9 2006

Gazeta Lekarska

ISSN 0867-2148
Egzemplarz bezpłatny
Pismo Izb Lekarskich

Światowy Dzień Serca

24 września 2006

REKLAMA REKLAMA

REKLAMA

Na skróty najsprytniej

Nie od dzisiaj wiadomo, że mimo swej prostoty młotek jest narzędziem niebezpiecznym. Czyż nie podobnie jest obecnie ze skrótami myślowymi, które u schyłku lata robią zawrotną karierę? W samym uproszczeniu wypowiedzi poprzez przedstawienie jej w postaci niekompletnej lub zastąpieniu jej innym, krótszym określeniem nie ma niczego złego. Taka konstelacja intelektualna działa przy założeniu, że odbiorca na pewno domyśli się, o co chodzi. Gorzej jak wymyka się ona spod kanonów przyzwoitości, umiaru i dobrego smaku, a ociera się o nikczemność.

Trudności z odgadnięciem skrótów myślowych mieli ostatnio nie tylko byli ministrowie spraw zagranicznych, choć to nie lada szermierze słowa i mistrzowie podstępu i dyplomacji. Myślenie to chyba coś więcej niż skojarzeniowa gra wyobrażeń. Skrótem myślowym mogła być również zapowiedź rychłej likwidacji LEP-u. Wydawało się, że studenci i młodzi lekarze będą zachwyceni. Wcześniej nie zostawiali na egzaminie suchej nitki. Krytykowali go za niejasne kryteria oceniania i złą organizację. Jednak zapowiedź likwidacji LEP-u, zamiast ucieszyć, nieoczekiwanie ich zmartwiła. Wszystko dlatego, że zaliczony LEP jest wymagany do praktykowania w Unii Europejskiej, wpisano go nawet do traktatu akcesyjnego, pod którym podpisały się wszystkie państwa członkowskie. Na całe szczęście ci, którzy potraktowali jako skrót myślowy zapowiedzi luminarzy z Miodowej, pewnie zwiększą teraz swoje szanse na dobrą notę z egzaminu. Koalicja sierdzi się na lekarzy opuszczających Polskę za lepszym życiem i odgraża się, że będą musieli zwrócić koszty ich wykształcenia. O opinię na temat tak osobliwego rozwiązania nowej fali emigracyjnej zapytaliśmy naszych czytelników. Otrzymaliśmy stertę listów i emaili, niektóre z nich publikujemy. Założę się o czapkę śliwek, a nawet mój stary rower, że myślowych skrótów, myślenia na skróty i czytania w myślach będzie wkrótce jeszcze więcej.

Problemów lekarskich podczas wakacji nie ubyło, tęsknota za normalnością także nie osłabła. Nie wszędzie jednak lekarze radzą sobie tak samo. W Miejskim Szpitalu Zespolonym w Olsztynie specjalista zarabia 7-8 tys. pod warunkiem, że nie tylko robi swoje i znika, ale jest stale w gotowości. Praca na kontrakcie, zamiast na etacie, to dla jednych spełnienie marzeń o wolnym zawodzie, dla innych życiowa konieczność. O zaletach i słabościach lekarskiej pracy na kontrakcie pisze na naszych łamach Anna Augustowska.

Około 1 mld zł, a nie jak wcześniej zapowiadano 800 mln zł, będą kosztowały tegoroczne podwyżki dla pracowników służby zdrowia – poinformował szef NFZ. Zapewnił, że mające nastąpić od października podwyżki są pewne oraz że nie spowodują ograniczenia dostępności do świadczeń medycznych. Aby temu zapobiec, przygotowywane są aneksy do umów NFZ ze świadczeniodawcami. Sceptycy są ostrożniejsi i uważają, że pracownicy są wprowadzani w błąd, ponieważ podwyżek nie będzie w październiku. Najwcześniej w listopadzie. Taki terminarz wynika z ustaw o świadczeniach zdrowotnych i o finansach publicznych. Nie pozwalają one wypłacać zaliczek – precyzuje nasz rozmówca pragnący zachować anonimowość. A jak było naprawdę napiszemy w październiku.

