizyt wyłącznie wizytę domową u dziecka Elżbiety S. Wychodząc od niej przed godz. 15.00, powiedziała, że spieszy się do szpitala na dyżur. Powódka była widziana jeszcze przed godz. 15.00 w swoim samochodzie na drodze do K. O godz. 15.30 samochód powódki stał na parkingu przy szpitalu w K., a portierka Katarzyna S. wpuszczająca na teren szpitala personel me-

dyczny stwierdziła, że powódka przyjechała do szpitala przed godz. 15.00.

Powódka dowiedziała się o tym, że kierownik SPZOZ Jacek G. dzwonił do szpitala, aby upewnić się, o której godzinie rozpoczęła dyżur 27 lutego 1998 r. W związku z tym 2 marca 1998 r. poleciła rejestratorce Alicji H. założenie karty zdrowia dla dziecka o nazwisku K., przy czym nie znała imienia dziecka ani daty jego urodzenia. Tego samego dnia powódka poleciła pielęgniarkę Wandzie P. dokonanie w zeszycie wizyt domowych wpisu dotyczącego wizyty u dziecka o nazwisku K.

Dokonując oceny przedstawionych ustaleń faktycznych Sąd Okręgowy uznał, że istniały uzasadnione podstawy do postawienia powódce zarzutów wskazanych jako przyczyna rozwiązania z nią umowy o pracę bez wypowiedzenia w trybie art. 52 § 1 pkt 1 KP. Obowiązkiem powódki było świadczenie pracy na rzecz pozwanego w wyznaczonych jej godzinach pracy i nie ma znaczenia to, że wcześniejsze zakończenie przez nią pracy nie spowodowało żadnej straty lub szkody po stronie pozwanego pracodawcy lub pacjentów zakładu opieki zdrowotnej.

W dacie rozwiązania umowy o pracę powódka podlegała ochronie, jaką przewidują przepisy prawa dla działaczy związkowych, w szczególności jako członek władz organizacji związkowej podlegała szczególnej ochronie wynikającej z art. 32 ust. 1 ustawy o związkach zawodowych. Naruszenie przez pozwanego pracodawcę przepisów o rozwiązywaniu umów o pracę z działaczem związkowym przy jednoczesnej zasadności przyczyn rozwiązania umowy o pracę z powódką wymagało rozważenia, powinno zostać uwzględnione żądanie powódki przywrócenia jej do pracy. Sąd Okręgowy uznał, że zgromadzony w sprawie materiał dowodowy jednoznacznie wskazuje na istnienie głębokiego konfliktu pomiędzy powódką i jej przełożonym Jackiem G., a także konfliktu pomiędzy powódką i znaczną częścią pracowników pozwanej placówki, na co wskazują między innymi: zgłoszenie wotum nieufności w stosunku do powódki jako społecznego inspektora pracy na zebraniu 5 lutego 1998 r., a także pismo pracowników członków NSZZ „Solidarność” z 16 lutego 1998 r. wskazujące na konflikt powódki z przełożonym, karygodne zachowanie powódki wobec kierownictwa zakładu i innych pracowników, kwestionowanie przez powódkę ewidentnych osiągnięć kie-

rownictwa z uwagi na niepogodzenie się z faktem, że to nie ona została kierownikiem SPZOZ.

Przywrócenie do pracy powódki – postrzeganej negatywnie przez jej przełożonego oraz większość pracowników – powodowałoby nowe konflikty, co pozostawałoby w rażącej sprzeczności z zasadami współżycia społecznego.

Kasację od wyroku Sądu Okręgowego wniosła powódka, zaskarżając ten wyrok w całości.

Sąd Najwyższy zważył, co następuje:

Nie ulega wątpliwości, że powódka jako działacz związkowy podlegała szczególnej ochronie przed rozwiązaniem stosunku pracy wynikającej z art. 32 ust. 1 ustawy o związkach zawodowych.

Niewątpliwie pracodawca naruszył w stosunku do powódki wskazany przepis, rozwiązując z nią umowę o pracę bez wypowiedzenia pomimo braku zgody zarządu zakładowej organizacji związkowej.

Z ustaleń faktycznych i ocen prawnych Sądu Okręgowego wynika, że powódka w rażący sposób naruszyła podstawowe obowiązki pracownicze, i to dwukrotnie:

– po raz pierwszy 27 lutego 1998 r., gdy samowolnie i bez usprawiedliwienia zaprzestała świadczenia pracy na rzecz pozwanego przed godz. 15.00, chociaż obowiązywał ją czas pracy do godz. 15.30, czym naruszyła obowiązek sumiennego wykonywania pracy oraz obowiązek przestrzegania ustalonego porządku pracy,

– po raz drugi zaś 2 marca 1998 r., gdy starała się stworzyć dokumentację mają-

cą na celu wykazanie, że 27 lutego 1998 r. świadczyła pracę na rzecz pozwanego również po godz. 15.00, co stanowiło co najmniej naruszenie zasad współżycia społecznego przez zamierzone wprowadzenie pracodawcy w błąd co do rzeczywistych godzin świadczenia pracy w tym dniu.

Z ustaleń Sądu Okręgowego wynika, że powódkę obowiązywały u pozwanego pracodawcy godziny pracy od 7.30 do 15.30 i że kierownik zakładu opieki zdrowotnej Jacek G. rygorystycznie przestrzegał ustalonych godzin pracy, wymagając od lekarzy zatrudnionych w zakładzie świadczenia pracy w tych godzinach.

Z ustaleń faktycznych nie wynika, aby powódka miała zgodę pozwanego pracodawcy (przełożonego) na wcześniejsze – przed godziną 15.30 – zaprzestanie świadczenia pracy na jego rzecz w związku z koniecznością dojazdu do szpitala w K., gdzie dyżur rozpoczynał się także o godz. 15.30.

Nieobecność powódki w pracy i zaprzestanie świadczenia pracy na rzecz pracodawcy 27 lutego 1998 r. przed godz. 15.30 nie mogą być skutecznie usprawiedliwiane koniecznością dojazdu na dyżur w szpitalu znajdującym się w innej miejscowości. Obowiązkiem powódki było świadczenie pracy na rzecz pozwanego w godzinach pracy wyznaczonych treścią umowy o pracę, nie zaś świadczenie pracy do czasu przyjęcia ostatniego pacjenta zapisanego na wizytę lekarską określonego dnia.

Autorka jest radcą prawnym Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie

„Puls” 5 (121) – maj 2005 r.



Medycyna nie jest w tak jednoznacznej sytuacji jak logika lub matematyka, które wyraźnie odróżniają od siebie dwa przeciwstawne pojęcia: prawdę i fałsz.



foto. Marek Stankiewicz

Ciężkie życie prawdy

Krystyna Knypl

We wszystkich dziedzinach ludzkiej aktywności, nie wyłączając medycyny, spotykamy wiele osób tytułujących się jedynymi depozytariuszami tego cennego i poszukiwanego dobra filozoficzno-matematycznego.

Wiosenne wydanie jednego z internetowych czasopism przyniosło dyskusję na temat prawdomówności w medycynie. Wśród przedstawionych tekstów przeważały eseje pochodzące z akademickich ośrodków filozoficznych zajmujących się etyką.

Przecierając oczy ze zdumieniem czytałam, że lekarze narzucają pacjentom przymus niedostatku prawdy.

Dyskusja w dużej mierze ograniczona była do sprawy udzielania szczegółowych informacji o nieuleczalności ciężkich chorób lub szans na przeżycie. Złożony i dynamiczny proces rozmowy z pacjentem oraz sposób informacji o chorobie zostały zredukowane do kategorii specyficznego prawa obywatelskiego do wiedzy ograniczonej wyobraźnią filozoficzną, funkcjonującą w dwubiegunowej logice „prawda-fałsz”. Medycynie jednak bardziej dolegają inne przypadłości, które określiłabym klientelizacją i demokratyzacją. Przypadłości te ingerują w powstawanie zaufania będącego fundamentem, na którym zawsze powinny być oparte relacje między pacjentem i lekarzem.

Klientelizacja

W codziennej praktyce ambulatoryjnej, będącej najpowszechniejszą formą pracy lekarzy, zainteresowanie pacjentów koncentruje się jednak nie na chęci poznania granicy między prawdą i fałszem, lecz gdzie indziej. W leczeniu schorzeń przewlekłych, będących najczęstszą przyczyną wizyt w naszych gabinetach, głównym punktem zainteresowania pacjentów są aspekty ekonomiczne procesu leczenia. Medycynę prywatną coraz bardziej przenika zasada „płać i wymagaj”, a jej ubezpieczalnią odmianą jest postawa „płać składki i należy mi się”.

Dokonująca się we współczesnych czasach klientelizacja medycyny jest oczywistym zjawiskiem dla menedżera. Jednakże lekarz w tym procesie odnajdzie więcej obcych mu intelektualnie i emocjonalnie elementów niż tych, które może zaakceptować. Apeityty konsumpcyjne klienta bywają niepoahamowane i irracjonalne. Niedawno zgłosił się do mnie pacjent przygotowujący się do planowego zabiegu z zakresu chirurgii estetycznej, z kom-

pletym szczepień przeciwko wirusowemu zapaleniu wątroby, mający potwierdzone badaniem analitycznym odpowiednie miano przeciwciał. Oczekiwał, że wypiszę mu receptę na czwartą dawkę szczepionki. Na pytanie, dlaczego prosi o niepotrzebną receptę odrzekł z rozbrajającą szczerością: „Jak więcej tej szczepionki przyjmę, to będę bezpieczniejszy...” Medycyna objawiła się owemu pacjentowi jak specyficzny supermarket, w którym o dostępie do dóbr decyduje zasobność portfela i nieskrępowany wybór.

Analizując wspomnianą debatę filozofów, zastanowiłam się, czy w ramach propagowanego prawa do prawdy należy rozszerzyć obszary informacji. Czy np. powinienam informować pacjenta wyrażającego chęć zamiany leku oryginalnego na odtwórczy o różnicach w procesie rejestracji, znanych mi odrębnościami biodostępności w działaniu poszczególnych farmaceutyków? Wszyscy wiemy, że są przepisy uprawniające pacjenta do dokonania wyboru preparatu spośród grupy farmaceutyków o tej samej nazwie chemicznej. W aptekach widzimy plakaty informujące pacjenta o możliwości poczynie-

REKLAMA

REKLAMA

nia oszczędności finansowych na zdrowiu. Jednakże zastanawiające jest, że nie powstały ani przepisy, ani plakaty uświadamiające, że lekarz nie ponosi odpowiedzialności za efekty terapii, w której zostały dokonane zmiany przez osoby postronne.

Wybiegając wyobraźnią w przyszłość, zobaczyłam wielostronicowe druczki, które po uwiarygodnieniu naszymi peselami podpisują jednocześnie z pacjentem poświadczając, że została mu dostarczona należna ustawowo dawka prawdy. Miejmy jednak nadzieję, że to tylko czarny scenariusz, a nie proroctwa wizja...

Demokratyzacja

W coraz większych obszarach sztuki medycznej towarzyszą nam przedstawiciele innych zawodów. Dokonuje się osobliwa demokratyzacja medycyny, w wyniku której nieomal każdego dnia czytamy o swoistych głosowaniach nad tym, jak powinniśmy postępować. Jedynym obszarem, który współczesny świat zostawia lekarzom na wyłączność, jest odpowiedzialność za podjęte decyzje.

Czy jednak zawsze są to nasze decyzje? Czy demokracja jest na tyle uniwersalna i nie dająca się zastąpić innym systemem wartości, że powinna zagościć w medycynie równie szeroko co w polityce? Czy medycyna określana mianem paternalistycznej powinna wstydliwie wycofywać się ze sceny publicznej, uprzejmie ustępując miejsca lansowanej współcześnie tzw. medycynie partnerskiej?

Czy owa demokratyzacja medycyny jest dobra? Jakie korzyści odnoszą z niej pacjenci, lekarze lub system ochrony zdrowia? Czy jako lekarze powinniśmy godzić się na wszystko, czy raczej przechodzić obojętnie nad kolejnymi „dobrymi radami” i robić swoje? Jaki wpływ na warunki naszej praktyki lekarskiej mają płynące zewsząd sugestie o tym, co powinniśmy robić, a nawet jak rozmawiać z pacjentem?

Nie wszystkie dziedziny życia odnoszą się do pojęcia *prawdomówność* z jednakową miarą. Identyczne rozumienie semantyki słowa *prawdomówność* przez przedstawicieli procesu sądowego, w laboratorium naukowym, gabinecie lekarskim, na sali wykładowej czy wreszcie na łamach wysokonakładowej gazety dla czytelnika masowego wydaje się niemożliwe.

Zaufanie

Czas zmienia wiele sądów, w tym również medycznych. To, co dziś jest prawdą w medycynie, jutro może być prawdą nieaktualną. Medycyna nie jest w tak jednoznacznej sytuacji jak logika lub matematyka, odróżniająca dwa przeciwstawne i wyraźnie odgraniczone pojęcia: prawda i fałsz. Nie wydaje mi się, aby wczorajszą prawdę medyczną można było nazywać fałszem, ale z pewnością matematyka tak by tę sytuację zdefiniowała. Jako lekarze użyjemy raczej określenia „historyczny pogląd medyczny”. Nikt nie ma pewności, że z przekazu uznawanego dziś za prawdę wyniknie jutro coś lepszego dla pacjenta.

