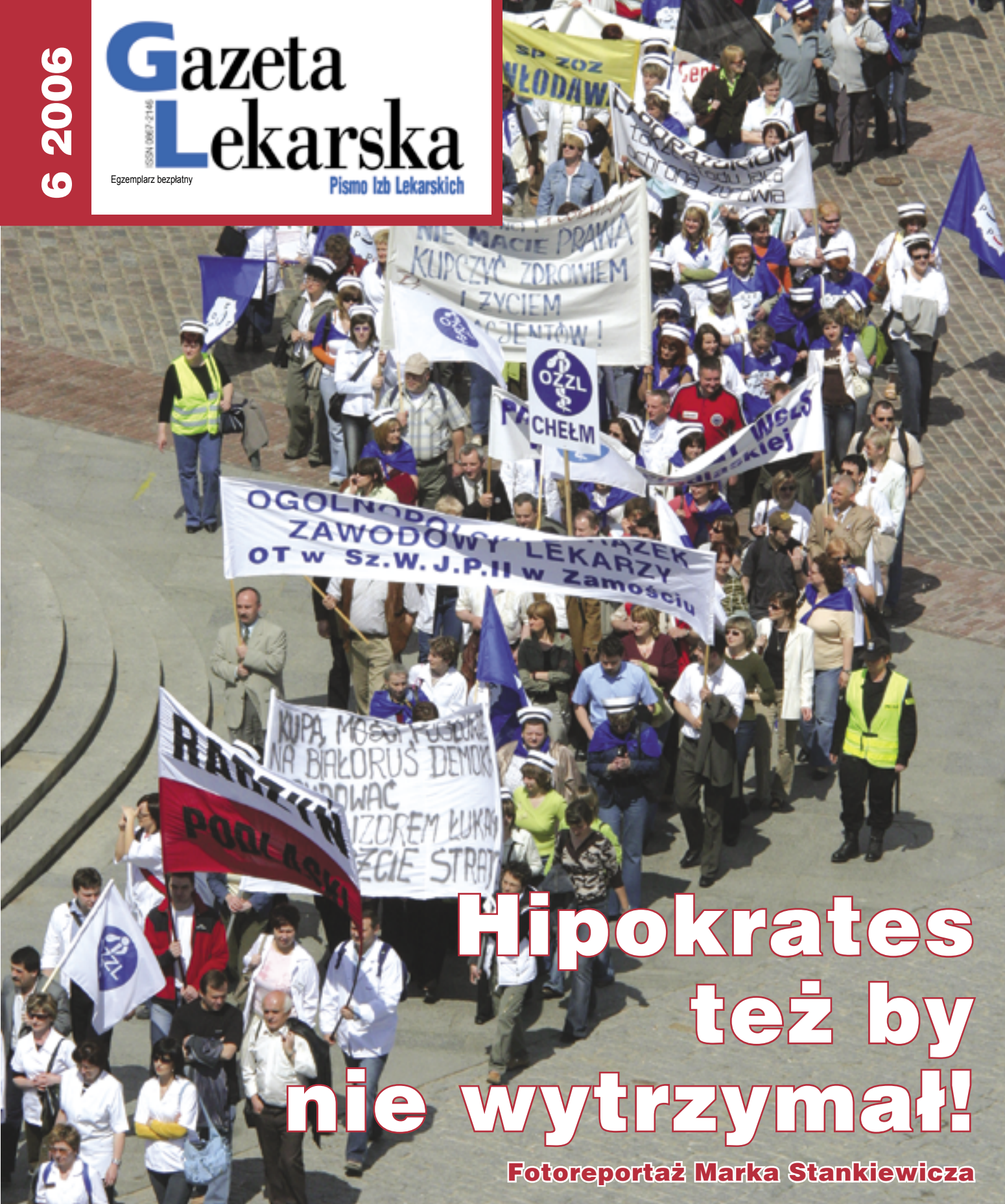


6 2006

Gazeta
Lekarska
ISSN 0867-2146
Egzemplarz bezpłatny
Pismo Izby Lekarskich



Hipokrates też by nie wytrzymał!

Fotoreportaż Marka Stankiewicza



Ile cię trzeba cenić...

Nie chcę być już dłużej lekarzem w kraju, gdzie nie szanuje mnie pracodawca ani coraz częściej nie rozumie pacjent – wyznał mi z rozgoryczeniem przed odlotem do Manchesteru chirurg ze Śląska z 22-letnią praktyką. Nie chciał poczekać na strajk i bić się o podwyżki.

W Anglii tylko na zastępstwach zarobi 66 funtów (92 euro) za godzinę pracy w dni powszednie i 88 funtów (123 euro) podczas weekendu.

Wiara, że można zmienić swój los tliła się jeszcze w końcu maja w lekarzach z 94 szpitali z województw: łódzkiego, lubelskiego, świętokrzyskiego, śląskiego i opolskiego i gdzieś niegdzie na Mazowszu, w Małopolsce i na Pomorzu. Większość z nich weszła w spory zbiorowe z dyrekcjami szpitali. Byle obietnicami się nie zadowalali. Po latach pustych deklaracji oczekują wyłącznie konkretów. Za udział w strajku lekarzom nie należy się wynagrodzenie. – Tak mamy dość tego wyzysku, że godzimy się z tym – mówili lekarze. Nie pomogła 10-tysięczna manifestacja na ulicach stolicy. Na prośbę Konstantego Radziwiłła o pomoc i interwencję prezydent Lech Kaczyński nie odpowiedział ani słowem. Lekarze świętokrzyscy poprosili o pomoc ministra sprawiedliwości Zbigniewa Ziobro. Przypomnieli, że niedawno ujął się za pracownikami sklepów Biedronka: „Stwierdził Pan wówczas, iż jest wiele symptomów, iż w sklepach tych «działa zaplanowana machina niemal niewolniczej pracy». (...) Podniesieni na duchu tymi zapowiedziami zwracamy się do Pana o wszczęcie śledztwa w sprawie wyzysku w «przedsiębiorstwie państwowym służba zdrowia»” – czytamy w liście.

Nie próżnował za to resort zdrowia, który straszył nowelizacją ustawy, ograniczającą prawo lekarzy do strajku. Minister Religa przekonał do swego planu Zytę Gilowską oraz PiS i nie widzi już powodów, by podawać się do dymisji. W szpitalach cichaczem ostrzegano rezydentów, że przystępując do strajku mogą pożegnać się z wymarzoną specjalizacją. Przypomniano sobie o łapówkarstwie w ZUS-ie i niejasnych dochodach lekarzy. Z ekranu telewizyjnego sączono piramidalne insynuacje o finansowaniu strajku przez koncerny lekowe. Wiceminister zdrowia Bolesław Piecha (PiS) zapowiedział, że wkrótce wycieczka fundowana przez firmę farmaceutyczną będzie traktowana jako łapówka. Brukowe wystawiały na próbę odporność psychiczną medyków tytułując ich z imienia i nazwiska terrorystami. Wymienieni na ostatniej stronie „Faktu” – „zarabiają krocie, otaczają się luksusem, a mimo to mają czelność zostawiać chore dzieci bez pomocy”. Przed kamerami skarżyli się na lekarzy wściekli i osamotnieni ponoć pacjenci, choć wszyscy wiedzą, że Polska to nie Indie, gdzie umiera się w rynsztoku. Wicepremier Dorn nie tylko kazał swoim inspektorom zbadać legalność strajków, ale zlecił analizę dotyczącą skutków ewentualnej likwidacji strajkującej placówki. Dyrektor łódzkiego szpitala MSWiA Zbigniew Szrajber odmówił wyrzucenia z pracy strajkujących lekarzy. Powiało grozą, ale, m.in. dzięki mediacji Konstantego Radziwiłła, skończyło się porozumieniem.

O tym jak trudno wyrwać coś od pracodawcy przekonali się lekarze największej w Berlinie kliniki Charité, którzy również domagają się 30-procentowej podwyżki. Na razie stanęło na 10-procentowej dla młodych lekarzy i nieco mniejszej (6%) dla starszych stażem.

Napięcie w środowisku nie spada. Mówi się nawet o okupacjach i głodówkach, ale także i o tym, że pocziwy Hipokrates też by chyba tego nie wytrzymał.

Marek Stankiewicz
naczelnny@gazetalekarska.pl

W NUMERZE

między innymi

Czy ograniczyć prawo lekarzy do strajkowania?	4
Okiem Prezesa	5
Europa przeciw wyzyskowi lekarzy	5
Wyzysk personelu medycznego jest zaplanowany	6-7
Ani udowodnić, ani obalić	8-11
Wymóg czy potrzeba?	12-14
Solidarni inaczej	16-17
Pierwszeństwo dla kraju ojczystego	18-19
Mity o wyjazdach weekendowych	20
Profilaktyka i promocja zdrowia za fundusze europejskie	22
Genetyczna selekcja embrionów	25
Naruszenie godności zawodu lekarza	26-27
Przychodzi lekarz do prawnika	28-29
Biegli lekarze	30-31
Hipokrates też by nie wytrzymał	32-33
Śmierć za posadę!	34-36
Lekarski sport	38-39
Kalendarz – kursy, szkolenia, zjazdy	40
Książki nadesłane	41/42
Konkursy, ogłoszenia różne	42-57
Biuletyn NRL	wkładka

Angielski przez Internet
www.skoknet.pl/demo
login: demoang
hasło: HGtYcVas



Czy ograniczyć prawo lekarzy do strajkowania?

Nie nie wskazuje na to, by strajki w polskich szpitalach przekroczyły jakąś miarę. W Polsce w ogóle strajki nie są niebezpieczne. Jest ich mało i są nieszkodliwe. Ale są ze swej natury narzędziem, które niesie pewne dolegliwości i uciążliwości, nie tylko tym, wobec których są wymierzone. Musi się z nimi liczyć i rząd, i współobywatele. Każdy strajkujący, także lekarz, musi chronić życie i zdrowie, a także mienie. Jeśli strajk jest dobrze zorganizowany, to nie zagraża życiu ludzi. W Polsce prawo do strajku jest poddane ustawowej reglamentacji i nie ma powodu, by to prawo ograniczać.

prof. Zbigniew Hołda
prawnik, Helsińska Fundacja Praw Człowieka

Znam bardzo dużo lekarzy i mam wśród nich oddanych przyjaciół, mogę więc powiedzieć, że znam ich sytuację. Dlatego z całą pewnością stwierdzam jedno: lekarze zarabiają skandalicznie mało i ich postulaty protestacyjne są jak najbardziej słuszne! To bezdyskusyjne! Podpisuję się pod nimi obiema rękami! Jednak lekarz to nie jest zwykły zawód, taki jak ludzi, co kopią rowy, wydobywają węgiel czy są stoczniowcami. Wkraczamy tu w sferę moralności, w indywidualne decyzje każdego ze strajkujących lekarzy.

REKLAMA ————— REKLAMA

Ja nie potrafię tego rozstrzygnąć. Co gorsza nigdzie na świecie nie wymyślono wystarczająco dobrego systemu publicznej służby zdrowia. Lekarze są niezadowoleni i w Ameryce, i w Niemczech.

Krzysztof Cugowski
senator RP

jeden z najwybitniejszych wokalistów w historii polskiego rocka

Nie wolno ograniczać prawa do strajku, bo to jest wbrew demokracji. Niestety, większość moich kolegów lekarzy wierzy w magię centrali i administracyjny cud w zawodzie lekarza. Co więcej uważają, że najlepsza jest „urawniłowka”, czyli wszystkim po tyle samo. Ale mam wątpliwość, czy lekarz może z argumentu strajkowego czynić główny oręż walki. Moim zdaniem lekarz nie powinien strajkować, lecz ograniczyć się do demonstrowania swoich żądań bez odchodzenia od chorego i jego problemów.

prof. Marian Zembała
kardiochirurg, Zabrze

Te zmiany to nie ograniczenie prawa lekarzy do strajku, ale wprowadzanie stanu wyjątkowego. Nie określają one na jakiej zasadzie resort mógłby wymagać od lekarzy przerwania protestów oraz czy dotyczą osób, czy placówek służby zdrowia. W tym ostatnim przypadku do świadczenia usług można by zmusić nawet te instytucje, które nigdy nie miały podpisanych kontraktów z NFZ. Rząd nic nie mówi także o wynagrodzeniach lekarzy, a to oznacza, że ich praca ma być obowiązkowa i kontrybucyjna. Przymierza się także do powiększenia, w trakcie prac nad nowym kodeksem pracy, listy zawodów, których wykonywanie uniemożliwia przeprowadzanie strajku. To niefortunna prowokacja, która nie usprawni polskiego lecznictwa i, mam nadzieję, nigdy nie wejdzie w życie.

Konstanty Radziwiłł
prezes Naczelnej Rady Lekarskiej

Sposób, w jaki próbuje się ograniczyć uprawnienia służb medycznych do protestu, narusza konstytucyjne prawo pracowników do strajku. To klauzula, którą będzie można wykorzystywać do różnych celów. Istotą każdego strajku jest przecież zaprzestanie świadczenia usług. Nie wiem czy w ogóle trzeba definiować restrykcje w stosowaniu protestów przez lekarzy w stanie wyższej konieczności (katastrofy, klęski żywiołowej). Coś tu nie gra. Ale od niewinnych żartów do rzeczywistości jest czasami zaskakująco blisko.

Maryla Sitkowska-Schneider
stewardesa

not. aa, ms

Europa przeciw wyzyskowi lekarzy

W maju br. w Paryżu obradowała Europejska Federacja Lekarzy Etatowych (FEMS), której członkiem-observatorem jest Ogólnopolski Związek Zawodowy Lekarzy.

Dyskutowano m.in. na temat problemów związanych z czasem pracy w ochronie zdrowia oraz o sytuacji lekarzy w poszczególnych krajach Unii Europejskiej.

Przedstawiciel Polski, wiceprzewodniczący OZZL Ryszard Kijak, poinformował wszystkie kraje członkowskie o stosunku polskiego rządu do środowiska lekarskiego, cytując słowa wicepremiera RP Ludwika Dorna o obuciu lekarzy w kamasze oraz ministra zdrowia Zbigniewa Religi o zastosowaniu wobec nich specjalnych regulacji prawnych. Groźby te przyjęto z niesmakiem i oburzeniem.

W związku z tym, iż w Polsce, podobnie jak i w wielu innych krajach unijnych, trwają protesty przeciwko wyzyskowi ekonomicznemu lekarzy, polegającemu na zmuszaniu ich do pracy w godzinach nadliczbowych przekraczających wytrzymałość fizyczną i psychiczną, oraz horrendalnemu zaniżeniu wynagrodzeń, uczestnicy plenarnego posiedzenia FEMS jednogłośnie uchwalili rezolucję, w której zdecydowanie potępił te zjawiska, skłaniające lekarzy z takich krajów jak Polska, Chorwacja, Słowacja i Czechy do emigracji zarobkowej.

Uznano, iż aby przeciwdziałać pogarszaniu się sytuacji, w ciągu dwóch lat wynagrodzenie podstawowe lekarzy z co najmniej 10-letnim stażem w wyżej wymienionych krajach musi znacznie przekroczyć średnią krajową.

Przewodniczący FEMS Claude Wetzl został zobowiązany do podjęcia na forum UE i Rady Europy wszelkich kroków zmierzających do przeciwstawienia się wymienionym wyżej patologiom.

kb

Okiem Prezesa



Dziesiąty maja, drugi ogólnopolski dzień protestu, tak jak miesiąc temu pokazał solidarność środowisk medycznych w walce o prawo do godnego wynagrodzenia. W wielkim marszu przez Warszawę uczestniczyło ponad dziesięć tysięcy lekarzy, lekarzy dentystów, pielęgniarek, położnych, aptekarzy, diagnostów laboratoryjnych, fizykoterapeutów i techników medycznych. Nie zatrzymując się złożyliśmy listy z naszymi postulatami (trzydziestoprocentowa podwyżka dla wszystkich od zaraz, projekty ustaw gwarantujących godne wynagrodzenia i sześcioprocentowe w stosunku do Produktu Krajowego Brutto nakłady publiczne na ochronę zdrowia) w Ministerstwie Finansów i Sejmie (który odwołał zapowiadaną na ten dzień debatę o ochronie zdrowia). Po dojściu czoła pochodu (liczącego blisko dwa kilometry długości) do Kancelarii Prezesa Rady Ministrów delegacja manifestujących z koordynatorem marszu Andrzejem Włodarczykiem udała się na spotkanie z Premierem i Ministrem Zdrowia (po zakończeniu rozmów wyszli oni do protestujących). Manifestacja wzmocniła poczucie siły i solidarności protestujących środowisk. Wydaje się, że jej masowość po raz drugi (po siódmym kwietnia) pokazała rządzącym, że to nie przelewki.

W tym samym czasie narasta fala strajków organizowanych przez Ogólnopolski Związek Zawodowy Lekarzy. W chwili, kiedy piszę moje „Oko”, obejmuje on już około siedemdziesiąt szpitali i cały czas się rozszerza. Powstał Krajowy Komitet Strajkowy OZZL, który stara się koordynować akcję strajkową. Powtarzającym się postulatem strajkujących lekarzy jest natychmiastowa podwyżka wynagrodzeń o trzydzieści procent. Według przewodniczącego Zarządu Krajowego OZZL Krzysztofa Bukieła jest ona możliwa na skalę ogólnopolską tylko wtedy, gdy dojdzie do natychmiastowego zwiększenia stawek za świadczenia zdrowotne finansowane przez Narodowy Fundusz Zdrowia. Takie też żądanie formułuje Komitet w stosunku do NFZ.

W ostatnich dniach obudziły się także rozmaite pomysły na skompromitowanie protestów środowisk medycznych. Rozpoczęto kampanię pomówień o to, że są wprost zaplanowane i inspirowane przez firmy farmaceutyczne lub wspierane przez opozycję polityczną. W prasie pojawiły się bezpardonowe ataki na konkretnych lekarzy uczestniczących w strajkach. Kiepsko jest także z solidarnym działaniem innych środowisk zawodowych. Niestety, spowodowało to wszystko zmianę dotychczas pozytywnego stosunku mediów oraz społeczeństwa do protestujących lekarzy. Wymaga to od nas zarówno solidarnej postawy w obronie krzywdzonych kolegów, jak również rozsądku w dalszym postępowaniu (w kolejnych decyzjach nie sposób pomijać aspekt medialny protestów).

Trudno jednak nie zauważyć, że już teraz można mówić o pewnym sukcesie naszych działań. Zapowiedzi Rządu o zwiększeniu publicznych nakładów na ochronę zdrowia w przyszłym roku o co najmniej 6 miliardów zł (i dojście w roku 2009 do poziomu 4,7% PKB) nie jest wprawdzie szczytem naszych marzeń, ale z całą pewnością zmierza we właściwym kierunku i daje pewną szansę także na realną możliwość zapewnienia większych środków na wynagrodzenia. Teraz czekamy na przedstawienie odpowiednich projektów ustaw, które mogłyby uczynić zapowiedzi realnymi. Jest szansą, że mocno przekształcony w wyniku konsultacji projekt ustawy o państwowym ratownictwie medycznym da także szansę na dodatkowe 1,2 miliarda zł rocznie z budżetu i wyjęcie części zadań z zakresu ratownictwa z budżetu NFZ. W najbliższym czasie należałoby także oczekiwać konkretnych poprawek do nowelizacji ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej, które zrealizowałyby zapowiedzi zwiększenia wysokości składek płaconych przez państwo za rolników i bezrobotnych.

Nawet, gdyby projekty takie zostały zrealizowane, pozostanie kwestia przyjęcia odpowiednich regulacji gwarantujących wszystkim pracownikom medycznym (bez względu na miejsce i formę zatrudnienia) odpowiednie wynagrodzenia. W tym celu niezbędne jest ustalenie, że do wyceny świadczeń uznaje się odpowiednie koszty pracy osób zaangażowanych w ich wykonanie (np. lekarz minimum 33 zł za godzinę, pielęgniarka minimum 15 zł za godzinę itd.). Dopiero taka regulacja zagwarantuje, że większe środki nie zostaną wykorzystane przez kierujących placówkami na inne potrzeby tych zakładów.

Jednym z elementów nacisku idącego w tę stronę jest obywatelski projekt ustawy gwarantującej minimalne godne wynagrodzenia lekarzom i lekarzom dentystom, pod którym nadal zbieramy podpisy (tabelka do wycięcia także w tym numerze „Gazety Lekarskiej”).

Konstanty Radziwiłł

Wyzysk personelu medycznego jest zaplanowany

Krzysztof Bukiel

Wszyscy, którzy chcą lepszej Polski i chcą walczyć z patologiami, powinni się zjednoczyć i są zaproszeni – tak 3 maja 2006 r. zwracał się do Polaków prezydent Lech Kaczyński. Panie Prezydencie, dzisiaj pracownicy polskiej służby zdrowia odpowiadają na Pana wezwanie.

foto: Marek Stankiewicz

Zjednoczyliśmy się wszyscy: lekarze, pielęgniarki, położne, diagnosty, technicy medyczni i przyszłiśmy zmanifestować, że chcemy lepszej Polski, że chcemy walczyć z patologiami w naszym kraju. A jedną

z największych patologii jest stosunek naszego państwa i władz RP do ochrony jego zdrowia i życia. To stosunek lekceważący, niekiedy wręcz pogardliwy. Pacjent jest przedmiotem w ręku urzędników, a pracownicy medyczni trakto-

wani jak niewolnicy państwa. Nakłady na opiekę zdrowotną są ostatnimi w kolejce przy rozdziale pieniędzy publicznych. Przed nimi jest aparat władzy i przymusu, administracja, samochody, biura, wydatki reprezentacyjne, pieniądze dla partii politycznych, utrzymanie fundacji, agencji i funduszy, które istnieją tylko po to, aby zapewnić posady dla partyjnych towarzyszy. Jeszcze dopłaty do rolnictwa, do przedsiębiorstw państwowych, różne przywileje grupowe i zawodowe, pensje dla kolegów z rad nadzorczych spółek skarbu państwa. Na koniec zaś jakieś kolejne, propagandowe „becikowe”, a dopiero gdy coś zostanie – na zdrowie.