Marek Stankiewicz
naczelny@gazetalekarska.pl

W NUMERZE
między innymi

Czy lekarz, po uzyskaniu specjalizacji, powinien odpracować koszty kształcenia? 4-6
Okiem Prezesa 5
Jeżeli nie wiadomo o co chodzi 8, 10-11
Preparaty usunięte z urzędowych wykazów w wyniku zmian w wykazach leków refundowanych. Obowiązujące od 1 lipca 2006 r. 12
Pierwszy egzamin już w 2007 r.! 14
Ryki ratunkowe 16
Czy Polacy umieją ratować? 17
Kontrakty na lekarstwo? 20-21
Raciborska trzynastka 22-23
Stwierdzić zgon 26-27, 29
Przychodzi lekarz do prawnika 28
Baza medycyny praktycznej 29
Izby przed Trybunałem 30-31, 33
Kalendarz: kursy, szkolenia, zjazdy 34-35
Książki nadesłane 37
Lekarski sport 38
Ogłasza się wszem i wobec... 39
Praca: konkursy, zatrudnię, szukam 40-58
Ogłoszenia różne 58-61

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

Praca?
www.praca.gazetalekarska.pl

REKLAMA

Czy lekarz, po uzyskaniu specjalizacji, powinien odpracować koszty kształcenia?

fot. Marek Stankiewicz

Czym w przypadku lekarza rezydenta są koszty kształcenia? Czy całe jego stypendium? Chyba od tego trzeba odjąć wartość wynagrodzenia, które otrzymałby za realizowane przez siebie świadczenia zdrowotne, a którego przecież nie otrzymuje. Do tego także wszystkie koszty, które sam poniósł, np. za płatne kursy, za utrzymanie się poza miejscem zamieszkania w trakcie tych kursów itp. Mogłoby się wtedy okazać, że należy mu jeszcze dopłacić. Lekarz po uzyskaniu specjalizacji powinien móc utrzymać rodzinę na godziwym poziomie. Jeśli będzie mógł to zrobić w Polsce, to w większości nie wyemigruje. A czasowy wyjazd jest częścią kształcenia, również w sensie poznania prawdziwych wyzwań współczesności. I oby dotyczyło to jak największej liczby lekarzy. Rozszerzy to ich horyzonty i pozwoli po powrocie rozwijać polską medycynę w sposób międzynarodowo konkurencyjny.

prof. Wiesław W. Jędrzejczak
hematolog, Warszawa

Ryszard Golański, anestezjolog, wiceprezes Naczelnej Rady Lekarskiej

Niedawno wśród moich znajomych burzliwie dyskutowano na ten temat. Większość z nich, którzy nie są lekarzami uważają, że obecny system kształcenia podyplomowego lekarzy nie jest racjonalny z punktu widzenia kosztów ponoszonych przez podatnika. Tam gdzie lekarz osobiście ponosi te koszty, a wiemy, że najczęściej tak się dzieje i że koszty te są niebagatelne i nieproporcjonalne zarówno w stosunku do pensji lekarza, jak i potencjalnych „profitów" wynikających z faktu posiadania tytułu specjalisty, sprawa nie budzi emocji. Natomiast system rezydencki, finansowany z budżetu Ministerstwa Zdrowia emocje budzi nie od dziś. Często zwracano mi uwagę na fakt, że lekarze są jedyną grupa zawodową, która posiada taką regulację. Można więc rozumieć, że przedstawiciele innych zawodów nam zazdroszczą, ale i mają za złe. Wszędzie na świecie istnieje system stypendiów fundowanych. Bohater serialu „Przystanek Alaska" dzięki takiemu stypendium trafił, mimo początkowej niechęci, do miasteczka Cicily. Jak dotychczas młody lekarz, podpisujący umowę dotyczącą specjalizacji w trybie rezydenckim, nie podpisuje żadnego zobowiązania co do „odpracowania" tej formy doskonalenia zawodowego. Nie ma powodów, aby winić lekarzy za to, że posiadając już specjalizację odbytą w tym trybie, szukają najlepszego dla siebie miejsca pracy, a dla rodziny najlepszych warunków bytowych. Samorząd lekarski od kilku lat głośno ostrzega, że ze względu na warunki panujące w Polsce młodzi lekarze będą szukać pracy poza jej granicami. Jeżeli „władza" chce tej emigracji zapobiegać, powinna spełnić postulaty środowiska. Wydaje się to być takie proste, ale przez ostatnie kilka lat niewykonalne.

