

6 2007

Gazeta Lekarska

ISSN 0867-2146
Pismo Izby Lekarskich

Egzemplarz bezpłatny

Warszawa, tel. 318 60 00, fax 318 63 00
owski.waw.pl www.szpitalczerniakowski.waw.pl



Nic się nie zmienia

REKLAMA

REKLAMA



Spokój za miliard

Ile właściwie powinien zarabiać lekarz? – zapytali dziennikarze Jarosława Kaczyńskiego. „Ja też zarabiam mniej niż kanclerz Niemiec czy premier Francji” – odpowiedział nasz premier. Krzysztof Bukiel irytuje się, że rząd chce wmówić społeczeństwu, że lekarze chcą zarabiać tyle, co ich koledzy na Zachodzie. A przecież średnia płaca w administracji, obecnie 3377 zł brutto, dla ogromnej rzeszy lekarzy jest wciąż poziomem marzeń. Idzie o jeden miliard zł na podwyżki dla lekarzy w tym roku i obietnicę wzrostu nakładów na ochronę zdrowia do 6 proc. PKB. Wbrew obliczeniom publikowanym przez rząd, kwota ta wystarczyłaby na wzrost wynagrodzeń wszystkich lekarzy o ok. 2 tys. miesięcznie już w bieżącym roku – czytamy w oświadczeniu Prezydium NRL. – Nie ma mowy, aby lekarze otrzymali podwyżkę – powiedział prezydent Lech Kaczyński. Powtórzył, że kilka miesięcy temu „była najwyższa podwyżka w historii polskiej służby zdrowia po 1989 r.” – Jeżeli po kilku miesiącach wybuchą strajk, to nie można tego traktować jako rzecz normalną i oczywistą – podkreślił Lech Kaczyński. Bukiel odrzucił zarzuty, że strajk ma charakter polityczny. Przypomniał, że OZZL w ciągu 15 lat działalności wiele razy podejmował starania o lepsze warunki w służbie zdrowia. Minister Gilowska odsyła lekarzy po podwyżki do szpitali, zapominając, że dyrektorom nie dała na nie ani grosza. Opozycja zaciera ręce, jej liderzy mizdrzą się przed kamerami, nie szczędząc wszystkim pouczeń, za którymi czai się ocean ogólników, a więcej pieniędzy jak nie było tak nie ma.

Jeżeli policzy się wszystkie prace dodatkowe lekarzy, to ich dochody wcale nie są tragicznie niskie – mawiają ci, którzy lubią zaglądać przy każdej okazji lekarzom do kieszeni. Tymczasem notorycznie niewyspanym lekarzom chodzi o to, by nie pracować po czterysta godzin miesięcznie na trzech etatach.

Bezterminowy strajk absencyjny trwa od 21 maja. Rząd, usiłując przeczekać, gra na podział w służbie zdrowia. Stara się poróżnić lekarzy z pielęgniarkami, lekarzy z pacjentami, wreszcie lekarzy z lekarzami. Medycy zerwali rozmowy z rządem. Trwa wymiana ognia między porywczymi liderami związkowymi a rządem, który rzuca do boju coraz to nowe strzelby. „Nie damy się odrzeć z godności. Jeśli nie będzie podwyżek, odejdziemy z pracy” – mówił rozgoryczony Tomasz Underman, wiceprzewodniczący OZZL. Prof. Piotr Kruszyński, autorytet prawniczy uważa, że gdyby wszyscy lekarze wzięli urlop na żądanie, to można by postawić im zarzuty podżegania, narażania na niebezpieczeństwo i nieudzielenia pomocy. Zabrakło chyba tylko ostrzeżenia przed obaleniem ustroju siłą.

W szpitalach przygotowanych do podjęcia strajku trudno było w maju odnaleźć atmosferę walki. Zawisło sporo plakatów, rozdano trochę ulotek, ale wśród lekarzy dominował raczej brak wiary w zmiany niż rewolucyjna determinacja. W wielu miejscach nie podjęto żadnej poważniejszej akcji, bo nikt nie chciał stanąć na jej czele. Na szpitalnych korytarzach i w punktach rejestracji pacjentów nie czuło się najmniejszego podenerwowania.

Coraz więcej lekarzy uważa, że traktowani przez władzę publiczną jak piąte koło u wozu nie mają innego wyjścia jak tylko wyjechać albo zwolnić się z pracy w publicznych zakładach opieki zdrowotnej i jeszcze raz spróbować wziąć sprawy w swoje ręce. Judym też był lekarzem prywatnie praktykującym – przekonuje Tomasz Niwiński, jeden z liderów OZZL na Śląsku. Czy zarobią więcej na swoim? Lekarze z Tych podczas godzinnego happeningu pokazali, że za mycie szyb samochodowych na skrzyżowaniach można zarobić więcej niż na sali operacyjnej. Zgrzytanie zębami nie zawsze bywa dobrym doradcą. Rząd ma swoje priorytety: lustrację i rozprawienie się z korupcją. Czy przypomni sobie o zdrowiu Polaków, kiedy zbiorowo upomną się o nie lekarze?

Marek Stankiewicz
naczelnny@gazetalekarska.pl

W numerze między innymi

Nic się nie zmienia	4-7
Okiem Prezesa	5
Zgodnie z powołaniem	6-9
Są już płatne urlopy szkoleniowe!	10
Nie leczymy zmarłych	11
Zasapany dowcip	12-13
Wystąpili w swojej sprawie	14-15
Kłamstwa o korupcji lekarzy	18-20
TVN Med. bezpłatnie w Internecie	21
Czas na telemedycynę	22-23
Koniec ery ordynatorów?	24-25
Jestem zwolennikiem systemu konsultanckiego	26
Przychodzi lekarz do prawnika	28-29
Zachorowanie poza granicami kraju	30-31
Zjazdy Lekarzy i Przyrodników Polskich, czyli o potrzebie dialogu	34-36
Epidemia leczyć	37
Lekarski sport	38-39
Kalendarz: kursy, szkolenia, zjazdy	40-41
Książki nadesłane	42-43
Praca: konkursy, zatrudnię, szukam	45-56
Ogłoszenia różne	57-60
Program TVN Med.	61
Biuletyn NRL	

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

Nic się nie zmienia

Agnieszka Katrynicz

Ogólnopolski Związek Zawodowy Lekarzy po raz kolejny zorganizował protest lekarzy. Postulaty powtarzane są przez środowisko od lat, a protest zapowiadano już w zeszłym roku.

Tylko dla porządku przypomnijmy – lekarze domagają się natychmiastowego podwyższenia płac do wysokości dwóch średnich pensji krajowych dla lekarza bez specjalizacji i trzech pensji krajowych dla lekarza ze specjalizacją, czyli do poziomu (odpowiednio) 5 i 7,5 tys. zł brutto oraz płatnego urlopu szkoleniowego w wymiarze 14 dni rocznie.

Oprócz tego OZZL chce zagwarantowania procentowego wzrostu nakładów na ochronę zdrowia do 5 proc. PKB w 2008 r. i 6 proc. PKB w 2009 r. (obecnie jest to 4 proc.) oraz prywatyzacji publicznych zakładów opieki zdrowotnej. – Dość wyzysku – powtarzają związkowcy. – Zależy nam na efektywnym systemie, bez korupcji i niepotrzebnie tworzonych kolejek – podkreślał Krzysztof Bukiel, przewodniczący OZZL. – Chcemy wreszcie, by rząd zaczął traktować nas poważnie.

Pełne poparcie

W różnych sondażach przeprowadzanych na zlecenie gazet codziennych poparcie pacjentów dla protestu lekarzy wahało się od 40 do 60 proc.



Warszawski szpital na Banacha: pacjenci zrozumieli, że ten strajk nie jest przeciwko nim

To dużo i warto to podkreślić. Tym samym żadnym sensacjom mediom przypadł najlepszy temat – źli pacjenci. Pojedyncze doniesienia o nieudzielaniu pomocy w sytuacji zagrożenia życia na czas najczęściej okazywały się zwykłym naciąganiem faktów. – Cieszymy się, że pacjenci zrozumieli, iż ten strajk nie jest przeciw nim – mówi Zdzisław Szramik, przewodniczący regionu podkarpackiego OZZL. – Ale, że walczymy także o możliwość lepszej opieki nad nimi.

Warto w tym miejscu przypomnieć niedawny sondaż CBOS, z którego wynika, że ponad połowa Polaków (58 proc.) jest niezadowolona z tego, jak funkcjonuje opieka zdrowotna. Większość ankietowanych narzekała przede wszystkim na dostęp do lekarzy specjalistów oraz badań i zabiegów – a jak podkreślają strajkujący - zwiększenie finansowania systemu może pomóc zmniejszyć te niedogodności. Jed-

nocześnie 75 proc. Polaków sądziła, że pacjenci są traktowani przez lekarzy z życzliwością i troską.

Europejskie poparcie

Zrozumienie i poparcie dla protestu wyraziła też Europejska Federacja Lekarzy Etatowych (FEMS). W przyjętej w połowie maja rezolucji czytamy: „FEMS zdecydowanie popiera działania OZZL zmierzające do poprawy statusu lekarza w Polsce, w tym zwłaszcza wynagrodzeń lekarskich. Jest zdumiewające i skandaliczne, że lekarz w Polsce, zatrudniony w publicznym szpitalu zarabia za godzinę pracy tyle, co robotnik budowlany. Takie relacje płac są absolutnie nie do pomyślenia i nie do zaakceptowania w innych krajach.”

Próba sił

Akcja rozpoczęła się 10 maja protestem ostrzegawczym, podczas którego szpitale pracowały jak podczas ostrego dyżuru. 21 maja rozpoczął się strajk bezterminowy. Według szacunków Krzysztofa Bukiela, przewodniczącego OZZL, w proteście wzięły udział 203 placówki. W czasie trwania protestu dołączały kolejne. Wszystko dlatego, że OZZL dbał, by wszystkie protesty odbywały się legalnie. Oznacza to, że lekarze musieli najpierw wejść w spór zbiorowy z dyrekcją swojego ZOZ-u, przeprowadzić negocjacje i dopiero kiedy te nie przyniosłyby skutku – rozpocząć protest. Dlatego np. placówki regionu łódzkiego nie przystąpiły do strajku – nie zakończono tam całej procedury. Z kolei w kujawsko-pomorskim, gdzie także nie protestowano, większość lekarzy pracuje na kontraktach, więc nie mogą wchodzić

w spory zbiorowe. Normalnie pracowały też oddziały onkologii, urazowe, kardiologii interwencyjnej, kardiologii i stacje dializ. Specyficznie przebiegał też protest w szpitalach dziecięcych – większość z nich pracowała normalnie, ale przez godzinę – dwie dziennie lekarze odchodzili od łóżek pacjentów.

Najwięcej placówek protestuje na Podkarpaciu (około 80 proc.), Śląsku i w Małopolsce. – To pokazuje jak wielka determinacja jest w środowisku – mówi Niwiński, przewodniczący regionu śląskiego.

Brak kompromisu

Minister Zbigniew Religa obiecuje lekarzom, że w kolejnych latach ich pensje

będą rosły o 15 proc. rocznie, zaczynając od 2008 r. – Nas to nie satysfakcjonuje. Chcemy podwyżek jeszcze w tym roku, tym bardziej że NFZ ma 1 mld zł nadwyżki – podkreśla Bukiel. – 15 proc. podwyżki rocznie oznacza, że do poziomu dwóch średnich krajowych doszlibyśmy w ciągu 15 lat – dodaje Sławomir Zimny, przewodniczący regionu łódzkiego.

Determinacja protestujących rosła wraz z kolejnymi (nieudanymi) próbami rozmów z rządem. Przedstawiciele OZZL wyszli ze spotkania z kierownictwem resortu zdrowia, gdy okazało się, że zaproszono na nie także OPZZ, „Solidarność” i Ogólnopolski Zwią-

dokończenie na str. 7

Stanowisko

Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej

Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej z niepokojem obserwuje sytuację w ochronie zdrowia związaną ze strajkiem lekarzy.

Prezydium przypomina, że postulaty płacowe zgłaszane przez Ogólnopolski Związek Zawodowy Lekarzy są jednoznaczne z oczekiwanym poziomem minimalnych wynagrodzeń lekarskich określonym przez VIII Krajowy Zjazd Lekarzy w 2006 r. Jednocześnie Prezydium stwierdza, że możliwa jest praktycznie natychmiastowa realizacja kompromisowej propozycji OZZL sfinansowania wzrostu wynagrodzeń z rezerwy 1 mld zł powstałej w Narodowym Funduszu Zdrowia w 2006 r. Wbrew obliczeniom publikowanym przez Rząd, kwota ta byłaby wystarczająca na zwiększenie wynagrodzeń wszystkich lekarzy o około 2000 zł miesięcznie już w bieżącym roku. Nie zmienia to oczywiście konieczności zwiększenia publicznych nakładów na ochronę zdrowia w następnych latach tak, aby w jak najkrótszym czasie było możliwe dojście do minimalnego w Unii Europejskiej poziomu tych nakładów w wysokości 6% PKB.

Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej stanowczo stwierdza, że takie rozwiązanie umożliwi szybkie zakończenie strajków i zapewni już w niedługim czasie podwyżkę wynagrodzeń wszystkich pracowników medycznych, a także ograniczenie wszystkich problemów z dostępem Polaków do nowoczesnej opieki zdrowotnej. Prezydium zwraca się do władz Rzeczypospolitej o poważne potraktowanie lekarskich protestów i natychmiastowe podjęcie działań mających na celu szybkie zwiększenie nakładów na ochronę zdrowia, a także rzeczywistych kroków w kierunku reformy systemu ochrony zdrowia.

Mariusz Janikowski
sekretarz

Konstanty Radziwiłł
prezes

Okiem Prezesa



Strajk. W zasadzie od dawna było wiadomo, że musi do niego dojść. Ale też mieliśmy trochę nadziei, że przynajmniej jakiś sygnał ze strony rządu doprowadzi do sytuacji, w której przynajmniej jeszcze na pewien czas będzie można wstrzymać maszynę strajkową. Niestety, rząd do ostatniej chwili zachowywał się, jakby liczył, że stanie się cud i sprawy same rozejdą się po kościach. Temu oczekiwaniu towarzyszyły zmasowane, przynajmniej w części mające swoje źródło w instytucjach państwowych, przejawy szkalowania środowiska lekarskiego oskarżanego skwapliwie przez liczne media o wszystkie grzechy świata. Nie powiodła się akcja dezawuowania żądań lekarzy. Obecnie mamy w Polsce do czynienia z niespotykaną od dawna akceptacją społeczną dla podwyżek wynagrodzeń lekarskich (także poprzez zmniejszenie wydatków NFZ na kontraktowanie świadczeń zdrowotnych, podwyższenie składki na powszechne ubezpieczenie zdrowotne, a nawet wprowadzenie dopłat do świadczeń).

Co będzie dalej? Ogólnopolski Związek Zawodowy Lekarzy oczekuje jeszcze w tym roku podwyżki dla lekarzy zamykającej się kwotą 1 miliarda zł do końca roku z rezerwy NFZ (tzn. średnio około czterech tysięcy zł miesięcznie na głowę) z jednoczesnym przyrzeczeniem zwiększania publicznych nakładów na ochronę zdrowia w następnych latach tak, aby w przyszłym roku osiągnęły one 5, a w 2009 6% PKB (minimalny poziom w UE). Rząd proponuje gwarancje zachowania ubiegłorocznych podwyżek po 1 stycznia 2007 r. i dodatkowo około 15% wzrost wynagrodzeń w przyszłym roku. Jednocześnie, wspierany przez organizacje innych zawodów medycznych, zapowiada, że nie ma możliwości objęcia podwyżkami samych lekarzy. W praktyce żądania OZZL oznaczają wydanie z kasy NFZ 1 miliarda zł w 2007 r. (pieniądze te już tam są) i dodatkowy wzrost nakładów na ochronę zdrowia w wysokości 10 miliardów zł w 2008 r. i kolejne 10 miliardów zł w 2009 r. (przy obecnym wzroście gospodarczym mogłoby to być sfinansowane w całości z dodatkowych przychodów budżetu). Obietnice rządowe są raczej zapowiedzią nie robienia niczego, ponieważ ze względu na wzrost składki wynikający ze spadającego bezrobocia i wzrastających płac w całej gospodarce 15-procentowy wzrost wynagrodzeń osiągnąć można nic nie dokładając do systemu. Czy jest możliwy kompromis? Jestem pewien, że tak; być może Czytelnik na początku czerwca będzie już to wiedział na pewno. Ja jednak już dziś, wierząc, że do porozumienia dojdzie, ubolewam, że, jak zwykle, władze czekają z ofertami poprawy sytuacji pracowników do ostatniej chwili. Nie jest to najlepszy sposób rozwiązywania problemów.

Chciałoby się, aby przy okazji wszcząć poważną debatę publiczną na temat takich zmian systemowych jak konieczność decentralizacji NFZ, a następnie dopuszczenia konkurencyjnych niepublicznych ubezpieczycieli do rynku powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego. Dobrze byłoby przy tej okazji powrócić do rozważenia wprowadzenia pomysłu bonu zdrowotnego, dopuszczenia do możliwości udzielania świadczeń przez wszystkie podmioty spełniające wymogi (tzn. zastąpienie konkursu ofert kontraktami otwartymi) oraz wprowadzenia dopłat bezpośrednich do świadczeń zdrowotnych, z jednoczesnym wprowadzeniem osłon dla najbiedniejszych. Czy w opanowanym przez populistów życiu publicznym jest to w ogóle możliwe?

Nadal zbieramy podpisy pod obywatelskim projektem ustawy „podwyżkowej”, a także kontynuujemy akcję „Nie biorę – chcę normalnie zarabiać”. Wszystkim, którzy wzięli żywy udział w dyskusji na ten temat – popierając lub gromiąc pomysł – serdecznie dziękuję. Gorąco zachęcam, aby niezależnie od strajków solidarnie włączać się do środowiskowych działań pokazujących naszą jedność i determinację w przywiązaniu do podstawowych zasad z jednej, a dążeniu do realizacji naszych praw z drugiej strony.

Konstanty Radziwiłł



Bukiel: Rozmowy z innymi związkami obniżają naszą zdolność negocjacyjną.

Zgodnie z powołaniem

Akcja **NIE BIORĘ**, zapoczątkowana w marcu przez młodych lekarzy warszawskich, nabiera rumieńców. Jedni ją żarliwie krytykują i próbują zmiażdżyć inwektywami, inni są dumni, że ktoś wreszcie przerwał milczenie.

Nasz czytelnik Andrzej M. z Konina uważa, że prawo do moralizowania mają jedynie ci lekarze, którzy nie tylko sami są wzorem cnót, ale też utrzymują siebie i swoją rodzinę z lekarskiej pensji. – Postępowanie zgodne z powołaniem lekarskim obowiązuje wszystkich nas bez względu na to, jak komu się wiedzie. Bieda zaś nie upoważnia nikogo do zachowań ani nieetycznych, ani tym bardziej nielegalnych – wyjaśnia **Konstanty Radziwiłł**.



Jeśli tak się będzie traktować lekarzy, niedługo nie będzie miał kto nas leczyć – ostrzega media doc. Joanna Mader, kierownik Kliniki Rehabilitacji Psychiatrycznej w Warszawie.

Wielu naszych czytelników, często rozgoryczonych nagonką i podłym traktowaniem, nie radzi sobie z dylematem: jak utrzymać rodzinę za pensję szpitalną i dyżury. Czy żona lekarza powinna poszukiwać sobie intratnej pracy w firmie farmaceutycznej? – pyta **Maciej Michalik**, chirurg z Wejherowa.

76% lekarzy twierdzi, że nie wstydzi się nosić znaczka NIE BIORĘ wpiętego w kłapę. Inicjator akcji **Paweł Jezierski**, rezydent na neurologii, demonstracyjnie po-

darł na strzępy symboliczną kopertę. Ma nadzieję, że ten symbol zniknie z myślenia o polskich lekarzach, którzy czują się zaszczuci. Jest nam z tym bardzo źle – powiedział na konferencji prasowej w Naczelnej Izbie Lekarskiej. Gesty są cenne, ale liczą się czyny. Co to znaczy zarabiać normalnie? Przede wszystkim uczciwie, na miarę talentu, wykształcenia i zaangażowania – wyjaśnił **Paweł Jezierski** i pokazał swój odcinek płacowy z sumą 1159 zł na rękę. Minimalna płaca lekarza nie powinna być niższa niż 5 tys. zł lub 33 zł za godzinę – dodał **K. Radziwiłł**.

– Ja zarabiam normalnie, i to wcale nie mało, tyle że kończę pracę codziennie po 22.00 – opowiada nam **Grzegorz Luboński** z Centrum Onkologii w Warszawie. – Chcę mieć po prostu porządną pensję – irytuje się nasz rozmówca.

Jeśli tak będą traktowani młodzi lekarze, niedługo nie będzie miał kto nas leczyć – ostrzega doc. **Joanna Mader**, kierownik Kliniki Rehabilitacji Psychiatrycznej w Warszawie. Twierdzi, że dzięki wspaniałym lekarzom i mistrzom Instytut Psychiatrii i Neurologii nigdy nie miał problemów z łapówkami.

Czy można nie popierać akcji młodych ludzi, którzy mówią: jestem uczciwym i porządnym człowiekiem i nie wiem co to korupcja? – zastanawia się prof. **Bohdan Maruszewski**, kardiochirurg dziecięcy z Warszawy. Przecież to jest wołanie o godność i możliwość doskonalenia się w takich warunkach, na jakie zasługuje lekarz. To nie jest godne życie, kiedy po 6 latach studiów przyszłość młodego człowieka zależy od stanu materialnego jego rodziców – odpowiada profesor.



Akcję popiera i wspomaga samorząd lekarski. Chcemy dowiedzieć, że lekarze nie są bandą nieuczciwych nieuków, którzy tylko patrzą, gdzie by tu dorobić na lewo – przekonuje spokojnie **Konstanty Radziwiłł**. Tą właśnie akcją chcemy pokazać społeczeństwu, że dziękować lekarzom można i wypada, ale nie przy pomocy koperty. Symboliczne kwiaty lub czekoladki nie przekraczają granicy dobrego smaku. Innym adresatem akcji jest środowisko lekarskie, w którym także można spotkać patologię i korupcję. Chcemy stworzyć taką atmosferę, aby lekarze odważniej bronili się przed tymi, którzy ulegają takim pokusom. Nie wystarczy twierdzić, że się nie bierze. Trzeba i warto pokazać, że nie chcemy, aby cień tych, którzy biorą, padał właśnie na nas – wyjaśnia prezes.

Zdaniem **Radziwiłła** trzecim adresatem akcji jest władza, która powinna zrozumieć, że nie da się w XXI w. w Europie zapewnić zdrowia obywatelom bez zasadniczo większych nakładów na ochronę zdrowia.

Postęp akcji można obserwować na www.wspieramlekarzy.pl

ms

Jak się utrzymać?

Poruszony do żywego wywiadem z prof. **Bohdanem Maruszewskim** w majowej „Gazecie” („Lekarz nie może być nędzarzem”, „GL” nr 5/2007) pytam Pana Profesora: jak za pensję szpitalną i dyżury mam utrzymać rodzinę, zwykły, prosty doktor nauk medycznych, którego żona jest zwykłą lekarką w polskim szpitalu. Czy żona moja powinna poszukiwać pracy w firmie farmaceutycznej? Ale przecież według mediów oraz rządzących Polską te firmy zajmują się głównie korumpowaniem lekarzy? Mam więc dylemat moralny. Czy my, zwykli lekarze polscy, powinniśmy nakłaniać nasze żony, by na nas zarabiał? Ale czy to z kolei będzie poprawne politycznie?

Maciej Michalik, Wejherowo

dokończenie na str. 8

Nic się nie zmienia

dokończenie ze str. 5

zek Zawodowy Pielęgniarek i Położnych. Przedstawiciele OZZL nie przybyli również na rozmowy z wicepremierem **Przemysławem Gosiewskim**. Jak tłumaczyli, nie godzą się na rozmowy w gronie przedstawicieli innych związkowców, bo ci ostatni nie przyłączyli się do trwającego od poniedziałku protestu. – Zawiadomiliśmy inne związki o naszej akcji. Mogli się przyłączyć, ale odmówili – mówi **Niwiński**. – Rozmowy z innymi związkami obniżają naszą zdolność negocjacyjną. Rząd liczy, że skłóci nasze środowisko – podkreśla **Bukiel**.

Jednak **Ogólnopolski Związek Pielęgniarek i Położnych** także zapowiedział protest, domagając się 3 tys. zł minimalnej pensji.

OZZL podjął uchwałę, w której mówi o zaostreniu protestu tak, by stał się uciążliwy dla administracji (nie będą wypełniać dokumentacji do NFZ i wystawiać zwolnień lekarskich).

Jednocześnie związek przeprowadzi ankietę w szpitalach w sprawie gotowości lekarzy do masowych zwolnień z pracy. Według szacunków związku gotowych do zwolnienia się jest ok. 60 tys. lekarzy. – Dalszych ustępstw nie będzie, nie damy sobie odebrać poczucia podmiotowości – mówi **Szramik**. – Mówimy o naszych problemach od 2005 r. i nic się nie zmieniło.

Agnieszka Katrynicz



Paweł Jezierski demonstracyjnie podarł na strzępy symboliczną kopertę

Zgodnie z powołaniem

dokończenie ze str. 6

Drogi Panie Doktorze,

Udzielając wywiadu „Gazecie Lekarskiej” nie miałem zamiaru doradzać, jak rozwiązać problemy swojej rodziny, a zwłaszcza polskiej służby zdrowia. Nie wyobrażałem sobie jak można nie poprzeć akcji młodych lekarzy walczących o godne warunki wykonywania zawodu, możliwość uczenia się, a tym bardziej godnego i uczciwego pełnienia swojej misji zawodowej.

W tej akcji podoba mi się jednoznacznie negatywne odniesienie się do korupcji i jednocześnie żądanie przyzwoitego traktowania przez kraj, który nas wykształcił.

Wszyscy codziennie stajemy przed rozmaitymi dylematami moralnymi, czasem bardzo trudnymi, ale przysięga, którą składaliśmy, nic, niestety, nie wspomina o tym jak nas będą traktować w zamian za godne wykonywanie naszych powinności wobec pacjentów. Zgadzam się z Panem, że jesteśmy stawiani w sytuacjach, na które nie zasługujemy. Jestem przekonany, że często tracą na tym chorzy. Nie mam innej recepty niż właśnie popieranie i inicjowanie takich akcji jak ta.

Moja osobista sytuacja nie ma tu nic do rzeczy, ponieważ przez przeważającą część życia zawodowego było mi równie ciężko jak większości ciężko i uczciwie pracujących młodych lekarzy w Polsce. To przypadek sprawił, że dzięki pracy mojej żony teraz żyje mi się łatwiej. Mimo wszystko nie żałowałem nigdy i nie żałuję decyzji sprzed dwudziestu lat o powrocie do kraju i pracy w Polsce, choć proponowano mi pracę za granicą.

Mam nadzieję, że również mój syn będzie mógł pracować godnie za należne statusowi lekarza zarobki. W końcu dla tego młodzi ludzie w wielu krajach idą na medycynę, że wiedzą, iż ten zawód, choć ciężki i wymagający wielu wyrzeczeń, da im prestiż społeczny i zapewni dostatnie życie.

Jeszcze kilka słów na temat prestiżu. Jest, moim zdaniem, wielkim błędem polityków i niestety mediów, że do degradacji ekonomicznej dokładają jeszcze ostatnio degradację prestiżu naszego zawodu. To krótkowzroczne i szkodliwe społecznie myślenie, za które płacą głównie pacjenci. Podważenie zaufania i szacunku do lekarza powoduje takie konsekwencje jak utrata poczucia bezpieczeństwa i takie dramaty jak ostatnia zapaść polskiej transplantologii.

Nie mam więc żadnej rady dla Pana, Panie Doktorze. Myślę, że jesteśmy, wszyscy lekarze, w tej samej sytuacji. Jeśli przypadkowo nie cierpimy z powodów ekonomicznych będąc uczciwymi ludźmi, to i tak doznajemy upokorzenia z powodu traktowania nas w sposób, na jaki nie zasługujemy ani my, ani nasi pacjenci.

