

6 2008

**Gazeta
Lekarska**
Pismo dla Lekarzy
Egzemplarz bezpłatny

ODCINEK B

**Kto się boi
prywatyzacji?**





Szkoda gadać

Recepty ze znakami wodnymi, świecące w lampie Wooda niczym czeki i banknoty to nowy owoc dość chaotycznego poszukiwania sukcesu po pół roku rządzenia gabinetu Ewy Kopacz. O kolejnych niespodziankach będziemy dowiadywać się na cotygodniowych konferencjach prasowych. Wszystko w trosce, abyśmy przypadkiem w nawale informacji o czymś nie zapomnieli. Minister Kopacz jest wyjątkowo aktywna medialnie, jednak efektem jej pracy jest totalny mętlik. Dzięki wprowadzeniu nowych wzorów recept o sześciostopniowym poziomie zabezpieczeń uda się uszczelnić system, wyeliminować znaczną część nadużyć oraz uzyskać wymierne oszczędności – przekonuje pani minister. „Mogę pisać na receptach z papirusu, w różowe kropki, kodem kreskowym, a nawet odbiciem siatkówki, pod warunkiem, że NFZ dostarczy mi je w dowolnej ilości, w każdym momencie na moje życzenie i oczywiście na koszt MZ lub NFZ” – oburza się w liście nasz czytelnik z Kalisza. Lekarze mają już sterty nie wykorzystanych starych recept. W redakcji „Gazety Lekarskiej” urywały się telefony, aż strach powtarzać, co usłyszeliśmy na ten temat od czytelników z całego kraju.

Na pocieszenie pozostaje nam bijący wszelkie rekordy popularności konkurs „Rozszyfruj receptę”. Ileż to serca i radości wkładają nasi czytelnicy w odgadnięcie znaczenia tych bohomasów i hieroglifów! Cieszy przede wszystkim poczucie humoru i dystans do swoich słabości. Warto i tym razem pochylić się nad receptową lamigłówką, tym bardziej, że patronka konkursu, nasza felietonistka Krystyna Knypl, obiecuje szczególnie wysyp atrakcyjnych upominków dla autorów trafnych odpowiedzi.

Jeszcze przed wakacjami będzie co poczytać. Prywatyzacja szpitali znowu na ustach polityków, choć właściwie żadnej poważnej dyskusji na argumenty jak dotąd nie było. Zamiast tego mamy szeroki wachlarz uogólnień, uproszczeń, zafalszowań, utrwalonych, choć nieprawdziwych schematów myślowych. Opozycja nie chce pracować w sejmie nad projektem ustawy o prywatyzacji szpitali. Twierdzi, że wprowadzenie poprawek minister Ewy Kopacz diametralnie zmienia jego założenia. Czy prywatyzacja to kradzież, a może eliksir dla zdrowych i bogatych wyzyskiwaczy? Straszanie odpłatnością w prywatnym szpitalu, to świadome wprowadzanie ludzi w błąd – pisze na naszych łamach Krzysztof Bukiel i demaskuje karkołomne figury retoryczne, od których zbiera czasem na mdłości.

Ostatnio w środowisku stomatologicznym odżyła idea wyodrębnienia – z grupy wszystkich lekarzy – lekarzy dentystów w ramach tzw. autonomii, tak by decyzje personalne w sprawie m.in. wyborów do samorządu lekarskiego podejmowane byłyby tylko przez lekarzy dentystów. Mam wrażenie, że dyskutantów można zmieścić na jednej kanapie. No, bo cóż to obchodzi zapracowanych w terenie od rana do wieczora lekarzy dentystów z Lubartowa, Ustrzyk Dolnych, Walcza czy Żagania? Łamy nasze są otwarte na dyskusję, ale nie mogą być mikrofonem dla kanap i koterii, które chcą koniecznie powiedzieć sobie coś przykrego teatralnym szeptem, który usłyszysz 150 tysięcy lekarzy. A że izby od lat walczą o wyższe kontraktowanie świadczeń i nic z tego nie wynika? Jak to zmienić? „Trudną autonomię” analizuje nasza publicystka Agnieszka Katrynicz.

Życzę przyjemnej lektury, dobrego humoru i udanego wypoczynku. Na urlopy jedźcie ostrożnie, najlepiej z dobrą nawigacją, trzeźwą i wypoczętą głową. Aktualną bazę fotoradarów na całą Europę dostaniecie od nas e-mailem w prezencie.

Marek Stankiewicz
naczelnny@gazetalekarska.pl

W numerze między innymi

Zarobki i godziny	4
Okiem Prezesa	5
LEP po nowemu	6-7
Kto się boi prywatyzacji?	8-9
U stomatologów	10-14
Przypadłości narodowe	16-17
Recepty niczym banknoty	18-20
Rzecznicy i sędziowie w Miedzeszynie	20
POZ potrzebuje promocji	24
Za co odpowiada lekarz?	30-31
Przychodzi lekarz do prawnika	32-33
Po pędzlu i fachu	35
Ostatnia ustawa zdrowotna II Rzeczypospolitej	36-39
Kto za izbami?	40-41
Lekarski sport	42-44
Kalendarz: kursy, szkolenia, zjazdy	44-45
Książki nadesłane	46-47
Praca: konkursy, zatrudnię, szukam	49-60
Ogłoszenia różne	60
Program TVN Med	61

PODPIS ELEKTRONICZNY
DLA MEDYCYN



Zbieraj **punkty edukacyjne**
przez **Internet**
www.kursy.portalmed.pl

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

Zarobki i godziny

Michał Wenzel

Naczelna Izba Lekarska zainicjowała badanie opinii lekarzy pt. „Aktualne problemy środowiska lekarskiego”. Jego realizacja odbyła się w czerwcu 2007. Wypełnione ankiety odesłało 282 respondentów-lekarzy.

O becnie przedstawiamy drugą część wyników: dane na temat deklarowanych i oczekiwanych zarobków lekarzy, a także czasu pracy. Środowisko lekarskie wielokrotnie wypowiadało się publicznie na temat warunków finansowych swojej pracy, często poruszało kwestię nadmiaru obowiązków – aby żyć na oczekiwanym poziomie, wielu lekarzy pracuje ponad siły. Otrzymane przez nas dane pokazują zakres występowania tych zjawisk.

Ogólnie rzecz biorąc respondenci są zadowoleni ze swoich warunków materialnych. Blisko połowa ocenia swoje warunki jako dobre, dwie piąte – jako przeciętne, a nieliczni mają wyraźnie negatywną opinię. Na tle ogółu Polaków lekarze wyróżniają się pozytywnie. W czasie, gdy przeprowadziliśmy badanie opinii lekarzy, CBOS zadało to samo pytanie na próbie ogółu dorosłych Polaków: jedna trzecia uznała swoje warunki materialne za dobre (ryc. 1) (więcej na ten temat w komunikacie CBOS BS/063/2008

liwości placowe – **powinny wynosić ich miesięczne dochody brutto**. Zdecydowana większość wymieniła sumy powyżej 5 tys. zł. Mediana podanych wartości to 7250 zł (tab. 1). Podane dochody mogą wydawać się wysokie, jednak ich osiągnięcie możliwe jest dzięki pracy w kilku miejscach. Jedynie nieco powyżej jednej trzeciej zbadanych przez nas lekarzy pracuje w jednym miejscu. Jedna trzecia lekarzy z głównego miejsca pracy uzyskuje jedynie połowę swoich dochodów lub mniej (tab. 2).

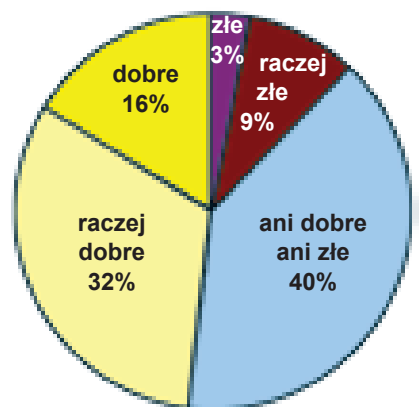
Pod względem czasu pracy respondenci dzielą się na dwie grupy: pierwsza z nich to osoby pracujące po ok. 40 godz. tygodniowo (czyli ok. 160 godz. miesięcznie) lub mniej, druga połowa to lekarze pracujący więcej, czasem znacznie więcej. Z danych wynika, że co dziewiąty respondent pracował nawet po ok. 75 godz. tygodniowo lub więcej (tab. 3).

Badanie pokazuje poczucie niezaspokojenia aspiracji materialnych wśród lekarzy. Byliby oni usatysfakcjonowani niespełna dwukrotnie większymi zarobkami. Na tle pozostałych lekarzy nie żyją w złych warunkach materialnych, lecz ich względny dobrobyt okupiony jest ogromnym wysiłkiem. Nierzadkie są przypadki pracy na granicy fizycznego wyczerpania.

Nastroje społeczne w kwietniu, dostępnym na: www.cbos.pl.

Lekarze podali nam swoje miesięczne dochody. Średnia z podanych kwot to 4936 zł. Ta wysoka suma powstała częściowo w wyniku nielicznych deklaracji bardzo wysokich zarobków. Lepszą miarą jest mediana, czyli wartość środkowa dzieląca respondentów na pół: co drugi deklaruje wyższe, a co drugi niższe zarobki. Wartość ta jest niższa i wynosi 3923 zł. Podawano kwoty brutto, przed odjęciem składek i podatków (trzeba jednak pamiętać, że w badaniach ankietowych respondenci mają skłonność do занижania deklarowanych dochodów). Jedna trzecia lekarzy deklaruje zarobki powyżej 5 tys. zł, jedna trzecia – od 3 do 5 tys., a trzecia część – do 3 tys.

Zapytaliśmy też lekarzy o to, **ile – uwzględniając polskie realia i moż-**



Ryc. 1. Ocena własnych warunków materialnych

Okieł Prezesa



Zbliżają się wakacje. Nie chcąc denerwować Państwa narzekaniem na brak postępu w zapowiadany przez Rząd reformowaniu ochrony zdrowia, życzę wszystkim jak najlepiej spędzonego czasu letniego odpoczynku. A żeby połączyć przyjemne z pożytecznym, proponuję zadbać o swoje zdrowie. Dlatego „odpalam” przygotowywaną od kilku miesięcy akcję, mającą na celu poprawę stanu zdrowia polskiego środowiska lekarskiego:

„Koleżanko, Kolego, jak zdrowie?”



Jeśli inni nie traktują nas jak należy, to przynajmniej sami zadbajmy o nasze własne zdrowie i życie, a także zdrowie i życie naszych najbliższych. Zacznijmy od siebie. Wysiłek nie musi być wielki, skutki mogą być naprawdę wspaniałe. Wskaźniki zdrowia środowiska lekarskiego nie są najlepsze.

- Dzisiejsza medycyna bez żadnych wątpliwości potwierdza, że poprzez praktykowanie zdrowego stylu życia można dramatycznie zmniejszyć ryzyko zachorowania na wiele chorób. Istnieją niepodważalne dane naukowe potwierdzające wpływ stylu życia na jego długość, ale także na jego jakość, szczególnie w starszym wieku. Dlatego:
- Przejdź codziennie przynajmniej 3 km¹
 - Jedz warzywa lub owoce co najmniej 3 razy dziennie
 - Czyść zęby nicią dentystyczną²
 - Nie pal tytoniu³
 - Utrzymuj poziom cholesterolu w surowicy krwi poniżej 5 mmol/l (200 mg/dl)⁴
 - Zadbaj o to, aby twoje ciśnienie tętnicze nie było wyższe niż 140/90 mm Hg⁵
 - Utrzymuj poziom glikemii poniżej 5,5 mmol/l (99 mg/dl)⁶

Zgodnie z dobrze udokumentowaną wiedzą na temat możliwości wczesnego wykrywania nowotworów (co istotnie poprawia możliwość ich skutecznego leczenia) istnieją niepodważalne przesłanki do przeprowadzania okresowych kontroli zdrowia. Dlatego:

- Wszystkie panie w wieku 25-59 lat powinny poddawać się badaniu wymazu z szyjki macicy (nie rzadziej niż co 3 lata)⁷
- Wszystkie panie w wieku 50-70 lat powinny poddawać się badaniu mammograficznemu (nie rzadziej niż co 2 lata)⁸
- Wszystkie osoby powyżej 50 roku życia powinny poddawać się badaniu na obecność krwi utajonej w kale (nie rzadziej niż co 2 lata)⁹

Istnieje oczywiście jeszcze wiele innych aspektów zdrowego stylu życia¹⁰ oraz badań pozwalających wcześniej wykrywać poważne schorzenia¹¹. Wymienione powyżej są jednak bezdyskusyjną podstawą, którą powinni stosować wszyscy. Są one elementami strategii działań prozdrowotnych we wszystkich krajach Unii Europejskiej.

Konstanty Radziwiłł – prezes Naczelnej Rady Lekarskiej
Anna Lella – wiceprezes Naczelnej Rady Lekarskiej

Za konsultację powyższego listu bardzo dziękujemy:

- prof. Andrzejowi Rynkiewiczowi** – prezesowi Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego
dr Januszowi Mederowi – prezesowi Polskiej Unii Onkologii
prof. Władysławowi Grzeszczakowi – prezesowi Polskiego Towarzystwa Diabetologicznego
prof. Tomaszowi Grodzickiemu – prezesowi Polskiego Towarzystwa Nadciśnienia Tętniczego
prof. Barbarze Zahorskiej-Markiewicz – prezes Polskiego Towarzystwa Badań nad Otyłością
prof. Markowi Ziętkowi – prezydentowi Polskiego Towarzystwa Stomatologicznego

¹Zamiast chodzenia możesz stosować inną równoważną formę aktywności fizycznej
²Oczywiście nie zwalnia to z konieczności czyszczenia zębów szczoteczką
³Jeśli palisz, rzuć palenie lub sięgnij po najbardziej odpowiednią dla siebie metodę leczenia uzależnienia opartą na dowodach naukowych (także leczenie z użyciem leków)
⁴Jeśli jest wyższy, zmodyfikuj dietę (przede wszystkim poprzez ograniczenie spożycia tłuszczów nasyconych); jeśli to nie wystarczy, sięgnij po odpowiednią farmakoterapię (przede wszystkim zastosuj leczenie statyną)
⁵Jeśli jest wyższe, zastosuj próbę niefarmakologicznej redukcji (ograniczenie spożycia sodu, zwiększenie aktywności fizycznej, umiar w spożyciu alkoholu, redukcja masy ciała); jeśli to nie wystarczy, sięgnij po odpowiednią farmakoterapię
⁶Jeśli jest wyższy, zmodyfikuj dietę (przede wszystkim poprzez ograniczenie spożycia cukru), schudnij, zwiększ aktywność fizyczną; jeśli to nie wystarczy, sięgnij po odpowiednią farmakoterapię
⁷Potwierdzone dane istnieją w stosunku do badań metodą Papanicolaou
⁸Brak potwierdzonych danych w stosunku do pań młodszych i starszych nie czyni decyzji o przeprowadzaniu u nich badań bezzasadnymi
⁹Badanie może być zastąpione kolonoskopią wykonywaną nie rzadziej niż co 10 lat
¹⁰Np. utrzymywanie odpowiedniej wagi ciała, urozmaicona dieta, ograniczenie spożycia alkoholu, opalanie się z umiarem (nie korzystanie z solarium), unikanie przypadkowych kontaktów seksualnych, unikanie życia w przewlekłym stresie, zaszczepienie się przeciwko wirusowemu zapaleniu wątroby typu B, leczenie przewlekłych stanów zapalnych
¹¹Np. badanie PSA, zdjęcie rentgenowskie klatki piersiowej, gastroduodenoskopia, badania genetyczne u osób obciążonych chorobami nowotworowymi w rodzinie, palpacyjne badania piersi, jąder i per rectum, okresowe badanie podstawowych parametrów krwi (np. OB., morfologia)

LEP po nowemu

Nowelizacja ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty (Dz. U. z 2005 r. nr 226, poz. 1943, j.t. ze zm.), dokonana ustawą z 24.08.2007 r. o zmianie niektórych ustaw w związku z członkostwem Rzeczypospolitej Polskiej w Unii Europejskiej (Dz. U. z 2007 r. nr 176, poz. 1238), która weszła w życie 10.10.2007 r., wprowadziła dwie istotne modyfikacje w zakresie przeprowadzania Lekarskiego Egzaminu Państwowego – LEP oraz Lekarsko-Dentystycznego Egzaminu Państwowego – LDEP:

- 1. oddzielono składanie LEP-u/LDEP-u od odbywania stażu podyplomowego oraz**
- 2. wprowadzono możliwość składania LEP-u/LDEP-u w języku obcym.**

Unormowania te uszczegółowiono w wyniku noweli ustawy, która weszła w życie 23.04.2008 r. Zmiany ustawowe pociągnęły za sobą również modyfikacje rozwiązań zawartych w rozporządzeniu ministra zdrowia z 24.03.2004 r., w sprawie stażu podyplomowego lekarza i lekarza dentysty, które zostało znowelizowane 7.05.2008 r., a weszło w życie 15.05.2008 r.

W obecnym kształcie przepisy te wprowadzają możliwość przystępowania do LEP-u/LDEP-u jeszcze przed rozpoczęciem stażu podyplomowego lub w trakcie jego trwania. Warunkiem formalnym zgłoszenia się do egzaminu jest jednak posiadanie ograniczonego prawa wykonywania zawodu lekarza/lekarza dentysty (lub przynajmniej rozpoczęcie procedury jego uzyskiwania), przyznanego przez okręgową radę lekarską. Prawo to zostaje udzielone maksymalnie na okres 5 lat. **Istotna zmiana dotyczy procedury zgłaszania się do LEP-u/LDEP-u.** Do tej pory stażysty zgłaszani byli przez okręgowe izby lekarskie. Jednakże rozwiązanie to było skuteczne w sytuacji, gdy LEP/LDEP stanowił uwięźnienie stażu podyplomowego.

W obecnym modelu przyjęto, iż **lekarz, chcąc przystąpić do egzaminu, winien sam zgłosić swój akces. Następuje to drogą elektroniczną poprzez wypełnienie odpowiedniego formularza, znajdującego się na stronie internetowej Centrum Egzaminów Medycznych – CEM (adres strony www.cem.edu.pl).** Po wpisaniu odpowiednich danych zainteresowany przesyła formularz *on line* i uzyskuje elektroniczne potwierdzenie przyjęcia jego wniosku do bazy CEM. Następnie osoba zgłaszająca się do egzaminu powinna wydrukować elektronicznie wygenerowany formularz i własnoręcznie podpisać. Tak przygotowany dokument na-

leży **przesłać do właściwej okręgowej izby lekarskiej.** Izba dokonuje weryfikacji, czy osoba zgłaszająca się do egzaminu spełnia warunki formalne niezbędne do dopuszczenia do LEP-u/LDEP-u. W przypadku stwierdzenia, iż nie są one zrealizowane, zawiadamia pisemnie o tym fakcie CEM i przekazuje mu uzasadnienie swego rozstrzygnięcia.

Bardzo ważnym *novum* jest określenie terminów składania zgłoszeń do LEP-u/LDEP-u. Biorąc pod uwagę, iż egzamin będzie organizowany 2 razy w roku, przewidziano następujące terminy zgłoszeń: w przypadku LEP-u/LDEP-u przeprowadzanego jesienią należy złożyć swój akces **do 30 czerwca**, a w przypadku edycji zimowej – **do 30 grudnia**. Lekarz/lekarz dentysta, który wypełni wniosek i prześle go do izby lekarskiej, zostaje następnie zawiadomiony przez CEM o jego rozpatrzeniu. W przypadku, gdy izba wskaże uchybienia formalne – CEM przesyła zainteresowanemu niezwłocznie informację o braku możliwości dopuszczenia do LEP-u/LDEP-u, dołączając do niej uzasadnienie izby. Osoby dopuszczone do egzaminu są zaś zawiadamiane pisemnie o terminie i miejscu egzaminu.

Istotna zmiana dotyczy także terminów egzaminu. **W edycji jesiennej LEP będzie się odbywać w okresie 15–30 września, a zimą w okresie 15–28 lutego.** Z kolei LDEP zostanie przeprowadzony odpowiednio w terminach: **1–15 września i 1–15 lutego.**

Biorąc pod uwagę, iż aktualnie LEP/LDEP został odłączony od stażu podyplomowego, jego zakres nie musi pokrywać się z programem stażu (jak było do tej pory). Dlatego **określono w rozporządzeniu wykaz dziedzin i liczbę zadań z każdej z nich, które służą do konstrukcji testu.** W przypadku LEP-u najwięcej dotyczy chorób wewnętrznych (39 zadań), przewidziano także zadania z bioetyki i prawa medycznego (łącznie 10 zadań), orzecznictwa lekarskiego (7 zadań) oraz wprowadzono dział zdrowie publiczne (8 zadań). Wśród zadań z zakresu chorób wewnętrznych, pediatrii, chirurgii, położnictwa i ginekologii oraz medycyny rodzinnej znajduje się co najmniej 20 zadań z dziedziny onkologii

Z kolei LDEP składa się m.in. z zadań ze stomatologii zachowawczej (46), stomatologii dziecięcej (35), chirurgii stomatologicznej (25). W teście znajdują się także zadania z bioetyki i prawa medycznego (10), orzecznictwa lekarskiego (7) oraz zdrowia publicznego (8). Podobnie jak w przypadku LEP uwzględniono wiedzę z zakresu onkologii. Zadania z tego zakresu (w łącznej liczbie 20) znajdują się bowiem wśród zadań ze stomatologii zachowawczej, stomatologii dziecięcej, chirurgii stomatologicznej, periodontologii i ortodoncji.

LEP/LDEP składany jest przed komisją egzaminacyjną, której skład jest zatwierdzany przez ministra zdrowia. W poszczególnych miejscach egzamin będą jednak przeprowadzać zespoły egzaminacyjne, wyłonione spośród osób wchodzących w skład komisji, i każdorazowo powoływane przez dyrektora CEM.

Podobnie jak to było unormowane dotąd LEP/LDEP odbywa się jednocześnie w całym kraju i trwa 4 godziny. Osoba przystępująca do egzaminu winna okazać w momencie wchodzenia do sali zespołowi egzaminacyjnemu: **dokument potwierdzający tożsamość oraz ograniczone prawo wykonywania zawodu lekarza/lekarza dentysty.**

Za istotną nowość należy uznać wprowadzenie publikacji zadań testowych. **CEM będzie je umieszczał wraz z prawidłowymi odpowiedziami niezwłocznie po LEP-ie/LDEP-ie na swojej stronie internetowej.** Lekarzom, którzy uzyskali wynik pozytywny, CEM prześle świadectwo złożenia

LEP-u/LDEP-u. Obecnie w CEM opracowano nowe wzory świadectw, które będą obowiązywać od najbliższego terminu egzaminu. Rozporządzenie wydłużyło okres przesłania świadectwa z dotychczasowych 14 dni do **21 dni**.

W nowym modelu utrzymano możliwość wielokrotnego przystępowania do egzaminu, zarówno w przypadku nieuzyskania wyniku pozytywnego, jak i uzyskania wyniku niesatysfakcjonującego. Za powtarzanie LEP-u/LDEP-u nie przewidziano wprowadzenia opłat.

Ważnym, nowym rozwiązaniem jest możliwość składania LEP-u/LDEP-u w języku obcym. Art. 5 ust. 3 pkt 2 ustawy ogranicza jednak to rozwiązanie tylko do języka, w którym są prowadzone w polskich uczelniach medycznych studia na

kierunku lekarskim i lekarsko-dentystycznym. W praktyce chodzi więc o język angielski. Ponadto do LEP-u/LDEP-u w tym języku może przystąpić tylko osoba, która ukończyła w nim studia.

Procedura przystępowania do LEP-u/LDEP-u w języku obcym jest analogiczna jak w języku polskim. Należy jednak pamiętać, iż rozporządzenie przewiduje inne terminy składania zgłoszeń do egzaminu. Zgłaszając się do LEP-u/LDEP-u **w edycji jesiennej należy wypełnić elektronicznie wniosek najpóźniej do 31 maja, a w zimowej do 31 października.** Wzór wniosku zawiera dodatkowo rubrykę dotyczącą języka, w którym lekarz zamierza zdawać egzamin. Pozostałe postępowanie toczy się na zasadach ogólnych.

Warto również podkreślić, iż omówione zasady zgłaszania się do LEP-u i LDEP-u oraz przeprowadzania tych egzaminów dotyczą także lekarzy/lekarzy dentystów **posiadających już prawo wykonywania zawodu.** Rozporządzenie nie przewiduje bowiem odrębnych terminów LEP-u i LDEP-u dla takich osób. Lekarze tacy chcąc przystąpić do LEP-u lub LDEP-u w najbliższym terminie jesiennym winni zgłosić swój akces elektronicznie do 30 czerwca.

dr n. praw. Rafał Kubiak
starszy specjalista ds. prawnych
Centrum Egzaminów Medycznych w Łodzi,
p.o. kierownika I Zakładu Prawa Medycznego
Uniwersytetu Medycznego w Łodzi,
e-mail: r-kubiak1@wp.pl

REKLAMA

REKLAMA

Kto się boi prywatyzacji?



foto: Marek Stankiewicz

Prywatyzacja szpitali znowu wystąpiła w roli głośnego i negatywnego bohatera dyskusji o reformie służby zdrowia. Stało się to za sprawą zapowiedzi rządu, że szpitale zostaną obowiązkowo przekształcone w spółki prawa handlowego.

Krzysztof Bukiel

Właściwie to żadnej merytorycznej dyskusji o prywatyzacji szpitali nie było. Zamiast tego usłyszeliśmy szeroki repertuar uogólnień, uproszczeń, zafałszowań, utrwalonych, choć nieprawdziwych schematów myślowych.

Prywatyzacja, czyli kradzież

Najcięższą armatą, jaką wytacza się przy okazji omawiania problemu prywatyzacji szpitali, jest zarzut o chęć uwłaszczenia się przez niektóre osoby, wspólnym mieniem wszystkich Polaków. Krótko mówiąc prywatyzację zrównuje się z kradzieżą. Celują w tych oskarżeniach zwłaszcza politycy obecnej opozycji, dając jasno do zrozumienia, że potencjalnym złodziejem jest każdy zwolennik prywatyzacji szpitali.

Nic dziwnego, że dzisiaj w Polsce mało kto się do popierania prywatyzacji szpitali przyznaje. A przecież to tylko od po-

słów i stanowionego przez nich prawa zależy czy podlegające prywatyzacji szpitale (ich budynki, grunty i sprzęt) zostaną rozdane przez państwo czy z zyskiem sprzedane.

Nic nie stoi na przeszkodzie, aby szpitale sprzedawać na otwartej licytacji, z odpowiednio wysoką ceną wywoławczą, albo odpowiednio wysoko wycenić przeznaczone do sprzedaży akcje szpitala – spółki. Zamiast więc rzucać oskarżenia, że zwolennicy prywatyzacji to złodzieje, politycy lepiej by się zastanowili, co zrobić, aby prywatyzacja nie oznaczała kradzieży, a państwo mogło na tym dobrze zarobić. Dlatego tego nie robią?

Dla zdrowych i bogatych

Opinią często powtarzaną przy okazji tej niby dyskusji o prywatyzacji szpitali jest twierdzenie, że prywatne szpitale będą leczyć odpłatnie, i to głównie tych, którzy nie wymagają zbyt skomplikowanego leczenia. Zdecyduje o tym „dogmat zysku”, który zastąpi dotychczasową misję szpitali, jaką jest leczenie ludzi.

Mówią tak pacjenci, przestraszeni, że nie będą mieli gdzie się leczyć. Mówią i politycy, którzy chcą odgrywać rolę obrońców pacjentów. Ciekawe, że „dogmat” zysku, czyli dążenie do uzyskania przewagi przychodów nad wydatkami, krytykują zjadale również ci, którzy jednocześnie ostro potępiają niegospodarność szpitali i ich zadłużanie się, czyli działania dokładnie odwrotne niż dążenie do zysku.

Jest oczywiste, że prywatny szpital nie oznacza odpłatne leczenie. To czy leczenie jest

odpłatne nie zależy od formy własności szpitala, ale od tego, czy dane świadczenie jest refundowane przez publicznego płatnika. Mogą o tym nie wiedzieć niektórzy pacjenci, ale z pewnością wiedzą o tym politycy. Trzeba zatem uznać, że ich straszenie odpłatnością w prywatnym szpitalu, to świadome wprowadzanie ludzi w błąd.

