

7-8 2005

Gazeta Lekarska

ISSN 0867-2146

Egzemplarz bezpłatny

Pismo Izby Lekarskich

parter	Centralne Laboratorium		
	II Zakład Rentgenodiagnostyki		
Ip	Blok Operacyjny /wejście przez blok B/		

Deklaracja:

**0 przyjazny pacjentowi
i efektywny
system opieki zdrowotnej**



Sondy i sądy

Niewątpliwą zdobyczą minionego stulecia w Europie jest wolność słowa. Tyle, że w państwie prawa obarczona jest ryzykiem przegranego procesu cywilnego. Bo równie ważne w takim państwie jest prawo do obrony własnych dóbr osobistych. Profesor prawa Lech Kaczyński, który może zostać prezydentem, twierdzi, że przestępcą, i to wielokrotnym, nie jest ten, kto został skazany, lecz ten, kto popełnił te przestępstwa. I mówi to wobec kogoś, kto nie tylko nigdy nie był karany ale nawet nie toczyło się przeciwko niemu żadne postępowanie. Po prostu go zniesławia. Prywatnie może sobie uważać Wachowskiego za kogo chce, ale jako osoba publiczna już nie. Gorzej jednak, gdy w debatę publiczną wkracza się za pomocą prawa karnego. „Ja bym nie skazał Kaczyńskiego za pomówienie” – mówi prof. Zbigniew Holda z Helsińskiej Fundacji Praw Człowieka. Można go lubić lub nie, ale skazanie przez sąd polityka za wypowiedź przeciwko drugiemu jest niewłaściwe. Przepis, w oparciu o który został skazany, jest ryzykowny, bo w debatę publiczną nie można wkraczać za pomocą prawa karnego. Zdaniem Fundacji jest on niekonstytucyjny i dlatego zaskarżyliśmy go do Trybunału Konstytucyjnego – wyjaśnia profesor.

Nie słabnie również walka o odpowiedzialność za słowo, ale i o manipulację obietnicą czy przyrzeczeniem. „Z obfitości serca mówią usta” – mało kto dziś chce o tym pamiętać. Ot, choćby taka restrukturyzacja, która miała być receptą na łatwe szczęście. Szpital w Dąbrowie Tarnowskiej uzyskał decyzję Wojewody Małopolskiego o wszczęciu postępowania restrukturyzacyjnego, stosowne dokumenty zostały złożone w Banku Gospodarstwa Krajowego. Sęk w tym, że nie może otrzymać pożyczki, bo do banku nie przelano pieniędzy. Dyrekcja postarała się o ugody z dwustoma wierzycielami i sześciusetosobową załogą, że ci w całości odstąpią od odsetek. Bank jest przygotowany do wypłacenia pierwszej transzy, tylko pieniędzy nie ma i nic nie wskazuje na to, że rząd je w najbliższym czasie przekaże, chyba że pojawi się nadwyżka budżetowa. Czy łatwiej sporządzić wszystkie stosowne dokumenty niż wydać decyzję o uruchomieniu rezerwy z budżetu państwa? Tylko po co, jeżeli tak naprawdę, chyba tylko nam zależy na poprawie sytuacji w naszym wiecznie poniżanym resorcie – żali się w redakcyjnej sondzie dyrektorka szpitala Teresa Kopczyńska. Więcej o restrukturyzacji po wakacjach.

Kłamstwo, drwina i niedotrzymywanie obietnic niszczy więzi społeczne. Umiejętność szanowania opinii i poglądów, których się nie podziela, buduje i utrwala te więzi. Polskie słowa wyzwolone z cenzury w bezkrwawej rewolucji stały się środkiem nieskrępowanej komunikacji między ludźmi. Starsi potrafią docenić ten stan, mając w pamięci czasy zniewolonych słów. Młodszy traktują to jako normę. Nikt nie lubi nadmiaru odpowiedzialności za to, co źle się kończy. Przekonamy się o tym niebawem, kiedy po wakacjach rozpocznie się nowy festiwal obietnic i słów rzuconych na wiatr. Polska jest wciąż krajem z ograniczoną odpowiedzialnością, choć mam nadzieję, że niedługo każdy będzie odpowiedzialnie korzystał z przysługującej mu wolności słowa. Bo jeśli nie, to alternatywą będzie sytuacja, kiedy czasem lepiej nic nie mówić i sprawiać wrażenie idioty niż się odezwać i rozwiać wątpliwości.

Marek Stankiewicz
naczelnny@gazetalekarska.pl

W NUMERZE

między innymi

O przyjazny pacjentowi i efektywny system opieki zdrowotnej w Polsce	4
Okiem Prezesa	5
Śladem naszych publikacji	5
Ubezwłasnowolnienie w majestacie prawa	6-10
Doskonalenie zawodowe. Blaski i cienie	14-17
Cicha rewolucja	18-19
Saldent 2005	20-21
Rzecznicy w Krzyżowej	25
Czy przedłużyć okres karalności?	26
Zoll u rzeczników	27
Odpowiedzialność cywilna i kryzys praktyki lekarskiej	28-29
Przychodzi lekarz do prawnika	30-31
Homo homini res sacra	32-34
Mój język wyznacza mi granice	35
Komisje Kontroli Zawodowej zamiast Hipokratesa	36-37
Lekarski sport	40-41
Kalendarz – kursy, szkolenia, zjazdy	42-43
Książki nadesłane	44
Konkursy, ogłoszenia różne	45-59
Solidarnie upomnijmy się o nasze prawa! – tabela	23-24
Biuletyn NRL	

„Gazeta Lekarska” w Internecie
www.gazetalekarska.pl

O przyjazny pacjentowi i efektywny system opieki zdrowotnej w Polsce

My, niżej podpisani, przedstawiciele szerokiego kręgu środowisk związanych z ochroną zdrowia stwierdzamy, że polska służba zdrowia wymaga zdecydowanych działań naprawczych. Obowiązująca ustawa „O świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych” powtarza zasadnicze wady swojej poprzedniczki. Nie wprowadza oczekiwanego przełomu w funkcjonowaniu służby zdrowia, obniża poczucie bezpieczeństwa zdrowotnego Polaków.

W przededniu wyborów do parlamentu **rekomendujemy ugrupowaniom pretendującym do objęcia władzy wprowadzenie systemu opieki zdrowotnej respektującego niżej wymienione zasady.** W naszej opinii przyjazny pacjentowi i efektywny system opieki zdrowotnej powinien być oparty na:

- podmiotowości pacjenta w systemie,
- mechanizmach rynkowych: konkurencji między ubezpieczycielami i świadczeniodawcami,
- decydującym udziale środków publicznych w finansowaniu świadczeń zdrowotnych,
- współudziale środków prywatnych w finansowaniu świadczeń zdrowotnych o podwyższonym standardzie,
- możliwości funkcjonowania dodatkowych ubezpieczeń zdrowotnych,
- równouprawnieniu wszystkich świadczeniodawców.

Wyrażamy zdecydowany sprzeciw wobec propozycji powrotu do służby zdrowia zorganizowanej w oparciu o system nakazowo-rozdzielczy, tworzący iluzję bezpieczeństwa zdrowotnego, czyniący z pacjenta przedmiot w rękach biurokracji, nie szanujący zasad ekonomii i przez to podtrzymujący funkcjonowanie szarej strefy.

System opieki zdrowotnej realizujący wymienione zasady musi przyjąć następujące rozwiązania:

W zakresie finansowania świadczeń zdrowotnych:

- Z obowiązkowej składki powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego (PUZ) jest opłacana zasadnicza część świadczeń zdrowotnych dostępna dla wszystkich ubezpieczonych.
- Środkami ubezpieczonych pochodzącymi z PUZ mogą zarządzać, konkurując ze sobą, publiczne, jak i niepubliczne firmy („zarządzanie składką”). Ubezpieczony ma prawo wyboru dowolnej firmy. Do firmy wskazanej przez ubezpieczonego będzie przekazywana jego składka.
- Powstanie instytucja standaryzacji medycznej, która określi: definicję świadczeń refundowanych przez PUZ, standardy ich wykonywania, wymagania techniczne, sprzętowe, dotyczące personelu medycznego oraz standaryzowane koszty świadczeń zdrowotnych.
- Część kosztów świadczeń zdrowotnych finansowana jest ze środków prywatnych za pośrednictwem dodatkowych, dobrowolnych ubezpieczeń zdrowotnych lub bezpośrednio przez pacjentów.
- Osoby najuboższe będą miały zapewnioną pomoc socjalną na ewentualne dopłaty do części świadczeń.
- Część świadczeń finansuje bezpośrednio budżet państwa (np. procedury wysokospecjalistyczne, medycyna ratunkowa).

W zakresie organizacyjnych aspektów funkcjonowania systemu:

- Równouprawnienie wszystkich świadczeniodawców, bez względu na formę własności.
- Swobodny wybór świadczeniodawcy przez pacjenta.
- Konkurencja między świadczeniodawcami o pacjenta i o środki przeznaczone na jego leczenie.

- Każdy świadczeniodawca, który spełnia warunki ustalone przez instytucję standaryzacji medycznej (bez konkursu ofert) ma prawo do udzielania świadczeń i ma zrefundowaną taką samą kwotę za świadczenie udzielone na określonym poziomie jakości.
- Możliwość dopłaty pacjentów do niektórych świadczeń.
- Nadzór ubezpieczyciela nad zasadnością udzielanych świadczeń, wprowadzenie rejestru usług medycznych, w tym europejskiej karty ubezpieczenia zdrowotnego.

System oparty na powyższych zasadach będzie systemem stabilnym, oszczędnym, elastycznym finansowo, zapewniającym bezpieczeństwo zdrowotne i ekonomiczne.

Niżej podpisani deklaruje swoje poparcie tym politykom, którzy w swoich programach zadeklarują wprowadzenie systemu opieki zdrowotnej opartego na zaprezentowanych zasadach.

W czasie konferencji prasowej podpisy złożyli przedstawiciele następujących organizacji:

1. **Naczelna Rada Lekarska** – Konstanty Radziwiłł, prezes NIL,
2. **Izba Gospodarcza „Medycyna Polska”** – Ryszard Olszanowski, przewodniczący Rady Izby,
3. **Ogólnopolskie Stowarzyszenie Szpitali Niepublicznych** – Andrzej Sokołowski, prezes Stowarzyszenia,
4. **Ogólnopolski Związek Pracodawców SPZOZ** – Jacek Profaska, prezes Związku,
5. **Centrum im. Adama Smitha** – Wojciech Misiński, ekspert Centrum,
6. **Konfederacja Pracodawców Polskich** – Andrzej Sośnierz, ekspert KPP,
7. **Ogólnopolska Federacja Związków Zawodowych Pracowników Ochrony Zdrowia** – Eugeniusz Muszyc, przewodniczący Federacji,
8. **Stowarzyszenie Menedżerów Opieki Zdrowotnej STOMOZ** – Maciej Sokołowski, wiceprzewodniczący Głównej Komisji Rewizyjnej,
9. **Zachodniopomorski Związek Pracodawców Lecznictwa** – Jacek Podolski, członek Zarządu,
10. **Ogólnopolski Związek Zawodowy Lekarzy** – Krzysztof Bukiel, przewodniczący.

Ponadto swoje poparcie dla deklaracji wyraziły organizacje, których przedstawiciele nie byli obecni na konferencji prasowej:

1. **Ogólnopolski Związek Pracodawców Prywatnej Służby Zdrowia** – Marcin Halicki, prezes Związku,
2. **Wielkopolski Związek Pracodawców Ochrony Zdrowia – PZ** – Andrzej Grzybowski, prezes Związku,
3. **Polskie Stowarzyszenie Dyrektorów Szpitali** – Marek Krobicki, członek Zarządu,
4. **Okręgowa Rada Lekarska w Warszawie** – Andrzej Włodarczyk, przewodniczący Rady,
5. **Federacja Związków Pracodawców ZOZ** – Wiktor Masłowski, prezes,
6. **Transparency International Polska** – Julia Pitera, prezes Zarządu.

Warszawa, 21 czerwca 2005 r.

Czym się różni majster?

Ze zdumieniem przeczytałem artykuł „Czym się różni majster?” w numerze czerwcowym „GL”. Nie jestem rezydentem, swoją specjalizację odbywam „z etatu”. Wprawdzie płaca rezydentka to 1637 zł brutto – i jest to, wydawałoby się, więcej niż np. moja pensja 1400 zł brutto, ale do mojej nie wlicza się dyżurów, a do pensji rezydenta, zgodnie z ustawą, jest ich doliczanych osiem. Czyli tak naprawdę lekarz rezydent za samą pracę, bez dyżurów, dostaje znacznie mniej, bo ok. 800-900 zł brutto, niż lekarz na etacie.

Inna sprawa, że dyrektorzy szpitali rzadko kiedy czytają ustawy i płacą rezydentom również za dyżury. Ale to już nie wina rezydenta. Jest to tym bardziej zaskakujące, bo jakoś łatwiej jest mi sobie wyobrazić, że płace rezydentkie zostaną zredukowane np. do poziomu 1300 zł brutto, oczywiście razem z dyżurami. Za to trudniej będzie doczekać się, by znacznie wyższe płace lekarzy z etatu podwyższono do godnego poziomu.

Zanim zatem odbierze lekarzom rezydentom 1100 zł miesięcznie, bo coś koło tego dostają na rękę za pracę w godzinach etatowych i na dyżurach, zastanówcie się, czy któryś z nas, lekarzy na etacie, pracowałby za 1100 zł na rękę za etat i osiem dyżurów. Ja w każdym razie wątpię.

Piotr Z.
Gdańsk

Czyje życie, tego śmierć

Coś takiego jak *socialized medicine* czy też inny rodzaj opieki państwa nad pacjentem w USA nie istnieje. Państwo nie bierze udziału w podejmowaniu decyzji o leczeniu pacjentów lub jego zaniechaniu.

Ta młoda kobieta, Terri Schiavo, przez 15 lat pozostawała w łóżku wymagając całkowicie opieki pielęgniarskiej, włączając w to sztuczne karmienie przez sondę. Pewnego dnia zaistniał konflikt pomiędzy mężem pacjentki, który już dłużej nie chciał opłacać wydatków związanych z kosztowną opieką, a jej rodzicami domagającymi się kontynuowania tej opieki i podtrzymywania Terri przy życiu. Sprawę oddano do sądu rejonowego.

Wydane zostały w tym czasie prawie wszystkie pieniądze otrzymane od szpitala jako rekompensata (kilka milionów dolarów) przyznana przez sąd z powodu błędów lekarskich popełnionych podczas pierwszej hospitalizacji Terri z powodu bulimii z zaburzeniami metabolicznymi. W tym czasie mąż pacjentki żył z inną kobietą, z którą miał już troje dzieci. Jako wykonawca wyroku sądu był zobowiązany do opieki nad swoją żoną aż do jej śmierci. Nikt się nie spodziewał, że będzie ona żyła tak długo.

Elżbieta Kondracka
lekarz rodzinny, Floryda, USA

Okiem Prezesa



Samorząd lekarski kończy pierwszy etap wyborów w rejonach. Jakie są pierwsze refleksje? Stosunkowo duża, chociaż chyba mniejsza niż niektórzy prorokowali liczba zebrań nie odbyła się z powodu braku quorum. Nie jest to na pewno powód do radości. Mam jednak wrażenie, że to nie tylko, jak niektórzy twierdzą, kryzys zaufania członków do izb lekarskich, ale po prostu przejaw coraz powszechniejszego zobojętnienia na sprawy publiczne i coraz bardziej dominującego przekonania o braku wpływu obywateli na sprawy ogólne. Chociaż te sprawy ich właśnie dotyczą. Słyszając narzekania niektórych dotychczasowych działaczy samorządu, którzy nie zostali wybrani, myślę, że wielu z nich sądziło, iż to się zrobi samo. A może trzeba było bardziej przekonująco poprosić kolegów w rejonach o przyjście na zebranie wyborcze i oddanie na nich głosu? Może był to pierwszy sprawdzian sprawności organizacyjnej tych, którzy chcą nas reprezentować? Sądzę jednak, że po zakończeniu tych wyborów trzeba będzie ponownie przemyśleć naszą ordynację wyborczą i ponownie rozpatrzyć propozycje możliwości oddawania głosu drogą korespondencyjną, kandydowania w kolejnych szczeblach wyborów osób nie będących delegatami na zjazdy, całkowitego oddzielenia wyborów wśród lekarzy i lekarzy dentystów itd.

Co z tą naszą skutecznością? 23 czerwca Trybunał Konstytucyjny rozpatrywał wniosek Naczelnej Rady Lekarskiej o uznanie niezgodności z Konstytucją kilku artykułów ustawy o diagnostyce laboratoryjnej. Stwierdziliśmy w nim, że ustawa powołująca nowy zawód diagnosty laboratoryjnego w niedopuszczalny sposób ogranicza uprawnienia lekarzy do zajmowania się diagnostyką laboratoryjną, zarówno w laboratoriach, jak i w gabinetach lekarskich. TK przyznając nam rację uchylił kilka artykułów ustawy i jednocześnie stwierdził, że cała sprawa wymaga ponownego całościowego uregulowania. Niby drobiazg, ale wcale nie mała grupa kolegów chcących zajmować się diagnostyką może mieć nadzieję na bardziej godne potraktowanie ich sytuacji.

Co z obawami o skuteczność? Od miesiąca zbieramy podpisy pod ustawą o zasadach finansowania doskonalenia zawodowego lekarzy i lekarzy dentystów (rezydentura dla każdego absolwenta stażu, dwa tygodnie płatnego urlopu szkoleniowego rocznie, odliczenie kosztów doskonalenia zawodowego od podstawy opodatkowania), która dla wielu z nas może stanowić szansę bardziej ludzkich warunków kształcenia. Naczelna Rada Lekarska i niektóre okręgowe rady oraz niektóre organizacje lekarskie zaapelowały o włączenie się do akcji. A co z Tobą Koleżanko, Kolego? Ile podpisów przesłaliście do Naczelnej Izby Lekarskiej? Jak na razie nie jestem szalonym optymistą, jeśli chodzi o możliwość zebrania 100 tysięcy podpisów. Ale jest jeszcze szansa dla każdego, kto chce i dziś włączyć się do akcji – na str. 23 „Gazety” jest po raz kolejny zamieszczona tabelka do zbierania podpisów.

W dniu, w którym piszę, dobiegają końca trudne negocjacje ogólnych warunków umów w Narodowym Funduszu Zdrowia. Trudno dziś przewidzieć, jak się skończą. To jednak pionierskie przedsięwzięcie, w którym bierze udział dziesięć organizacji reprezentujących świadczeniodawców w ochronie zdrowia z jednej i Narodowy Fundusz Zdrowia z drugiej strony. Na razie rozmowy dotyczą ogólnych warunków umów, a w tym ustaleń dotyczących rodzajów świadczeń, sposobu wyceny tych świadczeń oraz warunków ich udzielania. Strony negocjacji zgodnie zapowiadają kontynuację wspólnych prac w szczególności dotyczących szczegółowych materiałów informacyjnych dotyczących umów w poszczególnych rodzajach świadczeń, a w przyszłości być może wspólnych analiz kosztów opieki zdrowotnej i innych ważnych obszarów współpracy. Stwarza to szansę odejścia (w przyszłości także zagwarantowania tego w odpowiednich przepisach) od barbarzyńskiej zasady stosowanej od sześciu lat polegającej na jednostronnym ustalaniu przez płatnika zasad i cen kontraktowania obowiązujących świadczeniodawców, bezzasadnego w ochronie zdrowia konkursu ofert jako głównej metody zawierania umów i stawiania pojedynczych świadczeniodawców wobec potężnego funduszu w celu rozwiązywania wszelkich sporów i rozbieżności. To, co już dziś można nazwać sukcesem, to koordynacja stanowisk wszystkich reprezentacji świadczeniodawców udająca się w ogromnej większości omawianych spraw, a to już dużo!

Konstanty Radziwiłł

Ubezważnawienie w majestacie prawa



Ryszard Kijak

„SPSK zatrudni: lekarza odbywającego specjalizację z otolaryngologii (pełnienie dyżurów medycznych), lekarza posiadającego II st. specjalizacji z chirurgii ogólnej (staż pracy minimum 10 lat)” – czytamy w ogłoszeniu jednego ze szpitali klinicznych.

foto. Marek Stankiewicz

Przecież czegoś takiego jeszcze świat nie widział! Jeszcze niedawno to właśnie szpitale kliniczne musiały wprost opędać się od nadmiaru lekarzy chętnych do podjęcia pracy. Zainteresowani ustawiali się w kolejkach, albo szukali kogoś, komu by można coś dać za etat. A teraz te same szpitale polują na lekarzy? Niebywałe!

Dobre złego początki

Obserwując eksperymentalne wybryki polityków dotyczące polskiego systemu ochrony zdrowia już od początku było wiadomo, że wcześniej czy później do tej sytuacji dojdzie. Szpitale kliniczne są właśnie klinicznym przykładem krótkowzrocznego sposobu myślenia.

Zrazu wszystko zapowiadało się dobrze. Wraz z wprowadzeniem reformy nastąpiło oddłużenie i przekształcenie państwowych szpitali klinicznych w samodzielne publiczne, z ministrem zdrowia jako organem założycielskim. Dyrektora mianował minister po konsultacji z rektorem. Szpitale kliniczne otrzy-

mały niemal tyle samo samodzielności, co inne szpitale, poza dodatkowym, ustawowym obowiązkiem udostępniania uczelni swojej bazy na potrzeby działalności naukowej i dydaktycznej. Miało się to odbywać na zasadzie zawierania umów pomiędzy uczelnią a szpitalem, jako dwoma równoprawnymi podmiotami.

Niesłychana emancypacja

I to właśnie stało się solą w oku rektorów. Zdaniem ówczesnego przewodniczącego Konwentu Rektorów Uczelni Medycznych prof. Zbigniewa Puchalskiego podniesienie rangi szpitala klinicznego do poziomu równorzędnego partnera akademii medycznej było niedopuszczalne. „Szpital uniwersytecki został przecież stworzony na potrzeby szkoły wyższej i nie może jej teraz dyktować warunków! Uczelnia musi nim zarządzać bezpośrednio, bo to tutaj właśnie realizuje ona większość swoich zadań statutowych!” – wyjaśniał mi kiedyś.

Na słowach się oczywiście nie skończyło. Poseł SLD Władysław Szkop dał się namówić na podjęcie poselskiej inicjatywy ustawodawczej, w wyniku której doszło do nowelizacji zapisów ustawy o zakładach opieki zdrowotnej dotyczących zmiany statusu szpitali klinicznych. Sejm przedostatniej kadencji uchwalił ten projekt, i od tej pory przymiotnik „samodzielny” w przypadku szpitala klinicznego stał się czystą fikcją i żywą kpina. Powstał za to potworek logiczno-słowny „samodzielny publiczny szpital kliniczny akademii medycznej”. Czemu potworek? No bo albo „samodzielny”, albo „akademii medycznej”.

nej”. Nie można tych określeń zestawiać razem, gdyż jedno drugiemu przeczy.

Ministerstwo Zdrowia powitało nowelizację z wielką radością, pozbywając się szybko ogromnego balastu oraz potwornych kłopotów i wydatków. Rektorzy po cichu zaczęli załatwiać ponowne oddłużenie szpitali klinicznych, bo była to istotna część ich planu. Ale, niestety, nic z tego nie wyszło. Stanęli wówczas, na własne życzenie, przed problemami, których przedtem nawet sobie nie wyobrażali. Wystarczy przypomnieć z jakim zadłużeniem i z jakimi zagmatwanymi problemami własnościowymi przejęły kliniczne szpitale akademie medyczne we Wrocławiu czy w Gdańsku i jaki dramat w związku z tym przeżyły te uczelnie.

Obecny prorektor ds. klinicznych Akademii Medycznej w Białymstoku prof. Marek Rogowski uważa, iż przejęcie szpitali z długami było wielkim błędem. „Jeśli nie udało się ich oddłużyć, to lepiej byłoby nie przejmować tych szpitali wcale. W przeciwieństwie do samorządów terytorialnych, uczelnie medyczne nie są w stanie wygospodarować dodatkowych pieniędzy na utrzymanie lecznic w razie jakiegś biedy. Dysponują jedynie środkami na działalność naukową i dydaktyczną, które i tak są niewystarczające – wyjaśnia prof. Rogowski. – Nie mogą, jak samorządy, zabrać części środków z puli przeznaczonej np. na remont dróg i wpompować je w upadające szpitale. Tak więc przeniesienie właściwości założycielskich z Ministerstwa Zdrowia na uczelnie było decyzją nieprzemysłaną, z nie do końca przewidzianymi konsekwencjami. Myślę, że bardziej chodziło o sprawę ambiciońską niż merytoryczną.”

rys. Małgorzata Gnyś



Ubezwłasnowolnienie dyrektora

REKLAMA

Przejęcie szpitali klinicznych przez uczelnie bynajmniej nie było żadnym bodźcem do dokonania głębszych zmian strukturalnych wewnątrz tych jednostek. Podział kompetencji i niekompetencji pełen jest tam teraz takich dziwacznych paradoksów. Sprawiają one, że, poczynając od dyrektora, cała kadra zarządzająca została całkowicie ubezwłasnowolniona.

Dyrektora szpitala klinicznego powołuje i odwołuje rektor. I ten fakt już sam mówi za siebie. A często zdarza się, że rektor lub prorektor do spraw klinicznych jest jednocześnie kierownikiem jednej z klinik w tym szpitalu. Wtedy, wprawdzie teoretycznie, dyrektor jest zwierzchnikiem kierownika kliniki – jako ordynatora, ale faktycznie dyrektorem rządzi ów kierownik, bo równolegle jest rektorem i pracodawcą dyrektora.

Jeszcze ciekawiej jest, gdy dyrektor pochodzi z kliniki, której szefem jest rektor lub prorektor. Podskoczy? Nigdy w życiu! Trzeba pamiętać, że dyrektorem się bywa, a lekarzem się jest. Wrazie czego trzeba przecież mieć dokąd wrócić, tak czy nie? – pytają retorycznie, choć anonimowo dyrektorzy.

Brak przełożenia w dół

Na podstawie ustawy o zakładach opieki zdrowotnej ordynatorem automatycznie zostaje wyznaczony przez uczelnię kierownik kliniki. Dyrektor szpitala klinicznego nie ma więc żadnego przełożenia i wpływu na ordynatorów. Ani na ich dobór, ani na dyscyplinowanie do czegokolwiek. Na przykład, mimo zgody dyrektora, ordynator może zabronić lekarzom z innej kliniki dostępu do danych medycznych i statystycznych pacjentów swojej kliniki. I nie ma żadnej siły, która by go zmusiła do zmiany tak niedorzecznej decyzji. Ale to „mały pikuś” w porównaniu z ciągłymi kontrowersjami na linii ordynator – dyrektor na temat stosowanych metod diagnostycznych, terapeutycznych, leków i sprzętu medycznego. A tu już chodzi o pieniądze. To wszystko powoduje, że taką strukturą w sposób racjonalny w ogóle nie da się zarządzać.

Co gorsza, rektor też nie ma nad kierownikami klinik tak wielkiej władzy,

dokończenie na str. 8

REKLAMA

Ubezważnawolnienie w majestacie prawa

dokończenie ze str. 7

ponieważ ustawa o szkolnictwie wyższym gwarantuje im – jako samodzielnym pracownikom naukowym – prawie całkowitą nienaruszalność. Swego czasu jeden z rektorów opowiadał mi, że próbował pozbyć się pewnego kierownika. Sam o mało co nie stracił przez to stanowiska, i od tej pory zaniechał dalszych doświadczeń w tym zakresie.