Jestem przekonany, że o przyzwoite traktowanie, tak jak wszyscy ludzie, musimy walczyć, jednoznacznie odcinając się od tego, co naganne i żądając szacunku należnego naszemu zawodowi, w tym szacunku wyrażanego godnymi naszej pracy zarobkami. Serdecznie Pana pozdrawiam i życzę nam oraz wszystkim naszym Kolegom powrotu do normalności.

Bohdan Maruszewski

Służba zdrowiu

Wróciłem ze Stanów Zjednoczonych po 11 latach pobytu. My sami, jako środowisko lekarskie w Polsce, jesteśmy rozdarci między „służbę zdrowiu” a „świadczeniami zdrowotnymi”. Jeszcze na szczęście jesteśmy rozdarci! Na Zachodzie już to rozwiązano. To już jest biznes. Jeżeli społeczeństwo się starzeje, to się trochę tych bardzo starych „zutyliczuje”. Choć jesteśmy biedniejsi, zastanówmy się jednak, co mamy. Bo są sprawy, na które nie ma ceny. Ich utrata jest niepowetowana. Widziałem to na własne oczy. Wierzę, że nasze środowisko i nasza medycyna znajdzie swoją własną drogę do uczciwego współistnienia i współzależności między lekarzem i pacjentem, między służbą i zapłatą.

Marek Karpiński, Kraków

Warto...

Całym sercem jestem z Wami! Myślę, że warto byłoby udostępnić znaczki NIE BIORĘ do ściągnięcia z Internetu. Sam chętnie wydrukowałbym go sobie i powiesił na drzwiach od gabinetu.

Piotr Zorga

Gratulacje

Gratulacje dla Pawła Jezierskiego za odwagę. Można mieć różne zdania na ten temat, ale jedno jest pewne. Medialnie jest to bardzo dobra akcja nastawiona na poprawę wizerunku lekarzy i ich odbioru przez pacjentów. To świetna okazja, aby pokazać, że tak naprawdę są to głównie lekarze tzw. ustawieni i na stanowiskach, a w dodatku jest to tylko niewielka grupa psująca reszcie opinie.

Ślawomir Józefowicz, Toruń

Dosyć nagonki

NARESZCIE jakaś rozsądna akcja. Pracuję od 6 lat jako lekarz dentysta. Wiele razy miałam tzw. okazję do wzięcia pieniędzy lub prezentu za zrobienie np. „lepszego” protezy lub szybsze przyjęcie, ale tego nie zrobiłam. Frajerstwo? Nie! Wolę normalne zasady rozliczenia! Przecież jest jasno określone, co przysługuje pacjentowi w ramach kontraktu z NFZ. Jeżeli pacjent chce i ma taką możliwość finansową, może wybrać leczenie prywatne. Mam dosyć udowadniania, że nie jestem wielbłądem na wszelkich uroczystościach rodzinnych lub spotkaniach ze znajomymi. Staram się bronić środowisko lekarskie, ale ludzie są nie do przekonania. Chyba nie powinienam się wstydzić, że jestem lekarzem. Dosyć tej nagonki.

medwik@interia.pl

Neojudym. Jak długo?

A może by tak?...

1) Odszukać pacjentów i rodziny pacjentów, którym prof. Religa robił przeszczepy i inne zabiegi i zapytać „Czy brał?”

2) Niech prof. Maruszewski poda swoje i żony zeznania podatkowe za ostatnie 10 lat, poda miejsce pracy żony. Niech poda receptę na życie za lekarsko-farmaceutyczne pensje w latach 1980-1990.

Chcę osiągnąć dochody równe średniej krajowej.

Młody lekarz

Oburza mnie

Oburza mnie pomysł piętnowania lekarzy czerwonymi nalepkami z hasłem „Nie biorę, chcę zarabiać normalnie”. Jaką informację dla pacjentów ma nieść ta nalepka? Czyż nie taką, by szukał lekarzy tak właśnie oznakowanych, bo pozostali pewnie biorą w kieszeń. I czy nie jest to przesłanie, że oto następuje „odnowa moralna” całkowicie zdegenerowanej społeczności lekarskiej, pośród której tylko nieliczni mają czyste ręce i czują misję naprawy swoich kolegów? A przecież lekarze nie tylko o korupcję są oskarżeni – również o działanie na szkodę pacjenta, o zabijanie, o niedouczenie. Czy mamy na swoich fartuchach, samochodach, drzwiach gabinetów nakleić również znaczki z napisem: „Nie zabijam”, „Nie szkodzę”, „Nie jestem konowalem”?

Piętnując się haniebnymi naklejkami wzbudzamy w ludziach poczucie, że sami siebie uważamy za wyjątkowo zepsutą grupę zawodową. A ja wcale tak nie uważam! Widzę w swoich kolegach lekarzach dobrych fachowców, ambitnych, mądrych i troskliwych ludzi, którzy swój czas i siły poświęcają w przeważającej części pacjentom właśnie, nie sobie ani swoim rodzinom.

Kadra profesorska ma w swoich ustach pełno górnołotnych hasel o oddaniu, poświęceniu, misji, czystości, czy jednak którykolwiek z profesorów, np. profesor Bohdan Maruszewski, walczył o to, by obowiązkowe i fakultatywne kursy szkoleniowe głównie dla młodych lekarzy nie były wydatkiem rujnującym rodzinny budżet? Czy profesorowie wyobrażają sobie, że łatwo wysupłać z lekarskiej kieszeni ok. 600 zł na jedno tylko tygodniowe szkolenie, gdy zarabia się 1200 zł miesięcznie? Dlaczego nestorzy naszego zawodu nie zaczną od tej części nalepki: „chcę zarabiać normalnie”? Znacznie trudniej zacząć od tej strony, prawda, panie profesorze Maruszewski? Niestety, nie każdy lekarz może liczyć na finansowe wsparcie współmałżonka lub rodziny; zresztą mając 30-40 lat chciałby wreszcie sam się utrzymywać.

Prześciancie wzbudzać w nas poczucie winy hasłem o „powołaniu lekarza”, bo nikt z nas, lekarzy, o tym powołaniu nie zapomina. Zaczniemy traktować naszą pracę tak jak profesjonalną usługę, za którą należyna jest proporcjonalna zapłata. Śmieszne jest bowiem, by za poradę lekarską lekarz otrzymał kilka złotych, podczas gdy „poradę” hy-

draulika szacuje się co najmniej na 50 zł. A nalepki „Nie biorę” przyklejacie nie tym, którzy sporadycznie przyjmują kwiaty i czekoladki, a raczej tym, którzy na państwowych posadach defraudują setki tysięcy złotych polskich, złotych pochodzących także z podatków płaconych przez lekarzy.

Ewa Obtulowicz, ortopeda

Dokonajmy osobistych rachunków sumienia

Szanowny Panie Redaktorze, z wielką radością Pana felietonów się zgadzałem, ale stwierdzenie Pana: „w czasach PRL powszechna była praktyka dawania lekarzom tzw. dowodów wdzięczności”, jest delikatnie mówiąc nieprawdziwe i obraźliwe dla tych, którym przypadło w tamtych nędznych czasach pracować za grosze, kiedy pensja ordynatora była tylko minimalnie większa od oddziałowej czy asystenta, bez żadnych „przywilejów”, jak np. możliwość chociażby dostania talonu na kupno samochodu. U mnie wszyscy asystenci mieli taką możliwość i wykorzystali ją. (...)

Zgadzam się, że i teraz jesteśmy niedoceniani, za mało opłacani i do tego często bezpodstawnie obrażani. Mamy prawo i obowiązek przeciwstawić się temu, ale czy akurat w tej formie, którą proponują – myślę w dobrej wierze – młodzi lekarze z Warszawy? Jestem przekonany, że nie jest to dobra droga – prawda w myśl starej maksymy jest w stanie sama się obronić. Nie biczujmy się bezpodstawnie, nie upokarzajmy się nalepkami, ale dokonajmy osobistych rachunków sumienia – może nie tylko własnych, ale i otoczenia i nie bójmy się reagować tam, gdzie jest źle, ale i miejmy odwagę głośno krzyczeć o tym, co jest dobre. Stańmy zwarci w obronie pokrzywdzonych i nie pozwólmy się dalej bezpodstawnie obrażać. (...)

Jestem pewien, że nie muszę naklejać proponowanych nalepek ani na fartuchu, ani w klinice – bo sam bym się postawił w zupełnie niezrozumiałej dla otoczenia sytuacji. Myślę, że wychowanych przeze mnie kilkunastu czy kilkadziesiąt asystentów i współpracowników nie musi również nosić takich nalepek, chyba że jako reklamę, ale proponuję wtedy uzupełnienie – nie piję, nie palę, często myję ręce.

lek. med. Lech Bramorski
specjalista położnictwa-ginekologii
i organizacji ochrony zdrowia, Lipno

Są już płatne urlopy szkoleniowe!

Niemal w przeddzień ogólnopolskiej akcji protestacyjnej – w piątek 18 maja – prezes Naczelnej Rady Lekarskiej Konstanty Radziwiłł spotkał się z lekarzami Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego im. Stefana Kardynała Wyszyńskiego w Lublinie. Jednak to nie zbliżający się strajk był powodem tej nieplanowanej wizyty.

Jestem w pierwszym w Polsce szpitalu, w którym pracodawca wprowadza 14-dniowy płatny urlop szkoleniowy dla lekarzy. Udało się wam wywalczyć jeden z najważniejszych postulatów strajkowych – gratulował zarówno lekarzom, jak i dyrektorowi szpitala prezes Radziwiłł.

– Tę wiadomość będę się starał upowszechniać w całym kraju – podkreślał.

Rzeczywiście lekarze ze szpitala przy al. Kraśnickiej mogą być dumni. Co prawda zapis o prawie do płatnego urlopu szkoleniowego znalazł się w projekcie ustawy o zasadach finansowania doskonalenia zawodowego lekarzy, którą już dwa lata temu przygotowała NIL i którą samorząd lekarski usiłuje zgłosić do Sejmu jako obywatelską inicjaty-

wę ustawodawczą, niestety, jak ubolewał prezes Radziwiłł: – Do tej pory nie udało się nam zdobyć 100 tysięcy podpisów koniecznych do wprowadzenia tego projektu pod obrady Sejmu.

Dyrektor szpitala Ryszard Śmiech mówi, że nawet przez chwilę nie drgnęła mu ręka, kiedy podpisywał się pod postulatem lekarzy OZZL żądającym wprowadzenia płatnego urlopu szkoleniowego w wymiarze 14 dni roboczych.

– Żałowałem tylko, że nie mogę spełnić równocześnie postulatów płacowych, ale na to nie pozwala finansowa sytuacja szpitala. Spełnienie żądań dotyczących podwyżek mogłoby doprowadzić wręcz do zapaści finansowej placówki, a w konsekwencji nawet do za-

grożenia wypłat dla pracowników – wyjaśnia dyrektor Śmiech.

Ponad 300 lekarzy zatrudnionych w szpitalu im. Wyszyńskiego może od 11 maja br. – czyli od dnia podpisania protokołu – korzystać z płatnych dwutygodniowych urlopów szkoleniowych w ciągu roku kalendarzowego.

– Bardzo się cieszymy z tego faktu. Przecież obowiązek stałego doskonalenia zawodowego nakłada na nas ustawa o zawodzie lekarza i Kodeks Etyki Lekarskiej. Nie jest łatwo mu sprostać, kiedy na naukę musimy wykorzystywać urlopy wypoczynkowe albo decydować się na urlopy bezpłatne. Teraz to zupełnie co innego – cieszyli się medycy tego należącego do największych w regionie szpitali.

Czy stworzony w szpitalu przy al. Kraśnickiej precedens nie odbije się czkawką i nie spowoduje przykrych konsekwencji dla wrywającego się przed szereg dyrektora placówki?

– Nie sądzę. Po pierwsze, w tak dużej firmie ułożenie bezkolizyjnych grafik pracy dla lekarzy, to żaden problem. Zapewniam, że z tego powodu żaden oddział nie będzie kulał, a wszyscy chorzy będą mieli zagwarantowaną pełną opiekę. A po drugie, chyba w interesie wszystkich – także organów założycielskich – jest to, aby lekarze zdobywali jak najwyższe kwalifikacje. To niewątpliwie leży w interesie całego społeczeństwa – podkreśla dyrektor Ryszard Śmiech.

Czy inni dyrektorzy szpitali pójdą w jego ślady okaże się już wkrótce.

Anna Augustowska



Lubelski szpital przy al. Kraśnickiej. Nie jest łatwo, kiedy na naukę musimy wykorzystywać urlopy wypoczynkowe.

REKLAMA

REKLAMA

Nie leczymy zmarłych

Z prof. Krzysztofem Kuszą konsultantem krajowym ds. anestezjologii i intensywnej terapii rozmawia Agnieszka Banach



• Uczestniczył pan w tworzeniu komisji ministra zdrowia powołanej dla zbadania „afery białostockiej”. Oskarżono tam lekarzy ze szpitala klinicznego, że podawali pacjentom thiopental, by wywołać u nich stan śpiączki, orzec śmierć mózgu, a potem – dla zysku pobrać narządy. Jakie były wnioski po kontrolnej komisji?

– Przewodniczącym komisji został prof. Wojciech Rowiński, konsultant krajowy w dziedzinie transplantologii. Ja wyznaczyłem dwóch jej członków – lekarzy anestezjologów z głębokim doświadczeniem w orzekaniu o śmierci mózgu. Po szczegółowej analizie dokumentacji stwierdzili, że we wszystkich 32 przypadkach orzeczeń śmierci mózgu u dawców narządów wcześniej wykonano badania toksykologiczne na obecność barbituranów oraz benzodwuzepin. Próby nie wykazały obecności tych leków we krwi pacjentów. Badani chorzy nie znajdowali się także pod wpływem leków usypiających bądź uspokajających. W żadnym też przypadku prawidłowość rozpoznania śmierci mózgu nie budzi najmniejszych wątpliwości.

• Czyli ta „afera” została wymyślona?

– Opierając się tylko na faktach mogę stwierdzić, że takie zdarzenie, przynajmniej w zakresie badanej dokumentacji medycznej, nie miało miejsca. Wiem, że nadal toczy się postępowanie w sprawie, ale nie jestem informowany ani o jego przebiegu, ani o szczegółach.

• Czy rozpoznanie śmierci mózgu u człowieka, u którego ona rzeczywiście nastąpiła, można pozostawić decyzji, woli lekarza, czy też postawienie takiego rozpoznania powinno być kwestią niezależną od wszystkiego, obowiązującą procedurą, której należy przestrzegać w momencie, kiedy taki fakt biologiczny nastąpił?

– Nie można uciec od tego, że zgodnie z uznaną, obiektywną i aktualnie obowiązującą wiedzą medyczną śmierć mózgu jest śmiercią człowieka jako całości. Musimy więc wysunąć podejrzenie, że pacjent nie żyje, a później powołać komisję, która to potwierdzi. Procedury potwierdzające śmierć mózgu nie dają szans na dowolność interpretacji zdarzenia. W przypadku każdej wysuniętej wątpliwości natychmiast odstępuje się od podejmowanych czynności. Natomiast niewysunięcie takiego podejrzenia skutkuje dalszą terapią, którą można nazwać „uporczywą”. Zresztą wcześniej czy później i tak dojdzie do samoistnego ustania krążenia krwi u pacjenta. Poza wszelkimi przepisami, rozporządzeniami, ustawami należałoby korzystać z prostego narzędzia zwanego rozumem. Nie pozwólmy go sobie odebrać. Określone postępowanie medialne nie może pozbawić człowieka myślenia.

• Jednak zdarzają się, ostatnio coraz częściej, przypadki, gdzie podejrzenia o śmierci mózgu nawet się nie wysuwają, a u pacjenta nadal prowadzi się leczenie podtrzymujące.

– Nie mam takich informacji od konsultantów wojewódzkich, Ministerstwa Zdrowia czy z innych źródeł. Nie mogę jednak zaprzeczyć, że takie zdarzenia mogą mieć miejsce. Wydaje mi się jednak nieprawdopodobne, że jeżeli istnieje możliwość wysunięcia podejrzenia o śmierci mózgu, nie kontynuuje się – po wstępnym okresie obserwacji – prób klinicznych upoważniających do orzeczenia o śmierci i nie orzeka się o niej, a następnie nie zaprzestaje prowadzenia procesu leczniczego. Nie leczymy zmarłych. To nieetyczne.



Zasapany dowcip

Krystyna Knypl

Dyskryminacja z powodu wieku, czyli age'izm, ma się w Polsce bardzo dobrze.

foto: Marek Stankiewicz

Głównymi heroldami age'izmu są pracodawcy, którzy najchętniej zatrudniliby 20-letnią kobietę z 10-letnim doświadczeniem w zawodzie – jak mówi znany dowcip, krążący wśród osób poszukujących pracy. Od biedy skłonna jestem zrozumieć chęć zatrudnienia pracownika najbardziej odpowiadającego kryteriom ustalonym przez właściciela czy zarządzającego firmą. Gorzej sprawa ma się, gdy

age'istowskie wypowiedzi płyną szerokim strumieniem z ust niektórych lekarzy, wygłaszane są publicznie i bez najmniejszego zażenowania.

Celują w tym raczej panowie, często głęboko przekonani, że zawsze pozostaną atrakcyjnymi trzydziestolatkami z bujną czupryną i seksownym łokiem spadającym na myślące czoło. Nie spotkałam kobiety, która by komentowała kwestie związane z wie-

kiem – może więc pora nadrobić zaległości w tej materii w ramach równouprawnienia płci?

Ratować każdy może?

Długo oczekiwana *Ustawa o ratownictwie medycznym* przy okazji wejścia w życie wzbudziła wiele dyskusji – kto ma być w karetce ratowniczej, jakiej specjalności, a także czy osoba ta koniecznie powinna legitymować się dyplomem lekarza. Jeden z współtwórców ustawy wyznał na łamach prasy lekarskiej, że osobiście wolałby, aby „pomocy udzielał mi ratownik medyczny, a nie okulista na emeryturze”. Pogląd taki musi być dość popularny, powraca bowiem co i raz niczym bumerang.

Pod koniec kwietnia Dziennikarski Klub Promocji Zdrowia zorganizował w Warszawie szkolenie z zasad udzielania pierwszej pomocy dla wszystkich chętnych parających się dziennikarstwem medycznym. Inicjatywa bardzo cenna, ciekawy program, wzbogacony o zajęcia praktyczne, a na koniec dla wyczerpanych masowaniem fantomu posiłek regeneracyjny – jak określano w dawno minionych latach wszelkie żywienie w miejscu pracy. Chwała za to organizatorom i pomysłodawcom szkolenia.

Podczas jednego z wykładów wygłoszonych na owej konferencji dowiedziałam się, że fatalnie potoczą się losy poszkodowanego, gdy na miejsce wypadku przyjedzie „zasapany 62-letni lekarz”. Zaprotestowałam *ex tempore* głośno i publicznie, prosząc, aby wykładowca ów zaniechał komentowania kondycji mojego rocznika, nie ona jest bowiem treścią wykładu. Prelegent spojrzał na mnie wzrokiem osoby, która jest więcej niż pewna, że zawsze będzie miała 35 lat i najdłuższy oddech świata. Gdzieś w okolicach dna oczu elokwentnego prelegenta czało się zdumienie, że nie zachwycam się jego dywagacjami na temat wieku.

Przypomniała mi się w tym momencie dykteryjka o pewnym warszawskim profesorze medycyny, który wysłał do

angielskiego kolegi wiadomość, że zachorował na zawał serca. Z zaskoczeniem przeczytał odpowiedź: „Gratuluję! Masz to z głowy, a ja... ciągle czekam”. Zgodnie z konwencją przywołanego tu angielskiego humoru mogę powiedzieć, że 62 lata osobiście mam z głowy, a moim szanownym kolegom ten wiek ciągle zagraża.

Sprawny ratownik

Medycyna to dyscyplina, która zawsze w pierwszej kolejności wymaga sprawnych zwojów mózgowych, a dopiero w drugiej – przy czym nie w odniesieniu do każdej specjalności i sytuacji – rozwiniętej muskulatury oraz wytrzymałości maratończyka. Ratownictwo jest interdyscyplinarne, a medycyna uprawiana na miejscu wypadku ma zakres dość ograniczony. Może ją dobrze realizować przeszkolony strażak, policjant, ratownik, a nawet przypadkowy przechodzień. Większość czynności ratowniczych nie wymaga posiadania dyplomu lekarskiego zarówno z powodów merytorycznych, jak i prawnych. Miejsce wypadku to tylko mały wycinek bardzo długiego procesu ratowania oraz rehabilitacji ofiary wypadku i każdy powinien być tego świadom. Nie jest konieczne udowadnianie tej oczywistej prawdy, zwłaszcza przez natrętne komentowanie metryk urodzenia ludzi, którzy jak na razie nie zgłaszają się do pracy w charakterze załóg karetek ratowniczych.

Przed wielu laty, gdy przybywał do Warszawy prezydent Richard Nixon, miejscowe służby odpowiedzialne za przebieg wizyty otrzymały wytyczne, jakim kryteriom powinien odpowiadać lekarz jadący w karetce pogotowia za prezydencką limuzyną. Mój kolega, który miał tego dnia dyżurować, wzburzony opowiadał: „Czy wiesz, że na pierwszym miejscu postawiona była sprawność fizyczna, potem znajomość języka angielskiego, a dopiero na trzecim posiadanie specjalizacji z anestezjologii?!”. Amerykanie wyczuleni na punkcie poprawności politycznej zna-

leźli sposób na to, jak spełniać wymagane kryteria bez urządzania age'istowskiego show.

Wiek, płeć, rasa

Na swój wiek, płeć, rasę nikt nie ma wpływu, choć oczywiście znane są przypadki, że ludzie nie akceptują tych wyznaczników. O wiele prościej, niż z wyznacznikami biologicznymi, ma się sprawa z manierami, zależą one bowiem wyłącznie od dobrej woli człowieka i jego świadomości. Wszelkie pejoratywne komentowanie lat, koloru skóry lub płci dowodzi po prostu braku owych dobrych manier. Jeśli ktoś nie jest tego świadom, nie ma innej drogi niż uświadomienie mu niedostatków w kindersztubie.

Niewątpliwie bardzo to miłe być młodym i zdolnym – admiruję takie osoby, z przyjemnością wspieram je w rozwoju lekarskim. Muszę przy okazji zdradzić pewną tajemnicę, jak sądzę nie znaną tym, którzy urodzili się później ode mnie – otóż równie sympatycznie jak młodym i zdolnym jest być starym i zdolnym. Nie tylko w to głęboko wierzę, a także wiem.

Demografia stanu lekarskiego

Powszechnie wiadomo, że wskutek masowej emigracji kolegów do pracy poza granicami naszego kraju struktura demograficzna lekarskich szeregów bardzo się zmienia. W nieodległym czasie może tak się zdarzyć, że wiele usług w medycynie będzie wykonywanych przez starszych wiekiem lekarzy. Czy jednak będą chcieli pracować w zawodzie wyuczonym za młodu? Niektórzy z nich z pewnością tak, inni mogą zostać... dziennikarzami medycznymi i, jeżeli lustracja im niestraszna, będą spisywać swoje refleksje ku uciesze ich wielce cenionych Czytelników.

Czekam jak zawsze na maile od Kolegów pod adresem: krytyna.knypl@compi.net.pl. Proponowane słowa kluczowe: **wiek, maniery.**

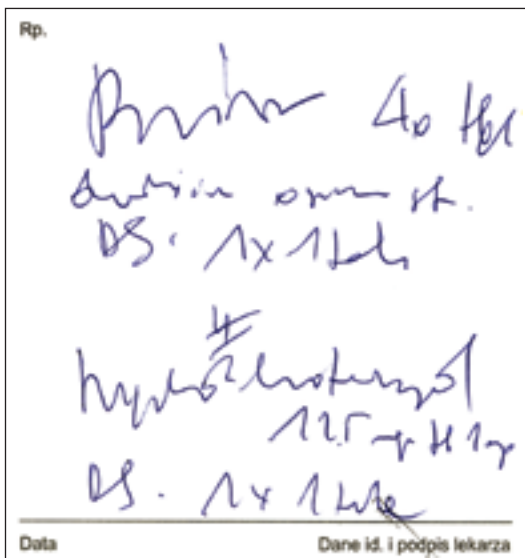
Rozszyfruj receptę

Sądziłam, że zamieszczona w kwietniowym numerze recepta sprawi wiele trudności i zdecydowałam się na małą podpowiedź, podając pierwszą literę nazwy zaordynowanego leku. Odsetek prawidłowych odpowiedzi był bardzo wysoki, błędy dotyczyły dawki – niektórzy sądzili, że dla *euthyroxu* wynosi ona 25 µg, podczas gdy było to 75 µg. Przy leku, którego tabletki są dostępne w 8 wielkościach ważne jest więc także czytelne podanie zaordynowanej dawki. Kolejnymi laureatami zostają dr **Wiesław Mrotek** oraz dr **Rafał Czepczyński** – prosimy o nadesłanie danych odnośnie specjalizacji oraz adresów, pod które wyślemy nagrody książkowe.

Przed kilkoma miesiącami prosiłam o nadsyłanie rozpoznań na skierowaniach do szpitala pisanych w jakże trudnym języku łacińskim i nie łatwiejszym polskim. Niekiedy z połączenia tych dwóch języków, dodatkowo doprawionych elementami języka angielskiego lub międzynarodowymi skrótami, powstaje niezłe pomieszanie. Mieliśmy już „*Trauma capitis – kołkiem*” oraz „*Prolapsus e vehiculo electrico*”. Bywa też, że język codzienny wkrada się do określeń medycznych i rozpoznanie „*Ciasnota ogólna*” to po prostu „*stłoczenie zębów*”. Specjalizuję się w nadcisnieniu tętniczym, ale nie spodziewałam się, że można rozpoznać „*Nad RR*”. Prościej byłoby znaleźć inne wyjście i nie trudzić się poszukiwaniem wyrafinowanych słów, pisząc rozpoznanie „*Żle się czuje*” albo „*Stan po spożyciu alkoholu*”. Dramatycznie, z elementem re ekcji nad upływającym czasem wygląda rozpoznanie „*Porażenie prądem przed 2 tygodniami*”. Któż nie uśmiechnie się czytając „*Oedema pulmonis sin*”, „*Epistaxis ex utero*”, „*Abdominitis*”, „*Obs. observatio*”. Ale prawdziwą rewelacją było rozpoznanie nadesłane z Rzeszowa: „*Vipera vera kęsim*”, co oznaczało... ukąszenie przez żmiję. Wszystkim Kolegom, którzy nadesłali cytowane rozpoznania – dziękuję!

Prezentowana w bieżącym numerze recepta jest, moim zdaniem, dość trudna, ale nie chcąc nikomu odbierać przyjemności w pełni samodzielnej jej rozszyfrowania nie podpowiem nawet jednej litery.

Jak zawsze czekam na rozwiązania pod adresem: krytyna.knypl@compi.net.pl



Learn medical English
www.med-help.info

Centrum Informacji o Leku e-cil.pl

Wystąpili w swojej sprawie

Już po raz piętnasty przedstawiciele komisji młodych lekarzy ze wszystkich okręgowych izb spotkali się na ogólnopolskiej konferencji. Do Chełmna k. Bydgoszczy przyjechali na zaproszenie Bydgoskiej Izby Lekarskiej. Zebrali się, by jak mówią „poprawić sytuację lekarzy wchodzących do zawodu”.

O nich

Wszyscy młodzi, ambitni, dobrze wykształceni, aktywni, każdy na początku drogi zawodowej. Śmiało można powiedzieć, że to właśnie oni będą lekaarską elitą. Szkoda tylko, że większość z nich już nie w naszym kraju...

Grzegorz jest w trakcie trzeciego roku specjalizacji z chirurgii. Ma etat w katowickim szpitalu. Pracuje ponad 300 godzin miesięcznie, robi doktorat. „Na rękę”, łącznie z dyżurami, dostaje 2 tys. zł. „Na 100 proc. wyjeżdżam z Polski. I nie wracam. – mówi – Nie ma tu dla mnie przyszłości. Praca jest ponad moje siły, a i tak zarabiam za mało, żeby żyć na właściwym poziomie. Poza tym nie mam zamiaru harować na gabinetach przełożonych. Pracowałem już we Włoszech i Grecji. Tam lekarza i jego pracę się szanuje, pensje są o wiele lepsze.”

Ewa z Opolskiej IL zostaje w Polsce, chociaż nie jest jej łatwo. Jest na rezydenturze, będzie lekarzem dentystą. 30% pensji wydaje na dojazdy do miejsca zatrudnienia, resztę na rachunki, żeby przeżyć – popołudniami dorabia w gabinecie.