Niewątpliwie ważne jest, jakich słów używamy w rozmowie z pacjentem. Na ten istotny aspekt zwraca uwagę profesor Halina Nowosad w eseju „Rozważania o sztuce medycznej” („Medycyna Rodzinna” 2003). Pacjent zawsze chce wiedzieć jakie są zamierzenia lekarza i co one mają na celu (...). Nie należy oszczędzać słów. Trzeba tylko pamiętać o tym, że są w medycynie słowa dobre i złe na określenie tej samej sytuacji. Zawsze trzeba wybierać te dobre. (...) Wiadomość niepomyślna, jeżeli jest już konieczne jej przekazanie, powinna być połączona z umotywowaną wersją pomyślnego przebiegu. Mimo że rozmowa nie ratuje życia bezpośrednio, to przecież toruje drogę mądrym decyzjom (...).”

Waga słów, jakich używamy w rozmowie z pacjentami bez wątpienia jest nie do przecenienia. Nie jest ważne jak zostaną owe słowa zakwalifikowane przez postronne dla procesu leczenia osoby ani też jaki będzie ich status w kategoriach filozoficznych. Zawsze powinniśmy pamiętać, że nasz zawód wykonujemy wyłącznie osobiście i bez jakichkolwiek pośredników. Z tego osobistego wykonywania zawodu, nie dającego się przenieść na innych, rodzi się owa szczególna więź między lekarzem i pacjentem, określana mianem zaufania. Powinniśmy być świadomi, że jest to ciągle obok wiedzy i doświadczenia nasz najważniejszy lekarski kapitał.

Wszystko, co jest dobrem wysokiej wartości, powinno być chronione z najwyższą starannością. Pamiętajmy o tym, że nie tylko budowa, ale i ochrona zaufania, jakim obdarza nas pacjent w procesie leczenia, jest naszym ważnym, codziennym obowiązkiem.

krystyna.knypl@compi.net.pl

Europejski Kodeks Etyki Lekarskiej

utopia czy realność



foto: Marek Stankiewicz

Debata bioetyczna toczy się nie tylko w Polsce – toczy się w jednoczącej się Europie.

W nawiązaniu do opisywanej w „Gazecie Lekarskiej” debaty pozwalam sobie przedstawić streszczenie sprawozdania

prof. Zbigniewa Chłapa z Konferencji

pt. Consensus Conference: „Europejski Kodeks Etyki Lekarskiej – utopia czy

realność”, która odbyła się w dn. 15-16 kwietnia br. w San Remo we Włoszech.

Prof. Chłap (który reprezentował nas w San Remo) był, jak wiadomo, przewodniczącym Komisji Etyki Lekarskiej NRL w pierwszej kadencji i jest współautorem oraz jednym z inicjatorów naszego Kodeksu Etyki Lekarskiej.

Jerzy Umiastowski

Organizatorami konferencji byli Włoska Federacja Rad Medycznych i Deontologicznych (FNOMCEO) oraz Rada Medyczna i Deontologiczna Prowincji Imperia. Patronat objęli prezydent Republiki Włoch, a także ministrowie polityki społecznej, spraw zagranicznych, zdrowia oraz władze prowincji Imperia i miasta San Remo.

Uczestniczyli eksperci z Parlamentu Europejskiego i Komisji Europejskich (w tym z European Group on Ethics oraz Standing Committee of European Doctors i inne), ponadto przedstawiciele organizacji medycznych o zasięgu europejskim lub krajowym i przedstawiciele krajowych izb lekarskich.

W inauguracyjnych wystąpieniach dr Francesco Alberti, prezydent Rady Medycznej Prowincji Imperia oraz dr Giuseppe Barnoe, prezydent FNOMCEO przedstawili cele konferencji; stwierdzili, że istnieje potrzeba dyskusji i porozumienia się lekarzy wobec nowych wezwań medycyny – zwłaszcza trudności w zaspokajaniu rosnących potrzeb pacjentów w sytuacji ograniczenia środków na leczenie i lawinowego rozwoju administracyjnej biurokracji medycznej.

Izby lekarskie powinny mieć zapewnione środki na realizację gwarantowanej konstytucyjnie w krajach europejskich jakości leczenia. Konieczna jest odnowa godności powołania lekarskiego.

Należy przygotować obszerne przesłanie do Parlamentu Europejskiego wyrażające jednogólną wolę lekarzy europejskich realizowania autentycznych zadań powołania lekarskiego. Uczestnikom konferencji przedstawiono projekt „Karty Lekarzy Europejskich – San Remo 2005”. Stwierdzono, że materiały z konferencji winny być wykorzystane do opracowania „Europejskiego Kodeksu Deontologii Medycznej”, koniecznego dla należytej współpracy lekarzy na naszym kontynencie.

W pierwszym dniu obrad wykłady podstawowe wygłosił prof. Stefano Zappala, członek Parlamentu Europejskiego, prof. Stefano Rodotà, członek Europejskiej Grupy Etyki oraz Mdm. Evelyne Gebhardt, członek Parlamentu Europejskiego. Wykładowcy m.in. przedstawili zapisy Dyrektywy UE dotyczące zróżnicowania w Europie systemu uznawania kwalifikacji lekarzy, zaprezentowali nowe perspektywy kodyfikacji deontologicznej w Europie oraz podkreślili, że dobro istoty ludzkiej jest wartością nadrzędną nad dobrem społeczeństwa – choć uznali, że lekarz odpowiada również za dobro społeczeństwa.

Liczni dyskutanci podkreślili istotną rolę kodeksów deontologicznych w realizacji opieki zdrowotnej i powołania lekarskiego.

W drugim dniu obrad wykłady wygłosili prof. Francesco Donato Busnelli – profesor prawa cywilnego w Pizie oraz dr Beckle – dziennikarz. Zaprezentowano rolę kodeksów lekarskich w pracy lekarza oraz niewystarczające systemy ochrony cywilnej lekarzy i ubezpieczenia lekarzy. Ponadto przedstawiono problem relacji media – lekarz.

Następnie odbyła się debata przedstawicieli organizacji medycznych i krajowych izb lekarskich. Mówcy byli zgodni, że kodeksy deontologiczne są niezbędnym elementem realizacji opieki medycznej. Uznali za celowe opracowywanie europejskiego kodeksu deontologicznego oraz przedyskutowali zasady zaprezentowanej przez organizatorów konferencji Karty San Remo.

Karta została oceniona pozytywnie, ale uznano, że przed jej przyjęciem należy ją zaprezentować izmom lekarskim w krajach europejskich. Uznano również, że obecnie nie ma jeszcze warunków do stworzenia wspólnego Europejskiego Kodeksu Deontologii Lekarskiej – sprawa wymaga czasu.

W czasie tej sesji prof. Zbigniew Chłap wygłosił w języku francuskim referat pt. „Uwagi na temat zasad polskiego Kodeksu Etyki Lekarskiej w odniesieniu do problemów Konferencji w San Remo” („Quelques remarques au sujet des principes du Code Polonais de l’Ethique Medicale pour aux problemes deontologiques de la Conference de San Remo”).

W czasie sesji podsumowującej obrady stwierdzono, że inicjatywa spotkania reprezentantów środowisk medycznych Europy dała bardzo dobre wyniki i była potrzebna. Uznano, że lekarze wspólnej Europy powinni mieć Federację reprezentującą ich interesy w Unii Europejskiej. Stwierdzono z mocą, że decyzje dotyczące lekarzy nie powinny pozostawać w rękach administracji. Uznano, że rządy i parlamenty muszą liczyć się z opiniami lekarskimi – co jest niezbędne dla dobra chorych i społeczeństwa.

Podkreślono, że kodeksy deontologiczne są „kartą wizytową” każdego lekarza. Podkreślono z naciskiem, że prawo i etyka lekarska stanowią dwa niezależne, uzupełniające się kręgi – powołano się w tym miejscu na relację prawa i etyki lekarskiej w Polsce. Zaproponowano, aby w krajowych samorządach lekarskich przedyskutować Kartę San Remo i przyjąć ją w przyszłości. Uznano, że należy powołać komisję dla opracowania ostatecznej wersji Karty San Remo i zwrócono się z prośbą o nadsyłanie uwag na ten temat.

Na zakończenie sprawozdania prof. Chłapa przedstawiam moje osobiste uwagi: w konkluzji proponuję, aby Karta San Remo została przetłumaczona na język polski i dołączona do jednego z następnych numerów „Gazety Lekarskiej”. Komisja Etyki Lekarskiej NRL omówi sprawę w najbliższym czasie i swoje uwagi przedstawi Naczelnej Radzie Lekarskiej. Ponadto pragnę podzielić się z Czytelnikami refleksją, że pochodzącą od I Krajowego Zjazdu Lekarzy w 1989 r. Polska jest w czołówce krajów europejskich w zakresie deontologii lekarskiej – Jerzy Umiastowski.

Rozwiązanie

WIOSENNEGO KONKURSU LITERACKIEGO

Oto prawidłowe rozwiązanie konkursu ogłoszonego w „GL” nr 4/2005:

1. Jarosław Iwaszkiewicz
– B („Nim przyjdzie wiosna”)
2. Bolesław Leśmian
– D („Wiosna”)
3. Adam Stanisław Naruszewicz
– A („Cztery części roku – Wiosna”)
4. Bronisława Ostrowska
– C („Wiosna”)
5. Leopold Staff – E („Wiosna”)

Nagrody książkowe otrzymują:

Krzysztof Borski – Poznań
Teresa Stasińska – Zgierz
Anna Glik-Szymłowska – Będzin
Tomasz Wasilewski – Zgierz
Jolanta Warzycha – Częstochowa
Wojciech Sosnowski – Sulęcín
Tadeusz Sobczak – Pleszew
Róża Mańko – Lubartów
Joanna Słowińska – Radom
Henryka Stasińska-Dubiecka
– Bogatynia

„Efektywny czas pracy” lekarza na dyżurze

Jakby mało było kłopotów dręczących organizatorów i administratorów służby zdrowia w Polsce, pojawił się kolejny problem: lekarze domagają się godziwych stawek za dyżury lekarskie. Rzecz jest o tyle skomplikowana, że ustawodawstwo polskie nie zalicza dyżuru do czasu pracy.

Stanowisko to zresztą sprzeczne jest z prawem unijnym (dyrektywa 93/104). Dyżur lekarski nie jest w Polsce pracą w rozumieniu ustawy, w Europie – jest.

W procesach cywilnych w łódzkim sądzie pracy pozwani pracodawcy, dyrekcje szpitali, proponują postępowanie ugodowe, z którego wynika, że dyżur być może częściowo jest pracą, a to, w jakiej części jest, w jakiej zaś nie jest – pozostaje właśnie treścią ugody. Stworzono przy tej okazji termin „efektywny czas pracy” lekarza na dyżurze. Użycie określenia „czas efektywny” oznacza, że istnieje także „czas nieefektywny”, jednak w żadnych dostępnych źródłach nie udało mi się znaleźć takiego podziału czasu. (...)

Sprawdzenie kalkulacji czasu, jaki poświęca się pacjentowi, do czasu, jaki jest potrzebny do wykonania zabiegu operacyjnego (a na tym polega postulat udokumentowania „efektywnego czasu pracy”), jest najdelikatniej mówiąc bardzo daleko idącym uproszczeniem. Traktowanie pracy lekarskiej jako szeregu fizycznych działań ograniczonych w czasie i dających się wymierzyć, a przepłatanych okresami fizycznej beczynności – to nic innego jak porównanie pracy lekarza z pracą robotnika kopiącego rów. Nic nie ujmując temu ostatniemu pożytecznemu zajęciu stanowisko takie jest po prostu obrazą medycyny. (...)

Rekapitulując powyższe uwagi należy stwierdzić, że szpitale, które w wielu przypadkach znajdują się na krawędzi bankructwa, nie mają pieniędzy, by godziwie płacić za dyżury lekarskie. Postępowanie ugodowe jest w tej sytuacji działaniem pożytecznym i zrozumiałym. Natomiast postępowaniem niezrozumiałym, pozbawionym racjonalnych podstaw, a nawet nieetycznym jest dążenie do wykazania, że dyżur lekarski można ewentualnie uznać za pracę w 30%, może w 50%, a może jeszcze w jakimś innym odsetku, a w pozostałej części – za odpoczynek.

prof. dr hab. Andrzej Chilarski

„Panaceum” 4/2005



REKLAMA

REKLAMA

W Polsce mogą wkrótce pojawić się profesorowie lub docenci, którzy bez ryzyka naruszenia etyki zawodowej każdemu, nawet nie sportowcowi, będą mogli wydać opinię o naturalnym pochodzeniu obecnego w ich organizmie nandrolonu

Doping, doping, doping...

Marek Mędraś

Druga już afera związana z podejrzeniem stosowania dopingu przez ciężarowca Szymona Kolečkiego ucichła i przeszła do historii. Komisja Dyscyplinarna Polskiego Związku Podnoszenia Ciężarów podtrzymała decyzję, by odstąpić od nałożenia na zawodnika należnej kary. Wg działaczy sportowych przekroczenie uznanych norm było po prostu za małe i mogło wynikać z innych okoliczności. Sprawa ta zawiera jednak nowe elementy, na które warto zwrócić uwagę, bo zapewne spotkamy się z nimi w przyszłości.