A co z lekarzami pracującymi w szpitalu klinicznym? 30-50 proc. z nich to pracownicy uczelni, z reguły mający ze szpitalem umowę tylko na 2-3 godz. pracy dziennie. Pozostają praktycznie poza zasięgiem władzy dyrektorskiej.

Zarządzając jedynie grupą zajmujących szeregowie stanowiska lekarzy „szpitalnych” (nie zatrudnionych przez uczelnię, lecz bezpośrednio przez szpital) oraz pielęgniarkami i salowymi (o ile te ostatnie nie zostały jeszcze sprzedane firmie zewnętrznej), a także administracją i działem technicznym, dyrektor szpitala klinicznego nie ma żadnych szans na przeprowadzenie radykalnej, kompleksowej restrukturyzacji czy na wdrożenie dyscypliny finansowej w poszczególnych jednostkach organizacyjnych.

Dlatego właśnie – dzięki takim a nie innym przepisom prawnym – szpitale kliniczne z samego założenia są całkowicie niereformowalne.

„Przepisy nie przystają do rzeczywistości – twierdzi prof. Rogowski. – Wpraw-

dzie na stanowiska kierowników klinik co 5 lat organizuje się konkursy, ale bardzo rzadko zdarza się, aby urzędujący kierownik nie wygrał kolejnej edycji. Lepszy już byłby chyba kontrakt menedżerski” – przyznaje profesor.

Sfrustrowana kadra lekarska

Dla lekarzy szpitalnych awans na ordynatora w szpitalu klinicznym jest niemożliwy, a dla pracujących na uczelni – odległy jak stąd do Marsa. Ten aspekt nie jest motywacją do robienia kariery. Jej źródłem nie jest też skandaliczne wynagrodzenie wypłacane lekarzom przez szpitale kliniczne. Frustrację tę pogłębia fakt, że kadra owych placówek zajmuje się przecież najtrudniejszymi, najbardziej skomplikowanymi przypadkami, którymi żaden inny szpital nie chce albo nie jest w stanie się zająć.

Za tę pracę (według zestawienia sporządzonego w marcu br. przez białostocką Okręgową Izbę Lekarską) ordynator z SPSK w Białymstoku otrzymuje średnio brutto 4177 zł, a z DSK – 4276 zł. Czy to dużo, czy mało? Otóż mniej więcej tyle samo zarabiają ordynatorzy w szpitalach powiatowych w Sejnach (4225 zł), w Dąbrowie Białostockiej (4097 zł), czy w Zambrowie (3924 zł). W Białostockim Centrum Onkologii jest to 4520 zł, a w szpitalu Przeciwgruźliczym – 5420 zł.

Starszy asystent zarabia w białostockim SPSK średnio brutto (nie licząc dyżurów) 2250 zł, a w DSK – 2269 zł. Dla porównania, w Szpitalu Powiatowym w Augustowie wynagrodzenie na tym stanowisku wynosi 2134 zł, w Grajewie 2171 zł, w Sokółce 2181 zł, w Dąbrowie Białostockiej już 2339 zł, w Sejnach 2406 zł, a w Zambrowie 2492 zł.

Nie lepiej jest z asystentami. W SPSK ich średnie pobory (też brutto i bez dyżurów) wynoszą 1800 zł, w DSK 1700 zł. Mniej więcej tyle samo mogliby otrzymać w Szpitalu Powiatowym w Wysokiem Mazowieckim – 1718

zł, czy w Siemiatyczach – 1793 zł. Ale już w Augustowie asystenci zarabiają 1862 zł, w Sokółce 1883 zł, w Hajnówce 1926 zł, w Sejnach zaś 2221 zł.

Specjalistyczny wyciek

Nic dziwnego, że natychmiast po upośledzeniu się z codziennymi obowiązkami w swojej klinice lekarze ze szpitali klinicznych wyruszają „w teren” – do poradni specjalistycznych, spółdzielni, niepublicznych ZOZ-ów, własnych gabinetów czy do różnych innych instytucji i firm, gdzie pracują dodatkowo jako biegli, orzecznicy lub konsultanci.

Co ich trzyma w szpitalu klinicznym? Niektórych zwykle wygodnictwo, bo ośrodki akademickie charakteryzują się wysokim nasyceniem personelu medycznego. Na miejscu o inną pracę niełatwo, a wyjeżdżać z miasta po prostu się nie chce. Innych – jak wyznaje pewien pragnący zachować anonimowość docent – możliwość tzw. swobodnego przepasowania chorego, która polega na tym, że pracując w szpitalu zawsze można tam położyć pacjenta ze swojego gabinetu prywatnego, zając się nim i liczyć na jego „wyrazy wdzięczności”. A najlepiej ma ten, kto „trzyma w szpitalu bramkę”.

Ale gdy kliniczni wyrobnicy mają już dosyć tej beznadziejnej szamotaniiny, wynoszą się za granicę, albo do któregoś ze szpitali powiatowych, gdzie zarobki są wyższe, praca spokojniejsza, a pacjenta – w razie kłopotów – zawsze można odesłać do kliniki, w której kiedyś się pracowało za grosze. „Społeczeństwo pewnej uroczej miejscowości ufundowało mi w ciągu kilku lat dom i porządny samochód” – chwali się jeden z moich kolegów, Krzysztof G., niezły zresztą fachowiec, który z ulgą porzucił pracę w klinice i przeniósł się do powiatu.

Szpitale kliniczne ubożają kadrowo. I to nie tylko z powodu jej frustracji związanej z poczuciem niedowartościowania i niedofinansowania oraz archaicznej, carsko-pruskiej struktury stosunków służbowych. Dzieje się tak również z powodu prowadzonej przez niektórych kierowników klinik polityki kadrowej, bo to oni prowadzą tę politykę, a nie dyrektor szpitala. Z obawy, aby niechcący nie wyhodować sobie na własnym łonie konkurenta do sławy, kierownicy ci blokują rozwój zawodowy, a czasem i naukowy przyjętych przez siebie do pra-

dokończenie na str. 10

rys. Małgorzata Gnyś



Ubezważnawolnienie w majestacie prawa

dokończenie ze str. 8

cy asystentów. Kiedy więc sami odchodzą, pozostawiają po sobie zespół, który potrzebuje jeszcze wielu lat, aby dopracować się tzw. nazwisk.

Ni pacjenta, ni pieniądza

Oprócz specjalistów uciekają też pacjenci. Bo to właśnie lekarze z nazwiskami i tytułami przyciągają ich do danego szpitala. I jeśli się okaże, że paru popularnych doktorów wyjechało za granicę, kilkunastu innych przeniosło się do szpitali powiatowych czy wojewódzkich, a iluś tam profesorów odeszło do konkurencji lub na emeryturę, to nagle – ni stąd ni zowąd – sale chorych w klinikach zaczynają pustoszeć, a przed dyrektorem pojawia się dramatyczny problem, jak tu dogonić roczny kontrakt z NFZ.

A konkurencja nie śpi. Podkupuje fachowców, którzy zabierają ze sobą „swoich” pacjentów. Rozszerza swoją ofertę o świadczenia, które do niedawna były wyłączną domeną szpitali klinicznych, stwarza chorym lepsze warunki socjalne. I stara się w ten sposób ciągnąć do przodu.

Natomiast szpitale kliniczne, o ile pozostaną nadal w obecnych ramach orga-

nizacyjno-prawnych, będą miały coraz większe kłopoty. Poziom wynagrodzeń już dawno spadł do rangi szpitali powiatowych. Coraz częściej będą więc anonsami prasowymi wabić do siebie słabo zorientowanych lekarzy. I tylko patrzeć, jak za pomocą ogłoszeń zaczną też gorączkowo poszukiwać pacjentów.

Warto pamiętać, że oprócz problemów wewnętrznych, szpitale kliniczne nękane są również wszystkimi plagami zewnętrznymi wynikającymi z idiotycznego systemu, dobijającego je tak samo jak każdy inny szpital. A może nawet bardziej, ze względu na nieuniknione wyższe koszty udzielanych tam świadczeń, spowodowane ustawowym i statutowym powiązaniem z dydaktyką i działalnością naukową. Jeżeli prawny i organizacyjny gorset nie zostanie poluzowany, szpital kliniczny może stać się kulą u nogi swojej uczelni i pociągnąć ją za sobą w topiel.

Bolesne widmo

Ratunkiem przed tą ewentualnością byłby powrót do poprzednich przepisów, czyli do regulacji, jakie zawierała ustawa o zakładach opieki zdrowotnej w swej postaci z końca lat dziewięćdziesiątych ubiegłego wieku, dająca tym

szpitalom znacznie więcej samodzielności niż mają jej teraz. Ale to chyba jest już raczej nierealne, ponieważ wątpliwe, aby Ministerstwo Zdrowia zechciało z powrotem wziąć na siebie balast, którego z taką ulgą się pozbyło.

Możliwe są jednak inne rozwiązania. Uczelnie medyczne (albo bezpośrednio szpitale kliniczne) powinny otrzymywać z budżetu państwa dodatkowe środki finansowe, w wysokości pozwalającej na rekompensatę wyższych kosztów świadczeń medycznych udzielanych przez kliniki (koszty te w innych krajach są również większe i pod tym względem Polska nie stanowi wyjątku). Jeśli nie, to aspekt ten musiałby być obligatoryjnie uwzględniany w trakcie negocjacji kontraktu szpitala klinicznego z NFZ, na zasadzie odpowiedniego współczynnika.

Generalnie, sytuację uzdrowiłaby kompleksowa zmiana systemu opieki zdrowotnej na faktycznie (a nie pozornie) ubezpieczeniowy, wprowadzenie zasad konkurencji i wolnego rynku oraz usankcjonowanie współpłacenia pacjenta za świadczenia medyczne.

W szpitalach klinicznych potrzebne są też reformy wewnętrzne, które należałoby wprowadzić drogą ustawową. Przede wszystkim, aczkolwiek jest to bardzo trudne do przełknięcia przez rektorów, pozycja dyrektorów szpitali musi ulec wzmocnieniu. Aby zwiększyć troskę rektora o stan ekonomiczny szpitala, powinien on również zostać osobiście obciążony (tak jak dyrektor) konsekwencjami wynikającymi z ujemnych wyników finansowych szpitala klinicznego. W końcu rektor – to także administrator.

Proces zarządzania szpitalem powinien być usprawniony, chociażby poprzez – sugerowane przez prof. Rogowskiego – zastosowanie odpowiednio skonstruowanych kontraktów menedżerskich na stanowiska ordynatorów. Kontrakty te powinny zmuszać osoby zarządzające oddziałami do uzyskiwania korzystnych wyników ekonomicznych i być rozwiązywalne przez dyrektora szpitala w razie braku współpracy ze strony ordynatora. Bo w czasach obecnych, aby kierować oddziałem, nie wystarczy tylko mieć opinię dobrego klinicysty.

Pomysłów jest więcej, jeden bardziej bolesny od drugiego, ale jeśli się ich nie zastosuje, to pojawi się widmo katastrofy. Nie tylko szpitali klinicznych, ale także i ich organów.

Ryszard Kijak

foto: Marek Stankiewicz



Lekarze z OZZL manifestowali na warszawskim placu Zamkowym na rzecz wprowadzenia w Polsce większościowej ordynacji wyborczej do parlamentu. Nie uda się naprawić żadnej dziedziny życia społeczno-gospodarczego w naszym kraju, jeśli rządzący będą czuli się odpowiedzialni przed liderami swoich partii, a nie swoimi wyborcami – powiedział nam wiceprzewodniczący ZG OZZL Włodzimierz Grądzki (na zdjęciu w środku).

Medale Alberta Schweitzera

Podczas czerwcowej, jubileuszowej sesji Polskiej Akademii Medycyny na warszawskim Zamku Królewskim udekorowano medalami 20 wybitnych lekarzy polskiego pochodzenia mieszkających za granicą. Wśród nich znaleźli się m.in. Marek Bakowski i Zdzisław Forycki z Niemiec, Tadeusz Pyz z USA, Bogusław Chwajol z Czech, Witali Dżemajło, Michał Pawłowski i Anatol Święcicki z Ukrainy, Kazimierz Jodkowski z Białorusi, Elżbieta Osuch i Jan Kozłowski z RPA, Barbara Lisowska-Grospierre i Andrzej Włodzimierz Topiłko z Francji, Władysław Łokietek z Belgii, Ryszard Jankiewicz z Tanzanii, Bronisława Siwicka i Władysław Mieczkowski z Litwy, Jan Zazgornik z Austrii i Jan Venulet ze Szwajcarii.

Honorowe doktoraty nadano Guenterowi Blobelowi z USA (laureat Nobla z 1999 r.), Samuelowi Epsteinowi z USA, Luc Montagnierowi z Francji i Andrzejowi Kułakowskiemu z Polski.

Jubileuszową sesję poświęcono humanizacji opieki medycznej nad ludźmi w starszym wieku. Odsetek ludzi starszych z każdym rokiem wzrasta, zwłaszcza w społeczeństwach wysoko cywilizowanych. Równocześnie rozprzestrzenia się konsumpcyjna ideologia i styl życia, który zagraża egzystencji ludzi starych w pełnym, ludzkim wymiarze. Trzeba uchronić tych ludzi przed egzystencją jedynie na poziomie wegetacji – apeluje prezes Polskiej Akademii Medycyny.

Obecnie do Akademii należy 252 uniwersyteckich profesorów z 71 krajów, a wśród nich 54 Polaków. Sympozja stanowią prawdziwy pomost dla porozumienia i współpracy lekarzy z krajów byłego ZSRR i reszty świata. Jej członkowie są podstawową kadrą, z której wyłoniła się Światowa Akademia Medycyny Alberta Schweitzera.

Siedziba Polskiej Akademii Medycyny i Albert Schweitzer World Academy of Medicine znajduje się w **Warszawie przy ul. Fieldorfa 40**, tel. **(0-22) 610-27-32, 615-86-27**

ms



Blaski i cienie

Krzysztof Dziubiński

Zakończył się kolejny rok akademicki. Mimo że od obowiązującego nas kiedyś kalendarza studenckiego upłynęło kilka albo nawet kilkadziesiąt lat, miniony rok obfitował w szereg wydarzeń, które przypomniały nam czasy akademickie.

W wydarzeniem, które przypieczętowało nasz powrót na łono *Alma Mater* była powszechna immatrykulacja, której poddani zostaliśmy za pośrednictwem majowego numeru „Gazety Lekarskiej”. Wyposażeni w nowe indeksy będziemy studiowali w systemie czteroletnim. W tym okresie powinniśmy uzyskać 200 punktów edukacyjnych. Nasz „kodeks studenta” zawarty jest na stronach kilku aktów prawnych wielokrotnie cytowanych na łamach naszych periodyków samorządowych.

Od kilku miesięcy otrzymujemy od czytelników liczne uwagi, zapytania, protesty, a nawet wyrazy oburzenia związane z wprowadzeniem obowiązku doskonalenia zawodowego, z przeliczaniem wiedzy na punkty, a punktów na pieniądze. Wiele z tych żywiołowych reakcji jest wynikiem niedoinformowania, przeciążenia codzienną pracą oraz, nie pozbawionym niekiedy racji, brakiem zaufania „a priori” do wszelkich zmian, nakazów i „wynalazków”.

Spróbujmy ustalić najważniejsze fakty oczywiste, które powinny być dla nas punktem wyjścia do dalszych działań w tak ważnej sprawie.

1. Wymóg doskonalenia zawodowego lekarza i lekarza dentystry towarzyszy nam od zarania dziejów, od dnia uzyskania prawa wykonywania zawodu do przyjęcia ostatniego pacjenta „i jeszcze jeden dzień dłużej”. Wiele z nas czyni to od początku praktyki lekarskiej; motywowani jesteśmy poczuciem obowiązku, pasją do zawodu albo względami czysto ekonomicznymi.

Są wśród nas i tacy, którzy nie są w stanie pokonać piętrzących się przed nimi barier natury życiowej i ekonomicznej, a niekiedy nawet psychicznej, które trzeba pokonać,

aby podtrzymać stałą aktywność szkoleniową. Jednak przy współczesnym postępie wiedzy medycznej jej stała aktualizacja stała się wymogiem bezwzględny, warunkującym wykonywanie naszego zawodu.

2. Koncepcja punktów edukacyjnych (zwanych w niektórych krajach kredytami) nie narodziła się w Polsce i nie urzędnicy są jej autorami. Spełniają one rolę **pośrednich wyznaczników wymiernych wartości edukacyjnych**. System punktów edukacyjnych dla lekarzy przyjęty został przez większość krajów zachodnich; do Polski „sprowadzony został” przed kilkoma laty przez kilka prężnych towarzystw naukowych.

Wprowadzenia wymogu uzyskiwania **punktów edukacyjnych nie można traktować jako „daniny administracyjnej”, ale jako „monetę obiegową” warunkującą dostęp do różnych form awansu zawodowego, a w przyszłości, być może, jako legitymację do przedłużenia kontraktu pracy.**

Nadzór nad systemem punktów pełni samorząd lekarski, którego zadaniem jest dbałość o jakość kształcenia oraz prawidłowość funkcjonowania systemu.

3. Naturalną konsekwencją wprowadzenia wymogu doskonalenia zawodowego jest wzrost popytu na zorganizowane formy szkolenia, który spowodował lawinowo rosnącą podaż tych „usług”. Bezlitosne prawa rynku postawiły po jednej stronie przedsiębiorców – organizatorów szkoleń, pozyskujących do współpracy renomowanych wykładowców, a po drugiej liczną rzeszę ubożających lekarzy, dla których wygórowane ceny szkoleń (nie

zawsze wynikające z ich kosztów) stanowią często barierę nie do pokonania.

Miejmy nadzieję, że sytuacja ta ma charakter przejściowy i że te same „bezlitosne prawa rynku” wygenerują uzdrawiającą konkurencję, która przybliży ceny szkoleń do ich kosztów i wpłynie na dostosowanie oferty tematycznej do rzeczywistych potrzeb codziennej praktyki lekarskiej.

4. Rozporządzenie ministra zdrowia z 6 października 2004 r. w sprawie sposobów dopełnienia obowiązku doskonalenia zawodowego lekarzy i lekarzy dentystry dopuszcza 18 form doskonalenia zawodowego. Kilka z nich eksponuje w szczególności rolę terenowych oddziałów **towarzystw naukowych** oraz **lokalnych środowisk lekarskich jako ważnych ośrodków doskonalenia zawodowego**.

Analiza przeprowadzona w Ośrodku Doskonalenia Zawodowego Lekarzy i Lekarzy Dentystry OIL w Warszawie wykazała, że jedynie w oparciu o aktywność terenowego oddziału towarzystwa lekarskiego oraz miejscowego zakładu opieki zdrowotnej lekarz może uzyskać w ciągu 4 lat 120 punktów edukacyjnych ponosząc symboliczne koszty. Wymaga to konsolidacji i aktywizacji miejscowych środowisk lekarskich oraz utrzymania przez towarzystwa naukowe zasady działania *non profit*.

Formą szczególnie korzystną finansowo, zwłaszcza dla lekarzy z małych miejscowości, jest udział w programie edukacyjnym opartym o zadania testowe. Pozwala on uzyskać do 100 punktów.

5. Samorząd nasz realizując zapisy ustawy o izbach lekarskich oraz



działając w interesie swoich członków podjął przed pięcioma laty szereg starań zmierzających do usystematyzowania wymogów doskonalenia zawodowego. Zakończeniem **pierwszego etapu** tych starań było wejście w życie cytowanego wyżej rozporządzenia ministra zdrowia. Kierunek kolejnych etapów zapoczątkowany przygotowaniem przez NRL projektu ustawy o zasadach finansowania doskonalenia zawodowego lekarzy i lekarzy dentystów powinien zostać zatwierdzony podczas zbliżających się naszych wyborów samorządowych.

Rola doskonalenia zawodowego lekarzy i lekarzy dentystów w zapewnieniu bezpieczeństwa zdrowotnego obywateli

Na pierwszy rzut oka zależność ta wydaje się abstrakcyjna. Politycy pochlōnięci naprawianiem ustawy 203, restrukturyzacją i oddłużaniem szpitali oraz refundacją leków nie dostrzegają dominującej komponenty systemu, a mianowicie czynnika ludzkiego. Czynnikiem ten tymczasem coraz częściej obiera drogę emigracji zarobkowej, odchodzi od zawodu, ulega procesowi wypalenia zawodowego.

Zadziwiający jest spokój polityków, którzy przeglądając prasę coraz częściej napotykają informacje o rosnącym zapotrzebowaniu krajów zachodnich na polskich lekarzy. Brak specjalistów w niektórych dziedzinach medycyny już zaczyna stwarzać zagrożenie bezpieczeństwa obywateli. W tym momencie należy opracować tymczasowy plan powstrzymania tendencji odpływu wykwalifikowanych lekarzy z Polski.

W sytuacji, w której trudno oczekiwać podniesienia zarobków do poziomu krajów, do których lekarze emigrują należy zaangażować inne, mniej kosztowne środki zachęty; jednym z nich są ułatwienia w dostępie do doskonalenia zawodowego.

Samorząd świadom wagi zagadnienia podjął działania mające na celu uświadomienie politykom i decydentom skali zagrożenia. Środowisko lekarskie oczekuje bowiem nie tylko dowartościowania swojego zawodu, ale również przyjęcia przez państwo spoczywającej na nim odpowiedzialności za jakość opieki zdrowotnej i bezpieczeństwo pacjenta. Wiadomo, że jednym z głównych jego

dokończenie na str. 16

DEKLARACJA KOŃCOWA KRAJOWEJ KONFERENCJI „Miejsce i rola doskonalenia zawodowego lekarzy i lekarzy dentystów jako element bezpieczeństwa zdrowotnego obywateli”

Ja niżej podpisana/ny, działając w trosce o wysoki poziom opieki zdrowotnej w Polsce oraz o bezpieczeństwo pacjenta, po zapoznaniu się z treścią załączonego materiału informacyjnego, deklaruje pełne poparcie dla poniżej sformułowanych tez:

1. Doskonalenie zawodowe lekarzy jest integralną częścią każdego systemu opieki zdrowotnej i stanowi podstawowy wymóg jakości opieki lekarskiej oraz bezpieczeństwa pacjenta.
2. Realizując konstytucyjne prawo obywatela do korzystania ze świadczeń zdrowotnych zgodnych z aktualną wiedzą medyczną należy stworzyć podstawy prawne rangi ustawy gwarantujące lekarzowi niezbędne warunki do wywiązania się z nałożonego na niego obowiązku doskonalenia zawodowego.
3. Władze publiczne współdziałając z samorządem lekarzy i lekarzy dentystów, medycznymi szkołami wyższymi, medycznymi towarzystwami naukowymi, płatnikami i świadczeniodawcami oraz innymi podmiotami powinny być zobowiązane do realizacji tych zapisów poprzez zapewnienie lekarzom niezbędnych warunków organizacyjnych i finansowych koniecznych do realizowania obowiązku doskonalenia zawodowego.
4. Szczególną rolę w procesie doskonalenia zawodowego lekarzy powinny odgrywać wszystkie osoby fizyczne i prawne biorące udział w sposób bezpośredni i pośredni w zapobieganiu chorobie oraz przywracaniu i utrzymaniu zdrowia.
5. Nadzór nad prawidłowym przebiegiem doskonalenia zawodowego lekarzy powinien sprawować samorząd lekarski.
6. W obliczu rosnącego zainteresowania krajów UE zatrudnianiem polskich lekarzy specjalistów, których brak na polskim rynku pracy może stanowić zagrożenie dla bezpieczeństwa zdrowotnego obywateli, konieczne jest wystąpienie właściwych organów państwowych do Parlamentu Europejskiego z inicjatywą ustanowienia **„EUROPEJSKIEGO FUNDUSZU STABILIZACYJNEGO ZASOBÓW LUDZKICH W DZIEDZINIE OCHRONY ZDROWIA”**.

Zgromadzone w tym funduszu środki, pochodzące z wpłat wnoszonych przez kraje zatrudniające lekarzy cudzoziemców, powinny być przeznaczone na finansowanie kształcenia i doskonalenia zawodowego lekarzy i lekarzy dentystów z krajów ich „użyczających”.

Imię Nazwisko

PESEL Zawód

Miejsce pracy

Stanowisko

Adres kontaktowy

Warszawa, dnia

Tekst deklaracji można pobrać oraz odesłać podpisaną deklarację pod adresem: **Ośrodek Doskonalenia Zawodowego Lekarzy i Lekarzy Dentystów Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie, ul. Nowogrodzka 62a, 02-002 Warszawa, tel. (0-22) 313-19-70, fax (0-22) 313-19-65**, lub drogą elektroniczną pod adresem **www.warszawa.oil.org.pl**

uwarunkowań jest pogłębianie i aktualizowanie wiedzy lekarskiej, która przestała być jedynie prywatną sprawą lekarza, a stała się wartością publiczną.

Dokonania Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie

Będąc najliczniejszą w Polsce Warszawską Izbą Lekarską jako pierwsza stanęła przed wyzwaniem nowej rzeczywistości. Po dokonaniu wstępnej analizy sytuacji oraz określeniu celu ORL podjęła uchwałę o powołaniu Ośrodka Doskonalenia Zawodowego dla swoich członków.

Ośrodkowi powierzono **zadania** wynikające z treści obowiązujących aktów prawnych oraz **misję** mającą na celu udział w budowie podstaw merytorycznych nowego, przejrzystego, przyjaznego lekarzowi systemu doskonalenia zawodowego.

Misję swoją ośrodek realizuje w oparciu o doświadczenia wynikające z wykonywania zadań bieżących, o współpracę z podmiotami realizującymi zadania edukacyjne, z innymi okręgowymi izbami lekarskimi. Szczególną wagę przywiązuje do licznych uwag i postulatów lekarzy, do pogłębionej analizy ekonomicznej i szerokiej akcji informacyjnej. Wszystkie wyniki obserwacji i analiz oraz projekty proponowanych rozwiązań kierujemy do przedstawicieli poszczególnych ogniw systemu, a zwłaszcza do Naczelnej Rady Lekarskiej. Jednak głównym adresatem naszych wspólnych przemyśleń pozostają wpływowe kręgi opiniotwórcze oraz przedstawiciele władzy wszystkich szczebli. To w ich rękach spoczywają dalsze losy opieki zdrowotnej w Polsce. W tym celu Okręgowa Rada Lekarska w Warszawie podjęła uchwałę o zorganizowaniu krajowej konferencji poświęconej doskonaleniu zawodowemu lekarzy i lekarzy dentystów.

Refleksje pokonferencyjne

Konferencja odbyła się 7 maja br., w pierwszą rocznicę powołania do życia Ośrodka Doskonalenia Zawodowego Lekarzy i Lekarzy Dentystów OIL w Warszawie. Hasłem przewodnim było „Miejsce i rola doskonalenia zawodowego lekarzy i lekarzy dentystów jako

element bezpieczeństwa zdrowotnego obywateli”. Jej celem było uświadomienie szerokiemu gronu decydentów wszystkich szczebli wagi omawianego zagadnienia oraz roli, jaką mogą i powinni odegrać w procesie upowszechniania doskonalenia zawodowego lekarzy jako czynnika kształtującego bezpieczeństwo pacjenta. Patronat nad konferencją objął minister zdrowia Marek Balicki. Do udziału w obradach zaproszono polityków, przedstawicieli rządu, uczelni medycznych, instytutów resortowych, towarzystw naukowych i innych. Ogółem zaproszono imiennie 144 osoby, bezimiennych zawiadomień o konferencji rozesłano ok. 4000. W obradach wzięło udział ok. 200 osób. Byli wśród nich przedstawiciele świata nauki i samorządu lekarskiego. Ministerstwo Zdrowia reprezentowane było przez podsekretarza stanu Janusza Opolskiego. Parlamentarzystów czynnie reprezentował jeden poseł. Wśród obecnych nie było przedstawicieli Narodowego Funduszu Zdrowia ani organów założycielskich zakładów opieki zdrowotnej.