Szpital prywatny – oczywiście – będzie się kierował zyskiem, bo w przeciwnym wypadku przestanie istnieć. Dlatego nie zgodzi się na podpisanie kontraktu z publicznym płatnikiem na udzielanie tych świadczeń zdrowotnych, o których z góry będzie wiadome, że są deficytowe. Takie świadczenia faktycznie nie będą wykonywane. Ale czy winę za to ponosić będzie prywatny szpital czy płatnik? Może niektórzy pacjenci nie rozumieją tych zależności, ale politycy raczej wiedzą o co chodzi.

Chociaż nie lubią tego przyznawać wprost, nieraz wymysknie im się prawdziwy powód ich sprzeciwu wobec prywatyzacji szpitali. W jednym z wywiadów Bolesław Piecha, poseł PiS stwierdził szczerze: „Prywatyzacja szpitali to przedsięwzięcie bardzo niebezpieczne, nie znam kraju, w którym władze pozbywały się wpływu na szpitale.” Nie trzeba być bardzo przenikliwym, żeby domyśleć się, że chodzi o taki wpływ, który pozwoli władzom zmusić szpitale do leczenia pacjentów, nawet gdy publiczny płatnik – z woli tych władz – nie zapłaci tym szpitalom za leczenie. Oczywiście później zapłacimy za nie wszyscy, i to dużo więcej, bo z odsetkami i wynagrodzeniem dla komornika. Będzie to jednak kłopot już innej władzy.

Wyzysk pracowników

Prywatyzacji szpitali sprzeciwiają się też pracownicy służby zdrowia. Boją się, że prywatne szpitale zmniejszą zatrudnienie i obniżą płace. I nie jest to lęk nieuzasadniony. Prywatny szpital musi się zbilansować, bo oznacza to dla niego być albo nie być. Prywatny szpital będzie zatem „ciął koszty”, zwłaszcza w warunkach niedoszacowania świadczeń przez NFZ.

Ponieważ płace są jedynymi elementami kosztów, na które dyrektor szpitala ma wpływ, to one pierwsze pójdą „pod nóż”: zmniejszy się je wprost lub przez zmniejszenie zatrudnienia.

Żaden szpital nie będzie się przejmował obniżeniem poziomu usług, gdy wszystkie szpitale będą zmuszone robić to samo. Tyle tylko, że nie prywatyzacja będzie tutaj właściwym winowajcą, a publiczny płatnik, który płaci za mało, żeby szpital mógł się utrzymać, zatrudniając odpowiednią liczbę ludzi i sprawiedliwie wynagradzając ich za pracę.

Prywatyzacja szpitali jest rzeczą korzystną – dla pacjentów, dla pracowników i dla państwa. Oznacza przecież lepsze zarządzanie szpitalami i oszczędne ich funkcjonowanie. Dzięki temu pieniądze przeznaczone na leczenie nie będą marnowane. Nie trzeba też będzie płacić dwa razy za to samo, spłacając odsetki od szpitalnych długów i wynagrodzenie dla komorników. Lepsze gospodarowanie pieniędzmi, to lepsze płace dla lekarzy i więcej świadczeń zdrowotnych dla pacjentów. Prywatyzacja szpitali ma jednak jedną zasadniczą wadę. Jest bezwzględny weryfikator poziomu finansowania lecznictwa, bo na prywatne szpitale władza „nie ma wpływu” i gdy świadczenia nie będą opłacone należycie – nie będą też wykonane. Tego przede wszystkim władza się boi. Również ta władza, która dzisiaj jest w opozycji.



rys. Małgorzata Gnyś



Kulawa diagnostyka

Anna Lella

foto: Marek Stankiewicz

Ostatnio nie mogę oprzeć się refleksji, że nie często myślimy o tym, iż w czasie, gdy my jesteśmy zajęci codzienną pracą: leczeniem naszych pacjentów, inni też zajmują się swoją pracą, która w ich przypadku polega na tworzeniu prawa.

Nie byłoby w tym nic złego, wręcz przeciwnie, każdy przecież powinien realizować to, do czego został powołany, gdyby nie fakt, że nie zawsze efekt pracy tych, którzy tworzą prawo, jest na najlepszym poziomie.

Niestety, tę nie najlepszą jakość przepisów prawnych odczuwamy na co dzień wszyscy. Myślę, że wszyscy też zgodzimy się z twierdzeniem, iż jednym z najważniejszych zadań samorządu zawodowego lekarzy i lekarzy dentyistów jest podejmowanie działań, by tę jakość prawa poprawić. Lekarze i lekarze dentyści zaangażowani w pracę samorządu doskonale wiedzą jak niekiedy wysiłki podejmowane w tym względzie są niewspółmierne do osiągniętych efektów. Bywa, że próba wprowadzenia zmian legislacyjnych przypomina uderzanie głową w mur, najczęściej, niestety, mur niekompetencji.

Jednym z przykładów naszej samorządowej batalii o jakość prawa są zmagania o zmianę przepisów rozporządzenia ministra zdrowia z 25 sierpnia 2005 r. w sprawie warunków bezpiecznego stosowania promieniowania jonizującego dla wszystkich rodzajów ekspozycji medycznej (Dz.U. nr 194, poz. 1625).

Nie ustają zażalenia koleżanek i kolegów na skutki regulacji dotyczącej radiologii, które stanowi znaczne utrudnienie i koszty dla gabinetów dentystycznych wykonujących jednostkowe badania RTG.

Przepisy tego rozporządzenia nakładają na podmioty udzielające świadczeń zdrowotnych z wykorzystaniem promieniowania jonizującego szereg obowiązków i wymogów. Nie byłoby w tym nic złego, nikt przecież nie kwestionuje zasad-

ności wprowadzenia rozwiązań optymalizujących ochronę radiologiczną pacjenta przed niepożądanym działaniem promieniowania jonizującego, gdyby nie fakt, iż wymogi te nie zostały dostosowane do specyfiki pracy lekarzy dentyistów, a przede wszystkim do warunków technicznych stosowanych przez nich aparatów RTG.

Jako przykład można podać paragraf 10 rozporządzenia, który stanowi, iż wszystkie urządzenia radiologiczne „wrzucono do jednego worka” i wszystkie podlegają wewnętrznym testom kontroli fizycznych parametrów. Testy te dzielą się na testy podstawowe i specjalistyczne. Testy specjalistyczne nie są aż tak uciążliwe, zgodnie bowiem z przepisami rozporządzenia mają być wykonywane przez laboratoria badawcze posiadające akredytację na zgodność z normą PN-EN-ISO 17025 w zakresie wykonywania testów specjalistycznych przynajmniej raz na rok. Inaczej jest w przypadku testów podstawowych, z których część wymaga wykonywania codziennie lub przed każdym uruchomieniem aparatu. Lekarz dentyista ma dwa wyjścia: albo zlecić wykonywanie testów podstawowych firmie zewnętrznej, albo wykonywać je osobiście, pod warunkiem, że będzie posiadał odpowiednie uprawnienia i oczywiście o ile będzie dysponował odpowiednią aparaturą, której zakup to wydatek rzędu od 7000 zł do 15 000 zł.

Na tym nie kończy się jednak obowiązek testowania. Po każdej naprawie urządzenia radiologicznego powinny być bowiem wykonywane testy wewnętrzne uzasadnione zakresem wykonanej naprawy. Dotyczy to także urządzeń nowo instalowanych, gdyż urządzenia radiologiczne i programy kom-

puterowe z nimi współpracujące, a także urządzenia radiologiczne poddane istotnej naprawie podlegają testom akceptacyjnym przeprowadzanym po instalacji urządzenia w celu wykazania zgodności fizycznych parametrów technicznych ze specyfikacją producenta lub specyfikacją naprawy. Testy akceptacyjne przeprowadza się zgodnie z normą IEC serii 61 223. Norma ta nie została jednak oficjalnie przetłumaczona na język polski.

Generalnie, zgodnie z załącznikiem nr 6 do rozporządzenia, do testów aparatów do zdjęć wewnątrzustnych stosuje się wymagania określone dla testów obowiązujących dla radiografii ogólnej, natomiast aparaty do zdjęć panoramicznych oraz cefalometrii powinny być kontrolowane tak, jak aparaty stosowane w radiologii ogólnej.

Podstawową domeną gabinetu stomatologicznego jest „leczenie zębów”, a nie wykonywanie zdjęć RTG pacjentom, co stanowi jedynie element uzupełniający diagnostyki.

W związku z tym nałożenie na lekarzy dentyistów obowiązku wykonywania testów podstawowych w takim samym zakresie w jakim obowiązuje on w rentgenodiagnostyce i radiologii zabiegowej jest kuriozalnym nieporozumieniem i rodzi jedynie nieuzasadnione koszty – przytaczam tu argumenty, które znalazły się w pismach kierowanych przez samorząd lekarski, najpierw do ministra zdrowia Zbigniewa Religi, następnie do obecnie zajmującej to stanowisko Ewy Kopacz, zawierających postulat nowelizacji poszczególnych zapisów rozporządzenia. Równolegle kierowaliśmy pisma do głównego inspektora sanitarnego Andrzeja Wojtyły.

REKLAMA

REKLAMA

REKLAMA

W pismach tych wskazaliśmy również na problem związany z obowiązkiem wdrożenia w gabinetach stomatologicznych systemu zarządzania jakością, w tak rozbudowanym zakresie, w jakim przewiduje to § 9 i załącznik 5 do rozporządzenia. Podawaliśmy następujące argumenty: *Należy wziąć pod uwagę, iż większość gabinetów stomatologicznych prowadzona jest w formie indywidualnych praktyk dentystycznych, w których świadczeń zdrowotnych udziela lekarz prowadzący daną praktykę. W takich przypadkach wymagania określone we wskazanych powyżej przepisach stają się w praktyce nie do wykonania, np. w zakresie prowadzenia klinicznych audytów wewnętrznych i zewnętrznych w odniesieniu do jednoosobowego gabinetu stomatologicznego. Weryfikacja systemu zarządzania, gdzie występuje tylko jedna osoba w danej placówce, jest przecież nie do zastosowania w praktyce. Podobny problem występuje również w prywatnych pracowniach RTG, obsługiwanych tylko przez właściciela (jednoosobowa pracownia).*

Wskazywaliśmy również na treść załącznika nr 3 do tego rozporządzenia, zgodnie z którym lekarze dentyści obowiązani są do odbycia 46-godzinnego przeszkolenia w oparciu o „Ramowy program szkolenia w dziedzinie ochrony radiologicznej pacjenta”, zakończonego egzaminem, które to przeszkolenie praktycznie trzeba realizować przez 6 kolejnych dni, w sytuacji, gdy specjaliści w tej dziedzinie twierdzą jednoznacznie, iż zakres tego szkolenia można przeprowadzić w ciągu jednego dnia.

Zapewniam, że to nie jedyne problemy wynikające z braku dostosowania wymogów określonych w przepisach rozporządzenia w sprawie warunków bezpiecznego stosowania promieniowania jonizującego dla wszystkich rodzajów ekspozycji medycznej do specyfiki badań diagnostycznych wykonywanych w gabinetach stomatologicznych oraz stosowanych urządzeń RTG. Na przykład jest też problem z zapisami o generatorach, doprowadzający do absurdu, że aparaty mające znak CE i dopuszczone w innych krajach u nas dopuszczone nie są.

Na nasze pisma otrzymaliśmy jedną odpowiedź z Ministerstwa Zdrowia, w której wskazano nam, że testy podstawowe są konieczne, system zarządzania jakością też (należy podkreślić, że lekarze dentyści nie kwestionowali samych obowiązków, a jedynie ich zakres), ale ministerstwo rozważy możliwość wprowadzenia w obowiązujących przepisach stosownych zmian. Od lipca 2007 r., czyli od daty udzielenia odpowiedzi, nie podjęto żadnych konkretnych działań w kierunku zmiany przepisów.

W sprawę zaangażował się poseł na Sejm RP dr Tadeusz Naguszewski, który w lutym 2008 r. skierował w tej sprawie zapytanie poselskie: Czy przygotowana jest nowelizacja rozporządzenia ministra zdrowia z 25 sierpnia 2005 r. w sprawie warunków bezpiecznego stosowania promieniowania jonizującego dla wszystkich rodzajów ekspozycji medycznej?

Uzyskana w marcu bieżącego roku odpowiedź na zapytanie posła Naguszewskiego wydaje się obiecująca. Złożono w niej zapewnienie, iż w związku z pojawiającymi się wątpliwościami dotyczącymi stosowania przepisów ww. rozporządzenia planuje się jego nowelizację obejmującą również weryfikację zapisów załącznika nr 6.

W związku z powyższym, jak podaje ministerstwo, na przełomie marca i kwietnia na stronach internetowych Krajowego Centrum Ochrony Radiologicznej w Ochronie Zdrowia (www.kcor.gov.pl) rozpocznie się publiczna debata na temat zakresu nowelizacji przedmiotowego rozporządzenia, która będzie miała na celu zgromadzenie propozycji zmian i projektów zapisów od wszelkich zainteresowanych środowisk i podmiotów, wynikiem której będzie przygotowanie wstępnego projektu zmieniającego ww. rozporządzenie.

Nie ustają starania Komisji Stomatologicznej NRL mające na celu racjonalizację tychże regulacji związanych z aparatami RTG. Powinny zostać ustalone minimalne, rozsądne wymagania gwarantujące ochronę dla pacjenta i personelu, dające zastosować się w praktyce – a nie na papierze.

Tak naprawdę to dopiero początek procesu naprawiania przepisów prawa. 24 kwietnia br. weszło w życie rozporządzenie ministra zdrowia z 27 marca 2008 r. w sprawie minimalnych wymagań dla jednostek ochrony zdrowia udzielających świadczeń zdrowotnych z zakresu rentgenodiagnostyki, radiologii zabiegowej oraz diagnostyki i terapii radioizotopowej chorób nienowotworowych. Z dużą satysfakcją stwierdzam, że ostateczna wersja tego aktu została ustalona z uwzględnieniem większości, lecz niestety nie wszystkich, uwag zgłoszonych przez samorząd lekarski.

Niewątpliwie należy pozytywnie ocenić inicjatywę podjętą przez Ministerstwo Zdrowia polegającą na rozpoczęciu publicznej debaty na temat zakresu nowelizacji obowiązujących przepisów. Pozostaje mieć nadzieję i myślę, że są to oczekiwania wszystkich lekarzy i lekarzy dentyistów, że zarówno w tym przypadku, jak i w przyszłości nasz głos w dyskusji nad kształtem tworzonej regulacji prawnych będzie uwzględniany.

REKLAMA

Trudna autonomia

Agnieszka Katrynicz

Wśród lekarzy dentystów na nowo rozgorzał spór o autonomię. Coraz częściej słychać głosy, by stworzyć oddzielną strukturę w ramach jednej izby.

Warto na początek przypomnieć, że fala dyskusji o autonomii dentystów przetoczyła już się przez samorząd w latach 2003-04. Był to wynik informacji jakoby stomatolodzy polscy zobowiązani są do stworzenia osobnego samorządu, gdyż Unia Europejska tak nakazuje. Dziś oczywiście wiadomo, że takiego wymogu nie było. Wówczas Naczelna Rada Lekarska powołała Zespół ds. Autonomii Lekarzy Stomatologów, w którego skład weszły np. takie znakomitości, jak śp. Andrzej Fortuna i Zbigniew Żak.

Zespół opracował zasady niezależności tej grupy zawodowej. Zapisano wtedy m.in., że wyboru przedstawicieli lekarzy stomatologów do wszystkich przedstawicielstw izb (według ustalonego parytetu) będą dokonywali wyłącznie dentyści. Zapis ten, mimo zgody wszystkich zainteresowanych stron, wprowadzono w życie tylko na poziomie wyborów w rejonach wyborczych, czyli na najniższym szczeblu, gdzie wybierani są delegaci na okręgowe zjazdy. Ale już na zjazdach to lekarze medycyny wybierają przedstawicieli dentystów do rad okręgowych, sądu czy wreszcie delegatów na zjazd krajowy. – Efekt tego jest taki, że do władz dostają się osoby nie mające poparcia kolegów stomatologów – podkreśla Robert Stepień, wiceprzewodniczący krakowskiej ORL.

Gwoli prawdy warto podkreślić, że podczas ostatnich wyborów w większości okręgów wyborczych reprezentantów dentystów wybrano w drugiej, a nawet trzeciej turze. Widać więc jasno, że lekarze dentyści (przyznać od razu należy, że dotyczy to także

lekarzy) nie są zainteresowani pracą w samorządzie. – To prawda, że koledzy raczej się nie garną do izb. Jak zaktywizować dentystów do pracy w samorządzie? Należy im dać większe kompetencje – uważa Andrzej Cisko, wiceprzewodniczący wielkopolskiej ORL. Nadal jednak pozostaje pytanie – czy owe zwiększone kompetencje rzeczywiście przyciągną chętnych. – Nie w tym rzecz – uważa z kolei Zofia Annusewicz-Kot, jedna z nielicznych aktywnych w samorządzie przedstawicieli młodych dentystów, pracująca w Olsztynie. – W końcu w samorządzie nie potrzeba karierowiczów, ale ludzi, którzy naprawdę chcą działać na rzecz środowiska. Mam na myśli przede wszystkim to, by nie zdarzały się takie wpadki jak ta, kiedy to przespałiśmy prawo atomowe, którego zapisy uderzą wszystkich dentystów po kieszeni. O takie rzeczy powinien walczyć samorząd lekarski, a nie o secesję.

Przy okazji dodajmy, że komisje młodych lekarzy sprzeciwiają się powołaniu oddzielnej izby dla stomatologów. Ich zdaniem należy przede wszystkim wzmocnić rolę samorządu lekarskiego. Rozumianego jako samorząd obydwu zawodów.

Oddzielny budżet

Co ciekawe właściwie wszyscy uczestnicy dyskusji, także tej toczącej się od kilku numerów na łamach „Gazety Lekarskiej”, podkreślają, że w większości izb (jeśli wręcz nie we wszystkich) komisje stomatologiczne mają zapewnioną pełną swobodę. Zostały spełnione postulaty

wyżej wymienionego zespołu co do prawa o decydowaniu przez komisje stomatologiczne działające

przy okręgowych radach lekarskich o stomatologii i prawa wykonywania zawodu lekarza dentysty. Większość komisji stomatologicznych dysponuje też własnym, oddzielnym budżetem, prowadzony jest wydzielony rejestr lekarzy stomatologów, a w sądzie lekarskim i u rzeczników odpowiedzialności zawodowej przestrzegana jest zasada, że wszystkie sprawy kierowane do rzeczników odpowiedzialności zawodowej dotyczące lekarzy stomatologów prowadzone są przez lekarzy stomatologów. Wydawałoby się więc, że nie ma o co kruszyć kopii. A jednak część stomatologów uważa, że ich sprawy są bagatelizowane czy wręcz „przysypywane” przez lekarzy medycyny. – Na zjazdach praktycznie nie mówi się nic o naszych problemach – mówi wprost Urszula Kołodziej-ska, dentystka z Częstochowy.

Wielość problemów

Oprócz wspomnianego już prawa atomowego, a właściwie rozporządzeń do niego wydanych przez Ministerstwo Zdrowia, określających minimalne wymagania dla jednostek ochrony zdrowia udzielających świadczeń zdrowotnych z zakresu rentgenodiagnostyki, które zmuszają wiele gabinetów stomatologicznych do kosztownych remontów, środowisko dentystyczne boryka się i z innymi problemami. Głównym z nich jest walka z NFZ o lepszą (czytaj wyższą) wycenę procedur stomatologicznych, które dzisiaj są finansowane na żenująco niskim poziomie – w zależności od regionu wycena punktu waha się od 70 do 90 groszy. Są to najniższe wyceniane świadczenia ze wszystkich procedur medycznych z katalogu finansowanego przez Narodowy Fundusz Zdrowia. Nic dziwnego, skoro na stomatologię przeznaczają się zaledwie 4 proc. budżetu NFZ (a do niedawna było to ok. 3 proc.).

– Izby od lat walczą o wyższe kontraktowanie świadczeń i nic z tego nie wynika. Dlaczego? Winni są sami stomatolodzy, którzy mimo uchwał rad lekarskich określających minimalną wartość punktu (ustalonego na 90 groszy – przyp. AK) przystępują do konkursów z niższymi ofertami – podkreśla prof. Teresa Bachanek, prorektor lubelskiej Akademii Medycznej.

Jak zmienić ten stan? Wszyscy zgodnie podkreślają – tylko poprzez jedność, bo w jedności jest siła.

Równolegle czy oddzielnie?

Stąd w dyskusji o autonomii dentystów zaczęły pojawiać się propozycje różnych rozwiązań organizacyjnych, takich jak: wprowadzenie nowych zasad wyborczych; zwiększenie autonomii działania w sprawach stomatologicznych wewnątrz wspólnych organów samorządowych; rozdzielenie organów czy też powołania struktury równoległej, czyli czegoś na kształt izby w izbie. – Mamy kilka takich propozycji, pracujemy nad nimi, a wynik tych prac przedstawimy Komisji Stomatologicznej NRL – mówi przedstawicielka tej komisji Halina Porębska.

Trzeba bowiem przyznać, że chyba najważniejszy punkt zasad autonomii stomatologów wciąż nie został spełniony – komisje stomatologiczne nie reprezentują swoich stanowisk i opinii wobec partnerów zewnętrznych bez konieczności każdorazowego uzyskiwania zgody odpowiedniej rady lekarskiej lub jej prezydium. Na przeszkodzie stoją tu zapisy z ustawy o izbach lekarskich, która właśnie ma być zmieniana, więc jest to najlepszy moment, by wprowadzić tam zapisy dające większą swobodę stomatologom. – Właściwie nie ma przeszkody, by się tak działo, bo rzeczywiście nie widzę powodu, aby lekarze medycyny, którzy przecież w większości nie znają się na stomatologii, decydowali o tym, czy dane stanowisko, np. w sprawie opieki dentystrycznej dzieci, warto poprzeć czy nie – mówi Konstanty Radziwiłł, prezes NRL.

– Dziś współpraca lekarsko-dentystyczna układa się dobrze i lekarze stomatolodzy w samorządzie cieszą się dużą autonomią, ale kto nam zagwarantuje, że będzie tak przez najbliższe 5, 10 i 20 lat? – pyta Robert Stepień. – A przecież zależy nam wszystkim na tym, by stomatologiczny głos był lepiej słyszalny i lepiej reprezentowany.

Od razu pojawiają się pytania czy stworzenie Rady Stomatologicznej (na wzór Naczelnej Rady Lekarskiej) i odpowiednich rad w okręgowych izbach, czyli owej izby w izbie, nie oznacza, że będzie to pierwszy krok do secesji. Na to, przynajmniej na razie, zgody nie ma, bo zdecydowana większość nie chce oddzielenia się od kolegów lekarzy. – Oddzielenie się od lekarzy nic w naszej sytuacji nie zmieni – uważa Krzysztof Kotulecki, dentysta z Warszawy. – Mało tego, uważam, że zaszkodzi środowisku, bo współpraca z lekarzami podnosi rangę naszego zawodu.

A przecież najważniejsze dla nas sprawy, jak deontologia, są wspólne.

Podobnego zdania jest większość pytań przez nas stomatologów.

Warto w tym miejscu zaznaczyć, że polski samorząd lekarski jako nieliczny w Europie jest reprezentantem dwóch zawodów. Poza Węgrami, Słowenią, Maltą, Rumunią, niemieckim krajem Saary i Luksemburgiem (w którym nie ma izby lekarskiej, bo jej funkcje sprawuje towarzystwo lekarskie skupiające wszystkich przedstawicieli zawodów lekarskich). Wszędzie jednak stomatolodzy mają wspólną z lekarzami lub własną izbę, federację albo inne zrzeszenie, które czuwa nad należytym wykonywaniem zawodu.

Podział między ZOZ-ami

– Tu wcale nie chodzi o podział dentyści – reszta lekarzy. Problem nawet nie leży też w tym, że stomatolodzy stanowią mniejszość w samorządzie (ok. 1/5 lekarzy, bo lekarzy dentystów jest ok. 35 tys. – przyp. AK) – uważa z kolei Zbigniew Klimek, lekarz dentysta z Warszawy. – Ta linia podziału przebiega między ZOZ-ami a NZOZ-ami oraz indywidualnymi praktykami, czyli chodzi o formy własności placówek, w których pracujemy. Lekarzom z SP ZOZ trudno zrozumieć problemy lekarza prowadzącego indywidualną praktykę, czyli niepubliczny zakład i na odwrót.

– Niestety, samorząd lekarski, w tym Naczelna Rada Lekarska, powołała się na radę szpitalnictwa i zajmuje się wyłącznie problemami lekarzy pracujących na etatach w szpitalach – wtóruje mu Ryszard Łopuch z Wrocławia. – Tymczasem dla znakomitej większości lekarzy, i to wszystkich specjalności, podstawowym miejscem pracy jest albo własna praktyka, albo niepubliczna czy prywatna klinika. I jeśli w najbliższym czasie ta sytuacja się nie zmieni, to samorząd lekarski umrze śmiercią naturalną.

Zdaniem wielu lekarzy zajmowanie się szpitalnictwem, które już od lat jest przysłowiowym „języczkiem u wagi”, to również główny powód coraz mniejszego zainteresowania środowiska działalnością samorządu. – Mnie jako samodzielnie praktykującemu lekarzowi tak działający samorząd, poza rzecznikiem odpowiedzialności zawodowej, sądem i sprawami administracyjnymi, czyli np. rejestracją praktyki czy wydaniem prawa wykonywania zawodu, właściwie nie jest potrzebny – mówi ze szczerością Klimek. I trudno oprzeć się wrażeniu, że jego zdanie podziela zdecydowana większość medyków w Polsce. Może rzeczywiście tu tkwi sedno problemu?



– Izby od lat walczą o wyższe kontraktowanie świadczeń i nic z tego nie wynika. Dlaczego? Winni są sami stomatolodzy, którzy (...) przystępują do konkursów z niższymi ofertami – podkreśla prof. Teresa Bachanek, prorektor lubelskiej Akademii Medycznej.

Wojciech Grabe laureatem nagrody im. Fortuny

10 maja br. po raz pierwszy w historii powojennej stomatologii wręczono ogólnopolskie odznaczenie przyznawane za szczególne zasługi dla środowiska lekarzy dentystów. Jego pierwszym laureatem został Wojciech Grabe z Gdańska.

Nagroda nosi nazwę Ogólnopolskiego Odznaczenia OIL w Krakowie imienia doktora Andrzeja Janusza Fortuny – na cześć zmarłego przed rokiem wybitnego stomatologa, szczególnie zasłużonego dla samorządu lekarskiego.

– Okres pracy z Andrzejem był dla mnie bardzo cennym doświadczeniem życiowym. Nauczył mnie, że w jedności tkwi siła, że w pojedynkę nie zdziałamy nic. Odznaczenie, które dostałem, jest jednocześnie wyróżnieniem dla całej grupy osób, które ze mną pracowały. Jestem wzruszony i bardzo się cieszę. Tym bardziej, że tu, w Rytrze, na tej właśnie sali niegdyś toczyły się „walki” o katalogowanie świadczeń stomatologicznych i tu przeszedłem swój chrzest bojowy – mówił Wojciech Grabe.

Nieprzypadkowo na czas i miejsce wręczenia tej nagrody wybrano wiosenną, XXXIII Ogólnopolską Konferencję Lekarzy Dentystów w Rytrze, która odbyła się w dn. 9-11 maja br. – Spotykamy się tu praktycznie w rocznicę śmierci Andrzeja Fortuny. Jest to moment szczególny i cieszę się, że właśnie dziś po raz pierwszy mogę wręczyć nagrodę jego imienia, przyzna-

waną za szczególne zasługi dla środowiska lekarzy dentystów – mówił Robert Stępień, przewodniczący Komisji Stomatologicznej ORL w Krakowie, organizatora uroczystości, wraz z Kołem Terenowym PTS w Nowym Sączu. Nagrodę, która od tego momentu przyznawana będzie corocznie, zaprojektowaną przez artystkę plastyczkę Małgorzatę Kot (płaskorzeźba z profilem Andrzeja Fortuny, na postumencie), ufundowała ORL w Krakowie.

Podczas uroczystości obecna była wdowa po dr. Fortunie – Barbara Fortuna z obydwojoma synami. Gościem uroczystości był również wieloletni przyjaciel dr. Fortuny – Ryszard Łopuch, honorowy członek NRL, członek Dolnośląskiej Izby Lekarskiej we Wrocławiu, Zbigniew Klimek, były prezes zarządu Stowarzyszenia Polskich Lekarzy Stomatologów oraz Maciej Żak, reprezentujący wąbrzyską stomatologię. – Dobrze się dzieje, że dalej organizowane są konferencje w Rytrze, bowiem Andrzej na pewno nie chciałby, byśmy smucili się, tylko kontynuowali jego dzieło. On sam w zaświatach zakłada już pewnie izbę lekarską – żartował dr Łopuch.