Po pierwsze, należy zwrócić uwagę, iż podejrzany zawodnik już nie ubolewał nad swoją niesprawiedliwie pokalaną niewinnością, tylko zgodnie z zasadą, iż najlepszą obroną jest atak, groził powództwami sądowymi wszystkim, którzy twierdziliby, iż nandrolon stwierdzony w jego organizmie jest wynikiem dopingu. Postawę Kolečkiego najlepiej ilustruje jedna z jego wypowiedzi: „Nikt mi nie udowodnił, że świadomie brałem niedozwolone środki. Muszą mnie uniewinnić. A jeśli ktoś będzie coś kombinował, to sprawa trafi do sądu, i to najlepiej międzynarodowego, bo wtedy będzie większe odszkodowanie”.

Na tym polu Szymon Kolečki wydał się w Polsce, ale nie na świecie, prekursorem. Tego typu agresywna postawa rozwinęła się w związku z licznymi dowodami stosowania nielegalnego wspomagania głównie w USA. Zawodnicy podejrzani o doping grożą wszystkim wypowiadającym się na ten temat procesami sądowymi o wielomilionowe odszkodowania, co bardzo odpowiada ich adwokatom.

Gdyby to postępowanie przyjęło się wśród innych polskich zawodników, wspartych aktywnością przedstawicieli palestry, to ryzyko procesów byłoby dodatkowym czynnikiem zamykającym usta osobom wypowiadającym się o problemie dopingu. Już teraz, wiedząc jak funkcjonują polskie sądy, ludzie unikają ich jak ognia, nie chcąc być nawet świadkami w banalnych sprawach.

Amerykański model reakcji na podejrzenie o doping jednak nie zakorzenił się

głęboko w tym kraju. W ubiegłym roku Amerykanie zniszczyli kariery sportowe swoich wspaniałych gwiazdorów-oszustów (Marion Jones i Tima Montgomery'ego), choć u nikogo z tej dwójki nie stwierdzono pozytywnego wyniku kontroli antydopingowej. To imponujący postęp w tej materii. Wyrokowano na podstawie odpowiednio poważnych poszlak.

Drugą nowością tej afery jest pojawienie się opinii tzw. niezależnego biegłego. Warto podać kilka faktów, bo i w Polsce mogą pojawić się profesorowie lub docenci, którzy bez ryzyka dla etyki zawodowej każdemu, nawet niesportowcowi, będą mogli wydać, oczywiście nieodpłatnie, opinię o naturalnym pochodzeniu obecnego w ich organizmie nandrolonu. Takie opinie będą pojawiać się częściej, gdy sprawy dopingu zaczną wzorem innych krajów (USA) nowe życie w sądach powszechnych.

Już od kilku lat pojawiają się w literaturze fachowej informacje, że metabolity nandrolonu mogą wystąpić u człowieka w wyniku zaistnienia zupełnie niewinnych okoliczności, takich jak przyjmowanie dozwolonych odżywek, stosowanie niektórych rodzajów diet, o pobieraniu leków nie wspominając. Nawet wysiłek fizyczny ma samoistnie przyczyniać się do wzrostu ich poziomu w organizmie, nie przekraczając jednak tzw. normy. Niektórzy autorzy twierdzą, że ok. 10 % badanych osób nie stosujących dopingu może mieć podwyższony do 2 ng/

ml (ale nie więcej) poziom metabolitów nandrolonu (górna granica normy mężczyzn).

Odpowiednia ich interpretacja może być podstawą każdej ekspertyzy „wydanej na podstawie akt”, tj. w oparciu o dostarczone dane. Taki biegły nie dysponuje żadnymi nowymi, obiektywnymi badaniami (ani też ich nie zleca), a jedynie faktami, które mu przedstawiają osoby zainteresowane określonym wynikiem opinii. Swobodna manipulacja intelektualna wsparta odpowiednią wiedzą doprowadza do korzystnych dla zawodnika, jednakże wysoce teoretycznych wniosków końcowych, których głównym celem jest prezentacja wątpliwości. A tego oczekują działacze sportowi i podejrzewany zawodnik. Wątpliwości rozstrzyga się na jego korzyść. Badania te są szczególnie przydatne w obronie sportowców, którzy mają stosunkowo niewielkie przekroczenie uznanych obecnie norm.

Dziwi jednak, iż nigdy w przeszłości żadnemu z zawodników podejrzanych o doping nie wpadło do głowy, by w takiej sytuacji natychmiast po otrzymaniu pozytywnego wyniku kontroli antydopingowej poddać się specjalistycznym badaniom w ośrodku medycznym nie związanym ze sportem. Współczesna medycyna dysponuje szerokim wachlarzem badań, które mogą jednoznacznie wykluczyć lub potwierdzić doping, szczególnie nandrolonem. W ten sposób można by przynajmniej uratować honor, o którym tak często się w tego typu sprawach mówi.

Wówczas i opinia biegłego, posiłkującego się dostarczonymi mu wynikami badań, miałaby inny wydźwięk. Kontrole antydopingowe możliwości mają dużo mniejsze – z reguły badana jest nie krew, tylko mocz (najgorszy materiał do badań).

Nandrolon po podaniu do organizmu domięśniowo wchłania się powoli. Jego metabolizm jest sprawą wybitnie indywidualną – w dużym stopniu uwarunkowaną genetycznie.

O tym jakie będzie jego stężenie w momencie kontroli antydopingowej decydują m.in. obciążenia treningowe, ogólna kondycja, przebycie np. stanów gorączkowych, przyjmowanie leków czy preparatów wspomagających, rodzaj diety itp. Wiele zależy od czasu, który upłynął od momentu podania preparatu. Dlatego zawodnicy, którzy stosują doping anaboliczno-androgeny, znikają na dłuższy lub krótszy okres („trenują indywidualnie”) lub nie stawiają się na badania z przyczyn obiektywnych (nie wiedzieli, nie mogli itd.). W ten sposób zyskują cenny czas. Stosując np. nandrolon i nie umiając uwzględnić wpływu różnych czynników można się łatwo przeliczyć, co niektórym się zdarzało (w roku 2003 w Polsce tylko u 11 sportowców wykryto doping androgeno-anaboliczny, w 5 przypadkach był to nandrolon).

Jeszcze sprawa odżywek. Przed kilku laty pojawiły się w prasie specjalistycznej pierwsze doniesienia, iż niektóre preparaty dozwolone we wspomaganiu farmakologicznym mogą zawierać związki anaboliczne lub też nie zawierać w ogóle substancji czynnych. Problem obecności zanieczyszczeń produktów stosowanych w legalnym wspomaganiu jest poważnym zagadnieniem, ale dotyczy przede wszystkim preparatów mało znanych firm, z niepewnych, pokątnych źródeł. Jak wykazały niektóre badania, legalne suplementy żywnościowe zawierały np. prohormony nandrolonu w stężeniu mniejszym niż 1 µg/g. Ponieważ zalecana dawka dzienna to 50g (w praktyce znacznie więcej), to w istocie istnieje ryzyko wystąpienia pozytywnych wyników kontroli w badaniach antydopingowych. (Geyer i wsp, *Int J Sports Med.*, 2004).

Już w 2001 r. na seminarium zorganizowanym przez PKOl poinformowano o badaniach, również polskich, wykazujących, iż w niektórych odżywkach

stwierdzono zanieczyszczenia mogące powodować pozytywne wyniki kontroli antydopingowej. Nie podano jednak o jakie to suplementy chodzi i jakich producentów.

Prawdopodobnie nie były to wyniki na tyle mocne, by rzucić rękawicę producentom badanych odżywek. Może lęk przed procesami albo specjaliści uznali, iż w rzeczywistości sprawa jest trochę naciągana i marginalna. Jedyną reakcją było zalecenie stosowania produktów określonych, renomowanych firm.

W tak wykreowanej rzeczywistości bardzo łatwo powoływać się na odżywki i suplementy żywnościowe jako przyczyny pozytywnych wyników kontroli antydopingowej. Można to jeszcze wesprzeć odpowiednio dobranymi publikacjami. Zaskakujące, że nikt z podejrzanych o doping i ich opiekunów nie pomyślał, by pozostawić nieco przyjmowanych preparatów do ewentualnych badań i wskazania, iż to produkt konkretnej firmy zaszkodził zawodnikowi. Podobnie wysoce wątpliwa jest sprawa wpływu diety na wyniki kontroli antydopingowej.

Natomiast niektóre leki w istocie mogą dać pozytywny wynik badań antydopingowych. Szkoda jednak, że badani sportowcy z reguły nie podają od razu, jak to mają w obowiązku, jakie

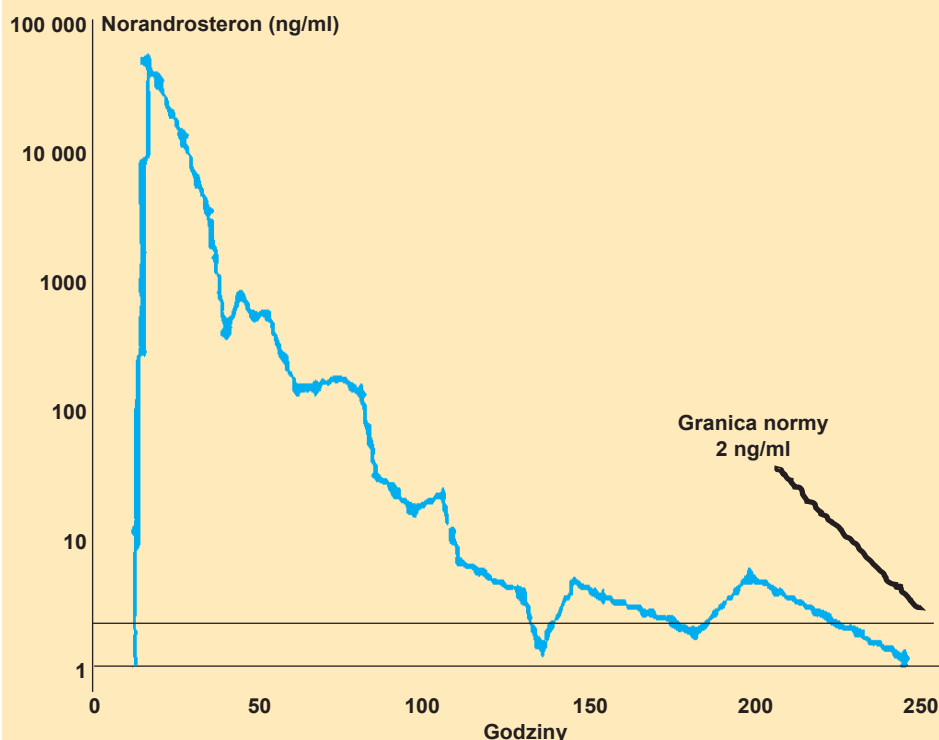
stosowali lekarstwa. Inna sprawa czy zawodnik, który jest schorowany i ma jeszcze być operowany, np. w zakresie kręgosłupa, może uprawiać np. podnoszenie ciężarów.

Próba jakiegokolwiek racjonalnego, opartego na podstawowej wiedzy akademickiej poruszania się w problematyce dopingu może u osoby mało odpornej psychicznie doprowadzić do głębokiej frustracji. No bo jak wiedza medyczna, farmakologiczna czy endokrynologiczna może wytłumaczyć fakt, iż trzech kolegów Szymona Kołeckiego miało w jednych badaniach stosunek testosteronu do epitestosteronu odpowiednio 10, 20, 30 (olbrzymie przekroczenie normy), a tydzień później wyniki kontrolne były już prawidłowe. Albo jak zrozumieć, iż zawodnicy, u których stwierdzono doping, w ponownych badaniach kontrolnych na własne żądanie doping już nie wykazywali, ale mieli ciężar właściwy moczu wody, czyli jak osoby z moczówką prostą?

„Medium”, 4/05

Autor jest profesorem w Akademii Medycznej i Akademii Wychowania Fizycznego we Wrocławiu, członkiem Komisji Medycznej Polskiego Komitetu Olimpijskiego.

Stężenie norandrosteronu w moczu mężczyzny po podaniu 100 mg norandrostendionu
(wg danych Instytutu Biochemii, Wyższej Szkoły Sportowej, Köln)



Moje spotkania z Ojcem Świętym Janem Pawłem II

Włodzimierz Gajewski

W tych bolesnych dniach, kiedy cały świat żegna się z największym człowiekiem naszych czasów, próbuję podzielić się z Kolegami wspomnieniami z moich spotkań z Nim. To wielkie szczęście, że było mi dane znać Ojca Świętego od Jego młodości a mojego dzieciństwa, patrzeć, słuchać, czytać, obserwować, być świadkiem Jego świętości i genialności, a także cieszyć się tym, że mnie pamiętał po kilkudziesięciu latach od ostatniego spotkania i obdarzał życzliwością bardziej zindywidualizowaną niż wszechogarniająca chrześcijańska miłość bliźniego. Staram się pisać o Nim możliwie bezstronnie, trudno jednak uniknąć subiektywizmu ocen przeżywając tak wielki i tak utrwalony podziw, odczuwając tak dominujący ból utraty i oddając hołd Świętemu Człowiekowi, najważniejszemu spośród ludzi (po Matce) w moim życiu.