Wyrazem lekceważącego stosunku rządzących do ochrony zdrowia są także wynagrodzenia pracowników służby zdrowia. Tych, którzy leczą, pielęgnują, opiekują się i służą chorym. To nieprawda, że niskie płace personelu medycznego wynikają z biedy naszego państwa lub społeczeństwa. To nie pacjenci tak nisko wycenili naszą pracę. To politycy, którzy najpierw zabrali ludziom pieniądze, obiecując, że przeznaczą je na potrzeby społeczne, a następnie wydają je na co innego, zmuszając pracowników medycznych do pracy za półdarmo. Wyzysk personelu medycznego przez państwo jest zaplanowanym elementem systemu opieki zdrowotnej w Polsce. Bez tego wyzysku służba zdrowia w ogóle nie mogłaby funkcjonować. A trzeba sobie uświadomić i wypowiedzieć to głośno. Upodlony lekarz, to upodlony pacjent. Poniżana pielęgniarka – to poniżany pacjent. Lekceważony pracownik służby zdrowia – to lekceważony pacjent. Patologia, o której tutaj mówię, jest dla naszego kraju tym bardziej hańbiącą, że stanowi bezpośrednią spuściznę i kontynuację ideolo-

gii komunistycznej w Polsce, z którą przecież chcemy ostatecznie zerwać. Znacząca jest tutaj treść instrukcji komunistycznych służb specjalnych z roku 1947 dla ambasad Związku Radzieckiego w krajach podbitych Europy Wschodniej. Wśród innych można znaleźć tam również takie polecenie: Zasada 9: Doprowadzić do tego, aby pracownicy na stanowiskach państwowych (z wyjątkiem służb ścigania i pracowników przemysłu wydobywczego) otrzymywali niskie pobory. Dotyczy to w szczególności służby zdrowia.

Pytam więc władze RP, czy instrukcja NKWD z 47 roku nadal w Polsce obowiązuje. Zdajemy sobie sprawę, że są takie osoby i takie siły polityczne, które chcą wykorzystać protest pracowników służby zdrowia dla swoich celów, chcą nas przedstawić jako osobistych wrogów tego rządu. To nieprawda. My nie chcemy walczyć z rządem. My chcemy walczyć z patologiami w naszym kraju. Z patologicznym, lekceważącym i pogardliwym stosunkiem państwa i władz państwowych do ochrony zdrowia i do pracowników służby zdrowia. Chcemy walczyć z pozostałościami ideologii komunistycznej w odniesieniu do ochrony zdrowia. Domagamy się dekomunizacji w ochronie zdrowia, również – dekomunizacji płac personelu medycznego. Nas nie zadowala dekomunizacja werbalna, symboliczna albo polegająca wyłącznie na wymianie ludzi. My chcemy dekomunizacji świadomości rządzących, dekomunizacji ich stosunku do ochrony zdrowia i do tych, którzy temu zdrowiu służą. Chcemy dekomunizacji mechanizmów, które z pacjenta i z pracowników medycznych uczyniły niewolników państwa i administracji.

Takim pierwszym namacalnym dowodem oczekiwanych przez nas zmian byłoby przyjęcie przez Sejm RP ustawy o nakładach na ochronę zdrowia ze środków publicznych w kwocie 6% PKB. Konstrukcja takiej ustawy jest banalnie prosta. To raptem parę zdań. Można taką ustawę przegłosować w tydzień. Potrzeba tylko woli politycznej. Pytam zatem: Panie Prezydencie, Panie Premierze, Panie Marszałku Sejmu! Czy macie taką wolę? Czy chcecie lepszej Polski? Czy chcecie walczyć z patologiami w naszym kraju? Jeśli tak – zjednoczcie się i odpowiedzcie na nasze zaproszenie – pomóżcie nam zdekomunizować służbę zdrowia. My jesteśmy gotowi do współpracy. A Wy? Będziecie z nami współpracować, czy z nami walczyć?



Wstępujcie do związku zawodowego!

Musimy sobie uświadomić, że działania protestacyjne, które polegałyby na zaprzestaniu wykonywania przez lekarzy pewnych czynności zawodowych, najlepiej prowadzić w ramach strajku ogłoszonego, zgodnie z prawem, przez związek zawodowy. To, co bez ogłoszenia strajku może być uznane za łamanie prawa, np. niewypełnianie pewnych druków, nie mówiąc już o powstrzymywaniu się od udzielania niektórych świadczeń medycznych, w ramach strajku jest jak najbardziej legalne, a odpowiedzialność za strajk spada na komitet strajkowy powołany przez związek zawodowy.

Zwracamy się więc do lekarzy o wstępowanie w ich zakładach pracy do związków zawodowych lub powoływanie nowych zakładowych organizacji związkowych tam, gdzie związki jeszcze nie działa. Naszym zdaniem najlepszym wyborem będzie wstąpienie do Ogólnopolskiego Związku Zawodowego Lekarzy. Już chociażby z racji, że skupia tylko lekarzy i dobrze zna problemy naszego środowiska – OZZL będzie najlepszym reprezentantem interesów pracowniczych lekarzy w zakładach pracy. Także dotychczasowe działania podejmowane przez OZZL dobrze – jak sądzę – świadczą o jego pracy na rzecz lekarzy.

Na stronie www.ozzl.org.pl znajdują się wszystkie informacje dotyczące Związku oraz instrukcja jak założyć oddział terenowy (zakładowy lub międzyzakładowy) OZZL w zakładzie, w którym nie działa związek zawodowy skupiający lekarzy – www.ozzl.org.pl/sprawy/ot.htm.

Krzysztof Bukiel przewodniczący Zarządu Krajowego OZZL

Ani udowodnić, ani obalić

Romuald Krajewski

Wyczerpujące i zadowalające zwolenników homeopatii przedstawienie koncepcji Hahnemanna nie jest możliwe w krótkim artykule.



foto. Marek Stankiewicz

Najpowszechniej znane podstawowe zasady, to przede wszystkim *similia similibus curantur* oraz „dynamizacja” – mniejsze stężenie środka leczniczego może działać silniej niż większe. Zasady obejmują również badanie efektu środków na zdrowych, u których powinny one powodować objawy podobne do objawów leczonej choroby.

Nauka czy tradycja?

Choroby rozpoznawane przez medycynę są często tylko objawami chronicznej „diatezy” i nie są powodowane przez ściśle określony patogen. Spośród wielu dostępnych leków należy wybrać najbardziej odpowiedni dla indywidualnego

go chorego na podstawie szczegółowej analizy objawów oraz „konstytucji”.

W końcu XVIII i na początku XIX stulecia medycyna była zbiorem przeróżnych metod i koncepcji, które wobec braku jasnego i jednoznacznego sposobu oceny funkcjonowały na równych prawach. Szersze stosowanie zasad, które moglibyśmy uznać za naukowe, nastąpiło w drugiej połowie XIX w. i medycyna stopniowo zaczęła się pozbywać metod opartych na „najgłębszych przekonaniach”, na koncepcjach, których nie można ani udowodnić, ani obalić, na anegdotycznych opowieściach o dobrych lub wręcz „cudownych” efektach leku czy metody. Ten proces będzie na pewno trwał jeszcze długo, a może nawet zawsze, ponieważ nowe odkrycia, bardziej szczegółowa analiza, doświadczenie i nowe zrozumienie problemów powodują, że nawet metody o dobrze potwierdzonej skuteczności wymagają modyfikacji.

W medycynie tradycja przekazywana przez nauczycieli odgrywa większą rolę niż w naukach ścisłych i nadal funkcjonuje w niej wiele metod i sposobów działania, które nie mają naukowego uzasadnienia lub dobrze udowodnionej skuteczności. Dlatego w ostatnich latach tak dużo mówi się o medycynie opartej na dowodach. Niemalym powodem do stosowania wyłącznie metod o dobrze udowodnionej skuteczności jest dążenie do racjonalnego wydatkowania zawsze ograniczonych środków na ochronę zdrowia.

Wewnętrzne przekonania i anegdoty

Dyskusje o zasadach i o skuteczności homeopatii zaczęły się zaraz po jej wprowadzeniu. Hahnemann formułował swoje koncepcje w dostępnym mu wówczas języku i znaczenie wielu użytych przezeń terminów (np. „psora”) nie jest dla nas ja-

sne (takie terminy umieściłem w cudzysłowach). Wydaje się jednak, że przynajmniej zasady *similia similibus*, „potencjacji” przez rozcieńczenie i dostosowanie leczenia do sytuacji indywidualnego pacjenta pozostają stale ważne, chociaż homeopatia zmienia się i rozbudowuje w miarę przybywania nowej wiedzy i w odpowiedzi na stawiane jej zarzuty.

Już w 1842 r. zwracano uwagę, że po pierwsze zasada, iż lek wywołujący podobne do choroby objawy powinien tę chorobę leczyć, nie wydaje się zbyt prawdopodobna, a po drugie, na pewno nie odnosi się do wszystkich chorób.

Przytaczane przez Hahnemanna przykłady takiego działania są nieliczne i co najmniej dyskusyjne (np. u wielu/większości osób przyjmujących chininę wcale nie obserwuje się gorączki), nie uzasadniają więc tak daleko idących wniosków. Bardzo szybko wyliczono również, że uznawane za najsilniej działające rozcieńczenia środków homeopatycznych praktycznie nie zawierają ani jednej ich cząsteczki. Już wtedy stwierdzano, że informacje o skuteczności środków homeopatycznych opierają się na wewnętrznych przekonaniach i anegdotach. W dyskusji o skuteczności tych środków pojawiał się regularnie argument, iż badający nie potrafili „odpowiednio” dobrać leków.

Woda pamięta

Na początku XX w. w USA twierdzono, że uczelnie homeopatii zanikają, co wiązano z niemożnością pogodzenia nauki i dogmatycznych teorii. Homeopatia przestała być alternatywą dla medycyny, jej zwolennicy uważali jedynie, że środki homeopatyczne mogą stanowić dodatek do leków. Jednak w latach siedemdziesiątych rozpoczął się powrót do homeopatii. Dyskusje na temat jej zasad ożyły na nowo.

dokończenie na str. 10



Ani udowodnić, ani obalić

dokończenie ze str. 8

Jednym z powszechniej znanych epizodów był skandal spowodowany przez doktora Benveniste, który chciał wykazać, że „pamięć wody” jest nośnikiem działania środka, którego po rozcieńczeniu zgodnie z zasadami Hahnemanna czy Korsakowa w roztworze już nie ma.

Ważnym etapem w tej dyskusji był artykuł zatytułowany „Czy efekty kliniczne homeopatii są efektem placebo? Porównawcza analiza badań homeopatii i leków z zastosowaniem kontroli placebo”, który ukazał się w 2005 r. („Lancet”, 2005; 366:726-732). Jest to metaanaliza dokonana przez autorów z Berna i Bristolu. Znaleźli oni 110 publikacji będących efektem badań środków homeopatycznych z kontrolą placebo oraz 110 podobnych badań leków.

Ocena jakości wykazała, że 19% badań środków homeopatycznych i 8% badań leków było badaniami o wysokiej jakości. W obu grupach badania obejmujące małą liczbę pacjentów i o niższej jakości dawały bardziej pozytywne wyniki niż badania o wysokiej jakości dotyczące licznej grupy pacjentów. Analiza ograniczona do dużych badań o wy-

sokiej jakości wykazała, że efekt środków homeopatycznych (8 badań) mierzony ilorazem szans (*odds ratio*) wyniósł 0,88 przy 95% przedziale ufności od 0,65 do 1,19, zaś efekt leków (6 badań) odpowiednio 0,58, 0,39-0,85. Zdaniem autorów, stwierdzony efekt środków homeopatycznych odpowiada wielkością efektowi placebo, natomiast efekt leków jest bardzo silny.

Zarówno część badań środków homeopatycznych, jak i badań leków wykazuje skłonność do przeceniania efektu badanego specyfiku. Po skorygowaniu tej tendencji dowody na efekt środków homeopatycznych są słabe, na efekt leków są silne.

Dowody dopiero się przygotowuje

Trudno byłoby oczekiwać, że ten artykuł zakończy długotrwałe dyskusje. Ludzie bardzo powoli zmieniają przekonania, a liczba zwolenników homeopatii jest znaczna. Wielu poświęciło tej dziedzinie całe życie i wielu z niej żyje.

W reakcji na publikację w „Lancecie” podniesiono liczne zastrzeżenia. Stwierdzono na przykład, że w większości analizowanych badań środki homeopatyczne były stosowane niewłaściwie, to znaczy nie były precyzyjnie dobierane do stanu pacjenta według zasad klasycznej homeopatii. Stowarzyszenie homeopatów Indii stwierdziło, że ogromna liczba kombinacji środków homeopatycznych (np. zapalenie migdałków może być leczone kombinacjami 100 leków) powoduje, iż badania randomizowane nie mogą służyć ocenie leczenia ukierunkowanego na osobę. W innej opinii stwierdzono, że środków homeopatycznych nie da się ocenić obecnie stosowanymi metodami naukowymi i że odpowiednie metody są dopiero przygotowywane.

Nie zabrakło też bardziej emocjonalnych wypowiedzi, jak choćby ta, że grupka osób reprezentujących konwencjonalną medycynę nie może podważać wiarygodności 250-letniego systemu leczniczego. Na gruncie nauki nie da się z takimi stwierdzeniami dyskutować. Natomiast we Włoszech zdarzy-

ło się w 2001 r., że homeopaci zaskarżyli autorów programu krytycznego wobec ich metod do sądu. Wobec tego sąd musiał wdać się w aspekty merytoryczne zagadnienia i po 3 latach wydał wyrok nie tyle uniewinniający oskarżonego, co skazujący homeopatię.

Zdaniem sądu obowiązkiem homeopatów jest wykazać w sposób zgodny z zasadami badań naukowych skuteczność stosowanego przez nich leczenia, czego nigdy nie dokonali. Pokreślono przy tym, że nauka nie polega na ważeniu opinii, lecz na przeprowadzaniu dowodów w ściśle określony i powtarzalny sposób. To samo pisano jednak już na początku XIX w.

Od 200 lat niewiele się zmieniło

Ludzie nadal są skłonni poszukiwać „łagodnych”, „nieszkodliwych”, „naturalnych” leków, które „bardzo pomogły wielu bardzo chorym osobom”. W tym dążeniu nie jest przeszkodą, że „lek” jest z punktu widzenia chemicznego bardzo czystym cukrem nasączonym bardzo czystą wodą i działa na zasadzie, której nie da się wytłumaczyć poznanymi mechanizmami. Na szczęście bardzo rzadko się zdarza, by metody homeopatyczne stosowano jako jedyny sposób leczenia poważnych, zagrażających życiu schorzeń. Nie polecają tego nawet zagrażali homeopaci, a pacjenci w takich sytuacjach jak najprędzej udają się do lekarzy. To trochę tak, jak z dyskusjami o powrocie do natury, które prowadzi się z ogromną powagą i zaangażowaniem w warunkach, które są możliwe tylko w zaawansowanej cywilizacji, dobrze chroniącej dyskutantów przed naturą.

Gdzie kończy się pomoc, a zaczyna zwodzenie chorego?

Pozostają jednak przynajmniej dwa aspekty problemu, które powodują, że dyskusje są celowe i powinno się je kontynuować. Pierwszy, to finansowanie metod homeopatycznych w ramach publicznych systemów ochrony zdrowia. Istnieje duże zapotrzebowanie na „alternatywne” metody leczenia i w wielu krajach są one częściowo finansowane. Na przykład Narodowy System Zdrowia Wielkiej Brytanii ma 5 szpitali homeopatycznych. W ogólnym dążeniu do finansowania tylko metod o dobrze udowodnionej skuteczności, a na pełne finansowanie zapotrzebowania na takie metody środków też nie wystarczy, metody alternatywne mają niewielkie szanse.

Drugi problem jest natury bardziej ogólnej. Nie dające się ani potwierdzić, ani obalić pomysły mogą być szkodliwe. Negowanie i aktywne zwalczanie naukowych faktów niezgodnych z takimi pomysłami, żądanie od krytyków dowodów na niesłuszność niezwyklej teorii, twierdzenie, że kolejne negatywne wyniki badań nie dotyczą „prawdziwej” metody potrafią przekonać część osób. Nawet jeżeli rzeczywistość w końcu weźmie górę, może zdarzyć się całkiem sporo różnych, nie tylko zdrowotnych, efektów niepożądanych.

Zasady postępowania lekarzy w kwestii homeopatii są określone w ustawie o zawodzie lekarza i w Kodeksie Etyki Lekarskiej. W świetle tych przepisów, przedstawionej metaanalizy opublikowanej w „The Lancet” i innych doniesień, przed żadnym sądem nie dałoby się obronić zastosowania środków homeopatycznych zamiast powszechnie uznanych metod medycyny. Pozostaje natomiast otwarte zagadnienie stosowania tych środków dodatkowo do metod medycyny oraz w schorzeniach, które mają samoograniczający się przebieg i nie muszą być konieczne leczone lub w których nie ma skutecznego leczenia. Na pewno można by w takiej sytuacji sformułować zarzut stosowania metod o nieudowodnionej skuteczności, niepotrzebnego działania, narażenia na koszty, stwarzania nieuzasadnionych nadziei itp. Czy znalazłby on uznanie w sądzie, zależałoby od konkretnej – zwykle bardzo złożonej – sytuacji.

Granica pomiędzy wynikającym z chęci pomocy podtrzymywaniem nadziei i poprawianiem samopoczucia chorego przy pomocy wszelkich dostępnych metod a zwodzeniem go, narażaniem na niepotrzebne koszty i opóźnianiem leczenia o udowodnionej skuteczności jest trudna do ścisłego określenia. Elementem decydującym może być rzetelność udzielonej informacji.

Czy o homeopatii warto więc dyskutować? Przytoczona w ogromnym skrócie historia raczej nie wskazuje, że w najbliższym czasie homeopatii uda się dopasować do wymagań medycyny ani medycynie przekonać homeopatów, by porzucili swoje przekonania i metody. Warto jednak przynajmniej ogólnie wiedzieć, jaki jest stan tej dyskusji, bo niektóre jej aspekty mają znaczenie dla praktyki lekarskiej, w której stopniowo coraz mniej jest miejsca dla metod o niepotwierdzonej lub wątpliwej skuteczności.

Romuald Krajewski

REKLAMA

REKLAMA

Wymóg czy potrzeba?

z **Andrzejem Fortuną**, wiceprezesem NRL rozmawia **Anna Augustowska**

• *Czy chciałby się pan leczyć u lekarza dentysty, który nie odbył stażu podyplomowego?*

– Nie ma takiej możliwości, bo praktyka przygotowawcza do samodzielnego wykonywania zawodu obowiązuje od 1948 r., a praktyka nazwana stażem została wpisana do ustawy o zawodzie lekarza w 1996 r.

Przez okres 12 miesięcy absolwent lekarz dentysta pracuje pod kierunkiem starszego kolegi w celu potwierdzenia swojej wiedzy i umiejętności praktycznych przed rozpoczęciem samodzielnej praktyki lekarskiej. W wielu krajach, choć nie jest to staż podyplomowy w naszym rozumieniu, uzyskanie licencji do samodzielnej praktyki wymaga spełnienia warunku pracy pod kierunkiem starszego kolegi.

Od pokoleń absolwenci studiów stomatologicznych odbywali takie staże, traktując to jako naturalną i niezbędną kolej rzeczy. Zawodu nauczyliśmy się od mistrza, bywało, że w dość siermiężnie wyposażonych gabinetach państwowych zakładów, gdzie maszyny do borowania zębów napędzało się nożnym pe-

dałem, a narzędzia dezynfekowało przez gotowanie w wodzie!

Myślę, że to dobra okazja, aby przypomnieć w tym miejscu kilka faktów historycznych dotyczących praktycznej strony zdobywania kwalifikacji zawodowych, tym bardziej że za chwilę minie 80 lat od pojawiania się pierwszych zapisów dotyczących praktyk przygotowawczych do samodzielnego wykonywania zawodu, dzisiaj staży podyplomowych dla lekarzy dentystów.

Staż podyplomowy, nazywany praktyką przygotowawczą lekarsko-dentystyczną, został wprowadzony rozporządzeniem Prezydenta RP już w 1927 r. Po wojnie, w 1948 r. weszło w życie rozporządzenie ministra zdrowia wydane wspólnie z ministrem oświaty o odbywaniu praktyki przygotowawczej lekarsko-dentystycznej.

Tak więc rozporządzenie Prezydenta RP z 1927 r. i późniejsze rozporządzenie ministra zdrowia z 1948 r. obowiązywały do dnia wejścia w życie ustawy o zawodzie lekarza i lekarza dentysty w 1996 r. (art. 68 ustawy z 5 grudnia 1996 r. o zawodzie lekarza).

Należy zaznaczyć, że od 1957 r. uczelnie stomatologiczne opuszczali absolwenci pięcioletnich studiów, a mimo to staż zgodnie z rozporządzeniem MZ z 1948 r. został utrzymany.

Lekarz absolwent uczelni stomatologicznej realizował staż już po uzyskaniu dyplomu ukończenia studiów w miejscu pracy pod kierunkiem wyznaczonego przez kierownika zakładu, starszego doświadczeniem i praktyką, lekarza dentysty, lub w wyznaczonych w tym celu przychodniach wojewódzkich i powiatowych.

Kiedy w 1993 r. zniesiono przymusowy obowiązek pracy w zakładach społecznych służby zdrowia, minister zdrowia wydał wytyczne dla realizacji praktyki.

• *Czy kiedykolwiek była możliwość zwolnienia z obowiązku odbycia stażu podyplomowego?*

– Nigdy takich możliwości prawnych nie było. Ale też nie twierdę, że gdzieś w kraju czy wobec indywidualnych osób odstępowano od tego obowiązku szczególnie w okresie kiedy obowiązywały nakazy pracy. Warto dodać, że zgodnie z cytowanymi przepisami minister zdrowia mógł uznać za równoznaczną z praktyką realizowaną w Polsce praktykę przygotowawczą odbytą po ukończeniu studiów realizowaną w zakładach leczniczych za granicą. Tak więc staż podyplomowy jest jednym z warunków uzyskania prawa do wykonywania zawodu. Drugim warunkiem jest zdanie egzaminu państwowego kończącego staż (LDEP).

• *Młodzi lekarze dentyści zaczynają jednak inaczej patrzeć na ten wymóg. Zastanawiają się czy staż jest rzeczywiście niezbędny.*

– Dotąd nie było wątpliwości, że jest to wymóg wynikający z potrzeby wykształcenia i dopuszczenia do zawodu osób, które w ramach praktyki przygo-



Andrzej Fortuna: Staż i egzamin to elementy polityki państwa

dokończenie na str. 14

Wymóg czy potrzeba?

dokończenie ze str. 12

towującej do samodzielnego wykonywania zawodu będą mogły potwierdzić i utrwalić – właśnie w czasie praktyki – zdobyte umiejętności i zdobytą wiedzę. To niezwykle ważne, aby później, w czasie samodzielnej pracy posiadać pełne możliwości działania dla dobra pacjenta. Weźmy pod uwagę roszczenia pacjentów, szczególnie mieszkańców Zjednoczonej Europy. To także z myślą o tym państwo finansuje pracę stażystów. Takie też jest i było stanowisko samorządu lekarskiego i lekarzy dentystów. Co nie znaczy, że nie należy dyskutować z odmiennymi opiniami na ten temat.

Wiemy przecież z informacji środowisk akademickich, że środki finansowe na realizację programu stażu są niewystarczające i nie zapewniają możliwości wykonania procedur obowiązujących w aktualnym programie, że większość tych procedur jest poza koszykiem świadczeń. Zatem środki finansowe na ich wyko-

nanie muszą pochodzić z budżetu państwa, a dostępność do tych świadczeń musi być jasno sformułowana także poprzez prawo nauczyciela do doboru pacjentów wg problemów zdrowotnych podporządkowanych potrzebom kształcenia.