Jeżeli państwo całkowiecie weźmie na siebie koszty wykształcenia, tzn. koszt książek, staży, kursów, utrzymania na szkoleniach, rozłąki z rodziną i zapłaci za pracę, jaką przecież jest nauka, i rozszerzy te przepisy na wszystkie zawody, to bardzo proszę. Ale do czasu, kiedy to my sami za to płacimy, tak długo jak to rodzice płacą za utrzymanie dzieci na studiach, to wara każdemu od naszej wolności. Jeśli ktoś ma ochotę na posiadanie swojego własnego niewolnika, to musi przenieść się w czasie do XIX wieku.

Anita Pacholec, lekarz dentysta
Kowal, woj. kujawsko-pomorskie

Pamiętam czasy, gdy wyjeżdżając po studiach za granicę trzeba było zostawić weksel na 180 tys., po roku na 120 tys., a po dwóch latach na 60 tys. Po trzech można było wyjechać bez weksla, oczywiście jak dostało się paszport. Proponuję związanie młodych lekarzy z krajem po uzyskaniu podwyżki o 5 tys. zł. Każde inne działanie jest przejawem ciągot totalitaryzmu, a nie dążeniem do rozwiązania problemu. Takie metody już przerabialiśmy.

Grzegorz Luboiński, onkolog, Warszawa

Uważam, że po skończonych bezpłatnych studiach i rezydenturze istnieje moralny obowiązek odpracowania zaciągniętego długu wobec państwa i obywateli. Na Zachodzie lekarz zaciąga kredyt na podjęcie studiów i zdobycie specjalizacji, więc potem spłaca dług wobec banku. Powinna być do wyboru również możliwość opłaty za rezydenturę z kieszeni lekarza i natychmiastowa możliwość wyjazdu za granicę po zdobyciu specjalizacji. Lekarz robiący specjalizację do lat dziewięćdziesiątych podpisywał „lojalkę" wobec dyrektora ZOZ-u, że przez ileś lat nie zmieni miejsca zatrudnienia i każdy lekarz uważał to za normalne.

Maciej Makarewicz
lekarz rodzinny, woj. podlaskie

Młody lekarz oczekuje, że jego trud i zaangażowanie przynajmniej częściowo powinno być docenione. I tu kłania się system kształcenia, promowania najzdolniejszych, a także płacenia za uzyskane kwalifikacje.

prof. Tadeusz Płusa, Warszawa

Powinien kilka lat popracować w Polsce, rezydentura jest swego rodzaju kontraktem, który kształci specjalistę. Oczywiście należy ciągle podnosić uposażenia i w ten sposób zatrzymywać lekarzy. Sztuczne blokady mogą być na dłuższą metę nieskuteczne.

Jarosław Wanecki
sekretarz OIL w Płocku

Państwo jest niemoralne nie wykorzystując potencjału absolwentów medycyny. Za wiedzę i odpowiedzialność należy lekarzom stosownie zapłacić. 30-procentowa podwyżka nie starczy „na waciki" dla żony. Bez prywatyzacji i zwiększenia pensji personelu medycznego do co najmniej 10 tys. zł miesięcznie państwo nie ma prawa ograniczać wolności osobistej lekarzy. Młodzi lekarze! Wyjeżdżajcie, szkoda życia! Im gorzej będzie na miejscu, tym szybciej przyjdzie otrzeźwienie panujących!

Marek Kula, kardiolog, Kraków

Studia medyczne, staż podyplomowy i specjalizacja są jednym z najbardziej obciążających ekonomicznie sposobów uzyskiwania samodzielności zawodowej.

Dodatkowo kształcenie lekarza w całym okresie podyplomowym odbywa się za głodowe stawki. Efektem jest konieczność dorabiania – od pogotowia po izby wytrzeźwień. Koszty osobiste takiego życia przez 6-10 lat są skuteczną spłatą zobowiązań młodego lekarza, której domagają się pomysłodawcy zmian.