Byłem w latach 1948-1952 ministrantem przy kościele św. Floriana w Krakowie. W marcu 1949 r. ksiądz Karol Wojtyła został przeniesiony z Niegowici do parafii św. Floriana i był tu wikariuszem do 1951 r. Opiekował się ministrantami. Z protokołów zebrań grupy ministrantów prowadzonej przez moją Mamę: 25 XI 1949 – ksiądz doktor Wojtyła był na zebraniu grupy ministrantów; 3 XI 1950 ministranci składali księdzu Wojtyłce życzenia imieninowe – „zachęcał, abyśmy razem z nim w dalszym ciągu pracowali w naszej rodzinie ministranckiej”. Pamiętam, że służyłem do odprawianych przez

Niego Mszy świętych, słuchałem kazań, uczestniczyłem w rekolekcjach (utkwiliły mi w pamięci informacje o psychoanalizie), dniach skupienia, misteriach i wycieczkach, które organizował (np. w zimie z nartami w Kościelisku). Uczył nas śpiewów gregoriańskich i „Bogurodzicy”, którą to pieśń uważał za szczególnie ważną. 2 IX 1951 wpisał się do mojego pamiętnika: „ludzie dorastają i starzeją się, ale wobec Pana Boga zostają dziećmi zawsze. I o to właśnie chodzi, aby nimi zostali”.

*

Był taki okres – w latach pięćdziesiątych – kiedy ksiądz Karol Wojtyła mieszkał przy ul. Kanoniczej, a Msze odprawiał w Bazylice Mariackiej. Przechodził wtedy zwykle ulicą Stolarską, gdzie jest mieszkanie mojej rodziny i kilka razy nas odwiedził. Do mojej siostry Ewy mówił „Marysiu”, a gdy protestowała żartował, że wszystkie dziewczynki są dla niego Marysie.

*

W 1956 r. wszedłem do grupy młodzieży akademickiej skupionej wokół księdza Karola Wojtyły. Wszyscy nazywaliśmy Go Wujkiem, i to nie tylko w czasie wycieczek górskich czy kajakowych, kiedy miało to stanowić – dość naiwny, ale skuteczny – kamuflaż, jako że praca duszpasterska z młodzieżą poza terenem kościoła była przez władze komunistyczne źle widziana, czy wręcz zakazana. Był Wujkiem i Wujkiem dla nas pozostał, serdecznie przez nas wszystkich kochany. Największa z wycieczek z Wujkiem, w których uczestniczyłem, to wyprawa w Bieszczady od 3 do 12 VIII 1956 r. Słżyśmy – paręnaście osób – przede wszystkim poza szlakiem turystycznym (był wtedy tylko jeden szlak oznakowany), posługując się przedwojennymi mapami. Biwaki były rozbijane w przygodnych miejscach, a prawie wszystko trzeba było nieść w plecaku, który ważył do 20 kg, bo sklepów było bardzo mało i niewiele można było w nich kupić. Była to prawdziwa tradycyjna turystyka, a Bieszczady były jeszcze dzikie i całymi dniami nie spotykało się na trasie nikogo. Wyraźne były jeszcze ślady dawnych łemkowskich wiosek zniszczonych podczas haniebnej akcji „Wisła” w 1947-48 r.; pozostało niewiele cerkiewek i kapliczek; trzeba było uważać, żeby nie wpaść do zarośniętej maliniakiem studni. Jeden z kolegów (wódz wyprawy Janusz Rieger) niósł połowy ołtarzyk i liturgiczne paramenty, gdyż codziennie odprawiana była Msza święta, do której służy-

liśmy na zmianę. Niezapomniana była zwłaszcza Msza pod szczytem Poloniny Caryńskiej o wschodzie słońca, a także w schronisku turystycznym utworzonym wówczas na terenie byłej strażnicy WOP w Ustrzykach Górnych. Ołtarz był budowany z plecaków i przykrywany kocem. Odmawiano także codziennie w południe Anioł Pański, ale w tych modlitwach nie było niczego sztucznego ani nachalnego. Atmosfera była bardzo pogodna, odświętna, wręcz radosna. Śpiewaliśmy przy ognisku piosenki harcerskie, patriotyczne i ludowe, a zawsze wieczorem „Wszystkie nasze dzienne sprawy” i „Idzie noc”. Opowiadano dowcipy, były konkursy na najlepszą wypowiedź, np. na temat piosenki „Cztery córki miał tata” (Wujek – nawiązując do słów „niech go sama zdobędzie” – mówił, że drugiego człowieka trzeba zdobywać i że tylko człowiek może zdobyć człowieka). Były minihołdy Wujka i prowokowane przeważnie przez Niego dyskusje na poważne tematy, zwykle w żartobliwym tonie. Pamiętam, że kiedyś – pytany o to przede mną – palnął mi wykład o egzystencjalizmie. W tej grupie młodzieży akademickiej utrzymywane były kontakty towarzyskie. Spotykaliśmy się przy różnych – niekoniecznie turystycznych – okazjach, nawiązywały się przyjaźnie i miłości.

*

Z notatki w 1957 r.: dlaczego Wujek tak o nas (o mnie) dobrze mówi, tak pozytywnie ocenia, znacznie powyżej rzeczywistej (wg mojej opinii) wartości? – A była to, jak obecnie sądzę, Wojtyłowa metoda wychowawcza: nie oceniać negatywnie, poprzez pozytywną ocenę „na wyrast” stawia się wymagania, uruchamia mechanizmy doskonalenia się, pobudza wolę, żeby podciągnąć się, dorównać, sprostać...

*

4-18 VIII 1958 r., wycieczka kajakowa na Mazurach, spływ Łyną z długą „przenoską” omijającą jezioro „rządowe” Łańsko. Wujek musiał nas wtedy na parę dni opuścić, gdyż Prymas wezwał go, by go mianować krakowskim biskupem pomocniczym. Kajak Wujka – składak o imieniu Eutrapelia (ciekawe, czy ktoś potrafi to imię rozszyfrować) – był sterowany przez różnych kolegów, na zmianę. Wujek zajmował zawsze przednie miejsce, główny zaś napęd i sterowanie należało do zajmującego tylne siedzenie. Płynąłem z Wujkiem chyba tylko jeden dzień, jedną też tylko noc spałem w tym samym co Wu-

jek namiocie. Chodziło chyba o to, by nikt nie czuł się szczególnie wyróżniony, acz w kontaktach z Wujkiem każdy czuł się szczególnie zauważonym i wyróżnionym... Zadawałem wtedy Wujkowi bardzo przemyślane pytania, o etykę Kanta, o filozofię Bergsona. Odpowiadał zawsze, nie dając odczuć jaka przepaść dzieli wykształconego etyka-filozofa i teologa od wymądrzającego się szczeniaka.

*

Inaczej – choć też bez lekceważenia – potraktował kiedyś Leszek Kołakowski, wówczas teoretyka marksizmu, który poprosił o rozmowę na tematy światopoglądowe księdza biskupa Wojtyłę po jakimś nabożeństwie, w zakrystii Katedry Wawelskiej. Wujek zapytał go, czy czytał to i tamto i jeszcze coś, zadał mu lekturę i zapewnił, że porozmawia z nim chętnie, kiedy te zaległości uzupełni. Swoją drogą Leszek Kołakowski pokazał już wówczas, że myśli i że szuka prawdy. Ciekawe, jaką rolę w jego ewolucji intelektualnej – do postawy krytyka marksizmu i wybitnego filozofa niezależnego – odegrał Karol Wojtyła.

*

Urządziliśmy kiedyś Mikołaja i ja miałem pecha, bo wylosowałem Wujka. Prezent mikołajkowy był oczywiście anonimowy; były to cukierki w plastikowym naczyniu na kształt nocniczka, rysunek i wierszyk, którego nie pamiętam, a który miał być dowcipny. Nie pamiętam, by ten mój wyczyn był jakimś oszałamiającym sukcesem... Kiedy indziej spotkałem się z nieoczekiwanie gwałtowną reakcją Wujka (był autentycznie zagniewany), kiedyś ktoś przy jakiejś okazji подарował Mu „Dialektykę przyrody” Engelsa. Powiedział, że to zła, brudna książka, co miało znaczyć, iż sądzi, że autor pisał nieprawdę wiedząc, że to nieprawda, uzasadniając w ten przewrotny sposób swoje twierdzenie.

*

Konklawe 16 X 1978 r. – Zaskoczenie, zdumienie i radość, aż w gardle ściska. Wujek Ojcem Świętym, Wujek Święty...

*

Zamach 13 V 1981 r. – Ból, smutek i nocne modlitwy w Bazylice Katedralnej prowadzone przez ówczesnego proboszcza, a późniejszego świątobliwego biskupa Mieczysława Jaworskiego.

*

W marcu 1996 r. wysłałem list do Ojca Świętego z prośbą o audiencję w

połowie lipca. Przypomniałem, że czterdzieści lat minęło od naszej wędrowki po Bieszczadach. Załączyłem powiększone zdjęcie wykonane na szczycie Smereka. Opisałem swoją sytuację rodzinną i zawodową. Poprosiłem o błogosławieństwo dla swojej rodziny i dla naszej pracy. Podkreśliłem głęboki szacunek „dla świętego posłannictwa i najwyższej godności”, ale i to, że Ojciec Święty jest milionom ludzi tak bliski i tak bardzo przez nich kochany. Otrzymałem odpowiedź wraz z błogosławieństwem i życzeniami wielkanocnymi. Dowiedziałem się, że w czasie, kiedy planowałem wraz z żoną pobyt w Rzymie, Ojca Świętego tam nie będzie. Zmieniliśmy plany, pojechaliśmy do Włoch później. Opiekun pielgrzymów z Polski ojciec Heymo nie mógł uwierzyć, że dostałem kartkę od Ojca Świętego („Ojciec Święty do nikogo nie pisze”), po przeczytaniu jej jednak umożliwił nam udział w audiencji generalnej 24 lipca. Audiencja – tylko dla 4500 Polaków, pierwsza po urlopie Papieża – odbyła się w Bazylice św. Piotra. Byłem z żoną szczególnie uprzywilejowany, gdyż staliśmy w pierwszym rzędzie, tuż za barierką. Kiedy Ojciec Święty przechodził wzdłuż barierki żona pokazała mu zdjęcie (to, które wysłałem w marcu) i powiedziała, że to ja jestem ten Włodek... Ojciec Święty zatrzymał się na trochę dłużej, pytał gdzie mieszkamy, zapytał o moją Mamę i powiedział, żebyśmy przyjechali w sobotę do Castel Gandolfo.

Przedłużyliśmy nasz pobyt w Rzymie o tych parę dni i 27 VII uczestni-

czyliśmy w Mszy świętej odprawianej na dziedzińcu pałacu papieskiego. Po Mszy Ojciec Święty podchodził po kolei do grupki pielgrzymów (ok. 200 Polaków). Kiedy poszedł do naszej grupki, powiedział: „Włodziu, lata swoje robią”, był bardzo serdeczny, rozmawiał chwilę z moją żoną i ze mną, pytał o moją siostrę i brata. Na świadkach sprawiało to wrażenie rozmowy w rodzinie i pytali nas, czy nie jesteśmy z rodziny Ojca Świętego. Jakiś poznanik miał kamerę, nagrywał całe spotkanie z Ojcem Świętym, a potem wywiad ze mną, obiecywał, że prześle kasotę, ale na obietnicy się skończyło...

*

Audiencje generalne podczas pielgrzymek/wycieczek w 1999 i 2000 r. Nieudana – z mojego punktu widzenia – wizyta Naczelnej Rady Lekarskiej u Ojca Świętego 17-19 XI 1999 r. Nie udało się organizatorom uzyskać zgody na spotkanie z Papieżem wszystkich Kolegów i tylko nieliczni mogli zamienić z nim kilka słów i wręczyć egzemplarz Kodeksu Etyki Lekarskiej

*

Mam nadzieję, że te moje nazbyt chyba osobiste wspomnienia ukazują Ojca Świętego jako bardzo mądrego i dobrego, bliskiego, serdecznego i kochanego, zwyczajnego i niezwykłego Chrystusowego Człowieka.

9 kwietnia 2005 r.

„Eskulap Świętokrzyski”, 05/2005



Audiencja w Bazylice św. Piotra 24 VII 1996 r. Ojciec Święty patrzy na zdjęcie, które pokazuje Mu żona autora

Czy reakcjonista może być lekarzem?

Zygmunt Wiśniewski

Pytanie w tytule jest prowokacyjne, ale wcale nie oderwane od rzeczywistości dziesięciolecia 1945-1955, w którym się znajdujemy.

Epitet „reakjoniści” był wtedy często używany i nadużywany dla określenia ludzi, których poglądy i zachowania nie odpowiadały lansowanemu modelowi „kollektywu zaangażowanego społeczeństwa”. Lekarzy-reakjonistów poznamy na kilku przykładach dokumentalnych i jednym literackim na przestrzeni lat 1946-1955.