Piotr z Łodzi niedługo będzie zdawał egzamin specjalizacyjny z chorób wewnętrznych. Właśnie zrezygnował z pracy w publicznym szpitalu. Teraz, jak mówi, odżywa psychicznie i finansowo w prywatnym zakładzie opieki zdrowotnej.

O specjalizacjach

W kujawsko-pomorskim, w 2006 r., na 29 dziedzin medycyny, nie wyko-

rzystano 44 z przyznaných 234 miejsc rezydentek i 209 pozarezydentek z otrzymanych 374. Z samej anesteziologii Kujawsko-Pomorskie Centrum Zdrowia Publicznego musiało „oddać” 12 rezydentur. Dlaczego tak się dzieje? „Nie jestem pewien, na ile można wyciągać wnioski na podstawie danych z jednego województwa. Myślę jednak, że prawdopodobnie sytuacja w innych regionach jest zbliżona – mówi prezes NRL Konstanty Radziwiłł. – Widać, że nie wszystkie specjalności są popularne – jeśli minister zdrowia chce zachęcić lekarzy i lekarzy dentystów do podejmowania kształcenia w deficytowych specjalnościach, musi rozwiązać podstawowy problem, jakim jest nadal skandalicznie niskie wynagrodzenie dla młodych lekarzy oraz, wynikający z tego, coraz większy odpływ lekarzy. Aby zachęcić do podjęcia specjalizacji w określonej dziedzinie medycyny, nie wystarczy już oferta rezydentury z 1700 zł brutto i marna perspektywa zarobków w przyszłości.”

Nie każdy jednak wie, że istnieje możliwość „odzyskania” zwróconych do MZ miejsc. Na indywidualną prośbę lekarza minister zdrowia może miejsce rezydentki przyznać. Odwołania najczęściej rozpatrywane są pozytywnie.

Innym problemem jest to, że lekarze często składają po kilka wniosków o miejsce rezydentki i nikt tego nie kontroluje. Podpisanie oświadczenia, że zdają tylko w jednym ośrodku w kraju, nie skutkuje. „Takie sygnały będziemy zgłaszać do izb lekarskich” – mówi Ma-

ria Pionke, kierownik Działu Doskonalenia Kadr Medycznych K-P CZP.

Kolejny problem, wymagający rozwiązania: „Jak tak będzie dalej, to za 15 lat znikną specjaliści z wielu dziedzin w wieku 35-50 lat – mówi młody lekarz z Beskidzkiej Izby Lekarskiej. – Tu nie chodzi tylko o zwiększenie liczby rezydentur ze specjalności deficytowych, ale zachęcenie lekarzy do tego, żeby chcieli się specjalizować.”

Następną sprawą, którą zgłaszają młodzi jest to, że „MZ płaci tylko za kształcenie specjalistów, których potrzebuje, a co z innymi dziedzinami? Tu znowu istnieje zagrożenie luką pokoleniową.”

Ministerstwo Zdrowia pomysłu na rozwiązanie problemów z kształceniem na razie nie ma. „Co państwo proponują, żeby lekarze chcieli się specjalizować?” – pytała młodych lekarzy Hanna Markowska z Departamentu Nauki i Szkolnictwa Wyższego MZ.

Pomysł ma Naczelna Rada Lekarska: „Miejsca rezydentki powinny być dostępne dla wszystkich lekarzy po stażu podyplomowym, a te deficytowe zabezpieczone dodatkowo, np. dwa razy większymi zarobkami. Pieniądze, od czasu wynalezienia ich przez Fenicjan, są najlepszym sposobem na regulację rynku – przekonuje Konstanty Radziwiłł. – Poza tym kontrolę nad kształceniem powinny przejąć izby lekarskie, bo tylko one mogą je sprawnie koordynować w skali całego kraju, one dysponują największą wiedzą na temat demografii lekarzy i lekarzy dentystów.”

„My wiemy jak to zrobić, a Ministerstwo Zdrowia tylko chce wiedzieć” – dodaje przewodniczący Kujawsko-Pomorskiej OIL Maciej Czerwiński.

Nic o nas bez nas

„Dlaczego o tym, że przy Ministerstwie Zdrowia powstaje zespół, który ma opracować nowy system specjalizacji, dowiadujemy się z prasy? – bulwersowali się młodzi medycy. – Nie chcemy, żeby o sprawach, które nas dotyczą decydowano za naszymi plecami. Chcemy uczestniczyć w pracach zespołu”.

„Zgłoszę państwa propozycję – obiecywał Zbigniew Węgrzyn z Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego. – Na razie odbyliśmy tylko parę spotkań. Naszym celem jest uzupełnienie i rozbudowanie istniejącego systemu”.

Zespół roboczy przy MZ tworzą m.in. konsultanci krajowi, przedstawiciele Ministerstwa Zdrowia i NRL. Jego przedstawiciele pracują m.in. nad tzw. systemem modułowym. W takim rozwiązaniu niektóre specjalizacje zaczęłyby się tzw. modułem podstawowym, np. w przypadku urologii byłaby to chirurgia, endokrynologii – interna. Dopiero po zaliczeniu pierwszego etapu przyszedłby adept danej dziedziny przechodziłby do modułu szczegółowego.

„Musimy dostrzec, że specjalności wyrastają z ogólnej medycyny. Plusy tego systemu, to m.in. krótszy okres specjalizacji (zwłaszcza tak zwanych szczegółowych) oraz elastyczność – po zaliczeniu modułu podstawowego będzie można np. zmienić specjalizację lub «dorobić» szybciej inną”. – wylicza zalety nowego rozwiązania prezes Radziwiłł.

Bardziej sceptyczni byli lekarze: „Bomimy się przerwy między modułem podstawowym a szczegółowym. Co z ciągłością zatrudnienia?” – pytali. Inni obawiali się bałaganu: „Przy poprzedniej zmianie systemu specjalizacji w l. 1998-1999 wielu lekarzy przez cały rok nie weszło do systemu specjalizacji. Mamy nadzieję, że ten system od razu będzie dopracowany”. Jeszcze inni zupełnie kwestionowali znaczenie „przejścia” modułu podstawowego.

Dlaczego Izba nas nie broni?

To pytanie dotyczyło częstych ostatnich ataków na lekarzy i bierniej, w opinii medyków, postawy Naczelnej Rady Lekarskiej. „Przyjmuję krytykę, że nie robimy wszystkiego, co się da, ale wiele naszych interwencji, oświadczeń czy sprostowań po prostu nie przebijają się przez media. Problem ten to nie tylko nasza polska specjalność; sensacyjne doniesienia na temat patologii w ochronie zdrowia to ulubiona działalność wielu, skądinąd poważnych, środków masowego przekazu – mówił Konstanty Radziwiłł. – Nie dysponujemy ogólnopolskim dziennikiem, w którym moglibyśmy prostować wszystkie nieprawdziwe wypowiedzi”.

Na razie, jak mówi prezes, pomówionym przez gazety lekarzom NRL zapewnią adwokatów. Prawnik opłacany przez Naczelną Radę występuje np. w sprawie lekarzy zniesławionych przez „Fakt” (artykuł „Terrorysty” z 2006 r.). Izba wystąpiła także z propozycją opłacenia kaucji za oskarżonego kardiochirur-

ga Mirosława G. W sprawie anesteziologów z Białegostoku NRL zawiadomiła prokuraturę o popełnieniu przestępstwa przez „Gazetę Polską” i „Fakt”.

Nie biorę, chcę normalnie zarabiać

To hasło akcji, którą rozpoczęli młodzi lekarze z Warszawy, a do której przylączyli się kolejni medycy. Ich celem jest, by „prawdziwe oblicze zawodu lekarza w końcu wzięło górę”, a „pacjenci i całe społeczeństwo zrozumiało, iż lekarze chcą po prostu normalnie pracować i zarabiać”. Wszyscy zebrani w Chełmnie przypięli znaczek z logo akcji. „Włączamy się do akcji. Bardzo nas boli, że przez postępy niewielu lekarzy opinia publiczna eliminuje tych, którzy tyle serca wkładają w swoją pracę” – mówili. „Nie bierzemy nie tylko dlatego, że – jak mówią niektórzy – nikt nam nie daje, bo jesteśmy za młodzi. To kwestia zasad – przekonowali najmłodszy medycy obecni na konferencji. – Chcemy wreszcie dostawać godziwą pensję za uczciwą pracę”.

Chcemy się kształcić i pracować w Polsce!

Grzegorz już zdecydował o emigracji, inni się wahają, ale takie głosy jak ministra Piechy na temat spłaty studiów, przez tych, którzy wyjadą, jedynie popychają nieprzekonanych do decyzji o szybkim opuszczeniu kraju. „Nie możemy żyć tylko ideałami. Nie wszystkim wystarczy sił, by zostać w kraju. Już teraz brakuje lekarzy. Nie chcemy wyjeżdżać. Chcemy się kształcić i pracować w Polsce!” – napisali w liście otwartym do polityków, którzy notabene, pomimo zaproszeń, na konferencji się nie pojawili. Do nich też zaapelowali o zrozumienie potrzeby poprawy ich sytuacji oraz o zmiany systemowe w polskiej ochronie zdrowia. „Oczekujemy rzetelnej i pozbawionej emocji dyskusji nad reformą systemu opieki zdrowotnej” – mówią młodzi.

Najmłodszy adepci medycyny nie chcą jednak czekać biernie. „Zamierzamy walczyć o podwyżki dla rezydentów – mówi Kasia z Bydgoszczy. – Dysponujemy 6 opiniami prawnymi, z których jasno wynika, że w świetle ustawy z 22 lipca nam się należą”. Młodzi deklarują także swój udział w akcji strajkowej, pomimo tego, że jak mówili niektórzy są szpitale, gdzie za samo zawieszenie plakatu informującego o proteście można mieć kłopoty.

Następna konferencja już w styczniu 2008 r. w Poznaniu.

Agnieszka Banach



Moda na uczciwość

Po ukończeniu studiów stomatologicznych w latach sześćdziesiątych długo tułałam się po tak zwanej prowincji, bo o pracę nie było łatwo. Wreszcie udało mi się dostać etat w przychodni rejonowej dość zamożnego miasta średniej wielkości. Dwie starsze koleżanki z tej przychodni zbliżały się do emerytury, jedna z nich kończyła studia przed wojną, druga tuż po wojnie. Obydwie miały prywatne gabinety, a w przychodni pracowały z oddaniem, uczciwie i za marne pieniądze.

W ciągu mojego długiego życia i długiej praktyki lekarskiej miałam okazję zaobserwować postawy lekarzy, od skrajnie judymowej do najzwyczajniej hołsztaplerskiej.

Przyszłoby rok 1976, powstały ZOZ-y, a w ślad za tym pojawiło się tzw. stomatologiczne leczenie zintegrowane. Przestały istnieć pracownie protekcyjne. Odtąd wszyscy lekarze zatrudnieni w przychodniach zaczęli wykonywać uzupełnienia protetyczne. Pacjenci otrzymywali karty choroby w rejestracji i przychodzili z nimi do gabinetu.

Już pierwszy dzień protetyczny przyniósł spore niespodzianki. Po wyjściu pacjentów, w kopertach zawierających karty choroby znalazłyśmy „nadzienie” w postaci większych lub mniejszych kwot. Moje starsze koleżanki doznały szoku. Były oburzone i autentycznie obrażone. Po naradzie spisaliśmy protokół, a potem poprosiliśmy mojego męża i córkę, aby pojechali pod wskazane adresy i oddali pieniądze za pokwitowaniem. Powtórzyło się to jeszcze kilka razy, potem ustało. Pacjenci przekazali sobie wiadomość, że „tu nie biorą”, a my słyszałyśmy „widać nie potrafią dobrze robić, bo się nie cenia”. Minęło parę lat, zanim przekonano się, że to nieprawda.

Zdarzenie byłoby błahie i nie warte wspomnienia, gdyby nie wpływała z niego głęboka prawda, że początek drogi zawodowej kształtuje lekarza. Postawa moich starszych koleżanek nie dopuszczała innego zachowania i była wzorem dla wszystkich, którzy tam zaczęli pracę.

Inny przykład nie będzie już tak budujący. Kuzynka mojego męża, dużo od niego starsza, wycieńczona przeżyciami wojennymi i pobytami w obozach koncentracyjnych zachorowała na gruźlicę. Wkrótce potem stwierdzono, że to prosówka, i na leczenie jest już za późno. Rodzina chorej błagała, żeby załatwić prywatną wizytę ówczesnej sławy internistycznej z dużego miasta akademickiego. Jako młoda adeptka medycyny, oszołomiona wielkością i znaczeniem osoby, przed którą stanęłam, poszłam do prywatnego gabinetu pana

docenta, przedstawiłam całą przesłaną dokumentację, zapłaciłam, bo od tego docent rozpoczynał rozmowę, i umówiłam wizytę.

Chora mieszkała kilkanaście kilometrów od miasta, w którym przyjmował pan docent, więc umówiliśmy się, że w oznaczonym dniu przyjedzie po niego taksówka, za którą oczywiście zapłaci rodzina pacjentki. Pan docent wymienił kwotę honorarium, które zostało zaakceptowane. W dniu wizyty taksówka czekała około godziny, ponieważ okazało się, że pan docent chce zabrać ze sobą przyjaciółkę, a ona nie mogła wyjechać o oznaczonej godzinie. Po drodze zdarzyła się malownicza łaka, na której docent z osobą towarzyszącą i piknikowym koszykiem spędzili dobrą godzinę, każąc taksówkarzowi czekać. Wreszcie dojechali na miejsce, gdzie właśnie przed chwilą miejscowy lekarz stwierdził zgon chorej. Do pana docenta wyszedł mąż, poinformował co się stało i podał pieniądze w umówionej kwocie. Docent zawrócił na pięcie, wpadając po drodze na radośnie roześmianą przyjaciółkę, wszedł do taksówki, poczekał aż mąż zmarłej zapłaci taksówkarzowi i odjechał.

Oczywiście miał prawo do umówionego honorarium, kilkugodzinna zwłoka prawdopodobnie nie miała żadnego znaczenia, bo nie zdołałby pomóc. Tak sobie myślę, czy asystenci wychowani przez tego człowieka nie są właśnie załącznikiem naszych obecnych kłopotów etycznych?

I jeszcze trzecie wspomnienie. Bardzo osobiste i bardzo bolesne. Byłam jeszcze bardzo młodym lekarzem, pełna ideałów, skłonna profesorów traktować jako mistrzów i wzorce cnót wszelakich. Zdarzyło się, że zachorował mój ojciec. W małym mieście, gdzie wtedy mieszkał, po hospitalizacji, wypisano go z podejrzeniem guza przełyku i jednym, marnym zdjęciem jako dokumentację.

Powiedziano mojemu ojcu, że w dużym ośrodku akademickim jest profesor specjalizujący się w operacjach przełyku. Z trudem uzyskałam audyencję u pana profesora. Zawiozłam zdjęcie, które z pogardą odłożył na biur-

ko i uzyskałam zgodę na hospitalizację ojca. Został przyjęty do kliniki, położony w dużej ośmioosobowej sali, gdzie oprócz niego nie było nikogo. Podobnie wyglądały inne sale, co niesłychanie mnie dziwiło wobec tłoku panującego w innych, znanych mi szpitalach klinicznych.

Pojechałam do domu, by po tygodniu wrócić, wezwana nagłym telefonem ojca, który twierdził, że od czasu przyjęcia na oddział nie badał go ani nie rozmawiał z nim nikt.

Sala nadal była pustawa, przybył jeden pacjent. Nie mogłam znaleźć profesora. Znalazł się za to docent, który rozmawiał ze mną w sposób bardzo dziwny, zupełnie dla mnie niezrozumiały, wreszcie poszedł sobie. Przypadkowo spotkałam na korytarzu mojego szkolnego kolegę, który pracował w klinice jako biolog. Prosiłam, żeby dowiedział się o co chodzi.

Po chwili wrócił do mnie i spytał:

– Któremu z nich dałaś w łapę?

– Żadnemu – odpowiedziałam przeżona.

Na to on: no to sprawa jest jasna. Profesor myśli, że zapłaciłaś docentowi, a docent, że profesorowi, dlatego obydwaj omijają twojego ojca. Nie lubią się. Cena jest ustalona, z tym że ciągle rośnie, bo docent ją podnosi, a profesor uważa, że nie może brać mniej od docenta.

Nie miałam wtedy pieniędzy, zarabiałam bardzo mało, mój mąż również, ojciec był na emeryturze. Poszłam do niego i powiedziałam o co chodzi. Natychmiast wstał i zażądał, żeby go wypisano. Powiedział, że u złodziei nie będzie się leczył. Był w tych sprawach bezkompromisowy. Prosiłam, żeby poczekał, a ja dowiem się czy to prawda, nie chciał.

Nikt go nie zatrzymywał. Dowiedziałam się potem szczegółów dotyczących tej kliniki. Moja wiara w autorytety została bezpowrotnie zniszczona.

Znałam potem dość blisko lekarzy z kręgu profesora i docenta. Powodziło im się znakomicie, a pacjenci uważali, że są świetnymi fachowcami, bo bardzo się cenili.

Adela Majaska



informuje

Rzecznik prasowy NRL

foto: Marek Stankiewicz

Prezydium NRL – 27 IV 2007

Prezydium NRL zgłosiło uwagi w sprawie projektu rozporządzenia ministra zdrowia zmieniającego rozporządzenie w sprawie **zasad wynagradzania pracowników publicznych zakładów opieki zdrowotnej**. Stwierdzono, że zaplanowany wzrost wynagrodzeń należy uznać za wysoce niewystarczający. Wzrost o 10% na pewno nie zapewni właściwego poziomu wynagrodzeń, szczególnie w odniesieniu do tych stanowisk, które mogą być zajmowane przez lekarzy i lekarzy dentystów i po podwyżce ich płace pozostaną skandalicznie niskie.

Prezydium NRL zapoznało się z projektem rozporządzenia ministra zdrowia w sprawie **warunków wysyłkowej sprzedaży produktów leczniczych oraz sposobu dostarczania tych produktów leczniczych do odbiorców**. Stwierdzono, że rozporządzenie dotyczy tylko produktów leczniczych wydawanych bez przepisu lekarza. Nie zostało to zaznaczone w jego tytule. Zdaniem Prezydium wszędzie, gdzie w tekście pojawiają się wyrazy „produkt leczniczy”, należy dodawać wyrazy „produkt bez recepty”. Ponadto osoba odpowiedzialna za sprzedaż wysyłkową powinna mieć prawo dostarczenia produktu generycznego lub pochodzącego z importu równoległego. Wynika to z ducha ustawy „Prawo farmaceutyczne”. Nie ma o tym wzmianki w tekście rozporządzenia.

Prezydium NRL – 16 V 2007

Prezydium NRL zgłosiło uwagi w sprawie projektu ustawy o zmianie ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty. Większość zaproponowanych poprawek ma charakter redakcyjny oraz uszczegółwiający. Prezydium określiło wprowadzenie proponowanej nowelizacji jako konieczne dla lepszego dostosowania polskich przepisów do prawa unijnego.

Wydelegowano:

Konstantego Radziwilla, prezesa NRL, oraz **Klaudiusza Komora**, członka NRL, przewodniczącego Zespołu ds. Współpracy Międzynarodowej, na posiedzenie Stałego Komitetu Lekarzy Europejskich, w dn. 15-16.06.br. w Luksemburgu.

Witolda Hryniewicz jako przedstawiciela NRL do Rady Społecznej Specjalistycz-

nego Centrum Onkologii im. prof. Fr. Łukaszczyka w Bydgoszczy.

Januarego Lewandowskiego jako przedstawiciela NRL do Rady Społecznej przy Międzyzakładowym Ośrodku Medycyny Pracy w Skarżysku-Kamiennej.

Konwent Przewodniczących ORL – 17-19 V 2007

Przewodniczący ORL wyrazili swoje głębokie **zaniepokojenie z powodu nie osiągnięcia porozumienia przedstawicieli protestujących lekarzy z Premierem Rządu RP**. Brak rozwiązań systemowych, o które od wielu lat upomina się środowisko lekarskie, musi doprowadzić do dalszego pogłębiania się zapaści systemu ochrony zdrowia w Polsce i do narastających protestów pracowników od wielu lat wynagradzanych znacznie poniżej ich kwalifikacji, nakładu pracy i odpowiedzialności. Przewodniczący oświadczyli, że protestujący lekarze mogą liczyć na pomoc i wsparcie swojego samorządu.

Z kalendarza Prezesa NRL

- List do Agnieszki Juszczyk, dyrektora Departamentu Legislacyjnego Rządowego Centrum Legislacji – uwagi do projektu rozporządzenia ministra zdrowia w sprawie czynności diagnostyki laboratoryjnej w medycznym laboratorium diagnostycznym.
- Objęcie patronatem honorowym konferencji „Matczyne ciepło i pokarm w pierwszych chwilach życia chronią zdrowie dzieci”.
- Udział w pracach Zespołu Agencji Oceny Technologii Medycznych ds. opracowania wytycznych przeprowadzania oceny technologii medycznych.
- Udział w dorocznej konferencji Europejskiego Forum Organizacji Medycznych i Światowej Organizacji Zdrowia.
- Udział w konferencji uzgodnieniowej nt. projektu ustawy o sieci szpitali.
- Zgłoszenie do Prokuratury Okręgowej w Warszawie wniosku o wszczęcie postępowania karnego przeciwko redakcjom w związku z artykułami pt. „Łowcy narządów” oraz „Organy w MSWiA na sprzedaż?”.
- Udział w pierwszym posiedzeniu Rady Ośrodka Bioetyki NIL.
- Udział w międzynarodowej telekonferencji nt. relacji lekarzy i przemysłu medycznego.
- Spotkanie z przedstawicielami tajwańskich lekarzy nt. perspektyw współpracy polsko-tajwańskiej (zwł. wymiany lekarzy).
- Udział w medialnej inauguracji Akcji „Nie biorę – chcę normalnie zarabiać”.

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

Z przekupstwem mielibyśmy do czynienia wtedy, gdyby lekarz był zatrudniony w celu szkodenia pacjentowi, a w wyniku przekupstwa pomagał mu, czyli realizował cel przeciwny temu, dla którego został zatrudniony.

Kłamstwa o korupcji lekarzy



foto: Marek Stankiewicz

Wiesław Wiktor Jędrzejczak

Czy w służbie zdrowia mamy w ogóle do czynienia z korupcją? Nigdy nie pracowałem u więcej niż jednego pracodawcy, nie miałem prywatnego gabinetu i nie akceptuję przyjmowania pieniędzy bezpośrednio od pacjentów, a jeśli zdarzy się, że pacjent zostawi pieniądze w moim gabinecie, wpłacam je na konto fundacji na rzecz ochrony zdrowia. A jednak w moim gabinecie każdego dnia pojawiają się dziesiątki sytuacji, które obiegowo łączy się z tzw. korupcją właśnie.

Czym zatem jest korupcja? Dr Anna Kubiak z Fundacji Batorego pisze: „jednoznacznie jako korupcję możemy potraktować uzależnianie własnej pracy od uzyskania pieniędzy”. Zgodnie z tą definicją nieskorumpowana praca powinna być świadczona jedynie za darmo! Uczona nie wyjaśnia, za co pracownik ma się utrzymać. Nie jest też jasne, dlaczego nie uważa za ludzi skorumpowanych dyrektorów banków czy prezesów Fundacji Batorego, którzy przecież zarabiają dużo więcej niż pracownicy ochrony zdrowia. Dr Kubiak nie wyjaśnia też, czy biorąc wynagrodzenie za swoje badania sama stała się osobą skorumpowaną. Nawiasem mówiąc, to nie ona jest autorką pomysłu o pracy bez pieniędzy – pierwsi wpadli na ten pomysł Marks i Engels.

We wszystkich zawodach świadczących usługi dla ludności jest tak, że klient przychodzi, zamawia usługę, negocjuje cenę, otrzymuje usługę i uiszcza opłatę. W przypadku droższych usług (np. naprawy rozbitego samochodu) klient może się ubezpieczyć od wydatku. W każdym zawodzie pracownik ma prawo do wynagrodzenia za wykonaną pracę, prawo do negocjowania wysokości tego wynagrodzenia i do odmowy wykonania pracy, jeśli nie satysfakcjonuje go wynagro-

dzenie. Te proste zasady nie są przez nikogo kwestionowane w odniesieniu do wszystkich zawodów – z wyjątkiem zawodu lekarza. Dlaczego?

Słowo „korupcja” pochodzi od łacińskiego *corrumpo*, co oznacza: zepsuć, zniszczyć, sfalszować lub przekupić. Z korupcją mamy do czynienia wtedy, gdy urzędnik powołany do realizacji interesu publicznego postępuje wbrew temu interesowi na skutek przekupstwa. Lekarz natomiast – nawet wtedy, gdy żąda od pacjenta dodatkowego wynagrodzenia za czynności, za które płaci jego pracodawca (np. publiczny ZOZ) – jest co najwyżej „dokupywany”, ale nie przekupywany. Z przekupstwem mielibyśmy do czynienia wtedy, gdyby lekarz był zatrudniony w celu szkodenia pacjentowi, a w wyniku przekupstwa pomagał mu, czyli realizował cel przeciwny temu, dla którego został zatrudniony.

Z rzeczywistą korupcją mamy do czynienia wtedy, gdy lekarz zatrudniony jako orzecznik w ZUS-ie za łapówkę orzeka inaczej, niż to wynika z jego wiedzy i zobowiązania wobec ZUS-u, np. orzeka o celowości przyznania renty chorobowej człowiekowi zdrowemu.

Lekarz nie jest funkcjonariuszem

Normalny lekarz nie jest urzędnikiem ani innego rodzaju funkcjonariuszem publicznym. Ja osobiście przez wiele lat byłem takim funkcjonariuszem – byłem bowiem żołnierzem zawodowym, co wiązało się ze świadomym przyjęciem określonych zobowiązań (pełna dyspozycyjność, ograniczenie wolności, gotowość do oddania życia w razie potrzeby itp.) w zamian za określone przywileje (stała kwatery, wcześniejsza emerytura itp.). Byłem też pracownikiem rządu Stanów Zjednoczonych, co wiązało

się z podobnymi wymaganiami – musiałem np. podpisać konstytucję USA i zobowiązać się, że nie będę działał na szkodę tego państwa. Normalny lekarz niczego takiego nie robi. Przyrzeczenie lekarskie, które składa, nie jest przysięgą wobec państwa, lecz jedynie wobec własnej korporacji zawodowej. Przyrzeczenie to zobowiązuje go do udzielania pomocy chorym, ale nie do jej udzielania bez zapłaty. To przyrzeczenie czyni zawód lekarza zawodem zaufania publicznego – a więc zaufania, że lekarz będzie zawsze działał w interesie zdrowia swojego pacjenta – ale nie czyni go funkcjonariuszem.

Przeciętny lekarz wykonuje tylko jedną funkcję rzeczywiście publiczną: wydaje orzeczenia o niezdolności do pracy, zwane popularnie zwolnieniami lekarskimi. Wydawanie nieprawdziwych orzeczeń jest oczywiście sprzeczne z wieloma zasadami, włączając tu zwykłą uczciwość. Powstaje jednak pytanie, kto płaci lekarzowi za to orzeczenie. Jeśli do lekarza zgłasza się zdrowy symulując chorobę, kto płaci lekarzowi za udowodnienie symulacji? Otóż tak naprawdę nie płaci mu nikt. A skoro nikt nie płaci, czy ktośkolwiek ma prawo nałożyć zobowiązanie? Płatnikiem składki ubezpieczeniowej jest pacjent – i to jego lekarz powinien zadowolić w pierwszej kolejności, aby po raz kolejny zgłosił się do niego po poradę. Nie zadowoli go udowadniając mu, że próbuje oszukiwać.

Są kraje – np. Stany Zjednoczone – w których nie ma instytucji zwolnienia lekarskiego. Zwolnienia chorobowego udziela sobie sam pracownik, zawiadamiając pracodawcę. Odbywa się to w ten sposób, że za każdy rok pracy pracownikowi przysługują dwa tygodnie zwolnienia chorobowego (*sick leave*). Pracownik może je wykorzystać w danym roku albo zaoszczędzić na rok następny. Niektórzy

w ten sposób mogą sobie zbierać nawet rok płatnego zwolnienia, inni po dwóch tygodniach choroby zostają bez wynagrodzenia. Lekarz zaś zajmuje się leczeniem, a nie zwalnianiem.