Dariusz Maciejewski
anestezjolog w Bielsku-Białej

Lekarz rezydent w Polsce pracuje w zakresie zadań, ilością czasu i pacjentów, a nawet odpowiedzialnością karną i cywilną, porównywalną ze specjalistą. Odpracowuje więc czas specjalizacji na bieżąco. Koszty kształcenia solidnie odpracowały już pokolenia lekarzy pracujących za stawki zdecydowanie niższe niż ich kwalifikacje.

Beata Mazurkiewicz
pediatra, Corcaigh, Irlandia

Autorzy tego typu rozporządzeń muszą się liczyć z ich niekonstytucyjnością i kolejną kompromitacją przed Trybunałem Konstytucyjnym. „Związanie z krajem" powinno dotyczyć wszystkich specjalistów w równym stopniu, np. naszych informatyków, których setki pracują na Zachodzie, a może nawet hydraulików? Poza tym kto to wyegzekwuje? Może znowu zaczną się fikcyjne wycieczki z „Orbisem" tylko po to, żeby uciec za granicę? Na pewno będzie dużo śmiechu.

Jarosław Wysocki, laryngolog, Warszawa

Zacząć należy od dokładnego wyliczenia kosztów, jakie ponosi państwo, aby wykształcić lekarza. A także każdego innego specjalisty z dyplomem wyższych studiów, bo emigracja inteligencji nie dotyczy wyłącznie lekarzy. Sądzę, że na tym etapie utknie cała ta awantura, bowiem dokładne wyliczenie to praca ponad siły dla tej władzy.

Grzegorz Danielski, ortopeda, Łódź

To chyba jakieś totalne nieporozumienie! Czy tylko w taki sposób można zatrzymać lekarzy w Polsce? Żyjemy w wolnym kraju, należymy do Unii Europejskiej, więc każdy człowiek może żyć i pracować tam, gdzie będzie mu lepiej! Tak naprawdę koszty kształcenia lekarza i specjalizacji ponosi on sam i jego rodzina.

Leszek, 53 lata, chirurg, jeszcze w kraju

Jako lekarz i dyrektor uważam, że młodsi koledzy powinni odpracować specjalizację i studia również. Tylko w przypadku braku pracy lub niemożności

dokończenie na str. 6

Okiem Prezesa

Wszystko wskazuje na to, że oprócz walki o realizację naszych postulatów płacowych czeka nas nowa batalia. Jeden z naszych kolegów lekarzy w radiowym programie „Sygnały dnia" 24 sierpnia powiedział tak:
„Z obowiązku tak, jestem [członkiem samorządu lekarskiego], ponieważ jest to obowiązek każdego, kto ma dyplom lekarski, wykonuje zawód lekarza, być członkiem samorządu. Ja bym bardzo chciał [żeby była dowolność]. Dlatego że ja nie rozumiem, dlaczego mnie ktoś zmusza do tego, żebym należał do jakichś korporacji, jeżeli nie mam na to ochoty... Jak powstawały samorządy, to wydawało mi się, że tak powinno być, że to powinna być absolutna dobrowolność, ponieważ to, czy ja jestem członkiem samorządu, czy nie... Pracowałem jako lekarz i moja konieczność przynależności do samorządu nic mi nie zmieniła w moim postępowaniu jako lekarza, w związku z tym dlaczego ja mam być zmuszony i co miesiąc odprowadzać składki na samorząd? Do tej chwili nie rozumiem tego."
W zasadzie to chyba gdzieś już to słyszałem; może nie dosłownie, ale jeśli chodzi o sens... No tak, tylko że po raz pierwszy takie słowa wypowiada członek naszego samorządu, który sprawuje urząd ministra zdrowia. A w następnych słowach nie tylko opisuje swój osobisty stosunek do izb lekarskich, ale wprost zapowiada podjęcie prac zmierzających do ich likwidacji. Wprawdzie nie mówi o tym dosłownie, ale przygotowania do „odobowiązkowienia" samorządu w praktyce muszą doprowadzić do zredukowania go do pozycji jednej z licznych organizacji (w dodatku bez uprawnień typu związkowego) zrzeszających mniejszą lub większą część środowiska. W kilka miesięcy po tym, jak samorząd lekarski podjął się roli koordynatora działań mających doprowadzić do ustalenia wynagrodzeń lekarzy i lekarzy dentystów na godnym poziomie i poparł protesty środowisk medycznych niezadowolonych z warunków pracy i płacy okazuje się, że stupięćdziesięciotysięczna rzesza obywateli, którym konstytucja Rzeczypospolitej nadała prawo do samorządności, nie zasługuje na to. Nieoczekiwanie w sukurs Ministrowi przyszedł Przewodniczący OZZL, który oświadczył wprost, że „samorząd lekarski nie jest potrzebny". Zdumiewająca deklaracja tuż po tym, kiedy lekarskiej akcji protestacyjnej, która przetoczyła się falą przez całą Polskę, na pewno kilkutysięczny (?) związek nie zorganizowałby bez potężnego wsparcia izb.