Przykład pierwszy: dramatyczny – z maja 1946 r.

12 maja 1946 r. odbyła się w Naczelnej Izbie Lekarskiej pod przewodnictwem prof. Mieczysława Michałowicza, prezesa NIL, narada, w czasie której Marian Ciećkiewicz z OIL w Krakowie przytoczył pisma i dokumenty dotyczące aresztowania lekarza z Limanowej. Aresztowanie, jak wynikało z relacji, miało podłoże polityczne i było szykaną za pomoc medyczną świadczoną członkom partyzanckiego podziemia. Zgromadzeni, którzy potwierdzili powszechność podobnych praktyk Urzędu Bezpieczeństwa, zobowiązali NIL do interwencji w sprawie zwolnienia aresztowanego lekarza z Limanowej, a także podjęcia problemu wkraczania polityki na teren zastrzeżony dla lekarzy przez Kodeks Etyki Lekarskiej.

Prezes NIL Mieczysław Michałowicz pisze w piśmie do ministra zdrowia:

„Zachodzą liczne wypadki aresztowań lekarzy z powodu niezachowania przez nich bliżej im nieznanych formalności w wypadkach udzielania przez nich pomocy lekarskiej osobom rannym. Władze dokonujące tych aresztowań nie powołują się przy tym na żadne przepisy prawne, a lekarzom przepisy takie nie są znane w naszym

ustawodawstwie. Powyższe zagadnienie obejmuje również kwestię odpowiedzialności dyżurnych lekarzy szpitalnych za ucieczkę aresztantów ze szpitali. Tworzenie takiej odpowiedzialności Naczelna Izba Lekarska uważa za chęć pokrycia własnej winy przez organa bezpieczeństwa w wypadkach ich niedbalstwa.”

Pismo, kończące się pytaniem o podstawę prawną aresztowań, pozostawiało bez odpowiedzi do 24 lutego 1947 r. Z tego dnia datowana jest odpowiedź podpisana przez dyrektora Grynberga, znanego nam z pierwszego odcinka „Kartek”.

„Ministerstwo Zdrowia wyjaśnia, że w sprawie zawiadomienia o popełnionych przestępstwach obowiązuje art. 242 Kodeksu Postępowania Karnego, a mianowicie, że każdy ma prawo, a każdy urząd w zakresie swego działania obowiązek, dowiedziawszy się o popełnieniu przestępstwa ściganego z urzędu, zawiadomić o tym prokuratora, milicję, wójta lub sołtysa. W myśl powyższego przepisu, jeżeli lekarz urzędowy w swej działalności stwierdzi u pacjenta rany postrzałowe, winien zawiadomić o tym prokuratora, milicję, wójta lub sołtysa, chyba że ma pewność, iż rany nie pochodzą z przestępstwa, albo też pochodzą z przestępstwa ściganego z oskarżenia prywatnego.”

Naczelna Izba Lekarska nie odniosła się do tego pisma, podając je jedynie do publicznej wiadomości. Zapis Kodeksu Postępowania Karnego, identyczny do obowiązującego współcześnie, kłócił się z obowiązkiem przestrzegania tajemnicy lekarskiej, zawartym w Kodeksie Etyki Lekarskiej. Widocznie nie pora była wówczas na wszczynanie dyskusji o wyższości lekarskich norm etycz-

nych nad kodeksami karnymi. Dopiero współcześnie zetknąłem się z interpretacją prawną, która zwalnia lekarza, właśnie ze względu na etyczny obowiązek zachowania tajemnicy, od ujawniania pomocy świadczonej domniemanym przestępcom.

Przykład drugi: politrukowsko-publicystyczny – z marca 1953 r.

W tygodniku „Służba Zdrowia” z marca 1953 r. znajduje się tekst referatu dyrektora Departamentu w Ministerstwie Zdrowia Bronowitza, zatytułowany „Czy lekarz może być apolityczny?”

Apolityczny to wprawdzie nie to samo co reakcjonista, ale wówczas te dwa pojęcia występowały blisko siebie. Politycy małego formatu, a takich była większość, wyznawali zasadę, że „kto nie jest z nami, ten jest przeciwko nam”. Człowiek, lekarz stojący z boku, stroniący od polityki, nie uczestniczący w masówkach, nie zabierający głosu, np. w obronie pokoju lub przodującej teorii radzieckiego fizjologa Iwana Pawłowa dla rozwoju całej medycyny – był traktowany podejrzliwie.

– Taki skryty, nieskory do wypowiedzi... być może reakcjonista?

W referacie jest też zdefiniowany pozytywny model współczesnego lekarza.

„Lekarz Polski Ludowej – to troskliwy opiekun zdrowia najszerszych mas ludności pracującej, z całą polityczną jasnością rozumiejący, że jego zadaniem jest zabezpieczenie od strony ochrony zdrowia mas pracujących, realizacji wielkiego naszego 6-letniego Planu, planu budowy podstaw socjalizmu. Postępowy lekarz doby dzisiej-



szej, to lekarz doceniający i rozumiejący wielkość swej roli i odpowiedzialności wobec swego narodu, to człowiek – usilnie swą zawodową wiedzę i pracę wspomagający wielkie dzieło rozbudowy naszego aparatu gospodarczego.”

Można by w nieskończoność cytować tę „nowomowę”, w której – po wyciśnięciu wody – niewiele pozostawało treści. To jednak, co zostawało, to przekonanie, że lekarz nie jest powołany do leczenia ludzi, ale do zabezpieczania ich w kondycji umożliwiającej wykonanie planu 6-letniego, czyli do doglądania medycznego „roboli”, będących współczesną odmianą niewolników.

Przykład trzeci: groteskowy – z października 1953 r.

Inspektor z Ministerstwa Zdrowia napisał protokół po kontroli w Wojewódzkim Wydziale Zdrowia w Łodzi. Przytoczył bulwersującą sprawę robotnicy z Zakładów Przemysłu Welnianego im. Władysława Reymonta, której maszyna obcięła kciuk. Pielęgniarka z zakładowej przychodni opatrzyła jej ranę i wysłała do pogotowia. W pogotowiu ratunkowym, jak zeznawała poszkodowana, byli trzej lekarze, ale jej nie przyjeźli. Udała się do pobliskiego szpitala (prywatnego) Świętej Rodziny, w którym nie było chirurga. Pomocy udzielono jej dopiero w Okręgowym Szpitalu Wojskowym.

Inspektor przytacza skargę, jaką tzw. czynniki zakładowe (przewodniczący Rady Zakładowej, przewodnicząca koła PCK, kierownik ambulatorium i dyrektor zakładów) napisały do Prezydium Wojewódzkiej Rady Narodowej.

„Na naszych zakładach powstało wielkie oburzenie, a odgłosy mas odbiły się ujemnie na organizacji PCK. Mówiono, że lekarze, być może reakcyjniści, nie udzielają robotnikom produkcyjnym pomocy w nagłych wypadkach.”

W czasie, kiedy inspektor przebywał w Łodzi, sprawa była już wyjaśniona. Trzej lekarze w pogotowiu okazali się stażystami z Wojskowej Akademii Medycznej. Podejrzanie, że są reakcjonistami było bezsensowne, bo na wojskowe studia medyczne starannie selekcjonowano kandydatów. Nie było więc żadnych podstaw, aby inspektor opisywał ją w protokole. Mało tego – opatrzył ją jeszcze komentarzem:

„Sprawa jest przykładem bezduszności i biurokratycznego załatwiania skargi zbiorowej o wyraźnym akcencie klasowym i politycznym.”

Musi zdumiewać ten komentarz o „wyraźnym akcencie klasowym i politycznym.” Skoro sprawa była wyjaśniona, a studenci WAM nie kwalifikowali się do kategorii reakjonistów, to po co było powielać epitety. Odpowiedź może być jedna – to ówczesne przyzwolenie na szkalowanie lekarzy sprawiało, że „czynniki” wpisywały w skargę absurdalny zarzut, a inspektor z Ministerstwa Zdrowia go przepisywał. Traktowanie lekarzy jako obcych klasowo było częścią atmosfery tamtych czasów i należało do konwencji pisanie skarg. Zarzut reakcyjności wzmacniał ich ciężar gatunkowy.

Przykład czwarty: literacki – szlachetny – z września 1955 r.

Z recenzji teatralnej zamieszczonej w „Służbie Zdrowia”:

„Ostatnio Teatr Narodowy w Warszawie wystawił nową sztukę Jerzego Lutowskiego *«Ostry dyżur»*, w której autor odważnie sięgnął do nader aktualnego tematu – stosunku do człowieka z tzw. plamami na przeszłości.”

Jerzy Lutowski, lekarz z wykształcenia i pierwszej profesji, z drugiej profesji dramaturg, a w późniejszych latach scenarzysta filmowy (m.in. autor scenariusza do „Pana Wołodyjowskiego” w reżyserii Jerzego Hoffmana) wystąpił w „Oстрым dyżurze” w obrobie godności lekarzy i prawa do sprawiedliwego osądu życiorysów swojego, AK-owskiego pokolenia. Do tej podwójnej roli predestynował go własny życiorys. Był żołnierzem AK, walczył w Powstaniu Warszawskim, po wojnie został lekarzem, umiał pisać mądrze i szlachetnie, jak rzadko kto w tym czasie.

Oto omówienie sztuki Jerzego Lutowskiego w cytowanej recenzji.

„Gdzieś na prowincji w małym miasteczku szpitalu pracuje młody chirurg dr Osiński – dobry fachowiec, zamilowany lekarz, znajdujący prawdziwe zadowolenie w swojej społecznej działalności na wsi. Nagle – kiedy chce właśnie przystąpić do operowania pacjenta – spada na niego cios. Kierownik miejscowego urzędu bezpieczeństwa nie pozwala Osińskiemu na przeprowadzenie operacji i poleca sprowadzić innego lekarza z odległej miejscowości.

Następuje dramatyczne spięcie. Z jednej strony chorego trzeba natychmiast operować w obawie perforacji wyrostka, z drugiej zaś – przedstawiciel władz bezpieczeństwa ma zastrzeżenia co do oddania pacjenta pod nóż Osińskiego. Pacjentem jest bowiem wybitny towarzysz partyjny, a na Osińskim ciąży przeszłość. Osiński współdziałał z bandami leśnymi i odsiedział za to dwa lata w więzieniu. «Takemu człowiekowi nie można powierzyć życia naszego towarzysza» – mówi Wielgosz – kierownik powiatowego UB.”

Sprawa znalazła, jak można się domyślać, pomyślny finał. Recenzja komentuje:

„Autor potrafił wyminąć rafy i stworzył rzecz mądrą, pełną głębokich akcentów zarówno ogólnoludzkich, jak i lekarsko-zawodowych. Napiętnował bezmyślne okrucieństwo nadgorliwców, głupotę fanatyków, pokazał właściwy stosunek do człowieka, prawdziwe stanowisko partii, rozprawił się wreszcie z problemem tzw. plam ankiety.”

Te problemy lekarsko-zawodowe, na które zwraca uwagę recenzja, to odwieczna sprawa etyki lekarskiej, która góruje nad podziałami politycznymi i sprawia, że lekarz – niezależnie od życiorysu i od sympatii politycznych – jest lekarzem, i czyni swoją powinność zgodnie z wymogami etyki wyrosłej z przysięgi Hipokratesa.

W „Oстрым dyżurze” nie pada wprawdzie słowo-epitet „reakcjonista”, ale przecież Osiński jest wypisz wymaluj nośnikiem tych cech, za które propaganda końca lat czterdziestych i początku pięćdziesiątych atakowała lekarzy: AK-owska przeszłość, konflikt z władzą reprezentowaną przez UB (jak aresztowany lekarz z Limanowej w przykładzie pierwszym), nie przystający do wizerunku lekarza Polski Ludowej (z przykładu drugiego), żyjącego w otoczeniu, w którym słowo „reakcjonista” wisiało w powietrzu (jak w przykładzie trzecim).

Przekonanie o wyższości etyki lekarskiej nad racjami politycznymi, ekonomicznymi i prawnymi z trudem przebiło się od dziesięcioleci przez opinie o lekarzach, a także opinie lekarzy samych o sobie. Towarzyszyło kolejnym zjazdom lekarskim, począwszy od Nadzwyczajnego II KZL w roku 1992 w Bielsku-Białej. Teraz czeka na swojego Jerzego Lutowskiego, który umiałby ją równie mądrze, ale w dzisiejszych realiach wyrazić.

Kierunek Alicante

(2-9.07.2005 r.)

Już tylko miesiąc dzieli nas od XXVI Mistrzostw Świata Medyków WMHG (World Medical and Health Games). Tym razem gospodarzem mistrzostw będzie (po raz pierwszy) Hiszpania, a miejscem zawodów śródziemnomorski kurort południowej Hiszpanii Alicante.

Nasi lekarze od kilku lat należą do ścisłej czołówki o czym świadczą dziesiątki medali zdobytych nad Bałatonem, szkockim Stirling, niemieckim Garmisch-Partenkirchen. Mistrzostwa w Alicante będą okazją do rewanżu oraz spotkania kilku tysięcy lekarzy z prawie 50 krajów świata. Ważną częścią WMHG jest międzynarodowe seminarium medyczne dotyczące medycyny sportowej. Tegorocznymi tematami wiodącymi będą: sport jako czynnik integrujący, rola sportu wśród młodych ludzi, kobieta a sport, aktywność sportowa jako forma terapii chorób psychicznych.