Szczególną wagę przywiązujemy do wypowiedzi zaproszonych gości. Oto najważniejsze ich fragmenty:

Prof. Grzegorz Opala, były minister zdrowia, stwierdził, że „polityka zdrowotna państwa zmierzając do zapewnienia bezpieczeństwa zdrowotnego obywateli musi uwzględniać doskonalenie zawodowe lekarzy jako bardzo ważne narzędzie nieodzowne do jej realizacji. Brak zaangażowania państwa w proces kształcenia ciągłego lekarzy prowadzi do niekorzystnych skutków ekonomicznych dla systemu ochrony zdrowia”.

Na uwagę zasługuje oceniana jako kontrowersyjna wypowiedź **doc. Rafała Niżankowskiego**, byłego wiceministra zdrowia. Odniósł się on między innymi do roli firm farmaceutycznych oraz NFZ mówiąc: „Firmy farmaceutyczne oferują różne szkolenia nie po to, żeby podnosić wiedzę i jakość opieki, tylko żeby zwiększyć sprzedaż (...). Wprowadzone regulacje w zakresie wynagrodzeń skłaniają często lekarzy do tego, żeby zdobywali formalne papiery a nie rzeczywiste umiejętności. Również Narodowy Fundusz Zdrowia stawia absurdalne wymogi formalne, które eliminują lekarzy posiadających jedynie duże doświadczenie i osiągających doskonałe wyniki”.

Sytuację w Stanach Zjednoczonych przedstawił **prof. Marek Rudnicki** z Uniwersytetu Illinois w Chicago. Stwierdził, że w kraju tym wymagana

jest recertyfikacja egzaminu specjalizacyjnego, której podlegają również wykładowcy i profesorowie. Szpitale wymagają od swoich lekarzy uczestnictwa w kształceniu ustawicznym w wymiarze 50-100 godzin rocznie. Szpitale, które kształcą swoich lekarzy leczą skuteczniej i oszczędniej, łatwiej uzyskują akredytację, mają więcej pacjentów.

Również towarzystwa ubezpieczeniowe wymagają od lekarzy ustawicznego doskonalenia się. Niekiedy określają zakres wymaganej wiedzy, od jej jakości uzależniają wysokość kontraktu.

Wspomniał również o systemie kontroli przejrzystości finansowania szkolenia lekarzy ze środków firm farmaceutycznych. Jednak głównym akcentem wypowiedzi prof. Rudnickiego było stwierdzenie, że to **sami pacjenci poprzez oddziaływanie na parlamentarzystów powinni dołożyć swoich praw w zakresie opieki zdrowotnej. Jednym z nich jest dbałość o zapewnienie lekarzom warunków do kształcenia ustawicznego. Sami lekarze nie będą w stanie wywalczyć nic więcej.**

Szczególnie ważny był fragment wypowiedzi **Susan Katelhorn**, przedstawicielki Działu Współpracy z Zagranicą Niemieckiej Naczelnej Izby Lekarskiej, który zacytujemy w całości: „Podnoszenie kwalifikacji lekarza podnosi jego umiejętności, ale jednocześnie wpływa na poprawę całego systemu ochrony zdrowia. W dzisiejszym kształcie doskonalenia zawodowego przechodzimy od medycyny opartej na autorytetach do medycyny, opartej na dowodach. Dla spełnienia tego trudnego zadania lekarz potrzebuje pomocy, środowiskowej i ekonomicznej. **Odpowiedzialność za jego kształcenie ponosi również pracodawca i państwo. Polityka pracodawcy oraz płatnika powinna zmierzać do lepszego doskonalenia zawodowego lekarzy, do stworzenia im lepszych ku temu warunków.** W systemie ochrony zdrowia koszty kształcenia muszą być włączone w ten system, ponieważ zapewnia on odpowiednią jakość usług. Państwo musi popierać kształcenie ustawiczne w dwojaki sposób. Z jednej strony państwo powinno udzielać bezpośredniego wsparcia finansowego, jak to jest w Norwegii, a z drugiej wprowadzać ulgi podatkowe, jak to jest w Niemczech. Obecnie inwestycja w służbę zdrowia to jest inwestycja w przyszłość”.

Mimo nieobecności na konferencji przedstawicieli wielu ważnych zapro-

szonych instytucji jej cel został osiągnięty. Pozwoliła zgromadzić cenne materiały pochodzące z licznych, zróżnicowanych źródeł, które umacniają nas w przekonaniu, że obrany przez nasz samorząd kierunek działania jest słuszny. Mimo że od dnia konferencji upłynęło kilka tygodni jej uczestnicy oraz osoby zainteresowane tematem wymieniają liczne uwagi i opinie. Ich wynikiem jest opracowany przez zespół ekspertów pakiet tez zredagowanych w formie **deklaracji końcowej**. Jest ona podsumowaniem dorobku konferencji, który powinien dotrzeć do szerokich rzesz społeczeństwa, ale przede wszystkim do tych, którzy mimo zaproszenia nie mogli wziąć udziału w obradach. Oddajemy tekst deklaracji w ręce Koleżanek i Kolegów nie tylko z sugestią zapoznania się z nim i podpisania go, ale przede wszystkim z koleżeńskim apelem o zainteresowanie zagadnieniem najbliższych Państwu osób, których stanowisko i funkcja społeczna choćby w najmniejszy sposób daje im możliwość działania na rzecz osiągnięcia wspólnego, pacjentów i naszego celu.

Postscriptum

Dotychczasową ułomnością polityki zdrowotnej państwa było składanie przeważającej części odpowiedzialności za zdrowie obywateli na barki wyalienowanego z systemu władzy, deprecjowanego środowiska lekarskiego. Kulminacyjnym akcentem tej tendencji było złożenie losów naszego zdrowia w ręce lekarzy – księgowych dzielących kontrakty na procedury itp. W oczekiwaniu na kolejną „obsadę ról” należy uświadomić przyszłym politykom, że to oni ponosić będą odpowiedzialność za wyniki polityki zdrowotnej państwa. Naszą, lekarzy, rolą będzie wspomaganie ich całą naszą wiedzą i doświadczeniem, również w dziedzinie zdrowia publicznego. Warunkiem tej „współpracy” musi być jednak „upodmiotowienie” lekarza na równi z przedstawicielami innych sektorów życia publicznego oraz z lekarzami innych krajów UE. Zaangażowanie się polityków w realizację też naszej deklaracji będzie pierwszym krokiem w dobrym kierunku.

Jako pierwsi deklarację podpisali przewodniczący: Naczelnej Rady Lekarskiej dr Konstanty Radziwiłł oraz Okręgowej Rady Lekarskiej dr Andrzej Włodarczyk

Krzysztof Dziubiński

Już w listopadzie pracownicy mogą sobie uświadomić, że to, co im się słusznie należy, będą zmuszeni spłacić własną pracą



Cicha rewolucja

Andrzej Ludwicki, Ryszard Majkowski



Większość z nas przeczuwa nieuchronność nadchodzących zmian w systemie ochrony zdrowia. Jednocześnie narasta tęsknota lekarzy za wizją lepszego świata.

fot. Marek Stankiewicz

Dla jednych dowodem na to jest rosnąca emigracja nie z wolnego wyboru, ale z przymusu ekonomicznego i poczucia frustracji z – cytując ks. Józefa Tischnera – „*doduszania się własną beznadziejnością*”. Dla nas dowodem nieuchronności zmian i zarazem nadzieją na ich pozytywne skutki już w najbliższych dwóch latach jest nic innego, jak ustawa o pomocy publicznej i restrukturyzacji publicznych zakładów opieki zdrowotnej, która obowiązuje od 21 maja br.

Zorientowany w temacie Czytelnik może się zdziwić. Jak to możliwe, by ustawa tak powszechnie krytykowana, będąca przykładem zgniętego kompromisu elit politycznych mogła być początkiem głębokiej reformy sektora ochrony zdrowia. Naszym zdaniem właśnie tak będzie. Co więcej jesteśmy pewni, że „cicha rewolucja”, która rozpoczęła się 21 maja 2005 r. nie jest przypadkowa. To celowe działanie skierowane na przełamanie kryzysu i zakłętego kręgu niemożności w obszarze opieki zdrowotnej.

Trzeba mieć honor

Na podstawie ustawy można sformułować następujący scenariusz zdarzeń. We wrześniu 2005 r. rozpocznie się fala

zwolnień dyrektorów zadłużonych zakładów. Pretekstów do zwolnienia będzie kilka. Najprostszy to niedotrzymanie trzymiesięcznego terminu złożenia wniosku o wszczęcie postępowania restrukturyzacyjnego. Tłumaczenie, że opóźnienie jest wynikiem konieczności dołączenia do wniosku kilkunastu dokumentów (zob. art. 21 ust. 2 pkt. od 1 do 14), a także sezonu urlopowego będzie rzecz jasna nie do zaakceptowania.

Drugi, bardziej wysublimowany pretekst do zwolnienia, to ocena treści projektu programu restrukturyzacyjnego. Okaże się, że podmiot, który zakład utworzył, nie może pozytywnie zaopiniować projektu programu. Dlaczego? Bo dyrektor zadłużonego zakładu nie może dobrze opisać przyczyn wystąpienia trudnej sytuacji ekonomicznej zakładu bez wskazania własnej winy i przyznania się do zaniedbań. Nie jest więc możliwe, aby całe odium zła dyrektorzy mogli przerzucić na NFZ, załogę i organ założycielski.

Nie bardzo też mogą posługiwać się argumentem braku właściwego nadzoru właścicielskiego i niekompetencji członków rady społecznej, którzy, jak wiadomo, sporadycznie są dobierani według kryteriów merytorycznych (np. kwalifikacji zawodowych, wiedzy z zakresu za-

rzadzania i finansów sektora publicznego). Słowem, trzeba mieć honor i najlepiej samemu odejść ze stanowiska.

Liczą się konkrety

Pretekstem do odwołania może być także fakt rezygnacji ze złożenia wniosku. Brak wiary w pomoc państwa nie będzie zapewne przyjęty ze zrozumieniem przez organy założycielskie i oczekującą na pieniądze załogę.

Zdecydowanie gorsza sytuacja czeka dyrektorów składających wnioski, w których wskazane zostaną jako źródła finansowania restrukturyzacji obligacje własne lub poręczenia Banku Gospodarstwa Krajowego. Wtedy, zgodnie z art. 23 ust. 3, pozytywną opinię muszą wydać bankierzy. Ci, jak znamy życie, w trosce o własne posady nie będą skory do tolerowania koncertu pobożnych życzeń. Dla nich liczą się tylko konkrety, czyli tzw. twarde dane. Przy istniejących relacjach kontraktowych z NFZ i zakorzenioną w ochronie zdrowia tradycją „życia na niby” o konkrety będzie niezwykle trudno.

Nadchodzący październik zapowiada się jako miesiąc rozczarowań. Okaże się bowiem, że większość aspirujących do pomocy publicznej zakładów nie może

REKLAMA

REKLAMA

skutecznie ustanowić zabezpieczeń na rzecz Skarbu Państwa niezbędnych na wypadek roszczeń wynikających z niewypełnienia warunków umowy o pożyczkę. Program restrukturyzacji się załamał, ugody nie będą podpisane lub zostaną wypowiedziane. Można więc, zgodnie z art. 35, zabezpieczyć pożyczkę wekslem *in blanco*. Ciekawe tylko, kto go podpisze. Albo postarać się o zabezpieczenie udzielone przez inny podmiot. Jaki, to już kwestia wyobraźni.

W listopadzie br. w świadomości pracowników zadłużonych zakładów zacznie dojrzywać myśl, że po raz kolejny zostali oszukani. Przyjmując założenie, że nielicznym dyrektorom uda się uzyskać po trzech miesiącach wyjątkowej pracy i miesiącu oczekiwania upragnione „*postanowienie o wszczęciu postępowania restrukturyzacyjnego*” (zob. art. 25 ust.1), właśnie w okolicach listopada rozpoczną się podchody zmierzające do zawarcia ugody w zakresie indywidualnych roszczeń pracowników z tytułu tzw. ustawy 203. Tylko naiwni mogą oczekiwać, że chwila podpisywania ugody przepełniona będzie klimatem życzliwości. Trudno się zresztą temu dziwić, skoro autorzy ustawy restrukturyzację zadłużenia wobec pracowników rozumieją jako rozłożenie zobowiązań na raty i/lub odstąpienie od naliczania odsetek od zobowiązań przeterminowanych.

Pracownicy uświadomią sobie ponadto, że to co im się słusznie należy będą zmuszeni spłacić własną pracą. Zapewne cięższą, bo w zrestrukturyzowanej organizacyjnie firmie, w której produktywność i efektywność urosną do rangi kultu (zob. art. 22 ust.1 pkt 3 i 4).

Czy lekarze podziękują „wybawicielowi”?

Trzeba przyznać, że ustawodawcy i tym razem nie zabrakło tupetu. Co więcej nasi politycy w analizowanej ustawie dowiedli dobitnie, że zalecenie filozoficzne Platona, aby „*być cieniem społeczeństw – wyrazicielem i realizatorem jego nadziei*” jest dla nich jedynie frazesem. Przypomnijmy, że w 1994 r. Sejm przyznał pracownikom pracującym w publicznym sektorze ochrony zdrowia prawo do podwyżek nie gwarantując środków na ich wypłaty. To tak jakby dać podwyżkę policjantom i kazać komendantowi posterunku „wykombinować” na to środki. Podjęta wtedy decyzja wywołała obecny kryzys. Teraz, aby go zażegnać, Sejm (fakt, w innym

składzie, ale przecież istnieje ciągłość władzy) proponuje pożyczkę z budżetu oprocentowaną w skali 3% rocznie. Ciśną się na usta mocne słowa. Żyjemy w kraju, gdzie „depozyt wartości niezrelatywizowanych” jest pusty.

Nam się wydaje, że lekarze i pozostali personel medyczny wreszcie przejrzą na oczy i „wybawicielowi” podziękują. Może się to jeszcze zdarzyć przed gwiazdką 2005 r. Na pocieszenie to już będzie po wyborach i nowy parlament zapewne ochoczo przystąpi do generalnej reformy ochrony zdrowia. Nie będzie miał zresztą innego wyjścia.

Czas na profesjonalistów z ludzką twarzą

Już na początku 2006 r. z inicjatywy oddolnej (np. samorządu lekarskiego, pielęgniarckiego i aptekarskiego) powstanie interdyscyplinarny zespół, którego zadaniem będzie wypracowanie wizji sektora ochrony zdrowia. Do tej pracy zostaną zaproszeni ludzie, którzy mają głęboką wiedzę teoretyczną, poważny dorobek praktyczny i przede wszystkim autorytet osobisty. Mottem doboru składu autorskiego będą słowa „Amatorom dziękujemy”. Wielu amatorów wciąż próbuje wpływać na losy pracowników ochrony zdrowia i całego społeczeństwa. Nadchodzi właściwy czas, aby z tym skończyć raz na zawsze. Uznajmy więc, że XXI w. należeć będzie do profesjonalistów z ludzką twarzą, których tak pięknie charakteryzuje Emerson definiując człowieka sukcesu – „*Śmiejący się często i dużo; mający uznanie dla inteligentnych ludzi i serce dla dzieci; szanujący uczciwą krytykę i odgradzający się od fałszywych przyjaźni; kochający piękno; szukający tego co najlepsze u innych; uznający, że świat jest lepszy, jeśli jest zdrowe dziecko, ścieżka w ogrodzie, czy zwolnione od trosk warunki społeczne; wiedzący, że nawet mając jedno życie łatwiej się oddycha, bo... jednak się żyje...*”

Najprawdopodobniej w toku prac nad wizją ochrony zdrowia w Polsce do 2025 r. (krótsza perspektywa nie ma sensu) zespół autorski poruszać się będzie w kregu utopii. Choć jest ona na ogół przez większość lekceważona, pełni bardzo ważną rolę. Należy wiedzieć, że punktem wyjścia do formułowania wizji jest utopia rozumiana nie pejoratywnie, ale utopia rozumiana jako nadzieja. Brak nadziei jest nieszczęściem naszego środowiska.

Prace nad reformą ochrony zdrowia zostaną przyspieszone w połowie 2006

r. Wtedy nastąpi najpoważniejsza próba sił pomiędzy zwolennikami i przeciwnikami częściowej prywatyzacji sektora ochrony zdrowia. Swego rodzaju katalizatorem będą wierzyciele cywilnoprawni, którzy wyrażą zainteresowanie nabyciem obligacji zadłużonych zakładów (oczywiście tylko tych starannie wybranych, dysponujących atrakcyjnymi aktywami). Trzymając się terminów ustawowych emisja obligacji może nastąpić w terminie do 12 miesięcy od dnia wydania decyzji o warunkach restrukturyzacji (zob. art. 37 ust.1), a te powinny być sformułowane w terminie do 4 miesięcy od dnia wydania postanowienia o wszczęciu postępowania restrukturyzacyjnego (zob. art. 27 ust.1).

Ponieważ oprocentowanie obligacji nie będzie wysokie, bo rentowność działalności zakładów opieki zdrowotnej będzie nadal niska, nabywcy obligacji będą żądali dodatkowych przywilejów. Na przykład prawa do zamiany obligacji na akcje skomercjalizowanych zakładów opieki zdrowotnej. Presja na komercjalizację i prywatyzację sektora ochrony zdrowia będzie coraz silniejsza i na nic się zdadzą w tym względzie opory pracowników, którzy – nie ukrywajmy – swoją wiedzę o spółkach czerpią z prasy bulwarowej lub od osób funkcjonujących w życiu codziennym jak ponton, tj. zgodnie z zasadą nadąć się i pływać.

W rozpatrywanym okresie będzie można zauważyć drugą falę „czystek personalnych” na najwyższym poziomie *managementu* w ochronie zdrowia. Do łask powrócą jednoślady, w tym również taczki.

*

Kreśląc ten scenariusz zdarzeń głęboko wierzymy, iż w 2006 r. zostanie wypracowany model nowoczesnego systemu ochrony zdrowia, w którym istotną rolę będą miały zakłady opieki zdrowotnej o zróżnicowanym statusie formalnoprawnym, konkurujące ze sobą na rynku, a nie w warunkach monopsonu. Mamy nadzieję, że model ten wejdzie w życie od stycznia 2007 r. Pamiętajmy, że przyszłości się nie wymyśla. Przyszłość się tworzy. My zrobiliśmy w tym względzie pierwszy mały krok. Czekamy na naśladowców, malkontentom dziękujemy.

Andrzej Ludwicki – doradca gospodarczy, wicedyrektor Ośrodka Wspomagania Restrukturyzacji przy OIL w Warszawie.

Ryszard Majkowski – lekarz stomatolog, sekretarz ORL w Warszawie, działacz społeczny i przedsiębiorca.

Saldent 2005

Przez dobrych kilkanaście lat odbywała się wiosną na terenach Międzynarodowych Targów Poznańskich prezentacja sprzętu, materiałów i wyposażenia medycznego pod nazwą „Salmed”. Było tam także miejsce, i to pokaźne, dla stomatologii.

Wczasach wszechobecnej tzw. państwowej służby zdrowia, gdy w przychodniach królował Variosil, a czeski Evicrol i czeska Chirana udawały przodującą myśl techniczną w dziedzinie stomatologii światowej, można było pooglądać z zaskoczonymi urzędzonymi gabinetami dentystycznymi z najnowszymi preparatami stomatologicznymi, które co najwyżej kupowali koledzy z prywatnych gabinetów. Natomiast niebywałym powodzeniem u wszystkich cieszyły się tzw. próbki tych materiałów w miniaturowych opakowaniach.

Próbki te rozdawane były przez zatrudnione na stoiskach panienki. Nie cały czas, tylko wtedy, gdy panienki miały ochotę i im się chciało. Trzeba więc było polować. Niektóre z nich (próbki, a nie panienki) trafiały później do gabinetów oferowane za pieniądze przez sprytnych kolegów, a częściej asystentki, bo te doskonale orientowały się co pójdzie, no i miały chody na targach.

Gdy czasy się zmieniły, stomatologia sprywatyzowała się prawie całkowicie, wszystko można było w Polsce już kupić, a zapotrzebowanie na nowoczesne materiały wzrosło niepomniernie, z „Salmedem” stało się coś niezrozumiałego. Zaczął podupadać. Kierownictwo MTP tak było pewne swej monopolistycznej do niedawna pozycji na arenie wystawienniczej, że nie reagowało na mnożące się targi w innych miastach naszego kraju. No i stało się, co się stać musiało. Targi, mimo najlepszych warunków ekspozycyjnych w Polsce, zamierały. Dzieliły się na różne imprezy i imprezki, podejmowano heroiczne próby ich podtrzymania, ale gołym okiem było widać, że koniec jest bliski. W tej sytuacji wydzieliły się też targi stomatologiczne „Saldent”. Ale i one z roku na rok w zaskakującym tempie ograniczały powierzchnie stoisk, na których nieliczni wystawcy ze smętnymi minami przyrzekali sobie, że w życiu już tu nie przyjadą, nawet za chińskiego boga! Bo po co? Dla tych kilkunastu zagubionych zwiedzających z dziurami w kieszeni?

Od kilku lat coś zaczęło się zmieniać. „Saldent”, jeżeli można tak powiedzieć, wzięła w swoje ręce prof. Honorata Limanowska-Shaw. Razem z doc. Pawłem Piotrowskim i innymi zapaleńcami zaczęli powoli oblicze targów zmieniać.

Uatrakcyjnili, w tym roku już VII, Konferencję Naukowo-Szkoleniową, która wreszcie odbywała się w tym samym obiekcie co wystawa, zadbali o atrakcyjnych wykładowców i odpowiednią promocję imprezy. Pomagały też same Międzynarodowe Targi Poznańskie, którym nagle zaczęło zależeć na podtrzymaniu tej medycznej imprezy.

„Saldent” 2005 to jeszcze nie oszałamiający sukces. Ale zmiany, nawet w porównaniu do roku poprzedniego, były znaczne. Przede wszystkim to osobna impreza. Ale z targami to jest tak jak z przedstawieniami teatralnymi albo filmem. Nie liczą się recenzje, opinie tzw. fachowców i to, co chcieliby organizatorzy czy autorzy. O sukcesie decydują nogi widzów: albo przyjdą, albo im to wisi. „Saldent” w tym roku odwiedziło ok. 2500 zwiedzających (rok temu ok. 1000). 750 lekarzy opłaciło pobyt i uczestnictwo w konferencji. Przyjechało ponad 100 wystawców, gdy rok temu 25. Do ideału jeszcze daleko, ale wszyscy podkreślali, że to jest ten kierunek. I że z pewnością „Saldent” odbił się od dna”.

Międzynarodowe Targi Dentystyczne „Saldent 2005” odbyły się w dn. 19-21 maja br. w Poznaniu. Główne ich wydarzenia to wystawa połączona z możliwością zakupów i VII Konferencja Naukowo-Szkoleniowa. Organizatorami byli Poznańska Stomatologia Akademicka, Collegium Stomatologicum, Polskie Towarzystwo Stomatologiczne, Wielkopolska Izba Lekarska i Międzynarodowe Targi Poznańskie. Na wystawie, jak zawsze, królowały unity, aparaty do RTG, lasery, drobny sprzęt i materiały dentystyczne. Podobno wszystkie sprzedawane z promocyjnym upustem. Natomiast nie zauważyłem próbek...



prof. Honorata Limanowska-Shaw: Z pewnością było w tym roku znacznie lepiej niż rok temu. To chyba sukces. Zawdzięczamy go temu, że zarówno MTP, jak i Akademia Medyczna miały ten sam cel: zorganizować atrakcyjną imprezę wystawienniczo-naukową. Zbieramy doświadczenia i za rok powinno być jeszcze lepiej.



doc. Paweł Piotrowski: To dobrze, że tyle razy powtarzano, że odbiliśmy się od dna. To cieszy. Podobnie jak znacznie większa niż rok temu liczba wystawców i zwiedzających.



Najważniejszym wydarzeniem „Saldent” 2005 była Konferencja „Nowości światowej stomatologii”.

Prof. zw. dr hab. Anna Komorowska z Akademii Medycznej w Lublinie omówiła zjawisko infraokluzji. Postać łagodna i średnio nasilona nie wymaga interwencji, ponieważ samoistnie zanika wraz z wiekiem. Natomiast w postaci zaawansowanej konieczny jest zabieg chirurgiczny.

Dr Al. Waning z firmy 3M mówił o wypełnieniach kompozytowych i gładzonomerowych. Stanowią one rozwiązania alternatywne i często kompromisowe. Różnią się od siebie znacznie, mają swoje zalety i wady, tak że znalezienie optymalnego rozwiązania dla każdego indywidualnego pacjenta nie jest łatwe.

Ronald Kaminishi prowadzący prywatną praktykę w Kalifornii omówił chirurgiczne leczenie wad zgryzu.

Dr Bill Allen był przewodniczącym komisji Unii Europejskiej i wizytował 6 krajów ubiegających się o wstąpienie do UE, także Polskę. Omówił zmiany jakie nastąpiły w programach edukacyjnych wielu krajów, a także najnowsze zmiany w dyrektywach Unii dotyczące stomatologii.

Dr Andrzej Baszkowski omówił doświadczenia polskich lekarzy dentyków, którzy zdecydowali się wyjechać do krajów UE. W każdym kraju jest inaczej. W niektórych czekają na naszych lekarzy z otwartymi ramionami, w innych bronią się przed nimi wszelkimi sposobami.

Dr n.med. Krzysztof Kordel, rzecznik odpowiedzialności zawodowej Wielkopolskiej Izby Lekarskiej mówił jak niezwykle interesująca i przydatna jest znajomość genezy skarg na lekarzy stomatologów. Omówił także pojęcie „błędu w sztuce” i „braku należytej staranności w postępowaniu z pacjentem”.

Wspomnieć należy także o innych, niemniej interesujących sesjach odbywanych w ramach „Saldentu” 2005. O Forum Implantologii Osteoplant, sesji pod patronatem Stowarzyszenia Polskich Lekarzy Stomatologów, a także o bloku bezpłatnych szkoleń poświęconych zarządzaniu gabinetem stomatologicznym.

Hitem było spotkanie na temat „Marketingu gabinetu stomatologicznego”, a także „Aranżacji gabinetu stomatologicznego”.

Odbyły się również sesje szkoleniowe dla asystentek stomatologicznych i techników dentystycznych.

Wręczone zostały także Złote Medale MTP. Sąd Konkursowy, pod przewodnictwem prof. dr hab. n. med. Janiny Stopy przyznał je: unitowi stomatologicznemu TOPAZ, sterylnemu systemowi do iniekcji ULTRA SAFETY PLUS XL i paście do zębów ELGYDIUM Anti Plaque.

Następny „Saldent” odbędzie się w dn. 11-13 maja 2006 r. Warto zapamiętać te datę.