Idea samorządu lekarskiego realizuje się w Polsce równolegle do stanu demokracji w naszym kraju. Izby lekarskie powstały w 1921 r. niemal natychmiast po restytuowaniu niepodległego państwa (w 1938 dołączyły izby lekarsko-dentystyczne). Po okresie zawieszenia działalności samorządowej przez niemieckiego okupanta izby wznawiają działalność natychmiast po ustaniu działań wojennych. Budowane po wojnie państwo totalitarne nie przewiduje jednak miejsca dla takiej samorządności obywatelskiej; już w 1951 dochodzi do „zniesienia" izb. I znowu, gdy w Polsce zaczyna się odbudowa demokracji w roku 1989, reaktywowany samorząd lekarzy i lekarzy dentystów bierze aktywny udział w konstruowaniu nowego modelu obywatelskiego i demokratycznego zdecentralizowanego państwa prawa opartego na samorządności terytorialnej i zawodowej. Czyżbyśmy i ten etap historii Polski mieli już za sobą?
Miejmy nadzieję, że tak nie jest. Warto jednak zadać sobie pytanie, czy można coś zrobić, żeby ryzyko takiego scenariusza zmniejszyć. Zadaniem najbliższych tygodni i miesięcy dla najwyższych przedstawicieli naszego samorządu (zarówno na poziomie ogólnokrajowym, jak i regionalnym) jest przekonywanie polityków wszystkich szczebli o niezbędności istnienia samorządu lekarskiego dla prawidłowego realizowania zadań państwa wobec środowiska lekarzy i lekarzy dentystów. Wydaje się jednak, że nadchodzi także chwila wielkiego sprawdzianu dla całego środowiska. Każdy polski lekarz i lekarz dentysta powinien zadać sobie pytanie: Czy chcę, aby wyrazicielem moich interesów były izby lekarskie i czy chcę, aby sprawy, które dotyczą nas wszystkich (rejestry, prawo wykonywania zawodu, praktyki lekarskie, konkursy, zaświadczenia, kształcenie ustawiczne, odpowiedzialność zawodowa i wiele innych) pozostały w naszych rękach? Należy wiedzieć, że izby lekarskie zrzeszają ponad 80% lekarzy Unii Europejskiej; jest to rozwiązanie sprawdzone od ponad stu lat i nadal stosowane w nowoczesnych demokracjach. Osobiście apeluję: niech z naszego środowiska wychodzi jeden głos: chcemy zachowania samorządności zawodowej; chcemy odpowiedzialnie, w naszym i społecznym interesie rozwiązywać trudne sprawy związane z wykonywaniem naszych zawodów.

I wreszcie, jak co miesiąc, proszę o kontynuowanie zbierania podpisów pod obywatelskim projektem ustawy gwarantującym nam godne wynagrodzenia (tabelka do zbierania podpisów na str.18 i na stronach internetowych Naczelnej Izby Lekarskiej).

Konstanty Radziwiłł

Czy lekarz, po uzyskaniu specjalizacji, powinien odpracować koszty kształcenia?

dokończenie ze str. 5

Romuald Krajewski, neurochirurg, Naczelna Rada Lekarska

Powszechnie przyjmuje się, że wykształcenie jest podstawowym prawem człowieka. Nawet rządy uznawane za mało dbające o własnych obywateli starają się zapewnić przynajmniej części młodych ludzi tzw. bezpłatne wykształcenie. W rzeczywistości prawie zawsze jest to wykształcenie słabo płatne, ponieważ pełne finansowanie wszystkich wydatków związanych z kształceniem dotyczy tylko nielicznych, wybranych grup. Tak jest i w Polsce. Jeżeli problem ucieczki pracowników z ochrony zdrowia chcielibyśmy rozwiązać w sposób zakazowy (kolejny z niezliczonych pomysłów represyjno-beznakładowych), należałoby wprowadzić nowe zasady od określonej daty i mogłyby one obowiązywać tylko rozpoczynających studia. Wiedzieliby oni, że wykształcenie nie jest już bezpłatne, lecz będą musieli zwrócić jego koszt czy to pracując, czy to wpłacając do budżetu odpowiednią sumę.