Ordynator znacjonalizowany

Najbardziej typowa sytuacja, w której pojawia się zarzut „korupcji” lekarza, wygląda tak: pacjent zgłasza się do placówki zatrudniającej lekarza i w związku z wykonaniem usługi wręcza lekarzowi pewną kwotę pieniędzy. Jednak wręczenie pieniędzy ma różny charakter w zależności od tego, czy poprzedza wykonanie usługi, czy następuje po jej wykonaniu jako wyraz wdzięczności.

Co więcej, bardzo często pacjent albo wymaga, albo zwraca się o wykonanie dodatkowych czynności specjalnych, które nie wchodzą w zakres usługi rutynowo świadczonej przez placówkę zatrudniającą danego lekarza. Nie jest to sytuacja różna od tej, kiedy zawieramy umowę z przedsiębiorcą budowlanym na budowę domu, a następnie – już w trakcie budowy – zwracamy się z prośbą bezpośrednio do pracownika zatrudnionego przez tego przedsiębiorcę, np. o położenie kafelków w łazience i płacimy mu oddzielnie za robociznę. Być może wykonując nam tę dodatkową usługę pracownik popełnia wykroczenie w stosunku do swego pracodawcy, ale nie jest to korupcja.

W książce „Mercedes-Benz” Paweł Huelle opisuje historię dr. Elefanta, doskonałego neurochirurga, który ma tę wadę, że każe sobie słono płacić za wykonywane operacje. Ostatnio ta historia została zilustrowana aresztowaniem pod podobnymi zarzutami kilku znanych neurochirurgów. W takiej sytuacji nasi domorośli korupciolodzy krzyczą: przecież neurochirurg operuje w publicznym szpitalu, publicznym skalpelem (choć zdarza się, że skalpel trzeba sobie przynieść) itd. Czy jednak jego ręce i jego talent również są publiczne? Dlaczego nikt się nie dziwi, że gwiazda estrady bierze za godzinny występ kilkadziesiąt tysięcy, choć nie brakuje osób gotowych wystąpić za kilkadziesiąt złotych? Łatwo wyrzucić na zbity pysk dr. Elefanta i zastąpić go byle konowalem, który też będzie operował w publicznym szpitalu publicznym skalpelem. A że skutki jego operacji będą zupełnie inne? Przecież i szpital, i skalpel będą te same.

Inna jest sytuacja, kiedy lekarz kontroluje dostęp do deficytowego urzędu, będącego własnością publiczną i czerpie korzyści z umożliwiania tego dostępu, a inna, kiedy tą deficytową war-

tością są jego osobiste kwalifikacje i talent. Niestety, wydane niedawno orzeczenie Sądu Najwyższego stanowi inaczej. Odnosi się ono do lekarzy pełniących funkcję ordynatorów i uznaje tę funkcję za funkcję publiczną w rozumieniu przepisów o korupcji. Co więcej, uznaje za funkcję publiczną również osobiste wykonywanie zawodu lekarza, a więc udzielanie porad i wykonywanie zabiegów przez takiego lekarza. Na mocy tego orzeczenia lekarz pełniący funkcję ordynatora został znacjonalizowany. Czy więc nie można rozszerzyć tego orzeczenia na sędziów i prokuratorów, którzy też powinni – na analogicznej zasadzie – nieodpłatnie udzielać pomocy prawnej każdemu, kto się zgłosi, i jeszcze ponosić odpowiedzialność za ewentualne błędy w wydanej opinii?

Są kraje, w których służba zdrowia finansowana jest z budżetu państwa, a lekarze są funkcjonariuszami państwowymi. Obowiązują ich te same zasady wynagradzania, ta sama odpowiedzialność i przywileje, co sędziów i prokuratorów. Może Sąd Najwyższy wypowie się również w tej sprawie?

Łóżka ordynatorskie

W odniesieniu do lekarza zatrudnionego w publicznej służbie zdrowia to społeczeństwo i państwo łowią w mętnej wodzie, a nie lekarz. Jeżeli bowiem mówimy o wypełnianiu zobowiązań pracowniczych, to musimy też mówić o zobowiązaniach pracodawcy. Traktowanie zobowiązań jako ulicy jednokierunkowej jest zwykłym oszustwem.

Państwo od 50 lat utrzymuje sytuację skandalicznego zaniżenia zarobków w ochronie zdrowia i oderwania ich od wartości pracy świadczonej przez konkretnego lekarza. Wiele pracodawców przez lata nie wywiązywało się z ustawowego obowiązku podwyższenia płac o 203 zł. Czy ktoś poszedł siedzieć za to bezdyskusyjne łamanie prawa?

Umowy zawierane z lekarzami są celowo nieprecyzyjne. Jeśli w umowie jest napisane, że za 1000 zł lekarz ma obowiązek przyjąć np. 200 pacjentów, to oznacza, że za przyjęcie 201. pacjenta ktoś musi dodatkowo zapłacić. Tymczasem często dzieje się tak, że NFZ nie płaci za tzw. nadwykonanie kontraktu, choć placówka ponosi koszty z tego tytułu. Nie dość więc, że lekarz pracuje więcej, to jeszcze kreuje dług szpitala. Gdyby jednak tego nie zrobił, naraziłby pacjenta nawet na utratę życia. Gdy zaś to robi, naraża siebie – naraża się na odpowiedzialność za ewentualny błąd podczas wykonywania pracy, za którą nie otrzyma wynagrodzenia. To

dokończenie na str.20

Kłamstwa o korupcji lekarzy

dokończenie ze str. 19

tak, jakby firma ubezpieczeniowa musiała wypłacić odszkodowanie osobie, która nie wykupiła polisy.

W większości przypadków lekarz, który przyjmuje dodatkowe wynagrodzenie, przyjmuje je za swoją pracę, która – co bardzo łatwo udowodnić – wyceniona jest poniżej jej wartości. Dzieje się tak dlatego, że społeczeństwo i jego agenda, jaką jest NFZ, uważają, że nie muszą płacić prawdziwej wartości za pracę lekarza.

Zanim nastały czasy realnego socjalizmu, rozwiązywano ten problem za pomocą tzw. łóżek ordynatorskich. Rozwiązanie to, przejęte z Niemiec, do dziś funkcjonuje w wielu krajach zachodnich. Właściciel szpitala, nie mogąc zapłacić dobremu ordynatorowi wystarczająco dużo, dzieli się z nim zyskami, oddając np. 10 proc. łóżek na oddziale dla prywatnych pacjentów ordynatora. Za prawo do zysków z tych łóżek ordynator zobowiązuje się leczyć po niskiej cenie chorych na pozostałych 90 proc. łóżek (dzieląc się zyskiem ze „swoich” łóżek ze współpracownikami).

Może jest czas, by przywrócić to rozwiązanie, które oficjalnie funkcjonowało w Polsce do 1950 r. Możliwość łączenia publicznego z prywatnym w ochronie zdrowia nigdzie nie jest uważana za korupcję.

Ile kosztuje talent?

Wynagrodzenie lekarza powinno być pochodną wysiłku, czasu i własnych pieniędzy włożonych w zdobycie wiedzy niezbędnej do wykonywania pracy, posiadanego talentu oraz odpowiedzialności za ryzyko związane z niepowodzeniem.

Dla każdego lekarza wiedza zdobyta na studiach to zaledwie początek – dla niżej podpisanego to 5, może 10 proc. wiedzy wykorzystywanej na bieżąco. Całą resztę zdobywa się już po studiach, na ogół poza godzinami pracy. Co więcej, za tę dodatkową wiedzę trzeba zapłacić. Dziś niemal wszystkie kursy dla lekarzy są płatne (kilkaset i więcej złotych) – należy je więc traktować jako indywidualną inwestycję, która musi się zwrócić. Dochody lekarza muszą uwzględniać środki, które wkłada on w aktualizację swojej wiedzy. Tak dzieje się w większości krajów, ale nie w Polsce.

Są także indywidualne różnice w talencie. Medycyna ma swoje gwiazdy i swoich wirtuozów. Proszę mi wskazać legalny sposób wynagradzania za ten talent.

Wreszcie – sprawa odpowiedzialności. Jeżeli lekarz ma odpowiadać za błąd przy wykonywaniu czynności, za którą w ogóle nie otrzymał wynagrodzenia lub otrzymał symboliczne 2 zł za poradę, to jego praca nie ma sensu. Ponośzone ryzyko i odpowiedzialność muszą być powiązane z wynagrodzeniem. W razie zniszczenia samochodu firma ubezpieczeniowa wypłaca maksymalnie dziesięciokrotność wpłaconej składki. Może przyjąć podobną zasadę dla lekarzy? Odszkodowanie za błąd wynosiłoby maksymalnie dziesięciokrotność wynagrodzenia otrzymanego za wykonanie danej pracy. Jeśli lekarz otrzymał 2 zł za poradę, ale nie rozpoznał jakiegoś poważnego zagrożenia dla zdrowia pacjenta, to płaciłby odszkodowanie 20 zł.

Prezent, gest przyjaźni

W opiece medycznej zawsze będą istniały sytuacje wymagające dodatkowego wynagrodzenia. Ot, choćby taka: do lekarza zgłasza się chory leczony przez innego lekarza w celu uzyskania tzw. drugiej opinii. Należy dążyć do zalegalizowania tych dodatkowych wynagrodzeń – tak by lekarz mógł je zgłosić i zapłacić od nich podatek – zamiast posyłać prokuratorów do szpitali. Penalizacja dodatkowych wynagrodzeń będzie miała tylko ten skutek, że chory wymagający pomocy, która nie mieści się w przyjętym schemacie, nie uzyska tej pomocy. Wielu lekarzy woli bowiem nie zarobić, ale się nie narażać.

Czymś innym są prezenty. Właśnie w celu przeciwdziałania zarzutom korupcji w PRL wykształcił się zwyczaj dawania lekarzom przedmiotów nietrwałych (czyli takich, których otrzymanie nie stanowiło trwałego wzbogacenia się) – kwiatów, alkoholu, czekoladek, kawy – dla okazania wdzięczności. Potrzeba jej okazania jest potrzebą pacjenta, a nie lekarza. Jeżeli chcemy, aby lekarz był naszym przyjacielem, to traktujemy go jak przyjaciela, a przyjaciołom daje się prezenty. Tak dzieje się na całym świecie. (...) Czy w ogóle można się komuś odwdziżyć za uratowanie życia, co jednak się lekarzom czasem udaje? Chmielnicki mógł się odwdziżyć Skrzetuskiemu za uratowanie życia, ale pacjent ma znikome szanse uratować życie lekarzowi.

Z własnej praktyki mogę powiedzieć, że znakomita większość otrzymanych przeze mnie prezentów nie była mi do niczego potrzebna – poza tym, że była symbolem tego, iż ktoś docenił wysiłek

włożony w walkę o jego zdrowie i życie. Podczas śmiertelnej choroby mojej Matki zajmowali się nią niemal wyłącznie lekarze, którzy sami wiele mi zawdzięczali. A jednak czułem się bardzo zobowiązany – nawet nie za ich profesjonalizm czy wysiłek, ale przede wszystkim za życzliwość, za to, że Matka mogła się pozbyć w tych strasznych chwilach poczucia strachu, wiedząc, że cudu nie da się zrobić, ale wszystko, co można zrobić, zostanie zrobione. I sam dałem lekarzom drobne upominki – z potrzeby serca.

Pojawia się tu dodatkowy problem: jak wręczający „dowód wdzięczności” postraktuje odmowę jego przyjęcia. Przed laty zostałem poproszony do mieszkania sąsiadki, która zaniemogła. Zbadałem tę kobietę i stwierdziłem, że najprawdopodobniej ma guz w dolnym odcinku kręgosłupa, który uciska rdzeń kręgowy i nadaje się do usunięcia. Wychodząc z jej mieszkania, kategorycznie odmówiłem przyjęcia jakichkolwiek pieniędzy. Podałem natomiast adres placówki, do której chora powinna jak najszybciej się zgłosić, włącznie z nazwiskiem neurochirurga.

Kobieta nigdy więcej nie poprosiła mnie o poradę. Od czasu do czasu widywałem tylko karetkę na podwórku. Potem sąsiadka zmarła. Jej partner zaczął pić na umór i także zmarł trzy tygodnie później. Po paru miesiącach moja żona poznała z ust dozorcy drugą stronę tej historii. Otóż kiedy sąsiadka zaniemogła, „poproszono samego sławnego docenta Jędrzejczaka, który stwierdził, że jest tak źle, że nawet nie wziął pieniędzy”. W związku z tym nie porozumiewano się już z nikim więcej – wzywano jedynie pogotowie, aby podać środek przeciwbólowy.

Skazani pacjenci

(...) Jeśli społeczeństwu nie podoba się obecna sytuacja w zakresie sposobu wynagradzania pracowników ochrony zdrowia – włącznie z tzw. korupcją – to powinno wynegocjować z reprezentantami zawodów medycznych inny system wynagradzania (w tym system honorariów). Takiego systemu nie ma i nikt nawet nie próbuje go stworzyć. Dopiero kiedy zostanie zdefiniowane, co i w jakim zakresie jest zgodne z prawem i zdrowym rozsądkiem, będzie można określić, co jest wynagrodzeniem (i kto płaci jaką jego część), co jest prezentem, a co korupcją. Co jest wykroczeniem, co przestępstwem karnym, co przestępstwem podatkowym, a co przejawem normalnych stosunków międzyludzkich.

Wiesław Wiktor Jędrzejczak

„Gazeta Wyborcza”, 5.05.07 r. (fragm.).

TVN Med bezpłatnie w Internecie



REKLAMA

W maju 2007 r. portal www.tvnmed.pl uruchomił videostreaming czyli możliwość bezpłatnego oglądania medycznych programów edukacyjnych w Internecie.

Na najtańszej Neostradzie 512 kbit/s działa to bez problemu – zapewnia Marek Parzydło, wicedyrektor ds. rozwoju biznesu TVN Med. Na dostępność w mobilnym Internecie sieci telefonii komórkowych przyjdzie jeszcze trochę poczekać, zanim sieci te pokryją swym zasięgiem większość tzw. Polski powiatowej.

Rejestracja na portalu jest bezpłatna. Wystarczy podać swoje dane, a przede wszystkim numer prawa wykonywania zawodu i datę jego wydania. W jednym wspólnym gabinecie lekarskim na oddziale szpitalnym mogą teraz skorzystać z portalu wszyscy. Już nie trzeba ograniczać się wyłącznie do kodowanego przekazu telewizyjnego.

Programy przygotowane przez TVN Med, możliwość dyskusji z ich autorami, udział w forach dyskusyjnych, dodatkowe linki, pliki do ściągnięcia, informacje o lekach – to tylko niektóre możliwości oferowane przez www.tvnmed.pl

Każdy z programów edukacyjnych przygotowany jest przez wybitnego specjalistę w danej dziedzinie. Nasza praca spełni najwyższe standardy, jeśli będziemy mieli dostęp do nowoczesnej wiedzy, polecanej przez tych, którzy nadają ton w medycynie – przekonuje Konstanty Radziwiłł, członek Rady Programowej TVN Med.

Nad ostatecznym, telewizyjnym kształtem programów pracuje Redakcja Medyczna TVN Med – największa w Polsce redakcja złożona z samych lekarzy. Być może w przyszłości pojawi się na portalu kurs przygotowawczy do Lekarskiego Egzaminu Państwowego, chociaż pytania egzaminacyjne, nawet te z ubiegłych lat, objęte są embargiem i pilnie strzeżone przez Centrum Egzaminów Medycznych. „Nie zapomnimy o potrzebach najmłodszych lekarzy. Wiedza dostępna na portalu nie jest zależna od żadnych nacisków ani

wpływów” – zapewnia Michał Feldman, szef redakcji.

Wszystkie programy TVN Med posiadają akredytację umożliwiającą zdobywanie punktów edukacyjnych. Można je zdobywać wyłącznie rozwiązując towarzyszące programom testy sprawdzające wiedzę. Pytania dostępne są na stronach teletekstu i w portalu www.tvnmed.pl, odpowiedzi można wysyłać poprzez SMS i Internet. System informatyczny kontroluje poprawność procesu edukacyjnego i przetwarza dane dotyczące zdobytych punktów.

Dobór tematów opiera się w dużej mierze na kursie specjalizacji z medycyny rodzinnej. Dzięki temu powstają kolejne programy z różnych dyscyplin medycznych, takich jak np.: choroby wewnętrzne, pediatria, alergologia, kardiologia, onkologia, neurologia, psychiatria oraz programy interdyscyplinarne – wszystkie na wysokim poziomie merytorycznym, który zainteresuje zarówno lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej, jak i specjalistów.

Od startu kanału w październiku 2006 r. wyprodukowano ponad 150 programów edukacyjnych. Z portalu korzysta już ponad 12 tys. lekarzy. Nadal obowiązuje bezpłatna oferta udostępnienia zestawu satelitarnego, instalacji i abonamentu dla lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej lub lekarzy posiadających specjalizację z medycyny ogólnej, chorób wewnętrznych, pediatrii lub medycyny rodzinnej, którzy w co najmniej jednym miejscu pracy świadczą usługi w zakresie ambulatoryjnej opieki zdrowotnej.

W pozostałych przypadkach podłączenie Internetu czy telewizji nowej generacji będzie się wiązać z kosztami według stawek operatorów. Niezależnie od przyjętego rozwiązania – czy to w telewizji, czy w Internecie – sam abonament TVN Med pozostaje bezpłatny.

(ms)

REKLAMA

Czas na telemedycynę

Jarosław Kosiaty

Nie tylko sposób na kolejki

W jeleniogórskim szpitalu padł rekord: 68-letni chory został zapisany na operację wszczepienia endoprotezy stawu biodrowego na... 2016 r. (za 9 lat!). Sytuacja w innych dziedzinach medycyny jest podobna – kolejki do kardiologa, okulisty czy diabetologa sięgają kilku, a niekiedy nawet kilkunastu miesięcy. I choć zdalnie prowadzone zabiegi operacyjne nie tylko w naszym kraju należą jeszcze do dużej rzadkości, o tyle w wielu innych dziedzinach telemedycyny możemy poszczycić się konkretnymi osiągnięciami. Ale zacznijmy od początku, czyli podstawowego wyposażenia...

Po pierwsze... komputer

Obecnie mamy do dyspozycji lekkie i wygodne laptopy (komputery przenośne), których cena – w przypadku średniej klasy sprzętu – nie przekracza najczęściej granicy 3 tys. zł.

Co kupić: laptopa czy desktopa (komputer stacjonarny)? Jeśli nasz komputer będzie na stałe wykorzystywany w warunkach gabinetu lekarskiego lub w domu, warto rozważyć zakup komputera stacjonarnego. Powód: niższe koszty zakupu oraz większe możliwości modyfikacji i rozbudowy (np. wymiany niektórych elementów, instalowania dodatkowych urządzeń wewnętrznych itd.). Laptop natomiast to komputer dla osób mobilnych, idealny do pracy w czasie podróży, na działce, przydatny do prowadzenia szkoleń i prezentacji.

Uwaga praktyczna:

Aktualne ceny sprzętu komputerowego i dodatkowych akcesoriów, oferowanych w różnych sklepach na terenie całego kraju, można śledzić w serwisie: www.ceneo.pl

Pamiętajmy o zainstalowaniu w komputerze programu antywirusowego, na bieżąco aktualizowanego np. przez Internet.

Po drugie... dostęp do sieci

Dla Internetu nie istnieją przeszkody w postaci typu komputera, który chce-

my podłączyć, używanego systemu operacyjnego czy też odległości i ukształtowania terenu w miejscu naszego zamieszkania. W sieci tej pracują bowiem zgodnie obok siebie wszystkie modele komputerów osobistych, a sam Internet wykorzystuje rozmaitego typu łącza telekomunikacyjne. Są to linie telefoniczne, energetyczne, kablowe, światłowodowe oraz połączenia radiowe i satelitarne. W obecnej chwili każdy szczęśliwy posiadacz gniazdka telefonicznego lub telefonu komórkowego może połączyć się z Internetem.

Dziś dostęp do Internetu ma już co trzeci Polak (37,7%). W czołówce użytkowników sieci są lekarze. Według ankiety przeprowadzonej przez firmę Dendrite z Internetu korzysta już 74% polskich medyków.

Uwaga praktyczna:

Na stronie: www.continuum.com.pl możemy nieodpłatnie dokonać pomiaru aktualnej prędkości naszego łącza do Internetu.

Telemedycyna w praktyce lekarskiej

Przedstawiając konkretne przykłady zastosowania telemedycyny celowo pominę najnowsze osiągnięcia techniki medycznej i komputerowej, w większości nieosiągalne dla polskiego lekarza podstawowej opieki zdrowotnej.

Jest rok 1997. Młody lekarz z Tarnowa przyjmuje na oddział dziecko, u którego podejrzewa gruźlicę nerek. Nie wie jednak, jakie badania potwierdziłyby to podejrzenie ani jaki ośrodek mógłby prowadzić ewentualne dalsze, specjalistyczne leczenie małej pacjentki. Wysłał pytanie na adres listy dyskusyjnej polskich lekarzy, prowadzonej na serwerze Wojskowej Akademii Medycznej w Łodzi. Już następnego dnia, dzięki konsultacjom i pomocy lekarzy – kolegów z innych ośrodków, udaje się ustalić przyjęcie dziewczynki do filii Instytutu Gruźlicy w Rabce.

Prof. James McGee, patolog i bakteriolog z Uniwersytetu Oksfordzkiego podaje inny przykład: „*W tej chwili jeśli wykonamy na przykład badanie pier-*

si w jakimś prowincjonalnym mieście i zechcemy, by wynik był oceniony przez specjalistów uniwersyteckich, musimy wysłać wyniki pocztą. Nawet, jeśli użyjemy poczty ekspresowej, upłynąć musi przynajmniej dwa dni, zanim przesyłka dotrze do miejsca przeznaczenia. Do tego należy doliczyć czas przeznaczony na badanie i odesłanie potwierdzonych danych – jest to co najmniej tydzień czasu, który mógłby już zostać poświęcony na leczenie, jeśli odpowiednie informacje zostałyby przesłane przy użyciu choćby Internetu.

Obecnie dzięki różnym usługom Internetu możemy m.in. utrzymywać stały kontakt z naszymi pacjentami (konsultacje, umawianie wizyt itd.), dyskutować na temat trudnych przypadków z innymi lekarzami, poznawać najnowsze wyniki badań klinicznych, czytać czasopisma i książki, oglądać multimedialne atlasy medyczne, korzystać z interaktywnych baz danych, ale także... uzyskać poradę prawną, zamówić bilety do kina lub teatru, nauczyć się języka obcego, zaplanować wakacyjny wypoczynek w interesującym miejscu.

Uwagi praktyczne:

Internetowe ABC (nie tylko) dla lekarzy – to przewodnik po sieci dla początkujących internautów. Znalazły się w nim m.in. przykłady wykorzystania poszczególnych usług Internetu w praktyce lekarskiej, edukacji i pracy naukowej, wskazówki jak konsultować pacjentów, prowadzić własny serwis medyczny, a także korzystać w Internecie z bazy Medline. (abc-internet.prv.pl)

English International Lyon – ponad 250 multimedialnych, interaktywnych ćwiczeń do nauki języka angielskiego! (www.better-english.com)

W prowadzeniu konsultacji medycznych przez Internet szczególnie przydatna jest poczta elektroniczna (oferująca przesyłanie jako załączników np. wyników badań dodatkowych). Warto także korzystać z możliwości, jakie oferują medyczne listy dyskusyjne, grupujące np. lekarzy i naukowców zainteresowanych określoną dziedziną medycyny.

Uwaga praktyczna:

Ugrad.com – to obszerna baza ponad 500 ciekawych przypadków z różnych dziedzin medycyny, szczegółowo opisanych przez lekarzy z University Hospitals of Cleveland (USA). Każdy z przypadków zaprezentowany został wg schematu: wywiad, badanie przedmiotowe, różnicowanie, diagnoza, dyskusja, bibliografia. Cennym uzupełnieniem są zdjęcia z radiologii klasycznej, wyniki badań naczyniowych oraz CT i MRI. (www.uhrad.com)

Telemonitoring

Jest to stosunkowo nowy dział telemedycyny, zajmujący się zdalnym monitorowaniem procesów życiowych pacjenta. Przykładem jest przysyłanie na odległość zapisu EKG. Chory po przebytym zawale mięśnia sercowego, zabiegu kardiochirurgicznym (np. wszczepieniu kardiostymulatora) lub cierpiący na trudne do wykrycia i zdiagnozowania napadowe zaburzenia rytmu serca, otrzymuje specjalny aparat tele-EKG. W chwili wystąpienia niepokojących objawów przesyła zapis EKG zwykłą linią telefoniczną bezpośrednio do ośrodka medycznego i dyżurującego tam przez całą dobę kardiologa. Obok czysto medycznych i ekonomicznych korzyści takich działań, równie istotny jest ich aspekt psychologiczny, polegający na zwiększeniu u chorego poczucia bezpieczeństwa i redukcji poziomu stresu związanego z chorobą organiczną.

System do zdalnego przysyłania zapisu EKG sprawdził się np. na statkach Polskiej Żeglugi Morskiej. Jest także z powodzeniem stosowany w karetkach pogotowia ratunkowego m.in. na terenie województwa łódzkiego, gdzie rocznie do szpitali trafia ok. 4000 osób z zawałem serca. Spada wprawdzie ich umieralność (obecnie wynosi ok. 3%), ale sporym problemem jest wciąż wysoka śmiertelność przedszpitalna, sięgająca 40%.

Śród firm i ośrodków medycznych odlatnie oferujących całodobowy nadzór telekardiologiczny wymienić można m.in. „Kardiofon”, „Kardiotel” oraz „Tele-Kardio-Med”. Już niedługo dwie, duże prywatne kliniki w Polsce proponują swoim pacjentom skorzystanie z innego niewielkiego urządzenia, monitorującego ciśnienie tętnicze krwi i wysyłającego wyniki pomiarów do dyżurującego lekarza.

Uwagi praktyczne:

ECG Library – obszerna biblioteka elektrokardiogramów (www.ecglibrary.com/ecghome.html)

EKG World Encyclopedia – dostępne działy tematyczne to m.in.: zawał mięśnia sercowego, zaburzenia rytmu, kardiologia inwazyjna, stymulatory, ciekawe przypadki kliniczne. Serwis opracował zespół pod redakcją Dr. Michaela Rosengartena. (sprojects.mmi.mcgill.ca/heart/egcyhome.html)

Teleedukacja i promocja zdrowia

Dotyczy ona zarówno lekarzy, jak i pacjentów. Do obowiązków każdego medyka należy bowiem nie tylko wykrywanie i skuteczne leczenie chorób, ale także pomoc w ich zapobieganiu i promocja zdrowego stylu życia. Dlatego warto w tych działaniach wykorzystywać możliwości sieci Internet oraz dostępne za jej pośrednictwem materiały.

Uwaga praktyczna:

Narkotyki i Ty – znajdziemy tu m.in. zdjęcia i szczegółowe opisy działania różnych rodzajów narkotyków (np. amfetaminy, ecstasy, LSD, kokainy, marihuany, grzybów halucynogennych), poradnik dla rodziców: „Jak rozpoznać czy nasze dziecko bierze narkotyki?”, opowiadania narkomanów, słowniczek slangu narkotykowego; listę chorób związanych z uzależnieniem od narkotyków i wiele innych przydatnych materiałów. (narkotyki.esculap.pl)

Szczególnie ważnym i wdzięcznym polem zastosowania Internetu jest rehabilitacja i pomoc osobom starszym oraz niepełnosprawnym. Anonimowość w Internecie daje im bowiem sposobność uwolnienia się od swojej trudnej sytuacji i choroby. Jednocześnie istnieje możliwość nawiązania kontaktu ze swoim lekarzem oraz wymiany cennych informacji z innymi osobami chorującymi na tę samą chorobę.

Uwaga praktyczna:

Polska Strona Choroby Alzheimerera – serwis edukacyjny adresowany do lekarzy, a także rodzin, przyjaciół i opiekunów ludzi cierpiących na chorobę Alzheimerera. Szczególnie cenne są odpowiedzi na najczęściej zadawane przez opiekunów pytania i zgłaszane problemy. (www.alzheimer.pl)

Na zakończenie warto przypomnieć dowcip, który od dłuższego czasu krąży wśród pacjentów i lekarzy: „Jedź do Londynu. Twój lekarz już tam jest!” Obecnie wypada go jedynie uzupełnić o zdanie: „Ale dzięki Internetowi jestem z nim w stałym kontakcie.”

e-mail: jkosiaty@esculap.pl

Koniec ery ordynatorów?