Andrzej Baszkowski

Rytro – Jesień 2005

Polskie Stowarzyszenie Lekarzy Stomatologów Kas Chorych oraz Komisja Stomatologiczna ORL w Krakowie zapraszają na Ogólnopolską Konferencję Lekarzy Stomatologów „Rytro – Jesień 2005”, która odbędzie się w dn. **4-6 listopada 2005 r. w Hotelu „Perła Południa” w Rytrze k. Nowego Sącza.**

Program konferencji będzie obejmować część naukową oraz samorządową – aktualne problemy związane z wykonywaniem zawodu, z uwzględnieniem problemów dotyczących kontraktowania świadczeń stomatologicznych z NFZ. Szczegółowy program zostanie przesłany uczestnikom miesiąc przed planowanym terminem konferencji. Udział w konferencji umożliwi uzyskanie punktów edukacyjnych.

Ze względu na to, że liczba miejsc w hotelu jest ograniczona, a zainteresowanie planowaną konferencją bardzo duże, prosimy o nadsyłanie zgłoszeń w nie przekraczalnym terminie do **30.09.2005 r.** na adres: **ORL w Krakowie, 31-123 Kraków, ul. Krupnicza 11a**, z dopiskiem „Rytro – Jesień 2005”. Karta zgłoszenia wraz z kontem bankowym, na które należy dokonywać wpłaty oraz informacje na stronie internetowej KS ORL w Krakowie **www.stomatolodzy.tk**. Informacje również w **OIL w Krakowie, Krystyna Treła**, tel.: **(0-12) 430-07-72, 430-07-66**.

W imieniu organizatorów

lek. stom. Robert Stępień, prezes PSLSKCh
dr n. med. Andrzej Fortuna, przewodniczący KS ORL w Krakowie



Notatki rzecznika prasowego NRL

Zbieranie podpisów

Trwa zbiórka podpisów osób popierających projekt „Ustawy o zasadach finansowania doskonałości zawodowej lekarzy i lekarzy dentystów oraz o zmianie niektórych ustaw”, który przygotowała NRL jako obywatelską inicjatywę ustawodawczą. Aby projekt trafił do Sejmu, Komitet Inicjatywy Ustawodawczej musi zebrać minimum 100 tys. podpisów w terminie do 13 września br. Liczy się każdy podpis i złożone przy nim prawidłowo wpisane dane osobowe. Treść projektu ustawy oraz jej uzasadnienie, a także tabela do zbierania podpisów znajdują się na stronach internetowych NIL: www.nil.org.pl. Wypełnione table należy przelać na adres: Naczelna Izba Lekarska, ul. Sobieskiego 110, 00-764 Warszawa.

Prezydium NRL

na posiedzeniach w dn. 30.05. i 10.06.br.

• przyjęło m.in. stanowiska:

– w sprawie projektu ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, w którym stwierdziło m.in., że: „(...) projekt nie realizuje treści przewidzianej w art. 137 ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, bowiem nie zawiera: sposobu wyceny świadczeń opieki zdrowotnej oraz warunków ich udzielania. Odesłanie w zakresie warunków udzielania świadczeń do materiałów informacyjnych, które nie są przedmiotem uzgodnień w trybie art. 137 ustawy Prezydium NRL uważa za niedopuszczalne. Niezbędne jest także określenie sposobu wyceny świadczeń, bowiem przewidziane w § 18 projektu ustalanie cen w drodze uzgodnień stron umowy nie wypełnia obowiązku określenia „sposobu wyceny świadczeń. (...)”;

– w sprawie wytycznych do negocjacji ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, w którym wnosi wiele uwag, m.in.: „(...) w §24: - ust.1. winien otrzymać brzmienie: 1. Należności z tytułu umowy za realizację świadczeń w okresie sprawozdawczym, oddział wojewódzki Funduszu wypłaca miesięcznie w dwóch transzach:

a) z góry w terminie do 5 dnia każdego miesiąca za miesiąc bieżący, zaliczkę w wysokości 30% 1/12 kwoty rocznie przeznaczonej zgodnie z umową na finansowanie świadczeń w danym rodzaju lub zakresie,

b) z dołu w terminie do 25 dnia każdego miesiąca za miesiąc poprzedni, po dostarczeniu przez świadczeniodawcę wymaganych dokumentów, kwotę stanowiącą różnicę pomiędzy kwotą wynikającą z przedstawionych ww. dokumentów, która nie może być wyższa niż 1/12 wartości umowy w danym rodzaju lub zakresie a kwotą zaliczki. (...)”;

– dotyczące projektu ustawy o zmianie i uchyleniu niektórych upoważnień do wydania aktów wykonawczych, w którym nie wnosi uwag,

– dotyczące projektu rozporządzenia ministra zdrowia w sprawie szczegółowego trybu i kryteriów podziału środków pomiędzy centralę i oddziały wojewódzkie NFZ z przeznaczeniem na finansowanie świadczeń opieki zdrowotnej dla ubezpieczonych, w którym zgłasza wiele uwag, m.in.: „(...) Projekt nie realizuje, wielokrotnie postulowanej, zasady płatności za udzielone świadczenie, bez względu na miejsce jego udzielenia, ze środków tego oddziału NFZ, który jest właściwy dla miejsca zamieszkania pacjenta, zebranych w województwie, w którym zamieszkuje pacjent. (...)”;

– w sprawie projektu Krajowego Programu Zwalczenia AIDS i Zapobiegania Zakażeniami HIV, w którym stwierdza m.in., że: „(...) skuteczność jakichkolwiek programów zapobiegania i zwalczania zakażeń uzależniona jest nie tylko od określenia ich celów i zadań, ale również od uprzedniego ustalenia harmonogramów działań, których podjęcie jest niezbędne, a zwłaszcza określenia wielkości środków przeznaczanych na finansowanie programów. (...)”. Jedynym sposobem gwarantującym – zdaniem Prezydium – realizację tego programu jest: „(...) przygotowanie harmonogramów jego realizacji, określenie podmiotów realizujących Program, przy zapewnieniu jego finansowania na podstawie przyjętych rozwiązań ustawowych. (...)”;

– dotyczące projektu rozporządzenia ministra spraw wewnętrznych i administracji w sprawie trybu uzyskiwania tytułu specjalisty przez lekarza będącego żołnierzem w czynnej służbie wojskowej, pełniącego służbę lub zatrudnionego w zakładzie opieki zdrowotnej tworzonemu przez ministra właściwego do spraw wewnętrznych, w którym zapisano wiele uwag.

– dotyczące projektu rozporządzenia ministra sprawiedliwości zmieniającego rozporządzenie w sprawie rodzajów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej prowadzenia i udostępniania w zakładach opieki zdrowotnej dla osób pozbawionych wolności, w którym nie zgłosiło uwag,

• przyjęło m.in. uchwały:

– zmieniającą uchwałę w sprawie powołania i ustalenia składu osobowego Zespołu ds. Negocjacji z NFZ,

– w sprawie dofinansowania Forum Radców Prawnych Okręgowych Izb Lekarskich, które odbyło się w dn. 11-12.06.br. w Krakowie,

– wydelegowało:

– Andrzeja Kulińskiego jako przedstawiciela NRL do Rady Społecznej Obwodu Lecznictwa w Bydgoszczy,

– Janusza Garlickiego jako przedstawiciela NRL do Rady Społecznej Ośrodka Medycyny Sportowej SPZOZ w Warszawie,

– Konstantego Radziwiłła – prezesa NRL, Wojciecha Marquardta – wiceprezesa NRL oraz Grzegorza Jasińskiego – dyrektora Biura NIL na spotkanie z przedstawicie-

lami (AGMF i MM) francuskich i hiszpańskich instytucji ubezpieczeń wzajemnych dla lekarzy, które odbyło się w dn. 13-16.06.br. w Paryżu i w Barcelonie,

– Krzysztofa Makucha – sekretarza NRL na V Kongres Lekarzy Lotewskich, który odbył się w dn. 16-18.06.br. w Rydze.

UWAGA! Pełne teksty stanowisk i uchwał na stronach: www.nil.org.pl

Realizacja programu przeciw narkomanii

Prezes NRL w liście do Zbigniewa Podrazy, sekretarza stanu w MZ podkreślił, że „*Sprawozdanie z realizacji Krajowego Programu Przeciwdziałania Narkomanii za rok 2004*” daje szeroki obraz działań w zakresie przeciwdziałania narkomanii w Polsce. (...) Wydaje się, że w związku z rosnącą liczbą osób uzależnionych należy w kolejnym Programie, na następne lata, położyć większy nacisk na rozwój sieci placówek leczniczych. Z dużym zadowoleniem należy przyjąć wdrożenie programu szkolenia w dziedzinie uzależnienia od narkotyków dla lekarzy i pielęgniarek podstawowej opieki zdrowotnej. Tego typu programy należy (...) w przyszłości wdrożyć dla lekarzy pediatrów oraz lekarzy i pielęgniarek w szpitalach.”

Obrazy nt. wychowania w trzeźwości bez udziału NRL

1.06.br. sejmowe Komisje Gospodarki i Zdrowia obradowały nt. projektu ustawy o zmianie ustawy o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi. Na liście zaproszonych na posiedzenie nie było jednak przedstawicieli NRL. W związku z tym prezes NRL, wystosował list na ręce przewodniczącej Komisji Zdrowia opiniujący powyższy projekt, w którym zwraca uwagę na fakt, że „(...) poza elementami porządkującymi i zasadnymi z punktu widzenia profilaktyki alkoholowej (...)” treść projektu „(...) zawiera zapisy, które w konsekwencji doprowadzą do wzrostu spożycia alkoholu. Wszelkie ułatwienia w uzyskaniu zezwoleń na sprzedaż alkoholu spowodują wzrost liczby punktów sprzedaży, (...) za szczególnie niekorzystne należy uznać zastąpienie 2 odrębnych zezwoleń na sprzedaż napojów do 4,5% alkoholu oraz (...) od 4,5 % do 18% alkoholu – jednym wspólnym – do 18 %. Będzie to oznaczało, że sklepy, które dotychczas miały zezwolenie na sprzedaż tylko piwa, będą mogły również sprzedawać wino, w tym najtańsze. Nie można tego uznać za inne działania niż ułatwianie nabywania alkoholu, szczególnie ludziom młodym. (...) Wydaje się, że przywołanie zasad równości gospodarczej w kontekście ustawy o swobodzie działalności gospodarczej jest pretekstem do zwiększenia liczby sklepów sprzedających alkohol. (...) jest to, moim zdaniem, sprzeczne z konstytucyjnymi zasadami państwa, tj. troski o zdrowie obywateli, a szczególnie dzieci i młodzieży” – czytamy w liście.

Iwona A. Raszke-Rostkowska

tel./fax (0-22) 851-71-50

tel. kom. 0606-440-100

e-mail: iwona.raszke@hipokrates.org



Komitet Inicjatywy Ustawodawczej
projektu ustawy o zasadach finansowania doskonalenia zawodowego lekarzy i lekarzy dentystów oraz o zmianie niektórych ustaw
WYKAZ OBYWATELI, KTÓRZY UDZIELAJĄ POPARCIA PROJEKTOWI USTAWY O ZASADACH FINANSOWANIA DOSKONALENIA
ZAWODOWEGO LEKARZY I LEKARZY DENTYSTÓW ORAZ O ZMIANIE NIEKTÓRYCH USTAW

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

Ustawa z dnia

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

Art. 1.

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

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

Art. 2.

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

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

Art. 3.

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

Art. 4.

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

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

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

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

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

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

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

Art. 5.

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

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

Art. 6.

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

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

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

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

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

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

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

Art. 7.

Ustawa wchodzi w życie z dniem 1 stycznia 2006 r.

Rzecznicy w Krzyżowej

W krajach Unii Europejskiej oraz Norwegii i Islandii praktykuje ponad 1,7 mln lekarzy.
Aż 85% z nich zrzeszonych jest w korporacjach (izbach lekarskich).

Rozluźnienie rygorów, a często zatarcie granic między państwami uczyniło ze swobodnego przepływu ludzi zjawisko powszechne. Odpowiedzialność zawodowa lekarzy polskich wykonujących zawód na obszarze państw członkowskich UE nie się ze sobą nowe i trudne niekiedy do jednoznacznej interpretacji aspekty materialne i procesowe – twierdzili zgodnie naczelnicy i okręgowi rzecznicy odpowiedzialności zawodowej, lekarze i prawnicy z Polski i Niemiec, którzy wyznaczili sobie spotkanie w Krzyżowej k. Świdnicy (woj. dolnośląskie).

W Krzyżowej, do roku 1945 „Kreissau”, spotykała się w latach 1942/43 jedna z niemieckich antyhitlerowskich grup oporu, skupiona wokół Helmutha Jamesa von Moltke, aby wspólnie planować nowy kształt demokratycznych Niemiec po klęsce Hitlera. Dziś działa tu Akademia Europejska, odbywają się międzynarodowe spotkania młodzieży, spotkania dyskusyjne pełne gorących sporów o przeszłość, teraźniejszość i przyszłość Europy i świata. Po dawnych animozjach nie ma śladu.

Sztandarowym przykładem dylematów jest współpraca transgraniczna w euromieście: Zgorzelec-Goerlitz. Mimo że jest podzielone, migracja ludności stwarza konieczność nie tylko szybkiego udzielenia kwalifikowanej pomocy, ale także transportu do szpitali po obu stronach miasta, co wiąże się przecież z przekroczeniem granicy państwa i wykonywaniem zawodu na obcym terytorium – mówi szef szpitalnego oddziału ratunkowego w Zgorzelcu dr **Arkadiusz Kawka**. Nagłych zagrożeń, np. masowych zatruc nie brakuje.

Miasta strzegą już wspólne polsko-niemieckie patrole policyjne, do pożarów ruszają wozy strażackie ze wschodniej i zachodniej części miasta, a w sprawach ochrony zdrowia granica jest nie do przejścia, bo nie rozstrzygnięto problemów odpowiedzialności zawodowej – potwierdza szef jednostki ratunkowej „Schlesische Oberlausitz” **Gerold Noack**.

Szefowie ratownictwa medycznego w Goerlitz i Zgorzelcu określili już obszary zagadnień i problemów do rozwiązania. Najchętniej korzystają z tego, co mają pod ręką lub – jak sami mówią – co znajduje się dwie przecznice dalej, a nie w klinikach odległych o setki kilometrów. Teraz czekają na pomoc w ustaleniu kompetencji i rozwiązań prawnych.

O podstawie materialnoprawnej i prawnoprocesowej zasadzie odpowiedzialności lekarza polskiego i zasięgu obowiązywania prawomocnych orzeczeń wiemy nie za wiele. Chodzi o to, czy podstawą jest prawo obowiązujące w państwie, w którym wykonuje się zawód, w szczególności przepisy deontologiczne np. kodeks etyki lekarskiej, czy też prawo ojczyste. Czy skutki prawne orzeczenia wydanego wobec lekarza przez właściwy organ rozciągają się tylko na obszar kraju, gdzie orzeczenie takie wydano, czy też np. kraju obywatelstwa lekarza, czy też obu krajów – pytał retorycznie wybitny znawca praw karnego i medycznego, eurodeputowany prof. **Marian Filar**.

Na brak jednolitych zasad odpowiedzialności zawodowej, zagadnienia związane z rejestracją i ideą europejskiego paszportu lekarskiego zwrócił uwagę gość konferencji **Konstanty Radziwiłł**. Omówił również punkt wi-

dzenia Stałego Komitetu Lekarzy Europejskich (CPME), który nie popiera ani utworzenia ogólnoeuropejskiego rejestru ukaranych lekarzy, ani wspólnej listy czynów zabronionych (np. eutanazja) i grożących za nie sankcji. Mogłoby się okazać, że zabraniamy rzeczy tak oczywistych, że nie trzeba o nich pisać. Nie ma powodu, żeby lekarzy piętnować bardziej niż innych obywateli i podwójnie karać, ani też gorliwie informować o ich błędach z przeszłości – wyjaśniał prezes NRL. CPME opowiada się jednak za utrzymaniem zaświadczenia o etyczności lekarza (*Certificate of Good Standing*).

Wśród lekarzy przeważali naczelnicy i okręgowi rzecznicy odpowiedzialności zawodowej. Naszych zachodnich sąsiadów reprezentowali: **Susann Katelhön** z Federalnej Izby Lekarskiej, **Alexander Gruner** i **Siegfried Herzig** z Saksońskiej Izby Lekarskiej oraz **Jadwiga Schöne** z Drezna, **Rudolf Burger** z Monachium, **Kurt Trübner** z Essen i **Tadeusz Pietrzak** z Berlina. Konferencji przewodniczył NRZOZ prof. **Zbigniew Czernicki**, a nad całą logistyką z wielkim sukcesem zapanował dr **Ryszard Rzeszutko** z Wrocławia. Obszernej do tematyki konferencji z Krzyżowej wrócimy po wakacjach.

Marek Stankiewicz



Susann Katelhön, Siegfried Herzig, Jan Adamus, Alexander Gruner i Konstanty Radziwiłł.

Czy przedłużyć okres karalności?

Zbigniew Czernicki

Obowiązujące obecnie przepisy dotyczące odpowiedzialności zawodowej wprowadzono przed piętnastoma laty. Upłynęło więc dostatecznie dużo czasu, aby przekonać się, że wiele z nich wymaga zmiany.

Po ujawnieniu sprawy łódzkiej zaistniał przychylny klimat polityczny do przeprowadzenia nowelizacji ustawy o izbach lekarskich w części dotyczącej odpowiedzialności zawodowej. Projekt został przygotowany i na razie trafił do szuflady. Wierzę, że wkrótce będzie procedowany. W projekcie zaproponowano m. in. przedłużenie okresu karalności od 5 do 8 lat.

Pojawiają się jednak głosy kwestionujące potrzebę przedłużenia karalności, takie jak wypowiedź kolegi Romualda Krajewskiego: „Tryb odpowiedzialności zawodowej. Przewlekłość postępowania” („GL” nr 6/2005). Przedstawiam zatem poniżej motywy, którymi kierowałem się w czasie opracowywania projektu zmienionej ustawy wnioskując przedłużenie karalności.

Przyczyny przewlekłości postępowania w obszarze odpowiedzialności zawodowej można podzielić na dwie grupy. Po pierwsze, trudności występujące w czasie procedowania podobne do problemów, z którymi styka się prokurator, ale o większym nasileniu. Po drugie, przeszkody pojawiające się w związku z równole-

głym prowadzeniem postępowań w obszarze odpowiedzialności zawodowej i w trybie odpowiedzialności karnej.

Czynności związane z prowadzeniem postępowań wykonywane są przez amatorów – lekarzy, a nie prawników. Natomiast obwinieni lekarze coraz częściej bronią się przez zawodowych obrońców – adwokatów. Adwokaci nie są znawcami sztuki medycznej, natomiast doskonale potrafią wykorzystywać zawiłości procedur prawnych starając się maksymalnie przedłużyć postępowanie i doprowadzić do przedawnienia.

Prowadzenie postępowania przez rzeczników jest oczywiście różne od postępowania prokuratorów. Niejednokrotnie występują trudności, gdy obwiniani lekarze nie stawiają się na wezwania i pomimo wielokrotnych wezwań nie można im przedstawić zarzutów. Zaoczne prowadzenie postępowania ze zrozumiałych względów ma miejsce zupełnie wyjątkowo.

Innym powodem przewlekłości bywa równoległe prowadzenie postępowania przez powszechny wymiar sprawiedliwości. Dotyczy to przypadków, gdy

skarga odnosi się do czynu, który może być kwalifikowany jako przestępstwo wg Kodeksu karnego. W takich razach pierwszeństwo w prowadzeniu postępowania pozostawia się z reguły prokuraturze. Znana powolność powszechnego wymiaru sprawiedliwości sprawia, że w przypadku nieskazania prawomocnym wyrokiem sądu powszechnego nie ma już szans na przeprowadzenie i zakończenie postępowania w obszarze odpowiedzialności zawodowej.

Wyżej przedstawiona sytuacja sprawia, że przedłużenie okresu karalności do 8 lat można uznać za zasadne i celowe. Uważam tę propozycję za trafną. Dla porównania, okres karalności w prawie karnym w przypadkach łapówek – korzyści materialnych wynosi 10 lat. Ustawodawca uważa, że pomimo trudności w uzyskiwaniu zeznań ze względu na upływ czasu procedowanie jest możliwe i skuteczne.

Moim zdaniem w odpowiedzialności zawodowej nie powinno się stosować zasad dużo bardziej przyjaznych dla obwinionych niż te stosowane w procedurze karnej. Odpowiedzialność zawodowa ma przede wszystkim na celu ochronę zawodu to znaczy eliminację niewłaściwych zachowań i tą drogą podnoszenie aury i utrzymanie wysokiej rangi społecznej zawodu lekarza. Nie należy natomiast na pierwszy plan wysuwać konieczności odpowiedniego ukarania obwinionego. Odpowiedzialność zawodowa jest jedną z odpowiedzialności, której podlegają lekarze: odpowiedzialność karna, cywilna, służbowa i zawodowa. Moim zdaniem w tej sytuacji najważniejsze jest wykazanie skuteczności działania aparatu odpowiedzialności zawodowej, wykazania nieuchronności doprowadzenia do wydania prawomocnego orzeczenia, bo przecież przedawnienia w trakcie procedowania to największa porażka aparatu sprawiedliwości.

Wyróżnienia dla warszawskiego medycznego środowiska naukowego

20.06.br. w Pałacu Prezydenckim odbyła się uroczystość wręczenia orderów i odznaczeń państwowych 46 zasłużonym pracownikom AM w Warszawie. W imieniu Prezydenta RP dekoracji dokonał podsekretarz stanu w Kancelarii Prezydenta RP Edward Szymański. Za wybitne zasługi w działalności naukowej i dydaktycznej odznaczeni zostali: • **Krzyżem Wielkim Orderu Odrodzenia Polski**: Mieczysław Szostek; • **Krzyżem Komandorskim Orderu Odrodzenia Polski**: Wojciech Noszczyk; • **Krzyżem Komandorskim Orderu Odrodzenia Polski**: Stefan Kruś, Stanisław Moskałewski, Bogdan Pruszyński; • **Krzyżem Oficerskim Orderu Odrodzenia Polski**: Andrzej Górski, Andrzej Langner, Danuta Liszewska-Pfejfer, Janusz Piekarczyk, Józef Sawicki, Hubert Wanyura; • **Krzyżem Kawalerskim Orderu Odrodzenia Polski**: Janusz Cianciara, Wiesław Gliniński, Marek Krawczyk, Jan Malinowski, Grzegorz Opolski, Leszek Pączek, Bożenna Sadurska, Aleksander Wagner, Stanisław Zajac; • **Złotym Krzyżem Zasługi**: Dagna Bobilewicz, Ewa Dmoch-Gajzlerska, Krzysztof Galus, Barbara Job-Ryniewicz, Joanna Matuszkiewicz-Rowińska, Robert Słotwiński, Katarzyna Tymińska-Sędek, Maria Wąsik, Jolanta Zajdel-Dąbrowska; • **Srebrnym Krzyżem Zasługi**: Bogdan Ciszek, Bożenna Ćwikowska, Helena Deszczyńska, Anna Doboszyńska, Piotr Fiedor, Bożenna Kwiatkowska, Hanna Olędzka, Piotr Pruszczyk, Henryk Rebandel, Bolesław Samoliński; • **Brązowym Krzyżem Zasługi**: Magdalena Bujalska, Grażyna Cichocka, Małgorzata Kałucka, Marek Król, Marianna Radziwonka, Zofia Sienkiewicz, Beata Sińska. (IR)

Zoll u rzeczników

Rzecznik praw obywatelskich prof. Aleksander Zoll obiecał, że zwróci uwagę Komendantowi Głównemu Policji na niedopuszczalne łamanie zasad podczas zatrzymań lekarzy podejrzanych o przyjmowanie korzyści materialnych. – To **wyprowadzanie ze szpitala lekarzy w kajdankach nie może odbywać się w towarzystwie dziennikarzy** uzbrojonych w kamery – stwierdził profesor na spotkaniu z rzecznikami odpowiedzialności zawodowej w Cieszynie i Kielcach.

Spotkanie zorganizowała na początku czerwca br. krakowska izba lekarska. Prof. Zoll poinformował, że co dziesiąta skarga do RPO związana z ochroną zdrowia dotyczy odpowiedzialności zawodowej lekarzy. Szczególnie chodzi o odpowiednie stosowanie przepisów postępowania karnego. Wiadomo, iż rzecznik odpowiedzialności zawodowej wszczyna postępowanie wyjaśniające po uzyskaniu wiarygodnej informacji o przewinieniu lekarza. Najczęściej mamy bardzo długi proces ustalania, czy informacja była wiarygodna. Zdaniem Zolla trwa to czasem miesiącami. Jest to przecież rodzaj postępowania sprawdzającego, którego czynności należy przeprowadzić niezwłocznie. 30 dni to maksimum na jakie pozwala prawo, by postępowanie takie zakończyć.

Prof. Zoll przypomniał, że przesłuchań lekarzy i innych osób nie wolno rozpoczynać, jeśli rzecznik odpowiedzialności zawodowej nie wszczął postępowania. Zasada ta jest niestety nierzadko łamana. Wątpliwości RPO wzbudza odmowa pokrzywdzonemu wglądu w akta sprawy.

Prawo do informacji, szczególnie we własnej sprawie, gwarantuje konstytucja. W postępowaniu przed rzecznikami odpowiedzialności zawodowej na czoło musi wybijać się ochrona zawodu, a nie zamiar ukarania lekarza – podkreślił profesor.

W swoich skargach do RPO pacjenci najczęściej podnoszą sprawę braku obiektywizmu, fałszywej solidarności lekarskiej, powoływanie biegłych z tej samej placówki, oczekiwanie nieraz miesiącami na ich jednoznaczną opinię, brak precyzyjnie postawionych im pytań przez rzeczników.

Nie ma niczego gorszego niż przedawnienie w trakcie prowadzenia postępowania – ripostował naczelny rzecznik odpowiedzialności zawodowej prof. Zbigniew Czernicki, któ-

ry postuluje przedłużenie okresu karalności z pięciu do ośmiu lat. Reakcja karna, również w prawie zawodowym, jest wtedy skuteczna, kiedy jest bardzo szybka – argumentował Zoll. Sprawca nie może rościć sobie prawa do przedawnienia. Karanie lekarzy upomnieniem po sześciu latach prowadzonego postępowania jest ośmieszaniem ochrony zawodu.

Rzecznicy poruszają się ciągle na gruncie bardzo niepewnym, często kierując się intuicją i zdrowym rozsądkiem, a nie zawsze przepisami ustawy z 1989 r., które nie przystają do współczesnej praktyki lekarskiej – przyznał prof. Czernicki. Potwierdził, że problemem są nadal lekarze nadużywający alkoholu podczas pracy z chorymi.

Sprawa jest prosta, kiedy w pierwszej chwili potwierdza to badanie krwi lub wydychanego powietrza. Komplikuje się, kiedy po jakimś czasie trzeba zdecydować czy ukarać lekarza, który poddał się skutecznemu leczeniu odwykowemu. Zdaniem prof. Zolla śmielej powinno się stosować zasadę probacji, czyli dania szansy i kontrolowania jej w czasie.

Podczas spotkania zwracano uwagę na narastającą roszczeniowość pacjentów i natężenie aktywności wspierających ich grup prawniczych, zwolnienia z tajemnicy lekarskiej w zakresie prowadzonej sprawy, kłótni i nieporozumień między lekarzami, niedozwolonej reklamy oraz konieczności autoryzowania swoich wypowiedzi dla prasy.

ms



Jolanta Orłowska-Heitzman, Jerzy Friediger, Aleksander Zoll i Zbigniew Czernicki

for. Marek Stankiewicz

W krajach demokratycznych na ogół nie kwestionuje się słuszności zasady rekompensaty dla ofiar nieszczęśliwych zdarzeń. Problem polega na tym, jak to robić.