Rywalizacja medyków będzie przebiegać w 25 dyscyplinach podzielonych na kategorie wiekowe w konkurencjach indywidualnych takich jak lekkoatletyka, badminton, kolarstwo szosowe i górskie, jazda konna, szermierka, judo, pływanie, tenis ziemny i stołowy, strzelanie, triathlon.

Kategoria A do 35 lat, B 35 do 45 lat, C 45 do 55 lat, D 55 do 65 lat, E powyżej 65 lat oraz F studenci. Bez kategorii wiekowych o medale będą walczyć siatkarze w hali i na plaży, koszykarze, piłkarze drużyn 11 i 6-osobowych, szachiści, golfiści.

Szczegóły dotyczące regulaminu, programu zawodów, imprez towarzyszących, warunków pobytu, kosztów można znaleźć na stronie www.medigames.pl.

Pytania proszę przesyłać na mój adres: krzysztof.makuch@hipokrates.org lub okręgowych izb lekarskich.

Mam nadzieję, że naszym sportowcom medykom uda się obronić wysoko pozycję i wyjazd do Alicante będzie miłym wydarzeniem.

Krzysztof
Makuch



Rajd Górski Służby Zdrowia „Bieszczady 2005”

Komisja Turystyki i Sportu OIL w Rzeszowie serdecznie zaprasza na Rajd Górski Służby Zdrowia „Bieszczady 2005” w dn. **30.07.-7.08.2005 r. w Muczmem**. Przypominamy, że rajd jako impreza turystyczna polega na pieszych wędrówkach po górach (bez przymusu), biwakowaniu we własnym namiocie (pole kempingowe w Muczmem), ale istnieje możliwość zakwaterowania w hotelu obok kempingu – rezerwacja we własnym zakresie, tel. (0-13) 461-02-74. Organizatorzy zapewniają opłatę biwakowego, opiekę przewodnika, ubezpieczenie NW. Istnieje możliwość zorganizowania pleneru malarskiego, fotograficznego w czasie trwania rajdu – prosimy o zgłoszenia. Od uczestników wymaga się odrobiny kondycji, dobrego nastroju, wyrozumiałości dla organizatorów. Mile widziane instrumenty muzyczne. Wyżywienie we własnym zakresie (w Muczmem są dobrze zaopatrzone sklepy spożywcze). Możliwość zamówienia na miejscu obiadokolacji. Wpisowe na rajd: 60 PLN – lekarze i dzieci do 14 r.ż. Pozostali uczestnicy 80 zł. Zgłoszenia wraz z opłatą rejestracyjną **do 17.07.br. na adres: OIL w Rzeszowie, 35-026 Rzeszów, ul. Reformacka 10, tel. (0-17) 853-58-37. Szczegółowe informacje oraz karta zgłoszenia do pobrania ze strony OIL w Rzeszowie www.rzeszow.oil.org.pl**

Ogólnopolski Rowerowy Rajd Rodzinny „na orientację”

w dn. **1-3.07.2005 r.** organizuje Komisja Sportu Bydgoskiej Izby Lekarskiej. Szczegółowe informacje na stronie internetowej Bydgoskiej Izby Lekarskiej <http://www.bil.org.pl/>

VI Międzynarodowe Mistrzostwa Polski Lekarzy w Strzelectwie Myśliwskim Osie 2005

odbędą się pod patronatem Bydgoskiej Izby Lekarskiej i Okręgowego Zarządu Polskiego Związku Łowieckiego w Bydgoszczy oraz Telewizji Polskiej Bydgoszcz w dn. **2-4.09. na strzelnicy w Osiu** – malowniczej miejscowości nad Zalewem Wdeckim w woj. kujawsko-pomorskim. Do dyspozycji cała baza turystyczna kompleksu szkoleniowo-konferencyjnego GEOWITA w Tleniu 3 km od strzelnicy. Zgłoszenia z pełnym adresem prosimy kierować: listownie – **Marek Jedwabiński, Klinika Ortopedii CM UMK w Bydgoszczy, 85-094 Bydgoszcz, ul. M. Skłodowskiej-Curie 9; Internet – jedmar@ozl.org.pl, telefonicznie (SMS) +48601-993-222**. Po otrzymaniu zgłoszenia wyślemy na podane nazwisko i adres ankietę uczestnika. „Darz Bór” przewodniczący Komitetu Organizacyjnego Marek Jedwabiński

I Mistrzostwa Polski Lekarzy w Pływaniu „Dębica 2005”

Komisja Turystyki i Sportu ORL w Rzeszowie informuje, że zawody które odwołano z powodu żałoby po śmierci Ojca Świętego Jana Pawła II odbędą się w dn. **14-16. 10. 2005 r.** Informacje i karta zgłoszenia na stronie internetowej OIL w Rzeszowie: www.free.med.pl/oil_rzeszow lub u **koł. Janusza Bieniasza** tel. (0-14) 670-52-61, (0-14) 680-83-54, 0604-090-587, e-mail: bienjan@op.pl. Prosimy kolegów, którzy zgłosili swój udział w zawodach w **pierwszym terminie o potwierdzenie lub ewentualną rezygnację**, tel. (0-17) 853-58-37, 0607-365-537. W Mistrzostwach mogą wziąć udział rodziny, sympatycy, sponsorzy. Serdecznie zapraszamy. W imieniu Komitetu Organizacyjnego Janusz Bieniasz

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**

„Bocianie Gniazdo” Lekarski Klub Żeglarski OIL w Warszawie

Zapraszamy lekarzy, ich rodziny, dzieci lekarzy oraz ich znajomych i przyjaciół na:

- Lekarski **rejs rodzinny, 10.06.–14.06.2005 r.**;
- V Mistrzostwa Polski Lekarzy i Farmaceutów w **klasie Omega – Ostróda, 28.05.–29.05.05 r.**;
- **Wędrowny obóz żeglarski** Szlakiem Wielkich Jezior Mazurskich, **9.07.–23.07.05 r.** (dla młodzieży – dzieci lekarzy i ich znajomych);
- **Rejsy morskie** (Bałtyk, Grecja, Chorwacja);
- **Zielone Szkoły pod Żaglami** (dla młodzieży);
- Uroczyste **otwarcie sezonu** wodnego (szanty, grillowanie), **25.05.05 r.**;
- Ogólnopolski Festiwal **Piosenki Żeglarskiej „FOSA 2005” w Szydłowcu, 14.05.05 r.**

Organizujemy też szkolenia na patenty żeglarskie i motorowod-

ne: • Kurs na stopień żeglarsza jachtowego: 25.06.–09.07.05 r.; 13.08.–27.08.05 r.; 27.08.–08.09.05 r.; • Kurs na stopień sternika jachtowego: 16.08.–27.08.05 r.; • Kurs na młodszego instruktora PZŻ: 16.08.–27.08.05 r.; • Kurs na stopień sternika motorowodnego, starszego sternika motorowodnego oraz licencje na holowanie narciarza wodnego (terminy do ustalenia). Szkolenia na stopnie żeglarskie odbywają się w Ośrodku Wypoczynkowym „Wichrowe Wzgórze” w Rynie na Szlaku Wielkich Jezior Mazurskich – zakończone są egzaminami.

Więcej informacji o działalności klubu: **Michał Szatanek** – tel. dom. (0-48) 333-28-80, tel. kom. 0607-211-196, www.bocianiegniazdo.radom.net, e-mail: michal@szatanek.pl



Splawiki pod napięciem

Łowienie ryb kojarzy się większości z nas z wypoczynkiem na łonie przyrody, odprężeniem i relaksem. W przypadku zawodów wędkarskich jak w każdej sportowej rywalizacji zawodnikom towarzyszy napięcie i wola zwycięstwa.

Napięcie uczestników III Mistrzostw Polski Lekarzy w Wędkarstwie Splawikowym potęgowało sąsiedztwo Elektrowni Łaziska, na terenie której rywalizowali lekarze o medale i puchary. I choć 14 maja słonecznej wiosennej pogodzie towarzyszyły duże wahania ci-



Mistrz nad mistrz

śnienia atmosferycznego ograniczające w znaczny sposób branie, to zdaniem gościa mistrzostw czterokrotnego Mistrza Polski Edmunda Gutkiewicza nie wpłynęły na wysoki poziom zawodów. Pan Edmund dzielił się na bieżąco z kibicami tajemnicami wędkarskiego sportu żałując, że jako trener kadry Polski juniorów (Mistrzostwo Świata 2002 rok) nie może powołać do kadry naszych, lekarskich, mistrzów.

W tak trudnych warunkach we wspólnym stylu zwyciężył w obu turach pediatria (p.o. ordynatora noworodków

Wyniki:

1. Krzysztof Charęziński, 2. Andrzej Kazeł, 3. Stanisław Rybak, 4. Jacek Fenski, 5. Jacek Stanuła, 6. Klaudiusz Komor, 7. Witold Majewski, 8. Mieczysław Bagiński, 9. Piotr Muskała, 10. Kazimierz Koziół, 11. Grzegorz Kołodziej, 12. Piotr Lange, 13-19. Krzysztof Kuta, Zbigniew Podraza, Michał Brzeski, Włodzimierz Najsznerski, Filip Palarczyk, Andrzej Rosłon, Stefan Jakubiec.
Puchar Profesora Zbigniewa Religi: 1. Krzysztof Charęziński, 2. Jacek Stanuła, 3. Stanisław Rybak.

SPZOZ Międzyrzec Podlaski) Krzysztof Charęziński. Krzysztof od 20 lat uprawia wędkarstwo w różnych konkurencjach: pod lodem, na pobliskim Bugu, jest wicemistrzem Polski w wędkarstwie spinningowym, a pierwszy start na wodzie stojącej przyniósł mu złoty medal.



Jacek Stanuła

Na miano wiecznie drugiego zasługuje Andrzej Kazeł, stomatolog protetyk z Częstochowy, z Jurajskiego Klubu Wędkarskiego „Salmo Klub”, który po raz trzeci musiał się zadowolić srebrnym medalem.

Zeszłoroczny mistrz Stanisław Rybak, dyrektor Wojewódzkiej Stacji

Pogotowia Ratunkowego w Rzeszowie zdobył medal brązowy. Nie obronił zeszłorocznego brązowego medalu se-

kretarz stanu w Ministerstwie Zdrowia Zbigniew Podraza dzieląc los pozostałych pechowców. Liczyliśmy na pojedynek ministra z senatorem Zbigniewem Religą, zapalonym wędkarzem, który ufundował puchar dla najlepszego zawodnika II tury (nazwanej Pucharem Profesora Zbigniewa Religi). I zapewne, gdyby nie odbywający się równocześnie kongres transplantacyjny, zamiast kibicowania II turze profesor przystąpiłby do rywalizacji.



Klaudiusz Komor i Zbigniew Religa

Pokreślić należy srebrny medal w Pucharze przewodniczącego OIL w Tarnowie Jacka Stanuli i 6 miejsce Klaudiusza Komora, członka NRL oraz 8 miejsce seniora Mieczysława Bagińskiego, ginekologa z Bielska-Białej.

Nagrodę za największą rybę zdobył Zbigniew Pietrzykowski z Bielska-Białej, inżynier budowlany rywalizujący z lekarzami pokonując zaledwie o 20 g Stanisława Rybaka. Zawodnikom w pamięci pozostanie wysoki poziom sędziowania Jana Gruszki, Ryszarda Bieńka i Arkadiusza Freitaga z okręgu katowickiego, a wszystkim uczestnikom gościnność organizatorów Klaudiusza Komora i Marka Galca, wiceprezesa Rady Głównej Federacji „Energetyk.”