Trzeba by więc określić jaki rodzaj zatrudnienia stanowi odpracowanie udzielonego przez państwo kredytu i jak to wyliczyć. W skrócie – taki pomysł oznaczałby rezygnację z bezpłatnych studiów i na pewno nie byłby osiągnięciem socjalnym. Trudno byłoby również uzasadnić, dlaczego jest stosowany nierówno. Co z innymi zawodami? Prawdopodobnie – zależnie od konkretnych rozwiązań – wiele aspektów takiego szczególnego prawa mogłoby być przedmiotem skarg do trybunałów.

uzyskania specjalizacji w Polsce powinni otrzymywać zgodę na pracę za granicą. Należy ten proces połączyć z radykalną zmianą specjalizowania lekarzy i określenia zakresu pracy dla lekarzy bez specjalizacji.

Jarosław Rosłoń, Warszawa

Nie ma takiej możliwości prawnej ani żadnej innej, aby lekarza zobowiązać do pracy w kraju, w którym się wykształcił. Państwo może starać się wprowadzić odpłatne studia i zażądać zwrotu kosztów niezależnie od losów absolwenta. To jednak musiałoby dotyczyć wszystkich absolwentów. Co do moralnej strony wyjazdu za granicę, to straty są niewątpliwe i próby zatrzymania lekarzy w kraju nie są bezzasadne na poziomie społeczeństwa. Mówię to z pozycji lekarza, który wyjechał cztery lata po studiach. Z drugiej strony warunki finansowe i stosunki panujące w Polsce bywają bardzo trudne, toteż trudno potępiać decyzje poszczególnych lekarzy.

Grzegorz Baginski
psychiatra, Wielka Brytania

Ktoś chyba zwariował! Z jakiej racji właśnie lekarze mają być nowymi chłopami pańszczyźnianymi? Czy to aby nie propagandowe zagranie, że niby rząd coś robi dla rozwiązania problemu, że chce jak najlepiej, tylko lub znowu unijne przepisy wiążą mu ręce. Za granicą widuję na dorobku głównie starszych lekarzy, tych u szczytu swoich możliwości i kariery: 40-50-latków. Wcale nie tych młodych. Nie wiadomo, czy to nie gorzej. Ale czy i takich miałoby to przypisanie do ziemi obowiązywać? Emigranci są źródłem grubej kasy dla „IV Rzeczypospolitej", a lekarze tej największej. Niech ktoś nie myśli, że zbieracze truskawek!

Krzysztof Wiewiorowski
anestezjolog z Wielkopolski

Trzeba chyba najpierw jasno powiedzieć ile to kosztuje i dać możliwość różnej formy pokrycia kosztów. Może to być kredyt, lekarz może sam zapłacić w gotówce, a może też zobowiązać się do zatrudnienia w jakimś szpitalu po ukończeniu specjalizacji pod warunkiem, że szpital zapłaci za specjalizację. Natomiast absolutnie niedopuszczalne jest stawianie ludzi przed faktem dokonanym. Ale skoro lekarz ma za to zapłacić, to musi dostać staże z prawdziwego zdarzenia, które przygotowują go do pracy w danej specjalizacji. Tylko czy taka rynkowa wysepka w socjalistycznej opiece zdrowotnej jest możliwa?

Piotr Piątkowski, Kalmar, Szwecja

Oczywiście, poniosę zwrot kosztów kształcenia, ale po odliczeniu wydatków moich rodziców i później żony na moje studia medyczne. I to pod warunkiem kiedy zwrotem kosztów kształcenia zostaną obarczeni wszyscy polscy emigranci. Myślę, że po przedstawieniu faktur i rachunków za moje kursy doskonalące nie zostanie mi zbyt dużo do zwrotu za same studia. Może izby i związki zajęłyby się konsolidacją środowiska i określeniem minimalnej płacy za usługi medyczne, a nie takimi bzdurami pod publikę. Za 2-3 lata, jak tak dalej w tym kraju będzie, nie będę już prenumeratorem „Gazety Lekarskiej".