Badania ankietowe jakie prowadził dr Zbigniew Żak wśród absolwentów podejmujących i kończących staż nie potwierdzają, aby absolwenci byli przeciwni tej formie praktyki przygotowawczej do samodzielności.

• *A może należy zmienić program?*

– Nad tym można dyskutować. Jeżeli program jest niedobry, to należy go zmieniać.

W 1993 r. wymusiliśmy na ministrze zdrowia powrót do obowiązujących wtedy przepisów i wprowadzenie praktyki przygotowawczej. W 1996 r. wprowadziliśmy do ustawy o zawodzie lekarza staż podyplomowy. Wszyscy, w tym konsultanci i PTS, opowiadali się za wprowadzeniem stażu podyplomowego.

W wielu krajach co prawda nie ma stażu w formie przyjętej w Polsce, ale są wymogi pracy pod kierunkiem lub jako zatrudniony przez okres od roku do trzech lat przed uzyskaniem prawa do samodzielnej praktyki i otwarcia własnego gabinetu.

Już kiedy udostępniono nam dyrektywę UE proponowałem, aby podjąć dyskusję, co należy zrobić ze stażem, kiedy absolwent polskiej uczelni w trakcie kształcenia przeddyplomowego uzyska pełne kompetencje określone w przepisach UE, a uznawanie kwalifikacji na obszarze UE będzie następować w sposób automatyczny. W czasie procesu akcesyjnego powoływaliśmy się przecież na staż jako dodatkowe 2070 godzin. Przypomnę istotny fakt: w raporcie jaki przedstawili eksperci KE po wizytacji przed podpisaniem Traktatu, napisano, że polski staż może być wzorem dla

innych, a fakt, że państwo ten staż finansuje, budził wielkie uznanie.

Wprowadzenie w roku akademickim 2003/2004 nowego programu studiów z rozszerzonym programem praktycznej nauki zawodu przy fotelu z pacjentem oraz opisane w dokumencie KE „kompetencje lekarza dentysty ogólnie praktykującego” jako wymóg stawiany absolwentowi studiów lekarsko-dentystycznych stwarzają nową sytuację. Proponowałem w przeszłości, aby rozważyć czy uzasadnione byłoby zmienienie formuły stażu po roku 2008, tj. roku, w którym pierwsi absolwenci ukończą studia wg nowego programu. Na przykład zlikwidować staż podyplomowy w obecnej formie i wprowadzić 11 semestr, który poświęcony byłby zintegrowanej praktyce i przygotowaniu do państwowego egzaminu magisterskiego w rozumieniu wymogów UE dotyczących studiów uniwersyteckich.

Inna propozycja to wprowadzić przeddyplomową płatną praktykę przygotowawczą w okresie 3-5 miesięcy po 10 semestrze nauki i przygotowanie do egzaminu magisterskiego. Wreszcie aby zlikwidować staż podyplomowy rozumiany też jako praktyka przygotowawcza do wykonywania zawodu przez uznanie, że studia realizowane wg nowego programu są wystarczające do uzyskania wymaganych kompetencji.

Każda propozycja powinna być bardzo dokładnie rozważona i opisana wraz ze skutkami finansowymi. Pamiętać też należy, że każda propozycja zmian wymaga zmiany ustawy o zawodzie lekarza i zmiany w dyrektywie UE, musi więc być bardzo dobrze uzasadniona merytorycznie. To nie może polegać na tym, że jakaś grupa uznaje, iż dla jej interesów są konieczne zmiany. Staż i egzamin to elementy polityki państwa.

Najważniejsze to uzyskanie odpowiedzi na pytanie, co zyskają absolwenci przez jakiegokolwiek zmiany. Dzisiaj mają dwunastomiesięczną pracę i przy ograniczonej odpowiedzialności mogą szlifować swoje umiejętności i sprawdzać wiedzę kliniczną. To bardzo delikatna materia. Pamiętać też należy, że wymóg stażu i LDEP dotyczy również lekarzy dentystów z krajów nie będących członkami UE. Potwierdzają to wyniki LDEP, wielu z nich nie zdaje tego egzaminu.

Należy podejmować dyskusję z absolwentami i wsłuchiwać się w ich racje.

rozmawiała Anna Augustowska

fol. Marek Stankiewicz



Tegoroczna – ósma już z kolei – Konferencja Okrągłego Stołu Stomatologów, która w dn. 10-12 maja odbyła się w zabytkowych wnętrzach Pałacu Małachowskich w Nałęczowie, w całości została poświęcona sprawom edukacji lekarzy dentystów. Dyskutowano o nowych programach dydaktycznych i sztuce obiektywnego oceniania umiejętności studentów; poruszano sprawy związane ze stażami specjalizacyjnymi. Gorącą dyskusję wywołała sesja poświęcona stażom podyplomowym i Państwowemu Egzaminowi Lekarsko-Dentystycznemu.

Solidarni inaczej



foto: Marek Stankiewicz

Krystyna Knypl

Nasza zawodowa solidarność najlepiej prezentuje się na zewnątrz. U cioci na imieninach nie pomstujemy na kolegów, w mediach nie wypowiadamy się krytycznie o środowisku, mimo ciągłych zachęt i oczekiwań ze strony publiczności. To dobrze. Wszyscy wszak przysięgaliśmy odnosić się do siebie z szacunkiem.

Czy jednak istotnie czujemy do siebie autentyczny i szczerzy szacunek? A może tylko obawa przed tym, że jutro na łamach brukowca może pojawić się nazwisko praktycznie każdego lekarza w wykoślawionym kontekście powoduje, iż dobrze gramy rolę solidarnych?

Nie jesteśmy monolitem

Dawno, dawno temu podział środowiska medycznego był dość prosty: na pracujących w lecznictwie otwartym i zamkniętym. Nie przypominam sobie, aby istniały jakiegokolwiek antagonizmy między tymi dwiema grupami lekarskimi, nie było zwyczaju wygłaszania kąśliwych uwag pod adresem jednej grupy przez drugą. Może czasem zgrzytaliśmy zębami na kolegę z przychodni rejonowej, który pasjami wystawiał skierowania do szpitala, aby w trybie ekspresowym uzyskać kilka badań dodatkowych u pacjenta.

Nadejście wolnego rynku wprowadziło osławioną niewidzialną rękę, która zaczęła jednym dawać klapsy, a dla drugich przybierała postać dłoni niebywale pomocnej. Po kilkunastu latach mamy wyjątkowo zróżnicowane formy istnienia naszego środowiska, które łączy jedynie posiadanie dyplomu lekarskiego. Wszystko inne staje się przedmiotem komentarzy, debat, dociekań.

Inne są priorytety kolegów z Porozumienia Zielonogórskiego, inne emerytowanych lekarzy. Nie znajdując wspólnego języka lekarze rodzeni z przedstawicielami innych specjalności, zwłaszcza gdy trzeba wystawić skierowanie lub wykonać badanie zasergowane w konsultacji. Pewne zwarcie szeregów następuje ostatnio wśród kolegów zatrudnionych w charakterze nauczycieli akademickich, w związku z zagrożeniem utraty 50% ulgi podatkowej od części przychodów.

Co tętni w sieci?

Profesura najchętniej przemawia *ex cathedra*, nie zawsze czekając na zadawanie pytań po wykładzie, ponieważ wygłaszanie następnych wystąpień wymaga przemieszczenia się do innej sali wykładowej, a niekiedy zgoła do innego miasta. Z braku szans w świecie realnym dyskusja przeniosła się do forów internetowych przeznaczonych dla lekarzy, gdzie odbywa się burzliwa wymiana poglądów.

Sporo uwagi poświęca się tam sprawom bytowym i obciążeniu pracą usługową. Pojedyncze głosy zachęcają do zarobkowania w konwencji wolnego zawodu, jednak przeważają koncepcje etatyzacji. Generalnie sieć tętni głosami krytycznych, zatroskanych, najlepiej wiedzających, spoglądających z oddali.

Co jest przedmiotem troski? Największym zmartwieniem dyskutantów, poza kłopotami zarobkowymi, jest rozdrobnienie medycyny na specjalizacje szczegółowe. Internauci dyskutując nad powstaniem specjalizacji z hipertensjologii kąśliwie zapowiadają powstanie endoteliologii, a swe ponure prognozy podpisują np. „przebiegniolog II stopnia”. Zatroškani zamiast wyznać zgodnie z prawdą, że niepokoi ich konkurencja osób ze specjalizacją z hipertensjologii, która może „spodobać się” pacjentom, stroją się w piórka obrońców dobrej kondycji polskiej medycyny.

Ponieważ nowych specjalizacji jest coraz więcej, warto na problem spojrzeć szerzej i z pewnej perspektywy. Całkiem niedawno trwoga ogarnęła internistów, gdy powołano specjalizację medycyny rodzinnej. Ponuro prognozowano, że internę będzie się uprawiać jedynie w szpitalach, a na mieście rządzić będą lekarze rodzeni. Jako internistka czułam się nieswojo, że będę mogła pracować zgodnie z posiadaną specjalnością jedynie na oddziale. Wizja, że będę

musiała tkwić w szpitalu tak długo, aż zatrze się granica między byciem lekarzem a wskazaniem do zostania pacjentem, męczyła mnie czas jakiś.

Nabrałam dystansu do tych niepokojów po przeczytaniu lamentów w rocznikach „Polskiego Tygodnika Lekarskiego” sprzed półwiecza, kiedy to od wielkiego ciała interny odrywała się kardiologia. Po latach zabiegano nawet o uznanie kardiologii jako tzw. specjalizacji podstawowej, co miało zaowocować swobodnym dostępem pacjentów do gabinetów kardiologicznych bez potrzeby starania się o skierowanie od lekarza rodzinnego.

Nie powstawanie specjalizacji szczegółowych wydaje mi się głównym zagrożeniem medycyny. Nie martwię się ani chwili, że powstała specjalizacja z chirurgii naczyniowej, lecz cieszę się, że są miejsca, do których mogę skierować pacjenta z krytycznym zwężeniem tętnicy. Nie szlocham na wieść o powstaniu specjalizacji z transplantologii, lecz z przyjemnością czytam, że moja dawna studentka zajmuje wysoką pozycję wśród tych specjalistów. Jeśli ktoś jest mądrzejszy, bardziej pracowity i zapobiegliwy, powinien mieć prawo do wyrażenia tego również na pieczęcie lekarskiej.

Jeżeli już coś mnie zasmuca, to poziom dyskusji prowadzonych w Internecie na forum przeznaczonym z definicji tylko dla lekarzy. W owych dyskusjach zbyt wiele jest kąśliwych uwag, wspomniania tytułów naukowych, dziwacznych pomówień, elementów spiskowej teorii dziejów, przy niedoborze, a nawet braku argumentów merytorycznych. Zbyt mało lekarskie fora internetowe różnią się poziomem dyskusji od forów publicznych.

Może jednak każdy ma prawo martwić się o co innego, a o swój los i byt przede wszystkim? Inna sprawa, że często odczuwamy potrzebę zamartwiania

się *pro publico bono*. Moje własne zmartwienie w odniesieniu do medycyny zawarłam w następnych akapitach.

Gdzie się podziali Mistrzowie?

Przed dwoma laty na łamach jednego z miesięczników medycznych zaproponowałam akcję nazwaną „Napisz o swoim Mistrzu!”. Do redakcji nadeszło kilka prac, przede wszystkim od sędziwych kolegów wspominających swoich Nauczycieli medycyny.

Ciekawe było dowiedzieć się o dystygrowanych manierach, szerokich horyzontach czy biegłości w badaniu fizykalnym. Jedna z koleżanek nadesłała wspomnienie o swojej Szefowej, a w charakterze niespodzianki przesłała opisaną Mistrzyni egzemplarz pisma. Pani Ordynator, znana jako żelazna dama, zadzwoniła do autorki ze słowami podziękowania, a lzy nie pozwoliły jej na dłuższe przemówienie. Autorka wspomnień też nie miała najbardziej suchych oczodołów, a warto dodać, że obie panie są okulistkami i zdawałoby się, że funkcjonowanie oczu nie będzie dla nich niespodzianką. Przytoczony przykład z mojego niezbyt burzliwie przebiegającego konkursu przyniósł mi wielką satysfakcję, najpiękniejsze bowiem co możemy ofiarować innym ludziom – to zachowanie ich we wdzięcznej pamięci. Mieć kogo wspominać przez lata, zawsze z zachwytem i sentymentem jako swojego Mistrza, to wielka emocjonalna i intelektualna potrzeba większości z nas. Może skromna liczebność nadesłanych prac świadczy o tym, że naszej, polskiej, medycynie dolega brak Mistrzów, a może łagodniej diagnozując – poważny ich niedobór.

Edukacja podyplomowa przeniosła się dziś z sal szpitalnych do centrów konferencyjnych, w których zaczyna dominować hurtowa podaż wykładów, a wszystkie zrobiły się nużąco podobne do siebie. Przykładowy badacz receptora muskarynowego zwierza się publicznie jak leczy chorych, których nigdy nie miał i doradza doświadczonym lekarzom praktykom, nie czując najmniejszego nawet zakłopotania. Nie może podać przykładu z własnej praktyki, epatuje więc cytatami z minionego tygodnia pobranymi z jakże obfitych internetowych baz danych.

Depersonifikacja wiedzy medycznej i zdeprecjonowanie osobistego doświadczenia sięgnęło zenitu. Lekarz praktyk stał się wyrobnikiem medycznym realizującym kontrakt z NFZ, który z leczeniem ma coraz mniej wspólnego.

krystyna.knypl@compi.net.pl



Pierwszeństwo dla kraju ojczystego

Lucas L. Kulczycki

Już przeszło dziesięć lat minęło od utworzenia ŚFPOM czyli Federation of World Polish Medical Association. Działalność Federacji przejawiała się w kilku zjazdach w różnych krajach (Wilno, Lwów, Kiszyniów), a w Polsce odbyły się Kongresy Polonii Medycznej Świata (1997 – Częstochowa, Kraków; 2000 – Kraków; 2003 – Warszawa).

Federacja została zarejestrowana w Londynie i założona z inicjatywy doktora Nowaka, przy współpracy PAHY (Washington) i Związku Lekarzy w Chicago (marzec 1994).

Okazuje się jednak, że Związek Polskich Lekarzy w Anglii od lat nie bierze udziału w pracach Federacji, a jej założyciel dr Kazimierz Nowak nie jest właściwy w czynności Federacji.

Od czasu założenia Federacji i jej Statutu wielkie zmiany zaszły w świecie i w Polsce. Założenia Statutu są godne uwagi i wymagają rewizji i unowocześnienia, jak wynika z następujących cytatów Statutu:

1/2a – „Federacja jest organizacją Polonii z siedzibą poza Polską”.

1/7 – „Federacja ma służyć medycznej społeczności Polonijnej, a

przez Patriotyzm i dobrze pojęty interes społeczny i Narodowy także w Polsce.”

II/2 – „Reprezentowanie wspólnych interesów organizacji członkowskich w stosunkach z organizacjami, środowiskiem medycznym oraz organizacjami administracyjnymi w Polsce i na terenie międzynarodowym.”

II/3 – „Współpraca zawodowa, naukowa, kulturalna i koleżeńska ze środowiskami medycznymi i naukowymi w Polsce.”

III – „Siedzibą Federacji jest Instytut Polski i Muzeum Gen. Sikorskiego, 20 Princes Gate, London SW7 1 PT”.

V – „Organem zarządzającym Federacji jest Rada Federacji.

Bodziony scharakteryzował członków Polish Medical Association i zachęcał ich do współpracy z Federacją, podkreślał również niektóre uchybienia National Health Service.

Statut Federacji w wielu punktach podkreśla konieczność współpracy Federacji z polskimi instytucjami, a paragraf II/3 mówi dobitnie o „Współpracy zawodowej, naukowej, kulturalnej i koleżeńskiej ze środowiskami medycznymi i naukowymi w Polsce.”

W ostatnich latach służba zdrowia w Polsce przechodzi ciężkie kryzysy, a rok 2005 zaczyna się od likwidacji szpitali, licytacji kosztownych sprzętów medycznych przez komorników, strajkami i głódkami pracowników służby zdrowia.

Dotychczas Federacja Związków Polonijnych nie okazała żadnego zainteresowania tą tragiczną sytuacją służby zdrowia w Polsce, nawet nie wydała patriotycznej odezwy do członków Federacji, nie mówiąc już o zorganizowaniu jakiegś doraźnej pomocy finansowej i zaprojektowaniu możliwego rozwiązania i poparcia.

Obecnie Federacja liczy 16 członków; wiele z nich nieczynnych, ale szereg wykazuje wspaniałe osiągnięcia, jak np. na terenie Szwecji, Litwy, Białej Rusi, w Niemczech i we Francji.

Rada Naczelna Federacji była w stanie dopomóc Związkowi w Mołdawii w urzędzeniu doskonałego zjazdu w Kiszyniowie (wrzesień 2005), jak również obchodów Dziesięciolecia Federacji w Mołdawii.

Wedle relacji zjazd w Kiszyniowie wypadł wspaniale, łącznie z obchodami Dziesięciolecia Federacji, ale jak się okazuje dr Kazimierz Nowak nie był tam obecny; również Związek Lekarzy Anglii nie był tam reprezentowany, nie mówiąc o nieobecności szeregu innych związków łącznie z Czechami, Węgrami, PAHA itd.

Przygotowaniom tych uroczystości Rada poświęciła dużo czasu i wydatków. Przygotowała również plany na VI Światowy Kongres Polonii Medycznej w Częstochowie (czerwiec 2006).

Żeby uczestnictwo w Kongresie dobrze wypadło, trzeba by przeanalizować wypadki trzyletniego okresu między kongresami, które naprawdę są tragiczne zwłaszcza na terenie Polski. Trzyletni okres międzykongresowy jest stanowczo za długi, a reformy służby zdrowia i Narodowego Funduszu Zdrowia wymagają wkładu, bo polskie lokalne władze okazują się zupełnie bezsilne, gdy trzeba pokonać trudności leczenia z zapewnieniem finansowego poparcia dla funkcjonowania służby zdrowia.

By przyjść ze skuteczną pomocą, Rada Federacji powinna okazać wiele inicjatywy i pobudzić wszystkie należące związki do jak największego wsparcia służby zdrowia w Polsce.

Tymczasem w bogatym biuletynie Federacji (nr 15/2004) czytamy, że brakuje materiału do publikacji biuletynu, który nie powinien się nawet ukazywać co 3 miesiące. Na skutek stagnacji większości towarzystw Federacji należałoby wydawać biuletyn dwa razy w roku w formie pamiętnika.

Wielu członków Federacji było bezczynnych. Pod tym względem Naczelna Rada Federacji wykazała również wielkie zaniedbanie nie utrzymując bezpośrednich kontaktów z członkami, a komunikaty, które miały się ukazywać co najmniej co trzy miesiące, stały się coraz rzadsze, a o tragicznej sytuacji służby zdrowia w Polsce nawet nie było wzmianki. Ale to naprawdę brak patriotyzmu Federacji i tych wszystkich członków zbiorowych i indywidualnych, którzy odwrócili się plecami od tragicznych potrzeb służby zdrowia w Polsce.

Z powyższego wynika, że Federacja i jej Rada Naczelna od czerwca 2003 – w ciągu prawie dwuletniego okresu zrobiła niewiele dla Polski. Nie okazała za-

interesowania pomocy służbie zdrowia i polskim instytucjom medycznym.

Wbrew patriotycznym zaleceniom Statutu, Rada Federacji nie przejawiała swego zainteresowania i koniecznej inicjatywy pomocy finansowej służby zdrowia w Polsce i nie wyraziła tego w rzadko ukazujących się biuletynach Federacji.

Również pośród 16 członków Federacji tylko kilka daje znak życia, a Rada Federacji nie wykazuje inicjatywy, by pobudzić nieczynnych członków do ożywionych kontaktów i działalności współwórczej, choć trafnie zdiagnozowała tę sytuację jako „Stagnację działalności większości towarzystw i milczenie owiec” – ale owce potrzebują też dobrego pasterza. To prawda, że członkowie Federacji są rozsiani po świecie i mimo nowoczesnej technologii i komunikacji o działalności większości członków Federacji nie słychać w rzadko pojawiających się biuletynach Federacji. Również nie ma wzmianki o dr. Kazimierzu Nowaku, założycielu Federacji i Związku Lekarzy w Anglii – z wyjątkiem wspomnianej powyżej wizyty prezesa Jakuba Bodzionego w Londynie.

Punktem skupiającym naszą pionierską działalność medyczną jest i powinna być Polska – Nasza Ojczyzna. W Polsce winna być siedziba Federacji, przedstawiciele polskich izb lekarskich i innych medycznych stowarzyszeń w Polsce winni mieć prawo członkostwa w Federacji, a Statut Federacji winien być odpowiednio zmieniony i unowocześniony – z podkreśleniem pierwszeństwa dla naglących potrzeb medycznych i kulturalnych w kraju ojczystym.

Lucas L. Kulczycki, M.D., FAAP, FRCP, Ed., MPH, Professor of Pediatrics Georgetown University Medical Center (EM), Research Fellow ACAAI – American College of Asthma, Allergy, Immunology, Consultant in Pulmonology and Cystic Fibrosis, założyciel i honorowy prezes PAHA – Washington, D. C., członek zagraniczny PAU

REKLAMA

REKLAMA

Obecny wiceprezes Federacji Jan Borowiec w komunikacie (luty 2004) proponował nawet zwołanie Nadzwyczajnego Zebrania Rady Federacji, by przeanalizować wszystkie problemy, wyjaśnić sporne sprawy i dokonać niezbędnych zmian w funkcjonowaniu Rady i jej Zarządu.

Wedle biuletynu Federacji (sierpień 2004), prezes Federacji dr Jakub Bodziony biorąc udział w odczynie doktora Jana Fijałkowskiego pt. „The Changing Demands of the Health Service” w Instytucie Gen. Sikorskiego miał również spotkanie z dr. Piotrem Szlosarkiem – prezesem Polish Medical Association – England. Biuletyn o tym spotkaniu więcej nie pisze, dodaje tylko, że dr

Ustawa na intensywnej terapii

Nowy projekt ustawy o ratownictwie medycznym jest bardzo kontrowersyjny. Został skrytykowany zarówno przez Polskie Towarzystwo Medycyny Ratunkowej, jak i przez Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej. Głównym zarzutem jest brak jednoznacznego zdefiniowania, kto w Polsce odpowiada za system ratownictwa medycznego. Nieprecyzyjne są również określenia dotyczące terminologii. – Najważniejsze jest, aby Ministerstwo Zdrowia jasno zdefiniowało medycynę ratunkową i oddzieliło zakres jej obowiązków od POZ-ów – powiedział „Pulsowi” prof. Juliusz Jakubaszko, prezes Polskiego Towarzystwa Medycyny Ratunkowej. W jego opinii, do największych mankamentów proponowanych rozwiązań należy fakt, że medycynie ratunkowej zbyt wiele energii i kosztów pochłaniają działania, którymi powinni zajmować się lekarze podstawowej opieki zdrowotnej. (...)