– Chcemy ograniczyć rolę ordynatorów – powiedział na konferencji prasowej pod koniec marca br. Bolesław Piecha – wiceminister zdrowia, zapowiadając wprowadzenie zmian w organizacji pracy szpitali. System ordynatorski zastąpi tzw. konsultancki, który funkcjonuje m.in. w Wielkiej Brytanii. Zmiana ta ma być sposobem m.in. na walkę z korupcją w szpitalach.

Zdaniem wiceministra, w rękach ordynatorów skupiona jest obecnie zbyt duża władza. Decydują oni o tym, kiedy, jak i przez którego lekarza konkretny pacjent jest leczony. System konsultancki da więcej samodzielności lekarzom specjalistom, ma być też bardziej przyjazny dla zdobywających doświadczenie młodych medyków.

Resort chce, aby proponowane zmiany weszły w życie 1 lipca 2007 r., można jednak odnieść wrażenie, że podejmuje pośpieszne działania, a środowisko lekarskie nie do końca jest informowane, na czym te zmiany mają tak naprawdę polegać.

W obecnym układzie – uważa wiceminister – ordynatorzy mają zbyt duży wpływ na rozwój lub ograniczenie ich kariery zawodowej. Zmiany w systemie mogłyby zachęcić część lekarzy do wiązania swojej przyszłości z pracą w rodzimych szpitalach. Na stronie internetowej Ministerstwa Zdrowia zamieszczono projekt nowelizacji kilku rozporządzeń, odnoszących się do kompetencji ordynatora w publicznych ZOZ-ach, w resorcie trwają

prace nad projektem nowelizacji odpowiedniego przepisu ustawy o zakładach opieki zdrowotnej. Resort chce, aby proponowane zmiany weszły w życie 1 lipca 2007 r., można jednak odnieść wrażenie, że podejmuje pośpieszne działania, a środowisko lekarskie nie do końca jest informowane, na czym te zmiany mają tak naprawdę polegać.

Opinie środowiska lekarskiego oraz menedżerów ochrony zdrowia na temat propozycji ministerialnych są bardzo podzielone. Niektórzy uważają, że ich wprowadzenie jest niezbędne, inni ostrzegają przed zbyt gwałtownymi zmianami. O roli ordynatora w polskich szpitalach i możliwości wprowadzenia tu systemu konsultanckiego, mówiono na niedawnym spotkaniu konsultantów wojewódzkich w siedzibie OIL w Łodzi. O opinie w tej sprawie poprosiliśmy również prof. Janusza Strzelczyka, znanego transplantologa ze Szpitala im. N. Barlickiego, który kilka lat spędził w Anglii. Swoje zdanie na ten temat wyra-

ził także – przy okazji rozmowy na temat emigracji medyków – młody lekarz Piotr Łopata.

* * * Większość konsultantów wojewódzkich – głównie profesorów, a przy tym kierowników klinik lub ordynatorów, przybyłych na spotkanie do łódzkiej Izby argumentowało, że w obecnych warunkach w Polsce wprowadzenie systemu organizacji szpitala na wzór angielski nie jest możliwe. Mówili wręcz, że pomysły resortu to bezsens, nie widać bowiem żadnych korzyści płynących z proponowanych zmian, a chęć ich wprowadzenia podyktowana jest wyłącznie względami pozamerytorycznymi, konkretnie – politycznymi. Ktoś bowiem postawił tezę, że za całe zło, jakie występuje w ochronie zdrowia, winę ponosi lobby ordynatorsko-profesorskie, skorumpowane i zbudowane na sposób feudalny, więc trzeba je koniecznie zlikwidować. A wiadomo – mieszanie się polityki do spraw zdrowia, to najgorsze, co może się przydarzyć zarówno lekarzom, jak i ich pacjentom. W czasie spotkania głos zabierali m.in. prof. dr hab. n. med. Andrzej Chilarski – konsultant wojewódzki ds. chirurgii

dziecięcej, kierownik Kliniki Chirurgii Dziecięcej Instytutu Centrum Zdrowia Matki Polki w Łodzi, prof. dr hab. n. med. Wojciech Gaszyński – konsultant wojewódzki ds. anestezjologii i intensywnej terapii, kierownik Kliniki Otolaryngologii Uniwersyteckiego Szpitala Kliniczne-

go nr 1 im. N. Barlickiego w Łodzi oraz prof. dr hab. n. med. Józef Kozak – konsultant wojewódzki ds. chirurgii klatki piersiowej, kierownik Oddziału Chirurgii Klatki Piersiowej Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego im. M. Kopernika w Łodzi. A oto co powiedzieli:

Może w drodze eksperymentu?
– mówi prof. Andrzej Chilarski

System konsultancki, w którym pracowałem przez prawie rok w Wielkiej Brytanii, niewątpliwie ma wiele zalet, ale w polskich warunkach, przynajmniej obecnie, nie powinien być wprowadzony. Ordynator oddziału szpitalnego w Polsce, poza tym że jest merytorycznym nadzorcą, czyli superwizorem w sprawach ściśle medycznych i ponosi odpowiedzialność za pacjentów, ale wykonuje jeszcze wiele innych obowiązków. Jest swego rodzaju administratorem oddziału, odpowiada – także materialnie – za gospodarowanie jego bazą materiałową i lekową, jest negocjatorem kontraktu z NFZ i ekonomistą zdrowotnym, odpowiedzialnym za nadwykonania i niedowykonanie procedur, organizuje szkolenia, nadzoruje stażystów, specjalizantów i ewentualnych rezydentów itp., itd. Jeżeli nagle, z dnia na dzień pozbedziemy się ordynatorów, a na ich miejsce przyjdą konsultanci, to będą oni kompetentni w zakresie leczenia chorych, ale ktoś przecież musi kierować oddziałami. Jeśli będą to nadal ordynatorzy, ale w ograniczonym zakresie kompetencji, to nie wiadomo, czy to kierowanie będzie zgodne z interesem zarówno naszych pacjentów, jak i samych lekarzy. Proponuję, żeby w tej sprawie nie negocjować całkowicie zasadności wprowadzenia proponowanych zmian, co określiłbym jako program maksimum, ale przyjąć program minimum i zasugerować decydentom, aby najpierw system konsultancki wprowadzić w drodze eksperymentu, np. w wybranych placówkach, czy w ograniczonym zakresie, np. w jakimś małym województwie. A jeśli się sprawdzi, czy zmienia się realia w ochronie zdrowia – będzie go można ewentualnie rozszerzyć.

Konkurs gwarancją niezależności
– mówi prof. Wojciech Gaszyński

Nie wiem, czy wszyscy – a zwłaszcza nasi decydenci – zdają sobie do końca sprawę, że to nie chodzi tylko o prostą wymianę ordynatorów na konsultantów, ale że proponowana zmiana wymaga przeorganizowania całej struktury polskich szpitali, bowiem w systemie konsultanckim *de facto* nie funkcjonują oddziały szpitalne w naszym rozumieniu. Konsultanci są do dyspozycji całego szpitala i w zakresie swojej specjalności konsultują pacjentów tam, gdzie się oni aktualnie znajdują. I jeszcze na jedną rzecz chciałbym zwrócić uwagę. Na fakt, że ordynatorzy powoływani są w drodze konkursu i mają podpisane kontrakty na określony termin, a zatem nie można ich zwolnić z piastowanego stanowiska z dnia na dzień. Dla nas stanowi to gwarancję, że dobrze pracujący ordynator, rozumiejący potrzeby oddziału – jego personelu i pacjentów, pełni rolę pewnego rodzaju „buforu” między dyrekcją i poszczególnymi lekarzami, jest obrońcą ich interesów.

Wyzwolić się od urzędników
– mówi prof. Józef Kozak

Jestem zdania, że w polskich warunkach proponowany system konsultancki, w wydaniu angielskim, raczej nie zafunkcjonuje, gdyż administracja w naszych szpitalach jest jeszcze na tyle słaba, że nie będzie w stanie przejąć tych wszystkich obowiązków, jakie pełnią na poszczególnych oddziałach ordynatorzy. Taki system jest możliwy do zastosowania, kiedy w szpitalu sprawnie działa pion administracyjno-finansowy, co pozwala lekarzom-konsultantom skoncentrować się na zadaniach wyłącznie dotyczących spraw diagnostyczno-terapeutycznych. A tak przy okazji, chciałbym podzielić się jeszcze jedną re-eksją. Odnoszę wrażenie, że my – lekarze, nie tylko ordynatorzy, wciąż nie możemy się wyzwolić z pewnej zależności od urzędników, czy wręcz polityków. Nie potrafimy wywalczyć samodzielności, jaką mają inne porównywalne zawody, na przykład prawnicze. W końcu to my podejmujemy decyzje o tym, jakie kroki diagnostyczno-terapeutyczne należy podejmować przy leczeniu pacjentów, powinniśmy więc mieć również głos decydujący, jak ma funkcjonować system ochrony zdrowia, by nasze merytoryczne działania przynosiły jak najlepsze efekty.

NS

Wypowiedzi nie były autoryzowane „Panaceum”, 5/2007

Recepty po nowemu

17 maja br. minister zdrowia podpisał rozporządzenia:

1. W sprawie recept lekarskich,
2. Zmieniające rozporządzenie w sprawie zakresu niezbędnych informacji gromadzonych i przekazywanych przez apteki podmiotom zobowiązanym do finansowania świadczeń ze środków publicznych.

Do najbardziej istotnych zmian wprowadzanych w nowym rozporządzeniu w sprawie recept lekarskich należą:

- Obowiązek umieszczania na każdej receptce z lekiem refundowanym numeru PESEL pacjenta. Umożliwi to jednoznaczność identyfikacji pacjenta oraz monitorowanie ilości przepisywanych leków konkretnemu pacjentowi.
- Wprowadzenie możliwości wypisywania, podczas jednej wizyty pacjenta w gabinecie lekarskim, trzech recept na trzy kolejne miesięczne kuracje (recepta odnawialna).

- Zrezygnowanie z recept wystawianych na kuponie dołączonym do dokumentu potwierdzającego uprawnienia do świadczeń opieki zdrowotnej (RUM). Zastosowano przepis przejściowy, gdzie recepty wystawiane na takich kuponach mogą być realizowane do 31 grudnia 2008 r.
- Odstąpienie od możliwości drukowania recept przez Narodowy Fundusz Zdrowia z pozostawieniem możliwości wydawania upoważnionym podmiotom zakresów liczb mających służyć jako numery recept. Dotychczasowa metoda pozyskiwania druków recept z Funduszu będzie możliwa do 31 grudnia 2007 r.

Zmiana rozporządzenia w sprawie zakresu niezbędnych informacji gromadzonych i przekazywanych przez apteki podmiotom zobowiązanym do finansowania świadczeń ze środków publicznych wynika z konieczności dostosowania informacji gromadzonych i przekazywanych przez apteki do zmian dokonanych w rozporządzeniu w sprawie recept lekarskich. Obydwa rozporządzenia wchodzi w życie z dniem 1 lipca 2007 r.

www.mz.gov.pl

Jestem zwolennikiem systemu konsultanckiego

– mówi prof. dr hab. n. med. **Janusz Strzelczyk**, konsultant wojewódzki w dziedzinie transplantologii klinicznej, kierownik Kliniki Chirurgii Ogólnej i Transplantacyjnej Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego nr 1 im. N. Barlickiego w Łodzi

Aby ocenić, czy do szpitali w Polsce można wprowadzić angielski system konsultancki, trzeba zacząć od tego, że szpital w Wielkiej Brytanii jest inaczej zorganizowany niż w naszym kraju. Poznałem ten system, gdyż kilka lat spędziłem w Anglii. Tam w zasadzie nie funkcjonuje pojęcie oddziału szpitalnego, którym kieruje szef, mający pod sobą personel do niego przypisany. Nie ma zatem również stanowisk ordynatorów. Rolę

oddziałów pełnią zgrupowane w jednym miejscu sale chorych, przeznaczone dla pacjentów, np. chirurgicznych, ginekologicznych, internistycznych itp.

Opiekę medyczną nad chorymi sprawuje w szpitalu kilku lub kilkunastu konsultantów, kompletnie od siebie niezależnych, oni także mają obowiązek konsultowania wszystkich nowo przyjętych pacjentów, niezależnie, na jakie piętro i do jakiej sali trafiają. Osoby, które nie miały okazji poznać tego systemu, często pytają, kto zarządza tzw. oddziałem? *De facto...* siostra oddziałowa, wykonująca wszelkie prace administracyjno-organizacyjne i podlegająca bezpośrednio dyrekcji szpitala. Z wykonania tych czynności zwolnieni są konsultanci, oni mają tylko obowiązek leczyć pacjentów. Za skutki podejmowanych przez siebie decyzji diagnostyczno-terapeutycznych ponoszą medyczną i prawną odpowiedzialność.

Konsultanci nie są przypisani do żadnego z tzw. oddziałów, opiekują się pacjentami w całym szpitalu. Każdy z nich ma kilkuosobowy zespół asystentów, złożony z młodych lekarzy – odbywających staż, a także legitymujących się dwu-, pięcio- czy siedmioletnim doświadczeniem zawodowym, w tym przygotowujących się do egzaminu specjalistycznego w konkretnej dziedzinie medycyny. System konsultancki, stosowany w szpitalach angielskich, w dużej mierze powiązany jest zatem z obowiązującym tu systemem szkolenia lekarzy.

Wielkim plusem tego szkolenia jest to, że odbywa się w wielu szpitalach. Po rocznym stażu w jednym, młody lekarz szuka pracy na 2-3 lata w innej placówce, gdzie szkoli się w przeróżnych możliwych specjalnościach. Następnie – mając już wstępne rozeznanie co do swoich zainteresowań – przechodzi do kolejnego szpitala, gdzie zdobywa umiejętności czy to w dziedzinach zabiegowych, czy internistycznych, by w kolejnym miejscu pracy zdobyć szlify w wybranej specjalności bardziej szczegółowej. A na koniec, gdy zda ostatni egzamin, zagląda do „British Medical Journal”, gdzie w każdym jego wydaniu publikowanych jest około 1000 ofert pracy. Każdy znajdzie tu coś dla siebie...

Warto też wspomnieć, że w Anglii tylko samodzielni konsultanci, którzy mają za sobą 8-10 lat szkolenia i certyfikat specjalisty nadany im – co istotne – przez samorząd lekarski, mają prawo do prowadzenia prywatnej, dochodowej praktyki. A tylko takiemu lekarzowi powierzy swoje zdrowie i życie pacjent prywatnie ubezpieczony. Tak więc system konsultancki nierozdzielnie jest powiązany nie tylko z angielskim systemem kształcenia, ale też z systemem prywatnych ubezpieczeń. Z tym, że tam sektor prywatny jest wyraźnie oddzielony od państwowej służby zdrowia – NHS (National Health Service), finansowanej z budżetu państwa.

W Anglii lekarze rozumieją system konsultancki i doskonale się w nim poruszają, ale był on budowany przez ponad sto lat. Czy w Polsce można go wprowadzić „od zaraz”, zmieniając kilka przepisów ustawowych i parę rozporządzeń? Obawiam się, że to się nie uda, bo rezygnacja z systemu ordynatorskiego wymaga całkowitego przeorganizowania naszych szpitali, nie mówiąc o tym, że są zdecydowani, wpływowi przeciwnicy tych zmian. Nie wiem zatem, jak szybko można zastosować system konsultancki w naszym kraju, ale wiem, że to krok w dobrym kierunku.

Osobiście jestem zwolennikiem tego systemu i optuję za nim świadomie, mimo że od lat sam jestem ordynatorem. Mając w swym życiorysie angielski epizod, potrafię ocenić jego zalety, a największą jest to, że daje realne perspektywy młodym lekarzom. W wieku lat trzydziestu paru mają oni szansę na uzyskanie samodzielności zawodowej, a jednocześnie – niezależności finansowej, o czym marzą polscy medycy. Młodzi lekarze wyjeżdżają z kraju nie tylko z powodu niskich zarobków, ale również – a może głównie – marnych perspektyw awansu. W naszych szpitalach, pod kierunkiem ordynatorów, pracują nie tylko młodzi: stażyści i zdobywający specjalizacje, ale też doświadczeni lekarze, mający za sobą 20-30-letni staż. Pozbawieni szans na samodzielność i wyższe zarobki, ciągle stoją w tym samym miejscu zawodowej kariery.

opr. NS

„Panaceum”, 5/2007

Z polisą na zdrowie

Agnieszka Katrynicz

Rynek ubezpieczeń medycznych dopiero w Polsce raczkuje. Z 800-900 mln zł jakie Polacy wydają na leczenie się prywatnie zaledwie 175 mln jest w rękach towarzystw ubezpieczeniowych

Raport „Diagnoza społeczna 2005. Warunki i jakość życia Polaków” pokazał, że blisko 40% gospodarstw domowych, których członkowie korzystali z opieki zdrowotnej w ciągu minionego roku, opłacało jej koszty z własnej kieszeni. Z drugiej jednak strony prawie połowa z nas deklaruje, że nie wykupi dodatkowego ubezpieczenia zdrowotnego, bo jest za drogie (dane z tego samego raportu). – Polacy są przyzwyczajeni do wydawania na zdrowie, ale nie są przyzwyczajeni do ubezpieczania się na zdrowie – komentuje Stanisław Borkowski, dyrektor biura ubezpieczeń zdrowotnych PZU Życie SA. Potwierdzają to cytowane wyżej dane Komisji Nadzoru Ubezpieczeń i Funduszy Emerytalnych (KNUIFE): Polacy wydają ok. 900 mln zł na leczenie, z czego większość, bo 500-600 mln zł dostają firmy abonamentowe (takie jak Lux Med., Medcover, LIM). Tylko niewielka część tych pieniędzy trafia do firm ubezpieczeniowych.

Nie ma rynku

Rynek „prawdziwych” ubezpieczeń zdrowotnych, czyli takich, gdzie ubezpieczyciel kieruje klienta na leczenie do określonej placówki i pokrywa koszty tego leczenia, to dziś ok. 50-60 mln zł. W dodatku większość obejmuje jedynie leczenie ambulatoryjne. Jest to wynik wciąż nierozwiązanej kwestii czy szpitale publiczne mogą przyjmować pacjentów, za których leczenie płacić będzie inny niż NFZ ubezpieczyciel. Mówiąc inaczej – szpitale ciągle nie mogą przyjmować komercyjnych pacjentów, gdyż rodziłoby to podejrzenia o dzielenie pacjentów na tych „lepszych”, bo komercyjnych, i tych gorszych „państwowych”. To główny powód tego, że żaden z dotychczasowych ministrów zdrowia nie zdecydował się na ten krok. Być może sytuacja zmieni się, gdy powstanie zapowiadany przez ministra zdrowia Zbigniewa Religę ko-

zyk świadczeń. Jego brakiem m.in. tłumaczy się brak, zapowiadanej od wielu lat, ustawy o ubezpieczeniach zdrowotnych. Jej przyjęcia od dawna domaga się środowisko lekarskie, czego najlepszym dowodem jest, iż ten postulat pojawia się praktycznie przy każdej akcji protestacyjnej. Również tej ostatniej.

Światelko w tunelu?

Specjaliści od ubezpieczeń oceniają, że rozwój rynku ubezpieczeń zdrowotnych jest nieunikniony. – Nasze analizy potwierdzają, że popyt na takie usługi będzie systematycznie i dynamicznie rosnąć – mówi Ryszard Grzelak, prezes zarządu Europ Assistance Polska. – Coraz więcej Polaków będzie się przekonywać do tego typu usług, zwłaszcza jeśli podsumują wydatki ponoszone na opłacanie prywatnych wizyt lekarskich.

Jak wynika z ostatnich badań SMG/KRC łączne wydatki Polaków na leczenie prywatne wyniosły rocznie 298 zł na osobę, a co dziesiąty respondent wydał ponad 500 zł. Oczywiście najwięcej pacjenci zostawili w gabinetach stomatologicznych, a także w pracowniach diagnostycznych, co jest wynikiem kolejek w zakładach publicznych. Optymistyczną wiadomością dla firm ubezpieczeniowych jest fakt, że wzrasta zainteresowanie dodatkowymi ubezpieczeniami zdrowotnymi, bo aż 25 proc. respondentów wyraziło chęć kupienia go. – To dwukrotnie więcej niż dwa lata temu – podkreśla Borkowski. Ale od razu dodaje – Jest to oczywiście zależne od zarobków i ceny ubezpieczenia. Tu niewiele się zmieniło. – Polacy są skłonni wydać dodatkowo nie więcej niż 100 zł. Za to wzrosły wymagania respondentów.

Jak z serialu

– Nasze wyobrażenia o tym jak ochrona zdrowia powinna funkcjonować budujemy głównie na serialach telewizyj-

nych takich, jak „Ostry dyżur” czy „Na dobre i na złe” – podkreśla dr Małgorzata Bombol z Katedry Poziomu Życia i Konsumpcji Szkoły Głównej Handlowej. – To dlatego pierwszy ubezpieczyciel, który w ramach polisy zobowiąże się do przypominania pacjentom o koniecznych badaniach, wygra na tym rynku.

Polacy czekają też na ubezpieczenia, które obejmowałyby leczenie szpitalne, co pozwoliłoby im omijać kolejkę. Wątpliwe jednak, by za owe 100 zł (warto przypomnieć, że w „Diagnozie społecznej” ta kwota obejmowała czteroosobową rodzinę) udało się skonstruować taką ofertę. Także mało placówek ochrony zdrowia będzie gotowych za tak małe pieniądze przyjąć pacjentów. Czy to więc oznacza, że ubezpieczeń zdrowotnych nie da się wprowadzić? Niekoniecznie. – Dodatkowe ubezpieczenia muszą stać się elementem systemu zdrowotnego, inaczej pozostaną – tak jak teraz – niszowe – uważa Romuald Holly, profesor Szkoły Głównej Handlowej, dyrektor Krajowego Instytutu Ubezpieczeń. – Wcześniej jednak musi być znany koszyk świadczeń gwarantowanych, by można było skonstruować ofertę obejmującą świadczenia ponadstandardowe.

Warto też przypomnieć, że wprowadzenie ubezpieczeń zdrowotnych oznacza dodatkowe 2 mld zł w systemie zdrowotnym. Te pieniądze na pewno przyspieszą zmiany w placówkach medycznych. Ubezpieczycielom będzie zależało na tym, by wyleczyć szybko, dobrze, to znaczy skutecznie, a przede wszystkim – tanio. To oznacza, że placówki medyczne zyskają nadzór, który będzie ich dopingował do ciągłego podnoszenia jakości usług przy jednoczesnym obniżaniu kosztów. Placówki zaczęły ze sobą konkurować na zdrowych zasadach. Minister zdrowia zapowiedział, że ubezpieczenia mają pojawić się w 2008 r.

@sculap.pl
Goniec Medyczny

- **Test na płęć.** Brytyjska firma DNA Worldwide od zeszłego miesiąca rozpowszechnia test pozwalający określić płęć dziecka już w... szóstym tygodniu ciąży.
- **Szwecja: Alarm w sprawie preparatu odchudzającego Cuur.** Szwedzkie media wszczęły w czwartek alarm ostrzegając przed stosowaniem popularnego ziołowego preparatu Cuur, pomagającego w odchudzaniu.
- **Niemcy: Ubezpieczenie społeczne nie musi finansować łysemu peruki.** Łysi mężczyźni w Niemczech nie mają prawa do finansowania peruk przez ubezpieczenie społeczne - orzekł w piątek sąd w Moguncji (Nadrenia-Palatynat), oddalając pozew pana pozbawionego podobno od dzieciństwa włosów na głowie.
- **Włochy: W szpitalu położniczym w Mediolanie nie będzie krzyży.** W największym mediolańskim szpitalu położniczym Mangiagalli krzyżyksy na ścianach zostaną zastąpione wizerunkami Matki Bożej, by nie drażnić uczuć religijnych muzułmanek - poinformował w środowowym wydaniu włoski dziennik „La Repubblica”.
- **W. Brytania: Genetyczna eliminacja zęza.** Jedna z londyńskich klinik podjęła się genetycznych badań przesiewowych zarodków dla pary, która nie chce, by dziecko miało zęza.
- **Wiejskie mleko może chronić dzieci przed astmą i katarem siennym.** Picie mleka „prosto od krowy” obniża ryzyko alergii i astmy u dzieci - zaobserwował międzynarodowy zespół naukowców. Jak wynika z artykułu na łamach pisma „Clinical and Experimental Allergy”, bezpieczniej jest jednak podawać maluchom mleko przegotowane niż surowe.
- **Tłuszcz rybie korzystnie wpływa na rozwój mięśni.** Tłuszcz rybie korzystnie wpływa na przyrost masy mięśniowej - zaobserwowali naukowcy z Kanady. Praca, którą zamieszcza pismo „Journal of Physiology”,

dokńczenie na str. 38

Przychodzi lekarz do prawnika

Czy można się wykręcić od pełnienia dyżurów?

Dyżury medyczne pełnione są najczęściej przez lekarzy zatrudnionych w ramach umowy o pracę. Dopuszczalne jest również pełnienie dyżurów przez lekarzy prowadzących indywidualną bądź grupową praktykę lekarską, jeśli zakład opieki zdrowotnej zawarł z nimi kontrakt o pełnienie dyżurów. Dyżury medyczne mogą przyjąć postać dyżurów pełnionych w zakładzie opieki zdrowotnej, który świadczy usługi całonocowe lub dyżurów pod telefonem. Bez względu na rodzaj i formę pełnionego dyżuru nie wlicza się do czasu pracy.

Liczba dyżurów stacjonarnych pełnionych przez jednego lekarza nie może przekroczyć dwóch dyżurów tygodniowo i ośmiu dyżurów miesięcznie (art. 32j ust. 3 Ustawy o ZOZ). Warto podkreślić, że lekarz nie powinien pełnić dyżuru przez okres dłuższy niż dwa następujące po sobie dni.

W odniesieniu do dyżurów pod telefonem (na wezwanie) maksymalna liczba dyżurów nie została określona. Nie został również określony maksymalny czas trwania jednego dyżuru. W przypadku, gdy dyżur pod telefonem nie kończy się wezwaniem do zakładu opieki zdrowotnej należy przyjąć, że dyżur może trwać dłużej niż 2 następujące po sobie dni, a liczba dyżurów może przekroczyć maksymalną liczbę dyżurów stacjonarnych.

W przypadkach, gdy dyżur pod telefonem kończy się wezwaniem do ZOZ, liczba dyżurów nie powinna przekroczyć dwóch tygodniowo i ośmiu miesięcznie. Lekarz pełniący dyżur pod telefonem musi pozostawać w gotowości do niezwłocznego przybycia do ZOZ. Nie oznacza to jednak, że lekarz musi przebywać w ściśle określonym miejscu. Przykładowo, lekarz może pozostawać do dyspozycji pod telefonem komórkowym. Jeśli w momencie wezwania lekarz pozostaje w dużej odległości od ZOZ, obowiązkiem lekarza jest zapewnienie sobie transportu do ZOZ. Opłatę za transport ponosi w każdym przypadku lekarz.

Bez względu na rodzaj pełnionego dyżuru medycznego pracodawca nie może przyznać pracownikowi czasu wolnego od pracy za czas pełnienia dyżuru. W uzasadnionych przypadkach (np. z powodu wyczerpania fizycznego) ordynator oddziału może zwolnić lekarza z części dnia pracy w dniu następującym po dniu pełnienia dyżuru. Jeżeli ordynator lub kierownik ZOZ zwolni lekarza z części dnia pracy, lekarz zachowuje pełne prawo do wynagrodzenia.

Dyżury medyczne mogą być pełnione przez lekarzy zatrudnionych w ramach umowy o pracę lub przez lekarzy, z którymi ZOZ zawarł kontrakt o pełnienie dyżurów.

Lekarz zatrudniony w ZOZ na podstawie umowy o pracę jest zobowiązany do pełnienia dyżurów. Oznacza to, że pracodawca może nakazać lekarzowi pełnienie dyżurów w maksymalnym wymiarze, zmniejszyć liczbę dyżurów lub całkowicie zwolnić lekarza z obowiązku pełnienia dyżurów. Uchylenie się od obowiązku pełnienia dyżurów naraża lekarza na poniesienie odpowiedzialności pracowniczej za naruszenie porządku pracy.