Robert Gotner, Gdynia

66 sekund o zdrowiu

Czwartym warunkiem, który musi być wypełniony, jest bezpieczeństwo zdrowotne. Pan minister Religa 7 czerwca tego roku z tej trybuny przedstawił projekt, który będziemy realizowali. Z tym projektem związane są różnego rodzaju społeczne napięcia, zdajemy sobie z tego sprawę. Podejmiemy trud, przyjdzie go podjąć – jak sądzę – na jesieni, by te społeczne napięcia zostały rozładowane, by ten naprawdę nowatorski i bardzo daleko posunięty, jeżeli chodzi o zaangażowanie finansowe, projekt został zrealizowany. Może on dać polskiemu społeczeństwu bardzo, bardzo wiele. Chciałbym, żeby tak było i uczynię wszystko, żeby tak było. Liczę tutaj bardzo na poparcie, na pracę przede wszystkim ze strony pana ministra Religi.

Z exposé premiera Jarosława Kaczyńskiego – 19 lipca 2006 r.

fot. Marek Stankiewicz

REKLAMA

REKLAMA

W toku postępowania wyjaśniającego rzecznik odpowiedzialności zawodowej powinien dążyć do szczegółowego wyjaśnienia sprawy.

Jeżeli nie wiadomo o co chodzi

Jerzy Ciesielski

Rzecznik odpowiedzialności zawodowej wszczyna postępowanie wyjaśniające, jeżeli uzyskał wiarygodną informację o przewinieniu z zakresu lekarskiej odpowiedzialności zawodowej. W toku tego postępowania wyjaśniającego rzecznik powinien dążyć do szczegółowego wyjaśnienia sprawy.

Przedmiotem postępowania było zaświadczenie lekarskie następującej treści: Zaświadczam, że p. dr Henrykę W., lat 76, znam od 20 lat, jak również jej męża. W tym okresie dla p. W. byłem lekarzem niejako lekarzem rodzinnym. Obserwując stan psychofizyczny p. dr Wesołowskiej stwierdzam, że stopniowo następowała od 5 lat degradacja psychofizyczna p. dr Wesołowskiej demonstrująca się tym, że ww. traciła stopniowo krytycyzm, rozeznanie sytuacyjne co do własnej osoby i otoczenia. Rozpoznanie końcowe: demencja starcza, miażdżyca, zaburzenie osobowości. Dr nauk med. Jan Kupała. PS. Zaświadczenie wydaje się na prośbę rodziny p. dr W.

Zaświadczenie było załącznikiem do skargi Henryki W., którą równym, niemal kaligraficznym pismem napisała: Zaświadczenie jest fałszywe. Dr J. Kupała nie widział mnie od blisko czterech lat. Nigdy nie był moim lekarzem, nigdy mnie nie badał. Dr Kupała wydając bezpodstawne zaświadczenie świadomie współdziałał z moją córką Jolantą w celu ubezwłasnowolnienia mnie i wyzbycia z tego co posiadam.

Do skargi załączono też pismo zatytułowane „konsultacja psychiatryczna": Henryka W. zgłosiła się na badanie do Kliniki Psychiatrycznej, gdyż uważa, że rodzina czyni wszystko, by doprowadzić do jej ubezwłasnowolnienia i zmiany aktu sprzedaży połowy jej domu. Na podstawie jednorazowego badania psychiatrycznego oraz wykonanego badania psychologicznego nie stwierdzam aktualnie zaburzeń psychicznych o charakterze psychotycznym. Ponadto aktualny stan psychiczny nie odbiega od normy wiekowej. Zaświadczenie wydaje się na prośbę zainteresowanej w celu przedłożenia w sądzie.