„Puls” 5(133)/2006

Gut

Mity o wyjazdach weekendowych

Katarzyna Shepherd

Wcześniejsze publikacje na temat warunków pracy polskich lekarzy w Wielkiej Brytanii zaowocowały różnorodnymi opiniami i wątpliwościami czytelników. Lekarze pytają o szanse na zatrudnienie w Wlk. Brytanii, chcą wskazówek, do jakiego stopnia przeorganizować swoje życie w Polsce wobec perspektywy długotrwałego zatrudnienia za granicą.

Przykładowo, mają wątpliwości, czy wyjeżdżając na roczny kontrakt rozsądnie jest liczyć na dożywotnią posadę i sprzedać mieszkanie w Polsce. Nawiasem mówiąc, moja odpowiedź na to pytanie jest zawsze negatywna.

Ponadto lekarze poszukują informacji o kosztach utrzymania za granicą, o szkołach dla dzieci, o dostępności usług bankowych dla Polaków: kredytów na zakup domu oraz samochodu.

Zdarza się, że jestem pytana o możliwości zatrudnienia dla współmałżonka, który posiada zawód nie związany z medycyną.

Wielu lekarzy przyznaje, że nie posługują się językiem angielskim, a chcieliby w przyszłości podjąć pracę za granicą. Zgłaszają się nie znani mi wcześniej lekarze „po przejściach”, mający za sobą jedną lub więcej podróży do Wielkiej Brytanii i nieudaną rozmowę kwalifikacyjną. Przedstawiają swoją sytuację, oczekując wskazówek jak następnym razem lepiej przygotować się do *interview*, jak unikać niezręcznej sytuacji, kiedy to czują się zakwalifikowani do kolejnego etapu jedynie, by wyeksponować konkurenta.

Korespondujemy z chirurgiem, który swoje zmagania z NHS porównuje do okoliczności z paragrafu 22. Opisuje, jak brytyjska służba zdrowia wymaga sześciomiesięcznego doświadczenia pracy w NHS przed dopuszczeniem go do pożądanego chirurgicznego stanowiska, do którego objęcia posiada kwalifikacje. Jednak niemożliwe jest, w jego przypadku, zdobycie doświadczenia bez podjęcia pracy, której nie może uzyskać ze wspomnianych wcześniej powodów...

Tekst w „Gazecie Wyborczej” z 16 maja na temat lekarzy wyjeżdżających na weekendy do pracy w Wielkiej Brytanii wywołał zamieszanie wśród zainteresowanych. Niedopowiedzenia w tekście sprawiły, że rozbudziły się nadzieje lekarzy internistów na możliwość dodatkowego zarobku. W odpowiedzi na zapytania chcę wyjaśnić, że jak do tej pory wyjazdy weekendowe jako General Practitioner (GP) dostępne są jedynie dla lekarzy rodzinnych. Aby pracować weekendowo niezbędna jest rejestracja w General Medical Council jako GP oraz uzyskanie tzw. *exempt from vocational training*. W przypadku lekarzy z Polski pozwala na to wyłącznie dyplom ze specjalizacją lekarza rodzinnego. Niestety, liczy się papierek, a nie doświadczenie internisty w pracy na tym stanowisku.

W tym samym tekście czytamy także, że lekarze weekendowi mogą zarabiać ponad 3 tysiące funtów za wyjazd przy nieprzerwanym (sic!) dyżurze od piątku wieczór do niedzieli wieczór. W rzeczywistości żaden angielski ośrodek medyczny nie zgodziłby się na tak rozpisany non-stop dyżur. Nie podjąłby się także takiego zadania żaden ze znanych mi i pracujących już weekendowo lekarzy rodzinnych. Znając intensywność pracy wiedzą, że należy zachować stosowny umiar, nie tylko ze względu na limit przepracowanych godzin, ale również ze względu na bezpieczeństwo pacjentów.

Wyjeżdżający na dyżury weekendowe otrzymują bardzo wysokie wynagrodzenie i zależne od liczby godzin pracy. Przychodnie oferują między 20-25 godzin pracy, od piątku do niedzieli. Dyżury zaczynają się w piątek o godz. 18.00

lub w sobotę o godz. 9.00 rano, w 5 godzinnych blokach, ostatni kończy się o godz. 23.00. Z takiej organizacji wynika, że lekarz zaczyna pracę rano lub po południu, w każdym przypadku po przespanej nocy.

Większość lekarzy weekendowych, znów wbrew opinii autora tekstu z dziennika, nie zamierza podjąć pracy za granicą na stałe. Choć możliwości takie otwierają się przed nimi ze względu na nabywane doświadczenie. Jednak zdecydowawszy się na zatrudnienie weekendowe deklarują zamiar pozostania w kraju. Motywują go kontynuacją edukacji dzieci, brakiem znajomości języka obcego u współmałżonka, potrzebą zapewnienia opieki w kraju starzejącym się rodzicom, wreszcie posiadaniem dóbr materialnych w postaci np. domu, z którymi nie chcieliby się rozstać. Wiele pań lekarek preferuje weekendową formę zatrudnienia, gdyż wychowując małe dzieci nie zdecydowałyby się na dłuższy wyjazd. Zapewniwszy sobie dodatkowy zarobek opierają się pokusie całkowitej emigracji.

Bywa, że pozostający w Polsce, ale dorabiający w weekendy za granicą lekarz spotyka się z nieprzychylnością kolegów z pracy czy sąsiadów, których uwadze nie umknie jego regularna absencja. Ale, jak powiedział jeden z weekendowych lekarzy, przez własnych pacjentów z podziwem postrzegani są jako „tak dobrzy, by leczyć nawet Anglików”.

Autorka jest dyrektorem brytyjskiej firmy rekrutacyjnej Cherry Tree Medical Ltd. - www.cherrytreebase.com



Najnowsza oferta SKOK IL:

Do 5 000 PLN bez zgody współmałżonka!!!
Do 20 000 PLN wymagamy tylko oświadczenia o zarobkach!!!
Do 50 000 PLN bez poręczycieli!!!
Pożyczki aż do 80 000 PLN!!!

POŻYCZKA MINI OPROCENTOWANIE 9,9% DO 5 000 PLN

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

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

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

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

REKLAMA

REKLAMA

Artur Bartoszewicz

Powszechnie wiadomo, że zdrowie jest jednym z głównych czynników mających wpływ na rozwój gospodarczy oraz poprawę poziomu życia społeczeństwa.

Z analiz ekonomicznych wynika, że kondycja zdrowotna społeczeństwa bezpośrednio przekłada się na liczbę osób aktywnych zawodowo oraz na jakość i wydajność pracy. Dlatego odpowiedni poziom opieki zdrowotnej jest z jednej strony warunkiem zwiększenia udziału populacji w wieku produkcyjnym na rynku pracy oraz wydłużenia życia zawodowego, z drugiej zaś zwiększenia konkurencyjności i obniżenia kosztów społecznych. Pomimo tego, że kadry medyczne w Polsce są dobrze wykształcone, a ich umiejętności wysoko cennione także za granicą, to ciągły rozwój medycyny oraz wzrastająca specjalizacja wymagają ustawicznego doskonalenia.

W ramach Narodowej Strategii Spójności na lata 2007-2013 przygotowywany jest Program Operacyjny Kapitał Ludzki. Jednym z priorytetów programu będzie profilaktyka, promocja i poprawa stanu zdrowia społeczeństwa. Instytucją bezpośrednio zaangażowaną w zarządzanie tym priorytetem w ramach całego programu będzie minister zdrowia. Autorzy programu określili cele priorytetu na podniesienie potencjału zdrowia zasobów ludzkich poprzez ograniczenie ogólnej chorobowości pracowników, zapobieganie chorobom zawodowym oraz optymalizację zarządzania zasobami kadrowymi systemu służby zdrowia.

W ramach priorytetu przewidziano realizację czterech grup projektów. Pierwsza grupa, skierowana na wzmocnienie potencjału zdrowia poprzez profilaktykę, promocję zdrowia i edukację osób w wieku produkcyjnym, przewiduje możliwość dofinansowania:

- szkolenia umiejętności osobistych, społecznych i zawodowych służących zdrowiu,

- projektowania i wdrażania programów profilaktyki i badań dostosowanych do potrzeb pracowników, do których są adresowane, promocji zdrowia i edukacji zdrowotnej w miejscu pracy,
- rehabilitacji zawodowej,
- ustalenia pakietów świadczeń profilaktycznych dla poszczególnych grup pracowników.

Kolejne działanie obejmuje zadania z zakresu poprawy stanu zdrowia pracowników związanego ze zmniejszeniem ilości wypadków przy pracy i chorób zawodowych oraz stosowaniem rehabilitacji zawodowej, które będą realizowane poprzez projekty dotyczące:

- zapobiegania i ograniczania wypadków w miejscu pracy, poprzez zmniejszenie narażenia na czynniki szkodliwe w środowisku pracy,
- ograniczenia występowania chorób zawodowych,
- zapobiegania negatywnym skutkom zdrowotnym,
- ograniczania szkodliwych czynników fizycznych, chemicznych, biologicznych oraz psychologicznych w miejscu pracy.

Ponadto wsparcie będzie skierowane również na doskonalenie zawodowe kadr medycznych służące wzrostowi ich konkurencyjności oraz podniesienie jakości zarządzania w ochronie zdrowia, poprzez dofinansowywanie projektów z obszaru:

- doskonalenia zawodowego pielęgniarek i położnych, z uwzględnieniem zagadnień profilaktyki, promocji zdrowia i edukacji zdrowotnej,
- kształcenia ustawicznego lekarzy, farmaceutów oraz techników medycznych,
- podnoszenia kwalifikacji pracowników administracji systemu ochrony zdrowia,
- szkolenia kadr e-zdrowia,

- usprawniania system uzyskiwania specjalizacji,
- zapewnienia dostępu do technologii medycznych o udowodnionej skuteczności i wysokiej efektywności,
- rozwoju systemów certyfikacji i akredytacji w zakładach opieki zdrowotnej,
- opracowywania strategii partnerstwa publiczno-prywatnego w ochronie zdrowia.

W ramach wszystkich powyższych działań zakłada się możliwość relacji projektów innowacyjnych jak również opartych na współpracy ponadnarodowej.

Łączna kwota środków przewidzianych na realizację V priorytetu Programu Operacyjnego Kapitał Ludzki to ponad 105,7 mln EUR, z czego z Europejskiego Funduszu Społecznego zaangażowanych zostanie ok. 89,8 mln EUR, ze środków krajowych zaś łącznie ponad 15,8 mln EUR.

Nadług programu w celu podniesienia efektywności zarządzania sektorem ochrony zdrowia należy przeprowadzić szkolenia zarówno lekarzy, pielęgniarzek i położnych, jak i dyrektorów zespołów opieki zdrowotnej, przedstawicieli organów założycielskich, dysponentów środków publicznych (przedstawicieli NFZ) oraz pracowników innych instytucji regulujących działania systemu ochrony zdrowia. Tylko całościowy, zintegrowany system kształcenia ma szansę odmienić obecny jakże daleki od doskonałości stan. Miejmy nadzieję, że środki z funduszy strukturalnych dobrze przysłużą się wsparciu przemian w tym niewralgicznym społecznie obszarze.

Autor jest ekspertem ds. funduszy europejskich i redaktorem naczelnym magazynu „Integracja Europejska”

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

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

[illegible]

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

Art. 1.

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

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

- 1) co najmniej dwukrotność takiego wynagrodzenia dla lekarza lub lekarza dentysty nie posiadającego specjalizacji,
- 2) co najmniej dwuipółkrotność takiego wynagrodzenia dla lekarza lub lekarza dentysty posiadającego pierwszy stopień specjalizacji,
- 3) co najmniej trzykrotność takiego wynagrodzenia dla lekarza lub lekarza dentysty posiadającego drugi stopień specjalizacji lub tytuł specjalisty.

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

Art. 2.

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

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

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

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

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

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

2) w art. 137:

a) ust. 1 otrzymuje brzmienie:

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

b) ust. 9 otrzymuje brzmienie:

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

c) ust. 10 otrzymuje brzmienie:

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

czeniobiorców i świadczeniodawców oraz koniecznością zapewnienia właściwej realizacji umów.”

Art. 3

Ustawa wchodzi w życie z dniem ogłoszenia.

Uzasadnienie

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Sprawy regulowane projektowaną ustawą nie są objęte prawem Unii Europejskiej.

Ojciec Viagry w Polsce

Laureat Nagrody Nobla z dziedziny medycyny i fizjologii prof. Louis J. Ignarro gościł w Akademii Medycznej w Warszawie z otwartym wykładem i spotkał się z kilkusetosobową grupą studentów.



Louis J. Ignarro jest honorowym profesorem farmakologii Szkoły Medycznej Uniwersytetu Kalifornijskiego w Los Angeles (UCLA) i laureatem Nagrody Nobla z dziedziny medycyny w 1998 r. za przełomowe odkrycie roli tlenu azotu w układzie krążenia. Badania te prof. Ignarro prowadzi od ponad trzydziestu lat.

To właśnie L. Ignarro odkrył, że tlenek azotu powstaje w naczyniach i kontroluje przepływ krwi przekazując sygnał do rozkurczu ściany naczyń. Jego doświadczenia dowiodły, że tlenek azotu jest neuroprzekaznikiem odpowiedzialnym za erekcję. Tlenek azotu obniża ciśnienie krwi, może opóźniać i upośledzać rozwój komórek nowotworowych. Wpływa także na procesy pamięci, co może być ważne w opracowywaniu strategii walki z chorobą Alzheimera – wyjaśnia Ignarro.

Najsłynniejszym zastosowaniem odkrycia Ignarro jest bez wątpienia Viagra.

Louis J. Ignarro urodził się w 1941 r. na nowojorskim Brooklynie w rodzinie niewykształconych emigrantów z Włoch. Jego kariera stanowi żywy przykład spełnionego „American dream”, gdyż – jak sam przyznaje – tylko w Ameryce syn prostego cieśli może otrzymać Nagrodę Nobla z medycyny.

Tekst i zdjęcie: Marek Stankiewicz

Genetyczna selekcja embrionów

Artykuł o zaplanowanym w Wielkiej Brytanii sztucznym wytwarzaniu ludzkich embrionów na zamówienie, które następnie będą poddawane genetycznej selekcji opublikowała 12 maja br., na pierwszej stronie, „Gazeta Wyborcza”. Autorka artykułu opisuje problem oraz przedstawia opinie specjalistów – w tym opinie negatywne. W „Europejskiej Konwencji Bioetycznej” czytamy m.in.:

„Artykuł 18 (Badania na embrionach in vitro)

1. Jeżeli prawo zezwala na przeprowadzanie badań na embrionach in vitro, powinno ono zapewnić odpowiednią ochronę tym embrionom.

2. Tworzenie embrionów ludzkich dla celów naukowych jest zabronione.”

Problem selekcji genetycznej ludzkich embrionów kojarzy się z eugeniką, a przecież każdy z nas był kiedyś embrionem.

Jerzy Umiastowski, Gdańsk



Naruszenie godności zawodu lekarza

Jerzy Ciesielski

Mocą przepisów o samorządzie zawodowym lekarzy (ustawa o izbach lekarskich) za postępowanie sprzeczne z zasadami etyki i deontologii zawodowej oraz za naruszenie przepisów o wykonywaniu zawodu lekarza członkowie samorządu lekarzy podlegają odpowiedzialności zawodowej przed sądami lekarskimi.

Przenieśmy się na konkretną sprawę, do jednego z pokoi jednej z okręgowych izb lekarskich zamienionego na kilka godzin w salę sądową na rozprawę przed okręgowym sądem lekarskim, a potem do sali rozpraw Naczelnego Sądu Lekarskiego. Zaznaczmy przy tym, że jawność tych rozpraw jest ograniczona. Mogą im się przysłuchiwać tylko członkowie samorządu lekarskiego.

Rozprawę rozpoczyna odczytanie wniosku o ukaranie przez rzecznika odpowiedzialności zawodowej

Na mocy rozporządzenia ministra zdrowia i opieki społecznej w sprawie postępowania w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej lekarzy i w oparciu o art. 41 ustawy o izbach lekarskich wnoszę o ukaranie lekarza [...] o to, że w nocy z 16 na 17 sierpnia 1996 r. w [...] dopuścił się czynu lubieżnego względem jedenastoletniej [...] w ten sposób, że dotykał jej brzucha i całował po narządach płciowych czym naruszył art. 1 Kodeksu Etyki Lekarskiej. Uzasadnienie: Do Okręgowego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej w [...] wpłynęło pismo [...] informujące, że lekarz [...] został skazany prawomocnym wyrokiem Sądu Rejonowego [...] za dokonanie czynu lubieżnego na jedenastoletniej jego córce. Rzecznik przeprowadził w sprawie postępowanie wyjaśniające, w tym zapoznał się z aktami postępowania karnego prowadzonego w tej sprawie. Zebrany w sprawie materiał dowodowy, między innymi nie zaskarżony prawomocny wyrok sądu karnego skazujący lekarza [...] za dokonanie czynu lubieżnego na jedenastoletniej dziewczynce dał rzecznikowi podstawę do sformułowania za-

rzutu. Ustalono, że lekarz popełnił powyższy czyn nie wykonując zawodu. Naruszeniem godności zawodu jest każde zachowanie się lekarza, które może przynieść ujemną korporacji lekarskiej bez względu na jego związek z wykonywaniem zawodu. Lekarz [...] jest lekarzem rodzinnym.

Przewodniczący sądu lekarskiego zwraca się do obwinionego lekarza o złożenie wyjaśnień

Treść wniosku o ukaranie zrozumiałem, do winy przyznaję się. Faktem jest, że zostałem skazany wyrokiem sądu karnego za czyn lubieżny. Po siedemnastogodzinnym dyżurze i podróży z centrum Polski nad morze piłem alkohol z sąsiadami z domku w ośrodku wczasowym. Nie pamiętam zarzucanego mi czynu. Oskarżenie oparto na zeznaniach dziewczynki. Biegły psycholog wydał opinię, że na podstawie wypowiedzi i obserwacji zachowania się dziewczynki nie ma podstaw do stwierdzenia u niej tendencji do konfabulacji. Natomiast w stosunku do mnie biegli psychiatrzy orzekli, że w chwili czynu byłem w stanie atypowego upojenia alkoholowego i z tego powodu miałem w znacznym stopniu ograniczoną zdolność rozumienia znaczenia czynu i pokierowania swoim postępowaniem.

Po zakończeniu postępowania dowodowego rozprawę kończą przemówienia stron, przy czym ostatni głos przysługuje obwinionemu lekarzowi

Rzecznik: Podtrzymuję wniosek o ukaranie, nie wnioskuję o konkretną karę, pozostawiam to sądowi.

Lekarz: Czynu dopuściłem się nieświadomie, nie działało to się w związ-

ku z moim zawodem, zdaję sobie sprawę, że skrzywdziłem dziecko, ciągle o tym myślę. Proszę o łagodny wymiar kary.

Po odbyciu narady przewodniczący ogłasza stronom orzeczenie przytaczając ustnie najważniejsze motywy orzeczenia

Okręgowy Sąd Lekarski w [...] na mocy ustawy o izbach lekarskich skazuje obwinionego lekarza [...] na karę zakazu wykonywania zawodu lekarza przez okres jednego roku. Uzasadnienie: Sąd uznał obwinionego winnym zarzucanego mu przewinienia zawodowego. Czyn narusza art. 1 zdanie trzecie Kodeksu Etyki Lekarskiej, gdyż naruszeniem godności zawodowej jest każde postępowanie, które podważa zaufanie do zawodu, także zachowanie, które nie pozostaje w związku z wykonywanymi czynnościami zawodowymi. Przy orzekaniu kary sąd wziął pod uwagę przyznanie się obwinionego do winy i wyrażenie skruchy.

Obwinionemu lekarzowi przysługuje prawo odwołania od orzeczenia kończącego postępowanie w I instancji

Wnoszę o odwołanie od orzeczenia i proszę uprzejmie Naczelnego Sądu Lekarskiego o złagodzenie orzeczonej wobec mnie kary. Sąd pomija ważną okoliczność, że w chwili popełnienia czynu miałem ograniczoną poczytalność w stopniu znacznym. Niewykonywanie zawodu przez jeden rok to kara wielka, równająca się śmierci cywilnej lekarza. Grozi wtórnym analfabetyzmem i wielkimi trudnościami związanymi z powrotem do zawodu.

Naczelnny Sąd Lekarski rozpoznaje sprawę w granicach odwołania

Sędzia sprawozdawca wyznaczony z pięcioosobowego składu Naczelnego Sądu Lekarskiego złożył ustne sprawozdanie z akt sprawy.

Obwiniony po dłuższym wystąpieniu, w którym scharakteryzował swoją dotychczasową drogę zawodową stwierdza, że incydent, który jest przedmiotem postępowania, wywarł w jego świadomości niezatarte piętno – od tego dnia nie pije alkoholu i całą swoją postawą stara się zadośćuczynić wyrządzonej krzywdzie, aby zrehabilitować godność lekarza. Ma troje dzieci w wieku 6, 7 i 11 lat.

Zastępca Naczelnego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej wnosi o złagodzenie kary.

Sąd udaje się na naradę, a następnie ogłasza wyrok: Naczelnny Sąd Lekarski z powodu odwołania wniesionego przez obwinionego lekarza [...] zmienia zaskarżone orzeczenie w ten sposób, że zamiast orzeczonej kary zakazu wykonywania zawodu lekarza orzeka karę nagany. Uzasadnienie: Odwołanie zasługuje na uwzględnienie. Podzielając stanowisko Okręgowego Sądu Lekarskiego, że rodzaj i stopień naruszenia przez obwinionego godności zawodu lekarza jest znaczny, nie można jednak nie zauważyć, że dolegliwość orzeczonej kary nie powinna przekraczać rozmiarów zawinienia. Nie można pomijać opinii biegłych lekarzy psychiatrów wydanej w postępowaniu karnym. Nie można pomijać całej nienagannej drogi życiowej i zawodowej obwinionego lekarza uzasadniającej przekonanie, że popełniony czyn jest w jego życiu zdarzeniem wyjątkowym, ekscysem, który nigdy nie powinien się powtórzyć. Postawa obwinionego wyraża całkowitą ekspiację – nie tylko w słowach, ale i w czynach (powstrzymanie się od nadużywania alkoholu, uczestniczenie w programie społecznym na rzecz osób pokrzywdzonych nadużywaniem alkoholu). Sięganie po środek uniemożliwiający wykonywanie zawodu i wywołujący poważne, negatywne konsekwencje dla jego rodziny w świetle wymienionych okoliczności nie jest konieczne.