Organy założycielskie ZOZ-ów, SP ZOZ-ów oraz NZOZ-ów mogą zawrzeć kontrakt o pełnienie dyżurów medycznych z lekarzem prowadzącym indywidualną lub grupową praktykę lekarską. Należy podkreślić, że kontrakt może zostać zawarty również z lekarzem, który prowadząc indywidualną lub grupową praktykę lekarską zatrudniony jest jednocześnie w ZOZ w ramach umowy o pracę.

Odrębna umowa na pełnienie dyżurów medycznych może zostać również zawarta z lekarzem odbywającym specjalizację w ramach płatnego urlopu szkoleniowego, poszerzenia zajęć doktoranckich o program specjalizacji lub umowy cywilnoprawnej o szkolenie specjalizacyjne.

Zgodnie z art. 178¹ KP pracodawca nie może zobowiązać do pełnienia dyżuru kobiety w ciąży. Zgoda kobiety ciężarnej na pełnienie dyżurów nie wpływa na uchylenie zakazu obowiązującego pracodawcę. Warto podkre-

ślić, że pracodawca nie może zobowiązać do pełnienia dyżurów nocnych lekarza opiekującego się dzieckiem, które nie ukończyło czwartego roku życia. Jeśli lekarz sprawujący opiekę nad małym dzieckiem zgodzi się na pełnienie dyżurów w nocy, pracodawca może zlecić mu pełnienie dyżurów nawet w maksymalnym wymiarze.

Czy niedopełnienie obowiązku doskonalenia zawodowego stanowi zagrożenie dla wykonywania zawodu lekarza?

Kształcenie ustawiczne jest jednym z obowiązków lekarza, którego niedopełnienie może skutkować zawieszeniem prawa wykonywania zawodu lub ograniczeniem wykonywania wybranych czynności leczniczych. Obowiązek doskonalenia zawodowego jest jednocześnie prawem lekarza, które wiąże się m.in. z możliwością skorzystania z urlopu szkoleniowego lub elastycznego czasu pracy.

Ustawa o zawodach lekarza i lekarza dentystry nakłada na osoby wykonujące zawód lekarza obowiązek ciągłego kształcenia (art. 18 UoZL).

Przez pojęcie kształcenia ustawicznego należy w tym przypadku rozumieć szkolenie specjalizacyjne, zdobywanie umiejętności w wąskich dziedzinach medycyny oraz inne dostępne formy kształcenia po odbyciu stażu podyplomowego. Jak już wspomniano, kształcenie podyplomowe jest nie tylko obowiązkiem, ale także prawem lekarza. Pracodawcy osób wykonujących zawód lekarza w ramach stosunku pracy (np. kierownicy zakładów opieki zdrowotnej, kierownicy poradni) mają obowiązek ułatwienia pracownikom podnoszenie kwalifikacji zawodowych.

Ułatwianie podnoszenia kwalifikacji zawodowych może wiązać się np. z wyrażeniem przez pracodawcę zgody na urlop szkoleniowy lub elastyczny czas pracy. Lekarz odbywający specjalizację w trybie innym niż rezydentura ma prawo ubiegania się o urlop szkole-

niowy na czas odbywania specjalizacji. Prawem lekarza jest również ubieganie się o zgodę pracodawcy na zatrudnienie w ramach elastycznego czasu pracy na okres doskonalenia zawodowego. Elastyczny czas pracy może polegać m.in. na indywidualnym rozkładzie czasu pracy, który dostosowany jest do potrzeb pracownika (art. 142 Kodeksu Pracy). Pracodawca może wyrazić zgodę na indywidualny rozkład czasu pracy, na podstawie pisemnego wniosku pracownika w tym zakresie.

Szczegółowe zasady dotyczące kształcenia ustawicznego zostały uregulowane w rozporządzeniu ministra zdrowia w sprawie sposobów dopełniania obowiązku doskonalenia zawodowego lekarzy i lekarzy dentyistów.

Wypełnienie obowiązku doskonalenia zawodowego weryfikowane jest na podstawie zdobytych przez lekarza punktów edukacyjnych. Każdy lekarz wykonujący zawód zobowiązany jest do osobistego prowadzenia ewidencji doskonalenia zawodowego. Wzór dotyczący prowadzenia ewidencji lekarz otrzymuje od okręgowej izby lekarskiej, której jest członkiem. Lekarz nie wywiązuje się z obowiązku kształcenia ustawicznego, jeżeli w danym okresie rozliczeniowym nie zdobędzie co najmniej dwustu punktów edukacyjnych (§5 ust. 2 Rozporządzenia). Za okres rozliczeniowy uważa się 48 następujących po sobie miesięcy. Punkty edukacyjne przyznawane są za formy kształcenia określone w §3 pkt. 1-16 Rozporządzenia. Do form kształcenia, za które przyznawane są punkty edukacyjne, należą między innymi:

- uzyskanie stopnia doktora, doktora habilitowanego lub profesora w dziedzinie medycyny – 200 pkt. edukacyjnych,
- realizowanie programu specjalizacji – 50 pkt. edukacyjnych za jeden rok,
- udział w krajowym kongresie, zjeździe lub konferencji naukowej – maksymalnie 40 pkt. edukacyjnych,
- udział w szkoleniu wewnętrznym organizowanym przez ZOZ, w którym lekarz jest zatrudniony – maksymalnie 60 pkt. edukacyjnych,
- napisanie fachowej książki medycznej, rozdziału w książce lub multimedialnego programu edukacyjnego – 50 pkt., wznowienie 30 pkt. edukacyjnych,
- opublikowanie artykułu w czasopiśmie medycznym indeksowanym przez filadelfijski instytut informacji naukowej lub *Index Copernicus* – 20 pkt. edukacyjnych,

- opublikowanie artykułu w innym czasopiśmie medycznym – 10 pkt. edukacyjnych,
- prenumerata czasopisma indeksowanego przez filadelfijski instytut informacji naukowej lub *Index Copernicus* – maksymalnie 10 pkt. edukacyjnych.

Liczba punktów uzyskanych w danym okresie rozliczeniowym nie jest wliczana do następnego okresu rozliczeniowego. Punkty edukacyjne zdobyte przez lekarza zaliczane są przez okręgową radę lekarską, do której aktualnie należy lekarz. Jeżeli lekarz zmieni przynależność do okręgowej rady lekarskiej w ciągu okresu rozliczeniowego, punkty zdobyte przez lekarza zaliczane są przez radę, do której przystąpił lekarz.

Niedopełnienie obowiązku doskonalenia zawodowego jest odnotowywane w okręgowym rejestrze lekarzy (§8 ust. 3 Rozporządzenia). Lekarze, którzy nie uzyskają w ciągu okresu rozliczeniowego wymaganej liczby punktów edukacyjnych, mogą zostać pośądzeni o niewłaściwe przygotowanie do dalszego wykonywania zawodu. W takich przypad-

kach okręgowa rada lekarska powołuje komisję, która w formie opinii ocenia przygotowanie zawodowe lekarza (art. 11 ust. 1 UoZL).

W razie stwierdzenia niedostatecznego przygotowania zawodowego lekarz zobowiązany jest do odbycia dodatkowego przeszkolenia. Okręgowa rada lekarska może zdecydować o ograniczeniu wykonywania niektórych czynności leczniczych przez lekarza, do momentu zakończenia dodatkowego przeszkolenia. Jeżeli lekarz uchyła się od odbycia dodatkowego przeszkolenia, okręgowa rada lekarska podejmuje uchwałę o zawieszeniu prawa wykonywania zawodu lub o ograniczeniu wykonywania wybranych czynności leczniczych.

Justyna Zajdel

Zakład Prawa Medycznego UM w Łodzi
prawo@gazetalekarska.pl

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

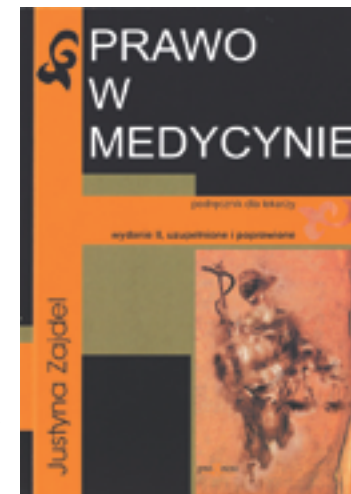
Prawo w medycynie

Ukazało się już drugie wydanie książki Justyny Zajdel „Prawo w medycynie”, nakładem wydawnictwa Progress (www.progress.med.pl). Przepisy prawa ulegają bardzo częstym modyfikacjom. Cieszymy się, że środowisko lekarskie otrzymuje stale aktualne źródło (w wydaniu drugim stan prawny na dzień 10 kwietnia 2007 r.) jasno i przystępnie przedstawionej wiedzy prawniczej w zakresie interesującym medyków.

Wydanie drugie poszerzono o 70 stron tekstu. Znacznie powiększono skorygowany ważnych terminów. Usunięcie tekstu ustaw pozwoliło w podobnej objętości ok. 300 stron przedstawić, oprócz klasycznych już zagadnień takich jak prawa pacjenta, odpowiedzialność cywilna, karna, pracownicza i zawodowa lekarzy, podstawy marketingu farmaceutycznego, obowiązki lekarzy, wykonywanie zawodu lekarza w UE, także dodatkowe tematy, m.in. problematykę nosicieli wirusa HIV, zgodę pacjenta na pobranie krwi, aspekty prawne dotyczące szkolenia specjalizacyjnego lekarzy. Pojawiły się również odpowiedzi na wiele pytań natury prawniczej, które Czytelnicy „Gazety Lekarskiej” zgłaszały do naszej redakcji jako dialog z autorką omawianej książki, jednocześnie prowadzącą nasz dział „Przychodzi lekarz do prawnika”. Recenzentem wydania drugiego jest prof. Grzegorz Wallner, kierownik Kliniki Chirurgii i Proktologii Wydziału Lekarskiego AM w Lublinie. Jego zdaniem to „(...) świetne kompendium podstaw wiedzy prawniczej dla przedstawicieli służby zdrowia w Polsce”. „Prawo w medycynie” powinno się znaleźć w posiadaniu wszystkich lekarzy czy osób zajmujących się ochroną zdrowia w Polsce – dodaje profesor. Do tego zresztą gorąco wszystkich Czytelników zachęcamy.

red.

Justyna Zajdel, „Prawo w medycynie”, wyd. II, Progress, 2007, ISBN: 978-83-924155-1-0, www.progress.med.pl





Zachorowanie poza granicami kraju

Bogdan Jakubski

Już prawie 1,5 mln Polaków wyjechało do pracy w krajach Unii Europejskiej, które otworzyły dla obywateli naszego kraju swoje rynki pracy. Okres letni to ponadto czas znacznie nasilonych wyjazdów turystycznych zarówno z, jak i do naszego kraju.

Ponieważ okres wakacji nie chroni ludzi przed zachorowaniem, a niektórym zdarzeniom, np. wypadkom, nawet sprzyja, warto przypomnieć zasady wystawiania zaświadczeń o czasowej niezdolności do pracy, zwane potocznie zwolnieniami lekarskimi, w razie zachorowania poza granicami kraju.

W krajach wchodzących w skład Unii Europejskiej obowiązuje zasada równego traktowania wszystkich obywateli i koordynacja systemów zabezpieczenia społecznego świadczeń pieniężnych z tytułu choroby, w tym także spowodowanej wypadkiem przy pracy lub chorobą zawodową oraz z tytułu macierzyństwa.

Tak jak państwa członkowskie Unii Europejskiej traktowane są także państwa Europejskiego Obszaru Gospodarczego (EOG), tj. Norwegia, Islandia i Lichtenstein.

Koordynacją systemów zabezpieczenia społecznego objęte są świadczenia pieniężne z tytułu choroby, w tym także spowodowanej wypadkiem przy pracy lub chorobą zawodową oraz z tytułu macierzyństwa, przysługujące wszystkim grupom osób ubezpieczonych w Polsce.

Świadczenia pieniężne w razie choroby i macierzyństwa objęte koordynacją systemów zabezpieczenia społecznego, to:

- wynagrodzenie chorobowe,
- zasiłek chorobowy z ubezpieczenia chorobowego lub wypadkowego,
- świadczenie rehabilitacyjne z ubezpieczenia chorobowego lub wypadkowego,
- zasiłek wyrównawczy z ubezpieczenia chorobowego lub wypadkowego,

- zasiłek macierzyński,
- zasiłek opiekuńczy.

Podstawowe zasady koordynacji, które mają zastosowanie w zakresie świadczeń pieniężnych z tytułu choroby i macierzyństwa, to:

- zasada równego traktowania,
- zasada jedności stosowanego ustawodawstwa,
- zasada sumowania okresów ubezpieczenia, zatrudnienia lub zamieszkania przebytych w innych państwach członkowskich,
- eksport świadczeń, gdy osoba uprawniona mieszka lub przebywa w innym państwie niż państwo właściwe do wypłaty świadczeń.

Przepisy wspólnotowe przewidują określony tryb składania zaświadczeń lekarskich w przypadku zachorowania podczas zamieszkania lub pobytu w innym państwie członkowskim niż państwo, w którym osoba podlega ubezpieczeniom. **Jeżeli świadczenia przysługują zgodnie z ustawodawstwem jednego państwa, a uprawniony mieszka lub przebywa w innym państwie członkowskim, aby uzyskać świadczenia pieniężne, jest zobowiązany w terminie trzech dni od daty powstania niezdolności do pracy powiadomić o tym instytucję ubezpieczeniową miejsca zamieszkania (pobytu) i przedłożyć jej zaświadczenie wydane przez lekarza leczącego.** Zaświadczenie to zostanie przekazane właściwej instytucji ubezpieczeniowej, zobowiązanej do wypłaty świadczenia. Instytucja ubezpieczeniowa miejsca zamieszkania (pobytu) traktuje chorego tak jak własnego ubez-

piezonego, może więc poddać go kontrolnym badaniom lekarskim. Jeżeli w wyniku kontroli uzna, że jest on zdolny do pracy, poinformuje o tym instytucję ubezpieczeniową wypłacającą świadczenia. Na tej podstawie wypłata świadczeń może zostać wstrzymana. Przeprowadzenie kontroli może zlecić także instytucja ubezpieczeniowa wypłacająca świadczenie.

Instytucje miejsca pobytu i właściwa w celu przekazywania zaświadczeń lekarskich i wymiany informacji związanych z niezdolnością do pracy stosują formularze E 115, E 116, E 117 i E 118.

Tryb postępowania, gdy o świadczenie pieniężne w państwie zamieszkania (pobytu) stara się osoba podlegająca polskiemu ustawodawstwu

- W terminie trzech dni od daty powstania niezdolności do pracy zainteresowany winien powiadomić o tym instytucję miejsca pobytu, tj. zagraniczną instytucję ubezpieczeniową i złożyć zaświadczenie wydane przez lekarza leczącego.
- Instytucja ta niezwłocznie przekazuje zaświadczenie o niezdolności do pracy oddziałowi ZUS, który ustala płatnika zobowiązanego do wypłaty świadczenia.
- Oddział ZUS może zlecić zagranicznej instytucji ubezpieczeniowej kontrolę ubezpieczonego.
- Jeśli chory nie podporządkuje się formalnościom określonym w przepisach prawnych państwa pobytu, musi liczyć się z odmową wypłaty świadczeń pieniężnych. Decyzję o tym podejmuje oddział ZUS.

Tryb postępowania, gdy o świadczenia pieniężne w Polsce ubiega się osoba podlegająca ustawodawstwu innego państwa członkowskiego

- Osoba, która mieszka lub przebywa w Polsce, a jest ubezpieczona w innym państwie członkowskim, jeżeli stanie się niezdolna do pracy z powodu choroby w Polsce, w ciągu trzech dni winna złożyć zaświadczenie o niezdolności do pracy wydane przez lekarza leczącego na druku ZUS ZLA w oddziale ZUS właściwym ze względu na miejsce zamieszkania (pobytu).
- Oddział ZUS przesyła to zaświadczenie instytucji właściwej, w której ta osoba podlega ubezpieczeniom.
- Instytucja ta ustala prawo do świadczenia, oblicza jego wysokość oraz realizuje wypłatę.
- Osoba ubiegająca się o świadczenie podlega kontroli prawidłowości orzekania o czasowej niezdolności do pracy według tych samych zasad, które dotyczą polskich ubezpieczonych. Kontrolę przeprowadzają lekarze orzecznicy oddziału ZUS właściwego ze względu na miejsce zamieszkania (pobytu) uprawnionego w Polsce.
- Informacje o wynikach kontroli oddział ZUS przekazuje instytucji, która wypłaca świadczenia pieniężne uprawnionemu. To ona podejmuje decyzję o prawie do tych świadczeń.
- Zagraniczna instytucja ubezpieczeniowa może zwrócić się do oddziału ZUS o przeprowadzenie kontroli.

Tryb postępowania w razie zachorowania obywatela polskiego poza granicami UE i EOG

W razie zachorowania obywatela polskiego mającego prawo do wynagrodzenia lub zasiłku chorobowego w Polsce poza granicami UE i EOG podstawą do przyznania i wypłaty zasiłku chorobowego jest przetłumaczone na język polski zaświadczenie zagranicznego zakładu leczniczego lub zagranicznego lekarza, wystawione na blankiecie z nadrukiem określającym nazwę zakładu lub imię i nazwisko lekarza, opatrzone datą wystawienia, podpisem i określające początkową i końcową datę tej niezdolności.

Dokument ten składa się po powrocie do kraju w zakładzie pracy lub ZUS-ie. Nie wymaga on żadnej akceptacji przez lekarza w Polsce.

Rozp. MPiPS z 27 lipca 1999 r. w sprawie określenia dowodów stanowiących podstawę przyznania i wypłaty zasiłków z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa Dz. U. z 1999 r., nr 65, poz. 742.

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

[illegible]

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

Sejm uchwalił przepisy wprowadzające finansowanie leczenia ofiar wypadków drogowych z ubezpieczenia komunikacyjnego OC, czyli tzw. podatek Religii.

Sejm uchwalił przepisy wprowadzające finansowanie leczenia ofiar wypadków drogowych z ubezpieczenia komunikacyjnego OC, czyli tzw. podatek Religii.

Za taką nowelizacją przepisów ubezpieczeniowych głosiło 202 posłów, 190 było przeciw, wstrzymało się 2. Ustawa trafi teraz do Senatu. Ma wejść w życie 1 lipca.

Ustawa ma zobowiązać sprawców wypadków drogowych do finansowania leczenia ofiar. Koszty pokrywaliby ubezpieczyciele ze składek OC kierowców, odprowadzając od pobranej składki ryczałt na rzecz Narodowego Funduszu Zdrowia (NFZ). Początkowo ryczałt miałby wynieść 12 proc. W następnych latach wysokość ryczałtu mogłaby się zmienić. Ubezpieczyciele przestrzegali podczas rządowych prac nad projektem przed ryzykiem podwyższenia składek OC nawet o 18 proc., przy ryczałcie wynoszącym 12 proc. Wskazywali na rozwiązania stosowane w innych krajach, w których opłaty na leczenie ofiar wypadków są podatkiem łatwiejszym i precyzyjniejszym do stosowania.

Ministerstwo Zdrowia twierdziło natomiast, że ustawa nie wprowadzi dodatkowych obciążeń, a ma jedynie egzekwować prawo do pokrycia przez sprawcę wypadku kosztów leczenia. Resort zdrowia szacował, że zmiana przepisów spowodowałaby, iż do NFZ dodatkowo wpłynęłoby 480-500 mln zł w br. Byłyby one przeznaczone tylko na leczenie ofiar wypadków.

Według wyliczeń Polskiej Izby Ubezpieczeń, koszty leczenia ofiar wypadków wynoszą rocznie 218 mln zł; po uwzględnieniu pomocy przedszpitalnej i ewentualnych zmian cen nie powinny przekraczać 300 mln zł. Do tych szacunków przyjęto dane opolskiego NFZ (na wyliczeniach z woj. opolskiego bazowało wcześniej również Ministerstwo Zdrowia), dane z Komendy Głównej Policji oraz dane z uzasadnienia do projektu.

Ubezpieczyciele zwracali też uwagę na rosnącą sprzedaż samochodów, co oznacza, że rośnie też liczba zawieranych umów OC, a co za tym idzie – większe od przewidywanych przez resort zdrowia będą kwoty wpływające do NFZ.

Posłowie głosowali też w czwartek nad poprawkami zgłoszonymi przez klub SLD odsuwającymi termin wejścia ustawy w życie z 1 lipca br. na 1 grudnia br., jednak zostały one odrzucone.

Sejm nie poparł też wniosku PO o odrzucenie projektu ustawy w całości. Za odrzuceniem projektu w całości głosowało 180 posłów, 197 było przeciw.

Platforma zapowiadała już podczas prac w komisji zaskarżenie ustawy do Trybunału Konstytucyjnego. Sprzeciw opozycji budził już sam początek prac nad ustawą – pierwsze czytanie projektu ustawy odbyło się pod koniec lutego br. na posiedzeniu połączonych komisji.

Opozycja, wskazując na opinie prawne, podkreślała, że ustawa ma charakter podatkowy i jako taka powinna podlegać pierwszemu czytaniu na posiedzeniu plenarnym Sejmu. Jednak – według Ministerstwa Zdrowia – pobieranie składki na konkretny cel nie jest podatkiem.

(PAP)

Zjazdy Lekarzy i Przyrodników Polskich, czyli o potrzebie dialogu

Zygmunt Wiśniewski

Rok 1925 przeszedł do historii polskiej medycyny ze względu na XII Zjazd Lekarzy i Przyrodników Polskich.

Wauli Politechniki Warszawskiej spotkało się ponad 2200 lekarzy z całej Polski. Przyjechali za własne pieniądze, bez dotacji i zwrotu kosztów pobytu, kierowani ciekawością wiedzy i potrzebą spotkania kolegów po fachu. Tak wielu polskich lekarzy nie spotkało się jeszcze nigdy, chociaż zjazdy odbywały się od 1869 r.

Wizja dra Baranieckiego

Idea zjazdów, na których spotykali się lekarze polscy żyjący i praktykujący na terenach trzech państw zaborczych, powstała na przekór beznadziejnej sytuacji politycznej. Po upadku powstania styczniowego 1863 r. Królestwo Kongresowe zostało odgródzone kordonem od pozostałych części Polski. W zaborze pruskim zastrzeżono antypolskie represje. Lekarze polscy, zamknięci w granicach trzech zaborów, toczyli ciężką walkę o utrzymanie tożsamości narodowej i tradycji polskiej medycyny. Szukali sposobności wzajemnego poznania się, wymiany doświadczeń

naukowych i praktycznych. Zamknięte granice im to uniemożliwiały. Łącznikiem mogła być tylko polska prasa lekarska, która – pokonując granice – właśnie się rozwijała.

Polacy, wśród nich lekarze, najwięcej swobody mieli w Galicji, czyli w zaborze austriackim. Dwa miasta uniwersyteckie, Lwów i Kraków kształciły na Wydziałach Lekarskich polskich lekarzy na poziomie, który umożliwiał im praktykowanie i specjalizowanie się na wszystkich uczelniach europejskich. Tu nauka i praktyka lekarska rozwijała się szybko i reprezentowała poziom światowy. Stąd, z Galicji, wyszedł też pomysł naukowych spotkań lekarzy-Polaków żyjących w Rosji, Niemczech i Austrii.

Pomysłodawcą zjazdów naukowych polskich lekarzy z trzech zaborów, a także rozrzuconych po świecie, był dr Adrian Baraniecki z Krakowa. Ideę swoją zapisał w 1861 r., nie przeczuwając, że wypadki powstania styczniowego przesuną jej realizację niemal o dziesięciolecie. Polska nie miała jednego, własnego centrum myśli lekarskiej, stąd – we-

dle propozycji Baranieckiego – potrzeba miejsca symbolicznego.

Powinno być jedno ognisko, gdzie by się zlewały wszystkie prace, skąd by wychodziła każda naukowa inicjatywa. Takim ogniwem może być tylko Zjazd Lekarski, zbierający się co rok w pewnej epoce w jednym z punktów centralnych, z delegowanych wszystkich towarzystw prowincjonalnych i uniwersyteków polskich złożony.

I Zjazd w Krakowie

Ideę Adriana Baranieckiego podjął w 1868 r. Towarzystwo Lekarskie w Krakowie, a jej wykonanie powierzył Józefowi Majerowi, profesorowi antropologii i fizjologii na Wydziale Lekarskim Uniwersytetu Jagiellońskiego, w przeszłości wieloletniemu rektorowi i prorektorowi tej uczelni. Prof. Majer, wybrany przewodniczącym komisji gospodarczej, przygotowującej zwołanie zjazdu, napisał jego ustawę, czyli określił cele merytoryczne.

Wyeksponował w nich zadania naukowe, nie wchodząc w problematykę narodową i patriotyczną. Przewidział przygotowanie rozpraw naukowych nad pytaniami lekarskimi i przyrodniczymi kraj nasz interesującymi, a także pocztakowanie i rozwiązywanie zagadnień wymagających skojarzenia sił naukowych.

Zadania, napisane z konspiracyjną ostrożnością Polaków żyjących pod obcym panowaniem, nie mogły sugerować zaborcom, którzy wydawali pozwolenia na odbycie zjazdów oraz paszporty ich uczestnikom, że chodzi o coś więcej niż o dyskusje na tematy medyczne. Władze carskie w ogóle nie tolerowały zgromadzeń Polaków, nawet poświęconych celom naukowym. W Niemczech odbywały się równoległe zjazdy lekarskie, trudno więc było uzasadnić potrzebę zjazdów złożonych z samych Polaków. W obu zaborach zgodę na zgromadzenia i wyjazdy zagraniczne wydawała policja, i kon-

sekwentnie jej odmawiała. Z tego powodu w Zielone Świąta 1869 r. przyjechało do Krakowa 263 uczestników I Zjazdu Lekarzy i Przyrodników Polskich, w większości z Krakowa, Lwowa i miejscowości prowincjonalnych Galicji, a tylko 9 z Poznania i 5 z Warszawy. Przybywszy z Królestwa i z Poznańskiego występowali jako osoby prywatne.

Prof. Majer wygłosił przemówienie powitalne, będące majstersztykiem alegorycznego wysławiania się.

„Witam Was w imię braterstwa i wspólności w zawodzie, was, którzy porzuciwszy domowe zacisza, pośpieszyliście za brząskiem tej gwiazdy, która dziś po raz pierwszy wschodzi na naszym widnokręgu, przyświecając na nowo otwartej drodze upragnionego postępu. Pierwszym brząskiem owej gwiazdy jest dzisiejsze nasze zgromadzenie, pierwsze w całym obszarze kraju historycznym, a – da Bóg, nie ostatnie wśród objawów mających być wyrazem poczuwania się narodu w sile współzawodniczenia na drogach wiodących ludzkość do celu wskazanego jej przez Opatrzność.

Jeśli rozszyfrować i zdekonspirować zakamuflowane zwroty Majera, to chodziło o to, że po raz pierwszy spotkali się lekarze Polacy z całego historycznie polskiego obszaru w celu wypracowania zasad i reguł rozwoju medycyny, mającej służyć rozwojowi narodu.

I Zjazd nie odznaczał się świetnością tematów podniesionych, nie dał wybitnych idei naukowych, wytyczających kierunki na przyszłość. Jego znaczenie polegało na tym, że po raz pierwszy lekarze i przyrodnicy polscy nawiązali ze sobą współpracę i zdali sobie sprawę z własnych potrzeb, zadań i możliwości.

Publicysta historyczny, w 1933 r. na łamach „Medycyny”, napisał, że Zjazdy Lekarzy i Przyrodników Polskich miały w przeszłości większe znaczenie niż w dobie obecnej.

Wpływał na to tragizm naszego ówczesnego położenia politycznego. Zamknięci w granicach trzech zaborów, w których każdy żył oddzielnym życiem politycznym, zmuszeni wszędzie do ciężkiej walki o utrzymanie i pielęgnowanie tych wszystkich walorów narodu, gorliwie korzystaliśmy z każdej sposobności, ażeby się zbliżyć, zapoznać i omówić swoje bolączki.

Zjazdy niechciane

Zjazd krakowski kończył się w atmosferze euforii. Dlatego pewnie zapomniano o zaborczych kordonach i policyjnych zezwoleniach. Delegaci wyrazili zgodną wolę, aby następny zjazd, za dwa lata, odbył się w Warszawie.