Odpowiedzialność cywilna i kryzys praktyki lekarskiej

Romuald Krajewski



Dla wielu, być może większości, lekarzy w Polsce odpowiedzialność cywilna kojarzy się przede wszystkim ze składkami na ubezpieczenie od niej oraz z różnymi sensacjami docierającymi z mediów. Część wie, że problemy związane z odpowiedzialnością cywilną są nie tylko sensacją, ale i poważnym ograniczeniem wykonywania praktyki w wielu krajach, zwłaszcza w Stanach Zjednoczonych.

foto. Marek Stankiewicz

Sam zaliczałem się do tej części, dopóki nie wziąłem udziału w konferencji „Bezpieczeństwo pacjenta jako wyzwanie europejskie”, która w kwietniu br. odbyła się w Warszawie. Jak sądzę tylko niewiele osób wie, że zjawisko nazywane „kryzysem spowodowanym odpowiedzialnością cywilną” jest już na dobre obecne w Europie, w tym i w Polsce. Wiele razy pisano już i mówiono, co dla biednego systemu ochrony zdrowia mogą znaczyć koszty prawne i ubezpieczeniowe w amerykańskim stylu. Okazuje się, że i dla o wiele od nas bogatszych problem jest znaczący do tego stopnia, iż Komisja Europejska postanowiła zająć się nim i znaleźć rozwiązania, które umożliwią sprawne funkcjonowanie ochrony zdrowia, zapewnią właściwą rekompensatę za niepożądane zdarzenia związane z leczeniem i poprawią bezpieczeństwo systemu.

Kaj Essinger ze Szwecji przedstawił przegląd sytuacji w zakresie ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej w Europie. Wspólną dla ogromnej większości krajów cechą jest wzrost roszczeniowości, wzrastające koszty prawne, bardzo duży wzrost wypłacanych odszkodowań, wzrost składek na

ubezpieczenia, wycofywanie się ubezpieczycieli z rynku ochrony zdrowia.

Przejawy kryzysu są zróżnicowane, ale wyraźne. W niektórych krajach (DK, NL, DE) koszty składki ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej są tak wysokie, że część szpitali nie wykupuje ubezpieczenia i płaci odszkodowania bezpośrednio z własnego budżetu licząc na mniejsze koszty. Wzrost składki ubezpieczeniowej w latach 2003-2004 wyniósł od 25 do 100% (FR, IE, ES, DK, HU). Nowe regulacje prawne często prowadzą do dużego wzrostu roszczeń (FR, DK). Niektóre firmy ubezpieczeniowe wycofały się z rynku (FR, NL, HU, IE) lub tak podniosły składki, że szpitale nie wykupują ubezpieczeń, a koszty odszkodowań muszą być przejęte przez władze publiczne. W Irlandii państwo dofinansowuje szpitale i praktyki położnicze, ponieważ wysokość składki przekracza ich możliwości finansowe.

Jeszcze kilka lat temu rynek ubezpieczeń odpowiedzialności cywilnej w ochronie zdrowia wydawał się korzystny, ale obecnie przynosi ubezpieczycielom straty. W Polsce w 2004 r. wypłaty były około 2 razy większe niż składki. Firmy ubezpieczeniowe działające tyl-

ko na rynku ochrony zdrowia wycofuja się, ograniczają zakres ubezpieczenia (na przykład w Polsce niektóre nie ubezpieczają szpitali publicznych) lub po prostu ogłaszają upadłość. Małe szanse na przetrwanie mają ubezpieczenia wzajemne, gdyż bez dochodów z innych dziedzin działalności ubezpieczeniowej nie są w stanie sprostać roszczeniom. Jedną z przyczyn tego stanu rzeczy jest niemożność właściwej oceny ryzyka – ubezpiecza się aktualną działalność, ale roszczenia można zgłosić po latach i biorąc pod uwagę obecne trendy wysokość wypłat może zrujnować każdą firmę.

Co z tego wynika dla praktyki lekarskiej? Moim zdaniem ten aspekt odzwierciedla, być może dotkliwiej niż inne, gwałtownie zmieniające się podejście społeczeństwa do ochrony zdrowia i stawia pod znakiem zapytania możliwość i celowość kontynuacji tradycyjnego modelu praktyki, który opiera się na wzajemnym zaufaniu chorego i lekarza, wysokich kwalifikacjach zawodowych i etycznych, nadrzędności dobra indywidualnego chorych osób, staranności w każdym działaniu. Szczególne wymagania stawiane lekarzom tradycyjnie były równoważone przez wysoką pozycję społeczną i wynagrodzenia.

Każdy z tych elementów ulega zmianie. Zaufanie do wszystkich zawodów, grup społecznych, stanowisk – w tym i do lekarzy – stale się zmniejsza. Pomimo stałej poprawy wyników leczenia ogromnej większości chorób, społeczeństwa są niezadowolone z ochrony zdrowia. Pacjenci oczekują zawsze dobrego wyniku leczenia, każdy zaś niezadowolający wynik chętnie traktują jako zawiniony błąd lekarza lub innego pracownika.

**W imieniu swoim i członków Naczelnej Rady Lekarskiej
kol. MAŁGORZACIE KACZMARSKIEJ-BANASIAK
przewodniczącej Komisji ds. Lekarzy Cudzoziemców
składam najszczerze wyrazy współczucia i głębokiego żalu
z powodu śmierci MAMY**

Małgosiu, jesteśmy z Tobą w tak bolesnych dla Ciebie chwilach

prezes NRL Konstanty Radziwiłł

Jeżeli ktoś jest dobrze wynagradzany w ochronie zdrowia, są to menedżerowie i płatnicy. Pacjenci płacą stale i szybko rosnące składki, a lekarze mają coraz więcej trudności z uzyskaniem od płatników pieniędzy za wykonanie zalecanej procedury lub nawet z uzyskaniem zgody na jej wykonanie.

W wielu systemach ochrony zdrowia szczególne wymagania etyczne stawiane pracownikom są cynicznie wykorzystywane jako sposób na uzyskanie tanih świadczeń. O pogarszaniu się starych, dobrych zasad, w tym i o kryzysie tradycyjnego wzoru lekarza i chorego, ludzie mówią od niepamiętnych czasów i można by przejść nad tym do porządku. Jednak wpływ tych zmian na wykonywanie zawodu lekarza i innych zawodów medycznych nie jest już tylko sprawą dyskusji etycznych, które pasjonują wąskie grono zapaleńców.

Narastająca roszczeniowość, która cechuje nie tylko sprawy związane z ochroną zdrowia, tak zwiększa koszty udzielania świadczeń zdrowotnych, że w niektórych dziedzinach przestają być dostępne. Leczenie jest traktowane przez chorych, ale i coraz częściej przez sądy jako kontrakt gwarantujący dobry wynik. Każdy niezadowolający wynik leczenia staje się doskonałym powodem do bardzo wysokich roszczeń pieniężnych.

W demokratycznych krajach prawa na ogół nie kwestionuje się słuszności zasady rekompensaty dla ofiar nieszczęśliwych zdarzeń. Problem polega na tym jak to robić. Doświadczenie wielu krajów wskazuje, że system oparty na dowodzeniu winy i procedurze prawnej jest bardzo kosztowny, nieefektywny i nieprzewidywalny. Bardziej przypomina grę losową niż zrozumiałą, łatwo dostępny tryb postępowania. W Polsce przykładem tego mogą być procesy dotyczące wirusowego zapalenia wątroby.

Ofiarą roszczeniowości i obecnego systemu odszkodowań za niepożądane zdarzenia związane z leczeniem jest także bezpieczeństwo pacjentów. Opiera się ono na założeniu perfekcyjnego działania wszystkich uczestników procesu leczenia. Jest przecież oczywiste, że jeżeli wszyscy będą dobrze wykonywali co do nich należy, efekt będzie bardzo dobry. Jeżeli efekt jest zły, trzeba znaleźć zepsute ogniwo, przykładowo ukarać i napiętnować, aby inni wiedzieli, że za błąd też spotka ich zasłużona surowa kara.

Można by zastanawiać się, dlaczego takie zasady, gruntownie skompromitowane w systemach, gdzie bezpieczeństwo jest naprawdę ważne, trwają nadal

w ochronie zdrowia. Jest pewne, że nikt przy zdrowych zmysłach w podobnej atmosferze nie będzie chciał rozmawiać o błędach i pomyłkach, a systemy ochrony zdrowia mają coraz lepiej dopracowane sposoby ukrywania błędów i zabezpieczania się przed roszczeniami.

Pisałem już o przejściowo popularnym w mediach „modelu skandynawskim” odszkodowań za niepożądane zdarzenia związane z leczeniem. Omawiane wówczas zagadnienia stały się jeszcze bardziej aktualne, ponieważ kryzys spowodowany roszczeniowym i procesowym sposobem uzyskiwania odszkodowań dotarł już do nas i będzie się nasilał. Bardzo pocieszające jest natomiast, że nadzieje związane z przystąpieniem do Wspólnoty Europejskiej i rozwiązanie problemów na poziomie europejskim mają duże szanse na urzeczywistnienie.

Dla pacjentów oznaczałoby to szansę na rzeczywistą poprawę bezpieczeństwa systemu ochrony zdrowia i na łatwiejsze uzyskiwanie odszkodowań, które zapewne byłyby niższe niż obecnie, ale mogłyby lepiej służyć poprawie zdrowia. Dla lekarzy szansę na utrzymanie partnerskich i opartych na zaufaniu relacji z pacjentami. Dla systemów ochrony zdrowia byłaby to szansa na ograniczenie kosztów prawnych i kosztów ubezpieczenia. Na pytanie, kto w takim razie by na tym stracił Czytelnik odpowie sobie sam. Trzeba mieć nadzieję, że zmiany zostaną wprowadzone.

Dla środowiska lekarskiego oznaczałoby również sporo zmian w sposobie wykonywania praktyki lekarskiej. Ugruntowany tradycją ideał lekarza indywidualisty, wielkiego diagnosty i cudoownego chirurga bezbłędnie przechodzącego przez najbardziej zawile i niecodzienne sytuacje, musiałby zostać zastąpiony bardziej zgodnym z rzeczywistością wzorem lekarza, który popełnia błędy, ale dzięki pracy zespołowej, wielopoziomowej kontroli decyzji i otwartej dyskusji potrafi je rozpoznać i skutecznie ograniczać szanse na popełnienie błędu w przyszłości.

Możliwe są również inne, niekonwencjonalne rozwiązania. Na przykład warto zadać pytanie dlaczego świadczenia zdrowotne muszą być czymś specjalnym, zawsze „najlepszym”, z gwarancją. Czy nie byłoby lepiej, gdyby były takim samym produktem jak każdy inny, zróżnicowanym pod względem jakości i ceny? Skąd wiemy, że regulacje administracyjne i etyczne w praktyce dają lepsze efekty niż rynek? To jednak już całkiem inna historia.

Przychodzi lekarz do prawnika



Pytanie lekarza: Jak należy postąpić w razie zgonu pacjenta w gabinecie, jeśli jest oczywista śmierć z powodu naturalnego? Czy w każdym przypadku zwłoki mają być przewiezione do zakładu medycyny sądowej? Jakim procedurą dezynfekcyjnym podlega gabinet?

Odpowiedź prawnika: Procedura postępowania w razie zgonu pacjenta jest uzależniona od miejsca oraz przyczyny śmierci. W przypadku kryterium miejsca zgonu istotne jest to czy nastąpił on w szpitalu, czy też poza szpitalem, np. w prywatnym gabinecie lekarskim, w którym prowadzona jest indywidualna bądź grupowa praktyka lekarska. Ewentualnie czy zgon nastąpił w miejscu publicznym.

Zgodnie z treścią art. 13 ustawy z 31 stycznia 1959 r. o cmentarzach i chowaniu zmarłych (Dz. U. 2000 r., nr 23, poz. 295 z późn. zm.) zwłoki osób zmarłych lub zabitych w miejscach publicznych przewozi się przed ich pochowaniem, na wniosek właściwego organu, do zakładu medycyny sądowej, a w razie jego braku na obszarze powiatu – do najbliższego szpitala mającego prosekatorium, celem ustalenia przyczyny zgonu. Organizowanie tego przewozu należy do zadań powiatu.

Warunki i okoliczności przeprowadzania badań autopsyjnych w szpitalach i innych zakładach opieki zdrowotnej przeznaczonych dla osób wymagających całodobowych lub całodziennych świadczeń zdrowotnych zawarte są w ustawie o zakładach opieki zdrowotnej z 30 sierpnia 1991 r. (Dz. U. z 1991 r., nr 91, poz. 408 z późn. zm.).

Szczegółowe rozwiązania poświęcone tej problematyce znaleźć można w art. 24 i 25 wspomnianej ustawy.

W przypadku, gdy zgon pacjenta nastąpił przed upływem 12 godzin od przyjęcia do szpitala, ustawodawca ustalił obowiązkowe przeprowadzenie sekcji zwłok. Jest to wyjątek od zasady wyrażonej w art. 24 ust. 1 ustawy, że zasadniczo każde zwłoki mogą, lecz nie muszą być poddane sekcji (sekcja fakultatywna) oraz że sekcji nie przeprowadza się w sytuacji, gdy pacjent za życia, bądź jego przedstawiciel, wyrazi sprzeciw dla jej przeprowadzenia (wyłączenie przeprowadzania sekcji).

Jeśli zgon nastąpi poza zakładem opieki zdrowotnej (np. w prywatnym gabinecie lekarskim), sekcję zwłok przeprowadza się w przypadku:

- podejrzenia przestępnego spowodowania śmierci, wówczas przeprowadza się oględziny i otwarcie zwłok (na podstawie art. 209 § 1. kodeksu postępowania karnego z 6 czerwca 1997 r., Dz. U. z 1997 r., nr 89, poz. 555 z późn. zm.),
- jeśli przyczyną zgonu była choroba zakaźna (w celu zapobieżenia szerzeniu się choroby zakaźnej inspektor sanitarny, w drodze decyzji administracyjnej, może nakazać przeprowadzenie sekcji zwłok, na podstawie art. 25 ust. 2 ustawy z 6 września 2001 r. o chorobach zakaźnych i zakażeniach, Dz. U. z 2001 r., nr 126, poz. 1384 z późn. zm.).

Gdy jednak zgon nastąpił z przyczyn naturalnych i poza szpitalem – przepisy nie nakładają obowiązku przeprowadzania sekcji zwłok, a stwierdzenie zgonu przez lekarza następuje na podstawie samych oględzin, zgodnie z brzmieniem ustawy z 5 grudnia 1996 r. o zawodzie lekarza, (tekst jednolity Dz. U. z 2002 r. nr 21, poz. 204 z późn. zm.). W art. 4 ustawy czytamy: „1. Lekarz może stwierdzić zgon na podstawie osobiście wykonanych badań i ustaleń, z zastrzeżeniem sytuacji określonych w odrębnych przepisach. 2. W uzasadnionych przypadkach lekarz, z wyłączeniem lekarza dentysty, może uzależnić wystawienie karty zgonu od przeprowadzenia sekcji zwłok. 3. Lekarz, z wyłączeniem lekarza dentysty, może wystawić kartę zgonu na podstawie dokumentacji badania pośmiertnego, przeprowadzonego przez innego lekarza lub inną uprawnioną osobę.”

Ze stwierdzeniem zgonu wiąże się szereg obowiązków informacyjnych. Obowiązek zgłaszania zgonów nakłada Prawo o aktach stanu cywilnego (Dz. U. z 1986 r., nr 36, poz. 180) w rozdziale 7 poświęconym aktom zgonu.

Przepisy nie zawierają żadnych szczególnych postanowień na temat dezynfekcji pomieszczenia, w którym nastąpił zgon. Zgodnie z art. 9 ustawy z 31 stycz-

WSZYSTKO O PRAWIE
medycznym i ochronie zdrowia

NIEZBĘDNE INFORMACJE
o prawie sanitarnym

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

SERWIS PRAWO I ZDROWIE

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

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

www.prawoizdrowie.pl
infolinia 0 800 120 188

DOM WYDAWNICZY ABC

nia 1959 r. o cmentarzach i chowaniu zmarłych (tekst jednolity Dz. U. 2000 r., nr 23, poz. 295 z późn. zm.), zwłoki osób zmarłych nie mogą być chowane przed upływem 24 godzin od chwili zgonu. Najpóźniej po upływie 72 godzin od chwili zgonu zwłoki powinny być usunięte z mieszkania celem pochowania lub w razie odroczenia terminu pochowania – złożone w domu przedpogrzebowym lub kostnicy do czasu pochowania, a zwłoki osób zmarłych na niektóre choroby zakaźne powinny być natychmiast po stwierdzeniu zgonu usunięte z mieszkania i pochowane na najbliższym cmentarzu w ciągu 24 godzin od chwili zgonu. Wyjątki od tych terminów mogą być czynione jedynie po utrwaleniu zwłok za zezwoleniem właściwego miejscowo inspektora sanitarnego. Ponadto od chwili zgonu aż do pochowania zwłoki powinny być przechowywane w taki sposób, aby nie mogły powodować szkodliwego wpływu na otoczenie.

Zarówno lekarz, jak i inne osoby powołane do dokonywania oględzin zwłok, jeżeli przy dokonaniu tej czynności powezmą pewność lub uzasadnione podejrzenie, że przyczyną zgonu była choroba zakaźna, podlegająca obowiązkowemu zgłoszeniu, powinni zawiadomić o tym natychmiast właściwego inspektora sanitarnego. W przypadku uzasadnionego podejrzenia, że przyczyną zgonu było przestępstwo, lekarz, jak i inne osoby powołane do oględzin zwłok powinni zawiadomić o tym natychmiast właściwego prokuratora lub najbliższy posterunek policji (art. 11 wspomnianej ustawy). Jeżeli zachodzi uzasadnione podejrzenie, że przyczyną zgonu było przestępstwo, kartę zgonu wystawia lekarz, który na zlecenie sądu lub prokuratora dokonał oględzin lub sekcji zwłok.

Postępowanie w sprawie stwierdzenia zgonu i jego przyczyny określa rozporządzenie ministra zdrowia i opieki społecznej z 3 sierpnia 1961 r. Dz. U. z 1961 r., nr 39, poz. 202). Zgodnie z § 6 rozporządzenia osoba, do której należy wystawienie karty zgonu, jest obowiązana nie później niż w ciągu 12 godzin od wezwania:

- 1) ustalić tożsamość zwłok i dokonać osobiście ich oględzin,
- 2) przeprowadzić wywiad wśród osób z otoczenia osoby zmarłej w celu ustalenia okoliczności, w których zgon nastąpił,
- 3) zapoznać się z dokumentami dotyczącymi stanu zdrowia danej osoby w okresie poprzedzającym zgon.

Jeżeli do wystawienia karty zgonu jest obowiązana osoba nie będąca lekarzem, oględzin zwłok dokonuje się nie wcześniej niż po upływie 12 godzin od chwili zgonu.

Reasumując, żaden przepis szczególny nie przewiduje obowiązku przeprowadzania sekcji w przypadku zgonu z przyczyn naturalnych, który nastąpił poza szpitalem (jednak nie w miejscu publicznym), brak też wyraźnych regulacji na temat procedury dezynfekcji pomieszczenia, w którym nastąpił zgon. Zasadność dezynfekcji pomieszczeń wynika jednak z ogólnych wskazań medycznych i higienicznych, zwłaszcza gdy zwłoki przez dłuższy czas przebywały w pomieszczeniu.

Pytanie: Czy wystawiając receptę z dopiskiem *pro auctore/pro familia* mam prawo do leków refundowanych?

Odpowiedź: Zaopatrzenie w leki przysługuje świadczeniobiorcy na podstawie recepty wystawionej przez lekarza ubezpieczenia zdrowotnego. Receptę z refundacją może więc wystawić tylko taki lekarz, który ma zawartą odpowiednią umowę z Funduszem (na udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej lub na samo wystawianie recept), albo lekarz, który wykonuje zawód u świadczeniodawcy, który ma zawarty kontrakt z Funduszem (zgodnie z definicją z art. 34 ust. 1 i 2 w związku z art. 5 pkt 1431.05.2005 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, Dz. U. z 2004 r. nr 210, poz. 2135).

Jeśli ten warunek jest spełniony, wystawiając receptę z dopiskiem *pro auctore/pro familia* lekarz ubezpieczenia zdrowotnego zachowuje prawo do leków refundowanych, o ile nabywa takie prawo jako pacjent. Prawo do refundacji jest prawem pacjenta, a nie uprawnieniem wystawiającego receptę lekarza. W przypadku, gdy w tej samej osobie pojawia się i pacjent, i wystawiający receptę lekarz, oceniając prawo do refundacji leku należy brać pod uwagę sytuację pacjenta – czy jest ubezpieczony lub z innego tytułu przysługują mu uprawnienia do refundacji.

opr. Tamara Zimna

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

• **Winne są psie odchody na chodniku.** „Rozmawialiśmy z rodzicami ponad 200 chorych dzieci. W wielu przypadkach lekarze pierwszego kontaktu nie potrafili rozpoznać toksokarozy. Leczą ją jak grype” – mówi dr Jakub Gawor, kierownik Pracowni Parazytoz Zwierząt Domowych w warszawskim Instytucie Parazytologii PAN (IPAR). • **(Nie)legalne opłaty.** Trzy małopolskie przychodnie straciły kontrakty z NFZ, gdyż pobierały od pacjentów pieniądze: za omińnięcie kolejki do specjalisty, za dowóz na badania, za wyżywienie itd. • **Salę z nożami wynajmę.** Szpital w Grudziądzu udostępni zainteresowanemu lekarzom swoje sale operacyjne do wynajęcia na płatne zabiegi. Dzięki temu zarobi na tym placówka, zyskają pacjenci (zmniejszy się kolejka do operacji), a sale będą wykorzystane także w weekendy. • **„Głupi ten, kto się nie zadłużał”** – tak komentuje ustawę „nagradzającą” zadłużone szpitale pożyczkami z budżetu państwa Michał Milczarek, dyrektor szpitala w Sochaczewie. Na pożyczki dla zadłużonych szpitali przewidziano w budżecie państwa 2,2 mld zł. Na dotacje dla tych, którzy długów nie mają – tylko 100 mln zł. • **Za długi szpitali zapłacimy wszyscy 2 razy.** Konsekwencją tzw. ustawy 203 oraz uchwalonej w kwietniu br. ustawy o pomocy publicznej będzie, iż wszyscy podatnicy zapłacą za długi szpitali dwa razy. Szpitale skorzystają bowiem z dwóch źródeł: wygranych procesów sądowych oraz pożyczek z budżetu państwa – pisze „Rzeczpospolita”. • **Polska na szarym końcu Europy.** Holandia, Szwajcaria i Niemcy znalazły się w czołówce krajów europejskich pod względem jakości systemu opieki zdrowotnej. Na szarym końcu listy opublikowanej przez Health Consumer Powerhouse znalazły się natomiast: Wielka Brytania, Węgry, Włochy i Polska. • **Minister zdrowia ukarał prezesa NFZ.** Prezes NFZ Jerzy Miller został ukarany przez ministra zdrowia Marka Balickiego karą w wysokości 1-miesięcznego wynagrodzenia (15276,84 zł) za odmowę udzielenia ministrowi informacji o konkursie na dyrektorów oddziałów NFZ. • **Pacjenci poskarżyli się na NFZ.** W centrali NFZ odbyła się kontrola spowodowana skargami pacjentów na ograniczanie dostępu do niektórych świadczeń, m.in. do leczenia immunosupresyjnego po przeszczepach oraz leczenia hormonem wzrostu. • **Ile zarabiają dyrektorzy zadłużonych szpitali?** Roczne dochody dyrektora Szpitala Wojewódzkiego w Tarnobrzegu wzrosły w ubiegłym roku o ponad 50 000 zł. W tym czasie zarządzana przez niego placówka przyniosła... 2,5 mln zł strat.

dokończenie na str. 33



fot. Marek Stankiewicz

Pozwalam sobie przedstawić część wstępną wykładu **prof. Tadeusza Tołłoczki** na temat klonowania. Autor jest emerytowanym wybitnym chirurgiem i byłym rektorem Akademii Medycznej w Warszawie. W dalszej części tego wykładu, która będzie publikowana w następnym numerze „Gazety Lekarskiej”, prezentowane będą liczne pytania etyczne. Część wstępna, obecnie publikowana, ma charakter refleksyjny i przedstawia poglądy Autora dotyczące zasadniczych problemów etycznych wiążących się z klonowaniem.

Zamierzam również opublikować przedstawiane podczas konferencji pt. „Pytania etyczne dotyczące biotechnologii prenatalnej” (25 XI 2004 r.) poglądy odmienne od obecnie prezentowanych.

Jerzy Umiastowski

Homo homini res sacra

Człowiek dla człowieka rzeczą świętą (Seneka)

Tadeusz Tołłoczko

Samookłamywanie

Dramat wielkości człowieka polega na tym, że będąc obdarzonym wolną wolą może swobodnie wybierać między dobrem a złem oraz między nadzieją a zagrożeniem. A będąc obdarzonym zdolnością i swobodą myślenia może dowolnie manipulować pojęciami dobra i zła oraz zło nazywać dobrem, a dobro złem.

Musimy bowiem sobie uświadomić, że jesteśmy na takim poziomie intelektualnej biegłości, sprytu, chytrkości, sprawności, zręczności, umiejętności i wyszkolenia, że potrafimy już nie tylko innych, ale nawet i siebie samego do wszystkiego, co nam jest potrzebne, przekonać. Dlatego też np. prawdy nam niemiłe lub niewygodne szybko przestają być dla nas prawdami. Największe zagrożenie stanowią jednak kłamstwa zorganizowane, maskowane pozorami prawdy.

Jakże często jednak życie zmusza nas nie tylko do wyboru między dobrem i złem, ale także między złem a złem. Pamiętać przy tym musimy, że dramat rozumu polega na tym, że ulega on złudzeniom, a człowiek, jeśli czegoś nie rozumie, to bywa przekonany, że jest to bez sensu. A przecież my wszyscy dużo więcej wiemy niż rozumiemy. Ileż to nawet naukowych twierdzeń przyjmujemy na wiarę od autorytetów. Umiejętność samookłamywania należy również do bardzo ludzkich cech. Powstaje więc pytanie: Czy my czasami nie prze-

ceniamy potęgę rozumu? A do czego ma nam służyć rozum? Prostej odpowiedzi udziela Leszek Kołakowski stwierdzając, że „rozum ma nam służyć do tego, by wykrywać prawdy wieczne odporne na czas”.

Jednakże gdyby życie nie dostarczało nam nie dających się myślowo rozwiązać problemów, pytań i wątpliwości, to ani wieczność, ani nieograniczoność, ani niezliczoność, ani bezmiar, ani też bezkres nie byłyby nieskończonością.

Eskulap

Dla starożytnych Greków maestria boga sztuki lekarskiej Asklepiosa (w Rzymie zwanego Eskulapem) była tak wielka, że doszedł do takiej zręczności w leczeniu, że mógł wskrzeszać zmarłych. Zatrwożył się wówczas Zeus bojąc się, że zakłóci on tym porządek świata i uśmiercił „boga sztuki lekarskiej” umieszczając go wśród gwiazd jako konstelację Wężownika.

Ale dlaczego Zeus się zatrwożył? Zatrwożył się, ponieważ biologia zapewnia wprawdzie nieśmiertelność, ale nie poszczególnym jednostkom, lecz całej ludzkości. Nie poprzez regenerację, lecz poprzez potężny arsenał genów, jakimi dysponuje.