Orzeczenie Naczelnego Sądu Lekarskiego staje się prawomocne z chwilą ogłoszenia

Z przepisów o odpowiedzialności zawodowej lekarza wynika, że członkowie sądów lekarskich orzekają na

podstawie swego przekonania opartego na swobodnej ocenie całokształtu dowodów zebranych w toku postępowania, uwzględniając okoliczności przemawiające zarówno na korzyść, jak i na niekorzyść obwinionego lekarza. Każde orzeczenie, mimo atrybutu prawomocności, podlegać może ocenie i krytyce. Ocena taka, na łamach pisma samorządu zawodowego lekarzy, ma na celu kształtowanie i pobudzanie świadomości prawnej lekarzy.

Patrząc na orzeczenie oczyma praktykującego prawnika wychowanego w rodzinie lekarskiej zwracam uwagę szanownych PT Czytelników, że postępowanie lekarza powinno być nienagane w czasie czynności zawodowych, w życiu społecznym i osobistym. Znalazło to odzwierciedlenie w Kodeksie Etyki Lekarskiej, który wskazuje, że naruszeniem godności zawodu lekarza jest każde postępowanie, które podważa zaufanie do zawodu.

Uważam, że w opisanym przypadku naruszenie godności zawodu lekarza miało ciężki i drastyczny charakter. Z drugiej strony orzeczenie psychiatryczne wskazuje na ograniczenie poczytalności, co uzasadnia nadzwyczajne złagodzenie kary. Powstaje pytanie, jakie w tej sprawie powinny być granice tego złagodzenia. Ojciec dziecka złożył skargę do okręgowej izby lekarskiej z tego powodu, że sąd powszechny nie orzekł wobec lekarza zakazu wykonywania zawodu i wyraził w tej skardze pogląd, że środowisko lekarskie powinno w sposób wyraźny potępić i ukarać swojego kolegę, który swoim zachowaniem kompromituje i naraża na szwank dobre imię zawodu lekarskiego. Do stanowiska tego bardziej się skłaniam niż do stanowisk zajętych przez rzeczników odpowiedzialności zawodowej (czyli prokuratorów w tym postępowaniu), z których jeden przerzucił cały balast orzeczenia kary na sumienie sądu, a drugi wnosił o złagodzenie orzeczenia.

U lekarza rozpoznano wprawdzie upojenie atypowe, ale zważywszy na posiadaną wiedzę medyczną, doświadczenie zawodowe i życiowe lekarza oceniam, że powinien i mógł on przewidywać wszelkie skutki spożywania alkoholu po wyczerpującym dyżurze, ciężkiej wielogodzinnej podróży i zmianie klimatu.

Przychodzi lekarz do prawnika

Pytanie lekarza: Od 3 lat robię specjalizację z psychiatrii w trybie rezydenckim w szpitalu klinicznym. Kierownikiem specjalizacji jest ordynator oddziału szpitala psychiatrycznego, który znajduje się w sąsiednim mieście. Kilka dni temu dostałem pismo z kliniki, zgodnie z którym mam zmienić szefa specjalizacji na osobę pracującą w tejże klinice (nie podano mi podstawy prawnej tej decyzji). W podobnej sytuacji jest kilkanaście osób w regionie. Czy taka zmiana kierownika specjalizacji jest możliwa i czy mogę odmówić zmiany kierownika specjalizacji? Czy nie jest tak, że prawo nie działa wstecz (3 lata temu moja decyzja o wyborze kierownika specjalizacji była przyjęta z dużą aprobatą)?

Odpowiedź prawnika: Przepisy nie zabraniają dokonywania zmiany kierownika specjalizacji, ale rozporządzenie ministra zdrowia z 20 października 2005 r. w sprawie specjalizacji lekarzy i lekarzy

dentystów zawiera przepis przejściowy nakazujący dokończenie specjalizacji trwających w dniu wejścia w życie nowych zasad pod kierunkiem wybranych na początku specjalizacji kierowników. W tym aspekcie zasada nie działania prawa wstecz jest zachowana.

Uzasadnienie:

Podstawą prawną odbywania specjalizacji przez lekarzy jest art. 16 ustawy z 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty (Dz. U. z 2002 r. nr 21, poz. 204, z późn. zm.; dalej jako: u.z.l.) Z delegacji art. 16 ust. 2 u.z.l. szczególne zasady odbywania specjalizacji reguluje rozporządzenie ministra zdrowia z 20 października 2005 r. w sprawie specjalizacji lekarzy i lekarzy dentystów (Dz. U. z 2005 r. nr 213, poz. 1779). Z pytania wynika, że specjalizacja została rozpoczęta, gdy obowiązywało rozporządzenie ministra zdrowia z 6 sierpnia 2001 r. w sprawie specjalizacji lekarzy i lekarzy stomatologów (Dz. U. z 2001 r. nr 83, poz. 905, z późn. zm.). Oba akty zawierają tę samą zasadę, że kierownikiem specjalizacji jest lekarz wybrany przez lekarza odbywającego specjalizację. Taką treść zawiera § 25 ust. 2 dawnego rozporządzenia oraz § 16 ust. 2, które zawierają nowe przepisy.

Niewielka modyfikacja została wprowadzona w przepisach określających kwalifikacje formalne kierownika specjalizacji, niemniej § 49 nowego rozporządzenia stanowi, że kierownicy specjalizacji oraz lekarze prowadzący staże kierunkowe, wyznaczani na podstawie dotychczasowych przepisów, pełnią nadal swoje funkcje. Wszystko to oznacza, że nie została naruszona zasada wyboru kierownika specjalizacji przez lekarza odbywającego specjalizację. Jednocześnie przepis przejściowy - cytowany wyżej - nakazuje utrzymanie funkcji kierowników specjalizacji wybranych przed wejściem w życie nowego rozporządzenia. Jeżeli

zatem wniosek o zmianę kierowników wynika z wejścia w życie nowego rozporządzenia, żądanie to jest niezgodne z prawem z mocy § 49.

W pytaniu powołano się na fakt nie istnienia stosunku pracy między kierownikiem specjalizacji a kliniką. Okoliczność ta nie może stanowić podstawy dyskwalifikacji lekarza z kręgu osób uprawnionych do pełnienia funkcji kierownika specjalizacji. § 11 rozporządzenia stanowi bowiem, że kierownikiem specjalizacji może być także lekarz posiadający specjalizację lub tytuł specjalisty w dziedzinie medycyny rodzinnej prowadzących indywidualne specjalistyczne praktyki lekarza rodzinnego lub udzielających świadczeń zdrowotnych w ramach grupowej praktyki lekarskiej albo zatrudnionych w zakładach opieki zdrowotnej w poradniach lekarza rodzinnego lub poradniach udzielających świadczeń zdrowotnych w zakresie kompetencji lekarza rodzinnego.

Nie jest zatem tak, że osoba niezatrudniona w klinice nie może być kierownikiem specjalizacji. Kierownikiem może być każdy, kto posiada specjalizację i praktykuje w jednej z form przewidzianych przepisami u.z.l., tj. w ramach indywidualnej lub grupowej praktyki, w ramach stosunku służbowego bądź umowy o pracę. Chodzi więc o to, by kierownik specjalizacji posiadał tytuł prawny do wykonywania praktyki.

opr. Agnieszka Sieńko

(odpowiedzi udzielono: 27.03.2006 r.)

Pytanie lekarki: Jakie przepisy regulują przywileje matek karmiących, mam na myśli prawo do przerw na karmienie w czasie pracy? Czy ten przywilej ma jakieś ograniczenia czasowe, np. dopóki dziecko skończy rok, albo 2 lata, czy też obejmuje cały okres karmienia?

Odpowiedź prawnika: Przepisy regulujące przywileje matek karmiących co do przerw na karmienie w czasie pracy zawarto w art. 187 § 1 i 2 ustawy Kodeks pracy z 26 czerwca 1974 r. (tekst jedn.: Dz. U. z 1998 r. nr 21, poz. 94



z późn. zm.). Pracownica karmiąca dziecko piersią ma prawo do dwóch półgodzinnych przerw w pracy wliczanych do czasu pracy. Pracownica karmiąca więcej niż jedno dziecko ma prawo do dwóch przerw w pracy, po 45 minut każda. Przerwy na karmienie mogą być na wniosek pracownicy udzielane łącznie. Pracownicy zatrudnieni przez czas krótszy niż 4 godziny dziennie przerwy na karmienie nie przysługują. Jeżeli czas pracy pracownicy nie przekracza 6 godzin dziennie, przysługuje jej jedna przerwa na karmienie.

Są to jedyne przepisy regulujące kwestie przerw na karmienie w czasie pracy matek karmiących. W treści przepisu nie zawarto żadnych ograniczeń czasowych trwania przywileju. Oznacza to, że pracująca matka karmiąca zachowuje prawo do przerw na karmienie do czasu aż zakończy karmienie naturalne.

opr. Tamara Zimna

Pytanie lekarza: Czy można udostępnić na wniosek rodziny protokół sekcyny w całości?

Odpowiedź prawnika: Protokół sekcyny jest integralną częścią dokumentacji medycznej pacjenta. Udostępnienie dokumentacji medycznej rodzinie zmarłego powinno obejmować załączony do historii choroby protokół sekcyny zgodnie z przepisami rozporządzenia ministra zdrowia z 10 sierpnia 2001 r. w sprawie rodzajów dokumentacji medycznej w zakładach opieki zdrowotnej, sposobu jej prowadzenia oraz szczegółowych warunków jej udostępniania (Dz. U. nr 88, poz. 966 z późn. zm.).

W dokumentacji medycznej sporządza się adnotację o dokonaniu lub zaniechaniu sekcji zwłok, z odpowiednim uzasadnieniem (art. 24 ust. 3 ustawy o zakładach opieki zdrowotnej). Ponadto, z treści § 11 ust. 4 rozporządzenia ministra zdrowia z 10 sierpnia 2001 r. w spra-

wie rodzajów dokumentacji medycznej w zakładach opieki zdrowotnej, sposobu jej prowadzenia oraz szczegółowych warunków jej udostępniania (Dz. U. nr 88, poz. 966 z późn. zm.) wynika, że w razie wykonania sekcji zwłok do historii choroby dołącza się protokół badania sekcynnego. W ten sposób protokół sekcyny jest integralną częścią dokumentacji medycznej pacjenta, stanowiąc element dokumentacji indywidualnej wewnętrznej i jego udostępnienie rodzinie zmarłego powinno odbywać się zgodnie z zasadami rozdziału 6 wspomnianego wyżej rozporządzenia ministra zdrowia.

Zgodnie z treścią § 53 ust. 1 rozporządzenia, w razie śmierci pacjenta dokumentacja indywidualna wewnętrzna jest udostępniana na wniosek osoby przez niego upoważnionej do uzyskiwania dokumentacji w przypadku jego zgonu, na miejscu w zakładzie, za pośrednictwem lekarza prowadzącego.

W razie śmierci pacjenta osoba upoważniona przez pacjenta do uzyskiwania dokumentacji w przypadku jego zgonu może wystąpić do zakładu opieki zdrowotnej o sporządzenie wyciągów, odpisów lub kopii dokumentacji dotyczącej pacjenta. Sporządzenie wyciągów, odpisów lub kopii następuje na koszt wnioskodawcy, za pokwitowaniem. W przypadku, gdy osoba upoważniona zwróci się z takim wnioskiem do zakładu, należy jej udostępnić w formie wyciągu, odpisu lub kopii kompletną dokumentację indywidualną wewnętrzną, wraz z treścią całości protokołu sekcynnego. W takim wypadku zakres udostępnienia dokumentacji może zawęzić jedynie wnioskodawca.

opr. Tamara Zimna

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

Sto lat Polskiego Komitetu Zwalczania Raka

20 maja br. w Warszawie, pod hasłem: Walkę z rakiem możemy wygrać jedynie wówczas, gdy całe społeczeństwo weźmie w niej udział, odbył się XI Jubileuszowy Zjazd Polskiego Komitetu Zwalczania Raka. Zjazd objęli patronatem prezydent RP Lech Kaczyński i minister zdrowia Zbigniew Religa. Zjazd pobłogosławił Papież Benedykt XVI. Adres Zarządu Głównego PKZR: 00-019 Warszawa, ul. Złota 7, lok. 20, tel./faks 022-643-90-63, 0511-274-257, e-mail: pkzr@poczta.onet.pl


Serwis
Prawo i Zdrowie
Z myślą o Twoim Zdrowiu


www.prawoizdrowie.pl

Pierwszy wybór specjalisty

W świecie, gdzie informacja prawna to być albo nie być każdej jednostki służby zdrowia, szpitala, przychodni czy nawet ZOZu my zapewniamy pełne wsparcie informacyjne specjalisty. Wiarygodne, zawsze aktualne. Gwarantujemy także odpowiedzi ekspertów na każde zadane pytanie.

■ on-line ■ wszystko o prawie ■ zmiany i projekty ■ analizy problemów

Dom Wydawniczy ABC, ul. Płocka 5a, 01-231 Warszawa, tel. (0-22) 535 80 00, fax (0-22) 535 80 01, infolinia 0 800 120 188, e-mail: info@abc.com.pl, www.abc.com.pl

www.gazetalekarska.pl

www.gazetalekarska.pl

Gazeta Lekarska

nr 6 (186) czerwiec 2006 29

REKLAMA

REKLAMA

• **Strajk lekarzy - kompromitacja polskiego rządu na arenie międzynarodowej!** Delegaci obecni w Paryżu na spotkaniu Europejskiej Federacji Lekarzy Etatowych (FEMS) z niesmakiem i oburzeniem przyjęli informację przekazaną przez przedstawiciela Polski, wiceprzewodniczącego OZZL Ryszarda Kijaka, o groźbach polskiego rządu przymusowej mobilizacji lekarzy do wojska oraz przygotowywaniu innych „specjalnych regulacji prawnych”, mających zmusić polskich lekarzy do pracy. • **„Walczymy nie z rządem, ale z komunizmem w służbie zdrowia”.** „Nasz protest jest skierowany nie przeciwko rządowi, ale przeciwko spuściźnie komunizmu w polskiej służbie zdrowia” – napisali w liście otwartym do wicepremiera Ludwika Dorna przedstawiciele Krajowego Komitetu Strajkowego oraz OZZL. • **„Gdzie są lekarze Warszawy, Krakowa i innych wielkich miast?”** Strajkujący lekarze zwrócili się z dramatycznym apelem do „kolegów, którzy stoja z boku”. „Ciagle jeszcze ilość strajkujących szpitali jest zbyt mała. Gdzie są lekarze Warszawy, Krakowa i innych wielkich miast?” – pytają rozgorzyczeni medycy ze strajkujących placówek. • **Minister zdrowia grozi strajkującym lekarzom.** Minister zdrowia Zbigniew Religa przypomniał wcześniejszą deklarację, że jeśli strajkujący lekarze nie odpowiedzą na apel jego i premiera i nie przerwą protestu, będzie zmuszony do działań, których „chciałby uniknąć”, np. kierowania wniosków do prokuratury. • **Atak na polskich lekarzy.** „Okupanci Polski – w przeszłości – zawsze uderzali, przede wszystkim, w elity społeczne. W tym kontekście ataki na polskich lekarzy – gazety, której wydawcą jest niemiecki właściciel, są szczególnie nieostrożne” – napisali w sprawie artykułu, który ukazał się w dzienniku „Fakt”, członkowie Krajowego Komitetu Strajkowego i Zarządu Krajowego OZZL (w opublikowanym 25 maja br. artykule strajkujący lekarze nazwani zostali terrorystami; ponadto podano szczegółowe dane osobowe i opublikowano zdjęcia niektórych z nich). • **Jak zrobić lekarzy w balona.** Projekt ustawy o podwyżkach dla lekarzy od 2007 r. może zostać zakwestionowany przez... Trybunał Konstytucyjny – donosi „Życie Warszawy”. „Należy zastanowić się, czy rząd nie przedstawia prawnego buba celowo, by nie musieć realizować podwyżek” – sugeruje Krzysztof Bukiel, przewodniczący Zarządu Krajowego OZZL.

ciąg dalszy na str. 36

Biegli lekarze

Zofia Ignatowicz

Biegły to osoba posiadająca wiadomości specjalne, wezwana przez sąd (prokuratora) do zbadania i wyjaśnienia w swej opinii istotnych dla rozstrzygnięcia sprawy okoliczności wymagających wiadomości specjalnych z zakresu nauki, sztuki, techniki lub rzemiosła.

Biegłego powołuje sąd (prokurator) w drodze postanowienia z urzędu lub na wniosek stron, określając zakres jego zadań. Pełni on funkcję pomocniczego organu wymiaru sprawiedliwości i z tego względu podlega wyłączeniu ze sprawy z tych samych powodów co sędzia, a więc w różnego rodzaju przypadkach, kiedy jego osoba ma związek z prowadzonym postępowaniem, np. jeśli sprawa dotyczy jego małżonka, dzieci etc.

Wśród biegłych wyróżnia się: stałych biegłych sądowych, osoby powoływane *ad hoc* w poszczególnych sprawach w charakterze biegłych oraz instytucje naukowe i specjalistyczne. Tryb powoływania stałych biegłych sądowych określa rozporządzenie ministra sprawiedliwości z 24.01.2005 r. w sprawie biegłych sądowych (Dz. U. nr 15, poz. 133). Stałego biegłego ustanawia prezes sądu okręgowego na okres 5 lat, po wyrażeniu przez niego zgody na pełnienie tej funkcji. Zwolnienie z funkcji jest możliwe m.in. na prośbę biegłego, w razie utraty warunków do pełnienia tej funkcji albo z ważnych powodów. Prezes sądu okręgowego prowadzi listę biegłych sądowych.

Podstawą prawną powołania biegłego w postępowaniu karnym jest art. 193 Kodeksu postępowania karnego, który w razie stwierdzenia przez sąd, że okoliczności mające istotne znaczenie dla rozstrzygnięcia sprawy wymagają wiadomości specjalnych, zobowiązuje sąd do zasięgnięcia opinii biegłego.

Powołanie biegłego stanowi nie tylko prawo, ale i obowiązek sądu. Pełnienie funkcji biegłego jest obowiązkiem nie tylko obywatelskim, ale i prawnym, co jasno wynika z art. 195 Kpk, w którym wyraźnie podkreśla się obowiązek pełnienia czynności biegłego przez każdą osobę, o której wiadomo, że ma odpowiednią wiedzę w danej dziedzinie. Za bezpodstawne uchylanie się od wykonania czynności biegłego sąd może nałożyć karę pieniężną do 3000 zł, a jeśli uchylanie się ma charakter uporczywy – nawet karę do 30 dni aresztu. W razie nieusprawiedliwionego niestawienia się na wezwanie sądu, oprócz kary pieniężnej, możliwe jest także wyjątkowo za-

stosowanie zatrzymania i przymusowego doprowadzenia biegłego.

Osoba powołana na biegłego może wnosić o zwolnienie z tego obowiązku, jeżeli wskaże przyczyny, które uniemożliwiają jej wykonanie czynności biegłego, w szczególności z powodu braku odpowiednich kwalifikacji, odpowiedniej aparatury czy też obciążenia innymi obowiązkami, które uniemożliwiłyby sporządzenie opinii w rozsądnym terminie (Hoffmański, Sadzik, Zgryzek, „KPK. Komentarz”, Warszawa 1999, str. 745). Nie mogą być biegłymi osoby, które nie mogą być świadkami lub które mogą odmówić składania zeznań albo odpowiedzi na poszczególne pytania w związku ze stosunkiem osobistym łączącym je z oskarżonym.

Również w postępowaniu cywilnym możliwość skutecznego uchylecia się od wykonywania czynności biegłego jest ograniczona. Zgodnie z art. 280 Kodeksu postępowania cywilnego można nie przyjąć nałożonych obowiązków biegłego z przyczyn, jakie uprawniają świadka do odmowy zeznań (a więc ze względu na osobisty charakter relacji ze stroną lub odpowiedzialność, jaka mogłaby się wiązać z udzieleniem odpowiedzi na pytanie), a także z powodu przeszkody, która uniemożliwi jej wydanie opinii. W tym drugim przypadku, takimi przyczynami mogą być m.in.: długotrwała choroba, długoterminowy wyjazd, brak wiadomości specjalnych w danej dziedzinie wiedzy, opracowywanie trudnej i terminowej opinii w innej sprawie sądowej (Tadeusz Ereciński [w:] Ereciński, Gudowski, Jędrzejewska, „Komentarz do Kodeksu postępowania cywilnego. Tom 1”, Lexis Nexis, Warszawa 2002, str. 561). Na postanowienie sądu odmawiające zwolnienia go z obowiązku biegłego nie przysługuje zażalenie. Za uchylanie się od obowiązków biegłego sąd wymierza grzywnę. Od tego orzeczenia można się jednak odwołać.

Przepisy Kodeksu postępowania administracyjnego także ustalają obowiązkowy charakter przyjęcia funkcji przez biegłego. Za odmowę grozi grzywna. Jednak w przypadku usprawiedliwienia

przez biegłego odmowy wydania opinii sąd może zwolnić od kary.

Za wykonaną pracę przysługuje biegłemu wynagrodzenie. Problematykę tę reguluje dekret z dnia 26 października 1950 r. o należnościach świadków, biegłych i stron w postępowaniu sądowym (Dz. U. nr 49, poz. 445) oraz rozporządzenie ministra sprawiedliwości z 18 grudnia 1975 r. w sprawie kosztów przeprowadzania dowodu z opinii biegłych w postępowaniu sądowym (Dz. U. nr 46, poz. 254 z późn. zm.). Wysokość wynagrodzenia określa sąd, uwzględniając wymagane od biegłego kwalifikacje, potrzebny do wydania opinii nakład pracy i poświęcony czas, a także w miarę potrzeby pokrycie wydatków niezbędnych do wykonania zleconej pracy. W przypadku powołania poza miejscowość zamieszkania biegłego służy mu prawo do diet oraz do zwrotu kosztów przejazdów i noclegów.

Wynagrodzenie biegłych z zakresu medycyny za wykonywaną pracę określa się według taryfy stanowiącej załącznik nr 1 do rozporządzenia ministra sprawiedliwości. Za poszczególne czynności wymienione w tym załączniku przysługuje określony widelkowo procent kwoty bazowej, która w 2006 r. wynosi 1795,80 zł. Dla przykładu, wynagrodzenie za określenie inwalidztwa lub niezdolności do pracy kształtuje się w granicach 2,0 – 8,0 % kwoty bazowej, oględziny zewnętrzne zwłok i szczątków ludzkich w miejscu ich znalezienia 3,7-13,5 % kwoty bazowej, badanie stanu zdrowia psychicznego w warunkach szpitalnych z pisemną opinią – 11,5-24,4 % kwoty bazowej. Taryfy określają także wynagrodzenie w przypadku wydania opinii przez jednostkę organizacyjną akademii medycznej, instytutu naukowo-badawczego oraz zakładu opieki zdrowotnej (załącznik nr 2 do rozporządzenia).