– Mam nadzieję, że to odznaczenie stanie się najważniejszym w stomatologii oraz że dzięki niemu uczczona zostanie pamięć o Andrzeju – mówił dr Stępień. – Nie można zapomnieć, jak szczególne zasługi na rzecz rozwoju polskiej stomatologii położył dr Fortuna. Między innymi przewodniczył Komisji Stomatologicznej NRL (przez ponad dwie kadencje) i ORL w Krakowie od momentu ich utworzenia, był wiceprezesem NRL ds. stomatologii w II, III i IV kadencji, członkiem PTS i sekcji polskiej Akademii Pierre Faucharda, a także założycielem i dyrektorem Wojewódzkiej Przychodni Stomatologicznej w Nowym Sączu. Wspólnie ze Zbigniewem Żakiem zapoczątkował spotkania stomatologiczne w Rytrze, zaś na łamach „Gazety Lekarskiej” redagował kolumny „U stomatologów”.

Uhonorowany ogólnopolskim odznaczeniem im. dr. Fortuny Wojciech Grabe z pewnością zasłużył na zaszczyt, jaki go spotkał. Ten specjalista II° z chirurgii stomatologicznej od podstaw stworzył Katalog Wartościowania Pracy Lekarzy Stomatologów (kosztował go 12 lat pracy), który stał się obowiązującą podstawą wyceny procedur stomatologicznych, współorganizował samorząd lekarski w Gdańsku, jest również autorem systemu rozliczeniowego Rodzinnego Ubezpieczenia Kosztów Leczenia Stomatologicznego DentaPlan, oferowanego przez PZU. Członek sekcji polskiej Akademii Pierre Faucharda, członek zespołu redakcyjnego portalu stomatologicznego DENTOnet, jako konsultant kliniczny i wykładowca firmy 3M podczas kursów i warsztatów praktycznych przeszkolił ponad 8,5 tys. lekarzy w całym kraju. W swojej karierze był wiceprzewodniczącym ORL w Gdańsku, przewodniczącym tamtejszej Komisji Stomatologicznej, a także wiceprzewodniczącym Komisji Stomatologicznej NRL. Wojciech Grabe jest absolwentem Akademii Medycznej w Gdańsku oraz podyplomowego studium zarządzania firmą medyczną Politechniki Gdańskiej.

Marta Teska

„Galiczyjska Gazeta Lekarska
Lekarza Dentysty”

fol. Marek Stankiewicz



Barbara Fortuna i Wojciech Grabe



Przypadłości narodowe

Krystyna Knypl

Od dziesięcioleci istnieje w naszym kraju polityczne przyzwolenie na mówienie bez należytego szacunku o lekarzach, ich pracy i wiedzy medycznej.

foto: Marek Stankiewicz

Gdy weźmiemy pod lupę publiczny wizerunek lekarza, to po uważnej analizie możemy dopatrzeć się specyficznego w nim rozdwojenia. Z jednej strony lekarz spozostawiany jest jako nieczuły osobnik uganiający się za coraz większym zarobkiem, z drugiej zaś oczekuje się, że ów nieczuły typ całodobowo, bezterminowo i z niekończącym się z troskaniem będzie realizował każdy pomysł płatnika składek na ubezpieczenie zdrowotne.

Statystyczny obywatel po uiszczeniu zwykle niewygórowanej kwoty na ZUS oczekuje realizacji wszystkich świadczeń, na jakie ma akurat ochotę i leczenia go na takie choroby, jakie u siebie właśnie rozpoznał, wszystko bowiem bardzo dobrze wie. Skąd czerpie ową wiedzę? To oczywiste – przeczytał w Internecie! Do lekarza idzie tylko po *przystawienie pieczątki*, którego to *gadżetu* wirtualna rzeczywistość jeszcze nie zapewnia!

Mogłoby здаwać się, że już nic nie jest w stanie zmienić owej rozdwojonej postawy naszych rodaków, gdy niespodziewanie okazuje się, że z oddali widać lepiej! Nasi emigranci do różnych krajów europejskich po skontaktowaniu się z miejscową medycyną przeżywają spory szok i zaczynają kochać polską ochronę zdrowia uczuciem nieco spóźnionym, ale autentycznie szczerym. Przyjazdy do polskich lekarzy są praktyką bardzo powszechną wśród pracujących poza granicami kraju.

Efekty przyzwolenia

W naszej rzeczywistości proporcje tak dalece zostały zwichnięte, że na jednej z konferencji poświęconych regulacjom prawnym w medycynie dowiedziałam się, że prawa pacjenta mają się u nas całkiem dobrze, natomiast zgoła fatalnie jest z prawami lekarza. Sytuacja poprawia się w niektórych obszarach w związku z regulacjami unijnymi, jednak nie normują one wszystkiego.

Przyzwolenie na pospieszne, powierzchowne i nieprofesjonalne osądy łatwo rozrasta się, szczególnie wypełniając spaczoną wyobraźnię. Rodakowi medycyna nie kojarzy się z ciężką pracą, nigdy niekończącą się nauką nowych zagadnień, lecz z łatwym biznesem wśród nieciekawych okoliczności prawnych. Przeciętny czytelnik naszych mediów nie ma najmniejszego pojęcia, ile wysiłku wymaga utrzymanie wiedzy lekarskiej na aktualnym poziomie, co więcej, nie jest w stanie odróżnić walorów profesjonalnej opinii od beztróskiego paplania tych, co wszystko wiedzą lepiej, tylko nie mają rzeczowej pieczątki.

Spotkałam się kiedyś z poglądem, że wiedzę lekarską trzeba w 90% wymieniać na nową w cyklu 15-letnim. Być może tak istotnie jest i skłonna jestem w tę teorię wierzyć, skoro z leków, które stosowałam w początkach mojej praktyki, ostało się do dzisiaj nie więcej niż kilka preparatów. Aspiryna, nitroglicy-

ryna, hydrochlorotiazyd płyną w głównym nurcie terapeutycznym chorób układu krążenia od dziesięcioleci, ale znakomitą większość leków, o których uczyłam się w początkach mojej kariery, porasta mech zapomnienia.

Przekonanie niejednego rodaka – bywalca Internetu o tym, że gdy przeczyta kilka tekstów w owym medium opublikowanych (najlepiej, gdy są one przeznaczone dla lekarzy!), to będzie wiedział lepiej od wykształconego specjalisty jakie należy postawić sobie rozpoznanie, jest powszechne. Nie spotyka się takiego podejścia ani w odniesieniu do innych obszarów naszego życia (nie spotkałam np. nigdy domorosłych ekspertów górnictwa!), ani w jakimkolwiek innym kraju i skłonna jestem przypuszczać, że jest to jakaś umysłowa odmiana *plica polonica*.

Inną odmianą tej przypadłości jest zamiłowanie do medycyny specjalistycznej. Pewien młody Szwed podczas rozmowy ze mną na tematy organizacji ochrony zdrowia poczynił interesujące spostrzeżenie: „Zauważyłem, że Szwedzi, gdy zachorują, idą do lekarza, a Polacy zaraz do specjalisty”. Zaciekawiona tym spostrzeżeniem zaczęłam poszukiwać jego potwierdzenia. Znalazło się prawie natychmiast. Na łamach portalu zdrowotnego, z którym współpracuję, jedna z czytelniczek stwierdziła u siebie nieco podwyższone ciśnienie, pisze więc do redakcji, aby doradzono jej, czy powinna udać się z tym problemem do internisty, kardiologa, a może endokrynologa. Lekarz POZ nie istnieje w jej świadomości.

Drago Jancar, znakomity słoweński publicysta, pisze, że *dziś jesteśmy we władzy agresywnych i wszechwładzących gburów i bufonów*. Ów gbur i bufon jest eufemistycznie nazywany przez słoweńskie media *małym człowiekiem* (w polskiej gwarze politycznej – *zwykłym człowiekiem*) i otaczany specjalnie kreowaną atencją. Jego przeciwieństwem są różne grupy, które *chcą wyrzucić mu krzywdę na każdym kroku i zniszczyć go na wszelkie sposoby*. Raz są to *przedsiebiorcy*, innym razem *urzędnicy*, najczęściej zaś – *lekarze*. (...) *już od wielu lat nie czytaliśmy ani nie słyszeliśmy nic godnego uwagi o osiągnięciach medycyny, talentach albo choćby najbardziej podstawowych staraniach mających na celu ochronę zdrowia pacjentów*. Autor zastanawia się, gdzie podziały się te czasy, kiedy wszyscy, także i *mali* ludzie podziwiali *wielkich*. Dziś miejsce podziwu

dla *wielkich* zajęła *wściekłość małego, przeważnie anonimowego, przeważnie młodego, przeważnie nieodnoszącego sukcesów i Bóg wie dlaczego sfrustrowanego człowieka* – pisze Jancar. Każdy lekarz dobrze zna polską odmianę słoweńskiego małego człowieka.

Informacja i asertywność

Rzadko kto pamięta, że korzenie powszechnych ubezpieczeń społecznych głęboko tkwią w polityce – ten system zapewnienia opieki zdrowotnej został wprowadzony po raz pierwszy w Niemczech w początkach rozwoju drapieżnego kapitalizmu i był przedstawiany jako dobrodziejstwo łaskawie panującego cesarza. Dziś nadal opieka medyczna w ramach ubezpieczeń społecznych pozostaje marchewką chętnie serwowaną wyborcom, a bujny wzrost owego warzywa ma zapewniać powołanie do medycyny oraz przysięga Hipokratesa.

Łudzenie się, że można zapewnić nowoczesną opiekę medyczną odwołując się jedynie do czyjegoś powołania jest niebywałym wyrachowaniem politycznym lub niebezpieczną mrzonką. Jedna i druga postawa jest groźna i powinna być zwalczana, bo zarówno patologiczny cynizm polityczny, jak i naiwne bujanie w obłokach zwyczajnie szkodzą innym ludziom.

Trudną sztukę mówienia niewygodnych prawd wspomaga asertywność, czyli umiejętność mówienia o swoich potrzebach. Jest ona konieczna w dzisiejszym świecie każdemu aktywnemu zawodowo człowiekowi, także lekarzowi. Podstawową regułą asertywnych zachowań jest poszanowanie potrzeb drugiego człowieka, przy jednoczesnym niezapominaniu o potrzebach własnych. Efekt ten można osiągnąć zachowując właściwe proporcje zaangażowania oraz taktownie werbalizując własne potrzeby.

Sądzę więc, że powinniśmy szerzej objaśniać, na czym polega nasz zawód, jak wielu wyrzeczeń i poświęceń wymaga jego uprawianie. Występowanie w mediach jedynie w kontekście oczekiwań finansowych jest nie do końca przemyślaną taktyką, budującą nieprawdziwy wizerunek lekarza.

Jak zawsze czekam na listy, pod adresem krystyna.knypl@compi.net.pl (adres był przejściowo nieczynny, ale znów działa) lub krystyna.knypl@gmail.com

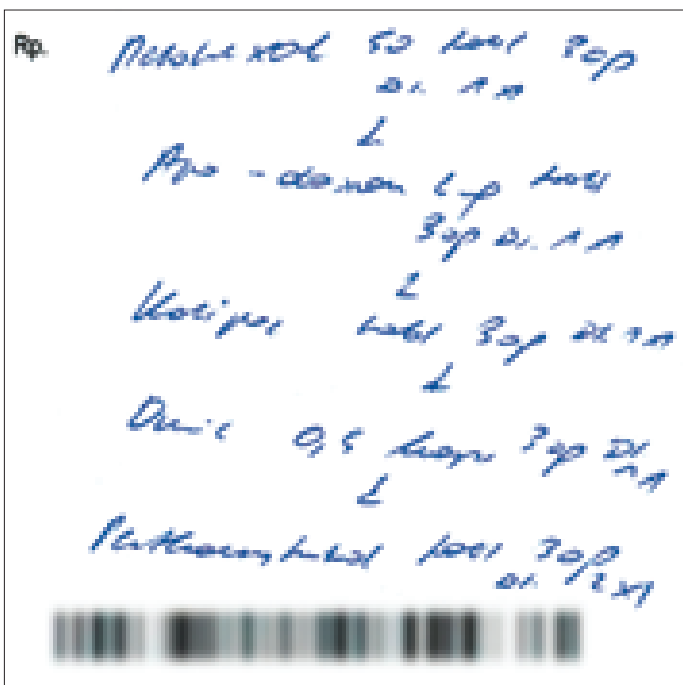
Rozszyfruj receptę

Koledzy, którzy nadesłali proponowany opis gastroskopii nie oceniali zamieszczonego przykładu w nr. 5/2008 jako trudny. Przeważały opinie, że opis brzmiał: *blona śluzowa żołądka i opuszki dwunastnicy rozpalchniona, miejscami przekrwiona. Jeziorko mierne obfite, zielonkawe. Odźwiernik drożny. Gastroduodenitis chronica. Test urazowy ujemny*. Pewne wątpliwości wystąpiły przy ocenie słowa *zielonkawe* – niektórzy z Kolegów byli zdania, że opisujący określił je słowem żółtawe lub żółtaczne. Podnoszono też uchybienia formalne w opisie, takie jak brak informacji o stanie przełyku. Zdecydowanie mniej nadesłanych opisów rozszyfrowanej gastroskopii wskazuje, że było to jednak trudniejsze zadanie niż recepta z nr. 4/2008, w sprawie której wypowiedziała się rekordowo duża liczba Kolegów. Kolejnymi laureatami naszego konkursu zostają: chirurg **dr Przemysław Król**, lekarz rodzinny z Lublina,

dr Helena Prymas-Kolatorowicz oraz **dr Joanna Matysiak**, która po zdaniu LEP-u oczekuje na rozpoczęcie rezydentury. Wszystkich laureatów proszę o nadesłanie adresów pocztowych, na które zostaną przesłane nagrody książkowe.

Kolejny przypadek do rozszyfrowania dotyczy recepty, ale już niebawem zaprezentuję Kolegom bardzo ciekawy przypadek kliniczny, dzięki któremu można będzie wykazać się swoimi umiejętnościami terapeutycznymi.

Czekam na propozycje rozszyfrowania, oba adresy mailowe są czynne: krystyna.knypl@compi.net.pl, krystyna.knypl@gmail.com



Recepty niczym banknoty

Marek Stankiewicz

Recepty ze znakami wodnymi, świecące jak czeki i banknoty w lampie Wooda to nowy owoc dość chaotycznego poszukiwania sukcesu po pół roku rządzenia gabinetu Ewy Kopacz.

Dzięki wprowadzeniu nowych wzorów recept o sześciostopniowym poziomie zabezpieczeń uda się uszczelnić system, wyeliminować znaczną część nadużyć oraz uzyskać wymierne oszczędności – przekonuje pani minister. Zabezpieczenia opracowali specjaliści z Polskiej Wytwórni Papierów Wartościowych. Nowe recepty powinny obowiązywać od 1 lipca, ale resort planuje wprowadzenie okresu przejściowego.

„Mogę pisać na receptach z papirusu, w różowe kropki, kodem kreskowym, a nawet odbiciem siatkówki, pod warunkiem, że NFZ dostarczy nam takie recepty w dowolnej ilości, w każdym momencie na moje życzenie i oczywiście na koszt MZ lub NFZ. Plan wprowadzenia takich recept na nasz koszt to oczywisty skandal” – oburzają się lekarze jednej z warszawskich przychodni specjalistycznych. „Nie lepiej już karta magnetyczna dla pacjenta i podpis

elektroniczny lekarza?” – pytają retorycznie inni. „Mamy pliki starych recept, tych sprzed reformy, mamy pliki recept z nadrukiem „kasa chorych”, teraz zostaną nam z nadrukiem „oddział NFZ”. Dobrze, że jeszcze nie zamówiłam najnowszych” – ironizują lubelscy pediatrzy. W redakcji „Gazety Lekarskiej” urywały się telefony, a fora internetowe puchły od dosadnych komentarzy czytelników.

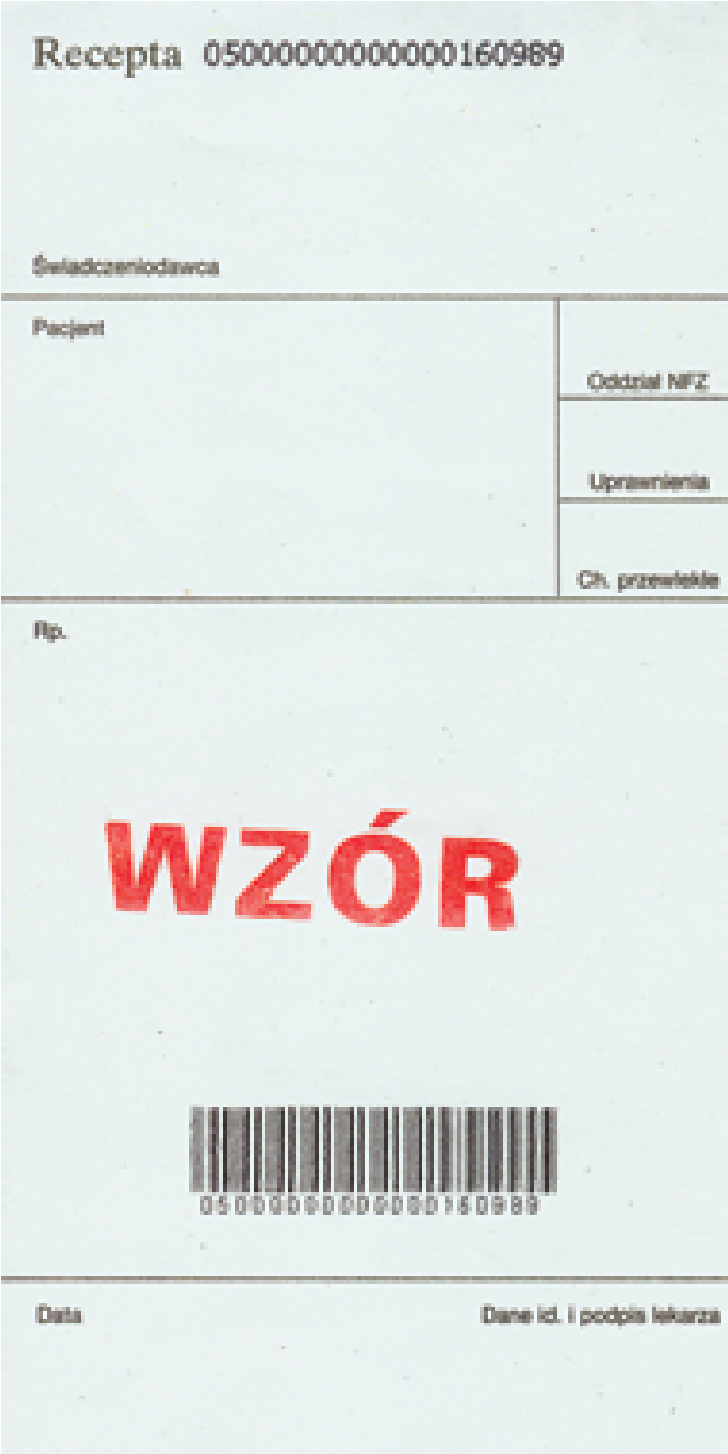
14 maja br. minister Ewa Kopacz przedstawiła projekt zmian na listach leków refundowanych. Tym razem pacjenci zapłacą mniej za 85 preparatów z listy. Oszczędności wynikające z wprowadzonych zmian mają być przekazane na leczenie nowych chorób.

W trakcie prac nad listami zespół specjalistów zderzył się z wszechobecnym bałaganem: „zalegającymi” od sześciu lat wnioskami cenowymi o 374 leki, z brakiem reakcji na wnioski o wprowadzanie nowych jednostek chorobowych na listę chorób przewlekłych, z lekami, które znalazły się na listach bez odpowiednich rekomendacji i ocen.

Po zakończeniu prac nad pierwszym etapem zmian na listach leków refundowanych uporządkowaliśmy listy, rozpatrzyliśmy kilkaset zaległych wniosków i podjęliśmy decyzje o wykreśleniu blisko 140 pozycji z list – powiedziała minister zdrowia Ewa Kopacz – są to głównie preparaty już nie produkowane lub te, które zostały wycofane z obrotu, a pozostawały przez lata na listach.

Teraz na listy trafią 23 nowe leki generyczne, m.in. Sumamed, Alugen, Madopar czy Micardis. Sfinansowane będzie również leczenie trzech chorób przewlekłych. Dzieci doczekają się refundacji za leczenie pęcherzowego odwarstwiania naskórka (*Epi-dermolysis bullosa*) i pierwotnej dyskinezy rzęsek, zaś dorośli stanu po resekcji trzustki.

Od lat różne środowiska, m.in. „Kruchy dotyk” czy Anna Dymna za-



Różnice między starą i nową receptą:

1. wydruk blankietu przez jednego dostawcę,
2. wydruk numeru identyfikacyjnego,
3. wydruk kodu kreskowego powtarzającego numer identyfikacyjny,
4. wytworzenie w blankiecie znaku wodnego,
5. włączenie w strukturę blankietu włókien świecących w świetle UV,
6. umiejscowienie na blankiecie mikrodruku
7. zabezpieczenia chemiczne papieru

biegali o refundację tych produktów – powiedział Marek Twardowski, podsekretarz stanu w MZ – schorzenie dotyczy około 100 dzieci, które cierpią na pęcherzowe odwarstwianie naskórka. Schorzenie jest ciężkie, powoduje olbrzymie cierpienie dzieci. Sprawa nie była załatwiona od kilku lat. Stworzenie dostępności przynajmniej do kilku materiałów opatrunkowych oraz maści będzie znaczną ulgą dla dzieci i ich rodzin – dodał Twardowski – a zaproponowana regulacja jest „pierwszym krokiem”, który pobudzi podmioty do składania wniosków refundacyjnych umożliwiając dodawanie w kolejnych edycjach listy nowych leków i opatrunków.

Wszystkie opatrunki dotyczące refundowane wyłącznie we wskazaniu przewlekłe owrzodzenie oraz produkt Derma-zin (*sulfadiazinum argentum*) wskazany przez grupę ekspertów z dziedziny dermatologii jako lek istotny w leczeniu *epidermolysis bullosa* zostają dodatkowo wpisane do wykazów leków refundowanych wydawanych bezpłatnie we wskazaniu EB. Szacuje się, że koszt pełnej re-

dokńczenie na str. 20

Pożyczka dla Lekarzy

**- do 100 000 zł
bez poręczyciela
- do 40 000 zł
bez zgody współmałżonka
- okres spłaty do 5 lat**

**Sprawdź
- ta pożyczka jest
właśnie dla Ciebie.**

**Lokata na
wiosnę 8%**

**oprocentowanie
stałe lub zmienne**

**Konta
osobiste
- do 5,55%**

**w skali roku,
bez opłat za prowadzenie
i zlecenia stałe**

**Warszawa
ul. Sobieskiego 110
tel. 022 331 66 07
infolinia 0 801 88 88 11
www.skokil.pl**

Rzecznicy i sędziowie w Miedzeszynie

Coroczne szkolenie rzeczników odpowiedzialności zawodowej i sędziów sądów lekarskich, tym razem wspólne, odbyło się w dn. 16-18 maja br. w Miedzeszynie. Wprowadzenia do wielogodzinnych dyskusji dokonał sędzia Sądu Okręgowego w Krakowie Waldemar Żurek oraz prof. dr hab. Eleonora Zielińska z Katedry Prawa Karnego Uniwersytetu Warszawskiego przedstawiając możliwości działania samorządu lekarskiego w zakresie postępowań polubownych i mediacji.

Ciekawym wątkiem spotkania była także wymiana poglądów nt. roli biegłych w postępowaniu w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej, jak również granicy i możliwości występowania sądu lekarskiego w roli najwyższego biegłego. Tę część spotkania prowadzili Romuald Krajewski i Jerzy Nosarzewski. Trudnej roli podjął się Stefan Bednarz przedstawiając główne aspekty współpracy i współdziałania rzeczników i sądów lekarskich. Jolanta Orłowska-Heitzman

omówiła w ogólnym zarysie tezy nowelizacji ustawy o izbach lekarskich przygotowywanej przez zespół NRL.

Niezwykle ciekawy i bardzo wartościowy był wykład dr. hab. Pawła Łukowa z Katedry Filozofii UW pod kontrowersyjnym, ale pobudzającym do refleksji tytułem „Czy, a jeśli tak, to komu potrzebny jest Kodeks Etyki Lekarskiej?” Ponadto omawiane było zastosowanie wykładni Trybunału Konstytucyjnego dotyczącej art. 52 pkt. 2 KEL w pracy rzeczników i sądów lekarskich.

Tak bogaty program szkolenia wypełnił w całości trzy dni spotkania, a wyjechaliśmy z Miedzeszyna w przekonaniu, iż tylko osobista wymiana poglądów i czas wypełniony dyskusjami wpływa na doskonalenie naszej pracy w samorządzie. Następne spotkanie w październiku.

Jolanta Orłowska-Heitzman

Recepty niczym banknoty

dokńczenie ze str. 19

fundacji ww. preparatów dla 100 pacjentów miesięcznie wyniesie ok. 150 tys. zł, tj. 1,8 mln zł rocznie.

Pierwotna dyskieneza rżęsek polega na wrodzonym upośledzeniu ruchu rżęsek w drogach oddechowych powodujących zaleganie śluzu, co daje objawy identyczne z mukowiscydozą. W Polsce jest ok. 100 dzieci z tym zespołem. O leki wnioskowali specjaliści pulmonolodzy dziecięcy, wnioskując także o lek Pulmozyme – refundowany w mukowiscydozie. Po konsultacji z konsultantem krajowym uzgodniono, że w pierwszym etapie refundacją w tym schorzeniu zostaną objęte wszystkie dotychczas refundowane w mukowiscydozie preparaty n-acetylosysteiny i carbosysteiny. Szacuje się, że wydatki NFZ z tego tytułu dla populacji 100 pacjentów wyniosą ok. 6200 zł na miesiąc, tj. 75 tys. zł w skali roku.

Stan po resekcji trzustki dotyczy blisko 2,5 tys. pacjentów. Pacjentom

tym udostępniono preparaty wspomagające trawienie łącznie z enzymami trawiennymi (*Pancreatinum*), dotychczas refundowanymi wyłącznie w mukowiscydozie.

Powołano Zespół ds. Chorób Rzadkich, który będzie rekomendował ministrowi zdrowia wprowadzanie finansowania kolejnych chorób w ramach uzyskiwanych oszczędności i posiadanych środków.

Dla wszystkich pacjentów i lekarzy będzie wprowadzony „Informator o cenach leków refundowanych”, dzięki któremu będzie można wybrać najtańszy lek dla pacjenta. Informator będzie opublikowany na stronie internetowej Ministerstwa Zdrowia i Narodowego Funduszu Zdrowia. W tym informatorze lekarz i pacjent odnajdzie informację o dopłacie pacjenta do danego leku. Zdaniem kierownictwa resortu zdrowia ma to zapobiec sytuacji zapisywania pacjentowi leku cenowo dla niego niedostępnego.

Marek Stankiewicz

Pomarańczowa telemedycyna

Komisja Europejska ocenia, że telemedycyna może wkrótce zostać trzecim co do wielkości przemysłem w sektorze zdrowia, po produkcji leków i sprzętu medycznego. Przypomnijmy, że polski system ochrony zdrowia w latach 2007-2013 może liczyć na pozyskanie 1,6 mld euro z funduszy unijnych.

Do 2010 r. wydatki na telemedycynę osiągną do 5 % budżetu zdrowotnego państw członkowskich Unii Europejskiej. Brukselscy politycy są przekonani, że ciągłość opieki zdrowotnej musi być zapewniona nie tylko w murach szpitala, ale wszędzie tam, gdzie może być przydatna. Rozwiązaniem są interoperacyjne usługi telemedyczne, oferowane już w całej Europie. Dzięki nim pacjenci uzyskują stały dostęp do swej dokumentacji medycznej, zwiększa się ich bezpieczeństwo, a profilaktyka i leczenie będzie zindywidualizowane. „Nadamy decydujący impuls rozwojowi telemedycyny, udanie łączącej technologie informatyczne i opiekę zdrowotną” – zapewnia Thierry Zylberberg, jeden z dyrektorów France Telecom.

Oczekiwania wobec usług telemedycznych są ogromne. Mają pomóc w kontroli wydatków medycznych, walce z chorobami przewlekłymi, w zastąpieniu brakującego personelu, zwiększeniu komfortu życia osób niepełnosprawnych i utrzymywaniu ich poza szpitalem i placówkami opiekuńczymi oraz w rejestracji chorych. Telemedycyna w domu to często zbawienie dla chorego przykutego do wózka lub łóżka. Daje nadzieję na wsparcie, bezpieczeństwo, podtrzymuje więzi społeczne. Zapewnia monitorowanie, ułatwia codzienną opiekę, wspomaga terapię i pozwala na koordynację leczenia przez różnych lekarzy.