Ewolucja

To ewolucja zapewnia ludzkości nieśmiertelność oraz udoskonala jej cechy i możliwości. Tak więc, to śmierć jed-

nostek oraz akt narodzin kolejnej generacji sprawiają ewolucyjny rozwój coraz bardziej udoskonalanych osobników i gatunków. Natomiast replikacja niezmiennych osobników drogą znanego w przyrodzie klonowania uniemożliwiłaby rozwój gatunków i ludzkości. Klonowanie nie miałoby sensu, wykluczałoby bowiem możliwość rozwoju i postępu. Determinacja cech jednostki następuje jednak przez losowy dobór genów.

I tak gdy geny prostej wieśniaczki w nieślubnej procedurze połączyły się z genami notariusza z Florencji, to 15 kwietnia 1452 r. o godz. 22.30 przyszedł na świat genialny Leonardo da Vinci. I również, gdy geny pewnego holenderskiego młynarza połączyły się z genami córki piekarza, to wynikiem tego nie stał się ani lepszy młynarz, ani piękniejsza piekarniowa, ale Rembrandt.

Zgodnie z prawami ewolucji giną jednostki słabe, jako niezdolne do adaptacji i do walki o byt. To osiągnięcia medycyny sprawiają, że jednostki słabsze, niepełnosprawne mają szanse przeżyć prawa ewolucji, a więc i wymknąć się prawom natury. Medycyna więc jednostki fizycznie słabe. I takie jest jej zadanie.

Klonowanie i inżynieria genetyczna sprawiają, że procesem wymykania się prawom natury i ewolucji można będzie jednak sterować, zmieniać jej



kierunek i tempo zmian. I tu ujawnia się dylemat: jak pokierować tym sterowanym przez człowieka rozwojem nauki, by nie było katastrofy, by nie wejść w erę nowego gatunku poczwierczego (Fukuyama).

Klonowanie

Klon jest bliźniakiem, ale powstałym w wyniku manipulacji, przechytrzenia, a nawet oszukania natury. Wg powyższej metody klonujemy jednak tylko ciało, a nie umysł, charakter czy osobowość. Tak więc klonowanie nie zapewnia ani nieśmiertelności, ani zmartwychwstania, ani zachowania osobowości, ani też świadomości i pamięci. Myśl, że poprzez klonowanie przedłuża się własną doczesną egzystencję, jest błędna. Jeśli dawca jądra komórki somatycznej zabiłby swego kłona, to nie byłoby to samobójstwo, lecz „zwykłe” morderstwo.

Po co Ian Wilmut sklonował owcę Dolly? Wilmut zamierzał opracować „metodę otrzymywania żywych fabryk tanich leków”. Robił to z inspiracji firmy farmaceutycznej PPL Therapeutics.

Klonowanie reprodukcyjne

Obecnie zanika poczucie niepowtarzalności, autonomii, godności. Ale nadsuwa się pytanie: Czy biologiczna niepowtarzalność jest człowiekowi tak bardzo niezbędna? Bliźniakom w niczym ona nie przeszkadza.

Z medycznego punktu widzenia za wskazanie do klonowania reprodukcyjnego można by uznać brak komórek rozrodczych. Oblicza się, że na świecie jest ok. 150 mln mężczyzn dotkniętych całkowitą aspermią. Potomstwo będą mogły mieć nawet osoby, które w ogóle nie wytwarzają komórek rozrodczych! Są doniesienia stwierdzające możliwość wyhodowania sztucznych plemników z komórek macierzystych. Ale czy próby klonowania człowieka oznaczają tylko chęć niesienia pomocy bezpłodnym osobom i parom? Motywem do klonowania reprodukcyjnego może być też chęć posiadania dziecka przez osoby samotne i homoseksualne.

Zarejestrowano już chęć dwóch kobiet, które życzyłyby sobie mieć dziewczynkę, dla której jedna będzie genetycznym ojcem, a druga matką. W innym przypadku jedna z kobiet chce być dla swego dziecka jednocześnie biologiczną i matką, i ojcem. Zdarzyć się

też może, że osoby samotne lub żyjące w parze homoseksualnej będą chciały mieć dziecko o właściwych dla nich przymiotach, np. niesłyszący rodzic(e) – głuche dziecko.

Ale czy nie dostrzegamy również i innych, bardziej egoistycznych motywów wykorzystujących możliwość obejścia przez człowieka barier, jakie stworzyła natura, by kreować potomstwo drogą bezpłciową?

Klonowanie terapeutyczne

Niepowtarzalność biologiczna chroni jednostki przed zbrodniczym ich wykorzystywaniem jako dawców narządów do transplantacji przez silnych i bogatych przestępców, ale równocześnie utrudnia lub wręcz uniemożliwia ratowanie zdrowia i życia ludzi chorych wymagających transplantacji narządów. Przeszkodę tę ominąć można metodą hodowania ludzkich embriionów, które są źródłem zarodkowych komórek macierzystych. Uzyskuje się w ten sposób zgodność tkankową i eliminuje zjawisko „odrzucania”. Ale klonowanie tzw. terapeutyczne to planowa produkcja embriionów metodycznie skazanych na uśmiercenie.

W klonowaniu terapeutycznym istota ludzka zostaje uprzedmiotowiona, traktowana jako materiał do obróbki, lub wprost jako środek leczniczy. A człowiek jest przecież celem finalnym, ostatecznym, i nie może być środkiem prowadzącym do celu (Kant). Najbardziej naturalnym prawem człowieka jest jego prawo do życia odzwierciedlające ideę świętości życia. Oto wypowiedź Ojca Św. Jana Pawła II, która wprost odnosi się do komórek macierzystych: „(...) należy zawsze unikać metod, które są sprzeczne z poszanowaniem godności i wartości osoby. Mam zwłaszcza na myśli próby klonowania istot ludzkich z myślą o uzyskaniu organów do przeszczepów.”

Terapia genowa i klonowanie transgeniczne

Klonowanie pozwala również na „produkowanie” zarodków ludzkich z komórek, których materiał genetyczny został zmieniony w laboratorium. Dopiero te dwie procedury łącznie wiążą się z możliwością genetycznego modyfikowania człowieka poprzez selektywny dobór genów. I to prowadzi za-

dokończenie na str. 34

• **Z ziemi polskiej do brytyjskiej.** Już prawie 100 tys. Polaków podjęło pracę w Wielkiej Brytanii od chwili przyjęcia Polski do UE – poinformowała Ambasada Brytyjska w Warszawie. W grupie tej jest także kilkuset polskich lekarzy. • **Pies ratujący ludzi został otruty.** Nieznany sprawca otruił psa wykorzystywanego do ratowania ludzi podczas akcji Jurajskiej Grupy GOPR. To nie pierwszy przypadek wrogości wobec tych psów. Zimą nieznany sprawca wrzucił na wybieg dla psów denka stłuczonych butelek. • **„Wziął pieniądze, ale jest dobrym lekarzem”.** 49-letni kardiochirurg z Białegostoku, podejrzany o przyjęcie łapówki w wysokości 5 tys. zł, wrócił do pracy w szpitalu. „Może pracować w szpitalu, bo nie popełnił błędu w sztuce lekarskiej” – uważa dyrektor placówki Bogusław Poniatowski. • **Szpital onkologiczny bez leków.** Szpitale onkologiczne nie mają pieniędzy na leki. Niektóre z nich, m.in. na Kujawach, Pomorzu, Mazowszu i Śląsku wstrzymały przyjęcia pacjentów. „Szpitale nie informowały nas o alarmującej sytuacji” – twierdzi tymczasem NFZ. • **Testowanie Polaków.** Międzynarodowe firmy farmaceutyczne chętnie testują swoje nowe leki w Polsce. Nie zawsze jednak godzimy się na udział w badaniach. Stołeczne Centrum Onkologii nie zgodziło się np. na testowanie nowych leków hormonalnych na kobietach z rakiem piersi. „Eksperyment, który ostatecznie zrobiono w Szwecji, został przerwany, bo leki miały fatalne skutki uboczne” – powiedział dr Piotr Siedlecki.

Goniec Medyczny jest elektronicznym biuletynem informacyjnym, wysyłanym bezpłatnie raz w tygodniu na ponad 90 000 kont poczty elektronicznej polskich lekarzy i innych pracowników medycznych, zarejestrowanych w portalu Esculap.pl. Esculap.pl to portal medyczny, zawierający pełne teksty artykułów z kilkunastu polskich czasopism medycznych, bazę leków Pharmindex, giełdę pracy dla lekarzy oraz giełdę używanego sprzętu medycznego i podręczników. Współpracujemy z kilkunastoma towarzystwami naukowymi i uczelniami medycznymi oraz największymi polskimi wydawnictwami. Dostęp do wszystkich materiałów w portalu jest bezpłatny i wymaga jednorazowej rejestracji. Dodatkowo istnieje możliwość błyskawicznego założenia własnego konta poczty elektronicznej i strony WWW.

Serdecznie zapraszamy.

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

Homo homini res sacra

dokończenie ze str. 33

równy do realnych korzyści, jak i zagrożenia dla gatunku „*homo sapiens*”. Nasuwa się tu jednak pytanie, dlaczego determinacja cech osobowych człowieka przez przypadkowy, losowy dobór genów nie mogłaby być zastąpiona przez sterowany przez niego proces i dlaczego tylko przez przypadek ma się urodzić Leonardo da Vinci lub Rembrandt. Czy losowo występujące wydarzenia nie można uczynić bardziej prawdopodobnymi?

Uświadomić jednak sobie należy, że w ten sposób stwarza się możliwość selekcji genetycznej dla uzyskania „*Herrenvolk*”, czyli „rasy panów”, byłaby to metoda produkcji „nadczłowieka”. W wyniku omawianego tu procedury wyłonić się może nowy „*Homo supersapiens*”, który jako znamienne różniąc się istotą stopniowo tracić będzie kontakt z „*homo sapiens*” przestając się w kierunku „*animal rationale*”. Jakże relacje zapanują między nimi?

Oporów nie budzi hodowanie ludzkich tkanek czy wprowadzenie pobranych od człowieka genów np. do krowy, by w jej mleku uzyskać niezbędne ludzkie białka, jak interferon czy interleukina. Dodanie ludzkich genów niektórym zwierzętom zmniejszać ma reakcję odrzucania przeszczepów u ludzi. Samo klonowanie miałoby uła-

twić tylko mnożenie tych zwierząt, w których ludzkie geny zdołają się odpowiednio „zadomowić”. Rzeczywisty problem pojawia się, gdy eksperymenty planuje się przeprowadzić na ludzkich zarodkach.

Tempo rozwoju metodyki badań genetycznych jest tak wielkie, że trudno przewidzieć, jakie niespodzianki czekają nas nawet w najbliższych dniach. Ponieważ nie ulega wątpliwości, że nasz genom nie jest doskonały, to czy można mówić, że jest on święty i nienaruszalny i czy w tej sytuacji można mieć złudzenia, że „wzmacnianie genetyczne” gatunku „*homo sapiens*” nie jest tylko kwestią czasu?

Czy klonowanie jest procedurą bezpieczną i skuteczną?

Ujawnia się wiele niewiadomych, którymi albo się straszy, albo się je lekceważy. W zależności od doraźnej potrzeby. Obrona jednak jakiegokolwiek stanowiska nie może być oparta ani na strachu, ani na lekceważeniu. Musi opierać się na nauce i myślowych procesach. Musimy sobie jednak uświadomić, że badania w znamienne dużej mierze prowadzone są metodą prób i błędów. Jest to więc metoda pochłaniająca liczne ofiary. Ofiary życia. Metodyka ta z założenia wiąże się z brakiem wizji wszystkich zagrożeń. A nadzieje nasze związane z klonowaniem obarczone są w dużej mierze niebezpieczeństwem wynikającym z:

- braku dostatecznej wiedzy,
- braku wątpliwości,
- optymizmu niekontrolowanego wiedzą.

Pamiętać należy, że zarodkowe komórki macierzyste pochodzące zarówno z klonowania terapeutycznego, jak i nadliczbowych zamrożonych zarodków charakteryzują się genetyczną niestabilnością oraz możliwością rozwoju tzw. teratom. Liczyć się więc należy z tym, że co najmniej w pierwszym, nie wiadomo jak długo trwającym okresie zwiększone będzie ryzyko urodzeń ludzkich klonów z zagrażającymi życiu wadami anatomicznymi i metabolicznymi. Owca Dolly urodziła się za 277 „podejściem”.

Wraz z rozwojem klonowania opieka medyczna stanie się w pewnym momencie niezwykle skomplikowana, kosztowna, a więc i elitarna. Wobec faktu, że większość klonowanych embrionów ginie, a znamienne duża liczba urodzonych klonów obarczona

jest wadami wrodzonymi i jest o krótszym czasie przeżycia, powstaną nowe problemy, również natury opieki medycznej, jak i ubezpieczeń. Ubezpieczenie sklonowanych osobników będzie kosztować więcej. Ujawni się więc problem, czy w ramach społecznej solidarności osoby tradycyjnie poczęte będą chciały czy musiały opłacać wyższe składki. Ponadto firmy ubezpieczeniowe i pracodawcy będą pod różnymi pozorami chciały, a może nawet musiały wprowadzić „rasizm genowy”. Wyrośnie więc też potrzeba prawnego zabezpieczenia „genetycznej prywatności” sklonowanego człowieka. Poza tym zadaniem medycyny i ochrony zdrowia jest pomaganie i ograniczanie liczby chorych, a nie ich mnożenie – do tego z ciężkimi wadami i krótszym okresem przeżycia.

Niebezpieczeństwo klonowania reprodukcyjnego wiąże się jeszcze z faktem, że nie są znane wszystkie negatywne ani fizyczne, ani psychiczne skutki klonowania. A do tego nie ma opracowanych metod ich uniknięcia. Istnieje np. potencjalna możliwość braku umiejętności kształtowania własnej osobowości przez sklonowanego osobnika. Nieznany jest wpływ na układy rodzinne, społeczne uwarunkowania i równowagę genetyczną społeczności.

Ale przecież jak coś jest nieznanne, to trzeba to poznać? Ażby poznać, to trzeba robić eksperymenty. Przed podjęciem decyzji badawczej trzeba być świadomym jednak ryzyka i odpowiedzieć sobie na pytanie: Jakim i czym kosztem?

Sprzeciw budzi nie sama technika klonowania, tylko traktowanie istoty ludzkiej jako przedmiotu do obróbki, lub nawet sprowadzanie jej do roli środka leczniczego. Nasuwa się tu pytanie natury ogólnej: Czy klonowanie prowadzące do wykorzystania embrionalnych komórek macierzystych nie jest wyrazem filozofii przemocy?

Profesor genetyki medycznej na Sorbonie przedstawia studentom historię rodziny, w której ojciec i matka cierpią na choroby psychiczne, a dwoje dzieci ma poważne wady rozwojowe. Kobieta zachodzi po raz kolejny w ciążę. Profesor pyta: Co byście doradzili tej kobiecie? Pada chóralna odpowiedź: Przerwać ciążę! Brawo, właśnie uśmierciliście Bethovena? (Z wykładu prof. P. Węgleńskiego.)

Tadeusz Tołłoczko

Sprostowanie

W opublikowanym w czerwcowym numerze „Gazety Lekarskiej” streszczeniu sprawozdania prof. Zbigniewa Chłapa z konferencji w San Remo („Debata. Europejski Kodeks Etyki Lekarskiej. Utopia czy realność”, „GL” nr 6/2005) w tytule referatu podanym w języku francuskim znalazły się żenujące błędy. Poprawny tytuł brzmi: „*Quelques remarques au sujet des principes du Code Polonais de l’Ethique Médicale par rapport aux problèmes déontologiques de la Conférence de Sanremo*”. *Przepraszamy.*

Mój język wyznacza mi granice

Mnie powodzi się tu dobrze – napisał w liście do znajomych lekarz, który zaledwie kilka miesięcy temu wyjechał do Wielkiej Brytanii. – Mieszkam i pracuję w miasteczku odległym od Londynu o półtorej godziny drogi samochodem. Mam stanowisko odpowiadające pozycji ordynatora w polskim szpitalu i chociaż koszty życia są tu wyższe, to stać mnie na wynajęcie domu z ogrodem i kupno samochodu.

Zaskakująca jest tu liczba zebrań i szkoleń – dodaje – ja też miałem już wykład dla młodszych lekarzy i niebawem mam kolejny. Odmieną jest tu również dokumentacja.

Polskiego lekarza zadziwia też niepożyta chęć wydłużenia życia powodująca, że wiekowi pacjenci nie boją się operacji. Osiemdziesięciolatkowie dziarsko poruszają się dzięki endoprotezom, którymi zastąpili zużyte stawy kolanowe i biodrowe. A młodzi, przy dość chłodnym klimacie, zachowują się jak południowcy: chodzą rozgolaśnieni i jeżdżą kabrioletami. Pracy dla lekarzy nie brakuje więc, ale w służbie zdrowia rodowici Brytyjczycy stanowią raczej mniejszość, wielu jest natomiast Hindusów, Arabów, Włochów, Portugalczyków i coraz więcej Polaków.

Co jest ważne w rozpoczęciu pracy za granicą?

Po pierwsze: język

Jak podkreślają polscy lekarze zatrudniani za granicą, wiedza i umiejętności medyczne zdobyte w Polsce są zupełnie wystarczające, a odmienne zasady dokumentacji i procedur administracyjnych szybko można opanować. Płynna znajomość języka jest jednak niezbędna nie tylko po to, aby sprawnie porozumiewać się z administracją. Pacjent, niezależnie od kraju, w którym choruje, lubi wyczerpująco opowiedzieć o swoich dolegliwościach. Trzeba nie tylko go zrozumieć, ale i podtrzymać grzeczną konwersację.

Tymczasem wielu Polaków nie zdaje sobie sprawy z tego, że np. angielskie potwierdzenie „of course” wcale nie jest słowem obojętnym emocjonalnie. Jeśli jest to odpowiedź np. na pytanie „czy jesteś Polakiem” – to jest odbierana jak arogancka odzywka oznaczająca mniej więcej „no jasne, ty głupku”.

Rozsądniej jest zatem opanować obcy język we własnym kraju i dopiero wtedy szukać szczęścia za granicą. Dla znalezienia satysfakcjonującego zatrudnie-

nia potrzeba opanować język obcy przynajmniej na poziomie B2 lub C1 według skali Rady Europy.

Po drugie: życiorys

Curriculum Vitae dostarcza pracodawcy rzetelnych informacji o kandydacie do pracy. Medyczne CV (tak jak *European Curriculum Vitae Format*) powinno zawierać: dane osobiste (*personal information*), doświadczenie zawodowe (*work experience*), wykształcenie (*education and training*), umiejętności i uprawnienia (*personal skills and competences*); dodatkowe informacje (*additional information*) oraz załączniki (*annexes*).

Zawodowy życiorys poprzedza podanie o pracę (*cover letter*), w którym należy zaznaczyć, skąd dowiedzieliśmy się o rekrutacji i w kilku zdaniach przedstawić swoją kandydaturę. Warto też między wierszami pochlebić pracodawcy wykazując się wiedzą o jego placówce.

Zazwyczaj urzędnicy, a nie lekarze są pierwszym czytelnikiem tych dokumentów, dlatego ważna jest ich forma, zwłaszcza jeśli nie wypełnia się formularza, ale pisze się CV samodzielnie.

W edytorze tekstów należy wybrać najbardziej czytelną czcionkę (np. Times New Roman) wysokości 10-12 punktów. Po lewej stronie kartki umieszcza się nagłówki i składniki kolejnych części CV – obok informacje zawodowe.

Nagłówki pisze się WERSALIKAMI, składniki można wyróżnić **czcionką pogrubioną**. Szczególnie ważne uprawnienia lub tytuły prac naukowych można zaznaczyć *kursywą*. Numer prawa wykonywania zawodu (*medical number in Poland*) umieszcza się przy danych osobistych, natomiast numer dyplomu specjalizacji (*Special Study Unit*) – w części poświęconej umiejętnościom i uprawnieniom.

Życiorys zawodowy powinien być nie krótszy niż dwie strony znormalizowanego maszynopisu (1 str. – 1800 znaków), ale nie dłuższy niż sześć stron.

Referencje powinny pochodzić z co najmniej trzech źródeł, w tym z placów-

ki aktualnie zatrudniającej. Jeśli dyrektor nie jest zainteresowany dostarczaniem ich pracownikom planującym zagraniczny wyjazd – akceptowane są także listy polecające wystawiane przez kolegów o równym lub wyższym statusie zawodowym.

Po trzecie: kod kulturowy

Rozmowa rekrutacyjna jest egzaminem z drobiazgów składających się na kulturę osobistą i narodową. Pozornie najmniej należy się martwić o strój, wszak Polacy znani są z elegancji w całej Europie. Warto jednak pamiętać, aby nie porazić rozmówcy wykwinnym ubraniem i nie spoglądać z niesmakiem na jego odmienny strój.

Drobiażgiem nie jest również nasza słowiańska wylewność, bogata mimika i gestykulacja oraz emocjonalny sposób mówienia. Dla chłodnych Brytyjczyków nasza zwyczajna rozmowa brzmi jak kłótnia. Z drugiej strony nie można jednak przesadzać dążąc do zachowania „kamiennej twarzy” i odpowiadania monosylabami. Zwłaszcza, gdy miła kadrowa zapyta, czy kandydat do pracy ma żonę – krótkie „yes” brzmi jak policzek. W końcu każdy wykształcony człowiek wie, że należy odpowiadać pełnymi zdaniami.

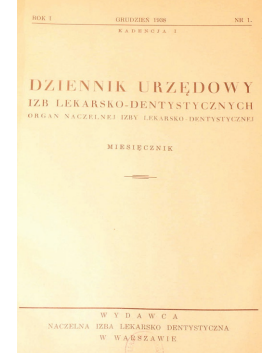
Człowiek wykształcony to także człowiek tolerancyjny, który (zwłaszcza w rozmowie rekrutacyjnej) nie pozwoli sobie na żadne uwagi, które mogłyby wskazywać, że dziwi się włoskim sje-stom, niemieckiej rubasznosci czy brytyjskiej powściągliwości.

Rajmund Sawka, EUROLINK

Zanim rozpocznie się starania o pracę w Wielkiej Brytanii warto poznać zasady zatrudniania lekarzy i kompetencje m.in. National Health Service (NHS), General Medical Council (GMC), Pre-Registration House Officer (PRHO), Senior House Officer (SHO). O przygotowaniu do rozmowy kwalifikacyjnej, pisaniu CV i adaptacji w Wielkiej Brytanii można dowiedzieć się pod adresem www.eurolink.edu.pl

Komisje Kontroli Zawodowej zamiast Hipokratesa

Zygmunt Wiśniewski



*Komisja Odwoławcza ustala na posiedzeniach plenarnych obowiązujące zasady etyki, godności i sumienności zawodowej.
(Ustawa z 18 lipca 1950 r.)*

Gdyby powstała księga największych bubli legislacyjnych, to „Ustawa z dn. 18 lipca 1950 r. o odpowiedzialności zawodowej fachowych pracowników służby zdrowia” zajęłaby w niej poczesne miejsce. W konkurencji „braku elementarnej logiki” o palmę pierwszeństwa mogłoby się ubiegać stwierdzenie, które jest mottem tego odcinka „Kartek”. Ile tęgich profesor-skich głów napracowało się nad każdym paragrafem kolejnych kodeksów etyki i deontologii lekarskiej, a tu okazuje się, że do tworzenia tych norm wystarczy Komisja Odwoławcza (czyli wójdzka).

Wracając do ustawy i do historii.

Rok 1950 raz jeszcze źle zapisał się w życiorysach powojennego pokolenia lekarzy. Po przymusie zatrudnienia, a także likwidacji izb lekarskich, Ministerstwo Zdrowia miało wolną rękę do zdyscyplinowania podległego sobie personelu medycznego. Temu celowi służyła ustawa z 18 lipca 1950 r. o odpowiedzialności zawodowej fachowych pracowników służby zdrowia.

Ustawa zbiegła się w czasie z inną, likwidatorską – mianowicie ustawą „o zniesieniu izb lekarskich i lekarsko-dentystycznych”, którą sejm uchwalił tego samego dnia.

Przypomnijmy, że po wojnie wznowiły prace izby lekarskie i lekarsko-dentystyczne. W kompetencji izb było m.in. sądownictwo zawodowe, oparte na zasadzie wybieralnych, dwuinstancyjnych rzeczników odpowiedzialności zawodowej oraz dwuinstancyjnych sądów lekarskich. Zaplanowana i per-

fidnie realizowana zwłoka w powołaniu rzeczników i sądów przy okręgowych izbach lekarskich i przy Naczelnej Izbie Lekarskiej sprawiła, że sądownictwo lekarskie było po wojnie martwe. W niektórych izbach okręgowych działały sądy I instancji, ale brak nominacji sądu przy Naczelnej Izbie Lekarskiej sprawił, że wyroki sądowe okręgowe nie mogły być egzekwowane.

I jeszcze jedna uwaga, która tłumaczy określenie „powoływane”. Otóż według obowiązujących wtedy przedwojennych ustaw – instancje izb lekarskich powoływał minister zdrowia lub pełnomocnik rządowy. W okresie powojennym nie weszliśmy więc z demokratycznym prawem, w wymiarze takim, jak to obowiązujące od 1989 r. Pozwoliło to władzy, niechętniej samorządności, trzymać w szachu lekarzy, zamrozić działalność izb lekarskich i przygotować ich likwidację.

Władza (ministerstwo, partia – bo to partia decydowała już o wszystkim) miała czas na przygotowanie surogatu zastępującego sądy lekarskie. Była nim ustawa o odpowiedzialności zawodowej fachowych pracowników służby zdrowia. Z nazwy ustawy już chociażby wynika, że odpowiedzialność zawodową rozciągnięto na „lekarzy, lekarzy-dentystów, farmaceutów, felczyrów, pielęgniarki, położne oraz techników i techników dentystycznych.” Było to zgodne ze stosowaną zasadą równania do średniej wszystkich zatrudnionych w jednym miejscu pracy, tak jak zrównano lekarzy z salowymi i kucharkami w jednym Związ-

ku Zawodowym Pracowników Służby Zdrowia.

Kłopoty ustawodawcy zaczęły się już przy próbie sprecyzowania zasad, od których odstępstwo jest wykroczeniem zawodowym. W zawodzie lekarskim, jak wiadomo, zasady etyczne mają wielowiekowe tradycje i ich rodowód wiąże się z przyrzeczeniem Hipokratesa.

Ale przecież socjalistyczne Komisje Kontroli Zawodowej nie mogły odwoływać się do idealistycznych ideałów starogreckiego lekarza, a poza tym miały obowiązywać wszystkich „fachowych” pracowników służby zdrowia, czyli pojęcia „nieostrego”. O ile etykę i deontologię lekarską przyjmują jako własną pielęgniarki, to dalsze jej rozszerzanie grozi już zagubieniem idei zawodu lekarskiego. Ale samo pojęcie etyki zawodu stało się dla autorów ustawy niemożliwe do zdefiniowania. Zapisują ją tak: „Komisja Odwoławcza (czyli wyższa instancja) ustala na posiedzeniach plenarnych obowiązujące zasady etyki, godności i sumienności zawodowej”.

To wiekopomne stwierdzenie jest odpowiedzią tym filozofom, a także legislatorom etyki lekarskiej, którzy hołdowali przekonaniom, że zasady etyki lekarskiej, wywodzące się od Hipokratesa, mają wartość trwałą i ponadczasową. Okazało się, że pod piórem „prawodawcy” z Ministerstwa Zdrowia zostały uproszczone i sprowadzone do kompetencji komisji odwoławczej. A komisja ta wcale nie miała się składać z ludzi o wyjątkowych kwalifikacjach. Odwrot-

nie – „powinien w niej zasiadać przynajmniej jeden przedstawiciel zawodu, z którego wywodził się obwiniony”. W przypadku lekarza, obwinionego o naruszenie lekarskich norm etycznych, na 5-7 osób w komisji (składającej się z salowej, woźnego, pielęgniarki itp.) – wystarczył jeden lekarz.