Przy określaniu wynagrodzenia ustalonego widelkowo bierze się pod uwa-

gę w szczególności kwalifikacje biegłego, stopień złożoności problemu oraz warunki, w jakich opracowano opinię, co daje możliwość dostosowania wysokości wynagrodzenia do indywidualnego przypadku. Jeżeli rodzaj wykonanej przez biegłego pracy nie jest wymieniony w załączniku, przy określeniu wynagrodzenia stosuje się stawkę ustaloną w taryfie za pracę podobną do wykonanej.

W razie niemożności określenia wynagrodzenia w powołany wyżej sposób stosuje się stawkę wynagrodzenia za godzinę pracy, która wynosi od 1,2 % do 1,7 % podstawy obliczania, przy czym może ona ulec zwiększeniu w razie złożonego charakteru problemu będącego przedmiotem opinii oraz w przypadku posiadania przez biegłego stopnia lub tytułu naukowego.

W razie nieskorzystania przez sąd z usług biegłego przysługuje mu prawo do wynagrodzenia za utracony z powodu stawieństwa zarobek, jednak nie może ono przekroczyć 3,7 % kwoty bazowej za dobę.

Z kolei za udział w czynności sądowej wynagrodzenie biegłego określa się według stawki wynagrodzenia za godzinę pracy, uwzględniając czas koniecznej obecności biegłego w sądzie lub w innym miejscu, w którym czynność się odbywa. Każdą rozpoczętą godzinę czynności liczy się za pełną.

Na postanowienie o wynagrodzeniu wydane przez organ pierwszej instancji przysługuje zażalenie.

Żądanie przypadających należności po wykonaniu swojego obowiązku należy zgłosić w tym samym dniu, a w przypadku wezwania na rozprawę najpóźniej nazajutrz po jej zakończeniu, pod rygorem utraty prawa do wynagrodzenia. Przyznana należność powinna być wypłacona niezwłocznie, a w razie niemożności natychmiastowej wypłaty – należność przekazuje się pocztą.

Wrózenie z fusów

Jutro będzie lepiej... Są to słowa piosenki, którą pamiętam z czasów mojej młodości. Przychodzą mi one na myśl dziś, kiedy słucham wypowiedzi aktualnej władzy na temat sytuacji służby zdrowia w Polsce. Wprawdzie pan premier Kazimierz Marcinkiewicz i pan minister zdrowia prof. Zbigniew Religa nie obiecują, że jutro będzie lepiej, ale w 2007 r. na pewno sytuacja ulegnie poprawie, bo rząd przeznaczy na opiekę zdrowotną cztery miliardy złotych. Minister Religa, asekurując się, poprawę sytuacji w ochronie zdrowia rozkłada na siedem lat. Niestety w obietnki te nie wierzą polscy lekarze i żądają od zaraz 30 % podwyżki (...). Władza nie przejmuje się też i tym, że kraj masowo opuszczają lekarze specjaliści. Co więcej, pani wicepremier i minister finansów jednocześnie, Zyta Gilowska problem ten kwituje krótko: „Jak chcą – nich wyjeżdżają”. Szczery jest też minister zdrowia prof. Religa, który na razie wstrzymał się z wprowadzaniem pewnych zmian strukturalnych w służbie zdrowia, aby nie stały się one kartą przetargową w jesiennych wyborach samorządowych. Te i tym podobne wydarzenia mogą być, moim zdaniem, początkiem niekontrolowanego wybuchu społeczności lekarskiej w kraju. I wszystko wskazuje na to, że wybuch ten nie będzie z opóźnionym zapłonem. Ja osobiście, mimo że pana Profesora szanuję i życzę mu pomyślnych wiatrów przy reformowaniu polskiej służby zdrowia, to jednak nie widzę światełka w tunelu, które mogłoby doprowadzić do spełnienia marzeń pana ministra. (...)

„Eskulap Świętokrzyski”, 4(172)

Jan Lechicki





Hipokrates też by nie wytrzymał

Fotoreportaż Marka Stankiewicza

10 maja br. protestowało w Warszawie przeciwko wyzyskowi 10 tysięcy pracowników ochrony zdrowia z całego kraju, domagając się natychmiastowych podwyżek o 30 proc. oraz istotnego zwiększenia publicznych nakładów na opiekę zdrowotną. „Polityku, wylecz się sam”, „Rząd do roboty za tysiąc złotych”, „Przysięga nas nie wyżywi”, „Posłowie w kamasze”, „Dogońmy Białoruś”, „Pensja medyka dla polityka” – to tylko niektóre hasła towarzyszące demonstrantom. Studenci medycyny krzykali przed Sejmem: „Boże chroń królową, ona daje więcej”. Rozpostarli też duży transparent: „Kto was będzie leczył? We speak English”.



Śmierć za posadę!

Zygmunt Wiśniewski

W prowincjonalnym, kresowym Łucku – jeśli stolicę woj. wołyńskiego można uważać za prowincję – w 1925 r. miały miejsce zdarzenia, które lepiej niż gry polityczne w warszawskich koteriach lekarskich i głębiej niż ostra publicystyka związkowych „Nowin Lekarskich” przedstawiają skutki głębokiego pęknięcia jednolitego ongiś stanu lekarskiego.

Prasowe nagłośnienie sprawy łuckiej zaczęło się od komunikatu w „Nowinach Społeczno-Lekarskich”: *Niniejszym zawiadamiamy Ogół Kolegów, że pomimo ostrzeżenia o nie obejmowaniu posad w Powiatowej Kasie Chorych w Łucku bez porozumienia się ze Związkiem Lekarzy Obwodu Łuckiego, znalazły się pojedyncze jednostki, które posady w Kasie Chorych objęły. Wobec tego piętnujemy postępowanie niekoleżeńskie tych lekarzy i podajemy ich nazwiska do wiadomości Kolegów: dr Antoni Hryniewiecki, dr Oskar Segal, dr Hersz Szatz i dr Mikołaj Gierszun.*

Kim byli czterej napiętnowani publicznie lekarze łuccy? Nazwiska świadczą, że obok Polaka wśród niepokornych wobec

dyktatu związkowego znalazł się Żyd i Ukrainiec. Nie narodowość była jednak ważna. Wszyscy oni byli „bieżeńcami”. To rosyjskie określenie „uchodźcy” używane było na ówczesnych Kresach z intencją poniżenia. Lekarzy „bieżeńców” traktowano jak obywateli drugiej kategorii. „Bieżeństwo” gorzko musiał odczuć A. Hryniewiecki, który przed rewolucją rosyjską praktykował w Odessie, a więc mieście o renomie europejskiej, gdzie był dyrektorem dwóch sanatoriów. Hryniewiecki swój sprzeciw miał odwagę wyrazić publicznie. On też sku-



W Łucku, stolicy woj. wołyńskiego, znaleźli schronienie i swoje nowe miejsce życiowe liczni „bieżeńcy”. Brak szacunku dla uchodźców ze Wschodu, ciężko doświadczonych wypadkami rewolucyjnymi w Rosji, ewakuacją i szukaniem nowego miejsca pod niebem popchnął grupę miejscowych lekarzy do zaangażowania w rozgrywkę z nimi autorytetu izby lekarskiej. Zachowanie to przyniosło niepowetowane szkody autorytetowi sądów izb lekarskich.

pi na sobie uwagę dziennikarzy i lekarzy, którzy podejmą sprawę łucką i wyrażą swój sprzeciw – najpierw wobec dyktatu związku lekarzy, a później także drańskich wyroków sądu Lubelskiej Izby Lekarskiej, na której terytorium znajdował się Łuck i cały Wołyń.

Związek Lekarzy Obwodu Łuckiego – na co trzeba zwrócić szczególną uwagę – „uznał za niedopuszczalne wprowadzenie systemu ambulatoryjnego”, w miejsce dotąd istniejącego systemu gabinetowego. Z systemem gabinetowym – o czym pisano w tym cyklu wcześniej – podjęli walkę lekarze Polski Zachodniej, a więc woj. poznańskiego i pomorskiego, gdzie silne były tradycje leczenia w przydomowych gabinetach. Na terenie b. zaboru rosyjskiego wprowadzenie „ambulatoriów” nie budziło tak stanowczych, jak na terenie Poznańsko-Pomorskiej Izby Lekarskiej, emocji. Związek lekarzy obwodu łuc-

kiego, co można było podejrzewać, kierował się interesami grupy lekarzy, a nie względami społecznymi. Nie przeszkodziło to Związkowi przedstawić swe stanowcze stanowisko w piśmie do lekarzy: *Wobec tego, że organizacja pomocy lekarskiej w powiatowej kasie chorych w Łucku gwałci zasadę wolnego wyboru lekarza, z krzywdą niepowtarzalną i dla stanu lekarskiego i dla ubezpieczonych, przeto Związek nasz wycofał się z pracy w kasach chorych i ogłosił posady lekarskie w takowej pod bojkotem bezwzględny.*

Jak zareagowali inni wymienieni lekarze prasa nie odnotowuje. Pewnie nie mieli odwagi sprzeciwić się dyktatowi ZLPP. Odwagę tę miał A. Hryniewiecki. „Bieżeńiec” – Hryniewiecki przed osiedleniem się w Łucku przeżył koszmar rewolucji, ucieczki z Rosji i powrotu do Polski. Mimo tych doświadczeń na Wschodzie, miał – jak się wy-

daje – przekonania lewicowe, może nawet socjalistyczne. Nie ukrywał ich w piśmie do Związku Lekarzy: *Od r. 1891 jestem lekarzem, zwiedziłem szmat ziemi, widziałem wojnę i rewolucję. Strajki i bojkot wydają mi się zawsze smutną przygrywką do niezgody, zniszczenia i nieładu, a bojkot przez lekarzy świętej sprawy kas chorych wydaje mi się zupełnie niedopuszczalnym. Nie pomagam tu w moich oczach przykrywanie tego bojkotu figowym listkiem obrony „zasady wolnego wyboru lekarza.” Zasadą ta – teoretycznie dobra – nie dziś i nie w Łucku powstała, nie ma dla Łucka znaczenia i nie w Łucku będzie rozwiązana. Praktyczne zastosowanie tej zasady wymaga dużego moralnego wyrobienia i ze strony ubezpieczonych i ze strony lekarzy, większych zasobów finansowych kasy chorych, w przeciwnym razie prowadzi do ruiny instytucji kas chorych, a przecież tego przede wszystkim trzeba unikać.*

Polska kasa chorych to wspaniała, wybornie obmyślana i zaszczyt Polsce czyniąca instytucja społeczna, a jako taka winna być ukochanym i drogim dzieckiem dla Związku Lekarzy Państwa Polskiego.

Antoni Hryniewiecki w Łucku, z daleka od poznańskiego centrum ZLPP, które najpierw zjednywało, a potem narzucało swoje stanowisko reszcie Polski, usiłuje bronić swych – odmiennych niż związkowe – poglądów. Nie podejrzewał pewnie nawet, że będzie ukarany bardziej za nieprawomyślny pogląd niż za objęcie posady.

W piśmie do Związku – brnie dalej w swej naiwnej nieświadomości.

Zróbcie kroki dla zawarcia pokoju z kasą chorych, która potrzebuje waszej pomocy i nie miejcie mi za złe, że nie mogę pozwolić sobie w danym wypadku solidaryzować się z Wami.

Koledzy lekarze z łuckiego oddziału ZLPP nie wykazywali ochoty do dyskusji. Wykluczyli Hryniewieckiego ze Związku i wnieśli oskarżenie do sądu Lubelskiej Izby Lekarskiej.

Sprawa sporu ZLPP z kasą chorych w Łucku była jedną z wielu w ówczesnej Rzeczypospolitej. Przeszłaby pewnie niezauważona, gdyby nie drańskie wyroki sądu Lubelskiej Izby Lekarskiej. Za przyjęcie posady lekarza kasy chorych M. Gierszun został dożywotnio pozbawiony praw wykonywania zawodu lekarza. A. Hryniewieckiemu odebrano prawo leczenia na okres 1 roku. Pozostali dwaj obwinieni zostali odsunięci od zawodu na krótsze okresy.

Zawrzało w prasie i w środowisku lekarskim, które milcząco akceptowało dotąd wyroki nagany, publikowanie nazwisk „łamistrajków” i „wyrzutków” w prasie itp. Ale pozbawienie prawa wykonywania zawodu? Przekroczona została pewna granica, która uruchomiła nie spotykany dotąd sprzeciw i obróci się, w niedługim czasie, przeciwko Związkowi Lekarzy Państwa Polskiego oraz sądom izb lekarskich. Uruchomiony został mechanizm, który doprowadzi sądy izb lekarskich przed Najwyższy Trybunał Administracyjny.

Pismo „Lekarz Kasy Chorych” wyrażające stanowisko Związku Lekarzy Kas Chorych, pozostających w ostrym konflikcie ze swym pracodawcą, argumentowało demagogicznie: *Ostre wyroki, jakie w ostatnich czasach izby lekarskiej wydały w sprawach przeciw lekarzom – łamistrajkom, są zupełnie słuszne. Łamistrajka należy oceniać tak samo jak zdrajcę państwa wobec wroga. Stoi on tak samo nisko jak zdrajca. Jest to ten sam mało wartościowy osobnik – jak i zbieg, udający się do obozu wroga. Narody od najdawniejszych czasów uważały zdradę jako najbardziej podły czyn, to też karały za to śmiercią.*

Kary pozbawienia praw wykonywania zawodu, w jednym przypadku – dożywotnio, a więc śmierci zawodowej były – w ocenie działaczy i agitatorów związkowych – uprawnione, a nawet wynikały z odwiecznej patriotycznej cnoty.

Nie wszyscy byli podobnego zdania. Z odmienną oceną wyroków Sądu Lubelskiej Izby Lekarskiej wystąpił we wrześniu 1925 r. lwowski, socjalistyczny „Dziennik Ludowy”. Pismo to cytuję uzasadnienie wyroku lubelskiego, w którym sąd zarazem polemizuje z poglądami lekarza.

Dr N. (pismo używa kryptonimu, chociaż nazwisko było powszechnie znane), *mianując wrogą dziś stanowi lekarskiemu kasę chorych instytucją wspaniałą i największą zdobyczą naszych czasów, jednocześnie odmawia lekarzom prawa do obrony swych interesów, stara się obniżyć znaczenie i godność izby lekarskiej i sądy tejże.*

Wszystkie przytoczone wyżej okoliczności dowodzą, że dr N. jest tak wrogo usposobiony względem stanu lekarskiego i jego instytucji, tak mało orientuje się w obowiązujących każdego lekarza postulatach etyki zawodowej, a jednocześnie tak bardzo pewny jest słuszności swoich demagogicznych przekonań,

dokńczenie na str. 36

• **5 miliardów, czyli... 0,5%.** „Nie ma na razie podstaw, by zakończyć protest w służbie zdrowia” – uważa przewodniczący Zarządu Regionu Podkarpackiego OZZL Zdzisław Szramik i dodaje: „Zapowiadane przez rząd zwiększenie o 5 mld zł nakładów na służbę zdrowia od 2007 r. to wciąż zbyt mało. (...) To przecież wzrost o zaledwie 0,5%, który nie da się odczuć ani pracownikom, ani pacjentom”.

• **(Nadal) ekskluzywnie leczenie dla rządowych VIP-ów.** Finansowana ze składek obywateli Poradnia Kancelarii Prezydenta RP przy ul. Wiejskiej w Warszawie miała być dostępna dla wszystkich. Ale nie jest – twierdzi jeden z dzienników. Kierowniczka przychodni Hanna Mojowska zarzeka się jednak, że nie ma wolnych miejsc, ale jak tylko się jakieś zwolni, to nowego pacjenta zapisze. Poprosiła o telefon... za miesiąc.

• **Polacy za biedni na dopłaty?** „Zaakceptuję współpłacenie przez pacjentów, ale jedynie pod warunkiem, że nie będzie to dotyczyć najmniej zamożnych osób” – poinformował minister zdrowia Zbigniew Religa i dodał, że „idea współpłacenia jest propozycją środowiska lekarskiego” i że zawsze był przeciwnikiem takiego rozwiązania, gdyż uważa, iż „Polacy są na to za biedni.”

• **„GUS podaje nieprawdziwe dane nt. zarobków lekarzy”.** Zdaniem Zarządu Krajowego OZZL prezes GUS dopuszcza się przestępstwa podając nieprawdziwe dane nt. średniego wynagrodzenia lekarzy w Polsce (podawane są bowiem kwoty nie za 1 etat, jak w przypadku wszystkich innych zawodów, ale łącznie: za pracę podstawową wraz z dodatkowymi wynagrodzeniami za dyżury). O sprawie zawiadomiona już została Prokuratura Okręgowa w Warszawie.

• **Za udział w strajku – zrównać z zieżnią!** W związku z akcją protestacyjną prowadzoną w szpitalu MSWiA w Łodzi minister spraw wewnętrznych i administracji Ludwik Dorn polecił w czwartek opracowanie analizy na temat możliwości i ewentualnych skutków likwidacji tej placówki.

• **Lekarze bez prawa do strajku.** Rząd chce pozbawić lekarzy prawa do strajku. Projekt nowelizacji ustawy w tej sprawie przygotowuje Ministerstwo Zdrowia – informuje „Gazeta Prawna”.

• **„Bo wg NFZ każdy lekarz musi być Judymem”.** Za obowiązkowe szczepienia ochronne u dzieci NFZ powinien płacić nie tylko pielęgniarkom szkolnym, ale i uczestniczącym w tych szczepieniach lekarzom – uważają... pielęgniarki szkol-

Śmierć za posadę!

dokręcenie ze str. 35

że obecność jego w społeczeństwie lekarskim musi być uznaną za niezwykle szkodliwą i jednostek takich lekarze w gronie swoim tolerować nie mogą.

Demagogia jest zbyt łagodnym określeniem na przytoczone opinie, ale język polski nie zna dosadniejszego określenia.

W uzasadnieniu wyroku, podpisanym przez przewodniczącego Sądu Lubelskiej Izby Lekarskiej, Andrzeja Krysińskiego, znalazły się też ogólniejsze stwierdzenia, stawiające pod znakiem zapytania intencje sędziów, kierujących się moralnością związkową: *Zdaniem Sądu, jest rzeczą powszechnie wiadomą, że dotychczasowa organizacja pracy lekarzy i pomocy lekarskiej w kasach chorych spotkała się z powszechną krytyką świata lekarskiego, upatrującą w metodach w kasach chorych stosowanych zamach na interesy materialne, intelektualne i moralne stanu lekarskiego.*

Sąd jest zdania, że każdy członek korporacji lekarskiej, który powodując się względami natury egoistycznej, materialnej, wyłamując się w tej sprawie spod zasad solidarności koleżeńskich, tym samym osłabia stanowisko lekarzy, staje się dezercerem spod wspólnego korporacyjnego sztantaru, godzi w interesy stanu lekarskiego.

Sprawa lekarzy łuckich z kresowej, prowincjonalnej – stała się ogólnopolska.

Związek Lekarsko-Społeczny w Krakowie, reprezentowany przez dr. R. Kunickiego i J. Gołęba ogłosił oświadczenie: *Wy, koledzy, nie popełniliście żadnego czynu hanbiącego. Dlatego nie możemy usprawiedliwić nie tylko wydania na was potępiającego wyroku, lecz w ogóle wkroczenia w Waszej sprawie Sądu Izby Lekarskiej. (...) Piszemy do Was koledzy, abyście wytrwali na stanowisku w tej pewności, że w Polsce istnieją zrzeszeni jeszcze lekarze, którzy nie podzielają ani stanowiska Zarządu Obwodu ZLPP w Łucku, ani też inkwizycyjnego postępowania sądu w Lublinie.*

Ani publikacja we lwowskim „Dzienniku Ludowym”, ani stanowisko Związku Społeczno-Lekarskiego w Krakowie nie miało sprawczej roli opiniotwórczej. Poglądy kształtowane były przez czołowe pismo Związku Lekarzy Państwa

Polskiego i Izby Lekarskich – „Nowiny Lekarskie”. Redakcja tego pisma i stojące za nim zaplecze związkowe nie odniosłoby się krytycznie do sprawy łuckiej, gdyby o udostępnienie łam nie wystąpił znany wileński lekarz okulista, a także znany polityk, senator Juliusz Szymański, profesor Uniwersytetu Stefana Batorego.

Szymański nazwał łucką sprawę skandalem, w którym *niesprawiedliwe wyroki ferowane przez sądy izb lekarskich przyczyniają się do obniżenia powagi stanu lekarskiego.* Nie poprzestał na tym ogólnym stwierdzeniu, ale napisał wprost, że w łuckiej sprawie nie tylko popełniono liczne nieformalności i błędy proceduralne – ale że w roli sędziów wystąpili oskarżyciele, to jest lekarze, którzy wcześniej pracowali w łuckiej kasie chorych, popadli w konflikt z jej kierownictwem, a następnie przybrali szaty sędziów w Sądzie Lubelskiej Izby Lekarskiej.

Ci panowie poniżyli godność lekarzy w oczach społeczeństwa. Muszą się znaleźć czynniki, które nadużycie przykładowe napędzają, by na przyszłość podobne rzeczy zdarzyć się nie mogły – napisał „Dziennik Ludowy”, i z opinią tą zgodził się prof. Szymański.

Prof. Juliusz Szymański nie poprzestał na krytyce i ujawnieniu nieetycznych kulis wyroku łuckiego. Posunął się o krok, a może – patrząc na mające nastąpić skutki – o kilka kroków dalej.

Wyrok łucki dał obraz, do czego mogą dojść wyroki koleżeńskie, tj. skazywanie przez osoby niefachowe, bo związane zawodowymi interesami. W przypadku łuckim dożywotnie odjęcie koledze prawa praktyki nastąpiło właściwie li tylko za przekroczenie, a nie przestępstwo, bo przecież przyjęcie posady w bojkotowanej kasie chorych jest tylko dyscyplinarnym wykroczeniem, wprawdzie karygodnym, lecz nie jest zbrodnią. To okrucieństwo sądu łuckiego słusznie nazwano drakońskim wyrokiem, jest tylko udowodnieniem bezsensowności i szkodliwości samej ustawy: stało się bowiem ad ductio ad absurdum.

W ten oto sposób kilku lekarzy łuckich, w prywatnym interesie, przy przyzwoleniu Lubelskiej Izby Lekarskiej, doprowadziło do podważenia zasadności sądów izb lekarskich. Sprawa przybiera wymiar groźny dla funkcjonowania sądów izb lekarskich, a jej skutki poznają lekarze w orzeczeniach Najwyższego Trybunału Administracyjnego.