Różne badania potwierdzają, że e-zdrowie będzie w najbliższych latach jedną z najszybciej rozwijających się dziedzin. Błyskawiczny rozwój Internetu, wprowadzenie szerokopasmowego dostępu do sieci oraz upowszechnienie telefonów komórkowych, kart chipowych umożliwia lepszy przepływ informacji pomiędzy lekarzem a pacjentem.

Orange aspiruje do roli europejskiego lidera telemedycyny – wyznaje Thierry Zylberberg. Jest marką o światowej re-

nomie, oferuje wysokiej jakości urządzenia telekomunikacyjne, współpracuje z wiodącymi firmami. Oferuje wreszcie innowacyjność, którą zapewnia blisko setka ekspertów medycznych. Strategia France Telecom – Orange w dziedzinie telemedycyny będzie realizowana również w Polsce. Już wkrótce możemy spodziewać się ofensywy. Na pierwszy ogień pójdą szpitale, placówki opieki medycznej oraz indywidualne praktyki lekarskie. Obszary te szczególnie leżą w polu biznesowego zainteresowania Grupy TP. Zakłada się, że znaczna część świadczonych usług opracowywana i wprowadzana na rynek przy współpracy z wyspecjalizowanymi dostawcami i producentami sprzętu medycznego trafi do poszczególnych rozwiązań i produktów wykorzystywanych przy zabiegach medycznych.

W tym roku zadebiutują trzy pierwsze usługi dedykowane profesjonalistom ochrony zdrowia. Będzie to pakiet usług przygotowany dla praktyk lekarskich, który pozwoli usprawnić ich codzienne funkcjonowanie związane z obsługą pacjentów. Jego wykorzystanie zapewni m.in. kanał do rejestracji wizyt *on-line*, zrationalizuje koszty funkcjonowania i zaistnienia gabinetu w Internecie oraz dostarczy użytkownikom nowe teleinformatyczne narzędzie administracyjne.

TeleEKG, w którym Grupie TP partnerują KARD oraz Centrum Medyczne TP MED, wychodzi już poza pilotaż. Jest to doskonały przykład połączenia głównych zalet telemedycyny. Rozwiązanie to wykorzystuje się w m.in. przy podejrzeniu arytmii, ryzyku zawału mięśnia sercowego lub w procesie rehabilitacji. We Francji wyposażony w czujniki system alarmowy pozwala personelowi na szybką reakcję lub wezwanie pomocy w przypadku, gdy rezydent domu opieki opuści wcześniej zdefiniowaną bezpieczną strefę pobytu.

Marek Stankiewicz

Obradował Konwent

W dn. 8-10 maja br. w Mierzęcinie (woj. lubuskie), z udziałem prezesa NRL Konstantego Radziwiłła, spotkali się przewodniczący ORL i radcy prawni izb lekarskich. Gospodarzem posiedzenia była Okręgowa Izba Lekarska w Gorzowie Wielkopolskim.



Początki samorządu były przepełnione entuzjazmem tworzenia reaktywowanych struktur. Dzisiejsza praca na rzecz korporacji zawodowej to szara rzeczywistość. Aktualnie do zakresu zadań izb lekarskich doszło wiele spraw

administracyjnych i wzrosła odpowiedzialność przewodniczących za czynności wykonywane przez izby. Codziennie przekładamy góry dokumentów, nie sposób już pracować bez częstych konsultacji prawniczych.

Wiodącym tematem był zakres i sposób udostępniania danych osobowych z rejestrów izb lekarskich w świetle prawa. Wśród zaproszonych specjalistów znaleźli się: Andrzej Lewiński, zastępca głównego inspektora ochrony

danych osobowych oraz Sylwia Mizek, zastępca dyrektora Departamentu Orzecznictwa, Legislacji i Skarg.

Administratorami danych zawartych w rejestrach prowadzonych przez izby lekarskie są przewodniczący izb lekarskich, do których należy podejmowanie decyzji o zakresie i możliwościach udostępniania tych danych. Zastosowanie mają w tych przypadkach, oprócz ustawy o ochronie danych osobowych, również przepisy ustaw szczegółowych, mające pierwszeństwo przed tą ustawą.

Dyskutowano m.in. kiedy, komu i w jakim zakresie izba lekarska ma obowiązek przekazywać dane osobowe z prowadzonych rejestrów oraz kiedy wymagana jest dodatkowa zgoda osoby, której dane dotyczą. Na jakich zasadach udostępniać dane rejestrowe podmiotom do celów komercyjnych. Również o sytuacjach, w jakich można odmówić przekazywania danych osobowych.

Zajęto się tworzeniem rejestrów z danymi medycznymi w gabinetach lekarskich, zasad ich zabezpieczania, przechowywania oraz uprawnień Generalnej Inspekcji Ochrony Danych Osobowych w zakresie kontroli tych rejestrów. Generalny Inspektor zaproponował, przy współpracy z izbami lekarskimi, przygotowanie procedur i zasad związanych z tworzeniem rejestrów medycznych i sposobami udostępniania z nich danych osobowych.

Omówiono wymaganą przepisami dokumentację oraz zalecane procedury wymagane przy przetwarzaniu danych na poziomie okręgowych izb lekarskich.

Schemat i wzory standardów przedstawił dyrektor ds. informatyki i organizacji NIL Mirosław Przastek. Wszelkie informacje w tym zakresie znajdują się na stronie internetowej www.hipokrates.org – w dziale informatyka.

Obradowano także nad trybem postępowania i podejmowania decyzji przez okręgowe rady lekarskie w sprawie ograniczenia wykonywania czynności medycznych lub zawieszenia prawa wykonywania zawodu ze względu na stan zdrowia lekarza.

Prezentacja tematu przez przewodniczącego Komisji Organizacji Ładysława Nekandę-Trepkę przyjęta została z dużym aplauzem uczestników. Dyskutowano o konieczności obowiązkowych badań lekarskich i ich zakresie,

jak również o niezbędnych badaniach wymaganych przed i w czasie studiów medycznych.

Nazajutrz obradował Konwent Przewodniczących ORL. Wśród poruszanych tematów ożywioną dyskusję wywołała sprawa autonomii lekarzy dentystów.

Sprawa ta pojawia się od lat. Mimo wielokrotnych negatywnych decyzji dotyczących podziału samorządu wrócił ponownie, w związku z przygotowywaną nowelizacją ustawy o izbach lekarskich i propozycjami zmian ordynacji wyborczej. Inicjatorami są przedstawiciele Prezydów Komisji Stomatologicznych z czterech izb okręgowych.

Dyskusja rozpoczęta na Nadzwyczajnym Zjeździe Lekarzy w styczniu 2008 r. trwa. Uchwała w przedmiocie autonomii i odrębnych wyborów wśród lekarzy dentystów nie uzyskała aprobaty delegatów i została odrzucona przeważającą liczbą głosów.

Przewodniczący rad okręgowych przedstawili stanowiska i decyzje komisji stomatologicznych ze swoich izb, z których wynika, że członkowie komisji są przeciwni próbom podziału samorządu lekarskiego.

Wszyscy przewodniczący pozytywnie ocenili dotychczasową strukturę organizacyjną i pracę wspólnego samorządu i nie widzą potrzeby tworzenia specjalnego rozszerzania zasad wyborczych, niezgodnych z zasadami demokracji, dla lekarzy dentystów.

Można dyskutować i proponować różne rozwiązania i każdy członek samorządu ma do tego prawo. Nie oznacza to jednak, że forsowanie swoich poglądów jest reprezentatywne dla całego środowiska.

Stwierdzono, że cztery izby, to nie cała Polska, ale jeżeli jest taka potrzeba i wola środowiska, to należy umożliwić wyrażenie swojej woli wszystkim lekarzom dentystom w dopuszczalnej w strukturach demokratycznych formie, czyli powszechnym referendum.

Obecni na posiedzeniu Konwentu lekarze dentyści poinformowali przewodniczących o zorganizowanej konferencji, na której lekarze dentyści dyskutowali o autonomii i możliwościach zmian w ordynacji wyborczej oraz propozycjach zmian w przygotowywanej ustawie o izbie lekarzy i lekarzy dentystów.

Jolanta Małmyga

REKLAMA

REKLAMA

POZ potrzebuje promocji

II Międzynarodowa Konferencja Naukowa Studentów i Młodych Lekarzy „Medycyna Rodzinna” w Łodzi przyciągnęła wielu uczestników z Polski i całego świata. To jeden ze sposobów na wzbudzenie zainteresowania polskich lekarzy tą dziedziną.

Konferencja odbyła się w dn. 9-10 maja w auli Szpitala Uniwersyteckiego im. Szareckiego w Łodzi. Swoje prace zaprezentowało na niej ponad 150 osób z kilku kontynentów, w tym jedną trzecią stanowili Polacy. Zakres tematyczny obejmował problemy medyczne spotykane w codziennej praktyce lekarza rodzinnego, a także kwe-

ówczesny rektor UM prof. Andrzej Lewiński.

Świetna frekwencja, bogactwo tematów i wysoki poziom naukowych prezentacji utrwaliły prestiż konferencji. W ubiegłym roku udało się podobnie. Jej pomysłodawcą i organizatorem jest Zakład Medycyny Rodzinnej UM pod kierownictwem dr. hab. n. med. Przemys-

ławy medycyny rodzinnej w Polsce rozbiegają się w przeciwne strony: jej poziom rośnie, ale popularność spada. Przez 15 lat wypracowała sobie trwałe miejsce w systemie ochrony zdrowia, zdobyła uznanie pacjentów. Po wprowadzeniu jej na uczelnie medyczne powstały specjalne programy kształcenia, zwiększono liczbę obowiązkowych godzin nauczania i zajęć w trakcie stażu podyplomowego. – Medycyna rodzinna jest dosyć trudną dziedziną. Ma szeroko pojęty interdyscyplinarny charakter. Wymaga nie tylko dużej wiedzy medycznej, ale również doświadczenia, umiejętności komunikacyjnych, psychologicznych. Dlatego jej nauczanie rozpoczyna się już na studiach – mówił podczas konferencji prof. Chris van Weel.

Ministerstwo Zdrowia przyznaje każdorazowo bardzo dużą liczbę miejsc specjalizacyjnych (w tym także rezydentur). Ale to niewielka zachęta dla młodych lekarzy. Praca w POZ nie jest na topie. W województwie łódzkim przy ostatnich naborach specjalność lekarza rodzinnego wybierają pojedyncze osoby. Większość nieobstawionych etatów rezydenckich wraca do ministerstwa. W ankiecie przeprowadzonej wśród łódzkich stażystów na zlecenie przewodniczącego ORL Grzegorza Krzyżanowskiego medycyna rodzinna jest na szarym końcu rankingu – jako swój pomysł na życie wskazało ją zaledwie 2 procent młodych ludzi.

Adriana Sikora



stie związane z organizacją medycyny rodzinnej w systemach ochrony zdrowia i perspektywy zawodowe lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej.

Jednym z patronów konferencji i jej specjalnym gościem był prof. Chris van Weel z Holandii, prezydent Światowej Organizacji Lekarzy Rodzinnych (WONCA). Patronat objął także prezes NRL Konstanty Radziwiłł oraz

sława Kardasa. Najlepsze prace zostały nagrodzone – w tym roku zwyciężyła trójka studentów medycyny z Rumunii. Jury wyjątkowo nie wyłoniło zwycięzców spośród młodych lekarzy, tłumacząc to zbyt wyrównanym poziomem prac.

Konferencja posłużyła także jako element promocji, czego tej dziedzinie medycyny bardzo potrzeba. Notowania



Rzecznik prasowy NRL

foto: Marek Stankiewicz

Prezydium NRL – 18 IV 2008

Prezydium przyjęło stanowisko w sprawie projektu rozporządzenia ministra zdrowia w sprawie **zasad wynagradzania pracowników publicznych zakładów opieki zdrowotnej**. Prezydium wyraziło zdecydowanie negatywną opinię o projekcie rozporządzenia ministra zdrowia w sprawie zasad wynagradzania pracowników publicznych zakładów opieki zdrowotnej. Proponowane w projekcie wynagrodzenia lekarzy są zdecydowanie za niskie i rażąco odbiegają od wielokrotnie wyrażanych oczekiwań samorządu lekarskiego.

Prezydium NRL – 7 V 2008

Prezydium przyjęło stanowisko w sprawie **zasadności istnienia odrębnych recept z wtórnikiem na leki odurzające**. Prezydium, po rozpatrzeniu wniosku Agencji Technologii Medycznych w sprawie zasadności istnienia odrębnych recept z wtórnikiem na leki odurzające, podzieliło stanowisko agencji o zasadności uchylecia odpowiednich przepisów prawa obowiązujących w tym zakresie.

Prezydium przyjęło stanowisko w sprawie projektu rozporządzenia ministra zdrowia zmieniającego rozporządzenie w sprawie **wniosku o leczenie lub badania diagnostyczne poza granicami kraju oraz pokrycie kosztów transportu**. Prezydium zwróciło uwagę, że zastosowanie przepisów o koordynacji oznacza, iż polski pacjent leczony w innym niż Polska kraju UE, w którym inni ubezpieczeni ponoszą część kosztów (współpłacenie), np. kosztów hotelowych, będzie również obowiązany ponieść te koszty. W opinii Prezydium wydaje się zasadne, że rozporządzenie powinno nałożyć na NFZ obowiązek informowania o tym pacjenta wnioskującego o skierowanie na leczenie za granicą.

Prezydium przyjęło stanowisko w sprawie projektu rozporządzenia ministra zdrowia w sprawie **kryteriów zaliczenia produktu leczniczego do poszczególnych kategorii dostępności**. Prezydium zwróciło uwagę, że przedmiotowy projekt posługuje się zamieszczonym w treści ustawy z 6.09.2001 r. prawo farmaceutyczne terminem produkt leczniczy homeopatyczny, podczas gdy współczesna wiedza medyczna nie dostarcza naukowych i weryfikowalnych dowodów na leczniczy charakter

produktów tego rodzaju. Wobec powyższego Prezydium zaapelowało przy tej okazji o dokonanie stosownej zmiany przepisów ustawy „Prawo farmaceutyczne”.

Prezydium przyjęło stanowisko w sprawie **zaopiniowania kandydata na konsultanta krajowego w dziedzinie toksykologii klinicznej**. Prezydium pozytywnie zaopiniowało kandydaturę dr. n. med. Piotra Burdy na stanowisko konsultanta krajowego w dziedzinie toksykologii klinicznej.

Prezydium przyjęło stanowisko w sprawie wniosku o dokonanie zmian w rozporządzeniu ministra zdrowia z 6.10.2004 r. w sprawie **sposobów dopełnienia obowiązku doskonalenia zawodowego lekarzy i lekarzy dentystów**. Prezydium, na podstawie wniosków Komisji Kształcenia Medycznego NRL, zgłosiło kilka propozycji zmian w załączniku nr 3 do ww. rozporządzenia. Zmiany miałyby dotyczyć liczby przyznawanych punktów edukacyjnych.

Z kalendarza Prezesa NRL

- Udział w konferencji „CPT i CPT-PL – czy możemy skorzystać z doświadczenia publicznej ochrony zdrowia w USA?” oraz w pierwszym posiedzeniu Komitetu Redakcyjnego CPT-PL.
- Udział w posiedzeniu podkomisji nadzwyczajnej do rozpatrzenia poselskiego projektu ustawy o zakładach opieki zdrowotnej (druk nr 284).
- Udział w Zwyczajnym Zgromadzeniu Wspólników „Medbroker”.
- Udział w rozprawie w Trybunale Konstytucyjnym dot. badania zgodności z konstytucją art. 52.2 KEL.
- Udział w konferencji Stowarzyszenia „Młody lekarz”.
- Udział w sympozjum satelitarnym XXXVI Zjazdu Towarzystwa Internistów Polskich „Dylematy etyczne w praktyce lekarskiej – czy lekarz może odmówić pacjentowi pomocy?”
- Udział w posiedzeniu Rady Ośrodka Współpracy z Polonią Medyczną.
- List do Ewy Wieczorek, prezesa Polskiego Towarzystwa Homeopatii Klinicznej – w załączeniu stanowisko NRL w sprawie stosowania homeopatii i podobnych metod przez lekarzy i lekarzy dentystów oraz organizowania szkoleń w tych dziedzinach.
- Udział w konferencji nt. autonomii lekarzy dentystów w samorządzie lekarskim.
- Udział w posiedzeniu Komitetu Wykonawczego CPME w Brukseli.
- Udział w posiedzeniu Komisji Zdrowia Senatu RP dot. roli pediatrii w systemie ochrony zdrowia.

Tomasz Korkosz

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

faks 022-559-13-26

e-mail: t.korkosz@hipokrates.org

REKLAMA

REKLAMA



UEMS ma 50 lat

Romuald Krajewski

Europejska Unia Lekarzy Specjalistów (UEMS) jest najstarszą organizacją europejskich lekarzy. Powstała w 1948 r. i właśnie obchodzi 50 rocznicę istnienia.

foto: Marek Stankiewicz

Z tej okazji w Brukseli odbyło się planowe posiedzenie Rady UEMS połączone z sesją naukową poświęconą stanowi obecnemu, problemom i przyszłości specjalistycznej praktyki lekarskiej w Europie. Poruszane zagadnienia są coraz bardziej interesujące dla polskich lekarzy i bezpośrednio ich dotyczą, niezależnie od tego, czy pracują w kraju, czy w „starej” Unii.

Ze względów historycznych i organizacyjnych w krajach „starej” Unii praktyka specjalistyczna zdecydowanie różni się od praktyki w opiece podstawowej, a tytuł specjalisty daje znacznie więcej praw i możliwości niż w Polsce. Stąd odrębność i specyfika problemów oraz potrzeba forum do dyskusji i reprezentacji lekarzy specjalistów.

W ciągu 50 lat UEMS rozwinęła strukturę, które mają bardzo duży wpływ na praktykę specjalistyczną. Przede wszystkim są to sekcje specjalistyczne (obecnie jest ich 39) grupujące towarzystwa naukowe z krajów członkowskich. W ramach harmonizacji standardów znaczna część tych sekcji opracowała europejskie programy szkolenia i egzaminy na tytuł specjalisty. Egzaminy są uznawane za równoważne z krajowymi, ich zaś poziom jest zwykle wysoki i posiadanie tytułu europejskiego jest traktowane jako gwarancja wysokiego poziomu wiedzy i umiejętności. Obok sekcji, które z zasady reprezentują duże dziedziny kliniczne, istnieją „komisje wspólne” zrzeszające specjalistów z różnych dziedzin zainteresowanych węższymi dziedzinami, jak na przykład medycyna bólu czy intensywna terapia.

Również stale rozwija się zainicjowana w 1999 r. przez UEMS Europejska Rada Akredytacyjna Kształcenia Ustawicznego (EACCME). Celem tego przedsięwzięcia jest zunifikowanie zasad przyznawania punktów edukacyjnych i akredytowanie wyda-

rzeń edukacyjnych o zasięgu europejskim. Organizatorzy konferencji, kursów, szkoleń po spełnieniu określonych wymagań, za niewielką opłatą zależną od liczby uczestników, mogą zapewnić punkty edukacyjne uznawane na mocy umowy z krajową instytucją akredytującą w większości krajów europejskich, a poprzez umowę z American Medical Association także w USA. W 2007 akredytowano ponad 1000 wydarzeń edukacyjnych. W tym roku wprowadzono rejestrację i akredytację *on-line*, co powinno przyspieszyć i ułatwić procedury.

Na poziomie Rady UEMS omawiane są ogólne problemy dotyczące praktyki specjalistycznej w Europie. Podstawowym celem działań jest zapewnienie odpowiedniej jakości specjalistycznych świadczeń zdrowotnych. Służą temu przede wszystkim działania w zakresie szkolenia specjalistycznego i doskonalenia zawodowego, ale również aktywny udział w pracach legislacyjnych UE poprzez opiniowanie projektów i zgłaszanie problemów pojawiających się w praktyce specjalistycznej. Oprócz zawsze aktualnych problemów etycznych i bioetycznych najbardziej gorącym tematem jest obecnie dyrektywa dotycząca czasu pracy. W tej sprawie UEMS przyjęła stanowisko w 2005 r., w którym zajęto się definicją czasu pracy, okresami rozliczeniowymi i możliwością przedłużenia czasu pracy.

Stwierdzono wówczas, że cały czas spędzany w miejscu pracy należy traktować jako czas pracy, że długość okresów rozliczeniowych czasu pracy musi być ustalana na podstawie ugody wszystkich zainteresowanych, nie może zaś być jednostronną decyzją rządów, że przedłużanie czasu pracy lekarzy szkolących się na zasadzie *opt-out* nie powinno być dozwolone ze względu na liczne naciski, którym mogą podlegać młodzi lekarze.

Obecnie część stowarzyszeń specjalistycznych uważa, że skróconego czasu pracy nie da się pogodzić z programem szkolenia podyplomowego i trzeba by je wydłużyć, a to z kolei jest bardzo niepopularne, ponieważ lekarze i tak bardzo powoli osiągają samodzielność zawodową. Inne organizacje, zwłaszcza młodzi lekarze, podnoszą, że co najmniej znaczna część szkolenia specjalistycznego zajęta jest przez zwykłą, zupełnie nieedukacyjną pracę. Zwolennicy dłuższej pracy, zwykle bardzo doświadczeni lekarze na wysokich stanowiskach, wskazują na znany fakt niedostosowania czasu pracy do zaleceń dyrektywy w ogromnej większości krajów członkowskich. Brakuje również dobrych rozwiązań zapewniających ważną dla pacjentów ciągłość opieki i kontaktu ze znajomym lekarzem. Na pewno jeszcze długo będzie o czym dyskutować i znalezienie stanowiska zadowolającego szkolonych i szkolących będzie trudne.

W kilku sprawach UEMS przyjęła dokumenty mające poważny status „karty” (*charter*). Dotyczą one kształcenia specjalistów, kształcenia ustawicznego, zapewnienia jakości, kontroli ośrodków szkolących, rozwoju zawodowego lekarzy, wspierania dobrych praktyk, egzaminów i zaliczeń w trakcie specjalizacji. Mniej „zasadnicze” dokumenty mają charakter deklaracji i stanowisk. Podobnie jak „karty”, nie są one obowiązującym prawem, ale identyfikują problemy i proponują rozwiązania akceptowane zwykle przez ogromną większość delegacji krajowych. Te propozycje powinny być wykorzystywane



przez organizacje lekarzy w krajach członkowskich.

W sprawozdaniach z okazji 50-lecia podkreślano, że przełożenie wypracowywanych często w długotrwałym i trudnym procesie stanowisk lekarzy na legislację europejską jest bardzo trudne. Środowiska lekarskie w krajach UE są bardzo zróżnicowane, mają odmienne problemy i bardzo niewielką skłonność do wspólnego działania. Gdyby udało się połączyć wysiłki organizacji krajowych i ogólnoeuropejskich, efekty byłyby na pewno dużo lepsze, ale obecnie wydaje się to mało prawdopodobne.

Po 50 latach doświadczeń podstawowymi celami UEMS pozostają: udzielanie wysokiej jakości opieki zdrowotnej, podtrzymywanie i rozwijanie niezależności zawodowej lekarzy, zapewnianie specjalistom dostępu do wysokiej jakości kształcenia, wspieranie swobodnego przepływu specjalistów pomiędzy krajami UE, reprezentowanie organizacji specjalistów wobec organów statutowych Unii.

Jako organizacja skupiająca wszystkie kraje członkowskie UE oraz liczną grupę krajów stowarzyszonych i obserwatorów UEMS może odgrywać zasadniczą rolę w harmonizacji szkolenia lekarzy specjalistów, standaryzacji egzaminów, poprawie jakości. Pięćdziesiąta rocznica istnienia skłania do podsumowań i do wielkiego planowania na przyszłość. Wszyscy mówcy na obchodach „złotego jubileuszu” podkreślali, że niezagospodarowanych obszarów aktywności i problemów do rozwiązania jest mnóstwo. Aktywność dobrowolnych organizacji *non-profit* jest bardzo cennym uzupełnieniem lub czasem alternatywą dla administracji rządowych i ponadrządowych. Pomimo formalnie niewielkiej siły przebiecia mają one dobrą wiedzę o problemach do rozwiązania i do uregulowania i powinny wpływać na procesy legislacyjne.

Nie bez znaczenia jest również działalność integracyjna takich organizacji. Wymiana doświadczeń i poznanie sytuacji kolegów w innych krajach ułatwia ocenę i rozwiązywanie naszych, krajowych, problemów. Dlatego udział polskich towarzystw naukowych i innych organizacji lekarzy w pracach organizacji europejskich jest bardzo potrzebny i powinien stale się zwiększać.

Nie chcą się badać

Agnieszka Banach

Mogą uratować życie, są bezpłatne, nie trzeba mieć skierowania, by z nich korzystać, a mimo to wciąż za mało osób się nimi interesuje. O czym mowa? – o badaniach profilaktycznych.

W 2007 r. Oddział NFZ w Bydgoszczy realizował je w 8 programach. Na sprawdzenie zdrowia mieszkańców regionu planowano wydać ponad 11 mln zł. Tymczasem – choć mogłoby się wydawać, że ochrona zdrowia jest w stanie pochłoniąć każdą złotówkę – 2 mln zostały nienaruszone.

Powód? „Zgłaszalność na badania nie była najlepsza. Zbadaliśmy wprawdzie 122 tys. osób, ale ten wynik nas nie satysfakcjonuje – mówi Andrzej Purzycki, dyrektor ds. medycznych lokalnego Funduszu i dodaje: – W przypadku dwóch programów, wczesnego wykrywania raka piersi i raka szyjki macicy, wysłaliśmy zaproszenia zachęcające do udziału w badaniach aż do pół miliona kobiet! W pierwszym przypadku zgłosiło się tylko 15 proc., w drugim zaledwie 7 proc. pań. To zdecydowanie za mało, chociaż w skali kraju i tak wypadamy nie najgorzej.”

Statystyki przerażają

W Polsce na raka szyjki macicy zapada 10 kobiet dziennie, to ok. 4 tys. rocznie. Połowa z nich umiera, tylko dlatego, że zbyt późno zgłosiły się do lekarza. Medycy alarmują: „Gdyby każdej kobiecie choć raz w życiu wykonano badanie cytologiczne – ryzyko śmierci z powodu nowotworu szyjki macicy obniżyłoby się o 40 proc.”. Największe żniwo zbiera rak piersi – zachoruje na niego co 12 Polka, a 13 proc. z jego powodu umrze. Te statystyki przerażają.

Nie powinny jednak straszyć – zaproszenia. Te, wysyłane w tym roku do kobiet, mogły. Sami urzędnicy z NFZ przyznają, że wyglądały jak wezwanie do urzędu skarbowego – pisane czarnym drukiem, bardzo urzędowe, prezentując tragiczne statystyki budziły głównie strach. W tym roku będą inne, bardziej przyjazne – obiecuje Fundusz. Jest więc nadzieja, że kobiety dadzą się przekonać, iż rak wcześniej wykryty jest wyleczalny w 100 proc. i że lepiej się badać w pełni zdrowia, bo – jak pokazują statystyki – badania profilaktyczne o ok. 30 proc. obniżają śmiertelność z powodu raka piersi i szyjki macicy.

Pozostaniemy jeszcze przy wymienionych już onkologicznych programach NFZ dla kobiet. Pomimo słabej odpowiedzi na zaproszenia w woj. kujawsko-pomorskim udało się przebadać prawie 42 tys. kobiet w kierunku raka piersi. Zdiagnozowano 200 przypadków chorób nowotworowych. W programie wczesnego wykrywania raka szyjki macicy zbadano prawie 35 tys. kobiet – wykryto 37 nowotworów. Niepokój budzi fakt, że w grupie kobiet, które na badania dały się namówić, są takie, u których stwierdzono podejrzaną zmianę, skierowano na dalszą diagnostykę i... stracono z nimi kontakt.

„1013 kobiet z nieprawidłowym wynikiem badania cytologicznego zaprosiliśmy na pogłębioną diagnostykę i ponad 1/4 z nich nie zgłosiła się na dalsze badania! Dzwoniliśmy, pyta-

liśmy, dlaczego nie chcą kontynuować badań, odpowiadały, że nie są zainteresowane – dziwi się dr Piotr Siwek z Zakładu Profilaktyki i Promocji Zdrowia Centrum Onkologii. – Po badaniu mammograficznym 5 tys. kobiet wymagało poszerzonej diagnostyki i aż 2 tys. nie zgłosiło się na dalsze badania”.