Skoro zasady „etyki, godności i sumienności zawodowej” ustala komisja, to bez odpowiedzi pozostaje jednak pytanie – według jakich zasad, reguł, czy według jakiego systemu nadrzędnego (filozoficznego) ma się to odbywać. W ustawie i w powstałych w oparciu o nią dokumentach wykonawczych brakuje wzmianek na ten temat. Ówczesne Ministerstwo Zdrowia nie pozostawiło też śladu swojej działalności etyczno-deontologicznej. Pozostaje więc sięgnąć do obowiązujących wówczas podręczników. Takim wzorcowym i kodeksowym „pomocnikiem” w myśleniu był radziecki „Krótki słownik filozoficzny”. W przypadku pytania o etykę – słownik (KSF) odpowiada:

„W okresie przedmarksowskim teorie etyczne stanowiły część składową teorii religijnych lub filozoficznych. Były to idealistyczne i metafizyczne próby opracowania pozahistorycznych, wiecznych reguł i norm postępowania ważnych dla wszystkich epok i ludów, dla wszystkich klas i grup społecznych. (...) Marksizm, który dokonał rewolucyjnego przewrotu w filozofii, po raz pierwszy stworzył naukową teorię moralności, wykazał, że moralność jest jedną z form świadomości społecznej, ujawnił klasowy charakter moralności w społeczeństwie klasowym”.

Wątpliwości co do oparcia komisji w wyższym systemie etycznym okazały się więc, w świetle hasła w „Krótkim słowniku filozoficznym”, bezprzedmiotowe. Tym systemem wartości była filozofia marksistowska, która dawała odpowiedź na wszystkie pytania. Komisja – wynikało to z jej rangi i słusznego klasowo składu – była władna tworzyć i interpretować zasady etyki i moralności marksistowskiej. Wątpliwości zostały więc rozwiązane.

To zawieszenie w próżni etycznej i deontologicznej stanie się z czasem najsłabszą stroną w działalności Komisji Kontroli Zawodowej. Zabraknie odniesienia, w imię czego działają. Ale to tylko jedna z wielu pomyłek tego systemu, który próbowano zbudować na gruzach izb lekarskich.

Kolejna sprawa to – kto, przez kogo uprawnomożony, otrzymywał prawo do oceniania (sądenia) innych. Komisje nie były już lekarskie, bo osądzać miały wszystkich „fachowych pracowników służby zdrowia”. Kto więc w nich powinien zasiadać? Precyzując bardziej pytanie: Kto poza urzędnikami wojewódzkimi i ministerialnymi? Oczywiście w skład komisji okręgowych mieli być powołani przez ministra zdrowia „wyróżniający się pracą zawodową i działalnością społeczną” fachowi pracownicy służby zdrowia. Pewnie nie było czasu na zadanie pytania, czy ci „wyróżniający się fachowi pracownicy służby zdrowia” będą mieli kwalifikacje do oceny przypadków błędów i uchybień lekarskich, które będą trafiać do komisji, tak jak trafiały do sądów lekarskich. Poradź sobie z tym problemem w ten sposób, że zadekretowano, iż w skład każdego kompletu orzekającego powinien wchodzić przynajmniej jeden przedstawiciel zawodu, do którego należy obwiniony.

Ten kulawy system musiał mieć odpowiednik w postaci rzeczników odpowiedzialności zawodowej, jacy istnieli przy izbach lekarskich, wymyślono więc rzeczników dobra służby zdrowia. W całej ustawie ta jedna nazwa budzi szacunek, ale kryteria doboru członków komisji i wyłaniania rzeczników były uznaniowe i pozostawały w gestii administracji.

Wracając do meritum, czyli zasad odpowiedzialności zawodowej fachowych pracowników służby zdrowia, należy zacytować:

„Fachowy pracownik służby zdrowia, który narusza zasady etyki, godności lub sumienności zawodowej przez działanie, zaniechanie lub zaniedbanie, popełnia wykroczenie zawodowe, za które ponosi odpowiedzialność zawodową według niniejszej ustawy niezależnie od odpowiedzialności wynikającej z innych przepisów.”

Ustawa przewidywała następujące kary: upomnienie, nagana, pozbawienie prawa wykonywania praktyki lekarskiej czasowo lub na stałe. Kary były więc podobne do tych, które obowiązywały w kodeksach lekarskich. Wymierzali je jednak w większości nielekarze.

Enigmatycznie, a nawet zagadkowo sformułowany był przepis mówiący o składzie komisji okręgowej (wojewódzkiej, odwoławczej). W jej skład mieli wchodzić powołani przez mini-

stra zdrowia fachowi pracownicy służby zdrowia wyróżniający się działalnością społeczną lub zawodową oraz delegaci właściwej wojewódzkiej rady narodowej. Z rozporządzenia wykonawczego można się dowiedzieć, że „Okręgowa komisja składa się z 20 członków i odpowiednio większej liczby, jeżeli liczba fachowych pracowników służby zdrowia na danym terenie jest większa”.

Krótko mówiąc dowolność interpretacyjna pozostawiona administracji, składy komisji ustalała administracja szczebla wojewódzkiego i centralnego bez zasięgania opinii gremiów lekarskich. Wtedy formalnie zarejestrowanych gremiów zresztą nie było. Ustawa pomija nawet, pewnie żeby nie drażnić lekarzy, wiele znaczący Związek Zawodowy Pracowników Służby Zdrowia, wśród organów konsultacyjnych wskazując bezpośrednio Centralną Radę Związków Zawodowych.

Z istotnych uprawnień komisji należy jeszcze odnotować, że mogła ona, za zgodą stron, występować jako sąd polubowny.

Można by sądzić, że powołany ustawą aparat dyscyplinarny przypominał rzeczników odpowiedzialności zawodowej i sądy lekarskie. Tak nie było. Po pierwsze, nie pochodził z wyboru; po drugie, nie kierował się przyjętymi przez środowisko normami prawnymi i etyczno-deontologicznymi; po trzecie, jako aparat urzędniczy otrzymywał za swoje czynności wynagrodzenie. Był więc tylko odpowiednikiem upowszechnionych na początku lat pięćdziesiątych kolegiów orzekających, mających uprawnienia quasi-sądowe.

Komisje Kontroli Zawodowej zapisały się w pamięci lekarzy jak najgorzej. Od początku nie były akceptowane, a przy wszystkich ponawianych po roku 1956, 1968 oraz 1980 próbach odbudowy samorządu lekarskiego ich urzędniczy charakter był podstawowym argumentem za przywróceniem samorządu lekarskiego i jego, pochodzących z wyboru, organów kontrolnych i sądowych.

P.S. Znajoma lekarka, po lekturze I odcinka „Kartek”, powiedziała mi, że wymieniany w nich dr Zygmunt Grynberg był w latach sześćdziesiątych znanym i cenionym nefrologiem. Odnotowuję z satysfakcją, że ceniony lekarz zwyciężył dogmatycznego polityka. (Z.W.)

Dobry początek

Stanisław Iwankiewicz

W pierwszych latach po zakończeniu wojny teren obozu był poligonem wojsk radzieckich.

Zmarłym radzieckim – wg szacunku władz radzieckich – ok. 130 tys., a wg niemieckich – „tylko” 30 tys., pochowanych w mogiłach masowych, postawiono monumentalny obelisk. 683 zmarłych Włochów (partyzantów i żołnierzy marszałka BadoLIO) ekshumowano i przewieziono do Włoch. Cmentarz radziecki i polski został przez grasujące czołgi poligonu zarośnięte doszczętnie.

W latach dziewięćdziesiątych ubiegłego wieku władze Wolnego Państwa Saksonii (Freie Staat Sachsen) powołały fundację: Stiftung Sachsische Gedenkstätten zur Erinnerung an die Opfer politischer Gewaltherrschaft, której celem jest działanie na rzecz upamiętnienia i uhonorowania miejsc, w których cierpieli i ginęli jeńcy wojenni, jeńcy obozów koncentracyjnych i obozów pracy. Jednym z pięciu takich miejsc pamięci na terenie Saksonii jest teren byłego obozu jenieckiego – szpitali kilku narodowości – Zeithain.

Zeithain uzyskał nazwę: Gedenkstätte Ehrenhain Zeithain. Od 1998 r. jestem w kontakcie z tą fundacją. W końcu 1998 r. przekazałem fundacji kserokopię posiadanej dokumentacji Polskiego Szpitala Wojskowego w Zeithain, w którym byłem szefem kancelarii oraz wiele posiadanych fotografii z obozu. To stało się podstawą do wyposażenia oddanego do użytku parterowego domku, w któ-

rym zlokalizowano Muzeum Jeńców Powstania Warszawskiego.

Działaczami na rzecz pojednania i powołania tego miejsca pamięci są: Bernhard Nowotny, dr med. Gustaw Becker, historyk Jens Nagel, dr Norbert Haase. Pracownikami muzeum, które jest otwarte cały tydzień dla zwiedzających, są Jens Nagel – kierownik i Eberhard Paul.

W obozie jeńców wojennych Stalag IV B Mühlberg-Reserve Lazarett Zeithain (Saksonia) przebywało łącznie 1574 powstańców warszawskich, w tym 1031 rannych i chorych. Pracowało 58 lekarzy, 5 farmaceutów, 59 pielęgniarek dyplomowanych, 8 studentów medycyny, 118 sanitariuszek i personelu gospodarczego.

Urodziło się 13 zdrowych dzieci, które uzyskały status jeńców wojennych. Na cmentarzu w Jacobsthal-Zeithain pochowano 44 zmarłych, w tym 3 powstańców słowackich, 3 żołnierzy polskich z 1939 r. i 2 repatriantów.

Uhonorowanie zmarłych polskich jeńców nastąpiło w sierpniu 2002 r. na cmentarzu wojskowym w Bad Liebenwerda-Neuburxdorf. Poświęcono wówczas pomnik i tablicę ku czci poległych powstańców i żołnierzy z 1939 r.

Od kilku lat trwały poszukiwania cmentarza polskiego w Jacobsthal-Zeithain. Na wiadomość o tej akcji podanej w Internecie zgłosił się m.in. ksiądz Bogumił Kościesza, były jeńiec Zeithain,

który podjął starania i odnalazł fotograficzną dokumentację lotniczą amerykańską z czasu wojny w archiwum Kongresu Stanów w Waszyngtonie. Dzięki tej dokumentacji, a także przy osobistym zaangażowaniu księdza Bogumiła Kościeszy dokonano ekshumacji szczątków zmarłych Polaków oraz Słowaków i Serbów w maju 2004 r. 30 lipca 2004 r. odbył się pogrzeb na cmentarzu wojskowym w Neuburxdorf. Dwudniowe uroczystości z odsłonięciem tablicy zawierającej 44 nazwiska zmarłych w Zeithain odbyły się 9 i 10 października 2004 r.

W tej uroczystości wzięły udział nie tylko władze Saksonii, delegacje Wojska Polskiego, Bundeswehry, Polskiej Ambasady w Berlinie, delegacje młodzieży niemieckiej i polskiej, ale także organizacje działające na rzecz pojednania niemiecko-polskiego: Westerpłaczki, Pojednania Niemiecko-Polskiego – Potulice. Przybyli jeńcy z Zeithain i rodziny zmarłych.

Takie uhonorowanie zmarłych jeńców-żołnierzy polskich i oddanie Muzeum Jeńców Powstania Warszawskiego niech będzie wzorem i początkiem dla tych, którzy działają na rzecz ocalenia od zapomnienia żołnierzy polskich spoczywających na cmentarzach w 358 miejscowościach na terenie Niemiec.

„Życie Uczelni”, Akademia Medyczna we Wrocławiu, luty 2005 r.

To przemijanie ma sens

Oratorium „Świętokrzyska Golgota”, dedykowane „Janowi Pawłowi II – z miłością” tym razem święciło swój artystyczny sukces w stolicy. Oratorium powstało z inicjatywy Wojciecha Lubawskiego. Libretto napisał Zbigniew Książek, muzykę – Piotr Rubik, reżyseria – Igor Michalski. Orkiestrze Symfonicznej Filharmonii Świętokrzyskiej towarzyszyły dwa chóry: Fermata i Akademii Świętokrzyskiej. Wystąpili Joanna Słowińska, Dorota Marczyk (na zdjęciu), Maciej Miecznikowski, Janusz Radek i Jan Nowicki. Warszawską premierę sponsorowała m.in. Naczelna Izba Lekarska oraz Okręgowa Izba Lekarska w Warszawie.



Aukcja dla lekarzy seniorów

Splawik prof. Religi, młotek neurologiczny z autografem Marka Balickiego można było wylicytować na aukcji charytatywnej zorganizowanej przez „Magazyn Lekarzy KONSYLARZ” w porozumieniu z Polskim Towarzystwem Lekarskim. Aukcji towarzyszyła loteria fantowa. 5 tys. zł zasilili Dom Lekarza Seniora w Warszawie.

Placówka podlega Ministerstwu Zdrowia, ale główny ciężar utrzymania spoczywa na jej mieszkańcach.

Na aukcji wystawiono przedmioty подарowane przez lekarzy: prof. Zbigniewa Religę, prof. Jerzego Woya-Wojciechowskiego, ministra zdrowia Marka Balickiego, Konstantego Radziwiłła i Krzysztofa Makucha.

„Każda forma pomocy jest mile widziana – chcemy, by życie w domu było przyjemne dla wszystkich pensjonariuszy” – powiedziała Anna Łaniewska, dyrektor Domu Lekarza Seniora, dziękując za przekazane wsparcie. Aukcję poprowadził znany aktor filmowy i teatralny Marek Frąckowiak, a uświetnił ją recital gwiazd Alicji Majewskiej i Włodzimierza Korcza.

ms

Apel

W „Gazecie Lekarskiej” nr 4 z kwietnia 2005 r.
zamieściliśmy artykuł i ankietę
w sprawie ewentualnej budowy
Domów Lekarza Seniora.

Zgodnie z sugestią niektórych członków Komisji ds. Lekarzy Emerytów i Rencistów NRL ankieta ta skierowana była do wszystkich lekarzy, nie tylko do aktualnych emerytów i rencistów (w myśl powiedzenia, że „i Ty też kiedyś będziesz emerytem”).

Niestety, mała ilość odpowiedzi, która napłynęła dotychczas, nie pozwala na statystyczne opracowanie materiału i wyciągnięcie wiążących wniosków.

Dlatego serdecznie prosimy: przezwyciężcie Drogie Koleżanki i Koledzy swoją niechęć do angażowania się w sprawy społeczne naszego środowiska lekarskiego! Odszukajcie kwietniowy numer „Gazety Lekarskiej”, wypełnijcie ankietę i wyślijcie na wskazany adres. Wiemy: nie wszystkie zamieszczone tam pytania mogą być dla Was ważne – dołączcie swoje uwagi na odrębnej kartce.

Tym, którzy już to zrobili, serdecznie dziękujemy. Pozostałych gorąco namawiamy. Warto to zrobić dla wspólnego dobra.

*koleżanki i koledzy
z Komisji ds. Lekarzy Emerytów i Rencistów
Naczelna Rada Lekarska
i współpracujący z komisją
przedstawiciele okręgowych izb lekarskich*

Gorące bieganie

Straszny upał był największym bohaterem VII Mistrzostw Polski Lekarzy w Biegu Górskim.

Wprawie 40 stopniowym majowym upale w Radziechowach trzeba było pokonać 10 km (panowie) i 5 km (panie) trudnej trasy po rozgrzanym asfalcie. Na mecie czekała zimna woda, pomocne ramię podtrzymujące najsłabszych i satysfakcja z ukończenia biegu.

Pierwsi zameldowali się na niej: panie Agata Zalecińska z Kluczborka, Katarzyna Klimala z Częstochowy i Hanna Motak-Pochrząst ze Strzelc Opolskich, Barbara Lubczyńska-Krzemińska z Kluczborka, Miśka Przyłuska ze Szczecina, Bożenna Wydro z Krakowa oraz panowie Daniel Bzowski z Lublina, Paweł Paliga z Głogowa, Lucjan Habieda z Frydmana, Paweł Bubula z Wiśniowej, Jacek Łabudzki z Sandomierza, Andrzej Bryjok z Łędzin. Szczegółowe wyniki na www.mtblekarze.w.pl

Maciej Pająkowski



Na lekarskich szachownicach

W dn. 19-22 maja w Ustroniu rozegrano Mistrzostwa Polski Lekarzy w Szachach Szybkich P'15" połączone z symultaną szachową oraz konferencją naukową „Medycyna a szachy”.

Wszachach P'15" wystartowało 21 osób, w tym 1 kobieta. Zawodnicy mieli do rozegrania 11 rund tempem po 15 minut na zawodnika (partia 30-minutowa) tzw. systemem szwajcarskim, polegającym na kojarzeniu ze sobą zawodników wg ilości zdobytych punktów. Jest to najpopularniejszy obecnie system przy rozgrywkach szachowych o większej liczbie uczestników.

Indywidualnym mistrzem Polski została arcymistrzyni **Hanna Ereńska-Barlo** z Poznania, która wyprzedziła **Jana Jaworskiego** z Trzcianki i **Jarosława Tomaszewskiego** z Gdańska. W klasyfikacji drużynowej triumfowała Wielkopolska Izba Lekarska w składzie: **Jan Jaworski**, **Robert Adamek** i **Andrzej Kraśnik**, którzy o zaledwie pół punktu wyprzedzili kolegów ze Śląska. W otwartym turnieju rodzin lekarskich i ich przyjaciół zwyciężył **Michał Fudalej** z Rudy Śląskiej przed **Markiem Batmanem** z Rybnika i **Arturem Krzywym** z Zabrze. Na dalszych miejscach uplasowali się **Arkadiusz Gładysiak** z Wodzisławia Śląskiego oraz **Werner Barlo** z Berlina. Wśród pań najlepsza okazała się **Sandra Wieczorek** z Rybnika.

Zawodnicy reprezentowali różny poziom wtajemniczenia w arkana królewskiej gry, od samych amatorów, poprzez pełnych profesjonalistów, reprezentujących na co dzień różne kluby sportowe, zawodników ze światowej listy rankingowej międzynarodowej federacji szachowej FIDE, a kończąc na posiadających tytuły kandydata na mistrza, a nawet samego arcymistrza – wyjaśnia organizator zawodów dr Jerzy Pabis, chirurg z Zabrze.

Atrakcją imprezy była symultana szachowa (czyli gra równoczesna wielu zawodników) z mistrzem międzynarodowym **Jackiem Bielczykiem**, aktualnym mistrzem Śląska, choć mistrz nie dał najmniejszych szans żadnemu z zawodników.

Alfred Maślanka i Jerzy Pabis

Wydział Lekarski AM w Gdańsku, rocznik 1974-1980

24 września w Grand Hotelu w Sopocie zjazd koleżeński z okazji 25 rocznicy ukończenia studiów. Zgłoszenia do 30 sierpnia br. Opłata 220 zł od osoby do 31 sierpnia na konto: Bank PKO S.A. 77-1240-1242-1111-0010-0547-6656, przy wpłatach z zagranicy wpisać swift code: PKOP-PLPWGD1. Rezerwacja, do 30 sierpnia, pokoi indywidualna faksem (0-58) 551-61-24, koniecznie podać numer rezerwacji 572. Komitet organizacyjny: **E. Grubka-Suchanek**, tel. (0-58) 346-65-91, **A. Skuratowicz-Kubica**, tel. (0-58) 551-88-26, **M. Walicka-Piotrowska**, tel. (0-58) 664-89-76, lub zgłoszenia e-mail: zdjazd25@wp.pl. Szczegółowe informacje na stronie internetowej: www.zjazd25.webpark.pl.

Wydział Lekarski AM w Lublinie, rok 1965 r. 24 września zjazd koleżeński „40 lat minęło jak jeden dzień!” Informacje: **Instytut Medycyny Wsi w Lublinie**, ul. Jaczewskiego 2, tel. (0-81) 748-18-02, prof. Jerzy Zagórski

Zjazdy koleżeńskie w Internecie www.absolventus.pl

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

Wydział Lekarski ŚIAM w Katowicach, rocznik 1979-1985

w dn. 14-16 października w hotelu „Stok” w Wiśle-Jaworniku zjazd absolwentów z okazji 20 rocznicy otrzymania dyplomu lekarza. Koszt uczestnictwa w całej imprezie (piątek/sobota/niedziela) 350 zł. Koszt pobytu dwudniowego (sobota/niedziela) 210 zł. Opłaty na konto: ING Bank Śląski o/Wiśła 97-1050-1096-1000-0001-0108-6080, do 31.08.br. (preferowane do 15.08. ze względu na możliwość zwrotu kosztów). Kontakt z recepcją hotelu:

(0-33) 855-24-04, więcej informacji: www.hotelstok.pl. Ze względu na umowę z hotelem prosimy o jak najszybsze dokonywanie wpłat i zgłaszanie się do nas. Informacje i zgłoszenia: **Iwona Sakowska-Maliszewska**, Centrum Pediatry w Sosnowcu, tel. (0-32) 263-00-58, kom. 0601-963-694, e-mail: iwmal@tlen.pl; **Beata Kędzior-Dutkiewicz**, kom. 0601-510-257, e-mail: beata_dutkiewicz@op.pl; **Anna Kasicka-Jonderko** kom. 0607-148-595, e-mail: akj@slam.katowice.pl oraz na str. internetowej www.zjazd20.republika.pl



Absolwenci Wydziału Lekarskiego Oddziału Stomatologicznego studiujący w latach 1951-1955 dziękują władzom AM w Gdańsku, z J.M. rektorem prof. dr. hab. Wiesławem Makarewiczem na czele, za wręczenie 21 maja br. odnowionych dyplomów z okazji 50 rocznicy ukończenia studiów. Do Gdańska przybyliśmy z wielu zakątków świata: z Polski, RPA i antypodów, by na początku lata nie żałować sobie dowodów sympatii. Odebraliśmy odnowione dyplomy. W Grand Hotelu skonsułowaliśmy plony. Życiowym wygrany – już czas to oszacować – jest każdy kto postąpił w myśl Konfucjusza: „Wybrał pracę, jaką lubił więc nie musiał pracować”. (Hubert Pobłocki)

Pracowity jubileusz

Obchodzące swoje XX-lecie czasopismo „Medycyna Sportowa” było pomysłodawcą kongresu naukowego „Sport i aktywność ruchowa dzieci i młodzieży”, który odbył się w dn. 3-4 czerwca w Warszawie.

Po zakończeniu obrad rozegrano IV Mistrzostwa Polski Lekarzy i Pracowników Ochrony Zdrowia w Ringo.



Nowo wybudowane stołeczne Centrum Olimpijskie gościło lekarzy, dziennikarzy, trenerów, przedstawicieli nauk związanych ze sportem na konferencji łączącej jubileusz „Medycyny Sportowej”, oficjalnego organu Polskiego Towarzystwa Medycyny Sportowej, z wymianą doświadczeń nt. roli sportu w wychowaniu dzieci i młodzieży. Patronujący imprezie minister edukacji narodowej i sportu przyznał odznaczenia osobom, których praca miała wpływ na powstanie, rozwój i wysoką pozycję czasopisma w środowisku sportowym i medycznym. Medalem Komisji Edukacji Narodowej uhonorowani zostali dr n. med. Henryk Kuński, prof. dr hab. med. Wojciech Kuś, dr Zbigniew Rusin, dr n. med. Wiesław Tomaszewski. Odznaczenia „Za zasługi dla sportu” otrzymali prof. dr hab. med. Marek Mędraś, mgr Mirosława Paliszewska, red. Wojciech Sikorzak, dr n. med. Wiesław Tomaszewski, mgr Agnieszka Uroda.

Uczestnicy konferencji poruszyli – w VI sesjach tematycznych – problemy wychowawcze i medyczne naszej młodzieży oraz rolę aktywności ruchowej i sportu w ich rozwiązywaniu.

Na zakończenie kongresu niestrudżona w swojej społecznej działalności dr n. med. Krystyna Anioł-Strzyżewska, prezes Polskiego Towarzystwa Ringo zorganizowała IV Mistrzostwa Polski Lekarzy i Pracowników Ochrony Zdrowia w Ringo.

W tej łączącej sportową rywalizację i rekreację dyscyplinie medalistami zostali: **w kategorii pań:** 1. dr Krystyna Anioł-Strzyżewska, 2. mgr Joanna Kutyla, 3. dr Maria Szczypaczewska; **w kategorii lekarzy weterynarów:** 1. prof. Włodzimierz Starosta, 2. dr Lesław Musur, 3. dr Stanisław Wieczorek; **w kategorii lekarzy:** 1. prof. Andrzej Bugajski, 2. dr Marek Konefał, 3. dr Wiesław Tomaszewski i dr Mieczysław Szatanek.

Krzysztof Makuch



sport@gazetalekarska.pl

XI Mistrzostwa Polski Lekarzy w Brydżu Sportowym

odbędą się w dn. 2-3.09.2005 r. w Bogaczewie. 2.09. godz. 17.00 – rejestracja uczestników; godz. 17.30 – turniej par na impy; 3.09. godz. 9.00 – turniej par na maxy; godz. 16.00 – turniej teamów oraz dodatkowo otwarty turniej par organizowany przez OZBS Olsztyn. 4.09. godz. 10.00 – 2 sesyjny na zapis maksymalny turniej – memoriał dr. Krupy w Moragu. Informacje: **Aleksander Skop**, tel. 0604-267-343 i na stronie PZBS www.polbridge.pl. Rezerwacje noclegów – ośrodek ELZAM Bogaczewo, tel. (0-89) 757-28-77.

VIII Mistrzostwa Polski Lekarzy w Kolarstwie Górskim

odbędą się 3.09.2005 r. w Lipowej koło Żywca. Miejsce zbiórki: hotel Zimnik. Start o godz. 11.00. Szczegóły na stronie www.mtblekarze.w.pl lub www.urazowka.piekary.pl/mtb. Regulamin zawodów, informacje o miejscu startu, noclegach są podane na stronie i będą sukcesywnie uzupełniane. Zgłoszenia przez formularz na stronie mistrzostw, na miejscu w przeddzień imprezy wieczorem w hotelu Zimnik i w dniu startu do godz. 10.00. Organizatorzy: **Maciej Pa-jakowski**, tel. 0602-177-857, **Marek Paściak**, e-mail: pasciak@wp.pl

XII Mistrzostwa Polski Lekarzy Wojskowych w Tenisie Ziemnym, Bydgoszcz 2005

Serdecznie zapraszamy lekarzy pracujących w jednostkach i zakładach wojskowej służby zdrowia oraz lekarzy emerytów do udziału w XII Mistrzostwach Polski Lekarzy Wojskowych w Tenisie Ziemnym pod honorowym patronatem Dowódcy Pomorskiego Okręgu Wojskowego i Komendanta 10 Wojskowego Szpitala Klinicznego w Bydgoszczy, które odbędą się w dn. 16-18.09.2005 r. w Bydgoszczy. Wstępne zgłoszenia pisemne na adres: **Zbigniew Kula**, 86-031 Osielsko, ul. Świerkowa 13 oraz telefonicznie (0-52) 381-39-12 (dom), (0-52) 374-32-74 (praca), 0606-464-455 lub e-mail: z.kula@abas.pl, zbigniew.kula@neostrada.pl. Zaproszenia oficjalne, z informacjami organizacyjnymi i regulaminem zawodów, zostaną przesłane tylko do tych Koleżanek i Kolegów oraz Osób Towarzyszących, którzy zgłoszą swój udział do 31.07. 2005 r.