Zygmunt Wiśniewski

piłka nożna
koszykówka
siatkówka
lekkoatletyka
kolartwo górskie
kolarstwo szosowe
pływanie
tenis ziemny
tenis stołowy
badminton
strzelanie
siatkówka plażowa
trójbój siłowy
triathlon
żeglarstwo

ZAKOPANE

z a p r a s z a m y

6-10 września 2006

IV IGRZYSKA LEKARSKIE

www.igrzyskalekarskie.org
maciek@igrzyskalekarskie.org

REKLAMA

REKLAMA

ciąg dalszy ze str. 36

ne z Opola i chcą w tej sprawie złożyć doniesienie na Fundusz do prokuratury. • „Organizatorzy strajku to oszołomy” – twierdzi Zbigniew Swoboda, dyrektor Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego nr 5 św. Barbary w Sosnowcu, który uważa, że w jego placówce protest jest nielegalny: „160 protestujących lekarzy terroryzuje 1700 pracowników odbierając im konstytucyjne prawo do pracy i wynagrodzenia”. • **Nie straszyć rezydentów!** Przedstawiamy stanowisko Zarządu Krajowego OZZL w sprawie prób pozbawienia lekarzy-rezydentów prawa do strajku przez niektórych dyrektorów szpitali. • **Jak złamać strajkujących.** Strajkujący lekarze z Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego na Józefowie w Radomiu nie zaakceptowali w poniedziałek propozycji dyrekcji tzw. dodatku pomostowego. • **Kogo broni „Solidarność”?** „Obecne postulaty strajkujących lekarzy natychmiastowej 30%-podwyżki płac są nierealne” – stwierdziła podczas obrad Komisji Krajowej „S” w Gdańsku przewodnicząca Sekretariatu Ochrony Zdrowia NSZZ „Solidarność” Maria Ochman. • **Lekarze proszą o pomoc Ojca Świętego Benedykta XVI.** Strajkujący lekarze ze Śląska zwrócili się o pomoc i zrozumienie do papieża Benedykta XVI. Śląski Oddział OZZL wystosował list do Ojca Świętego, w którym zwraca jego uwagę „na nabrzmiałe problemy polskiej służby zdrowia”. • **Lekarze w Niemczech zaostrzyli strajk – 35 szpitali przerwie pracę na tydzień.** Niemieccy lekarze zaostrzyli prowadzoną od dwóch miesięcy walkę o wyższe wynagrodzenia i poprawę warunków pracy. W 25 klinikach uniwersyteckich oraz 14 szpitalach landowych lekarze przerwą pracę na cały tydzień. • **Prywatne firmy będą musiały opuścić publiczne szpitale.** Koniec z działalnością fundacji, prywatnych klinik, ambulatoriów i zakładów pogrzebowych na terenie publicznych szpitali – to wynik orzeczenia Trybunału Konstytucyjnego. Ministerstwo Zdrowia już przygotowuje rozporządzenie nakładające na publiczne szpitale obowiązek umycia zwłok i przygotowania ich do pochówku. • **Zostało niewykorzystane ponad 500 mln zł.** 550 mln zł – to kwota niewykorzystanych środków z budżetu państwa przeznaczonych na pożyczki dla zadłużonych publicznych ZOZ-ów. • **Prezes NFZ chce ugody z ZOZ-ami.** Prezes NFZ Jerzy Miller chce ugody z ponad 500 ZOZ-ami w sprawie ustawy „203”. Obawia się, że nawet ponad 2 mld zł mogą wynieść dla Funduszu

dokńczenie na str. 41

Ping-pong w Nowym Targu

W dn. 12-13 maja w Nowym Targu, z udziałem 35 lekarzy, w hali sportowej „Gorce” rozegrano I Mistrzostwa Polski Lekarzy w Tenisie Stołowym.

Wśród pań zwyciężyła Małgorzata Wnęk z Zabrza, wśród panów konkurowano w 3 kategoriach wiekowych. Najlepszym seniorem został Zbigniew Stefański z Gliwic, w kategorii średniej triumfował Grzegorz Winkiel z Obornik Śląskich, a w kategorii do 45 lat Andrzej Wnęk z Zabrza.

W deblach zwyciężali w kategorii + 45 G. Winkiel z Pawłem Daszkiewiczem (Koziegłowy), a w niższej kategorii z Andrzejem Wnękiem. Państwo Wnękowie zwyciężyli oczywiście także w mikście, a jeszcze jeden medal dla rodziny dorzucił syn Jędrzej.

Wśród dzieci zdecydowanie dominowało ro-

dzeństwo Agata i Jędrzej Wołkowie z Bukowic, zdobywając oba złote medale.

Następne spotkanie tenisistów stołowych podczas IV Igrzysk Lekarskich we wrześniu w Zakopanem.

Maciej Jachymiak



Uniwersytet Warszawski Wydział Prawa i Administracji, Wydział Filozofii oraz Instytut Stosowanych Nauk Społecznych zaprasza 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 2006 r.

Odpłatność – 3500 zł (w przypadku opłaty jednorazowej)

lub w 2 ratach: I rata 1900 zł, II rata 1800 zł.

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

INFORMACJE: tel. 022-552-43-18 lub 022-552-08-11,

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

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

sport@gazetalekarska.pl

Rajd Górski Służby Zdrowia

Komisja Turystyki i Sportu ORL w Rzeszowie organizuje, jak co roku, Rajd Górski Służby Zdrowia w Muczmem, w dn. 29.07-6.08. Zgłoszenia do 15.07.br. na adres: **OIL w Rzeszowie, 35-026 Rzeszów, ul. Reformacka 10.** Karta zgłoszenia, dodatkowe informacje (systematycznie uaktualniane) na stronie internetowej OIL w Rzeszowie: www.rzeszow.oil.org.pl (zainteresowani rajdem znajdą tam też artykuł, zdjęcia z Rajdu Górskiego Służby Zdrowia „Bieszczady 2005”); Biuro OIL w Rzeszowie, tel. 017-853-58-37.

Regaty Żeglarskie

Mistrzostwa Polski Lekarzy w Klasie Turystycznej

organizowane przez Okręgową Warmińsko-Mazurską IL w Olsztynie odbędą się w dn. 9-10.09.br. w Międzynarodowym Centrum Żeglarstwa i Turystyki Wodnej „ALMATUR” w Giżycku, ul. Moniuszki 21, tel. 087-428-58-98 (jezioro Kisajny). Startują załogi 4-osobowe (w tym 2 lekarzy). Sternik jachtu winien posiadać stopień żeglarski. Zgłoszenia osobiste, telefoniczne lub faksem w dn. 1.07.-18.08. w Biurze OIL. Koszt udziału 400 zł od załogi. Do 15.08. należy wpłacić 200 zł na konto OIL – jako warunek przyjęcia do regat, pozostałe 200 zł 9.09. przy pisemnym zgłoszeniu załóg w siedzibie Komisji Regatowej. Regaty zostaną rozegrane systemem przesiadkowym. Załogi śpią na jachtach – proszę zabrać koce i śpiwory. Załogi startują na własną odpowiedzialność. Sternicy ponoszą pełną odpowiedzialność za sprzęt i załogi. Organizator ubezpieczy jachty i załogi od następstw wypadków. Organizator: Okręgowa Warmińsko-Mazurska Izba Lekarska, ul. Żołnierska 16 C, 10-561 Olsztyn, tel./faks: 089-539-19-29, konto: 61 1140 1111 0000 3048 4600 1001

XII Mistrzostwa Polski Lekarzy w Brydżu Sportowym

Mistrzostwa rozegrane zostaną w dn. 1-2.09.2006 r. w Ośrodku ELZAM w Bogaczewie (3 km od Morąga).

Program Mistrzostw: piątek 1.09 16:30-17:00 rejestracja uczestników; 17:00 Turniej par na impy – Mistrzostwa Polski Lekarzy na zapis średni; sobota 2.09 9:30 Turniej par na maxy-Mistrzostwa Polski Lekarzy na zapis maksymalny; 15:30 Turniej teamów-Mistrzostwa Polski Lekarzy; 20:00 Spotkanie plenerowe (ognisko); niedziela 3.09 10:00 Uroczystość zakończenia Mistrzostw, wręczenie nagród; 10:00 Okręgowy Turniej Par - memoriał dr Henryka Krupy (organizowany przez OZBS Olsztyn)

Regulamin: - Wszystkie turnieje mają formułę otwartą, zapraszamy zawodników spoza środowiska medycznego - Turnieje par i teamów odbywają się zgodnie z regulaminem PZBS - Obowiązuje zakaz systemów wysoce sztucznych - Wszelkie sprawy nie objęte regulaminem rozstrzyga organizator - Wpisowe do turnieju wynosi 30 zł od osoby, zniżki dla uprawnionych członków PZBS (legitymacja członkowska) - W każdym z turniejów zostaną wyłonione 3 najlepsze pary lekarskie oraz 3 teamy lekarskie, które uzyskają tytuły Mistrzów I i II wice-mistrza Polski Lekarzy

W klasyfikacji Mistrzostw Polski Lekarzy uwzględnione będą tylko pary lekarskie, a w turnieju teamów zespoły mające w składzie co najmniej 3 lekarzy.

Nagrody: Nagrody pieniężne zgodnie z regulaminem PZBS (dodatkowe nagrody specjalne dla najlepszej pary nielekarzy) - Puchary ,medale i dyplomy dla najlepszych par i teamów lekarskich - Puchar i upominki dla najlepszych lekarzy mistrzostw (klasyfikacja uwzględniająca 2 turnieje par i turniej teamów).

Noclegi, wyżywienie w ośrodku wypoczynkowym ELZAM Bogacze-wo, tel.: 089-757-28-77, www.elzam-mazury.com.pl; noclegi: – w domkach: 4-os. - 150,00/doba, 6-os. - 200,00/doba; – pokojach: 2-os. - 80,00/doba; 3-os. - 120,00/doba, 5-os. - 160,00/doba; – apartamentach 2-os. - 120,00/doba; całodzienne wyżywienie - 34,00/os., w tym: śniad - 10,00/os. obiad - 14,00/os. kolacja - 10,00/os.; poza tym: kręgielnia, basen, sauna, jacuzzi, sprzęt wodny - rabat 25% od obowiązujących w cenniku cen

Kontakt, informacje: **Aleksander Skop, tel.: 0604-267-343**

Wydział Lekarski AM w Gdańsku, rocznik 1981

II Światowy Zjazd Absolwentów odbędzie się w dn. 22-24.09.br. w Hotelu Niedźwiadek we Wdzydzach Kiszewskich. Zgłoszenia najpóźniej do 23 lipca, na stronie www.absolventus.pl. Panie prosimy o podanie nazwiska obecnego oraz z okresu studiów. *Komitet organizacyjny: Bożena Nowak-Kędziora, tel.: 0502-305-554, e-mail: bozena_nowak_kedziora@o2.pl; Mariusz Czaja, tel.: 0606-289-330, e-mail: czajnik50@op.pl; Marek Krzemiński.*

Wydział Lekarski Katowicki Śląskiej AM, rok 1986

Spotkanie koleżeńskie z okazji 20 rocznicy uzyskania dyplomu lekarza medycyny, w dn. 3-5.11.br., Hotel „Stok” w Wiśle-Jaworniku. Koszt pobytu: - biesiada, bankiet, dwa noclegi (3-5.11) 350 zł, - bankiet, nocleg (4-5.11) 200 zł. Wpłaty na konto numer: Hotel Stok, 43-460 Wisła, ul.Jawornik 52a ING Bank Śląski o/Wisła 97 1050 1096 1000 0001 0108 6080 z adnotacją Zjazd Absolwentów, do 30.09.br. *Informacje i zapisy na stronie internetowej: www.zjazd20.cba.pl; Magda Bieszczanin (Cywińska), tel.: 0602-422-782; Małgorzata Klimza (Noszczyk), tel.: 0601-488-383.*

Wydział Lekarski AM w Lublinie, rok 1986

Drogie Koleżanki i Koledzy, w bieżącym 2006 r. mija 20 lat od uzyskania przez każdego z nas dyplomu lekarza medycyny. Najwyższa pora na spotkanie koleżeńskie z chwilą refleksji i wspomnień, ale także znakomitej zabawy. Serdecznie zapraszamy w dniach 8-10.09.2006 (weekend) do Zajazdu Piastowskiego w Kazimierzu Dolnym. Prosimy o rezerwację miejsc hotelowych pod adresem: Zajazd Piastowski ul. Słoneczna 3, 24-120 Kazimierz Dolny, tel.: 081-88-90-900, 081-88-90-901 faks: 081-88-90-916, email: info@zajazdpiastowski.pl, oraz wpłatę 200 zł na uczestnika na konto: Bank PKO BP nr rachunku: 36 1020 3176 0000 5002 0062 2787). *Informacje: Lucynka Wołak-Sobiczewska, tel.: 0602-607-817, e-mail: l.sobiczewska@wp.pl; Małgosia Trzebuchowska-Pietras, e-mail: gosiatp@eskulap.pl; Wojtek Żaluska, tel.: 0512-307-328, e-mail: wtzaluska2@poczta.onet.pl.*

Wydział Lekarski PAM, rocznik 1975-1981

Drogie Koleżanki i Koledzy w bieżącym roku mija 25 lat od uzyskania przez nas dyplomu lekarza medycyny. Spotkanie zaplanowaliśmy na 6-8.10.br., tradycyjnie już w hotelu „Rybak” w Międzyzdrojach przy Promenadzie Gwiazd 36. Koszt – 360 zł (bez parkingu). Wpłaty do 15 lipca br. na konto: Sławomir Żółtowski PKO BP O/Szczecin 53 1020 4795 0000 9102 0052 1161. *Zgłoszenia oraz wszelkie pytania prosimy kierować: e-mail: slawekzoltowski@wp.pl, tel.: 0601-090-807; grazynadurska@wp.pl, tel.: 0603-390-488; torbea@wp.pl, tel.: 0601-776-108.* Planujemy wydanie w formie płyty CD informacji o nas, w związku z czym prosimy Was o przesłanie swoich adresów e-mail.

Wydział Lekarski i Stomatologiczny ŚAM, lata 1961-67

W dn. 6-8.10.br. odbędzie się Zjazd Koleżeński, w DW „Barbara” Ustroń-Jaszowiec. Koszt uczestnictwa 300 zł. Wpłaty do 20 września br. na konto bankowe: Teresa Koźlicka-Kempa, nr konta: 79 1020 2313 0000 3202 0093 1228, tytułem: zjazd lekarski. Dokonanie wpłaty stanowi potwierdzenie uczestnictwa w zjeździe. *Informacje: Teresa Koźlicka-Kempa, tel.: 032-254-74-12, 0602-468-197; Ewa Hanny-Kurcok, tel.: 018-337-11-40.*

Wydział Lekarski AM we Wrocławiu, rocznik 1982

Droga Koleżanko! Drogi Kolego! W przyszłym roku będziemy obchodzić 25 rocznicę ukończenia AM im. Piastów Śląskich we Wrocławiu. Z tej okazji pragniemy zorganizować we Wrocławiu kolejne spotkanie koleżeńskie. Planowany termin – maj 2007 r. Miejsce: **wyklad – Aula Leopoldina Uniwersytetu Wrocławskiego, bankiet – Sala Kolumnowa Teatru Lalek.** Szczegółowe informacje zostaną podane w późniejszym terminie. *Organizatorzy: Jolanta Zaleska, tel.: 0605-642-101, e-mail: jolzal@poczta.onet.pl; Piotr Kołtowski, MEDINET Dolnośląskie Centrum Chorób Serca, tel.: 071-327-67-39; Patrycja Malec, Dolnośląska Izba Lekarska we Wrocławiu, tel.: 071-79-88-068, e-mail: patrycja.malec@diinet.wroc.pl* Wszelkie informacje o naszych Kolegach i Koleżankach oraz ciekawostki z lat studiów znajdziecie na stronie internetowej: www.rocznik1982.prv.pl. Za Komitet Organizacyjny Piotr Kołtowski, Jolanta Zaleska. Al.Jana Matejki 6, 50-333 Wrocław, tel. 071-79-88-068, fax 071-79-88-051, www.diinet.wroc.pl

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.

Medycyna Praktyczna.

Kursy i konferencje w 2006 r.:

- **9-10.06.** Warszawa, Sala Kongresowa PKiN, pl. Defilad. **Interna 2006** – V Krajowa Konferencja Szkoleniowa Tow. Internistów Polskich. Konferencja jubileuszowa w 100-lecie TIP
- **19-23.06.** Katowice, Dom Lekarza, ul. Grażyńskiego 49 A. Kurs wprowadzający dla lekarzy specjalizujących się w **chorobach wewnętrznych**
- **22-23.09.** Kraków, Nowohuckie Centrum Kultury, al. Jana Pawła II 232. **Pediatra 2006** – V Konferencja Szkoleniowa Krakowskiego Oddz. PT Pediatricznego
- **29-30.09.** Kraków, Nowohuckie Centrum Kultury, al. Jana Pawła II 232. Konferencja Naukowo-Szkoleniowa – **Stwardnienie boczne zanikowe**
- **19-21.10.** Kraków, Nowohuckie Centrum Kultury, al. Jana Pawła II 232. Kurs dla **opisujących EKG**.

Informacje i zgłoszenia: Dział Szkoleń Medycyny Praktycznej, ul. Krakowska 41, 31-066 Kraków, e-mail: szkolenia@mp.pl, www.szkolenia.mp.pl, tel. 012-293-40-04

Dolnośląska Szkoła Ultrasonografii

Szkolenia podstawowe w 2006 r.:

- **19-20.06.** **Diagnostyka USG w ginekologii i położnictwie**
 - **21-23.06.** **Diagnostyka echokardiograficzna w wrodzonych wad serca dzieci**
 - **26-28.06.** **Cytologia onkologiczna w ginekologii. System klasyfikacji BETHESDA** – kurs doskonalący
 - **27-30.06.** **Diagnostyka USG jamy brzusznej**
- Informacje i zgłoszenia: Wrocławskie Centrum Promocji, ul. Śniadeckich 10, 51-604 Wrocław, tel. 071-348-39-66 lub 0606-350-328, e-mail: r.baran@neostrada.pl, www.usg.webd.pl.

- **22-23.06.** Warszawa; **6-7.07.06 r.** Gdańsk. Kurs med.: **Warsztaty dla lekarzy przygotowujące do prowadzenia badań klinicznych.** Zapraszamy do udziału również innych członków zespołów badawczych. Uczestnicy kursu otrzymują pkt. edukac. Informacje oraz druki zgłoszenia: www.szkolenia-medyczne.com.pl. Zgłoszenia udziału: Skolamed, tel. 081-534-43-87, faks 081-533-51-48, 0693-067-887, e-mail: medyczne@paiz.com.pl

- **19-26.08.06 r.** Mazury. Eurodens organizuje kurs dokształcający dla lekarzy **dentystów**: - **Planowanie leczenia protetycznego – protezy ruchome, - Pobieranie wyisków przy wykonywaniu protez ruchomych, - Protezy Overdentures z zakotwiczeniem przy pomocy implantów, - Warstwowa odbudowa zębów, - Leczenie endodontyczne, - Zaburzenia czynnościowe narządu żucia, - Oszczerne ekstrakcje, - Ozonoterapia.** Wykłady (20-25.08.06.) w godz. 9.00-12.15. Zakwaterowanie (19.08.06.) na jachtach (istnieje możliwość wynajęcia jachtu ze sternikiem) lub w hotelu. Koszt uczestnictwa 800 zł. 24 pkt. edukac. + dod. 20 pkt. za rozwiązanie testów sprawdzających wiedzę zdobytą w trakcie kursu. Informacje: www.eurodens.pl

- **15-16.09.06 r.** Szczyrk, hotel „Orle Gniazdo”. Centr. Onkologii Inst. im. M. Curie-Skłodowskiej, Oddz. w Krakowie, Klinika Ginek. Onkologicznej, Szpital Położn.-Ginek. „Ujastek” w Krakowie zapraszają na XI Konferencję Naukowo-Szkoleniową: **Postępy w ginekologii onkologicznej.** Informacje: www.ujastek.pl

Medyczne Szkolenia **Podyplomowe** PAKT. Szkolenia w 2006 r.:

- **16-17.09.** Katowice. **Medycyna manualna** (nowy cykl), 40 pkt edukac.

- **14-15.10.** Katowice. **Medycyna manualna oparta na technikach chiropraktycznych** (nowy cykl).
- **14-15.10.** Ustroń Śl. **Astma w praktyce lekarza pierwszego kontaktu.** 8 pkt. edukac.
- **28-29.10.** Ustroń Śl. **Diagnostyka i leczenie urazów kręgosłupa szyjnego.** 8 pkt. edukac. Informacje i zapisy: PAKT 40-064 Katowice, ul. Kopernika 8/2, tel./faks 032-251-22-64, 0601-423-243, www.msp-pakt.med.pl, e-mail: medycznesympozja@msp-pakt.med.pl; nr konta: 91 1140 2004 0000 3202 4111 5989

- **22-24.09.06 r.** Kraków. Sekcja Medycyny Estetycznej PTL i Międzynar. Stow. Medycyny Estetycznej w Paryżu zapraszają na V Europejski Kongres **Medycyny Estetycznej** i III Konferencję **Medycyny ANTI-AGING**, najważniejsze i największe spotkanie naukowe w Europie organizowane co 2 lata dla lekarzy zajmujących się medycyną estetyczną (najwięksi eksperci w tej dziedzinie, liczne nowości po raz pierwszy w Polsce). Informacje i zapisy: tel. 022-628-58-21, tel./faks 022-628-93-44, 0691-054-696, www.psmc.waw.pl, e-mail: medycyna.estetyczna@wp.pl

- **23.09.06 r.** Łódź, Hotel „Reymont”, ul. Legionów 81, Sala 2, godz. 10.00-15.00. Firma „Dr Mirosław Mrozowski” zaprasza na wykład: **Periodontologiczne przygotowanie pacjenta protetycznego – realia i wyzwania.** Pkt. edukac. Wpłata 250 zł na konto 171240 1545 1111 0000 1165 4083. Informacje: tel./faks 042-684-41-76, tel.kom. 0602-797-513, e-mail: miroslaw.mrozowski@wp.pl

Wlkp. Szkoła Diagnostyki Obrazowej. Prakt. kursy **ultrasonograficzne** w 2006 r.:

- **28.09.-1.10.** **Echokardiografia**
 - **12-15.10.** **Ultrasonografia dopplerowska w neurologii (w tym TCD)**
 - **18-21.10.** **Ultrasonografia dopplerowska naczyń obwodowych (tętnice szyjne i kręgowe, układ tętniczy i żylny kończyn dolnych, aorta brzuszna)**
 - **20-21.10.** **Echokardiografia** – doskonalący
 - **26-29.10.** **Gruzoł piersiowy** – podstawowy
 - **10-12.11.** **Narządy powierzchniowe szyi (tarczycza, ślinianki, węzły chłonne)**
 - **23-26.11.** **Ultrasonografia w pediatrii (w tym przeciemięczkowia)**
- Pkt. edukac. Nr konta: 92 1090 1362 0000 0000 3612 1908. Zapisy: Wielkopolska Szkoła Diagnostyki Obrazowej. tel./faks 061-819-25-00, tel. kom. 0603-762-041, www.obraz.pl, e-mail: obraz@obraz.pl

- **29.09.06 r.** Poznań. Katedra Optometrii i Biologii Układu Wzrokowego AM w Poznaniu, Fundacja AM w Poznaniu organizują konferencję: **Współczesne metody badania refrakcji.** Informacje i zgłoszenia: BOKiZ Fundacji AM, ul. Tęczowa 3, 60-275 Poznań, www.bokiz.pl/refrakcja2006/, tel. 061-662-11-20 wew. 14,15,16, faks 061-662-16-65 wew. 21, e-mail: biuro@bokiz.pl

- **2.10.06 r.** Poznań. Katedra i Klinika Chorób Tropikalnych i Pasożytniczych AM w Poznaniu, Komitet Parazytologii PAN, Sekcja Parazytologii Lekarskiej PTP organizują Ogólnop. Konfer. Nauk.-Szkol.: **Aktualne kierunki w rozpoznawaniu i leczeniu chorób tropikalnych i pasożytniczych.** Informacje i zgłoszenia: BOKiZ Fundacji AM, ul. Tęczowa 3, 60-275 Poznań, www.bokiz.pl/tropiki2006/, tel. 061-662-11-20 wew. 14,15,16, faks 061-662-16-65 wew. 21, e-mail: biuro@bokiz.pl

- **7.10.06 r.** Bielsko-Biała. Zarząd Kliniki św. Łukasza w Bielsku-Białej i Sekcja Chirurgii

gii Kolana PTOiTr zapraszają na międzynarodowe sympozjum: **Nowe kierunki w chirurgii więzadła krzyżowego przedniego** (będzie przeprowadzona na żywo transmisja z operacji rekonstrukcji WKP). Informacje: www.lukasza.pl/sympozjum; e-mail: sympozjum@lukasza.pl, tel. 0504-003-204.