Prosić, przekonywać, karać?

Lekarzom opadają ręce. Co zrobić z osobami, które zwyczajnie nie chcą dbać o swoje zdrowie, a „dobre słowo” nie pomaga? „W Skandynawii, jeżeli bezrobotny nie zgłasza się na badania, nie otrzymuje świadczeń socjalnych, w USA, np. kiedy kobieta otrzyma zaproszenie na badania profilaktyczne w kierunku raka szyjki macicy i dwa razy je zlekceważy, to w przypadku zachorowania za leczenie płaci z własnej kieszeni” – mówi dr Tomasz Mierzwa, kierownik Zakładu Profilaktyki i Promocji Zdrowia w Centrum Onkologii.

„Takich karzących mechanizmów administracyjnych w Polsce brakuje – uważa dr Grzegorz Pulkowski, konsultant wojewódzki z dziedziny chorób wewnętrznych. – To zatrważające, że u nas na badania profilaktyczne zgłasza się tylko kilka procent zaproszonych i jeszcze część z nich nie korzysta z badań pogłębionych. Jeżeli ktoś nie chce się leczyć, powinien płacić wyższe koszty ubezpieczenia lub za leczenie płacić”.

Na razie jednak nikt nas do tego, byśmy o swoje zdrowie dbali, zmusić nie może. Może tylko edukować, przekonywać do zmiany stylu życia. Czasami nawet niewielka korekta rutynowych czynności może okazać się wartościowa, np. sama rezygnacja z pilota telewizyjnego, jak mówi dr Pulkowski, powoduje spadek wagi ciała o 5 kg w ciągu 8 lat.

NFZ w Bydgoszczy od trzech lat stara się „przyciągnąć” Polaków w pełni zdrowia na badania profilaktyczne. Drukując ulotki zachęcające do badań (w Bydgoszczy rozdają je nawet policjanci), ma nawet swój czas w regionalnej TV, a za namową ubezpieczalni księża z ambon przekonują do sprawdzenia stanu swojego zdrowia. Od tego roku dostęp do badań profilaktycznych jest także prostszy, bo część programów realizują lekarze POZ i specjaliści na umowach z NFZ.

Z ubezpieczalnią współpracują też lekarze otwierając swoje gabinety nie tylko w dni powszednie. Niedawno za namową NFZ medycy w kujawsko-pomorskim udostępnili je dla pań. Na mammografię i cytologię zgłosiło się 1000 osób! Lekarze i urzędnicy z NFZ podkreślają, że widzą zmianę na lepsze, bo z roku na rok coraz więcej osób myśli o tym, że należy się badać, ale do ideału jeszcze daleko.

Jak dojść do ideału?

Na to pytanie próbowała odpowiedzieć, zorganizowana niedawno w Bydgoszczy, pierwsza i jak zapowiedzieli organizatorzy na pewno nie ostatnia debata poświęcona profilaktyce.

Zwracano uwagę na niską świadomość społeczną dotyczącą wielu chorób, nie tylko onkologicznych. – Jak mamy dotrzeć ze swoim programem do osób zagrożonych Przewlekłą Obturacyjną Chorobą Płuc, skoro tylko 6 proc. Polaków wie, co to jest POChP? Jak im pomóc, jeśli zaledwie 34 proc. osób łączy to schorzenie z paleniem? – mówiła dr Małgorzata Czajkowska-Malinowska, w woj. kujawsko-pomorskim koordynator programu POChP, skierowanego do palących i tych, którzy z nałogiem już się rozstali, podkreślając ogromną rolę edukacji społecznej. – Wszystkie media alarmują, że co roku rekin zabija 15 osób, ale o tym, że 3 mln umiera z powodu POChP, nie pisze nikt.

Podkreślano też ogromną rolę dobrze przeszkolonego onkologicznie lekarza pierwszego kontaktu – to on często jest pierwszą osobą, która może dostrzec nieprawidłowości u chorego, on także może swojemu pacjentowi zwyczajnie „nakażać” zrobienie badań profilaktycznych.

Niektórzy odpowiedzialność za zdrowie społeczeństwa, a szczególnie jego męskiej części próbowali rzucić na barki kobiet. „Dbajcie o zdrowie swoich mężów i swoje” – przekonywał Rafał Bruski, wojewoda kujawsko-pomorski, zdradzając, że u niego w domu to żona decyduje, kiedy jest chory, kiedy musi skorzystać z pomocy lekarza, kiedy zrobić badania. Podobną opinię wygłosił dr Grzegorz Pulkowski mówiąc, że to „od kobiety zależy wprowadzenie prawidłowych nawyków żywieniowych, namówienie członków rodziny do aktywności fizycznej, wdrażanie prozdrowotnych zachowań – wiadomo, że chłop tym się nie zajmie” – mówił. „A ja oczekuję, że panowie zajmą się nami – ripostowała jedna z obecnych kobiet. – Tym bardziej, że to oni częściej decydują o kształcie polityki zdrowotnej”.

Mówią pacjenci

O tym, dlaczego nie chcą się badać, mówią też sami pacjenci. Zapytani odpowiadają, że czasami po prostu nie wiedzą, że badania profilaktyczne są bezpłatne, nie są świadomi, że są potrzebne, zdarza się też, że zwyczajnie – boją się złego wyniku. Tu znowu lekarstwem jest większa wiedza Polaków na tematy zdrowotne, kompetentny lekarz oraz dobra informacja ze strony jednostek wykonujących badania i dobra organizacja. No właśnie: dobra organizacja – jedna z pań zaproszona przez NFZ na mammografię aż 5 razy próbowała dostać się na badanie realizowane przez jednostkę biorącą udział w programie. Najpierw badanie odwołano, bo nie było osoby je wykonującej, potem nie było odpowiednich płytek, potem płytki były, ale zabrakło czegoś innego i tak dalej, a potem... kobieta z badania zrezygnowała.

Jeszcze trudniej jest, gdy z programu profilaktycznego człowiek „wypada”... „Czasami leczenie to droga cierniowa. Dajcie nam szansę kontrolowania swojego zdrowia, a będziemy to robić” – skarżyła się inna z kobiet, która kiedyś wzięła udział w programie profilaktycznym. Wtedy w jej piersi wykryto zmianę, usunięto, ale znalazła się w grupie ryzyka i co pół roku zalecono jej kontrolę w Centrum Onkologii. „I tu zaczęły się schody – mówiła o swoich problemach z rejestracją i dostaniem się w wyznaczonym przez lekarza terminie na badanie. – Jest wiele zniechęconych kobiet, które natrafiając na takie przeszkody rezygnują z dalszych prób dostania się na kontrolne badanie. Być może niektóre z nich są już członkami Amazonek...”

Za co odpowiada lekarz?

Agnieszka Katrynica

Do rzeczników odpowiedzialności zawodowej rocznie trafia ok. 3 tysięcy spraw, ale zaledwie 10 proc. z nich trafia na wokandę. Jednak spraw o błędy lekarskie jest i będzie coraz więcej.

Większa liczba spraw to wynik m.in. większej wiedzy i świadomości swoich praw, jaką mają pacjenci. Warto też podkreślić, że zmienił się także status pacjenta – z przedmiotowego na podmiotowy, co znajduje odbicie także w aktach prawnych. – Wola pacjenta i zachowanie partnerskich stosunków między nim a lekarzem jest najważniejsza – podkreśla Alicja Lemieszek, radca prawny Lubelskiej Izby Lekarskiej. – Dziś lekarz musi mieć zgodę pacjenta na każdym etapie leczenia. Zgoda jest potrzebna także, gdy zabieg został przeprowadzony zgodnie z zasadami sztuki.

Przykładem takiego interpretowania prawa jest chociażby wyrok Trybunału Konstytucyjnego w sprawie pacjentki, która po wypadku samochodowym trafiła nieprzytomna do szpitala i potrzebowała transfuzji krwi. Lekarze przetoczyli ją pacjentce, mimo że jako Świadek Jehowy miała przy sobie oświadczenie, iż nie zgadza się na transfuzję krwi, tylko użycie jej zamienników. Sąd uznał, że takie oświadczenie *pro futuro* jest dla lekarzy obowiązujące i przekroczy-

li oni swoje uprawnienia. – Nawet, jeśli w wyniku zaniechania transfuzji pacjentka by zmarła, to lekarze zwolnieni byłiby z odpowiedzialności, bo najważniejsza jest zgoda pacjenta – precyzuje Lemieszek.

Warto podkreślić, że obowiązująca lekarzy jest zgoda (bądź jej brak) pacjenta świadomego i nie pozbawionego prawa do samostanowienia, co oznacza, że zespół lekarski ratujący np. niedośzłego samobójcę nie popełnia błędu. Ważne jest również to, że zgoda powinna być pisemna, a pacjent przed jej podjęciem powinien zostać poinformowany o wszystkich możliwych powikłaniach czy zagrożeniach, jakie mogą wystąpić po danym zabiegu. Obowiązkiem lekarza jest przekazanie tej informacji w sposób jasny i zrozumiały dla pacjenta, a sama informacja ma być rzetelna, czyli wynikająca z medycyny opartej na faktach.

Kiedy błąd?

Kiedy w takim razie można mówić o błędzie w sztuce? Według tzw. triady Filara błędem jest, gdy lekarz nie leczy pacjenta, chociaż powinien, gdy leczy nie tak, jak powinien i nie wtedy, kiedy powinien. – Dziś najczęściej mamy do czynienia z drugim przypadkiem i wtedy najczęściej mówimy o błędzie – uściśla prof. Zbigniew Hołda, kierownik Katedry Prawa i Polityki Penitencjarnej Uniwersytetu Jagiellońskiego.

go, członek Zarządu Helsińskiej Fundacji Praw Człowieka. – Ale coraz częściej będziemy mieli do czynienia z przypadkiem trzecim.

– Błąd w sztuce zależy w dużej mierze od aktualnego stanu wiedzy medycznej – dodaje prof. Władysław Witczak, kierownik Katedry Prawa Medycznego Wydziału Prawa, Prawa Kanonicznego i Administracji KUL i ordynator oddziału chorób wewnętrznych szpitala wojaskowego w Lublinie.

Ale co zrobić, kiedy pacjent odmawiając zgody pogarsza stan swojego zdrowia? Czy lekarz ma kogoś leczyć, chociaż nie powinien, bo nie ma zgody pacjenta? Niedawno głośna była sprawa obywatela Rumunii, który zagłodził się na śmierć protestując tym samym przeciw aresztowaniu. – Przepisy jasno mówią, że pacjenta można leczyć przymusowo, ale jedynie w przypadku bezpośredniego zagrożenia życia. W innym przypadku o leczeniu przymusowym musi zdecydować sąd – wyjaśnia Hołda. – W tym przypadku sytuacja była bardzo dynamiczna, bo na początku lekarzom nie wolno było podejmować działań, potem trzeba było uzyskać zgodę albo tego Rumuna, albo sądu, a w końcu trzeba było zacząć leczyć natychmiast, i to w dodatku dobrze. W tym przypadku się, niestety, nie udało.

Stronnicze sądy?

W opinii publicznej dość rozpowszechniony jest pogląd, że lekarze są bezkarni, a sądy, przede wszystkim te korporacyjne, bronią swoich kolegów. Warto jednak przytoczyć statystyki z USA, gdzie 70 proc. skarg na błędy w sztuce lekarskiej upada przed wejściem na wokandę, 23 proc. kończy się ugodą i wypłatą odszkodowań przez ubezpieczyciela, a jedynie 7 proc. skarg trafia na salę sądową, z czego większość, bo 80 proc., wygrywają lekarze i zostają oczyszczeni. Podobne dane można przytoczyć i z innych krajów.

Dlaczego tak się dzieje? Prawnicy są zgodni co do tego, że lekarzowi nie moż-

na *a priori* zarzucić, iż umyślnie chciał zaszkodzić pacjentowi. – Chociaż minister Ziobro w przypadku doktora Glickiego bardzo się starał – mówi Hołda. – Już wtedy nie miałem wątpliwości, że się myli. Lekarzowi można jedynie zarzucić popełnienie nieumyślnego błędu.

– A warto pamiętać, że nie każdy błąd jest podstawą do dochodzenia roszczeń – podkreśla prof. Witczak.

To jednak nie oznacza, że lekarze nie powinni się ubezpieczać. Wręcz przeciwnie, bo chociaż takich spraw jest mało, to rosną sumy odszkodowań zasądzonych na rzecz pacjentów.

– Ubezpieczenie od odpowiedzialności cywilnej to odpowiedzialność majątkowa, a pacjent ma nieograniczoną możliwość w domaganiu się odszkodowania i zadośćuczynienia, a w dodatku może domagać się wypłaty comiesięcznej renty – tłumaczy Lemieszek.

W dodatku pacjent może wystąpić z roszczeniem po wielu latach – a precyzyjnie pacjent może złożyć pozew w ciągu 3 lat od daty, kiedy dowiedział się o szkodzie, co nie jest równoznaczne z trzema latami od daty wykonania kwestionowanej procedury. Pewnym pocieszeniem jest to, że roszczenia przedawniają się po 20 latach.

Jak ważne jest posiadanie OC pokazuje przykład jednego z najwyższych odszkodowań jakie zasądzono na rzecz pacjenta, a dokładnie mówiąc na rzecz dziecka pacjentki, któremu w czasie porodu uszkodzono spłot barkowy. Sąd przyznał rację matce, która oskarżyła lekarzy o niezachowanie należytej staranności (poród był fizjologiczny, a sąd uznał, że w tej sytuacji trzeba było przeprowadzić cesarskie cięcie). Matka dostała 166 tys. zł zadośćuczynienia, 200 tys. zł odszkodowania i 2 tys. comiesięcznej renty na rzecz dziecka. Dodatkowo szpital, w którym odbył się poród, będzie odpowiadać za pogorszenie stanu zdrowia dziecka.

– Tylko lekarz zatrudniony na etat w placówce medycznej nie ponosi indywidualnej odpowiedzialności za błąd w sztuce – podkreśla Alicja Lemieszek. – Pacjent może domagać się odszkodowania i zadośćuczynienia od placówki, ale warto pamiętać, że ZOZ, który musi wypłacić pacjentowi odszkodowanie, ma prawo regresywnie ściągnąć od lekarza równowartość 3 pensji.

Jeszcze gorsza sytuacja jest w przypadku lekarzy pracujących na podstawie umowy cywilnoprawnej, czyli na kontrakcie – tu lekarz ponosi indywi-

dualną odpowiedzialność solidarnie z zatrudniającą go placówką, co oznacza, że to od pacjenta składającego pozew będzie zależało czy będzie się domagał odszkodowania od konkretnego lekarza czy też od placówki. – Ale nawet jeśli pacjent zdecyduje się na skazanie szpitala, nie oznacza to, że lekarz ma problem z głowy, bo od pracowników na kontrakcie szpital może domagać się zwrotu wypłaconego odszkodowania – dodaje mec. Lemieszek.

W najgorszej sytuacji są lekarze wykonujący indywidualną praktykę – wtedy odpowiadają sami własnym majątkiem. Już doszło do sytuacji, gdy lekarz zbankrutował w wyniku skargi (i zasądzzonego odszkodowania) pacjenta.

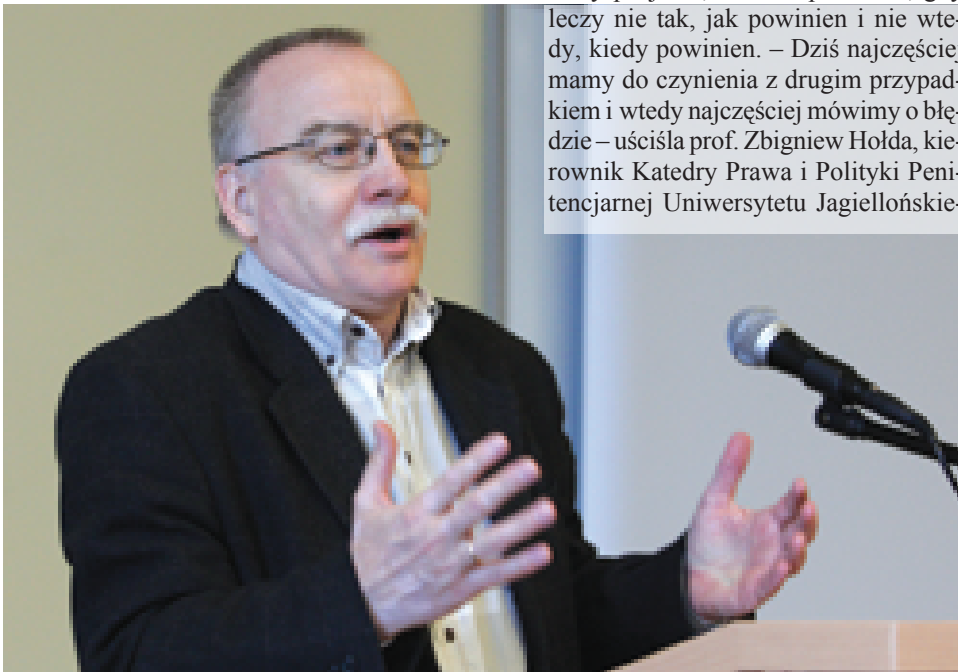
Odpowiedzialność nie zna granic

Złą wiadomością jest także i to, że odpowiedzialność cywilna nie zna granic i zabiegi wykonane przez lekarza za granicą (nawet po jego powrocie do kraju) też mogą być przez pacjentów kwestionowane. – W dodatku lekarz musi się liczyć nie tylko z koniecznością wypłaty odszkodowania, ale też i z kosztami związanymi z procesem, bo pacjent będzie najczęściej składał skargę w miejscu swojego zamieszkania – tłumaczy Grzegorz Wałęjko, sędzia Sądu Okręgowego w Lublinie. – To oznacza, że jeśli lekarz wyjechał na kilka miesięcy do np. Holandii i tam doszło do błędu, to nie tylko będzie się musiał stawić przed holenderskim sądem i ponosić z tego tytułu koszty chociażby zakwaterowania, ale jeszcze będzie sądzony według obowiązującego w Holandii prawa.

Pewnym pocieszeniem jest fakt, że utrata za granicą prawa wykonywania zawodu nie jest równoznaczna z utratą tego prawa w Polsce. – Oczywiście odpowiedzialna izba lekarska zostanie powiadomiona o tym, że zapadł taki wyrok, ale musi przeprowadzić własne postępowanie od nowa i wcale nie musi zgodzić się z argumentami tamtejszej izby lekarskiej – precyzuje Wałęjko.

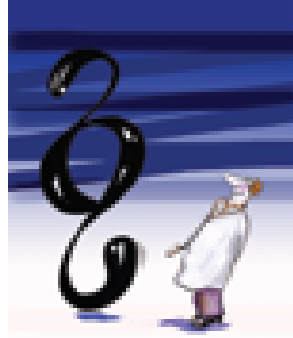
Jest także jedna furtka – Polska nie ma podpisanych odpowiednich umów z krajami arabskimi, więc w kryzysowych sytuacjach można się tam schronić i wykonywać bez przeszkód zawód. Ale takie sytuacje są naprawdę wyjątkowe.

Opracowano po konferencji „Odpowiedzialność prawna lekarza”, zorganizowanej przez Lubelską Izbę Lekarską w kwietniu br.



Prof. Zbigniew Hołda: Lekarzowi można jedynie zarzucić popełnienie nieumyślnego błędu.

Obowiązki lekarza więziennego



Kwestie dotyczące udzielania świadczeń zdrowotnych osobom osadzonym w zakładach karnych reguluje rozporządzenie ministra sprawiedliwości z 31.10.2003 r., w sprawie szczegółowych zasad, zakresu i trybu udzielania świadczeń zdrowotnych osobom pozbawionym wolności przez zakłady opieki zdrowotnej dla osób pozbawionych wolności – dalej RZK (Dz.U. 2003 r., nr 204, poz. 1894 i 1985). Zgodnie z § 3 ust. 3 RZK lekarzem więziennym jest lekarz pełniący służbę (funkcjonariusz służby więziennej) lub lekarz zatrudniony w zakładzie opieki zdrowotnej przeznaczonym dla osób pozbawionych wolności (dalej osób pozbawionych wolności, osadzonych). Warto zaznaczyć, że lekarze więzienni są w zależności od formy zatrudnienia:

- funkcjonariuszami służby więziennej. Stosunek służbowy funkcjonariusza powstaje w drodze mianowania na podstawie dobrowolnego zgłoszenia się do służby (art. 28 ust. 1 ustawy o służbie więziennej z 26.04.1996 r. – dalej UoSW, tj. Dz.U. 2002 r., nr 207, poz. 1761, ze zm.),
- pracownikami zakładów opieki zdrowotnej przeznaczonych dla osób pozbawionych wolności. Lekarze więzienni nie będący funkcjonariuszami mogą być zatrudnieni na podstawie umowy o pracę lub umowy cywilnoprawnej (tzw. kontraktu).

W stosunku do osoby osadzonej w zakładzie karnym lekarz więzienny ma obowiązek wykonać niżej wymienione świadczenia zdrowotne:

- a** badanie wstępne (wywiad lekarski i badanie fizykalne). Badanie musi zostać wykonane najpóźniej po upływie trzech dni od przyjęcia do zakładu karnego,
- b** radiologiczne badanie klatki piersiowej oraz badanie stanu uzębienia. Badania te powinny być wykonane naj-

później w ciągu 14 dni od osadzenia skazanego w zakładzie karnym. Należy zaznaczyć, że w ramach badań okresowych lekarz ma obowiązek skierować osadzonego na badanie RTG klatki piersiowej nie rzadziej niż raz na dwa lata. Warto podkreślić, że lekarz nie musi wykonywać badania RTG przed upływem 14 dni od przyjęcia do zakładu karnego, jeżeli:

- nie wymaga tego stan zdrowia osadzonego,
- lekarz stwierdzi istnienie ciąży,
- osadzony przedstawi wynik badania RTG klatki piersiowej, które zostało wykonane nie później niż sześć miesięcy przed przyjęciem do zakładu karnego.

Należy podkreślić, że lekarz więzienny może zlecić przeprowadzenie innych (dowolnych) badań, których wykonanie podyktowane jest stanem zdrowia osadzonego.

Jeśli jest to podyktowane stanem zdrowia osoby pozbawionej wolności, lekarz więzienny może zadecydować o umieszczeniu takiej osoby w izbie chorych. W razie nieobecności lekarza więziennego o konieczności umieszczenia w izbie chorych może zadecydować pielęgniarka. Umieszczenie w szpitalu więziennym uzależnione jest z kolei od decyzji dyrektora zakładu karnego lub upoważnionego przez niego lekarza więziennego. Warto podkreślić, że na wniosek (umotywowany) lekarza więziennego osoba osadzona może zostać umieszczona w szpitalu więziennym innego zakładu karnego niż zakładu, w którym jest osadzona.

Do obowiązków lekarza więziennego należy także udzielanie świadczeń zdrowotnych osadzonym kobietom ciężarnym. W stosunku do kobiety ciężarnej pozbawionej wolności lekarz więzienny decyduje o:

- częstotliwości udzielanych świadczeń zdrowotnych,

- zaleceniach dotyczących żywienia,
- długości trwania i sposobu odbywania spaceru i kąpieli,
- skierowaniu do zakładu karnego, który posiada szpital z oddziałem ginekologiczno-położniczym na dwa miesiące przed przewidywaną datą porodu.

Lekarz więzienny decyduje również o rodzaju i częstotliwości świadczeń zdrowotnych w stosunku do osoby pozbawionej wolności, która dokonała samookaleczenia. Jeżeli osadzony, który dokonał okaleczenia nie wyraża zgody na podjęcie leczenia w szpitalu więziennym, lekarz więzienny decyduje o następujących kwestiach:

- czy osadzony powinien pozostać w zakładzie karnym, w którym był osadzony do tej pory,
- czy osadzony powinien zostać przeniesiony do zakładu karnego, w którym jest szpital więzienny,
- czy osadzony powinien zostać przeniesiony do zakładu karnego, który jest najbliższym szpitalu więziennego.

W stosunku do osób pozbawionych wolności może zostać zastosowane leczenie przymusowe. Oznacza to, że w niektórych przypadkach nie jest istotne czy osoba pozbawiona wolności zgadza się na wykonanie czynności leczniczych, czy też im się sprzeciwia. Leczenie przymusowe wdrażane jest w przypadku:

- a** zachorowania przez osobę osadzoną na chorobę zakaźną, która podlega obowiązkowemu leczeniu ambulatoryjnemu lub hospitalizacji. Zgodnie z art. 28 pkt. 1-2 ustawy o chorobach zakaźnych i zakażeniach z 6.09.2001 r. – dalej UoCHZ (Dz.U. 2001 r., nr 126, poz. 1384, ze zm.) obowiązkowej hospitalizacji podlegają osoby chore na gruźlicę płuc oraz osoby z uzasadnionym podejrzeniem o prątkowanie. Obowiązkowe leczenie szpitalne doty-

czy również osób chorych i podejrzanych o zachorowanie między innymi na: błonicę, dur brzuszny, zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych, gorączkę krwotoczną. Przymusowemu leczeniu ambulatoryjnemu podlegają natomiast osoby chore na gruźlicę płuc (art. 31 ust. 1 UoCHZ).

- b** zagrożenia życia skazanego. W przypadku, gdy co najmniej dwóch lekarzy stwierdzi, że życiu osadzonego zagraża niebezpieczeństwo, u skazanego może zostać wykonany zabieg lekarski, w tym również zabieg operacyjny. Zabieg może zostać wykonany nawet w przypadku, gdy skazany nie wyraża zgody na jego wykonanie. W przypadku sprzeciwu skazanego zgodę na wykonanie zabiegu wyraża sąd penitencjarny. Warto jednak podkreślić, że w sytuacji, gdy życiu skazanego zagraża poważne niebezpieczeństwo, decyzję o wykonaniu zabiegu wbrew woli skazanego podejmuje lekarz (art. 118§ 2-4 Kodeksu Karnego Wykonawczego z 6.06.1997 r., Dz.U. 1997 r., nr 90, poz. 557, ze zm.). W przypadku, gdy życie osoby pozbawionej wolności jest bezpośrednio zagrożone, a osadzony nie wyraża zgody na przeprowadzenie zabiegu operacyjnego, lekarz ma prawo do zastosowania przymusu bezpośredniego (np. unieruchomienia w celu wykonania znieczulenia).

Kolejnym obowiązkiem lekarza więziennego jest wystawianie zaświadczeń o stanie zdrowia osób osadzonych. Zaświadczenie o stanie zdrowia lekarz więzienny wydaje w przypadku (§ 16 ust. 1 RZK):

- żądania sądu penitencjarnego lub sądziego penitencjarnego,
- wydania pisemnego polecenia przez dyrektora zakładu karnego, naczelnego lekarza więziennictwa, dyrektora szpitala więziennego,
- skierowania osoby osadzonej na badania psychiatryczne połączone z obserwacją,
- „wydania” osoby osadzonej do innego kraju, w celu przesłuchania jej w charakterze świadka.

Należy podkreślić, że lekarz więzienny może wystawić zaświadczenie o stanie zdrowia osoby pozbawionej wol-

ności na podstawie badania lekarskiego i danych zawartych w dokumentacji medycznej osadzonego.

Do obowiązków lekarza więziennego należy również wydawanie opinii w niżej wymienionych sprawach:

- stosowania odstępstw od regulaminu zakładu karnego w związku ze stanem zdrowia osadzonego. Dotyczy to postępowania wobec pozbawionych wolności kobiet ciężarnych, rekonwalescentów, więźniów przebywających w izbie chorych lub w szpitalu więziennym,
- decyzji odnośnie otrzymania przez osadzonego paczek z artykułami medycznymi i farmaceutycznymi,
- decyzji odnośnie otrzymania przez osadzonego w związku ze stanem zdrowia paczek o większym ciężarze,
- możliwości zastosowania kary dyscyplinarnej,
- wykonania kary umieszczenia w celi izolacyjnej,
- wymierzenia kar dyscyplinarnych (np. zakazu otrzymywania paczek żywnościowych),
- zasadności odroczenia, przerwania i zmiany zastosowanych kar dyscyplinarnych.

Uwaga!

Zgodnie z art. 115§ 13 Kodeksu Karnego z 6.06.1997 r. – dalej k.k., (Dz.U. 1997 r., nr 88, poz. 553, ze zm.) lekarz więzienny pełniący służbę (funkcjonariusz służby więziennej) jest funkcjonariuszem publicznym. Należy zaznaczyć, że funkcjonariuszowi publicznemu przysługuje szczególna ochrona prawna.