Wysłali nawet do Warszawy zapytanie, i nie musieli długo czekać na odpowiedź. Była negatywna. Wtedy ochotę organizacji II Zjazdu zgłosili przedstawiciele lekarzy poznańskich. Wstępne rozeznanie u władz pruskich przyniosło nawet pozytywną odpowiedź. W Poznaniu powołano komitet organizacyjny (gospodarczy) i podjęto przygotowania, ale najpierw na przeszkodzie stanęła wojna francusko-pruska 1871 r., później epidemia czerwoności, a w końcu, w 1874 r., niemal że w przededniu przyjazdu delegatów, pruskie władze policyjne odmówiły zgody na odbycie Zjazdu.

Skoro niemożliwe było zwołanie II Zjazdu w Warszawie (1871) i nie doszedł on do skutku w Poznaniu (1874) – trzeba było wrócić do Galicji. Gościńcem zjazdowi proponował w 1875 r. Lwów. Przybyło 468 uczestników, a obywatele lwowscy i okoliczne ziemianstwo zgottało lekarzom serdeczne przyjęcie. Ta gościnność lwowian zdominowała relacje i wspomnienia z II Zjazdu. Pozostawiła niezatarte przeżycie dla przybyszów z Kongresówki i z Poznańskiego, gdzie języka polskiego nie można było używać w kontaktach urzędowych, a tu – we Lwowie mówiono i goszczono jak za dawnej Rzeczypospolitej. To spotkanie lekarzy polskich z trzech zaborów zamieniło się w patriotyczną manifestację.

Zjazd lwowski 1875 r. przeszedł do historii także ze względu na problematykę referatów i dyskusji. Zdominowały ją sprawy społeczno-zdrowotne. Wyniki badań zdrowia ludności miejskiej, doświadczenia w szerzeniu oświaty zdrowotnej i higieny na wsiach, postulat objęcia opieką lekarską młodzieży szkol-

Józef Majer, profesor Uniwersytetu Jagiellońskiego, przewodniczący komitetu organizacyjnego I Zjazdu Lekarzy i Przyrodników Polskich w 1869 r. w Krakowie.



nej – to tylko początek społeczno-zdrowotnej problematyki zjazdów. Zdominuje ona obrady kolejnych zjazdów: 1881 (Kraków), 1884 (Poznań), 1888 (Lwów), 1891 (Kraków), 1894 (Lwów), 1900 (Kraków), 1907 (Lwów), 1911 (Kraków).

Na tym ostatnim, przed wybuchem wojny, zjeździe wybrano „stałą delegację”, czyli urzędujący komitet organizacyjny, któremu polecono „dołożyć wszelkich sił, ażeby następny zjazd w 1915 r. odbył się w Warszawie.”

Zjazd XII odbył się w Warszawie, ale dopiero w 1925 r.

Zjazd – gigant

Ostatnie, trzy przedwojenne zjazdy: 1900 w Krakowie, 1907 we Lwowie i 1911 w Krakowie, gromadziły po ponad 1000 uczestników. Wykształciła się na nich struktura obrad w sekcjach i mniejszych zespołach, które odzwierciedlały powstające równoległe dziedziny specjalizacji lekarskiej. Zjazd XII, mimo że tak liczny, obradował, poza dwiema sesjami plenarnymi – na otwarciu i zamknięciu obrad – w zespołach specjalistycznych.

dokończenie na str. 37



Prezydium zjazdu warszawskiego w 1925 r.: prof. E. Loth, prof. S. Siedlecki, prof. S. Ciechanowski, prof. L. Kryński, prof. B. Hryniewicz, prof. T. Janiszewski, prof. A. Januszkiewicz, dr Jan Bączkiewicz (prezes Naczelnej Izby Lekarskiej), dr Vocquere, prof. W. Lampe.



Na inauguracji XII Zjazdu Lekarzy i Przyrodników Polskich w auli Politechniki Warszawskiej spotkało się 2200 lekarzy i specjalistów nauk przyrodniczych.

Epidemia lecznic

„Kronika dentystyczna”, pismo redagowane przez Maurycego Krakowskiego, wyrażające poglądy i stojące na straży interesów większości środowiska warszawskiego, alarmowało na początku 1933 r., że nastąpił ponowny rozkwit lecznic dentystycznych.

Ponowny, ponieważ kończący się właśnie kryzys gospodarczy dotknął także przedsiębiorców branży dentystycznej. Lekarze dentyści wykonywali swój zawód w prywatnych gabinetach i, jak większość ówczesnych lekarzy, mieli kłopoty z zarobieniem na życie i na opłacenie wygórowanych podatków. Przedsiębiorcy zaś otwierający lecznice traktowali dentystykę jak biznes; wynajmowali i wyposażali lokale, zatrudniali pracowników najemnych i opłacali nieprawdziwe anonsy w prasie.

Zęby sztuczne, leczenie i usuwanie bezbolesne. Ceny niskie. Niezamożnym oraz urzędnikom ustępstwo. Pierwsza Specjalna Lecznicza Zębów. Nowy Świat 62.

Nazywa się to „blaga” i „nabieranie gości”, komentuje autor artykułu.

„Kronika dentystyczna” piętnuje nieuczciwe lecznice, podając nazwiska i adresy ich właścicieli: Gelbfisz (ul. Nowy Świat 62), Eizenberg i Tumarkin (ul. Marszałkowska, róg Złotej). Gelbfisz jest, w dodatku, weterynarzem, któremu, widocznie, nie opłacało się wykonywanie wyuczonego fachu, więc wynajął prawnika, który wymyślił mu kruczek prawny. Wystarczyło zatrudnić na stanowisku kierowniczkę absolwentkę Państwowego Instytutu Dentystycznego, Blunfeldównę, i wymóg formalny fachowości został spełniony.

Na zewnątrz „szyldomania”: „metrowe napisy balkonowe, różnobarwne lampiony elektryczne, efektowne oprawy neonowe”, a wewnątrz „przedziałki, przypominające separatki golarni czy też fryzjerni damskich”.

Pomysłowość przedsiębiorców sięga dalej: oto lekarz dentysta, Eizenberg, właściciel wspomnianej „specjalnej lecznicy zębów”, jako kapitalista tworzy ze Stefanem Artymińskim „nowoczesną szkołę kosmetyczną”. *Instytucja ta – jak utrzymują wtajemniczeni – doskonale prosperuje, bowiem w dzisiejszych ciężkich warunkach kryzysowych kosmetyka damska, jak: tynkowanie i pacyfikowanie zmarszczonych twarzy daje pomyślne wyniki materialne.*

Wspomniani przedsiębiorcy są solą w oku środowiska warszawskiego ze względu

du na kupieckie zachowania reklamowe.

Eizenberg, o czym pisze autor artykułu, był przed wojną w Warszawie, wspólnie z Tumarkinem, właścicielem szkoły dentystycznej. Wojnę spędzili obaj w Ekaterynosławiu, gdzie dorobili się dużego majątku. Teraz, po podziale majątku, Eizenberg inwestuje w lecznice dentystyczne. Autor, wyraziciel interesów środowiska warszawskiego, ma mu za złe wymienione już reklamiarstwo. Od stycznia 1929 r., kiedy ukazało się rozporządzenie ministra spraw wewnętrznych o ogłaszaniu się lekarzy dentystów, takie określenia, jak „pierwsza lecznica zębów”, „usuwanie bez bólu”, „niskie ceny”, „niezamożnym oraz urzędnikom ustępstwo” są prawem zabronione.

Reklamiarstwo jest grzechem pierwszym, ale nie jedynym. Reklamy rozmijają się z rzeczywistością. W tej „pierwszej lecznicy” pracuje zaledwie jedna kwalifikowana pracownica, a wyposażenie nie różni się od przeciętnego gabinetu dentystycznego.

Dalszy tekst przekracza już nawet normy demaskatorskie, bo skierowany jest do pracowników urzędu skarbowego, aby zainteresowali się „kumulacją dochodów”, która niechybnie ma miejsce w firmie przedsiębiorcy dentystyczno-kosmetycznego.

Minęło już kilkanaście lat od czasu zakończenia wojny i w Polsce przybyło lekarzy dentystów. Państwowy Instytut Dentystyczny w Warszawie wypuszczał ok. 500 absolwentów rocznie. Przybywało też stomatologów po lekarskich studiach uniwersyteckich. W końcu 1933 r. zarejestrowanych było już 10 600 lekarzy specjalności dentystycznej, z tego 2436 w samej stolicy. Zabiegi o pozyskanie pacjentów przyjmowały więc coraz ostrzejsze formy. Przejawiało się to, m.in. w przekraczaniu dozwolonych form reklamy. Ale nie tylko. Społeczność lekarzy dentystów zaczęła trapić te same kłopoty, które już od wielu lat były udziałem lekarzy ogólnych i lekarzy specjalistów. Z roku na rok malała liczba pacjentów, którzy decydowali się na wizyty w gabinetach prywatnych. Większość potrzebujących korzystała ze społecznych form

opieki zdrowotnej, którą zapewniały kasy chorych, a po ich zreformowaniu ubezpieczalnia społeczna. Wśród lekarzy do rangi synonimu zła urosły tzw. ambulatoria, czyli przychodnie dla ubezpieczonych. Przecistawiano im gabinety prywatne jako symbole opieki lekarskiej bliskiej pacjentowi. Pojawienie się „lecznic dentystycznych” było więc przejawem tego samego zła, które dotknęło wcześniej lekarzy innych specjalności.

Zjawiskiem w dużych miastach powszechnym stało się bezrobocie lekarzy.

Ostrość wystąpienia prasowego przeciwko lecznicom Gelbfisza, Eizenberga i innych wzięła się z troski o przetrwanie gabinetów prywatnych i z obawy o bezrobocie, które było już powszechnie znane wśród lekarzy, a teraz miało dotknąć lekarzy dentystów.

Dopełnieniem niedoli lekarzy dentystów są dalsze obrazki reportażowe, zaczerpnięte z tej samej „Kroniki dentystycznej”.

Dowiadujemy się, że z Kielc przeniósł się do Warszawy lekarz dentysta Bieleński, *praktyk bardzo zdolny i sumienny*. Otrzymał pracę w kasie chorych, ale wkrótce mu ją odebrano. Został bez środków do życia. Popęlił samobójstwo wyskoczywszy z balkonu, *doznając ciężkiego uszkodzenia ciała*.

Również w Warszawie, w *mieszkanie własnym, dokonała zamachu samobójczego 65-letnia M. Sz., lekarska-dentystka* (pismo podaje pełne imię i nazwisko, co wtedy nie było jeszcze prawem prasowym zabronione). *Przyczyną był brak środków materialnych. Swego czasu miała lepszą praktykę. Ostatnio narzekała na brak pracy, pomimo że mieszkała w dobrym punkcie*.

Informacje zacytowane w tym odcinku nie pochodzą z magla, tylko z pisma „Kronika dentystyczna”, które wyrażało poglądy i interesy znacznej części warszawskich lekarzy dentystów.

Codziennność pracujących w tym zawodzie była różna od ideałów, o których, z wysokości swej profesorskiej katedry, pisał w „Polskiej dentystyce” Antoni Cieszyński. Bliższa życiu była „Kronika dentystyczna”.

Z. W.

Zjazdy Lekarzy i Przyrodników Polskich...

dokończenie ze str. 35

Jest 1925 r., specjalizacje lekarskie jeszcze się w pełni nie ukształtowały, a na XII Zjeździe sekcje i zespoły mają już nazwy, które wejdą do słownika specjalizacji lekarskich: antropologii; anatomii, embriologii i histologii; fizjologii, patologii doświadczałnej, chemii fizjologicznej; medycyny wewnętrznej i balneologii; radiologii; chirurgii; oto-ryno-laryngologii; pediatrii; stomatologii; chorób nerwowych i umysłowych; okulistyki; ginekologii i położnictwa; chorób skórnych i wenerycznych; medycyny sądowej; historii i filozofii medycyny; higieny i mikrobiologii; nauk farmaceutycznych; higieny szkolnej i wychowania fizycznego; medycyny wojskowej; prasy lekarskiej; raka; medycyny społecznej i szpitalnictwa.

Zjazd gromadził nie tylko lekarzy, ale także przyrodników, którzy obradowali w swoich kilkunastu sekcjach.

Jeśli popatrzeć na sekcje i zespoły jak na specjalności lekarskie – to wypada stwierdzić, że w 1925 r. polska medycyna miała już współczesną, a nawet dzisiejszą postać. Ta – racjonalna ze względów praktycznych i naukowych – specjalizacja sekcji naukowych XII Zjazdu stała się za kilka lat powodem kryzysu, jaki dotknął instytucję Zjazdów Lekarzy i Przyrodników Polskich. W połowie lipca 1925 r. nikt jednak o tym, że ta instytucja zacznie się rozpadać, nie myślał. Dominowało poczucie wolności: narodu, nauki, także zawodu lekarskiego.

Zawód lekarza był „wolny”, bo niezawisły od tylu czynników, od których inni byli zależni. Ta opinia A. Gluzińskiego, który uczestniczył w przygotowaniu ostatnich zjazdów w XIX w., a teraz odszedł w cień, patronowała temu wydarzeniu.

Teraz prym wiedli profesorowie: Leon Kryński, Edward Loth – w części lekarskiej, oraz Bolesław Hryniewiecki w części przyrodniczej.

Rozmiarem imprezy, liczbą zgromadzonych i mnogością podjętych tematów L. Kryński odpowiadał na pojawiającą się już wątpliwość – czy wobec ogromnego rozwoju pojedynczych gałęzi nauk przyrodniczych i lekarskich, wobec coraz liczniejszych specjalistycznych kongresów naukowych – ma jeszcze sens utrzymywanie Zjazdów Lekarzy i Przyrodników Polskich.

1933 – Poznań

XIII Zjazd w 1929 r. w Wilnie przeszedł mało zauważony. Pytanie o sens i kształt Zjazdów Lekarzy i Przyrodników Polskich ożyło przed XIV Zjazdem w Poznaniu, zaplanowanym na wrzesień 1933 r.

W Poznaniu na czele komitetu organizacyjnego (gospodarczego) stanął znany ze swej wieloletniej społecznej i związkowej działalności, lekarz i profesor Uniwersytetu, Adam Karwowski. Uprzedził on w „Nowinach Lekarskich” ewentualne opinie przeciwników zwoływania poznańskiego zjazdu.

Z miejsca podzielił opinię, że *wszystkie gałęzie medycyny i przyrody są zorganizowane w towarzystwa specjalistów, które odbywają swoje odrębne zjazdy, a dyskutowane tam kwestie rzeczywiście mogą być kompetentnie podejmowane tylko w gronie specjalistów*. I zaraz, jednym stwierdzeniem rozwiął powstałą wątpliwość, wskazując, że *poza specjalistami istnieje około 7-8 tys. praktyków, którzy żadnych zjazdów naukowych nie mają, którzy całe lata siedzą na prowincji z dala od wszelkich źródeł naukowych i nie mają sposobności zapoznania się z postępami polskiej nauki*.

Prof. Karwowski wskazał, że w 1933 r. zjazdy lekarskie nie muszą już służyć po krzepianiu serc żyjących wśród obcego żywiołu polskich lekarzy. Nie powinny też zastępować zjazdów specjalistycznych, które żyją własnym życiem. Sygnałem czasu stał się upadek znaczenia i prestiżu zawodu lekarza, a także jego katastrofalna sytuacja materialna. Szerzej definiując – Adam Karwowski nazwał to zjawisko *niedocenianiem pracy umysłowej, obniżeniem rangi inteligenta, a w pierwszym rzędzie lekarza*.

Zjazd poznański, XIII Zjazd Lekarzy i Przyrodników Polskich odszedł rzeczywiście od tematyki specjalistycznej i spotkań w wielu sekcjach problemowych. Podjął problematykę społeczną lekarzy i popularyzację wiedzy specjalistycznej, dla której nie istniały wtedy kanały rozpowszechniania.

Trafność poznańskiego wyboru potwierdziły liczne w tym okresie zjazdy „lekarzy prowincjonalnych”, „lekarzy uzdrowiskowych”, „lekarzy szpitalnych”, „higienistów polskich” i „lekarzy społecznych”.

Do czasu wybuchu wojny 1939 r. odbyły się jeszcze trzy Zjazdy Lekarzy i Przyrodników Polskich, na których realizowano profil referatów i dyskusji wytyczony w 1933 r. w Poznaniu.

Współcześnie nikt idei podobnych zjazdów lekarskich nie podjął.

Zygmunt Wiśniewski

dokończenie ze str. 26

może znaleźć praktyczne zastosowanie w hodowli zwierząt oraz w leczeniu starszych pacjentów. • **Alkohol i rak piersi.** Kobiety, które w ciągu week-endu wypijają ilość alkoholu odpowiadającą dwóm butelkom wina, są dwa razy bardziej narażone na raka piersi – wynika z duńskich badań, opublikowanych przez „European Journal of Public Health”. • **Astrocyty zabijają neurony u chorych na stwardnienie zanikowe boczne.** Astrocyty ze zmutowanym genem kodującym białko SOD1 u chorych na stwardnienie zanikowe boczne (chorobę Lou Gehriga) zabijają neurony ruchowe – donoszą naukowcy z USA na łamach czasopisma „Nature Neuroscience”. • **W latach pięćdziesiątych na egzaminie zaliczeniowym profesor pokazuje studentowi dwa szkielety: kobiety i mężczyzn.** – Co to jest? – Szkielety. – A dokładnie? – Szkielety ludzi. – Dokładnie. – Eeeee... – A czego was uczyli przez ostatni rok? – Nie może być! Marks i Engels?!

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

Szczęśliwe siódemki

Łódzka Szkoła Mistrzostwa Sportowego im. Kazimierza Górskiego w dn. 20-22 IV gościła uczestników VII Mistrzostw Lekarzy w Siatkówce Halowej.

Siedem drużyn rozegrało 21 meczy. Aż siedem zakończyło się tie-breakiem, co świadczy o niezwykle wyrównanym poziomie drużyn, ambicji i waleczności zawodników. Formuła gry każdy z każdym była elementem integracyjnym i zwiększyła atrakcyjność zawodów. Była również okazją rewanżu za poprzednie mistrzostwa, medale z zakopiańskich igrzysk lekarskich oraz rozgrywanych po raz pierwszy w zeszłym roku mistrzostw farmaceutycznych, w których występowały też drużyny lekarskie.

Tytuł mistrza Polski zdobyła drużyna Częstochowa-Poznań (byłych absolwentów i studentów poznańskiej AM), niepokonana od kilku lat na igrzyskach lekarskich, która wygrała wszystkie pojedynki. Jej głównym atutem była niezwykle koncentracja w końcówkach meczy decydujących o medalach. W drużynie mistrzów wystąpili częstochowianie **Robert Koper, Marek Stępnia, Tomasz Pakulski, Krzysztof Deko**, poznaniacy **Krzysztof Karczmarek, Jacek Duszkiewicz** oraz **Marek Komar** (Oborniki), **Bartosz Ruszkowski** (Sulechów), **Maciej Mańczak** (Leszno), **Łukasz Brycht** (Toruń), **Rafał Napierała** (Gorzów Wielkopolski). Medal srebrny przypadł gospodarzom, którzy w turnieju przegrali tylko jeden mecz. Łodzianie pod wodzą trenera Jerzego Janowicza z roku na rok poprawiali swoje lokaty i przy dopingu wiernych kibiców zdobyli pierwszy i zapewne nie ostatni medal.

Skład wicemistrzów: **Tomasz Chejchman, Hubert Czerniak, Agata Czerniawska, Konrad Jankowski, Mirosław Kanicki, Maciej Kuzyn, Bogusław Rataj, Tomasz Rzetecki, Dariusz Sosnowski, Zbigniew Sowiński, Piotr Stachowiak, Krzysztof Wujec.** Medal brązowy ponownie, jak w roku ubiegłym, przypadł drużynie Warszawy, która nie wykorzystała w



meczu z Częstochową-Poznaniem dwóch piłek meczowych dających złoty medal. Brązowi medaliści wystąpili w składzie: **Jarosław Beta, Jerzy Leszczyński, Marek Kozłowski, Tomasz Ciećkiewicz, Paweł Gliniak, Zbigniew Surowiec, Krzysztof Makuch, Bartosz Foroniewicz, Bartłomiej Grabowski.** Czwarte miejsce przypadło Olsztynowi, piąte debiutującej drużynie ze Szczecina, szóste Bielsko-Białej, a siódme Kielcom.

Najlepszym atakującym zawodów został łódzianin **Dariusz Sosnowski** (ginekolog), a najlepszym rozgrywającym **Rafał Napierała**, dentysta z drużyny Mistrzów Polski. Prestiżowy puchar Przewodniczącego ORL w Łodzi dla najwszechstronniejszego zawodnika mistrzostw przypadł **Jerzemu Leszczyńskiemu**, chirurgowi z Warszawy. Wręczający medale i puchary przewodniczący ORL w Łodzi **Grzegorz Krzyżanowski** oraz wiceprezes NRL **Ryszard Golański** wysoko ocenili sportowy poziom zawodów.

Nie zapomniano również o grających w drużynie Bielska i Łodzi lekarkach.

Zawodnicy wysoko ocenili organizację mistrzostw i zaangażowanie *spiritus movens* zawodów Bogusława Rataja, wszechstronnego sportowca.

Krzysztof Makuch

Zjazdy koleżeńskie

Wydział Lekarski AM we Wrocławiu, rocznik 1957

Trzecie już spotkanie koleżeńskie z okazji 50 rocznicy ukończenia akademii, **22.09.br. (sobota)**. Opłata za uczestnictwo od absolwenta/osoby towarzyszącej: 200 zł. Wpłaty na konto Dolnośląskiej Izby Lekarskiej we Wrocławiu: 17-15401030-2001-7753-6075-0001 do 31.07.br., z dopiskiem „Zjazd 1957”. Panie prosimy o podanie nazwiska obecnego oraz z okresu studiów. Zakwaterowanie we własnym zakresie, podajemy strony z miejscami hotelowymi: **www.orbis.pl, www.wroclaw.pl** (przewodnik turystyczny – hotele). *Informacje: Jerzy Kralisz, tel. 071-364-45-38, e-mail: jkralisz@poczta.onet.pl; Mirosława Piechocka, tel. 071-343-24-88; Patrycja Malec, DIL we Wrocławiu, tel. 071-798-80-68, e-mail: patrycja.malec@dilnet.wroc.pl.* Za Komitet Organizacyjny Jerzy Kralisz, Mirosława Piechotka.

Wydział Lekarski AM we Wrocławiu, rok 1972

Kolejne Spotkanie Jubileuszowe – zjazd po 35 latach. **Szklarska Poręba, w dn. 5-7.10.br.** Czekamy na zgłoszenia. *Komitet Organizacyjny: Andrzej Dorobisz, 51-639 Wrocław, ul Ślewińskiego18, tel. 071-347-63-47, 601-940-892, e-mail: atd@vassurg.am.wroc.pl; Anna Metzger-Mazurkiewicz, 50-370 Wrocław, Wybrzeże Wyspiańskiego 37/9, tel. 071-328-00-17, 601-084-456, e-mail: hanka19@poczta.onet.pl; Grażyna Ossowska (Kłabińska), 51-607 Wrocław, ul Czackiego 34, tel./faks 071-348-55-77, tel. 607-814-715, e-mail: grazynaossowska@poczta.onet.pl; Jerzy Sokołowski, 54-614 Wrocław, ul. Pułsta 17/2, tel. 071-374-40-51, 604-446-561, e-mail: sokolowski@wssk.wroc.pl*

Wydział Lekarski Oddział Stomatologii AM we Wrocławiu, rocznik 1977

Spotkanie koleżeńskie z okazji 30 rocznicy ukończenia studiów, **29.09.br. (sobota)**. Opłaty za uczestnictwo: spotkanie 80 zł, kolacja 140 zł, w sumie 220 zł. Potwierdzenie uczestnictwa do końca lipca br. Wpłaty na konto do końca sierpnia br.: Maria Jakowicz-Hendrykowska, ul. Woźniczka 5, 54-313 Wrocław, 45 1020 52260000 6702 0021 9600 PKO Bank Polski, z dopiskiem „Zjazd”. Zakwaterowanie (noclegi) we własnym zakresie (przewodnik turystyczny hotele). *Informacje: Maria Jakowicz-Hendrykowska, tel. 071-351-78-65, 0604-402-330, e-mail: mariagabinet@wp.pl; Zofia Sozańska, tel. 071-352-63-92, 0601-741-947; Majka Radwańska-Witkowska, tel. 022-666-86-46, 0602-378-494, e-mail: mawita@o2.pl*

Wydział Lekarski AM im. Piastów Śląskich we Wrocławiu, rocznik 1987

Pierwsze po studiach spotkanie koleżeńskie z okazji XX rocznicy ukończenia akademii, w dn. **14-16.09.br. Hotel Nasz Dom w Polanicy-Zdroju.** Opłata za uczestnictwo od absolwenta/od osoby towarzyszącej: pt-nd z noclegami 400 zł, pt-sb z noclegiem 300 zł, pt-nd bez noclegów 250 zł, pt-sb z noclegiem 200 zł. Wpłaty na konto Dolnośląskiej Izby Lekarskiej we Wrocławiu: 17-15401030-2001-7753-6075-0001 do 31.07.br., z dopiskiem „Zjazd 1987”. Panie prosimy o podanie nazwiska obecnego oraz z okresu studiów. Mile widziane osoby, które zaczynały studia z naszym rocznikiem (tj. w r. 1981). *Informacje: Patrycja Malec, DIL we Wrocławiu: tel. 071-79-88-068, e-mail: patrycja.malec@dilnet.wroc.pl.* Za Komitet Organizacyjny Katarzyna Bojarowska, Dorota Lorenz-Worobiec

AM w Białymstoku – Wydział Lekarski, rocznik 1977 i Wydział Stomatologii, rocznik 1976

W dn. **7-9.09.br.** kolejne spotkanie koleżeńskie z okazji 30 rocznicy ukończenia studiów. Noclegi w hotelu „Cristal”, ul. Lipowa 3/5, tel. 48 85-749-61-00, e-mail: cristal@cristal.com.pl – rezerwacja pokoi, opłata, reszta pobytu we własnym zakresie. Rabat 10% na hasło „Zjazd Absolwentów”. Prosimy o pilne potwierdzenie uczestnictwa i zawiadomienie wszystkich kolegów. *Informacje: Włodzimierz Józwiak, e-mail: wlodekj@acn.waw.pl, tel. 0601387-051, tel. dom 022-833-09-52.* Wpłata na potrzeby organizacyjne – konto: PKO BP 78 1020 1026 0000 1602 0051 6146, w wys. 200 zł, z dopiskiem „Zjazd”.

u.bakowska@gazetalekarska.pl

ZJAZDY KOLEŻEŃSKIE W INTERNECIE www.absolventus.pl

SERWIS POMOCZĄ PAŃSTWU ZORGANIZOWAĆ ZJAZD ABSOLWENTÓW.
PRZYJAZNY UKŁAD I ERGONOMICZNA BUDOWA UMOZLIWIĄ
SZYBKIE WYSZUKANIE INFORMACJI ORAZ DODANIE INFORMACJI O NOWYM ZJEZDZIE.

Ogłoszenia sportowe

sport@gazetalekarska.pl

Komisja Sportu i Rekreacji Wielkopolskiej Izby Lekarskiej zaprasza na:

X Mistrzostwa Polski Lekarzy w Półmaratonie

w Gnieźnie, rozgrywane **22.09.br.** w ramach XXX Biegu Lechitów

VI Mistrzostwa Polski Lekarzy w Maratonie

w Poznaniu, rozgrywane **14.10.br.** w ramach VIII Maratonu Poznań.

Kontakt: **Wojciech Łacki, tel. 0602-244-817, e-mail: wojciechlacki@poczta.onet.pl**

Kalendarz kursy, szkolenia, zjazdy (2007 r.)