- **13-14.10.06 r.** Wrocław. PT Med. Rodzinnej, Katedra i Zakład Med. Rodzinnej AM we Wrocławiu, Stow. Przyjaciół Med. Rodzinnej i Lek. Rodzinnych SKN przy Kat. i Zakł. Med. Rodzinnej AM we Wrocławiu organizują II Polsko-Norweskie Sympozjum: **Nietrzymanie moczu – interdyscyplinarny problem kliniczny i społeczny.** Do 30.06.br. nadsyłanie zgłoszeń uczestnictwa i treści prac. Do 15.09.br. ostateczny termin nadsyłania zgłoszeń uczestnictwa. Informacje: Kat. i Zakł. Med. Rodzinnej AM we Wrocławiu, ul. Syrokomli 1, 51-141 Wrocław; w spr. nauk.: dr n. med. Maria Bujnowska-Fedak, tel. 071-326-68-76 mbujnowska@poczta.onet.pl w spr. org.: lek. Agnieszka Muszyńska tel. 071-325-51-57 nm2006@zmr.am.wroc.pl. Karty zgł. uczestnictwa i doniesień naukowych oraz informacje: www.zmr.am.wroc.pl. Do 25 pkt. edukac.

- **13-14.10.06 r.** Kat. i Klin. Chirurgii Ogólnej i Endokrynologicznej Collegium Medicum w Bydgoszczy, UMK w Toruniu organizują II Konferencję Naukową: **Dostęp do łożyska naczyniowego – dializa, leki, żywienie.** W 40 rocznicę wytworzenia przetoki Brescia-Cimino. Przewidujemy sesje naukowe i warsztaty dla **lekarzy i pielęgniarów.** Informacje i rejestracja: www.dostepnaczyniowy.pl, lek. Paweł Wierzechowski, Kat. i Klin. Chir. Ogólnej i Endokrynologicznej Collegium Medicum w Bydgoszczy, UMK w Toruniu.

- **29.11-2.12.06 r.** Kraków. Katedra Ginek. i Położn. Wydz. Lekarskiego UJ Collegium Medicum, PT Ginekologiczne zapraszają na II Międzynar. Kongres **Kolposkopii i Patofizjologii Dolnego Odcinka Żeńskiego Narządu Płciowego** dla Krajów Europy Śr. i Wsch. Kongres poprzedzać będzie I Europejski Kurs Kolposkopii pod patronatem PT Kolposkopii i Patofizjologii Szyjki Macicy oraz Europ. Fed. Kolposkopii (EFC), w dn. 29.11-1.12.06 r. w auli Katedry Ginek. i Położn. CMUJ, ul. Kopernika 23, Kraków. Uczestnicy otrzymają Certyfikat Europejskiej Federacji Kolposkopii. Zgłoszenia do 30.09.br. Termin nadsyłania prac do 30.09.br. Informacje: Katedra Ginek. i Położn. UJ CM, ul. Kopernika 23, 31-501 Kraków, tel. 012-424-85-60, faks 012-424-85-84, e-mail: onkologia@gin.cm-uj.krakow.pl. Biuro Kongresu: Symposium Cracoviense ul. Krupnicza 3, 31-123 Kraków, tel. 012-422-76-00, faks 012-421-38-57, e-mail: info@symposium.pl, www.symposium.pl/kolposkopia

- **2006 r.** Centrum Edukacji **Ultrasonograficznej** – Cedus. Informacje i zgłoszenia: Szkoła-Cedus, ul. Fałata 2/24, 02-535 Warszawa, tel. 022-646-41-56, www.cedus.edu.pl, e-mail: cedus@edu.pl

- **16-18.05.07 r.** Łódź. VII Międzynar. Symp. **Proktologiczne.** Zgłoszenia: Komitet Organizacyjny, Klinika Chirurgii Ogólnej i Kolorrektalnej Uniwersytetu Med. w Łodzi, pl. Hallera 1, 90-647 Łódź, tel. 042-639-30-75, faks 042-639-30-76, www.ics.cn.pl, e-mail: chirurgia@chirurgia.umed.lodz.pl

u.bakowska@gazetalekarska.pl

Dobry zawód

Trudno właśnie teraz, przy obopólnym rozgoryczeniu lekarzy i pacjentów, proponować lekturę tej książki, która ukazała się niedawno nakładem Wydawnictwa „Znak”.

Ma ona przywrócić wiarę w sens i piękno zawodu lekarza niosącego ludziom ulgę w cierpieniu i nadzieję na coraz bardziej komfortowe i długie życie.

Książka jest rezultatem kilkuletniej pracy dwojga dziennikarzy, którzy zebrali wypowiedzi ponad dwudziestu luminarzy naszej medycyny. Książka tym cenniejsza, że występują w niej również ci, którzy niedawno odeszli, a trwają jeszcze we wspomnieniach wszystkich jako wzorzec postaw niezbędnych w zawodzie lekarza, jak prof. Jan Nielubowicz czy prof. Witold Rudowski.

Autorzy uznali, że najbardziej wyraziście sens, problemy i dylematy, a także dążenia i postawy jego przedstawicieli da się określić w gronie chirurgów. A cechy niezbędne dobrego chirurga, które wymienił jeden z pytanych, to odwaga, wytrzymałość, odpowiedzialność za życie i śmierć chorego, zdecydowanie. Ale czy to tylko cechy chirurga? Co jednak wyróżnia tę właśnie wybraną grupę od całej rzeszy lekarzy? To nie tylko upór w dążeniu do celu, który tutaj nazwany jest pasją, ale ustawiczne dokształcanie się, i nie

polegające tylko na aktualizacji wiedzy; nie bez znaczenia są też zdolności techniczne. Podkreślany jest ogromny skok w wielu dziedzinach medycyny w ciągu ostatnich trzydziestu lat z powodu wielkiego postępu technicznego w nauce.

Jest jeszcze inna cecha zawodu, którą nestorzy nazywają powołaniem; ono praktycznie wypełnia całe ich życie. Stale rosnące wymagania powodują, że chcą i muszą być lepsi.

Jest w tych szczerych, bardzo osobistych wypowiedziach bogactwo szczegółów związanych z samą materią zawodu, prawdy o relacjach lekarz – pacjent, radzenia sobie z obciążeniami (śmierć pacjenta, oczekiwania, że lekarz jest „dawcą nieśmiertelności” jak to nazwał jeden z rozmówców, współodczuwanie z pacjentem).

Forma, w jaką autorzy ujęli pytania, pozwala czytelnikowi wejrzeć także w portret psychologiczny tych znanych osobistości w świecie medycyny, ocenić wpływ historii i czasów aktualnych na życie i pracę lekarza. Szczególnie pasjonujące, a nawet anegdotyczne są opowieści jak to w polskich zgrzebnych warunkach lat osiemdziesiątych wprowadzano postęp w naukach medycznych. Wszystko opowiedziane piękną polszczyzną, oddającą entuzjizm zafascynowanych swym zawodem, zawsze z młodzieńczym łaknięciem wiedzy i optymizmem traktujących swoje zadanie luminarzy naszej medycyny.

I jeszcze coś, co jest może obecnie już zapomniane. Oni wszyscy wspominali jak ważna jest ciągłość i tradycja oraz fakt, że przed nimi są inni, starsi, od których się uczyli.

md

„Dobry zawód”. Z lekarzami rozmawiają Krystyna Bochenek i Dariusz Kortko. Społeczny Instytut Wydawniczy „Znak”, Kraków 2006, Wyd. I, 30-105 Kraków, ul. Kościuszki 37, s. 324.

@sculap.pl

Goniec Medyczny

dokńczenie ze str. 38

skutki niedawnego orzeczenia Sądu Najwyższego w sprawie ww. ustawy (w ubiegłym roku wydatki NFZ z tego tytułu wyniosły ok. 40 mln zł). • **Reklamy leków z... ostrzeżeniem przed nadużywaniem.** Nowe reklamy leków powinny także zawierać ostrzeżenia przed nadużywaniem promowanych środków – zakłada projekt nowelizacji prawa farmaceutycznego. W uzasadnieniu projektu Ministerstwo Zdrowia tłumaczy, że rodacy zaczęli łykać środki przeciwbólowe w olbrzymich ilościach, bez świadomości negatywnych skutków dla zdrowia. • **Ciemne interesy służb specjalnych w NFZ.** Prokuratura wszczyna śledztwo w sprawie spisku oficerów ABW przeciwko Michałowi Kamińskiemu, byłemu wiceszefowi NFZ. Według Kamińskiego dwóm dyrektorom NFZ, współpracującym ze służbami specjalnymi, zależało na usunięciu go z Funduszu, bo przeszkodził „różnym grupom interesów czerpiącym ogromne korzyści z obrotu lekami”. • **Nowa komora hiperbaryczna w siemianowickiej „oparzeniówce”.** Ruszył Ośrodek Hiperbarii Tlenowej w Siemianowicach Śląskich. Wskazania mi do stosowania tej metody leczenia są m.in. oparzenia, zatrucia (np. CO), martwica, zgorzel gazowa, zatory powietrzne, infekcje beztlenowcami, ciężkie uszkodzenia ciała ze zmiążdżeniem tkanek oraz trudno gojące się, przewlekłe rany. • **Cytat na dziś i jutro:** „Bądźmy kulturalni: Nie ząb za ząb i oko za oko ale dentysta za dentystę i okulista za okulistę!”. (Sławomir Mrożek „Kazania na Górze”).

Goniec Medyczny jest elektronicznym biuletynem informacyjnym, wysyłanym bezpłatnie raz w tygodniu na ponad 100 000 kont poczty elektronicznej polskich lekarzy i innych pracowników medycznych, zarejestrowanych w portalu Esculap.pl. Esculap.pl to portal medyczny, zawierający pełne teksty artykułów z kilkunastu polskich czasopism medycznych, bazę leków Pharmindex, giełdę pracy dla lekarzy oraz giełdę używanego sprzętu medycznego i podręczników. Współpracujemy z kilkunastoma towarzystwami naukowymi i uczelniami medycznymi oraz największymi polskimi wydawnictwami. Dostęp do wszystkich materiałów w portalu jest bezpłatny i wymaga jednorazowej rejestracji. Dodatkowo istnieje możliwość błyskawicznego założenia własnego konta poczty elektronicznej i strony WWW.

Serdecznie zapraszamy.

lek. **Jarosław Kosiaty**

redaktor naczelny portalu Esculap.pl

Dendrite International

www.esculap.pl

e-mail: jkosiaty@esculap.pl

Wydawnictwo Medyczne Urban & Partner

50-950 Wrocław, ul. M. Skłodowskiej-Curie 55/61,
tel. 071-328-54-87, 071-328-30-68, 071-328-30-69, faks 071-328-43-91,
e-mail: info@urbanpartner.pl, http://www.urbanpartner.pl

**Chirurgia**

Helen Sweetland, Kevin Conway

wyd. I pol. pod red. **Waldemara Kostewicza**, Wrocław 2006, s. 370
Podręcznik dla studentów medycyny i młodych lekarzy zawiera podstawowe wiadomości, które powinien przyswoić każdy lekarz pracujący na oddziale chirurgicznym. Opracowany i napisany przez studentów i nauczycieli akademickich. Liczne tabele, ryciny i zestawienia są pomyślane tak, aby zainteresować czytelnika i ułatwić mu przyswojenie treści. Temu celowi służą też pytania i odpowiedzi systematyzujące wiadomości oraz bibliografia przedmiotu. Tym tomem Wydawnictwo zachęca do zapoznania się z bardzo popularną na Zachodzie serią nowoczesnych podręczników zatytułowaną „Crash Course”.

**Opieka farmaceutyczna**

Objawy, rozpoznanie i leczenie

wyd. I pol. pod red. **Janusza Pluty**, Wrocław 2006, s. 238

Jasno skonstruowany i bogato ilustrowany przewodnik, który uczy farmaceutów w jaki sposób na podstawie informacji uzyskanych od pacjentów różnicować objawy choroby, ustalić które z leków dostępnych bez recepty można zastosować oraz rozpoznawać czynniki wskazujące na konieczność kierowania pacjenta do lekarza. Publikacja daje głębszy wgląd w stany łagodne, pokazuje jak je różnicować ze stanami poważniejszymi, które mogą mieć podobne objawy. Książka przeznaczona dla wszystkich farmaceutów.

**Sekrety ortopedii**

David E. Brown, Randall D. Neumann

wyd. I pol. pod red. **Artura Dziaka**, Wrocław 2006, s. 494

Publikacja opracowana przez 63 autorów ortopedów, traumatologów, radiologów i przedstawicieli innych specjalności zawiera praktyczną wiedzę umożliwiającą swobodne poruszanie się w natłoku informacji z zakresu chorób ortopedycznych i pogranicza ortopedii.

**Zapalenia wewnętrzne i błony naczyń**

seria Basic and Clinical Science Course. Część 9

wyd. I pol. pod red. **Zbigniewa Zagórskiego** Wrocław 2005, s. 322

Wydawana przez Amerykańskie Towarzystwo Okulistyczne seria składa się z 13 tomów: Aktualności medycyny ogólnej; Podstawy i najważniejsze zagadnienia okulistyki; Zasady optyki, refrakcji i soczewki kontaktowej; Patologia narządu wzroku i guzy wewnętrzne; Neurookulistyka; Okulistyka pediatryczna i zez; Oczodół, powieki i układ łzowy; Choroby aparatu ochronnego oka i rogówki; Zapalenia wewnętrzne i błony naczyń; Jaskra; Soczewka i zaćma; Siatkówka i ciało szkliste; Okulistyka na świecie.

Podręczniki tej serii są przeznaczone dla lekarzy specjalizujących się i praktykujących w zakresie szeroko pojętych zagadnień dotyczących okulistyki. Prezentowana publikacja uznawana jest za standard wiedzy okulistycznej. Informacje w niej zawarte są aktualizowane co dwa lata. Poszczególne rozdziały zawierają bogaty przegląd piśmiennictwa.

**5 minut konsultacji klinicznych**

wyd. II pol. **Mark R. Dambro**, Wrocław 2006, s. 1380

Podręcznik metodyczny opracowany według zasady maksimum treści – minimum słów. Obecne drugie wydanie jest tłumaczeniem dwunastej edycji oryginalnej. Zawarto w nim ponad tysiąc jednostek chorobowych omówionych alfabetycznie według nazw polskich. Jako kryterium doboru zastosowano częstość ich występowania. Jedną jednostką chorobową prezentowana jest na dwóch sąsiadujących stronach. Obejmuje: zwięzłą definicję, podane w punktach objawy podmiotowe i przedmiotowe, diagnostykę różnicową, badania diagnostyczne, leczenie i monitorowanie jego skuteczności, możliwy przebieg choroby, współwystępujące stany patologiczne oraz synonimy ułatwiające odnalezienie pokrewnych zaburzeń. Podręcznik przeznaczony dla lekarzy rodzinnych, lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej i klinicystów innych specjalności.

Podręcznik ma za zadanie przygotować kandydata do funkcji asystenta stomatologicznego w nowoczesnym gabinecie. Przekazuje szczegółową wiedzę potrzebną do profesjonalnego wykonywania zawodu nie tylko w aspekcie czynności klinicznych dla poszczególnych specjalizacji stomatologicznych lecz także takich zadań jak psychologia, socjologia, etyka, public relation oraz księgowość i finanse.

**Asystowanie w stomatologii**

Podręcznik dla asyst i higienistek stomatologicznych

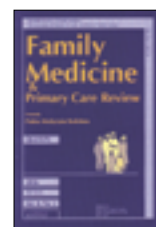
wyd. I pol. pod red. **Marka Bładowskiego**, s. 416

Podręcznik ma za zadanie przygotować kandydata do funkcji asystenta stomatologicznego w nowoczesnym gabinecie. Przekazuje szczegółową wiedzę potrzebną do profesjonalnego wykonywania zawodu nie tylko w aspekcie czynności klinicznych dla poszczególnych specjalizacji stomatologicznych lecz także takich zadań jak psychologia, socjologia, etyka, public relation oraz księgowość i finanse.

Ponadto nadesłano:**Polska Medycyna Rodzinna** kwartalnik

wyd.: **Polskie Towarzystwo Medycyny Rodzinnej** we Wrocławiu
styczeń-marzec, Wrocław 2006. Materiały na II międzynarodowe sympozjum naukowo-szkoleniowe „Człowiek przewlekłe chory i niepełnosprawny w praktyce medycyny rodzinnej” Jubileusz 20-lecia Katedry i Zakładu Medycyny Rodzinnej PAM w Szczecinie, 12-14 maja 2006 r. Szczecin,

kwiecień-czerwiec, Wrocław 2006 „Materiały na V Zjazd Polskiego Towarzystwa Medycyny Rodzinnej”, Warszawa 15-17 września 2006-05-24

**Wybrane zagadnienia z praktyki lekarza rodzinnego**

T. 7. Kardiologia, nefrologia, diabetologia, alergologia, pulmonologia, psychiatria, ginekologia, pediatria

pod red. **Andrzeja Steciwko**

Wydawnictwo Continuo, 53-505 Wrocław, ul. Lelewela 4

pok. 325, tel./faks 071-343-90-18 w. 223, 0601-774-733,

e-mail: wydawnictwo@continuo.wroclaw.pl,

www.continuo.wroclaw.pl Wrocław 2006, s. 264, cena 25 zł

Publikacja zawiera m.in. wytyczne postępowania w ostrych zespołach wieńcowych, leczenie zaburzeń lipidowych, cukrzycy typu 2, choroby wrzodowej żołądka i dwunastnicy, reumatoidalnego zapalenia stawów i choroby zwyrodnieniowej oraz łojotokowego zapalenia skóry. Zaprezentowano zasady antybiotykoterapii oraz zagadnienia pediatryczne: profilaktykę krzyżowej i problem alergii pokarmowej. Także tematy ginekologiczne i endokrynologiczne: hormonalna terapia zastępcza, profilaktyka nowotworów złośliwych żeńskich narządów płciowych i gruczołu sutkowego, przyczyny niepłodności męskiej, zatrucie ciążowe, ciekawy rozdział na temat seksualności kobiet. Znalazły też miejsce zagadnienia związane z astmą i POChP, przewlekłą niewydolnością nerek, a także problemu lęku i depresji oraz uzależnień. Tematy dobrano na podstawie sugestii lekarzy rodzinnych przekazywanych w czasie spotkań szkoleniowych i sympozjów.

**Mózgowe porażenie dziecięce**

Z doświadczeń trzyletniego programu rehabilitacyjnego

pod red. **Tadeusza Bobera i Krystyny Kobel-Buys**

Wydawnictwo Akademii Wychowania Fizycznego we Wrocławiu,

50-617 Wrocław, ul. Banacha 11, tel. 071-347-31-21,

faks 071-347-31-32, e-mail: wydawnictwo@awf.wroc.pl.

Wrocław 2006, s. 286, cena 25 zł

W monografii zawarto opis postępowania fizjoterapeutycznego i opis obserwacji psychospołecznych, somatycznych, motorycznych i biomechanicznych, na których tle zinterpretowano pod kątem neurologicznym wyniki 3-letniego kompleksowego programu usprawniania dzieci z mpd. W części teoretycznej przedstawiono dokładnie informacje na temat etiologii i przebiegu mpd, rozwoju psychomotorycznego dzieci dotkniętych tą chorobą oraz metody ich usprawniania. W części empirycznej znalazły się rozdziały opisujące sposób realizacji programu oraz analiza wyników badań 25 dzieci. Książka jest efektem badań zespołu specjalistów z różnych dziedzin – pracowników Centrum Rehabilitacji i Neuropsychologii „Celestyn” w Mikoszewie, Akademii Wychowania Fizycznego we Wrocławiu i Uniwersytetu Wrocławskiego. Publikacja ta stanowi uzupełnienie do wcześniej wydanych przez AWF Wrocław na ten temat książek pod red. prof. Ludwika Sadowskiej – Neurokinezyologiczna diagnostyka i terapia dzieci z zaburzeniami rozwoju psychoruchowego (2001) i Neurofizjologiczne metody usprawniania dzieci z zaburzeniami rozwoju (2004).

**Jesteś tym, co jesz**

Książka kucharska doktor Gillian McKeith

tłum. **Tomasz Norbert**

wyd. I, Poznań 2006, **Dom Wydawniczy REBIS**,

skr. poczt. 107, 60-950 Poznań 2,

tel. 061-860-48-72, faks 867-37-74,

e-mail: rebis@rebis.com.pl, www.rebis.com.pl,

s. 240, cena 47 zł

Autorka jest doktorem nauki o żywieniu. Tytuł ten uzyskała w American Holistic College of Nutrition w Stanach Zjednoczonych. Jest też dyplomowanym członkiem Centre for Nutrition Education w Wielkiej Brytanii. Książka jest kontynuacją znanego bestsellera „Jesteś tym, co jesz”, w którym autorka dzieli się z nami doświadczeniami i wiedzą opartą na wieloletnich badaniach ucząc nas jakie rodzaje pokarmu są najlepsze dla naszego organizmu i jakie artykuły żywnościowe pomogą nam schudnąć, utrzymać prawidłową wagę i zyskać więcej energii. Książka kucharska zawiera 150 przepisów na zdrowe i smaczne soki, koktajle, zupy, dania główne. Oprawa edytorska zachęca do przyswajania tej praktycznej i bardzo potrzebnej w życiu codziennym wiedzy.