Uczestnicy Mistrzostw

Krzysztof Makuch

• **5-11.06.** Łagów Lubuski (dawniej w Augustowie) Polskie Towarzystwo Medycyny i Techniki **Hiperbarycznej** Krajowy Ośrodek Medycyny Nurkowej organizuje 33 kurs **fizjopatologii nurkowania, reanimacji i pierwszej pomocy w wypadkach nurkowych I°** dla lekarzy zainteresowanych medycyną podwodną, paramedyków, ratowników, średniego personelu medycznego oraz instruktorów nurkowania. Opłata organizacyjna na rzecz PTMiTH: ok. 550 zł od osoby (koszty zakwaterowania i częściowego wyżywienia, udział w zajęciach teoretycznych i praktycznych, świadectwo ukończenia, egzamin i certyfikat). Ukończenie kursu daje 36 pkt. edukacyjnych. Informacje: tel. (0-58) 626-65-23. Zgłoszenia: Polskie Towarzystwo Medycyny i Techniki Hiperbarycznej. Zakład Medycyny Morskiej WIM, 81-103 Gdynia 3, ul. Grudzińskiego 4, skr. poczt. 18, e-mail: nurdok@poczta.onet.pl, zmmmit@mw.mil.pl

• **8-11.06.** Teatr Wielki w Łodzi. VII Konferencja Środkowo-Europejska **Alergia astma immunologia kliniczna** Łódź 2005. Uczestnictwo - 30 pkt edukac. Doniesienie - 10 pkt edukac. Komitet Naukowy: Katedra i Zakład Immunologii Klinicznej Uniwersytetu Medycznego w Łodzi, ul. Pomorska 251, 92-213 Łódź, tel. (0-42) 675-73-09, fax 678-22-92. Biuro Organizacyjne: MEDITON, ul. Sienkiewicza 101/109 lok. 115, 90-301 Łódź, tel. (0-42) 636-35-30, tel./fax 636-35-18, e-mail: mediton@alergie.pl, www.mediton.pl

• **10-11.06.** Hotel „Szrenica” w Szklarskiej Porębie. Katedra i Klinika Chorób Wewnętrznych, Zawodowych i Naciśnienia Tętniczego AM we Wrocławiu, Dolnośląski Oddz. Pol. Tow. Med. Pracy, Dolnośląski Woj. Ośr. Med. Pracy we Wrocławiu zapraszają do wzięcia udziału w IX Sympozjum - Dolnośląskich Dni **Medycyny Pracy: Choroby zakaźne pochodzenia zawodowego**. Przypominamy o obowiązku uczestniczenia w Sympozjum lekarzom specjalizującym się w zakresie medycyny pracy. Za udział 8 pkt edukac. Informacje i zgłoszenia: Teresa Szypuła, Dolnośląski Wojewódzki Ośrodek Medycyny Pracy we Wrocławiu, ul. Oławska 14, 50-123 Wrocław, tel. (0-71) 344-93-45, e-mail: tszypula@op.pl

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

• **16-19.06.** *Wybrane zagadnienia z zakresu ciąży i porodu* cz. II
• **24-26.06., 16-18.09.** *Kolposkopia z elementami cytologii*
Informacje i zapisy: Marlena Boroń, tel. (0-87) 423-36-57, 0504-075-804, www.usg.pisz.pl, e-mail: usg@usg.pisz.pl

Esdent NZOZ we Wrocławiu.

Szkolenia dla lekarzy **dentystów**:

• **16.06.** *Mikrochirurgia endodontyczna. Jak niepowodzenie w endodoncji przekształcić w sukces. Mikrochirurgia w co-*

dziennej praktyce jako sposób radzenia sobie w sytuacjach, kiedy pomimo zastosowanego leczenia kanalowego zmiany okołowierzchołkowe nie cofają się.

• **25-26.06.** *Szlifowanie zębów pod koronę ceramiczną oraz wyciski protetyczne na fantomach.*

Informacje i zapisy: Esdent NZOZ, ul. Pomarańczowa 8, 54-058 Wrocław, tel. (0-71) 353-83-51, (0-71) 354-02-17.

Dolnośląska Szkoła **Ultrasonografii**.

Szkolenia podstawowe:

- **13-14.06.** *Diagnostyka USG w pediatrii*
- **14-16.06.** *Kompleksowa diagnostyka gruczołu piersiowego*
- **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*
- **22-24.06.** *Diagnostyka echokardiograficzna w pediatrii*
- **12-13.09., 21-22.11.** *Interpretacja zapisu EKG u dzieci*

Informacje i zgłoszenia: Wrocławskie Centrum Promocji, ul. Śniadeckich 10, 51-604 Wrocław, tel. (0-71) 348-39-66 lub 0606-350-328, e-mail: r.baran@neostrada.pl, http://www.usg.webd.pl/

• **2-4.09.** Jurata. V Ogólnopolskie Sympozjum **Chorób Metabolicznych Tkanki Kostnej i Stawów** oraz Sekcji **Reumotopedii**. Informacje i zgłoszenia: Komitet Organizacyjny Oddział Chirurgii Urazowej i Ortopedii 7 Szpital Marynarki Wojennej SPZOZ, 80-305 Gdańsk, ul. Polanki 117, tel./fax (0-58) 552-63-30, tel. 552-63-68, 626-10-84, 0501-128-080, e-mail: mmmajchrz@poczta.onet.pl

• **16-17.09.** Lublin. Polskie Towarzystwo Ginekologiczne Sekcja Ginekologii Onkologicznej, Sekcja Nauk Podstawowych, Katedra i Klinika Ginekologii AM w Lublinie, Stowarzyszenie „Zdrowie Kobiety”, zapraszają do wzięcia udziału w Ogólnopolskim Sympozjum: **Kontrowersje w ginekologii onkologicznej**. Informacje: I Klinika Ginekologii AM w Lublinie, ul. Staszica 16, 20-081 Lublin, tel. (0-81) 532-78-47, fax 532-06-08, e-mail: sympozjum@ginonkol.lublin.pl, www.ginonkol.lublin.pl. Zgłaszanie uczestnictwa: Biuro Organizacyjne Sympozjum, Biuro Kongresów i Turystyki P-AIZ Konsulting Sp. z o.o. 20-070 Lublin, ul. Boczna Lubomelskiej 4, tel. (0-81) 534-43-87, fax 533-51-48, e-mail: kongres@paiz.com.pl

• **20-22.09.** Toruńskie Dni Opieki Długoterminowej: **VIII Międzynarodowa Konferencja Opieki Długoterminowej. Kierunki rozwoju rynku usług medycznych dla osób w podeszłym wieku; II Międzynarodowe Sympozjum Rehabilitacji w Opiece Długoterminowej**. Koszt: - udziału w VIII Międzynarodowej Konferencji Opie-

ki Długoterminowej 390 zł (materiały konferencyjne, wyżywienie, udział w imprezach wieczornych 20.09. i 21.09.), - udziału w wybranym sympozjum 85 zł (materiały konferencyjne, obiad). Dla uczestników Konferencji udział w Sympozjum bezpłatny. Informacje: tel. nr (0-56) 612-35-83, 612-33-49; program, zasady udziału, karta zgłoszeniowa na stronach www.cim.tzmo.pl

Wielkopolska Szkoła **Diagnostyki Obrazowej**.

Praktyczne kursy **ultrasonograficzne**:

- **22-25.09.** *Ultrasonografia dopplerowska naczyń obwodowych (tętnice szyjne, kręgosłupowe, naczynia kończyn dolnych i górnych, aorta brzuszna)* – podstawowy
- **30.09-2.10.** *Narządy powierzchniowe szyi (tarczycza, ślinianki, węzły chłonne, krtań)*
- **6-9.10.** *Echokardiografia* – podstawowy
- **14-16.10.** *Łagów Lubuski, warsztaty ultrasonograficzne, obchody 5-lecia Szkoły*
- **20-23.10.** *Ultrasonografia w położnictwie i ginekologii* – podstawowy
- **4-6.11.** *Ultrasonografia dopplerowska tętnic domagówych, TCD* – doskonalący
- **10-13.11.** *Ultrasonografia jamy brzusznej* – podstawowy

Zajęcia i zakwaterowanie w ośrodku szkoleniowym w Puszczykowie k. Poznania lub okolicach. Szkolenia dają prawo do pkt edukac. izby lek. Nr konta: 92-1090-1362-0000-0000-3612-1908. Zapisy: Wielkopolska Szkoła Diagnostyki Obrazowej, tel./fax (0-61) 819-25-00, tel. kom. 0603-762-041, www.obraz.pl, e-mail: obraz@obraz.pl

• **29.09.-1.10.** Poznań. IV Zjazd Polskiego Towarzystwa **Medycyny Rodzinnej**. Za uczestnictwo 40 pkt edukac. Informacje: Zakład Medycyny Rodzinnej 60-519 Poznań, ul. Dąbrowskiego 79, tel. (0-61) 854-68-92, 854-68-93, fax 854-68-90, e-mail: zmrw21@cmp.edu.pl

• **30.09.-2.10.** Łódź. Stowarzyszenie **Absolwentów WAM** organizuje **X Konferencję Naukowo-Szkoleniową**. Zgłoszenia do 1.09.br. listownie na adres organizatora: Uniwersytecki Szpital Kliniczny nr 2 Centralny Szpital Weteranów w Łodzi, 90-549 Łódź, ul. Żeromskiego 113, z dopiskiem „SAWAM”, fax (0-42) 639-34-02, tel. (0-42) 639-34-01, e-mail: wieslaw.chudzik@wp.pl

• **7-9.10.** Hotel Gołębiowski w Wiśle. Katedra i Kliniczny Oddział **Chirurgii Plastycznej i Rekonstrukcyjnej** Śl.AM Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego im. św. Barbary w Sosnowcu organizuje X Jubileuszowy Zjazd Polskiego Towarzystwa Chirurgii Plastycznej, Rekonstrukcyjnej i Estetycznej w obsadzie międzynarodowej. Informacje: Aktualizacja strony zjazdowej <http://www.xzjazdplastykow.com>.

• **11-13.11.** Wrocław. Europejskie Warsztaty: **Ageing Couple In Europe**. Za uczestnictwo 15 pkt edukac. dla lek. rodzinnych, 10

dla endokrynologów i ginekologów, 13 dla spec. chorób wewnętrznych. Informacje: Lokalny Komitet Organizacyjny – przew. Andrzej Milewicz, Klinika Endokrynologii i Diabetologii AM we Wrocławiu, 50-367 Wrocław, ul. Pasteura 4, tel. (0-71) 784-25-45, tel./fax 327-09-57, e-mail: milewicz@endo.am.wroc.pl

• **26.11.** Warszawa. Klinika **Neurologii i Epileptologii** CMKP organizuje 6 konferencję szkoleniową: **Aktualne problemy diagnostyki i terapii w neurologii**. Wpłata 50 zł na konto: PBK VIII O. w Warszawie, ul. Jasną 1, nr 42-1060-0076-0000-4110-3000-6715. Informacje: Komitet Organizacyjny Klinika Neurologii i Epileptologii CMKP, 00-416 Warszawa, ul. Czerniakowska 231, tel. 629-43-49, fax 584-13-06.

• **1-2.12.** Warszawa. Instytut **Reumatologii** oraz Katedra i Zakład **Medycyny Rodzinnej** AM w Warszawie. Kurs z reumatologii dla lekarzy rodzinnych. Kurs bezpłatny. Uczestnicy otrzymują certyfikaty oraz punkty edukacyjne. Informacje: Zakład Epidemiologii Instytut Reumatologii, ul. Spartańska 1, tel. 844-66-33, fax 646-67-88, e-mail: epidreuma@ir.ids.pl

• **10-11.12.** Gdynia. Polskie Towarzystwo Medycyny i Techniki **Hiperbarycznej** organizuje VII Międzynarodową Konferencję Populmonaukową: **Problemy Medycyny i Techniki Nurkowej**. Informacje: tel. (0-58) 626-65-23.

• **Regulamin Konkursu im. prof. dra hab. med. Włodzimierza Sapińskiego** – złożenie prac do 15.09.br. Informacje: strona internetowa Programu CINDI WHO www.cindi.org.pl

opr. (u)

u.bakowska@gazetalekarska.pl

Wydział Lekarski ŚIAM w Katowicach, rocznik 1979-1985

W dn. **14-16 października**, z okazji 20 rocznicy otrzymania dyplomu, zjazd absolwentów w hotelu „Stok” w Wiśle-Jaworniku. Koszt uczestnictwa: w całej imprezie (pt-nd) – 350 zł, pobytu dwudniowego (sb-nd) – 210 zł. Opłaty na konto: ING Bank Śląski o/Wisła 97-1050-1096-1000-0001-0108-6080, do 31.08.br. Informacje i zgłoszenia: **Iwona Sakowska-Maliszewska, Centrum Pediatrii w Sosnowcu**, tel. (0-32) 263-00-58, kom. 0601-963-694, e-mail: iwmal@tlen.pl; **Beata Kędzior-Dutkiewicz**, kom. 0601-510-257, e-mail: beata_dutkiewicz@op.pl; **Anna Kasicka-Jonderko**, kom. 0607-148-595, e-mail: akj@slam.katowice.pl

Oddział Stomatologii AM w Białymstoku, rocznik 1970-1975

Z okazji 30 rocznicy ukończenia studiów zjazd koleżeński w **Ośrodku Puszcz w Supraślu k/Białegostoku** w dn. **2-4 września**. Całkowity koszt uczestnictwa 300 zł. Wpłaty na konto: **Małgorzata Rzewuska** 82-1500-1083-1010-8004-2846-0000, w nieprzekraczalnym terminie do 31.07.br. Nie są znane nam, niestety, adresy koleżanek: **Bochenko Elżbieta, Dyga-Az-Zam Małgorzata, Gajownik-Klonecka Zofia, Kuzebska Zofia, Sektas Krystyna, Sarzyńska Kazimiera, Suska Krystyna, Tuszyńska Krystyna**. Zwracamy się z gorącym apelem o pomoc w nawiązaniu kontaktu z nimi i informacje w tej sprawie pod adresem: **Małgorzata Rzewuska, Henrykowo 10C, 15-511 Białystok**, tel. (0-85) 741-87-37, kom. 602-510-635, e-mail: malgorzatarzewuska@wp.pl

Oddział Stomatologii Wydziału Lekarskiego AM w Poznaniu, rok 1955

29 października uroczyste odnowienie dyplomów lekarzy dentystów po 50 latach pracy zawodowej. Zgłoszenia udziału do 15.06. na adres: **Dziekanat Oddziału Stomatologii AM w Poznaniu, ul. Dąbrowskiego 79, 60-529 Poznań**, tel. (0-61) 854-68-38. W dn. **28 i 29 października** spotkanie koleżeńskie. Zgłoszenia na adres: **Krystyna Dutkiewicz-Nowicka, Os. Jagiellońskie 48 m. 2, 61-236 Poznań**, tel. (0-61) 877-15-14.