- **11-13.06.** Rozpoczęcie zjazdu w Opolu, miejsce obrad – Sanatorium Priessnitz Jeseník – Czechy. XI Zjazd PT **Medycyny Pracy**. Zgłoszenia do 30.09.br. Wstępne zgłoszenia: tel./faks 077-483-77-32. Szczegółowe informacje w następnych komunikatach i na www.womp.opole.pl

Mazurska Szkoła **USG i Ginekologii**:

- **13-16.06. Patologia ciąży**
 - **21-24.06. Kolposkopia kurs dla początkujących z elementami zastoso-**
sowania mikroskopu kontrastowo-fazowego
 - **29.08.-1.09. USG w ginekologii i położnictwie dla zaawansowa-**
ných
 - **9-14.09. USG w ginekologii i położnictwie dla początkujących**
 - **4-7.10. Kolposkopia dla zaawansowanych**
- Zapisy: tel. 0504-075-804, www.usg.pisz.pl, e-mail: usg@usg.pisz.pl

Kursy medyczne Skolamed

- **14-15.06. i 13-14.09.** Lublin. *Podstawy neurosonologii - badanie dop-*
plerowskie tętnic wewnątrz- i zewnątrzczaszkowych; dla początkujących
neurologów. Patronat Sekcji Neurosonologii PTN. 14 pkt edukac.
- **29-30.11. i 6-7.12.** Lublin. *Badanie dopplerowskie tętnic zewnątrz i*
wewnątrzczaszkowych (TCD) kurs doskonalący; dla lekarzy (głównie
neurologów i radiologów), którzy przeprowadzili samodzielnie
ponad 100 badań TCD.

Informacje w Internecie: www.szkolenia-medyczne.com.pl Zgłoszenia: SKOLAMED, tel. 081-534-71-48, faks 081-534-71-50, e-mail: medyczne@paiz.com.pl

- **15.06.** Warszawa. Kurs Podyplomowy Europejskiego Towarzystwa
Gastroenterologii i Endoskopii (European Association for Gastro-
enterology and Endoscopy, EAGE) *Focus on Controversies in Ga-*
stroenterology. Informacje i program: www.wsgastro.pl

- **16.06, 13.10., 17.11., 8.12.** Warszawa, Inst. Gruźlicy i Chorób Płuc,
godz. 9.00-13.00. **Szkolenie dla chorych na astmę** (bezpłatne i bez
zapisów), org. przez Tow. Przyjaciół Chorych na Astmę. Informacje:
tel. 022-43-12-110, -425, ul. Płocka 26, lok. 24, 01-138 Warszawa,
e-mail: tpcha@igichp.edu.pl, sekretariat@astma.waw.pl

- **16-17.06.** Warszawa. 11 Warszawskie Spotkania **Gastroenterologicz-**
ne. Konferencja poświęcona *postępom i standardom w gastroente-*
rologii. Informacje, program: www.wsgastro.pl

- **25.06.** Warszawa. Agencja Konsultingowo-Edukacyjna Ordo sp z o.o.,
we współpracy ze Związkiem Powiatów Polskich, organizuje konfe-
rencję: *Komercyjne ubezpieczenia zdrowotne w Polsce. Instrumen-*
tarium systemu w perspektywie zmian legislacyjnych. Informacje i
zapisy: Agencja Konsultingowo-Edukacyjna Ordo sp z o.o. ul. Elek-
tryczna 1, 15-080 Białystok, tel. 085-732-22-03, faks 085-740-60-26,
e-mail: biuro@ordo.info.pl, www.ordo.info.pl

- **28-30.06.** Kurs **Zaawansowanych technik laparoskopowych**. Pod pa-
tronatem: Society for Gynecological Endoscopy (Germany) (AGE), Eu-
ropean Society for Gynaecological Endoscopy (ESGE), German So-
ciety for Gynecology and Obstetrics (DGOG), Sekcji Endoskopii Pol-
skiego Towarzystwa Ginekologicznego (PTG), zakończony uzyska-
niem certyfikatu. Program: *TLH (Total Laparoscopic Hysterectomy),*
LASH (Laparoscopic Supracervical Hysterectomy), radykalna laparo-
skopowa histerektomia z lymfadenektomią miedniczą i okołoaortalną,
laparoskopowa sakropeksja, miomektomia, laparoskopowe operacje
na przydatkach. Opłaty: podział na dwie grupy: 600 zł – udział w wy-
kładach i w transmisjach operacji na sali wykładowej, 900 zł – wykła-
dy, transmisje, bezpośrednie uczestnictwo w zabiegach, sesja trenin-
gowa. Wpłaty na konto: Fundacja na Rzecz Rozwoju Onkologii Gine-
kologicznej 6412402294111000037233132, z dopiskiem kursu laparo-
skopii. Informacje: Sekretariat Kliniki Ginekologii, Położnictwa i On-

kologii CMUJ, 31-501 Kraków, ul. Kopernika 23, tel. 012-424-85-60,
tel./faks 012-424-85-84. Organizacja/informacje szczegółowe: dr Ar-
tur Ludwin, tel. 0502-398-502, ludwin@cm-uj.krakow.pl

- **29-30.06.** Korytnica (woj. świętokrzyskie) nad jeziorem Chańcza.
Med Tour Press International, wydawca „Stomatologii Współcze-
snej” i Stowarzyszenie Polski Klub **Stomatologiczny** organizują:
Powitanie Lata '07 – nauka przed urlopem. Informacje: Med Tour
Press International, ul. Powstańców Warszawy 17, 05-400 Otwock,
tel./faks 022-779-31-83, e-mail: biuro@medtourpress.pl, swre-d@op.pl; www.medtourpress.pl

- **30.06.** Ciechocinek. Katedra **Stomatologii** Zachowawczej, Endodon-
cji i Periodontologii UM w Łodzi oraz Włocławskie Stow. Lek. Stom.,
pod patronatem Kuj.-Pom. OIL, organizuje kurs: *Biologiczne, klinicz-*
ne i techniczne aspekty leczenia kanalowego. Informacje i zgłoszenia:
www.stomatologia.edu.pl, tel. 054- 231-51-57, 054-231-04-16.

- **6-8.09.** Sandomierz. V Jubileuszowa Podkarpacka Konferencja **Endo-**
krynologiczno-Diabetologiczna. Patronat: UM w Łodzi, PT Endokry-
nologiczne, PT Neuroendokrynologii; *W czasie konferencji odbędzie*
się zebranie założycielskie Polskiego Towarzystwa Tyreologicznego.
Zapraszamy na stronę www.pked.edu.pl. Kontakt: biuro@pked.edu.pl,
tel.: 0604-588-920, 0667-513-005 (-001), (-002).

- **12-15.09.** Poznań. Katedra i Klinika Chirurgii Ogólnej, Gastroenterolo-
gicznej i Endokrynologicznej AM w Poznaniu organizuje 63 Zjazd To-
warzystwa **Chirurgów** Polskich. Tematy główne: *Nowe techniki i tech-*
nologie na użytek chirurgii, Postępy w zapobieganiu i leczeniu zakażeń,
Edukacja chirurgiczna w ramach ustaleń unijnych, Rola chirurga ogół-
negu w leczeniu chorób nowotworowych, Miejsce chirurga ogólnego
w leczeniu obrażeń ciała, Leczenie chirurgiczne chorób jelita grube-
go, Postępy w chirurgii endokrynologicznej. Informacje i zgłoszenia:
<http://63zjazdchp.poznan.pl>, www.bokiz.pl. Biuro Organizacji Kon-
ferencji i Zjazdów (BOKiZ) Fundacji AM, ul. Tęczowa 3, 60-275 Po-
znań, tel./faks 061-662-11-20, e-mail: biuro@bokiz.pl

- **14-15.09.** Krynica-Zdrój. XII Konferencja naukowo-szkoleniowa: *Po-*
stępy w ginekologii onkologicznej. Patronat: konsultant woj. w dziedz.
ginekologii onkologicznej doc. dr hab. Zbigniew Kojs. Organizator:
ordynator oddz. gin.-poł. Szpitala im. J. Dietla w Krynicy-Zdroju dr
Janusz Stettner. Informacje: www.krynica-zdroj.com/konferencja, tel.
0600-559-857, e-mail: konferencja@krynica-zdroj.com

- **21-22.09.** Gdańsk. Sekcja **Ginekologii Onkologicznej** PTG organizu-
je Ogólnopolską Konferencję Naukową: *Rak szyjki macicy. Wybierz*
życie. Wykrywanie i leczenie postaci zaawansowanych raka szyjki
macicy. Informacje: www.konf.com.pl

- **27-29.09.** Łódź. VI Międzynarodowy Kongres PT **Rehabilitacji**, dla
lekarzy rehabilitacji medycznej, medycyny sportowej, ortopedów,
neurologów i reumatologów. Informacje: www.kongresptreh.pl

- **5-6.10.** Łódź. Konferencja z cyklu „Od praktyki do wiedzy”: **POChP i**
Astam. Cz. I – **POChP**. Informacje: www.vita.cn.pl, tel.: 060-134-42-72,
0698-650-140.

- **5-6.10.** Poznań. PT Medycyny **Anti-Aging**, Fundacja AM w Pozna-
niu, pod patronatem Rektora UM w Poznaniu, organizuje: Europejską
Konferencję Medycyny Anti-Aging. Tematyka: *Genetyka starzenia,*
badania genetyczne w medycynie prewencyjnej; Rola komórek ma-
cierzystych w medycynie prewencyjnej; Stres oksydacyjny, przeciwu-
tleniacze, wolne rodniki; Immunologia starzenia; Wiek biologiczny i
jego markery; Organizacja diagnostyki i terapii w ośrodkach medy-
cyny anti-aging; Witaminy, antyoksydanty w medycynie prewencyj-
nej; Zaburzenia neurologiczne związane z procesem starzenia; Zmiany
hormonalne, hormonoterapia; Psychologia starzenia, stres przewle-
kły; Aktywność fizyczna a proces starzenia; Problemy sercowo-naczy-
niowe w procesie starzenia, czynniki ryzyka; Otyłość, zespół polime-
taboliczny, insulinooporność, cukrzyca; Odżywianie się jako ważny
czynnik w medycynie prewencyjnej; Menopauza, andropauza; Seks

i proces starzenia; Zmiany oczne w procesie starzenia; Osteoporo-
za, zmiany zwyrodnieniowe; Nowotwór – wczesne rozpoznanie, pre-
wencja; Dermatologia i proces starzenia; Medycyna estetyczna. In-
formacje i zgłoszenia: BOKiZ Fundacji AM, ul. Tęczowa 3, 60-275
Poznań, tel. 061-662-11-20 wew. 14,15,16, faks 061-662-16-65 wew.
21, www.anti-aging.poznan.pl, e-mail: biuro@bokiz.pl

- **11-13.10.** Kraków. II Środkowoeuropejski Kongres **Osteoporozy i Oste-**
oartrozy. XIV Zjazd PT **Osteoartrologii** i Pol. Fund. Osteoporozy. In-
formacje: Komitet Organizacyjny, Polskie Towarzystwo Osteoartro-
logii, ul. Kopernika 32, 31-501 Kraków, tel. 12-423-20-80, faks (+)
430-31-53, www.osteoporoza.org, e-mail: krakow@osteoporoza.org

MSP Pakt

- **20-21.10.** Ustroń (woj. śląskie). **Warsztaty Osteoporotyczne**. Zgło-
szenia telefonicznie bądź mailowo do 31.09.br.
- **Październik.** Katowice. **Medycyna Manualna**. Kurs cykliczny (10
spotkań weekendowych raz w miesiącu). Zgłoszenia telefonicznie
bądź mailowo do 31 sierpnia br.
Organizator: Medyczne Szkolenia Podyplomowe PAKT, 40-064 Katowi-
ce, ul. Kopernika 8/2. Kontakt: medycznesympozja@msp-pakt.med.pl,
www.msp-pakt.med.pl, tel./faks: 032-251-22-64

- **9-10.11.** Pogorzelnica k. Kołobrzegu. Sekcja **Protetyki** PTS organizuje
konferencję: *Rehabilitacja protetyczna układu stomatognatycznego*
według współczesnych metod zabiegowych i technologicznych. In-
formacje: Komitet Organizacyjny Zakład Protetyki Stomatologicz-
nej, PAM w Szczecinie, 70-111 Szczecin, ul. Powstańców Wielko-
polskich 72, tel. 091-466-17-15, faks 091-466-17-14. Szczegóły:
www.ams.edu.pl/XXVkp2007

- **7-8.12.** Poznań. Zakład **Neuroimmunologii** Klinicznej Katedry Neu-
rologii UM w Poznaniu oraz Sekcja **Stwardnienia Rozsianego** PTN,
Fundacja AM w Poznaniu organizują VI Konferencję naukowo-szko-
leniową: *Postępy w neuroimmunologii klinicznej*. Tematyka: stward-
nienie rozsiane, miastenia, zespół Guillain-Barré, zespoły paranowo-
tworowe, immunologiczne aspekty schorzeń neurologicznych. Infor-
macje i zgłoszenia: BOKiZ Fundacji AM, ul. Tęczowa 3, 60-275 Po-
znań, tel. 061-662-11-20 wew. 14,15,16, faks 061-662-16-65 wew.
21, www.bokiz.pl/neuroim2007, e-mail: biuro@bokiz.pl

- Roztoczańska Szkoła **Ultrasonografii** zaprasza na kursy praktycznej
ultrasonografii podstawowe i doskonalące - **jesień 2007 r.** Informacje:
www.usg.com.pl. Pkt edukac. Patronat i akredytacja PTU.

- Wielkopolska Szkoła Diagnostyki Obrazowej zaprasza na praktycz-
ne szkolenia **ultrasonografii**. Szkolenia podstawowe i doskonalące. Pkt
edukac. Informacja: www.obraz.pl, tel. 61-819-25-00, 603-762-041.

- Centrum Edukacji **Ultrasonograficznej** CEDUS – kursy. Informa-
cje: www.cedus.edu.pl, tel. 022-646-41-56.

u.bakowska@gazetalekarska.pl

I my jako lekarze tworzymy historię...

OIL w Częstochowie będzie wydawcą pierwszego
w historii **Almanachu Lekarzy Częstochowskich**.
Autorem pracy jest Mieczysław Wyględowski.

Zwracamy się z prośbą do wszystkich lekarzy urodzonych w Czę-
stochowie, pracujących w Częstochowie, zamieszkających w kraju
i za granicą o przekazywanie swoich biogramów lub biografii w celu
zamieszczenia ich w niniejszej pracy.

OIL w Częstochowie, ul. Waszyngtona 42, 42-200 Częstochowa.

Osobisty adres autora e-mail: almanach@interia.eu

Dodatkowe informacje można uzyskać u autora:

Mieczysława Wyględowskiego ul. Kościuszki 7 m. 4,
tel. dom. **034-324-34-75; kom. 604-497-923**

Wydawnictwo Lekarskie PZWL

00-251 Warszawa, ul. Miodowa 10.

Zamówienia (tel. 022-695-44-80, faks 695-44-87, infolinia 0801-142-080, www.pzwl.pl, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, 00-950 Warszawa 1, skr. poczt 379) realizowane są za zaliczeniem pocztowym (7 zł, zamówienia powyżej 150 zł – bezpłatnie). Realizacja: 3 dni robocze. Pełna oferta: www.pzwl.pl oraz Katalog Wydawnictwa

Medycyna Rodzinna. Repetytorium

red. naukowa prof. zw. tyt. med. J. Bożydar Latkowski
prof. dr hab. n. med. Witold Lukas
cz. I. **Zagadnienia ogólne**, str. 32
cz. II **Zagadnienia kliniczne**, str. 33-518
Warszawa 2007

Podręczne vademecum lekarza rodzinnego zawierające niezbędne informacje z uwypukleniem najistotniejszych zagadnień występujących w codziennej praktyce lekarza rodzinnego. Niektóre zagadnienia zostały powtórzone w kolejnych rozdziałach dla podkreślenia rzeczy ważnych. Po każdym rozdziale zamieszczono zestawy pytań kontrolnych. Publikacja opracowana przez kilkudziesięciu specjalistów. Książka adresowana do studentów medycyny i lekarzy. Zakres tematyczny jest zgodny z „Ramowym programem stażu poddyplomowego lekarza”, „Programem stażu cząstkowego z zakresu podstawowej i specjalistycznej opieki zdrowotnej objętej ramami medycyny rodzinnej” oraz „Programem kształcenia z medycyny rodzinnej”.

Otyłość. Zespół metaboliczny

prof. zw. dr hab. med. Jan Tatoń,
prof. dr hab. med. Anna Czech,
dr med. Małgorzata Bernas
wyd. I. Warszawa 2007, str. 464
Monografia jest całościową analizą problemów otyłości oraz sposobów jej zapobiegania i leczenia mającą na celu zwiększenie skuteczności jej zwalczania. Omówiono przyczyny, skutki oraz najnowsze metody leczenia i zapobiegania otyłości. Autorzy obalają mity i fałszywe poglądy na te tematy oraz udowadniają szkodliwość wielu leków i pseudodiet. Książka przeznaczona dla lekarzy praktyków, a także specjalistów zajmujących się leczeniem chorób związanych z otyłością i jej powikłaniami.

Onkologia dla stomatologów

red. naukowa dr hab. med. Arkadiusz Jezierski
wyd. I, Warszawa 2006, str. 240
Podręcznik przeznaczony głównie dla studentów wydziałów stomatologii oraz lekarzy stomatologów pierwszego kontaktu. Zawiera podstawowe informacje z zakresu rozpoznawania schorzeń głowy i szyi o podłożu nowotworowym. Pomaga w opanowaniu podstaw onkologii a zatem przyczynia się do poprawy wczesnego wykrywania nowotworu.

Zespolenia śródszpikowe

red. naukowa
prof. dr hab. n. med. Tadeusz Szymon Gaździk
wyd. I, Warszawa 2006, str. 348
W monografii przedstawiono metody leczenia złamań kości długich kończyn za pomocą śródszpikowego wprowadzania gwoździ. Autorzy, w większości z katedry i Oddziału Ortopedii SAM w Katowicach zrelacjonowali własne doświadczenia kliniczne i poparli je doniesieniami z piśmiennictwa światowego. Szczegółowo

łowo opisali techniki operacyjne zespolenia kości u dorosłych i dzieci, rodzaje znieczulenia w chirurgii ortopedycznej, postępowanie pooperacyjne z elementami rehabilitacji oraz możliwe powikłania po zabiegach. Treść zobrazowano bogatym materiałem ilustracyjnym.

English for nurses

David Austin, Tim Crosfield
Podręcznik dla studentów i pielęgniarek
wyd. I, Warszawa 2007, str. 180, CD

Podręcznik do nauki specjalistycznego, medycznego języka angielskiego dla studentów i absolwentów wydziałów pielęgniarstwa. W 24 rozdziałach przedstawiono praktyczne sytuacje z jakimi stykają się pielęgniarki w pracy zawodowej. Publikacja zawiera też ćwiczenia pomocne w utrwalaniu języka.

Stany nagłe w neurologii

od objawu do rozpoznania
Gregory L. Henry, Neal Little, Andy Jagoda,
Thomas R. Pellegrino
red. naukowy tłumaczenia Wojciech Kozubski
Warszawa 2007, str. 400

W publikacji opisano zaburzenia neurologiczne spotykane w codziennej praktyce w czasie pracy na ostrym dyżurze lub w izbie przyjęć, a także w pogotowiu ratunkowym. W części ogólnej zawarto opisy podstawowych metod badania neurologicznego. W części szczegółowej omówiono objawy, procedury diagnostyczne, leczenie. Uwzględniono najnowsze osiągnięcia i aktualną wiedzę z dziedziny neurologii. Publikacja adresowana jest głównie do ratowników medycznych, do personelu pielęgniarstwa pracującego w warunkach ostrego dyżuru, w izbach przyjęć i pogotowiu ratunkowym. Może być przydatna dla studentów medycyny i stażystów oraz dla lekarzy rozpoczynających specjalizację w zakresie neurologii.

Anestetyczne środki wziewne. Przewodnik

Marcin Rawicz
Warszawa 2007, str. 128
W publikacji opisano obecnie używane wziewne środki anestetyczne – ich zalety, wady, sposoby stosowania.

250 badań laboratoryjnych. Kiedy zlecać, jak interpretować

René Caquet
Warszawa 2007, str. 516
Praktyczny przewodnik po współczesnej diagnostyce laboratoryjnej i cenne źródło informacji ułatwiające lekarzom podjęcie decyzji o zleceniu badania oraz interpretację jego wyniku. Obejmuje badania najbardziej rutynowe po wysokospecjalistyczne testy immunologiczne, genetyczne i hormonalne, a także mikrobiologiczne, parazytologiczne i toksykologiczne. Przedstawiono cel badania, sposób pobrania materiału biologicznego, zakres wartości referencyjnych, interpretację wyniku oraz charakterystykę sytuacji klinicznych. Książka przeznaczona dla lekarzy praktyków, studentów wydziałów medycznych i dla laboratoriów.

Hematologia w praktyce

Kazimierz Sułek, Ewa Wąsak-Szulowska
seria: **19 Biblioteka Lekarza Rodzinnego**
Warszawa 2007, str. 287

W publikacji omówiono badania diagnostyczne, stosowane leki oraz standardy terapeutyczne wykorzystywane w opiece ambulatoryjnej przed- i poszpitalnej w chorobach krwi i układu krwiotwórczego. Niektórym rzadkim chorobom poświęcono więcej miejsca, co pozwoli lekarzowi podstawowej opieki zdrowotnej pomóc choremu, kiedy nie zawsze potrzebna jest interwencja specjalisty. Książka akceptowana przez Kolegium Lekarzy Rodzinnych w Polsce.

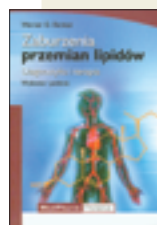


Onkologia w praktyce

red. naukowa Andrzej Deptała
seria **18 Biblioteka Lekarza Rodzinnego**
Warszawa 2007, str. 412
Nowoczesny podręcznik onkologii dla lekarzy rodzinnych i internistów prezentujący interdyscyplinarne, holistyczne podejście do pacjenta leczonego onkologicznie. Zawiera informacje o najnowocześniejszych metodach diagnostyki patomorfologicznej oraz terapii nowotworów, najnowszych sposobach leczenia bólu, podstawach rehabilitacji w onkologii, opiece terminalnej nad chorymi na nowotwory. Książka akceptowana przez Kolegium Lekarzy Rodzinnych w Polsce.

MedPharm Polska

Wydawnictwo Medyczne i Farmaceutyczne
53-333 Wrocław, ul. Powstańców Śląskich 28-30
www.medpharm.pl, e-mail: info@medpharm.pl



Zaburzenia przemian lipidów.

Diagnostyka i terapia
prof. dr Werner O. Richter
wyd. I polskie, red. naukowa dr Anna Prescha
Wrocław 2007, str. 190
Książka ma na celu pomóc w diagnozowaniu i leczeniu zaburzeń gospodarki lipidowej. Zawiera informacje dot.: oceny ryzyka schorzeń sercowo-naczyniowych; wpływu żywienia na przemiany lipidów; terapii zaburzeń gospodarki lipidowej; postępowania w hipercholesterolemii LDL; postępowania w hipertrójglicerydemii; postępowania w przypadku obniżonego stężenia cholesterolu HLD; postępowania w mieszanej hiperlipidemii. W publikacji uwzględniono najnowsze wyniki badań klinicznych, które wnoszą nową wiedzę na temat leczenia dyslipidemii u osób starszych, pacjentów z cukrzycą typu 2 oraz pacjentów z nadciśnieniem.

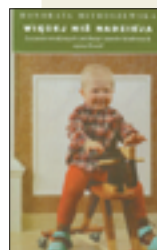


Słownik medyczny i farmaceutyczny w 11 językach:

niemiecki, angielski, francuski, włoski, hiszpański, portugalski, niderlandzki, szwedzki, polski, czeski, węgierski
wyd. I polskie. Wrocław 2006, str. 1136
Po raz pierwszy wydany w Polsce słownik zawiera zaktualizowaną terminologię fachową w 11 językach Unii Europejskiej. Zamieszczono w nim 2 000 000 przekładów 20 000 fachowych terminów. Umożliwia efektywne komunikowanie się z partnerami w Unii Europejskiej.

Wydawnictwo DM Snacks CO

Dariusz Myrcha, 08-441 Parysów, Stodzew 54,
sekr.: tel. 025-684-17-55 faks 025-684-17-55,
handel: tel. 025-684-17-03, 025-684-17-56

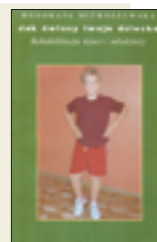


Więcej niż nadzieja. Leczenie wrodzonych zwichnięć stawów biodrowych szyną Koszli

Honorata Mitroszewska
Warszawa 2005, str. 44
Autorka – dr med. specjalista chirurg-ortopeda II°, pracownik Kliniki Ortopedycznej w Warszawie posiadając b. duże doświadczenie w ortopedii dziecięcej opisuje prawidłowe stosowanie szyny Koszli w leczeniu wrodzonych zwichnięć stawów jako metody dającej bardzo dobre wyniki u małych dzieci. Praca oparta na materiale leczonych chorych dzieci w Ambulatorium Kliniki Ortopedycznej AM w Warszawie podczas kadencji prof. Witolda Szulca.

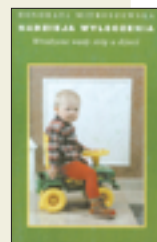
Jak ćwiczyć twoje dziecko. Rehabilitacja dzieci i młodzieży

Honorata Mitroszewska
Warszawa 2006, str. 88
W broszurze opisano rehabilitację jako nieodłączny człon leczenia ortopedycznego, zachowawczego i pooperacyjnego. Zdaniem autorki leczenie należy zaczynać od najmniejszego dziecka. Propaguje proste i skuteczne metody leczenia wad wrodzonych u dzieci, które dają dobre wyniki jeżeli są prowadzone rzetelnie i systematycznie.



Nadzieja wyleczenia. Wrodzone wady stóp u dzieci

Honorata Mitroszewska
Warszawa 2005, str. 96
Autorka opisuje szczegółowo leczenie zachowawcze i operacyjne wielu zniekształceń stóp u dzieci, którymi się zajmowała



Ponadto nadesłano:

Zintegrowany system zarządzania jakością w ochronie zdrowia. Wymagania dla certyfikacji wg normy ISO 9001:2000 i dla certyfikacji CMJ

praca zbiorowa pod red. Tomasza Romańczaka i Michała Bedlickiego
Katowice 2006, wyd. TÜV NORD Polska Sp. z o.o.
40-085 Katowice, ul. Mickiewicza 29, www.tuv-nord.pl, e-mail: biuro@tuv-nord.pl, tel. 032-207-22-99
Opracowanie zawiera analizę współczesnych spopularyzowanych narzędzi zarządzania jakością usług świadczonych w placówkach ochrony zdrowia – wymagań zawartych w normie ISO 9001 z 2000 r., będącej podstawą certyfikacji systemów jakości oraz wymagań zawartych w standardach akredytacyjnych CMJ na podstawie których placówki służby zdrowia ubiegać się mogą o certyfikat akredytacyjny.



Tomiki poetyckie i inne utwory literackie lekarzy zrzeszonych w Unii Polskich Pisarzy Lekarzy

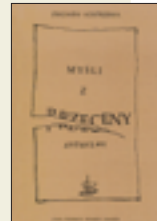
Babie lato. Wiersze

Bożena Klejny
Skiermiewice 2007, wydawca: **Młodzieżowe Centrum Kultury, Miejska Biblioteka Publiczna**, str. 40
Autorka szeregu tomików poetyckich, w latach 1990-1999 sekretarz UPPL, obecnie rzecznik Unii.



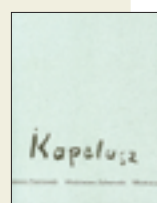
Myśli z przeceny. Aforyzmy

Zbigniew Kostrzewa
Warszawa 2006, **UPPL**, str. 140
Fraszki, limeryki, aforyzmy, teksty piosenek – to tylko część literackiej twórczości autora. Ma w swoim dorobku kilkadziesiąt pozycji książkowych, w których objawia szerokie zainteresowania.



Kapelusz

Włodzimierz Zakrzewski
Kraków 2006, **Wydawnictwo m**, 30-002 Kraków, ul. Kanoniczna 11, tel. 012-431-25-50, faks 012-431-25-75, www.mwydawnictwo@mwydawnictwo.pl, www.księgarniakatolicka.pl, str. 350
Zbiór krótkich opowiadań, których treścią są zdarzenia, spotkania, rozmowy, które autora poruszyły i zapadły mu w pamięć i serce. Odnacza się umiejętnością obserwacji i mądrego słuchania. Ułożone w trzech cyklach opowiadania prezentują bogactwo tematyczne i emocjonalne. Od żartobliwych do dramatycznych i tragicznych. Wszystkie charakteryzuje mistrzowskie użycie pointy.



opr md