Uwaga!

Zmiana terminów Mistrzostw Polski Lekarzy w **Półmaratonie: 24 września 2005 r. (sobota) w Gnieźnie** i Mistrzostw Polski Lekarzy w **Maratonie: w Poznaniu 16 października 2005 r. (niedziela)**. **Wojciech Łacki**, e-mail: wojciechlacki@poczta.onet.pl

Rajd Górski Służby Zdrowia „Bieszczady 2005”

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

- **2-3.09.** Opole. Konf. międzynarodowa „*Po-
stępy w pulmonologii*” oraz Warsztaty Nauk.-
Szkol.: *Spirometria, terapia inhalacyjna, te-
rapia CPAP, how know dla lekarzy rodzin-
nych, internistów, ogólnych*. Konf. adresowa-
na do lek. pulmonologów oraz fizjologów i
naukowców zajmujących się układem od-
dechowym. Informacje: Instytut Medycyny
Doświadczalnej i Klinicznej PAN, e-mail:
mpokorski@cmdik.pan.pl, tel./fax (0-22)
668-54-16. Warsztaty szkoleniowe: dr A.
Boehringer, tel. 828-40-67, fax 826-46-67,
e-mail: biuro@aeromedika.pl

Esdent. Szkolenia dla **stomatologów**:

- **3.09.** *Wprowadzenie w zasady profilaktyki
w gabinecie ogólnym dla zespołów stoma-
tologicznych* (wykłady odbywają się równo-
legle w dwóch grupach: I gr. – lekarze stom.,
II gr. – asystentki/higienistki stom.)
 - **24.09.** *Zasady szlifowania zębów pod koro-
ny i licówki pełnoceramiczne (pokaz szlifo-
wania zębów pod koronę pełnoceramiczną
z udziałem pacjenta)*
 - **30.09.** i **1-2.10.** I *Periodontologia w co-
dziennej praktyce stomatologicznej*, II *Za-
jęcia praktyczne*, III *Wprowadzenie do chi-
rurgii periodontologicznej*,
 - **15-16.10.** II Ogólnopolskie Forum – *Ergono-
mia w stomatologii*, Ośr. Szkol. Państwowej
Inspekcji Pracy, Wrocław, ul. Kopernika 5
 - **29-30.10.** *Strategia w leczeniu ortodontycz-
nym. Łuk podniebienny, bihelix, wyciąg ze-
wnątrzustny, działanie aparatów stałych*
 - **18.11.** *Materiały polimerowe w stomato-
logii* cz. 1
 - **26.11.** *Leczenie endodontyczne na jednej
wizycie. Odbudowa zębów po leczeniu en-
dodontycznym. Zastosowanie wkładów w
zębach leczonych endodontycznie*
 - **3-4.12.** *Perioprotyka i korony teleskopo-
we* (wykład i zajęcia warsztatowe)
 - **10.12.** *Zajęcia warsztatowe z ergonomii
pracy*
- Organizator: Esdent NZOZ, ul. Pomarań-
czowa 8, 54-058 Wrocław, www.ede.pl,
e-mail: biuro@ede.pl. Konto ING Bank
Śląski O/Wrocław 90-1050-1575-1000-
0022-5770-4359. Uczestnictwo w szkole-
niach należy potwierdzić wcześniej telefo-
nicznie: nr (0-71) 353-83-51, 354-02-17

- **10-14.09.** Zakopane. **Ultrasonograficzne
badanie i leczenie stawów biodrowych
wg Grafta**. Informacje: SONO-MEDI-
CUS Zakopane, skr. poczt. 411, tel./fax
(0-18) 201-24-17, SMS: 0509-828-632,
e-mail: kulej@ozzl.org.pl

- **10.09., 5.11.** Warszawa. Zakład Fizjopatolo-
gii Oddychania Instytutu Gruźlicy i Cho-
rób Płuc, ul. Płocka 26 organizuje szkole-
nie: **Spirometria – zasady prawidłowego
wykonania i interpretacji wyników**. Pro-
gram kursu zgodny z obowiązującymi za-
leczeniami PTF. 5 pkt. edukac. Koszt 300 zł.
Informacje: tel. (0-22) 431-22-23, e-mail:
fizpat@igichp.edu.pl

Centrum Edukacji **Ultrasonograficznej**
CEDUS – kursy:

- **11-16.09., 13-18.11., Doppler**
- **24-27.11.** Symp. *USG-MRI w ortopedii*
- **2-07.10., 4-09.12.** (zaawansowany) *Echo-
kardiografia*

- **25-30.09.** *Ortopedia i reumatologia*
 - **12-16.10., 24-27.11.** (zaawansowany) *USG
brzucha*
 - *USG narządów powierzchniowych*
 - *USG w ginekologii i położnictwie*
 - **8-11.09.** Symp. **TARDA**
- 5 i 3-dniowe kursy szkoleniowe (na pozio-
mie podstawowym i zaawansowanym),
uczestnicy otrzymują certyfikaty i pkt.
edukac. OIL oraz PTU i PLTR. Zajęcia w
hotelu leczniczym w Ciechocinku. Infor-
macje: www.cedus.edu.pl lub bezpośrednio
CEDUS: ul. Fałata 2/24, 02-534 Warsza-
wa, tel/fax: (0-22) 646-41-56, 646-41-50;
e-mail: kursy@cedus.edu.pl

Roztoczańska Szkoła **Ultrasonografii**.

Kursy:

- **15-18.09.** *USG w pediatrii i neonatologii*
 - **18-24.09.** *Diagnostyka USG narządu ru-
chu*
 - **2-8.10.** *Podstawy USG narządów jamy
brzuszej, sutka, tarczycy, narządów
miednicy mniejszej – Ultrasonografia w
gabinecie lekarza rodzinnego*
 - **2-8.10.** Kurs atestacyjny PTU wymagany
do uzyskania Certyfikatu PTU
 - **23-29.10.** *Diagnostyka USG narządów po-
łożonych powierzchniowo: diagnostyka obra-
zowa sutka, diagnostyka USG tarczycy, wę-
złów chłonnych i innych narządów szyi*
 - **4-6.11.** *Zastosowanie ultrasonografii w chi-
rurgii – I symp. Sekcji Chirurgicznej PTU*
 - **6-12.11.** *Diagnostyka USG narządów jamy
brzuszej*
 - **20-26.11.** *Diagnostyka dopplerowska na-
czyn krwionośnych: szyi, jamy brzusznej,
kończyn górnych i dolnych*
 - **4-10.12.** *Diagnostyka USG w ginekologii
i położnictwie* – kurs doskonalący
- Informacje i zapisy: www.usg.com.pl, (0-84)
638-55-12, 638-80-90, 638-80-91

- **21-23.09.** Zakopane. XIV Naukowo-Szkole-
niowe Sympozjum Lekarzy **Stomatologów**:
*Aktualności współczesnej praktyki stoma-
tologicznej*. Formularze zgłoszeniowe:
www.fp-edu.com.pl. Informacje: tel. (0-12)
421-18-87, 632-75-22, fax 421-21-07.

- **22.09.** Warszawa. Klinika Nowotworów
Tkanek Miękkich i Kości Centrum **On-
kologii** organizuje II Konferencję Nauko-
wo-Szkoleniową z cyklu: *Czerniak skóry
– postępy w diagnostyce i leczeniu*. 8 pkt.
edukac. Koszt 130 zł. Informacje: Komitet
Organizacyjny, tel. (0-22) 643-93-75, fax
643-97-91, e-mail: miesaki@coi.waw.pl

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

- **22-25.09.** *Ultrasonografia dopplerowska
naczyn obwodowych (tętnice szyjne, krę-
gowe, naczynia kończyn dolnych i gór-
nych, aorta brzuszna)*
- **6-9.10.** *Echokardiografia*
- **13-16.10.** *Jama brzuszna*
- **14-16.10.** *Narządy powierzchniowe szyi
(tarczycza, ślinianki, węzły, krtani)*
- **21-23.10.** *5-lecie Szkoły, warsztaty ultraso-
nograficzne*, Centrum Hipiki, Jaszczkowo
- **4-6.11.** *Echokardiografia* – doskonalący
- **4-6.11.** *Ultrasonografia w pediatrii*
- **10-13.11.** *Ultrasonografia w położnictwie
i ginekologii*

Szkolenia dają prawo do pkt. edukac. izby le-
karskiej. Zajęcia i zakwaterowanie w ośrodku
szkoleniowym w Puszczykowie k. Pozna-
nia lub okolicach. Nr konta: 92-1090-1362-
0000-0000-3612-1908. Zapisy: Wielkopolska
Szkoła Diagnostyki Obrazowej, tel./fax
(0-61) 819-25-00, tel. kom. 603-762-041,
www.obraz.pl, e-mail: obraz@obraz.pl

Abacus Biuro Promocji Medycznej
– konferencje:

- **29-30.09.** Warszawa. Ogólnopolska Konfer.
Nauk.-Szkol.: *Prawo medyczne w praktyce
pielęgniarki naczelniej i oddziałowej*
 - **21-22.10.** Warszawa. Kurs specjalist.: *Prze-
wlekła choroba żylna kończyn dolnych*
 - **3-4.11.** II Ogólnopolskie Symp.: *Oddział
Intensywnej Terapii, Oddział Pooperacyjny
– organizacja i funkcjonowanie*
 - **16-18.11.** Warszawa. X Ogólnopolskie Symp.
Kierowniczej Kadry Medycznej: *Profilakty-
ka i zwalczanie zakażeń szpitalnych*
 - **9-10.12.** Warszawa. VIII Ogólnopolskie
Forum **Prawniczo-Medyczne**
- Informacje: Abacus Biuro Promocji Medycz-
nej Sp. z o.o., e-mail: abacus@abacus.edu.pl,
www.abacus.edu.pl, tel. (0-22) 877-28-60,
836-04-16, fax 862-10-50

- **30.09-1.10.** Gdańsk. Klinika Chirurgii Klatki
Piersiowej AM w Gdańsku zaprasza do
udziału w ogólnopol. konfer. nauk.-szkol.
Klubu **Torakochirurgów** Polskich **Torako-
neptunalia 2005: Współczesne leczenie
międzybłoniaka płucnej**. Informacje: Kom-
itet Organizacyjny Konferencji, Klinika
Chirurgii Klatki Piersiowej AM w Gdań-
sku, ul. Dębinki 7, 80-211 Gdańsk, tel.
(0-58) 349-24-00, 349-24-31, fax 349-24-29,
e-mail: klubtorako2005@amg.gda.pl,
www.thorax.amg.gda.pl

- **1.10.** Łódź. II Katedra i Klinika **Kardiolo-
gii** UM w Łodzi organizuje konferencję
**Nowoczesna Diagnostyka Kardiologicz-
na**. Koszt – do 10.09. br. 30 zł (wpłata na
konto Stowarzyszenie Forum Kardiologów
PKO BP IV Oddz. Łódź nr 69-1020-3378-
0000-1002-0102-0775), na miejscu 40 zł.
Zgłoszenia: II Katedra i Klinika Kardiolo-
gii UM w Łodzi Szpital im. dr. Wł. Bie-
gańskiego, 91-347 Łódź, ul. Kniaziewiczza
1/5, tel./fax (0-42) 653-99-09, 251-60-15,
www.lodz.ptkardio.pl/diagnostyka, e-mail:
drozd@ptkardio.pl

Centrum Edukacji Medycznej Instytutu
Jaskry – kursy doskonalące:

- **1.10.** *Współczesna diagnostyka jaskry
(GDX, HRT, UBM, pachymetria)*
 - **8.10.** *Neurookulistyka*
- Szkolenia będą zakończone wydaniem certy-
fikatów oraz uzyskaniem pkt. edukac. Or-
ganizatorzy zastrzegają sobie prawo odwo-
łania warsztatów w wypadku małej liczby
osób. Opłata na miesiąc przed wybranym
terminem szkolenia. Zgłoszenia: Instytutu
Jaskry, ul. Okrag 1A, Warszawa 00-415,
szkolenia@instytutjaskry.pl, tel. (0-22)
622-65-09, fax 622-65-83, www.instytut-
jaskry.pl. Odpowiedzialna za organizację
szkoleń Olga Polakowska, 0604-704-731.

- **6-8.10.** Kraków. I Środkowo Europ. Kongres
Osteoporozy i Osteoartrozy, XIII Zjazd Pol.

Tow. Osteoartrologii i Pol. Fundacji Osteoporozy. Tematyka: 1. *Osteoporoza: -epidemiologia, patogeneza, - ocena ryzyka złamań, - diagnostyka, leczenie, - osteoporoza u dzieci, - złamania osteoporotyczne*; 2. *Choroba zwyrodnieniowa stawów – leczenie*; 3. *Tematy wolne*. Język wykł.: pol. i ang. (tłum. symultan.). Miejsce: Nowohuckie Centrum Kultury, al. Jana Pawła II 232, 31-982 Kraków. Informacje: Komitet Org. XIII Zjazdu PTOA i PFO, ul. Kopernika 32, 31-501 Kraków, tel. (0-12) 423-20-80, 430-32-20, fax 430-31-53, www.osteoporoza.org, e-mail: krakow@osteoporoza.org. Potwierdzenie uczestnictwa – 30.07.; rez. hoteli – 30.08.

Dolnośląska Szkoła **Ultrasonografii**.

Szkolenia podstawowe:

- 18-21.10., 29.11-2.12., 17-20.01.06 r. *Diagnostyka USG jamy brzusznej*
- 22-24.11., 10-12.01.06 r. *Diagnostyka USG tarczycy, przystarczyc i ślinianek*
- 25-27.10., 13-15.12., 24-26.01.06 r. *Kompleksowa diagnostyka gruczołu piersiowego*
- 12-13.12., 9-10.01.06 r. *Diagnostyka USG w ginekologii i położnictwie*
- 16-18.11., 11-13.01.06 r. *Diagnostyka echokardiograficzna w pediatrii*
- 7-8.10., 16-17.01.06 r. *Diagnostyka USG w pediatrii*
- 27.09-1.10. *Podstawy ultrasonografii* – kurs specjalizacyjny dla chirurgów

- 12-13.09., 21-22.11. *Interpretacja zapisu EKG u dzieci*
 - 19-23.09., 23-27.01.06 r. *Cytologia onkologiczna w ginekologii. System klasyfikacji BETHESDA* – kurs podstawowy
 - 27-29.09., 13-15.02.06 r. *Cytologia onkologiczna w ginekologii. System klasyfikacji BETHESDA* – kurs doskonalący
- Informacje i zgłoszenia: Wrocławskie Centrum Promocji, ul. Śniadeckich 10, 51-604 Wrocław, tel. (0-71) 348-39-66 lub 0606-350-328, e-mail: r.baran@neostrada.pl, <http://www.usg.webd.pl>

Medyczne Szkolenia Podyplomowe Pakt – kursy:

- 20.10. Katowice. Akcja: *Światowy Dzień Osteoporozy*. 8 pkt.
- 22-23. 04.2006 r. Ustroń Śląski. *Bark w Ortopedii i Rehabilitacji* – IV Konferencja Okrągłego Stołu

Informacje: Medyczne Szkolenia Podyplomowe Pakt, tel. (0-32) 251-22-64, www.msp-pakt.med.pl, MSP PAKT, ul. Kopernika 8/2, 40-064 Katowice, dyr. Joanna Cybulska, tel/fax 251-22-64, kom. 634-423-243, e-mail: pakt.pakt@wp.pl, www.MSP-PAKT.med.pl

Mazurska Szkoła **Ultrasonografii**

i **Ginekologii** – kursy:

- 3-6.11. *Endokrynologia praktyczna dla ginekologów* cz. I

- 18-21.08. *Patologia ciąży* cz. I
- 16-18.09. *Kolposkopia z elementami cytologii*

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

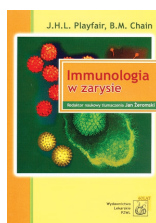
- 10-13.05.06 r. Hotel Gołębiewski w Wiśle. IX Międzynarodowy Kongres Pol. Tow. **Alergologicznego** oraz VI Ogólnopolskie Symp. **Immunoterapia** Swoista. Uczestnicy otrzymają certyfikaty uprawniające do uzyskania pkt. edukac. zgodnie z rozp. min. zdrowia. Zgłoszenia: Biuro Organizacyjne AltaSoft s.c., 40-955 Katowice, ul. Bytkowska 1B, tel. (0-32) 259-83-99, e-mail: altasoft@altasoft.pl, www.kongrespta.pl

- Wyższa Szkoła Zawodowa Kosmetyki i Pielęgnacji Zdrowia w Warszawie ogłasza nabór na nową specjalność: **Podologię – profilaktyka schorzeń i pielęgnacja kończyn dolnych** (na kierunku Kosmetologia) – nowość w Polsce. Informacje: Warszawa, ul. Podwale 13, tel. (0-22) 635-50-09, e-mail: kosmeto@wszkipz.pl, www.wszkipz.pl

opr. (u)

u.bakowska@gazetalekarska.pl

Wydawnictwo Lekarskie PZWL, 00-251 Warszawa, ul. Miodowa 10
Zamówienia [tel. (0-22) 695-44-80, faks 695-44-87, infolinia 0801-142-080,
www.pzwl.pl, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, 00-950 Warszawa 1, skr. poczt. 379]
realizowane są za zaliczeniem pocztowym (7 zł – zam. pow. 150 zł bezpłatnie).
Realizacja: 3 dni robocze. Pełna oferta: www.pzwl.pl oraz Katalog Wydawnictwa.



Immunologia w zarysie

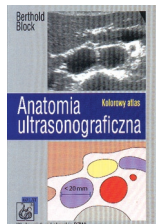
J. H. L. Playfair, B. M. Chain

tytuł oryginału ang.: *Immunology at a Glance*

red. naukowy tłum. pol.: **prof. Jan Żeromski**

wyd. I, str. 100, il. 43, tab. 3, c. kat. 64,00 zł

Zwięźle wprowadzenie do immunologii w postaci 41 poglądowych rycin ze szczegółowymi wyjaśnieniami prezentowanych w nich zagadnień. Książka przeznaczona dla studentów rozpoczynających naukę immunologii na wydz. biologii, medycyny, weterynarii i kierunków pokrewnych.



Anatomia ultrasonograficzna. Kolorowy atlas

B. Block

tytuł oryginału: *Color Atlas of Ultrasound Anatomy*

z ang. tłum. **Maciej Jędrzejczyk**

wyd. I, str. 544, il. 300 kol., c. kat. 78,00 zł

Podręcznik atlas przeznaczony dla osób wykonujących badania USG. Zawiera zestaw typowych obrazów ultrasonograficznych z odpowiadającymi im schematami graficznymi, pomagającymi zlokalizować poszczególne narządy. Podano prawidłowe wymiary i objętości tych narządów.

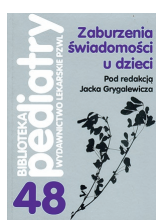


Chirurgia dziecięca

pod red. **Jerzego Czernika**

wyd. I, str. 888, il. 317, tabl. 55, c. kat. 198,00 zł

Podręcznik uwzględnia odrębności procesów fizjologicznych i patologicznych u dzieci. Opiera się na aktualnej wiedzy z takich dziedzin, jak: embriologia, genetyka, anatomia topograficzna, anestezjologia i epidemiologia. Podane są najnowsze metody diagnozowania (również prenatalnego), a także leczenia chirurgicznego oraz laparoskopowego, występujących u dzieci wad i schorzeń.



Zaburzenia świadomości u dzieci

Wybrane zagadnienia

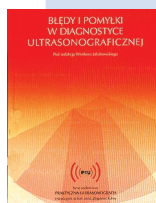
pod red. **Jacka Grygalewicza**

Seria: Biblioteka Pediatri

wyd. I, str. 144, il. 7, tabl. 14, c. kat. 39,00 zł

W książce, adresowanej do lekarzy pierwszego kontaktu – pediatrów i rodzinnych, a także pracujących w pog. ratunkowym lub w szpitalnej izbie przyjęć, omówiono przyczyny utraty przytomności, takie jak: urazy czaszkowe, choroby układu krążenia oraz wrodzone wady metaboliczne. Cenne są praktyczne wskazówki dotyczące postępowania z dzieckiem nieprzytomnym.

Wydawnictwo Roztoczańskiej Szkoły Ultrasonografii,
22-400 Zamość, ul. Kilińskiego 75, tel. (0-84) 638-55-12, 638-80-90, fax 638-80-92,
e-mail: rsu@roztocze.p, www.usg.com.pl



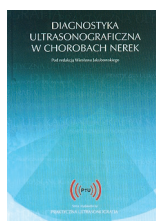
Błędy i pomyłki w diagnostyce ultrasonograficznej

pod red. **Wiesława Jakubowskiego**

seria wydawnicza *Praktyczna Ultrasonografia*, t. X

Warszawa-Zamość 2005, str. 246

Publikacja, poświęcona analizie i opisaniu przyczyn i pomyłek w diagnostyce USG, próbuje wskazać jak tych pomyłek i błędów uniknąć.



Diagnostyka ultrasonograficzna w chorobach nerek

pod red. **Wiesława Jakubowskiego**

seria wydawnicza *Praktyczna Ultrasonografia*, t. VII

Warszawa-Zamość 2004, str. 152

Przeznaczona dla lekarzy urologów, nefrologów, pediatrów, chirurgów, chorób wewnętrznych, transplantologów, radiologów, lekarzy rodzinnych, a także dla szerokiego grona ultrasonografów. Koncentruje się na zagadnieniach stanowiących o istocie współczesnej diagnostyki USG w chorobach nerek, a także stercza, nadnerczy i przestrzeni zaotrzewnej.



Diagnostyka ultrasonograficzna gruczołu krokowego

pod red. **Iwony Sudół-Szopińskiej** i **Tomasza Szopińskiego**

seria wydawnicza *Praktyczna Ultrasonografia*, t. IX.

Warszawa-Zamość 2005, str. 70

Zawartość publikacji: Przepowłokowe badanie usg gruczołu krokowego; Badanie usg gruczołu krokowego głowicą doodbytniczą; Wolumetria gruczołu krokowego; Pomiary PSA i jego pochodnych w diagnostyce chorób gruczołu krokowego; Kolorowy dopler w diagnostyce chorób gruczołu krokowego; Diagnostyka endosonograficzna w niepłodności męskiej.

Wydawnictwo Medyczne „Medyk” Sp. z o. o.
01-360 Warszawa, ul. Czułowska 66, tel. (0-22) 666-43-32 do 33, fax 664-04-51
e-mail: poczta.medyk.com.pl; www.medyk.com.pl

Psychozy. Dziesięciolecie obserwacji

Janusz Krzyżowski

seria: *Z Gabinetu Prywatnego*

wyd. I, Warszawa 2005, str. 120, c. 25 zł (wraz z kosztami wysyłki)
Autor legitymujący się 40-letnim doświadczeniem zawodowym analizuje wieloletnie przebiegi chorób u swoich pacjentów, dzieli się z czytelnikami swoimi rozterkami, dylematami moralnymi, przemyśleniami.

Psychogeriatrya

Janusz Krzyżowski

seria: *Z Gabinetu Prywatnego*

wyd. III, Warszawa 2005, str. 340, c. 35 zł (wraz z kosztami wysyłki)
Zamieszczone w publikacji opisy, fakty, zarysy teorii i zalecenia oparte o najnowsze osiągnięcia i badania poszerzają wiedzę w zakresie psychogeriatryi. Wiedza autora oparta jest na długoletnich obserwacjach w trakcie leczenia chorych w warunkach domowych. Jest szczególnie przydatna dla praktykujących prywatnie psychiatrów.

Stany lękowe

Janusz Krzyżowski

seria: *Z Gabinetu Prywatnego*

wyd. II, Warszawa 2005, str. 76, c. 19 zł (wraz z kosztami wysyłki)
Książka przeznaczona dla lekarzy POZ, a także dla pacjentów odczuwających takie stany, u których nie wykazano choroby somatycznej. Zawiera wiadomości z zakresu diagnostyki, jak i różnych sposobów leczenia, poczynając od porad jak samodzielnie radzić sobie z lękiem, aż po wskazówki dotyczące psychoterapii i leczenia farmakologicznego.

Ponadto nadesłano:

Profilaktyka i leczenie odleżyn

Poradnik dla pielęgniarek, położnych i wszystkich innych osób, którym bliska jest problematyka odleżyn

Joanna Rosińczuk-Tonderys, Izabella Uchmanowicz, Marta Arendarczyk

Wydawnictwo „Continuo”, 53-505 Wrocław, ul. Lelewela 4,
pok. 325, www.continuo.wroclaw.pl, tel. (0-71) 791-20-30

Wrocław 2005, format B5, 88 str., 21 il. barw., tab., c. 18 zł

Omówiono: 1. Kliniczne aspekty powstawania i rozwoju odleżyn; 2. Profilaktyka i zapobieganie; 3. Leczenie; 4. Standardy zapobiegania i leczenia.

Atlas anatomii splotu ramiennego

prof. dr hab. n. med. **Andrzej Radek**

dr n. med. **Krzysztof Zapalowicz**

UM w Łodzi, 90-419 Łódź, ul. Kościuszki 4,

wyd. I, Łódź 2005, il. str. 88

Publikacja omawia budowę splotu ramiennego w powiązaniu z symptomatologią kliniczną oraz z interdyscyplinarnymi osiągnięciami ostatnich lat. Przedstawiono także aktualne dane na temat urazowych uszkodzeń splotu ramiennego oraz mechanizmu ich powstawania.

Zarys chirurgii dziecięcej. Skrypt dla studentów

pod red. prof. dr. hab. med. **Andrzeja Jankowskiego**

Wydawnictwo Naukowe AM w Poznaniu,

61-544 Poznań, ul. 28 Czerwca 1956 r. nr 137/147,

wyd. I, Poznań 2004, str. 150

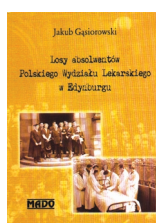
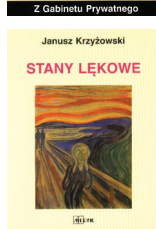
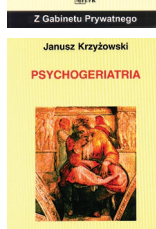
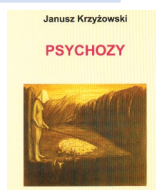
Systemem punktowym omówiono zagadnienia dotyczące wad wrodzonych układu nerwowego, przewodu pokarmowego, układu moczowo-płciowego, powłok jamy brzusznej. Każdą jednostkę chorobową omówiono wg schematu: etiologia, patogenezę, objawy kliniczne, diagnostyka i sposoby leczenia.

Losy absolwentów Polskiego Wydziału Lekarskiego w Edynburgu

Jakub Gąsiorowski

Wydawnictwo MADO, 87-100 Toruń, ul. Rydygiera 12a,
tel. (0-56) 659-98-96, księgarnia internetowa www.marszalek.com.pl,
koszt przesyłki 7 zł, Toruń 2004, str. 322, c. 30,80 zł.

Publikacja przedstawia losy polskich lekarzy, których wydarzenia II wojny światowej i studia na PWL w Edynburgu pozostawiły na stałe na emigracji. Są to biogramy 227 absolwentów PWL w Edynburgu, historia Wydziału od założenia aż do likwidacji. Książka zaopatrzona w noty bibliograficzne i indeks nazwisk absolwentów PWL oraz liczne aneksy.



opr. md