Wydział Stomatologii AM w Białymstoku, rocznik 1975-80

24 września, z okazji 25 rocznicy ukończenia studiów, zjazd koleżeński w **Białymstoku**. Kontakt: **Krystyna Lewandowska, 15-836 Białystok, ul. Ukońska 4**, tel. (0-85) 652-40-61, fax 652-40-61, kom. 603-993-911, e-mail: lewan@zetobi.com.pl

AM w Gdańsku, rocznik 1974-1980

24 września w Hotelu Grand w Sopocie zjazd koleżeński z okazji 25 rocznicy ukończenia studiów. Zgłoszenia do 30 czerwca br. Opłata 220 zł od osoby do 31 sierpnia na konto: Bank PKO S.A. 77-1240-1242-1111-0010-0547-6656, przy wpłatach z zagranicy wpisać swift code: PKOPPLPWGD1. Rezerwacja pokoi indywidualna faksem (0-58) 551-61-24 wew. 572. Komitet organizacyjny: **E. Grubska-Suchanek, tel. (0-58) 346-65-91, A. Skuratowicz-Kubica, tel. 551-88-26, M. Walicka-Piotrowska, tel. 664-89-76 lub zgłoszenia e-mail: zjazdamdag25@wp.pl**. Szczegółowe informacje na stronie internetowej: www.zjazdamdag25.webpark.pl

Wydział Lekarski Oddziału Stomatologii PAM rocznik 1970-1975

i Wydział Lekarski rocznik 1970-1976
Zapraszamy absolwentów oraz ich przyjaciół, koleżanki i kolegów w dn. **1-2 października nad Bałtyk do Międzyzdrojów, Hotel „Slavia”**, koszt 250 zł (nocleg z dnia 1 na 2 października, obiad i kolacja 1 oraz śniadanie 2 października). Jeżeli wyrażasz chęć spotkania prosimy o potwierdzenie, przekazanie aktualnych danych (adres, telefon, e-mail) oraz dokonanie wpłaty na adres organizatora – **Krystyna Jania, 71-497 Szczecin, ul. Miodowa 128**, w terminie do 1 września, z dopiskiem „Zjazd”. Gdybyś zdecydował/a się przybyć z osobą towarzyszącą, koszt wzrasta o taką samą sumę. Zawiadom każdego, z kim masz kontakt. Do miłego zobaczenia. Komitet organizacyjny: **Krystyna Jania (Dębowska) – STAROŚCINA STOMATOLOGÓW, 71-497 Szczecin, ul. Miodowa 128, tel. (0-91) 420-26-41; Halina Ey-Chmielewska (Ey), tel. 601-576-160, e-mail: eychmielewska@wp.pl; Elżbieta Obolewicz-Oboliszto (Augustyniak), 72-500 Międzyzdroje, ul. Orla 4b, tel. (0-91) 328-23-92**.

Wydział Stomatologiczny AM we Wrocławiu rocznik 1980

15 października 2005 r. spotkanie koleżeńskie z okazji XXV rocznicy ukończenia studiów. Opłata od absolwenta/osoby towarzyszącej 200 zł. Wpłata na konto Dolnośląskiej Izby Lekarskiej we Wrocławiu: 17-15401030-2001-7753-6075-0001, do 30 czerwca, z dopiskiem „Zjazd Koleżeński 1980”. Panie prosimy o podanie nazwiska obecnego oraz z okresu studiów. Serdecznie zapraszamy. Do zobaczenia! Informacje: **sekretariat DIL we Wrocławiu, tel. (0-71) 798-80-50 oraz Barbara Kotowska, tel. 0504-205-699 i Bożena Kłosińska, tel. 0605-268-729**. Za Komitet Organizacyjny **Elżbieta Brońska, Alicja Dziewiątkowska, Bożena Kłosińska, Andrzej Komorski, Barbara Kotowska**.

opr. (u)

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.

Uniwersytet Warszawski Wydział Prawa i Administracji, Wydział Filozofii oraz Instytut Stosowanych Nauk Społecznych

zapraszają na roczne, płatne

Podyplomowe Studium Prawa Medycznego, Bioetyki i Socjologii Medycyny

Studium przeznaczone jest dla osób, które ukończyły studia wyższe.

Liczymy w szczególności na udział lekarzy, członków organów odpowiedzialności zawodowej (sądów lekarskich, rzeczników odpowiedzialności zawodowej, członków komisji lekarskich, komitetów etycznych, monitorów badań klinicznych, biegłych sądowych, orzeczników ZUS, menedżerów służby zdrowia, pracowników NFZ) i innych osób działających w zakresie szeroko rozumianej opieki zdrowotnej.

Początek zajęć – październik 2005 r. Odpłatność – 3500 zł.

Zajęcia odbywają się dwa razy w miesiącu (w soboty i w niedziele).

Informacje: tel. (0-22) 552-43-18, 552-08-11,

e-mail: klinika@wpia.uw.edu.pl,

a także na stronie internetowej Wydziału Prawa i Administracji (szukać w rubryce Studia Podyplomowe)

Wydawnictwo Medyczne Urban & Partner,

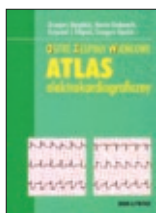
50-950 Wrocław, ul. Skłodowskiej-Curie 55/61, tel. (0-71) 328-54-87,
328-30-68, fax 328-43-91, <http://www.urbanpartner.pl>,
info@urbanpartner.pl. Książki dostępne są z 10% rabatem w księgarni
internetowej www.urbanpartner.pl; zryczałtowany koszt przesyłki – 10 zł

**Diagnostyka i terapia wieku menopauzalnego**

pod red. **Tomasza Petryńskiego**

wyd. I, Wrocław 2004, str. 442

Monografia ma charakter interdyscyplinarny, obejmuje całokształt zagadnień dotyczących menopauzalnego okresu życia kobiety. Skierowana jest do lekarzy różnych specjalności zajmujących się leczeniem kobiet w dojrzałym wieku.

**Ostre zespoły wieńcowe**

Atlas elektrokardiograficzny

Grzegorz Karpiński, Marcin Grabowski,

Krzysztof J. Filipiak, Grzegorz Opolski

wyd. I, Wrocław 2004, dodruk 2005, str. 442

Swego rodzaju suplement do monografii wydanej w 2002 r. „Ostre zespoły wieńcowe” pod red. G. Opolskiego, K. J. Filipiaka i L. Polańskiego. Zawiera ponad 200 zapisów elektrokardiograficznych

chorych przyjmowanych ze wstępem rozpoznaniem OZW do OIOK I Katedry i Kliniki Kardiologii AM w Warszawie. Prezentuje przypadki z krótkim komentarzem lekarza praktyka. Lokalizację zmian angiograficznych odpowiedzialnych za wystąpienie OZW zilustrowano na tej samej powtarzającej się rycinie.

**Pediatria**

Podręcznik do Państwowego Egzaminu

Lekarskiego i egzaminu specjalizacyjnego

pod red. **Anny Dobrzańskiej i Józefa Ryżko**

wyd. I, Wrocław 2005, str. 872

Pomoc w łatwym i szybkim powtórzeniu poznanych wcześniej wiadomości. W omawianych zagadnieniach uwzględnione są najnowsze osiągnięcia naukowe i praktyka kliniczna. Podręcznik może również służyć jako podstawowa publikacja dla lekarzy przygotowujących się do egzaminu specjalizacyjnego. Niektóre materiały zawierają przykłady pytań testowych zwracając uwagę na ich specyfikę. Podane wiadomości i zalecenia są zgodne z najnowszymi danymi z piśmiennictwa i schematami postępowania aktualnie przyjętymi w Polsce i na świecie.

**Atlas dermatologii klinicznej**

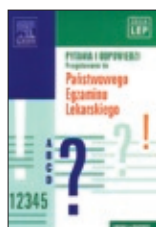
Anthony du Vivier

wyd. I polskie pod red. **Sławomira Majewskiego**

Wrocław 2005, str. 770

Atlas jest dziełem praktyka pełniącego od lat funkcję dermatologa-konsultanta w King's College Hospital w Londynie. Przeznaczony dla lekarzy pierwszego kontaktu i dermatologów. Omawia etiologię, cechy kliniczne i patologie każdej jednostki chorobowej.

Przedstawia leczenie powszechnie spotykanych chorób skóry, tak aby podręcznik stał się bardziej przydatny pod względem diagnostyki oraz praktycznego postępowania w terapii dermatoz najczęście spotykanych w praktyce lekarza rodzinnego. Opisuje rzadko spotykane schorzenia skóry, ilustrując je zdjęciami.

**Pytania i odpowiedzi. Przygotowanie do Państwowego Egzaminu Lekarskiego**

pod red. **Grzegorza Napiórkowskiego**

wyd. I, Wrocław 2005, str. 240

Nowatorski charakter publikacji wyraża się w tym, że jest opracowana głównie przez studentów VI roku medycyny. Recenzentami poszczególnych rozdziałów są młodzi lekarze w trakcie specjalizacji lub wkrótce po jej zakończeniu. Opracowanie obejmuje

zbiór pytań i odpowiedzi z uzasadnieniami, które rozszerzają poruszane w pytaniach zagadnienia. Na końcu opracowania znajduje się test zbiorczy. Materiały źródłowe do opracowania odpowiedzi na końcu każdego rozdziału.

Wydawnictwo CZELEJ Sp. z o.o.,

20-807 Lublin, ul. Czeremchowa 21, tel. (0-81) 743-77-66,
fax 534-77-88, e-mail: wydawnictwo@czelej.com.pl, www.czelej.com.pl

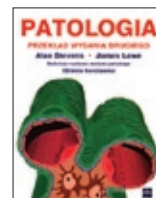
Patologia

Alan Stevens, James Lowe

red. nauk. wyd. polskiego prof. **Elżbieta Korbowicz**

wyd. I polskie, Lublin 2004, str. 652, cena 190,00 zł

Podręcznik z dziedziny patologii dla studentów medycyny. Bogato ilustrowany, 900 kolorowych fotografii. W publikacji znajduje się rozdział zawierający ponad 100 pytań ułatwiających przygotowanie do egzaminu.

**Choroby nerwowo-mięśniowe**

pod red. **Ireny Hausmanowej-Petrusiewicz**

wyd. I, Lublin 2005, str. 442, 68,00 zł

Temat zainteresuje neurologów, pediatrów, rehabilitantów, ortopedów i lekarzy pierwszego kontaktu. Monografia zawiera wiele wiadomości praktycznych opartych na wieloletnim doświadczeniu autorów.

**Angielski w medycynie**

Słownictwo i gramatyka

Piotr Flieger

wyd. II uzupełnione. Lublin 2005, str. 104

Pomoc w odtworzeniu i pogłębieniu kluczowych zagadnień z zakresu gramatyki, słownictwa i terminologii medycznej. Książka dla osób znających angielski w stopniu podstawowym (szkoła, kursy).

**Choroba Parkinsona**

Mechanizmy, rozpoznawanie, leczenie

pod red. **Andrzeja Friedmana**

wyd. I, Lublin 2005, str. 240

Opisano najnowsze odkrycia, podłoże neuropatologiczne choroby, zaburzenia w układach neurotransmiterów, podłoże genetyczne, różnicowanie i porównanie z atypowymi parkinsonizmami, objawy pozaruchowe choroby, wreszcie możliwości leczenia farmakologicznego, operacyjnego i rehabilitacyjnego.

**Wydawnictwo „Piątek Trzynastego”**

90-009 Łódź, ul. Henryka Sienkiewicza 61, tel./fax (0-42) 632-78-61,
630-71-17, infolinia 0604-600-800, www.piatek13.com.pl,
e-mail: kot@piatek13.com.pl

Co każdy powinien wiedzieć o chorobach psychicznych

Marek Jarosz

wyd. I, Łódź, str. 138

Publikacja przeznaczona dla szerokiego kręgu odbiorców. Poszerza wiadomości o wszelkiego rodzaju zaburzeniach i chorobach psychicznych. Ukazuje w jaki sposób można pomóc człowiekowi choremu i jak rozpoznać jego oczekiwania.

**Jak skutecznie radzić sobie z lękiem**

Marek Jarosz

wyd. I, Łódź 2004, str. 200

Marek Jarosz, prof. zw. w dziedzinie psychiatrii, organizował pierwszy Zakład Psychologii Lekarskiej AM w Łodzi i kierował Katedrą Psychiatrii tej uczelni. Jest autorem szeregu prac naukowych i podręczników z zakresu psychiatrii i psychologii. W poradniku opartym na relacjach lekarz-pacjent wskazuje jak rozpoznawać reakcje lękowe, w jaki sposób zwiększyć swoją odporność psychiczną, a także co robić, by lek miał pozytywny wpływ na życie człowieka.



opr. md