Szczególna ochrona przewidziana jest zarówno w przepisach prawa karnego, jak i cywilnego. Na gruncie prawa karnego ochrona funkcjonariusza publicznego związana jest z zaostrożną odpowiedzialnością karną za: czynną napaść na funkcjonariusza w trakcie wykonywania przez niego czynności zawodowych (art. 222 § 1 k.k.), użycie przemocy lub groźby bezprawnej w celu zmuszenia funkcjonariusza publicznego do zaniechania wykonania czynności lub zadań służbowych (art. 224 § 2 k.k.), znieważenie funkcjonariusza podczas wykonywania przez niego czynności służbowych (art. 226 § 1 k.k.). Warto podkreślić, że osoba pozbawiona wolności, która

wyłudzi od lekarza więziennego poświadczenie nieprawdy lub podstępnie wprowadzi go w błąd (np. lekarz wystawi zaświadczenie o stanie zdrowia na podstawie symulacji pozbawionego wolności), podlega karze pozbawienia wolności do lat trzech (art. 272 k.k.).

Na gruncie prawa cywilnego szczególna ochrona wyraża się w odpowiedzialności Skarbu Państwa wobec osób trzecich za szkodę wyrządzoną przez funkcjonariusza przy wykonywaniu czynności służbowych. Ponoszenie odpowiedzialności cywilnej przez Skarb Państwa wyłącza odpowiedzialność cywilną lekarza w stosunku do pacjentów. Oznacza to, że za szkody wyrządzone osobom osadzonym przez lekarza więziennego w trakcie udzielania świadczeń zdrowotnych odpowiedzialność ponosi Skarb Państwa, a nie lekarz.

Lekarze więzienni będący funkcjonariuszami służby więziennej mają obowiązek wykonywania poleceń swoich przełożonych, które wydawane są w formie rozkazu. Funkcjonariusz ma prawo odmówić wykonania rozkazu lub polecenia przełożonego, jeśli wykonanie rozkazu lub polecenia łączyłoby się z popełnieniem przestępstwa (art. 58 ust. 2 UoSW). Należy jednak podkreślić, że rozkazy wydawane lekarzom więziennym mogą dotyczyć wyłącznie kwestii administracyjnych, nie zaś kwestii dotyczących wdrażania lub zaniechania świadczeń zdrowotnych wobec osadzonego. Decyzje dotyczące leczenia, przerwania leczenia lub zmiany sposobu leczenia osoby pozbawionej wolności podejmowane są autonomicznie przez lekarza więziennego w oparciu o regulację ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty z 5.12.1996 r., tj. Dz.U. 2005 r., nr 226, poz. 1946, ze zm. Oznacza to, że przełożeni lekarza więziennego, który jest funkcjonariuszem, nie mogą mu wydawać poleceń i rozkazów dotyczących leczenia osoby pozbawionej wolności.

Justyna Zajdel

Zakład Prawa Medycznego w Łodzi

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

Ośle uszy króla Midasa

Doktor miał szczęście, ale bariera dzieląca go od oskarżenia była bardzo krucha. Wystarczyłoby, żeby Pacjentka była bardziej konsekwentna i logiczna w zeznaniach, a prokurator mniej doświadczony i krytyczny. Niejeden lekarz podobnie pomówiony trafiłby na ławę oskarżenia.

W lutym 2007 r. Kazimiera S. (zwana dalej Pacjentką), korzystając ze specjalnie uruchomionej ogólnopolskiej infolinii, powiadomiła Biuro Rzecznika Praw Pacjenta w Warszawie, że lekarz – Przemysław D. ze szpitala w S. (zwany dalej Doktorem) przyjmuje pacjentów na Oddział Chirurgiczny tej placówki poprzez swój prywatny gabinet, wyłącznie po wcześniejszym otrzymaniu korzyści majątkowej. Dodała, że ona sama wręczyła mu pieniądze dwukrotnie: w styczniu 2004 r. za przyjęcie do szpitala, a wcześniej, to jest w 1999 r. – za przeprowadzenie operacji.

Wspomniane Biuro przekazało tę informację okręgowemu rzecznikowi odpowiedzialności zawodowej oraz jednocześnie właściwej prokuraturze, a ta niezwłocznie wszczęła dochodzenie i wkrótce postawiła lekarzowi zarzuty dwukrotnego łapownictwa biernego. Doktor – uprzedźmy dalsze wypadki – miał szczęście, gdyż jego oskarżycielka okazała się niewiarygodna, a żaden z innych jego pacjentów, których policja rozpytała *in corpore*, nie potwierdził informacji, mogących go obciążyć.

W toku śledztwa, po przesłuchaniu Doktora w charakterze podejrzanego (zarzuty popełnienia przestępstwa prokuratura postawiła mu – jak się wydaje – zbyt pochopnie) okazało się, że Pacjentka już w kwietniu 2004 r. skarżyła się na tego lekarza. W piśmie do dyrektora szpitala w S. napisała m.in., że „lekarz wybrał nieodpowiednie miejsce na cięcie i zabieg był nieskuteczny”. Nie wspomniała jednak wówczas ani słowem o łapówce, ubolewając zarazem, że wydała 200 złotych na dojazdy po zabiegu do przychodni chirurgicznej.

Zeznania oskarżycielki są pełne sprzeczności. Najpierw Pacjentka informuje, że łapówka w 1999 r. wynosiła 550 złotych, a w następnym protokole czytamy, że korzyść majątkowa nie przekraczała 500 złotych, natomiast 50 złotych było wynagrodzeniem za wizytę w prywatnym gabinecie. Pierwotnie też podała, że w 1999 r. Doktor wziął od niej pieniądze i później wypisał jej na białej kartce skierowanie do szpitala, by w kolejnym przesłuchaniu podać: „Kiedy by-

łam u niego, dał mi kartkę jako skierowanie do szpitala, a ja zapytałam: Pieniążki teraz, czy później?”

Pacjentka zeznała też, że o korzyści majątkowej danej w 2003 r. opowiadała „znajomej z bloku obok”, która ten fakt potwierdziła i dodała jeszcze, że łapówki ponoć mieli wziąć również dyrektor szpitala w S. i jego zastępca. Cóż, kiedy te osoby kategorycznie zaprzeczyły tym twierdzeniom. Pacjentka podała ponadto, że obie historie jej choroby z lat 1999 i 2003 były uzupełniane i fałszowane, a argumentem na to był zarzut: „bo są tam różne charaktery pisma”. Tymczasem wykazano, że dokumenty te nie były przerabiane.

W czasie konfrontacji Doktora z Pacjentką, ta ostatnia na pytania, zadane przez obrońcę lekarza stwierdziła, że boryka się z chorobą od 17 lat i przez te lata była zawsze „traktowana potwornie przez doktorów”. Przyznała, że z tymi samymi dolegliwościami chodziła do kilkunastu lekarzy, a ponieważ była trudnym pacjentem, to zdarzyło się, że któryś z nich dawał jej reprimendę i mówił – jak sama to określiła – „o urojeniach co do mojej choroby”. Potwierdził to jeden z lekarzy, leczących ją w tym czasie, który zeznał, że Pacjentka wyolbrzymiała swe dolegliwości, wielokrotnie zmieniała ośrodki leczenia i była ogólnie nieufna wobec wszystkich prowadzących ją specjalistów.

Argumentem Pacjentki, mającym obciążać Doktora, była podana przez nią informacja, że w 2003 r. było bardzo trudno dostać się na Oddział Chirurgiczny szpitala w S. i właśnie dlatego zdecydowała się udać najpierw do prywatnego gabinetu Doktora. Tymczasem z dokumentacji ruchu chorych tegoż szpitala wynikało, że w oddziale tym były w tym czasie stale wolne łóżka. Co więcej, lekarze tego oddziału wręcz zabiegali wówczas o pacjentów, wobec groźby jego likwidacji, a oddział ostatecznie zamknięto dwa lata później.

Analiza zebranych w sprawie dowodów uzasadniała ocenę, że stan psychiczny Pacjentki rzutuje ujemnie na treść jej zeznań, obciążających Doktora. Charakterystyczne było zwłaszcza

jej podejście do własnych dolegliwości, negatywnie zabarwione nastawienie do wszystkich leczących ją lekarzy, a także brak konsekwencji i logiki w zeznaniach. To spowodowało, że prokurator umorzył postępowanie wobec Doktora. Podobnie postąpił również okręgowy rzecznik odpowiedzialności zawodowej. (...)

Nie da się ukryć, że w tym przypadku (podobnie jak zapewne w wielu innych sprawach) na pomysł pomówienia Doktora przez Pacjentkę wpłynęła podgrzewana przez media atmosfera „nagonki” na lekarzy – łapowników oraz uruchomienie specjalnej infolinii, przyjmującej donosy. Stąd odniesienie w tytule do legendy o mitycznym królu Midasie, który zajęty nieustannym przeliczaniem swych bogactw, nie chciał słuchać gry na harfie Apollina, za co został ukarany oślimi uszami. Skrywał je pod czapkę, ale sekret poznał jego osobisty fryzjer i – niestety – nie potrafił znieść ciężaru tej tajemnicy. Wieść wyszeptana do wykopanego w ziemi dołka, jego głos poruszył trzciny, a te swym drżeniem przekazały ją wiatrowi, za pośrednictwem którego sekret władcy poznali wszyscy mieszkańcy królestwa.

Apollo ostatecznie okazał się łaskawy dla króla Midasa i przywrócił mu pierwotny wygląd, a niefortunny władca dalszą część życia spędził w spokoju...

Jerzy Ciesielski
adwokat

PS. Zapewne Państwo pamiętają, że mityczny król Midas, władca Frygii, nie był złym człowiekiem, ale ponad wszystko kochał złoto i wciąż dążył do pomnażania swojego bogactwa, a za swą chciwość dwukrotnie został ukarany przez greckich bogów. Po raz pierwszy zrobił to Dionizos, który spełniając życzenie monarchy spowodował, że czego ten się dotknął, zamieniało się w złoto. Dotyczyło to również jadła i napitków, co Midasa doprowadziło do niechętnej głodowej śmierci. Uwolniony od tej klątwy, naraził się z kolei Apollinowi, który nieczułego na jego grę na harfie monarchę, obdarzył długimi i włochatymi uszami osła.

„Panaceum”, 5/2008

Po pędzlu i fachu

26 kwietnia br. w Centrum Kultury im. Króla Mateusza w Wyszehradzie na Węgrzech, królewskim mieście, którego historia sięga czasów Cesarstwa Rzymskiego, odbyła się międzynarodowa wystawa sztuki tworzonej przez lekarzy.

To artystyczne wydarzenie zgromadziło medyków, którzy prezentowali swoje dokonania z dziedziny malarstwa, rysunku, rzeźby, ceramiki artystycznej i... jubilerstwa. Pośród wystawiających Węgrów (w największej liczbie), Włochów, Niemców i Rosjan pokazały też swoje płótna Polki: autorka zdjęć z wystawy dr Małgorzata Majewska-Kawińska i dr Jo-



Organizator wystawy p. dr Andras Palotas z żoną i dzieckiem oraz państwem Wasiakowie i p. dr Małgorzata Majewska-Kawińska na tle jej obrazów.

lanta Kaflńska-Wasiak, obie rodem z Łodzi. Udostępniły one zwiedzającym odpowiednio: nostalgiczny cykl 5 obrazów Amsterdam I – Amsterdam V oraz refleksyjny pejzaż zimowy.

A jak do tego wszystkiego doszło?

Otóż kilka miesięcy wcześniej, po zakończeniu VI Ogólnopolskiej Wystawy Malarstwa Lekarzy, która odbyła się z inicjatywy i w siedzibie Łódzkiej Izby Lekarskiej, nadeszła propozycja udziału w podobnym przedsięwzięciu, tym razem o zasięgu ogólnoeuropejskim. Autorem zaproszenia był Węgier dr Andras Palotas, główny kurator zorganizowanej wręcz perfekcyjnie wystawy w Wyszehradzie.

Zaproszenia zachęcające do jej odwiedzenia rozplakatowano dosłownie we wszystkich najważniejszych punktach miasta. Zadbano o oprawę przedsięwzięcia – koktajl na otwarcie, prezentacja pisemna w języku angielskim i węgierskim zarówno życiorysów i drogi artystycznej autorów poszczególnych prac, jak i niemal całości ich dokonań, omawiano też (tylko po węgiersku, niestety) genezę powstawania poszczególnych obrazów i rzeźb. Całości towarzyszyły nie tylko kurtuazyjne przemówienia na otwarcie i zamknięcie wystawy – z troszczono się także o coś więcej „dla duszy i ciała”. Na koszt organizatorów wszyscy uczestnicy mieli możliwość nie tylko biernego udziału w Turnieju Rycerskim, który odbył się w tzw. Wieży Salomona, stanowiącej część XIII-wiecznych umocnień obronnych.

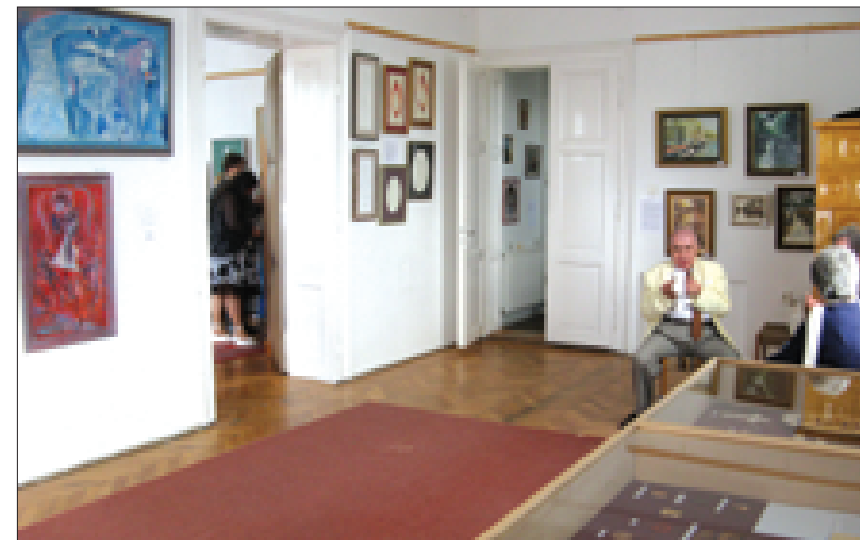
Po trwającej blisko dwie godziny znakomitej zabawie wszyscy uczestnicy wystawy zakończyli wieczór biorąc udział w iście królewskiej uczcie w restauracji na podzamczu. Nie zabrakło oczywiście mocnej palinki i przedniego „węgrzyna”, a do biesiady akompaniowali, grając na średniowiecznych instrumentach, bardowie.

W ostatnim dniu skorzystaliśmy z możliwości odwiedzenia Zamku Wyszehradzkiego. We wnętrzu twierdzy można było podziwiać m.in. inscenizację mającego miejsce w 1335 r. zjazdu królów: Węgier – Karola Roberta, Czech – Jana Luksemburskiego i Polski – Jana Kazimierza, do skonstruowania której użyto woskowych figur. Jak wiemy od 1991 r. w Wyszehradzie cyklicznie spotykają się prezydenci Węgier, Polski i Czech, co nawiązuje do tej tradycji.

My z kolei wierzymy, że współpraca nawiązana przez polskich i węgierskich kolegów po pędzlu i fachu przyczyni się do większej wymiany artystycznej medyków pomiędzy naszymi krajami.

Choć dzieli nas bariera językowa, to prezentowane przez wielu z nas malarstwo, rzeźba i pozostałe formy artystyczne mogą tworzyć nowy język wzajemnego szacunku, uznania i współpracy. Mamy też nadzieję, że dr Andras Palotas, pomysłodawca i współorganizator kwietniowego spotkania autorów rozmaitych dzieł sztuki – twórców, których wspólnym mianownikiem jest pasjonujący zawód Lekarza – przyjedzie wkrótce do Polski. Dlatego w imieniu dr. Andrzeja Święta, przewodniczącego Komisji Kultury i szefa Klubu Lekarzy Łódzkiej Izby Lekarskiej, przekazaliśmy stosowne zaproszenie. Zaskoczeni w niezmiernie przyjemny sposób ciepłym przyjęciem i dużym rozmachem węgierskiej wystawy, postaramy się odplacić Madziarom za ich narodową gościnność po prostu staropolskim obyczajem. W końcu historyczna współpraca wyszehradzka zobowiązuje.

Janusz Kawiński, Małgorzata Majewska-Kawińska



Ostatnia ustawa zdrowotna II Rzeczypospolitej

Zygmunt Wiśniewski

Ostatnią ustawę zdrowotną przed wybuchem II wojny światowej podpisał prezydent RP Ignacy Mościcki 15 czerwca 1939 r. Jest to „Ustawa o publicznej służbie zdrowia” (Dz.U. nr 54, poz. 342). Podpisali ją, obok Prezydenta, prezes Rady Ministrów Felicjan Sławoj Składkowski oraz minister opieki społecznej Marian Zyndram-Kościałkowski.

Ustawa ta, ze względu na rychły wybuch wojny, nie miała skutków praktycznych. Istotna jest jednak w obrazie służby zdrowia w II Rzeczypospolitej jako podsumowująca dokonania tego okresu, a także wytyczająca kierunek planowanych zmian i reform.

Publiczna służba zdrowia

Sformułowanie to – publiczna służba zdrowia – pojawia się po raz pierwszy w ustawodawstwie polskim. Obejmuje zakres obowiązków rządu i samorządu terytorialnego w odniesieniu do

opieki zdrowotnej nad ludnością oraz tworzy strukturę administracyjną, zobligowaną do wykonywania tych obowiązków.

Jeżeli chodzi o zakres, to należałoby go określić jako „sanitarny”. Państwo bierze w tej ustawie odpowiedzialność za opiekę sanitarną nad wybranymi grupami społecznymi oraz za tworzenie i funkcjonowanie w kraju instytucji sanitarnych. Ustawa nie obiecuje wszystkim wszystkiego, nie wkracza w rejony służby zdrowia, które funkcjonują na zasadach rynkowych i ubezpieczeniowych. Wytyczone obowiązki państwa

stawa obejmują tylko dwie wybrane kategorie ludności: matkę i dziecko, i dzieci w wieku szkolnym, nad którymi opiekę higieniczno-lekarską w szkołach rozciąga także na kolonie i ośrodki wychowania fizycznego. Pozostałe zapisy ustawy dotyczą spraw administracyjnych, m. in. ochrony ujęć wody, usuwania nieczystości, kontroli produkcji żywności – mają więc tradycyjny charakter sanitarny.

Oczekiwania postulowane od wielu lat przez środowisko lekarzy, zwłaszcza bardzo aktywnych w tym okresie lekarzy o specjalności higienistów były zupełnie inne. Dotyczyły stworzenia ustawowych podstaw do opieki państwa nad ludźmi dotkniętymi chorobami społecznymi; stworzenia doskonalszych struktur do walki z gruźlicą, jaglicą i chorobami wenerycznymi; stworzenia sieci przychodni i szpitali psychiatrycznych; poszerzenia obowiązkowych funkcji gminnych ośrodków zdrowia z dotychczasowych opiekuńczych w stosunku do matki i dziecka oraz młodzieży – na lecznicze; objęcia ubezpieczeniową opieką lekarską ludności wiejskiej. W okresie, o którym mówimy, ludność wiejska – ani pracownicy folwarków, ani chłopci gospodarujący na „swoim” – nie jest objęta ubezpieczeniową opieką zdrowotną.

Duża grupa oczekiwań dotyczyła lekarza i jego warsztatu pracy: a więc zapewnienia lekarzom powszechnego zatrudnienia w systemie ubezpieczalni społecznej oraz państwowej i samorządowej służby zdrowia; zapewnienia możliwości odbywania staży szpitalnych i uzyskiwania specjalizacji; sfinansowania przez państwo lub samorządy wyposażenia gminnych ośro-

ków zdrowia; zapewnienia lekarzom podejmującym pracę na prowincji zapomóg na zagospodarowanie się i wyposażenie warsztatów pracy, a zwłaszcza zapewnienia mieszkań; zwiększenia liczby szpitali, jako podstawowych warsztatów pracy i kształcenia lekarzy; a na koniec – zwiększenia liczby kształconych lekarzy.

Chodziło więc o coś zupełnie innego niż ustawowe uregulowanie publicznej służby zdrowia. Środowisko lekarskie postulowało i oczekiwało stworzenia powszechnej służby zdrowia.

Obraz powszechnej służby zdrowia wyłania się z postulatów zgłaszanych przez czołowych publicystów, przedstawicieli związków i izb lekarskich.

Liczba lekarzy

Według ostatniego przed wybuchem wojny rocznika statystycznego za rok 1938 zarejestrowanych było w Polsce 12 917 lekarzy i 3686 lekarzy denty-
stów.

Dużo to czy mało? Jest to, w porównaniu z rokiem 1921, z którego pochodzą pierwsze dane statystyczne, i kiedy w dokonanym spisie wykazano 5548 lekarzy – 2,3 razy więcej.

Jest to więc wzrost liczby lekarzy oczywisty, potwierdzający wysiłek szkolnictwa wyższego i społeczeństwa. Daleko jednak było do zadowolenia. Po pierwsze dlatego, że większość lekarzy mieszkała i praktykowała w dużych miastach, a wielkie obszary prowincji były ich zupełnie pozbawione. Po wtóre dlatego, że w porównaniu z licznymi krajami europejskimi, m.in. Niemcami, mieliśmy ich w stosunku do liczby ludności dwukrotnie za mało.

Z krytyką tego stanu rzeczy zetknęliśmy się już w cyklu „Lekarze w II Rzeczypospolitej”, kiedy cytowaliśmy wypowiedzi prof. Mieczysława Michałowicza, który przewidywał, że na wypadek wojny brakuje Polsce przynajmniej 6000 lekarzy, bo zaawansowani wiekiem nie podlegają mobilizacji, a ludności cywilnej także nie można pozbawić opieki lekarskiej.

Tymczasem polskie uniwersytety nie kształciły ich wcale mało. W 1935 r., jak ustalił Stanisław Konopka, Wydział Lekarski Uniwersytetu Jagiellońskiego ukończyło 196 osób, Uniwersytetu Poznańskiego – 190 osób, Uniwersytetu Warszawskiego – 210 osób, Uniwersytetu Wileńskiego – 171 osób i Uniwersytetu Lwowskiego (dane szacunkowe) – 190 osób. Uwzględniając tylko umie-

ralność i wyjazdy zagraniczne – rocznie przybywało Polsce 297 lekarzy. Na dogonienie w tym tempie Niemiec, Czechosłowacji i innych krajów z czołówki europejskiej Polska nie miała żadnej szansy. W Niemczech 1 lekarz przypadał w 1933 r. na 1532 mieszkańców, w Estonii na 1290, w Szwajcarii na 1231, a w Stanach Zjednoczonych na 789 mieszkańców.

Fakt ten nie obciąża rządów II Rzeczypospolitej, uświadamia tylko skalę zapóźnienia, jaką odziedziczyliśmy po okresie zaborów. W ciągu 20 lat niepodległości niemożliwe było wyrównanie 120-letniego zaborczego zapóźnienia.

Znani profesorowie Michałowicz i Kacprzak i czołowi publicyści apelowali o uruchomienie środków nadzwyczajnych dla zwiększenia liczby kształconych lekarzy. Spełnienia ich oczekiwali po ustawie o społecznej, narodowej służbie zdrowia.

Szpitala i ośrodki zdrowia

Większe sukcesy odnotowała Polska w okresie międzywojennym w budowie szpitali i wiejskich ośrodków zdrowia. To nie jest przypadek, że w niewielkich polskich miastach szpitale mieszczą się dzisiaj często w budynkach pamiętających czasy II Rzeczypospolitej. W państwie, gdzie rząd podzielił się władzą z samorządami terytorialnymi, zrodziła się rywalizacja między miastami i powiatami o infrastrukturę społeczną. Wyrażała się ona m. in. w budowie obiektów administracji miejskiej, szkół i szpitali. Polska w 1938 r. ma 677 szpitali, a w nich 74 999 łóżek. Jeśli uzupełnić to informacją, że było wtedy w kraju 264 powiatów i 611 miejscowości posiadających prawa miejskie, to statystycznie wszystkie stolice powiatów i wszystkie miasta miały szpitale. Ta przedwojenna rzeczywistość nie przystaje, oczywiście, do naszych obecnych doświadczeń. Spośród wymienionych 677 szpitali – tylko 72 były państwowe, aż 283 było własnością i na utrzymaniu samorządów terytorialnych i aż 214 należało do organizacji i stowarzyszeń, były więc także utrzymywane ze środków pozabudżetowych.

Uzupełnieniem były szpitale prywatne, niewielkie, bo było ich 108 i liczyły tylko 1971 łóżek.

Marcin Kacprzak, lekarz zajmujący się badaniem organizacji służby zdro-

dokończenie na str. 38

Ostatnia ustawa zdrowotna II RP

dokończenie ze str. 37

wia, oceniał, że wprawdzie z liczbą łózek znajdowaliśmy się także w ogonie Europy, ale gdy chodzi o liczbę i dostępność lokalizacji szpitali byliśmy notowani na przyzwoitym miejscu.

Gorzej przedstawiała się sytuacja z ośrodkami zdrowia. Ośrodki zdrowia, przypomnijmy, były placówkami lokalizowanymi w miejscowościach gminnych. Z założenia, kiedy w latach dwu-

dziestych zaczęto ich tworzenie, miały powstać w każdej miejscowości gminnej. Przez cały okres 20-lecia widoczny był wysiłek wkładany w ich budowę. Do roku 1931 zbudowano ich 205, w 1935 istniało już 310, a w 1936 – 482. Były to liczby imponujące, ale w porównaniu z liczbą gmin, których było 3195 – rozmach ich powstawania jest o wiele za mały. Skorygowano wprawdzie początkowe zamierzenie, zachęcając do tworzenia ośrodków zdrowia jako placówek zbiorczych dla kilku gmin, ale efekt pozostał taki, że było ich prawie 7 razy mniej niż planowano.

Przyczyny braku zainteresowania samorządów gminnych powstaniem ośrodków zdrowia tkwiły prawdopodobnie w ich zadaniach. Były to placówki o odmiennych zadaniach od znanych nam współczesnych ośrodków zdrowia. Nie były to placówki lecznictwa otwar-

tego, bo przecież powszechnej opieki zdrowotnej nie było. Ich zadaniem była opieka nad matką i dzieckiem, nad higieną dzieci w wieku szkolnym oraz nad chorymi na choroby uznane za społeczne. Jeśli w gminnym ośrodku zdrowia był zatrudniony lekarz, to poza niską pensją otrzymywaną od samorządu – mógł dorabiać prywatnie. Była to możliwość bardzo teoretyczna, bo w ubogich budżetach domowych rodzin wiejskich brakowało pieniędzy dla lekarza. W okolicach, gdzie istniały duże posiadłości ziemskie i zakłady produkcji rolnej – ich pracownicy mieli prawo do leczenia na koszt właścicieli-pracodawców. Pomysł zniesienia ubezpieczeń społecznych dla tej grupy obywateli generalnie nie sprawdził się. Pracownik na-

jemny na wsi, od czasu zniesienia kas chorych, zdany był na łaskę i widzimisię właściciela majątku lub zakładu przetwórczego. Leczył się 10 razy rzadziej niż w okresie, kiedy przysługiwała mu kasa chorych.

W tej specyfice gminnych ośrodków zdrowia tkwiły, jak można sądzić, przyczyny niechęci do osiedlania się w nich młodych lekarzy, którzy nie znajdowali pracy w miastach. Pensja 200 zł, szukanie mieszkania i niepewna możliwość prywatnego dorobienia skutecznie zniechęcały lekarzy do osiedlania się na prowincji. Nie chodziło wcale o zapadłe wsie, ale bardzo często o miasteczka, które były siedzibami gmin.

Program tworzenia gminnych ośrodków zdrowia jako miejsc pracy lekarzy na prowincji nie powiódł się. Około 200 placówek ogłaszało się i nie mogło pozyskać do pracy lekarzy gminnych.

Niepopularne koncepcje

Niewłaściwe proporcje rozmieszczenia lekarzy były oczywiste. Apelle na niewiele się zdawały. Administracja robiła niewiele dla stworzenia systemów zachęt do osiedlania się na prowincji. Izby lekarskie odmawiały udziału w tworzeniu jakiegoś systemu, który nosiłby cechy przymusu. Samorząd lekarski w wypowiedziach prezesa NIL prof. Michałowicza krytykował bezczynność władz i opowiadał się za stworzeniem prawdziwych, a nie iluzorycznych zachęt materialnych. Państwu i samorządom brakowało chyba dotkliwie środków, skoro nie decydowały się na wsparcie kilkuset lekarzy, którzy zdecydowaliby się opuścić miasta i podjąć trudną pracę w dalekim terenie.

Większość lekarzy, wypowiadających się w prasie środowiskowej, krytykowała poczynania władz. Odmienne stanowisko zajął Marcin Kacprzak, lekarz specjalizujący się w analizach społecznych funkcjonowania zawodu lekarza. Uznał on, że sytuacja w Polsce jest do tego stopnia nienormalna, że należy użyć środków administracyjnych do jej zmiany.

W 1937 r. opublikował on w „Warszawskim Czasopiśmie Lekarskim” artykuł, w którym powołując się na własne badania postulował tzw. rozsiedlenie lekarzy.

Wychodząc od stwierdzenia, że Polska należy do krajów, które mają najmniej lekarzy w Europie, a w dodatku

ten niedostatek jest potęgowany przez nadmierne przywiązanie do miast – zgłosił następujący postulat:

Trzeba zmierzać do przesiedlenia części lekarzy, obecnie osiadłych w większych miastach, na prowincję – do małych miasteczek, osad i wsi, a jednocześnie trzeba po odpowiednim przygotowaniu osadzać w tych miejscowościach młodych lekarzy kończących uniwersytety. Nie tylko Kresy Wschodnie, lecz i cały szereg miejscowości w centrum Polski lekarzy nie ma i przenikanie pomocy lekarskiej jest bardzo powolne. Z góry jednak dodaję, że przesiedlanie napotka trudności prawie nieprzezwyciężalne, należałoby raczej myśleć o osiedlaniu młodych niż przesiedlaniu starszych.

Inny wnikliwy obserwator i organizator polskiej służby zdrowia, przez krótki czas minister zdrowia, Jerzy Bujalski w „Lekarzu Polskim” ostrożnie wtóruje Marcinowi Kacprzakowi.

Państwo odstąpiło od pierwotnego swego programu, który sprowadzał się do kontroli działalności samorządu w dziedzinie ochrony zdrowia, do prac nad podniesieniem poziomu życia, akcji zapobiegania epidemiom, a wkroczyło na drogę czynnej interwencji we wszystkie bez wyjątku dziedziny zdrowia publicznego, również w dziedzinę zapewnienia opieki choremu. Wkroczenie czynne w tę dziedzinę było wyrazem, było realizacją tezy, przyjętej w nowoczesnych społeczeństwach, że każdy obywatel bez wyjątku musi mieć zapewnioną pomoc w razie choroby.

Konkludując Bujalski opowiada się za podjęciem szerokiej akcji zachęt z udziałem samorządów terytorialnych i powściągliwością w podejmowaniu działań na szczeblu rządowym.

Kacprzak idzie znacznie dalej, stwierdzając:

Osiedlanie się lekarzy na wsi jest bardzo powolne i bez ingerencji z góry nie można liczyć na pomyślne rozwiązanie tej palącej kwestii. Czy organizacje lekarskie same nie powinny wziąć tej palącej kwestii w swoje ręce? Czy też i ten problem będzie rozwiązany z minimalnym udziałem świata lekarskiego i naturalnie niekoniecznie zgodnie z jego interesami. W danym przypadku nie ma żadnej sprzeczności między potrzebami szerokich mas ludności, ogólnie biorąc – państwa, a interesami świata lekarskiego.

Opinie Marcina Kacprzaka zostały opublikowane w 1938 r. Trzeba o tym

pamiętać w kontekście tego, co z inspiracji owego organizatora służby zdrowia będzie się działo po wojnie, w latach 1945-56, kiedy przymus zastąpi formy ekonomicznej zachęty.

Rząd, ponaglany sytuacją społeczną i ekonomiczną, a także perspektywą zbliżającej się wojny, pewnie również z braku czasu na prowadzenie dialogu społecznego, postanowił załatwić sprawę dekretemi.

30 lipca 1938 r. Prezydent RP zmienił ustawę o wykonywaniu praktyki lekarskiej, wprowadzając do niej zapis o obowiązku odbycia po ukończonych studiach lekarskich 2-letniej praktyki w gminach wiejskich.

31 marca 1939 r. rozporządzeniem ministra opieki społecznej doprecyzowano ten obowiązek młodych lekarzy, nie zapewniając im żadnych korzyści ekonomicznych.

Wreszcie 15 czerwca 1939 r. w ustawie o publicznej służbie zdrowia rząd uchylił się od oczekiwanych zmian w polityce zdrowotnej państwa, ograniczając się do zakreslenia jej norm administracyjnych.

Młodzi lekarze pójdą we wrześniu 1939 r. na wojnę bez poczucia wsparcia rządu dla swego społecznego posłannictwa.

Zygmunt Wiśniewski

PS Dr Tomasz Sioda słusznie wypomina mi, że w artykule „Rubaszność dr Karasiówny” nie podałem personaliów bohaterki. Uzupełniam je.

Dr Zofia Karaś z Suchej Beskidzkiej studiowała medycynę w Krakowie, a następnie na Uniwersytecie Poznańskim, gdzie uzyskała dyplom w 1928 r. Przez 11 lat pracowała w poradni przeciwgruźliczo-jaglicznej w Suchej Beskidzkiej. Pracując zdobyła specjalizację w zakresie położniczo-ginekologicznym, chorób wewnętrznych i dermatologii. W czasie okupacji organizowała pomoc dla więźniów osadzonych w KL Auschwitz. Kilkakrotnie była przesłuchiwana przez gestapo. 29 października 1942 r., zagrożona aresztowaniem, popełniła samobójstwo.

W Suchej Beskidzkiej mieszkańcy pielegnują pamięć o Zofii Karaś – lekarce społeczniczce. Informacje te zaczerpnąłem ze „Słownika biograficznego lekarzy i farmaceutów ofiar II wojny światowej” autorstwa dra Jana B. Glińskiego.

Z. W.

Kto za izbami?

Środowisko stomatologiczne i dentystyczne w połowie lat trzydziestych skonsolidowało się zawodowo.

Upływ czasu sprawił, że wykruszyli się z zawodu ludzie o nieokreślonych kwalifikacjach zdobytych w dawnej Rosji. Uporano się także z plagą techników podszywających się pod szyldy lekarsko-dentystyczne. Liczebnie przeważali absolwenci warszawskiego Państwowego Instytutu Stomatologicznego (od 1933 r. Akademii Stomatologicznej). Była to także duża kategoria zawodowa, w 1938 r. – 3686 osób, która upominała się o swoje miejsce na mapie zawodów medycznych. Związek Lekarzy Państwa Polskiego odmawiał im swej akceptacji. Izby lekarskie traktowały jak przyszłych krewnych. Dlatego dynamicznym przywódcom tego środowiska nie

pozostało nic innego, jak ująć sprawę w swoje ręce. Tak też postąpili. Pierwszym etapem starań emancy-pacyjnych była regulacja ustawowa zawodu lekarza dentysty. Nastąpiło to w 1927 r., ale – co nie było bez znaczenia – była to „ustawa o wykonywaniu praktyki dentystycznej”. Ustawodawca wykonał tu unik terminologiczny. Zawód ten wykonywali przecież lekarze dentyści. W przypadku lekarzy regulacja ustawowa nie brzmiała: „o wykonywaniu praktyki lekarskiej”. Te niuanse miały swoje skutki społeczne. Lekarze dentyści nie czuli się pełnoprawnymi lekarzami. Prestiżu zawodu lekarza dentysty nie podnosiła też sytuacja organizacyjna w tym środowisku. Jeśli przypomnieć, że lekarze byli zorganizowani w Związku Lekarzy Państwa Polskiego i izbach lekarskich, to lekarze dentyści mieli tych związków i stowarzyszeń kilkanaście: Związek Lekarzy Dentystów w Państwie Polskim, Zrzeszenie Lekarzy Dentystów im. B. Dzierżawskiego, Stowarzyszenie Wzajemnej Pomocy Lekarzy Dentystów w Polsce, Związek Zawodowy Lekarzy Dentystów Chrześcijan, Towarzystwo Stomatologiczne, Zrzeszenie Absolwentów Państwowego Instytutu Dentystycznego (później Akademii Stomatologicznej), Towarzystwo Odontologiczne i jeszcze kilka innych. Do kontaktów zagranicznych musiano powołać Centralną Radę Lekarzy Dentystów Rzeczypospolitej Polskiej, ale że nie wszyscy ją akceptowali – powstały jeszcze 4 inne centralne rady.

Tę nieznosną sytuację i to szkodliwe dla środowiska rozdrobnienie mogła zmienić tylko jedna organizacja, łącząca wszystkich wykonawców zawodu lekarza dentysty. Zro-

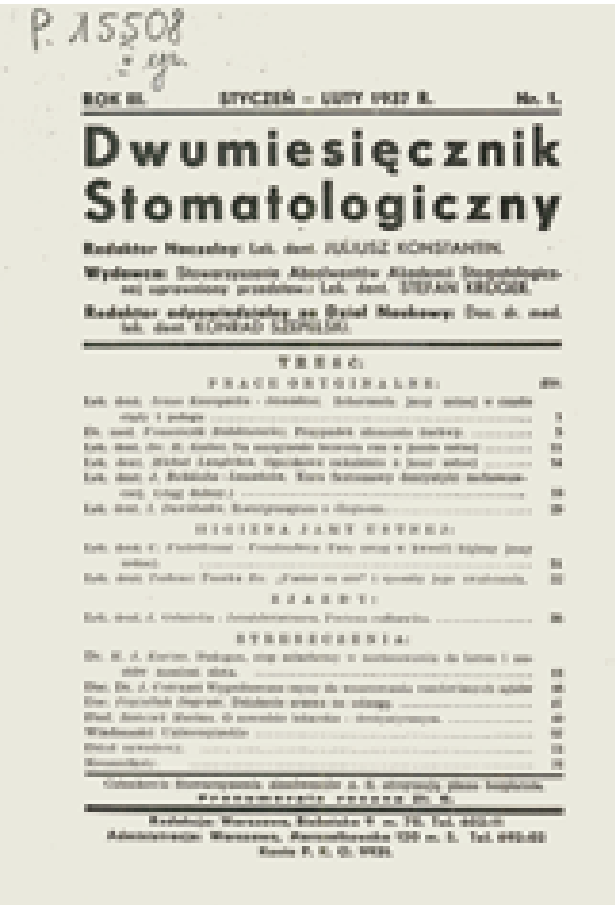


Alfred Meissner, wykładowca w Akademii Stomatologicznej, propagował w swych wystąpieniach ideę powstania izb lekarsko-dentystycznych.

zumieeli to liderzy dwóch największych organizacji: Zrzeszenia Absolwentów Akademii Stomatologicznej, która działała pod szyldem Rady Centralnej Zrzeszeń Stomatologów i Związku Lekarzy Dentystów. Zaangażowali się oni w powołanie izb lekarsko-dentystycznych. Publicznie, w prasie lekarsko-dentystycznej z postulatami powołania izb wystąpili lekarze dentyści Juliusz Konstantin, Konrad Szepelski i Janusz Szajewski. Zyskali oni dla swych projektów przychyłość ministerialną. W powstanie projektu ustawy zaangażował się radca Witold Wojnarowski, który w 1921 r. był komisarycznym organizatorem izb lekarskich. Było to wsparcie bezcenne. Przygotowania do ustawowego wprowadzenia izb lekarsko-dentystycznych zaczęto też w sposób metodyczny i doj-

rzały. W październiku 1936 r. ktoś (pewnie Wojnarowski) wyjednał delegacji lekarzy dentystów audiencję u prezesa Rady Ministrów gen. Sławoja Składkowskiego. Takiego zaszczytu nigdy nie dostąpili lekarze, chociaż przewodził im znany i popularny prof. Mieczysław Michałowicz. Prasa doniosła, że premier oznajmił na spotkaniu, iż *sprawa powołania izb lekarsko-dentystycznych jest mu dokładnie znana, wkrótce nastąpi uzgodnienie międzyministerialne, po czym ustawa zostanie skierowana do sejmiku do ostatecznego uchwalenia*. W prasie lekarsko-dentystycznej („Kronice Dentystycznej” i „Dwumiesięczniku Stomatologicznym”) ukazały się publikacje uzasadniające potrzebę powołania izb i określające ich przyszłe funkcje. Radca ministerialny Witold Wojnarowski w czerwcu 1937 r. ujawnił założenia prawne projektu ustawy o izbach, eksponując korzyści wynikające dla lekarzy dentystów z przynależności do izb. A te korzyści, to: powołanie urzędowego przedstawicielstwa zawodu na zewnątrz, uzyskanie przywilejów podatkowych, powołanie w izbach własnego sądownictwa dyscyplinarnego, piastowanie z wyboru funkcji w izbach. W październiku 1937 r., na III zjeździe absolwentów Akademii Stomatologicznej referaty wygłosili wykładowcy: A. Meissner i J. Konstantin. Alfred Meissner, koncentrując się na zagadnieniu stanowiska lekarza dentystry w społeczeństwie, apelował do absolwentów o większą aktywność na polu społeczno-organizacyjnym. Zjazd dzisiejszy odbywa się warunkach specjalnych, które mają na długie lata zadecydować o naszym zawodzie. Jeżeli w tej pracy braknie nas samych, to winę z niepomyślnego ułożenia się naszych warunków przypisać będziemy mogli tylko sobie, nikomu więcej, na nas bowiem ciąży obowiązek dźwignięcia naszego zawodu wzwyż, na nas bowiem ciąży obowiązek wykazania, iż dorośliśmy do stworzenia siły organizacyjnej, która może i musi decydować o wszystkich sprawach naszego zawodu. Ta „siła organizacyjna” to oczywiście izby lekarsko-dentystyczne. Meissner nie nazywał ich, ponieważ następny referent, Juliusz Konstantin poświęcił im swoje wystąpienie. Rząd wystąpił z inicjatywą powołania izb lekarsko-dentystycznych, gdyż samo życie nakazywało stworzenie takiej powszechnej organizacji. Wzrastające bo-

wiem znaczenia stanu lekarsko-dentystycznego i jego wpływ na podniesienie zdrowotności publicznej i potencjału wojennego same przez się narzuciły konieczność uregulowania i uporządkowania tego zagadnienia. Nie omieszkaj też wskazać na korzyści wynikające dla samych zainteresowanych. A sami lekarze-dentyści? Zgrupowani, zresztą nie wszyscy, w szeregu stowarzyszeń o charakterze partykularnym, nie mieli możliwości obrony w należyty sposób swych własnych interesów. Brak reprezentacji obejmującej wszystkich lekarzy-dentystów utrudniał, a czasem wręcz uniemożliwiał zakrojenie na szerszą skalę akcji, pożytecznej zarówno dla nich samych, jak i społeczeństwa. W tymże wystąpieniu Konstantin ogólnikowo i aluzyjnie mówił o nieprzyjaznych reakcjach wobec projektu powołania izb. W prasie codziennej spotykamy tu i ówdzie enuncjacje nieprzychylnie ustosunkowujące się do powstania izb lekarsko-dentystycznych. Zarzuty te są zupełnie bezpodstawne. Ludzie jednego zawodu nie tylko mają prawo, ale i obowiązek zrzeszania się. Widzimy w tym przejaw złej woli kilku jednostek, które ze względów niezrozumiałych obawiają się jakoby pomniejszenia autorytetów własnych izb. Na szczęście ogół lekarzy praktyków solidaryzuje się z naszymi poczynaniami i jest zadowolony, że przez własne organizacje podniesiemy poziom i znaczenie społeczne ogólności. W tym aluzyjnym określeniu „złej woli kilku jednostek” nie o jednostki pewnie szło referentowi, ale o Izbę Lekarską Warszawsko-Białostocką, która zajęła nieprzychylnie stanowisko wobec projektu powstania izb lekarsko-dentystycznych, a zwłaszcza wobec pierwszego członu nazwy: „lekarsko”. Projekt ustawy wprowadzający nazewnictwo nobilitujące i satysfakcjonujące środowisko lekarzy dentystów zasypywał, patrząc na niego z dalszej perspektywy, animozje między lekarzami a lekarzami dentystami. Projekty ustaw były wówczas przedyskutowane przez sejm i senat. Działo się to w marcu 1937 r. Konstytucyjne uprawnienia do wprowadzania ustaw i dekretów w życie miał Prezydent. Na jego podpis trzeba będzie jeszcze poczekać. Po dyskusji w sejmie i senacie prasa lekarsko-dentystyczna odnotowała zgodnie, że powołanie izb będzie historycznym sukcesem środowiska. Z. W.



„Dwumiesięcznik Stomatologiczny”, redagowany przez Juliusza Konstantina, wyrażał stanowisko Zrzeszenia Absolwentów Akademii Stomatologicznej, które lansowało ideę powstania izb lekarsko-dentystycznych.

„Królewska gra” w Ustroniu

8-11 maja br. w Ustroniu rozegrano Mistrzostwa Polski Lekarzy w Szachach Szybkich P’15, połączone m.in. z: Mistrzostwami Polski Lekarzy w Blitzu w P’5, Turniejem Rodzin Lekarskich i ich Przyjaciół w P’15, Turniejem Rodzin Lekarskich i ich Przyjaciół w P’5 – Blitzu, Otwartymi Mistrzostwami Polski Lekarzy w Rozwiązywaniu Zadań Szachowych, Symultaną Szachową i spotkaniem z mistrzem mm. Olegiem Kalininem z UKR oraz minikonferencją naukową „Medycyna a szachy”.

Wystartowało 19 osób (średni ranking zawodników – 1733 pkt.). Zawodnicy rozegrali 13 rund tempem po 15 min na zawodnika (partia 30-minutowa) tzw. systemem szwajcarskim, polegającym na kojarzeniu ze sobą zawodników wg liczby zdobytych punktów.

Zawodnicy reprezentowali różny poziom wtajemniczenia w arkana „królewskiej gry”, poczynając od samych amatorów, poprzez pełnych profesjonalistów, reprezentujących na co dzień różne kluby sportowe, zawodników ze światowej listy rankingowej międzynarodowej federacji szachowej FIDE, kończąc na kandydatów na mistrza – mówi Jerzy Pabis, chirurg z Zabrze, organizator zawodów.

Wyniki

Klasyfikacja drużynowa (izb lekarskich) [lp. drużyna – suma – m-ce. tyt., zawodnik – pkt.]: **I. Wielkopolska IL** – 30.0 – **1. k.**, Jaworski Jan – 11.5, **3. k.**, Erenski Przemysław – 10.5, **6. I.**, Adamek Robert – 8.0; **II. Lubelska IL** – 23.0 – **2. k+**, Motor Marta – 11.0, **8. I.**, Kubaj Zdzisław – 8.0, **18. Motor Krzysztof** – 4.0; **III. Śląska IL** – 17.0 – **7. I.**, Pabis Jerzy – 8.0, **13. IV.**, Kurzok Zenon – 5.0, **15. Niewiem Alfred** – 4.0

Indywidualna klasyfikacja generalna [m-ce. tyt., zawodnik, rank, klub – pkt., mbch.]: **1. k.**, Jaworski Jan, 2200, Wielkopolska IL – 11.5, 81.00; **2. k+**, Motor Marta, 2065, Lubelska IL – 11.0, 81.00; **3. k.**, Erenski Przemysław, 2265, Wielkopolska IL – 10.5, 81.50; **4. I.**, Sikorski Tadeusz, 2000, Elbląska IL – 9.5, 82.50; **5. II+**, Grochulski Krzysztof, 1800, Płocka IL – 8.5, 72.50; **6. I.**, Adamek Robert, 2000, Wielkopolska IL – 8.0, 80.50; **7. I.**, Pabis Jerzy, 2067, Śląska IL – 8.0, 79.00

VIII Turniej Rodzin Lekarskich i ich Przyjaciół w szachach szybkich P’15

W turnieju startowały osoby spokrewnione z lekarzami, m.in. współmałżonkowie lekarzy oraz ich najbliżsi i przyjaciele – 15 zawodników. Rozegrali oni swój turniej w systemie kołowym (każdy z każdym 15 rund) – grano tempem 15 min na zawodnika. Średni ranking zawodników turnieju = 1590 pkt.

Klasyfikacja generalna [m-ce. nr, tyt., zawodnik, rank, klub, pkt., s.b., (filtr)]: **1. 4. I.**, Adamek Przemysław, 1932, Poznań – 15.0, 120.50, (14 lat); **2. 5. I.**, Bobecki Tadeusz, 1896, Tarnowskie Góry – 13.5, 101.25; **3. 6. k.**, Bobrowski Piotr, 2028, Rybnik – 13.0, 92.00; **4. 13. II.**, Mól Andrzej, 1800, Chrzanów – 10.0, 62.50; **5. 10. I.**, Stępniewski Jerzy, 1900, Gliwice – 10.0, 61.75; **6. 3. I.**, Dziedzic Ferdynand, 2000, Trzcianka – 9.5, 54.75.

I Mistrzostwa Polski Lekarzy w szachach Błyskawicznych P’5

Na starcie stanęło 13 zawodników. Zawody rozegrano w systemie kołowym (każdy z każdym) na dystansie 26 rund z tempem gry 5 min na zawodnika. Średni ranking turnieju wyniósł = 1739 pkt.

Klasyfikacja generalna [m-ce. tyt., zawodnik, rank, klub – pkt., s.b., l.z.]: **1. k+**, Motor Marta, 2065, Lubelska IL – 21.5, 288.00, 19; **2. k.**, Erenski Przemysław, 2265, Wielkopolska IL – 21.5, 287.25, 18; **3. I.**, Adamek Robert, 2000, Wielkopolska IL – 19.0, 238.00, 15; **4. Niewiem Alfred**, 1000, Śląska IL – 18.5, 234.25, 15; **5. I.**, Sikorski Tadeusz, 2000, Elbląska IL – 17.0, 209.00, 15; **6. II+**, Grochulski Krzysztof, 1800, Płocka IL – 15.0, 195.00, 12; **7. I.**, Pabis Jerzy, 2067, Śląska IL – 13.5, 148.00, 10.

Turniej Rodzin Lekarskich i Przyjaciół w szachach Błyskawicznych P’5

Na starcie stanęło 10 zawodników. Zawody rozegrano w systemie 2-kołowym (każdy z każdym mecz i rewanż) na dystansie 18 rund z tempem gry 5 min na zawodnika. Średni ranking turnieju wyniósł = 1490 pkt.

Klasyfikacja generalna [m-ce. tyt., zawodnik, rank, klub – pkt., s.b., (filtr)]: **1. I.**, Adamek Przemysław, 1932, Poznań – 18.0, 144.00, (14 lat); **2. IV.**, Kubaj Artur, 1400, Biłgoraj – 14.0, 96.50; **3. II.**, Jaworski Wojciech, 1800, Trzcianka – 13.0, 82.00; **4. I.**, Dziedzic Ferdynand, 2000, Trzcianka – 11.5, 63.75; **5. I.**, Stępniewski Jerzy, 1900, Gliwice – 11.5, 61.25; **6. II.**, Kowalski Janusz, 1863, Rybnik – 8.0, 34.00; **7. Wodecki Andrzej**, 1000, Jastrzębie Zdrój – 8.0, 33.00, (14 lat); **8. Wodecki Paweł**, 1000, Jastrzębie Zdrój – 3.0, 3.00, (14 lat); **8. Wodecki Mikołaj**, 1000, Jastrzębie Zdrój – 3.0, 3.00, (14 lat); **10. Wodecki Aleksander**, 1000, Jastrzębie Zdrój – 0.0, 0.00, (14 lat).

Symultana szachowa

Czyli gra równoczesna jednego zawodnika (symultanisty) z wieloma przeciwnikami odbyła się na 16 szachownicach i zakończyła się po 152 min gry wynikiem 13,5-2,5 dla symultanisty mm Olega Kalinina. Mistrza z Ukrainy. Z mistrzem wygrał tylko Artur Kubaj, a remis z Mistrzem wywalczyli tylko trzej zawodnicy: Jan Jaworski, Lech Kulejewski i Zdzisław Kubaj.

Otwarte Mistrzostwa Polski Lekarzy w Rozwiązywaniu Zadań

Mistrzem Polski Lekarzy w Problemistyce został Przemysław Adamek z Poznania, a wicemistrzami Marta Samborska z Lublina i Jan Jaworski z Trzcianki.

Klasyfikacja generalna [m-ce. zawodnik – pkt.]: **1. Przemysław Adamek** – 14, **2. Samborska Marta** – 13, **3. Jaworski Jan** – 10, **4. Robert Adamek** – 8, **5. Bugalski Roman** – 6, **6. Mikołaj Wodecki** – 0, **7. Andrzej Wodecki** – 0.

opr. re-sp



piłka nożna
koszykówka
siatkówka
siatkówka plażowa
pływanie
lekkoatletyka
kajakarstwo
kolarstwo
kolarstwo górskie
tenis ziemny
tenis stołowy
badminton
szachy
brydż
strzelanie
triathlon
hokej na lodzie
golf
scrabble
squash
trójbój siłowy
żeglarsstwo

Zakopane-Nowy Targ , 10-14.września 2008r.
www.igrzyskalekarskie.org



IGRZYSKA LEKARSKIE

e-mail: admin@igrzyskalekarskie.org
tel. 606 340 275

Kalendarz

kursy, szkolenia, zjazdy (2008 r.)

Interdyscyplinarna Akademia **Medycyny Praktycznej**. Szkolenia dla lekarzy:

- **7.06.** Wrocław. **Choroby narządu ruchu**
- **14.06.** Lublin. **Choroby cywilizacyjne**

Informacje: www.iamp.com.pl, tel. 022-498-52-17, faks 022-353-92-16.

Zrozumieć cukrzycę cykl warsztatów-kursów medycznych organizowanych w ramach programu edukacyjnego dla **lekarzy rodzinnych**:

- **12.06.** Rybnik-Kamień, Hotel Olimpia, ul. Hotelowa 12
- **17.06.** Słupsk, Hotel Staromiejski, ul. Jedności Narodowej 4-5
- **18.06.** Olsztyn, Hotel Warmiński, ul. Kołobrzeska 1

3 pkt. edukac. Organizator: Pol. Tow. **Diabetologiczne**, Kolegium Lekarzy Rodzinnych oraz Konsultant Krajowy ds. Medycyny Rodzinnej. Informacje i zgłoszenia: www.zrozumieccukrzyce.pl.

- **20-21.06.** Poznań-Kiekrz. Polskie Towarzystwo Diagnostyki Laboratoryjnej zaprasza na konferencję naukowo-szkoleniową: **Odrębności diagnostyki laboratoryjnej w podszłym wieku**. Tematyka: *aktualny stan poradnictwa geriatrycznego w po-*

pulacji polskiej; genetyka starzenia vs genetyka długowieczności; ocena użyteczności diagnostycznej wskaźników biochemicznych w najczęstszych schorzeniach onkologicznych, kardiologicznych, endokrynologicznych i nefrologicznych u osób starszych; kliniczno-laboratoryjne aspekty menopauzy; badania przesiewowe i algorytmy postępowania diagnostycznego u osób starszych. Koszt udziału: członkowie PTDL 50 zł, pozostali uczestnicy 100 zł. Informacje: szczegółowe na stronie www.ptdl.pl: Oddziały Terenowe: Poznań oraz Ewa Leporowska, Wielkopolskie Centrum Onkologii, tel. 061-88-50-660, faks 061-85-28-502, e-mail: ewa.leporowska@wco.pl

Mazowiecka Szkoła **Ultrasonografii**. Kursy:

- **20-22.06.** **Echokardiografia płodowa** – kurs do Dyplomu Skринingowego Badania Serca Płodu. 6 pkt do Certyfikatu PTU
- **26.06.** **Diagnostyka dopplerowska w położnictwie z diagnostyką wad płodu** – warsztaty. 20 pkt. do Certyfikatu PTG
- **27-29.06.** **Diagnostyka dopplerowska w położnictwie i ultrasonografia w ginekologii** – 30 pkt. do Certyfikatu PTG
- **4-6.07.** **Ultrasonografia jamy brzusznej w aspekcie klinicznym** – 6 pkt. do Certyfikatu PTU
- **19-21.09.** **Ultrasonografia w urologii**
- **7-8.11.** **Echokardiografia i kardiologia płodu** – kurs dla zaawansowanych.

6 pkt do Certyfikatu PTU. Programy kursów i zapisy: www.mszu.pl, e-mail: mazowiecka@mszu.pl, tel. 602-122-513

- **20-21.09.** Łódź. Jubileuszowa Konferencja „**Przeglądu Pediatrycznego**”. Udział w konferencji dla lekarzy bezpłatny. Zgłoszenia: www.abranetis.pl. Informacje: Biuro Obsługi Konferencji Abranetis Sp. z o.o., ul. Długosza 2-6, 51-162 Wrocław, tel. 071-792-80-76, tel./faks 071-792-80-77.

- **26-27.09.** Tarnów-Mościce. XIII Konferencja Naukowo-Szkoleniowa: **Postępy w ginekologii onkologicznej**, na którą serdecznie zapraszam. Konsultant małopolski w dziedzinie ginekologii onkologicznej prof. dr hab. Zbigniew Kojas

- **9-12.10.** Katowice/Wisła. Zarząd Główny Polskiego Towarzystwa Medycyny Paliatywnej i Zakład Medycyny i Opieki Paliatywnej Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach organizuje II Zjazd Polskiego Towarzystwa **Medycyny Paliatywnej**. Sesje plenarne: *Psychologiczne problemy opieki paliatywnej. Możliwości leczenia objawowego w wybranych sytuacjach klinicznych. Interdyscyplinarne zagadnienia w medycynie paliatywnej. Nowe opioidy w leczeniu bólu i innych objawów. Ból i jego leczenie. Farmakoterapia stosowana w medycynie paliatywnej a objawy niepożądane. Leczenie objawów somatycznych w medycynie paliatywnej. Warsztaty: Jak radzić sobie z problemami rodzin chorych? Jak zorganizować i utrzymać hospicjum? Medycyna nuklearna w onkologii i medycynie paliatywnej. Organizacja opieki paliatywnej w hospicjach i ZOZ-ach. Trudności w pielęgniarstwie opieki paliatywnej. Jak w hospicjum opiekować się pacjentem innego wyznania niż moje? Leczenie przerzutów do kości – możliwości terapeutyczne. Jak unikać powikłań farmakoterapii w medycynie paliatywnej. Metody oceny opieki paliatywnej w opiece domowej i stacjonarnej. Morfina – dobrodziejstwo czy cichy zabójca? Priorytety w opiece nad chorym z odleżynami.* Przewodnicząca Komitetu Organizacyjnego II Zjazdu PTMP dr n. med. Jadwiga Pyszkowska, Zakład Medycyny i Opieki Paliatywnej ŚUM w Katowicach, 40-752 Katowice, ul. Medyków 12; tel. 032-20-88-722. Informacje o warunkach rejestra-

cji i zgłoszenia uczestnictwa, rezerwacji miejsc hotelowych na stronie: www.drugizjazd.medycynapaliatywna.org. Kontakt z organizatorem: e-mail: drugizjazd@medycynapaliatywna.org i tel. 0609-27-54-13.

Roztoczańska Szkoła **Ultrasonografii** zaprasza na tygodniowe kursy praktycznej ultrasonografii oraz kursy doskonalące. Szczególnie polecamy:

- **12-18.10.** **USG w urologii**
- **3-9.11.** **USG w medycynie ratunkowej**
- **23-29.11.** **USG w pediatrii**

Informacje na stronie www.usg.com.pl

Koalicja na rzecz Profilaktyki **Krzywdzenia Małych Dzieci**

została powołana przez Fundację Dzieci Niczyje, a jej głównym celem jest ochrona dzieci przed krzywdzeniem, poprzez wczesną profilaktykę i pracę z rodzicami małych dzieci. Z myślą o takich rodzicach powstał program profilaktyki krzywdzenia małych dzieci **Dobry Rodzic – Dobry Start**. Serdecznie zapraszamy na stronę internetową www.dobryrodzic.pl. Więcej informacji na temat Koalicji można znaleźć w dziale „Profesjoniści”.

Kursy Medyczne o **Hipoterapii** dla Lekarzy.

Zarząd Główny Polskiego Towarzystwa Hipoterapeutycznego wznawia szkolenia dla lekarzy informujące o zaletach i możliwościach terapeutycznych hipoterapii. Kurs medyczny dla lekarzy ma na celu popularyzację hipoterapii, jako naturalnej metody terapeutycznej. Przeznaczony jest przede wszystkim dla lekarzy ze specjalizacją z pediatrii, neurologii, psychiatrii oraz specjalistów schorzeń narządów ruchu. Szkolenia te posiadają certyfikat Naczelnej Izby Lekarskiej i stanowią podstawę do uzyskania przez lekarzy punktów do cyklu doskonalenia zawodowego. Organizatorem szkolenia jest PTHip, we współpracy ze swoimi oddziałami, na podstawie: rozporządzenia ministra zdrowia z 6.10.2004 r. w sprawie sposobu dopełnienia obowiązku doskonalenia lekarzy, uchwały nr 65/KKM/07/P-V Prezydium NRL z 11.06.2007 r. oraz wpisu do rejestru instytucji prowadzących kształcenie podyplomowe lekarzy nr 57-00030-001-0000. Kursy pt. **Hipoterapia i jej rola w wieloprofilowej rehabilitacji osób niepełnosprawnych** odbywać się będą systematycznie, **2-3 razy do roku**, w różnych miastach (Warszawa, Bydgoszcz, Kraków, Katowice). Informacje o aktualnie organizowanym kursie: www.pthip.org.pl, e-mail: biuro@pthip.org.pl, tel./faks 022-59-31-900, adres: Biuro ZG PTHip, ul. Nowoursynowska 100, 02-797 Warszawa.

Wielkopolska Szkoła **Diagnostyki Obrazowej** zaprasza na praktyczne szkolenia **ultrasonograficzne**. Kursy mają akredytację izby lekarskiej (punkty edukacyjne). Zgłoszenia: Wielkopolska Szkoła Diagnostyki Obrazowej, ul. Grunwaldzka 17, 60-782 Poznań, www.obraz.pl, tel. 061-657-94-63; tel. kom. 0603-76-20-41.

Centrum Edukacji Ultrasonograficznej CEDUS. Kursy **USG** w Ciechocinku i Spale. W ramach kursów odbywają się wykłady, ćwiczenia dające możliwość przeprowadzenia samodzielnych badań. Uczestnicy otrzymują certyfikaty, pkt. edukac. OIL, pkt. PTU oraz pkt. sekcji echokardiografii PTK. Informacje i zapisy: na stronie www.cedus.edu.pl lub tel. 022-64-64-150.

opr (u)

u.bakowska@gazetalekarska.pl

REKLAMA

REKLAMA

Rajd Górski Służby Zdrowia

„Bieszczady 2008”

2-10.08.2008

Zgłoszenia

(z domodem wpłaty)
do 15.07.2008 r.

na adres:

Biuro OIL w Rzeszowie
15-026 Rzeszów
ul. Reformacka 10
tel. 0178539419

Baza namiotowa

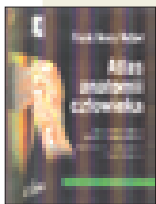
Maczne k. Ustrzyki Górnych
(przy ORW „Pod Bukowym Berem”)

Więcej informacji na stronie internetowej www.rzeszow.oil.org.pl



Elsevier Urban & Partner Sp. z o.o.

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



Atlas anatomii człowieka

Frank Henry Netter

tłum. i red. Kazimierz S. Jędrzejewski i Witold Woźniak

wyd. II polskie. Wrocław 2008, str. 548, skorowidz 24

Drugie wydanie polskie unowocześnione. Ilustracje uzupełniono nowymi radiogramami, zdjęciami tomografii komputerowej, angiogramami oraz zdjęciami rezonansu magnetycznego. W obecnym wydaniu 45 rycin skorygowano, 290 ponownie oznaczono oraz dodano 17 nowych. Nowe ilustracje zostały wykonane przez dr. Carlosa A.G. Machado. W oznaczeniach rycin zastosowano aktualne mianownictwo anatomiczne.



Diagnostyka obrazowa narządów klatki piersiowej

Loren H. Ketaj, Richard Lofgren, Andrew J. Meholic

red. wyd. I polskiego Marek Sąsiadek
Wrocław 2008, str. 282

Najważniejsze informacje na temat obrazowania klatki piersiowej. Podręcznik dla lekarzy radiologów i chorób wewnętrznych,

chirurgii, medycyny rodzinnej, medycyny ratunkowej. Większość tekstów i ilustracji dotyczy konwencjonalnych radiogramów klatki piersiowej. W zwięzły sposób opisano najważniejsze objawy radiologiczne chorób klatki piersiowej, objawy kliniczne i ich powiązania z obrazem radiologicznym. Przedstawiono też obrazy radiologiczne po leczeniu operacyjnym lub radioterapeutycznym czy też po wprowadzeniu cewników i elektrod. Każdy rozdział zakończono wskazówkami dla klinicystów.



Neurologia perinatalna

Claudine Amiel-Tison

red. wyd. I polskiego Elżbieta Marszał
Wrocław 2008, str. 300

Wiedza neurologiczna od neuroontogenezy do rozwoju psychoruchowego w 2 roku życia. 20 rozdziałów pogrupowanych w trzech częściach. Część pierwsza – rozważania teoretyczne. Część druga – omówienie badań neurologicznych. Część trzecia – patologia neurologiczna okresu okołoporodowego. Rozdział 20 poświęcono mózgowemu porażeniu dziecięcemu. Na końcu książki znajdują się pytania i odpowiedzi podsumowujące.



Sekrety anestezjologii

James Duke

seria **Sekrety**

red. wyd. I pol. Janusz Andres, Bogdan Kamiński
Wrocław 2008, str. 584

Podręcznik anestezjologii i intensywnej terapii oraz medycyny okołoperacyjnej. Dziesięć rozdziałów: Podstawy opieki nad pacjentami, Farmakologia, Przygotowanie do znieczulenia, Monitorowanie pacjenta, Problemy śródoperacyjne, Znieczulenie ogólne a choroby układowe, Szczególne zagadnienia anestezjologiczne w wybranych procedurach chirurgicznych, Leczenie bólu.

Neurologia Merritta t. 1.

red. Lewis P. Rowland

red. wyd. II polskiego Hubert Kwieciński

i Anna M. Kamińska

Wrocław 2008, str. 380

Wydanie zmienione i uzupełnione. Tłumaczenie jedenastej edycji. Najwięcej nowych informacji dotyczy neurobiologii molekularnej, nowych technik neuroobrazowania oraz nowych metod leczenia farmakologicznego i zabiegowego.



Pilingi chemiczne

red. Mark G. Rubin

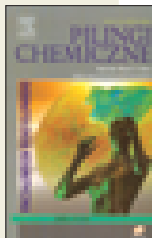
seria: **Dermatologia kosmetyczna**

red. serii Jeffrey S. Dover, współred. Murad Alam

red. wyd. I polskiego Andrzej Ignaciuk

Wrocław 2008, str. 140

Przegląd najważniejszych zabiegów złuszczących skórę – od powierzchniowych aż po głębokie, od wykorzystujących kwas glikolowy po pilingi fenolowe. Wiele uwagi poświęcono selekcji pacjentów i ich odpowiedniemu przygotowaniu. Przedstawiono możliwość łączenia pilingów z innymi lekarskimi zabiegami estetycznymi. Zwrócono uwagę na powikłania. Publikacja zawiera praktyczne opisy.



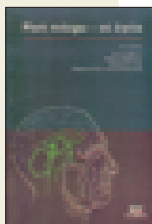
Internetowa Księgarnia Medyczna IKAMED

80-180 Gdańsk, ul. Świętokrzyska 73, tel. 058-320-94-53,
058-320-94-60, e-mail: ikamed@ikamed.pl, www.ikamed.pl

Pień mózgu – oś życia

pod red. Romana Mazura, Barbary Książkiewicz,
Walentego M. Nyki, Małgorzaty Świergockiej-Miastkowej
wyd. I. Gdańsk 2007, str. 242

Monografia opracowana przez specjalistów z zakresu medycyny, elektroniki, filozofii, matematyki i fizyki. Celem jest przybliżenie czytelnikowi stanów klinicznych i towarzyszących im mechanizmów, których niesprawność prowadzi do zaniku życia ludzkiego. Publikacja dla młodych lekarzy i studentów oraz wszystkich, którzy interesują się stanem zagrożenia życia i pobieraniem narządów ludzkich w chwili śmierci pnia mózgu.

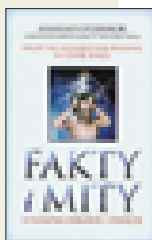


Fakty i mity o naszym zdrowiu i świecie.

Nigdy nie wchodzi pod prysznic w czasie burzy
Anahad O'Connor

Gdańsk 2008, str. 244.

Autor jest felietonistą „New York Timesa”. Zajmuje się sprawami nauki i zdrowia. Książka odpowiada na nurtujące każdego pytania związane ze zdrowiem, np.: Czy komary naprawdę bardziej lubią atakować określonych ludzi? Czy telefony komórkowe naprawdę powodują raka mózgu? Czy kuchenki mikrofalowe zabijają składniki odżywcze w jedzeniu? Czy zimno naprawdę powoduje przeziębienie? Czy ziewanie jest zaraźliwe? itp.

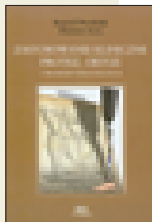


Zastosowanie kliniczne protez, ortoz i środków pomocniczych

Bogumił Przeździak, Wiesława Nyka

wyd. I. Gdańsk 2008, str. 220

Praktyczne wiadomości potrzebne w codziennej pracy lekarzy i fizjoterapeutów. Pomoc dydaktyczna dla studentów medycyny i magistrów rehabilitacji. Jest to kontynuacja książki „Zaopatrzenie rehabilitacyjne” z 2003 r., na nowo opracowana i rozszerzona. Poszczególne rozdziały uzupełniono nowościami technicznymi i opisem zastosowania kli-



nicznego. Dodano rozdziały o problemach klinicznych i psychologicznych chorujących po amputacji kończyn, zastosowaniu ubrań uciskowych w bliznach przetrostowych oraz pomocy technicznej dla niewidomych. Dołączono zdjęcia nowoczesnego sprzętu technicznego.

A.B.E. Marketing Sp. z o.o.

00-855 Warszawa, ul. Grzybowska 37A, www.abe.pl,
tel. 022-654-06-75, faks 022-652-07-67, e-mail: info@abe.pl



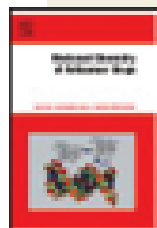
Clinical Cardiac Electrophysiology, 4/e

Mark E. Josephson

wyd.: **Lippincott Williams & Wilkins**

2008 r. str. 912, cena 479,00 zł

Czwarte wydanie podręcznika naukowego dla lekarzy kardiologów. Opis zaburzeń rytmu serca i metod leczenia. Omówienie metody badania elektrofizjologicznego, które pomaga zdefiniować mechanizm i przyczyny arytmii oraz odnaleźć obszar w mięśniu serca, w którym dochodzi do powstania arytmii. Proponowana jest efektywna terapia. Ponad 1100 ilustracji.



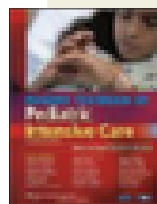
Medicinal Chemistry of Anticancer Drugs

Carmen Avendano, J. Carlos Menendez

wyd.: **Elsevier Science Publishers**

2008 r., str. 400, cena 525,00 zł

Książka adresowana do farmaceutów, chemików, onkologów i pracowników naukowych. Przybliża najnowsze osiągnięcia w dziedzinie chemioterapii. Opisuje mechanizm działania leków przeciwnowotworowych.



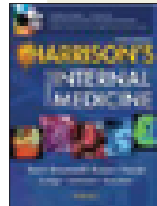
Rogers Textbook of Pediatric Intensive Care, 4/e

David G. Nichols.

wyd.: **Lippincott Williams & Wilkins**

2008 r., str. 1886, cena 525,00 zł

Czwarte wydanie podręcznika dla lekarzy pediatrów i studentów. Kładzie ono nacisk m.in. na współpracę lekarzy pediatrów i pielęgniarek w trakcie leczenia pacjenta. Porusza temat medycyny genetycznej. Ponad 900 ilustracji.



Harrison's Principles of Internal Medicine,

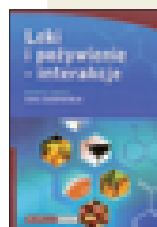
17 e, 2 vols

wyd.: **McGraw-Hill**, 2008 r., cena 395,00 zł

Książka dla lekarzy medycyny ogólnej – internistów i studentów. Opisuje główne objawy choroby i definiuje tok leczenia. Jest to wersja uaktualniona.

MedPharm Polska. Wydawnictwo Medyczne i Farmaceutyczne

53-333 Wrocław, ul. Powstańców Śląskich 28-30,
tel. 071-335-03-60, faks 071-335-03-61,
e-mail: info@medpharm.pl, www.medpharm.pl



Leki i pożywienie – interakcje

red. nauk. Zofia Zachwiejska

Wrocław 2008, str. 432

Omówiono wzajemne oddziaływanie leków i pożywienia. Następujące rozdziały: Wpływ pożywienia na leki w organizmie, Wpływ pożywienia na działanie poszczególnych leków, Wpływ leków na przyswajalność i metabolizm składników odżywczych. Książka skierowana do lekarzy, farmaceutów, dietetyków i pielęgniarek oraz przyjmujących leki.

Mięśniaki macicy

pod red. Janiny Markowskiej

Wrocław 2008, str. 138

Autorzy prezentują metody leczenia tego schorzenia, także małoinwazyjne, takie jak: embolizacja tętnic macicznych, laparoskopowa koagulacja tętnic macicznych i zogniskowana chirurgia ultradźwiękowa. Pomagają w doborze odpowiedniej metody leczenia i jego strategii oraz dalszej troski o dobro psychiczne i fizyczne kobiety.



Kompendium farmakologii i toksykologii Mutschlera

Ernst Mutschler, Gerd Geisslinger,

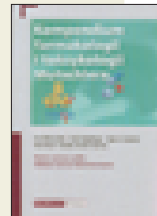
Heyo K. Kromer, Peter Ruth,

Monika Schäfer-Korting

wyd. I polskie. red. naukowa Włodzimierz Buczek

Wrocław 2008, str. 506

Podręcznik i jednocześnie leksykon farmakologii i toksykologii, który przez 35 lat rozrósł się wskutek wielu badań naukowych dotyczących leków. Dlatego dodatkowo wydano wersję kompaktową, mającą za zadanie ułatwić zapoznanie się z tematem tym, którzy zajmują się farmakologią i toksykologią po raz pierwszy. Przegląd współczesnej farmakologii, doskonale uzupełnienie do nauki farmakologii dla studentów oraz osób szkolących się i przygotowujących do egzaminów dyplomowych i specjalizacyjnych.



Ponadto nadesłano:

Odprawa Techniczna FAO dotycząca prebiotyków

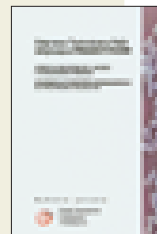
Raport z Odprawy Technicznej FAO 15-16 IX 2007

Agencja Usługowa ds. Jakości i Standardów Żywności (AGNS), Organizacja Narodów Zjednoczonych ds. Wyżywienia i Rolnictwa (FAO)

Nakład: **Polskie Towarzystwo Probiotyczne**

i Prebiotyczne, 31-121 Kraków, ul. Czysza 18,
tel. 012-633-25-67, 012-633-60-33, faks 012-423-39-24
Kraków 2008, str. 10

Materiał edukacyjny. Raport przygotowany dla AGNS i FAO z udziałem międzynarodowych ekspertów. Publikacja porusza aktualną tematykę prebiotyków. Osoby zainteresowane działaniami Polskiego Towarzystwa Probiotycznego i Prebiotycznego mogą uzyskać informacje na stronach, www.euprobio.com www.towarzystwoprobiotyczne.pl



Odżywianie dla zdrowia

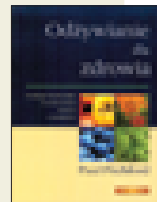
Paul Pitchford

tłum. Iwana Zagroba

Łódź 2008. **Wydawnictwo „Galaktyka” Sp. z o.o.**

90-562 Łódź, ul. Łąkowa 3/5, tel. 042-639-50-18 wew. 303,
www.galaktyka.com.pl, galak@galaktyka.com.pl, str. 774

Autor, wykładowca dietetyki na uczelniach amerykańskich, popularyzuje szeroką wiedzę o zagadnieniach zdrowego odżywiania. Uświadamia, że stosowane pokarmy mają różne właściwości terapeutyczne. Podkreśla, że odżywianie dla zdrowia zależy też od kondycji danej osoby. Proponuje proste metody złagodzenia różnych objawów w chorobach przewlekłych i ciężkich schorzeniach poprzez stosowanie odpowiedniego odżywiania. W książce znajdują się też wskazówki, jak zmienić złe nawyki żywieniowe powodujące otyłość lub niedobór masy ciała. Publikacja przydatna dla specjalistów i czytelników zainteresowanych zdrowym odżywianiem.



opr. md

Zjazdy koleżeńskie

Absolwenci AM w Gdańsku, rocznik 1955-60

Zjazd koleżeński z okazji 50 rocznicy absolutorium, którego część oficjalna odbędzie się **22.05.2010 r.** Prosimy o zgłoszenie udziału i podanie aktualnego adresu do 31.10.br. Podaj też adres znanych Ci koleżanek i kolegów z naszego roku. **Zgłoszenia: Barbara Pełlak-Till, ul. Straganiarska 43/46 m. 4, 80-837 Gdańsk; Janina Borówko, ul. Pawia 1A m. 5, 80-626 Gdańsk oraz e-mail: hania1209@wp.pl**

Wydział Stomatologii AM w Gdańsku, rocznik 1971 (studia 1965-71)

Spotkanie koleżeńskie w dn. **12-14.09.br. w Białowieży.** Informacje: **Maria Gołębiewska, e-mail: protetyk@umwb.edu.pl, tel. 502-655-221**

Wydział Lekarski AM W Białymstoku, rocznik 1972-78 oraz Wydział Stomatologii, rocznik 1972-77

Z okazji 30 rocznicy absolutorium spotkanie koleżeńskie w dn. **12-14.09.br. w Białymstoku.** Opłata za uczestnictwo 450 zł. Noclegi – rezerwacja – akademik AM oraz Dwór Czameckiego – miejsca zapewnione lub rezerwacja w innych hotelach we własnym zakresie. Zgłoszenia do 31.07.br. na adres: **modys@op.pl lub pietrzak_d@o2.pl.** Wpłaty do 31.07.br. na konto PKO BP 65 1020 1332 0000 1702 0124 0670, z dopiskiem „Zjazd Absolwentów – 30-lecie”. *Komitet organizacyjny: Marek Oldytowski, tel. 85 501-142-336, Danka Pietrzak, tel. 85 504-006-352, Ewa Bibik, tel. 85 600-225-706.* Informacje: telefonicznie lub **www.absolwentus.pl**

Wydział Lekarski i Stomatologii PAM, rocznik 1982-88

Zjazd koleżeński absolwentów Wydziału Lekarskiego i Stomatologii w dn. **3-5.10.br. w Hotelu Rybak w Międzyzdrojach.** Zgłoszenia do 30.06.br. (termin ostateczny): **Dariusz Adamczyk, tel. +48602-353-308, Beata Kozerańska, tel. +48604-614-689, Anita Wnuk, tel. +48668-398-686.**

Absolwenci AM w Poznaniu, rocznik 1983

To już 25 lat. **20.09.br.** spotkanie z okazji naszego jubileuszu, w **Hotelu Trawiński w Poznaniu, ul. Żniwna 2,** 61- 663 Poznań, tel. 0048 61-827-58-00, e-mail: office@hoteltrawinski.com.pl. Koszt uczestnictwa 270 zł. Wpłaty na konto: Nordea Bank Polska S.A. I Oddział w Poznaniu, nr 56 1440 1286 0000 0000 0214 2988, z dopiskiem „Absolwenci 1983”. Przekaż informację dalej! *Organizatorki: Ewa Wender-Ożegowska, tel. 0048-501-27-60-60, Ewa Koczorowska-Cieślak, tel. 0048-601-71-00-55.* Zgłoszenia na adres mailowy do 31.08.br.: formularz rejestracyjny i wszystkie kolejne informacje dostępne: **www.bokiz.pl/absolwenci83.** Rezerwacja noclegów indywidualnie bezpośrednio w hotelu.

Wydział Lekarski w Katowicach, Wydział Lekarski w Zabrze, Wydział Stomatologii SAM, rok ukończenia 1983

Spotkanie koleżeńskie **11.10.br. w Zakopanem w Hotelu Kasprowy.** Szacowany koszt kolacji 150 zł od osoby. Cenę noclegu w Hotelu Kasprowy wynegocjowano na 250 zł za noc za pokój dwuosobowy. Szczegóły spotkania, warunki rezerwacji oraz płatności dostępne będą na stronie internetowej: **www.absolwenci_slam1983.republika.pl.** Zgłoszenia uczestnictwa, rezerwacji oraz płatności za pośrednictwem **Hotelu „Mercure Kasprowy”, ul.Szymaszkowa, 34-500 Zakopane,** tel. recepcja: **+48 18-202-40-00,** rezerwacje: **+48 18-202-40-20,** e-mail: **mer.kasprowy@orbis.pl.** W razie chęci wcześniejszego przyjazdu lub przedłużenia pobytu prosimy również kontaktować się z hotelem. Zwracamy się z prośbą o przysyłanie na nasz adres ciekawych zdjęć ze wspólnych studenckich lat, planujemy opracowanie ich i prezentację w czasie spotkania w formie multimedialnej. **Małgorzata & Marian Papież, 34-511 Koscielisko, ul. Sobiechowska Bór 11,** e-mail: **marpap@poczta.onet.pl,** tel. domowy po godz. 20.00: **+ 48-18-2070-753; Grzegorz Michniewski, e-mail: grzegorz.michniewski@sandoz.com**

Imprezy różne

Lekarz do hospicjum

Ośrodek Hospicjum Domowe w Warszawie, ul. Tykocińska 27/35, tel. **022-670-67-00,** poszukuje lekarza do pracy. Warunki: 5 lat stażu, zdolność pracy zarówno z chorym, jak i z rodziną, umiejętność pracy w zespole interdyscyplinarnym oraz chęć podjęcia specjalizacji w dziedzinie **medycyny paliatywnej.** Potrzebne jest **posiadanie samochodu.** Teren działania: **prawobrzeżna część Warszawy** oraz okolice **Legionowa, Radzymina, Wołomina, Zielonki, Sulejówka.** Informacje: e-mail: **hospicjum@marianie.pol.pl**

Nieodpłatna diagnostyka genetyczna

Prowadzimy badania nad **rzadkimi zespołami genetycznymi wieku rozwojowego,** w których obrazie klinicznym **cukrzyca** jest skojarzona z postępującymi zaburzeniami widzenia (**atrofia nerwu wzrokowego, degeneracja siatkówki**), słuchu oraz zaburzeniami m.in. endokrynologicznymi i hematologicznymi. Są to zespoły: **Wolframa, Alströma, Wolcott-Rallisona i Rogera/TRMA.** Oferujemy możliwość przeprowadzenia nieodpłatnej diagnostyki genetycznej. Może to posłużyć wdrożeniu działań profilaktycznych oraz leczenia przyczynowego tych pacjentów w ramach międzynarodowych projektów klinicznych. Prosimy o **zgłaszanie do naszego Ośrodka pacjentów mogących odpowiadać ww. zespołom objawów klinicznych, pod podanym poniżej adresem lub numerami telefonu: Klinika Chorób Dzieci i Katedry Pediatrii UM w Łodzi, ul. Sporna 36/50, 91-738, Łódź, tel. 042-61-77-769,** kierownik kliniki prof. dr hab. med. **Wojciech Młynarski, dr med. Agnieszka Zmysłowska** – tel. **0601-851-397,** e-mail: **agazmysl@poczta.onet.pl**



DBAMY O TWÓJ SPOKÓJ

Oferuje lekarzom korzystne ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej z tytułu wykonywanego zawodu.
Rekomendowane przez nas produkty zostały wynegocjowane z wiodącymi na rynku ubezpieczycielami.

Proponujemy ubezpieczenie OC lekarza z roczną składką

TYLKO 200 ZŁ

Dla lekarzy posiadających OC lekarza możliwe są także dodatkowe zniżki przy ubezpieczeniu mieszkania, samochodu i gabinetu

Wszelkich informacji oraz pomocy udzieli Państwu nasi pracownicy
Możliwy jest kontakt telefoniczny lub za pośrednictwem e-mail.

MEDBROKER Sp. z o.o.

ul. Grójcka 65A
02-094 Warszawa,
tel/fax (022) 624 02 48,
(022) 624 02 49
e-mail: biuro@medbroker.pl

Zapraszamy również na naszą stronę internetową

W związku ze zmianą Rodzima Cyfrowego składka może ulec zmianie

www.medbroker.pl