Protokół przesłuchania lekarza, którego dotyczy postępowanie (termin „lekarz, którego dotyczy postępowanie" rozumieć „lekarz, w sprawie którego prowadzone jest postępowanie wyjaśniające) zawiera stwierdzenia następujące: Od około 10 lat stosunek p. W. do najbliższych generalnie się zmienił. Stała się wobec nich zimna, a w ostatnich 2-3 latach zamykała się w swoim pokoju. Wydałem zaświadczenie o stanie zdrowia p. W. na prośbę jej córki, a treść tego zaświadczenia zawiera moje prywatne lekarskie odczucia dotyczące stanu zdrowia p. W. Uważam, że miałem do tego prawo. Jestem lekarzem od wielu lat znającym i leczącym rodzinę. Obserwowałem siłą rzeczy zmiany, jakie zachodziły w zachowaniu p. W.

Rzecznik po przeprowadzeniu tej jednej jedynej czynności uznał skargę za niezasadną. Po przytoczeniu zeznań Henryka Kupały rzecznik podsumował rzecz jednym zdaniem: „Lekarz wykonujący zawód ma prawo na piśmie formułować swoje spostrzeżenia dotyczące stanu zdrowia obserwowanej przez siebie osoby". Rzecznik z całą pewnością nie dopełnił nałożonego na niego obowiązku szczegółowego, a tym samym wszechstronnego wyjaśnienia sprawy.

Na postanowienie o odmowie wszczęcia postępowania wyjaśniającego pokrzywdzonemu przysługuje zażalenie do Naczelnego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej.

Henryka W. w zażaleniu złożonym na postanowienie rzecznika zarzuciła, że została „pominięta konfrontacja z moją osobą" oraz nie zostało wzięte pod uwagę złożone przeze mnie zaświadczenie dotyczące mojego stanu zdrowia. Wskazała również na przepisy procedury cywilnej wymagające załączenia do wniosku o ubezwłasnowolnienie świadectwa lekarskiego o stanie psychicznym osoby, która ma być ubezwłasnowolniona i przewidujące odrzucenie wniosku wobec niezłożenia takiego świadectwa. A zaświadczenie Henryka Kupały, mimo że nie był on psychiatrą, pełniło taką funkcję.

Zła praca rzecznika okręgowego wytknięta mu została przez Naczelnego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej. Rzecznik wyższej instancji wskazał, że wydanie zaświadczenia lekarskiego jest dozwolone na podstawie aktualnego badania lub dokumentacji lekarskiej, że nie została zachowana tajemnica lekarska i uzyskanie zgody pacjenta na informowanie rodziny o stanie jej zdrowia. I zaskarżone postanowienie zostało uchylone.

Od siebie dodam, że analizując protokół przesłuchania lekarza, którego dotyczy postępowanie łatwo dojść do wniosku, iż rzecznik (*sui Genesis prokurator*) nie przesłuchał lekarza, a jedynie ograniczył się do zanotowania jego swobodnej wypowiedzi. Wypowiedź ta nakładała na rzecznika obowiązek sformułowania pytań zmierzających do wyjaśnienia w jakim celu zostało wydane zaświadczenie i jak szczegółowo doszło do jego wydania.

Lekarz obwiniony

Na pewnym etapie postępowania dyscyplinarnego „lekarz, którego dotyczy postępowanie" staje się lekarzem obwinionym. Wedle norm praw-

dokończenie na str. 10

REKLAMA

REKLAMA

Mazowsze pustoszeje

W szpitalach marszałkowskich na Mazowszu brakuje już ponad 300 pielęgniarek i położnych oraz ponad 150 lekarzy specjalistów – powiedział marszałek województwa mazowieckiego Adam Struzik.

Tymczasem z-ca dyrektora ds. medycznych mazowieckiego Narodowego Funduszu Zdrowia Jacek Paszkiewicz poinformował, że w 2007 r. może zabraknąć na Mazowszu 380 mln zł na kontrakty z zakładami opieki zdrowotnej. W tym roku do realizacji umów NFZ z placówkami medycznymi brakuje ok. 100 mln zł.

Eksperci zajmujący się służbą zdrowia na Mazowszu spotkali się podczas debaty zorganizowanej m.in. przez Dziennikarski Klub Promocji Zdrowia. Głównymi problemami wymienianymi przez nich były: brak koordynacji między różnymi organami założycielskimi placówek medycznych oraz zła sytuacja finansowa szpitali.

Wiceminister zdrowia Jarosław Pinkas przyznał, że algorytm, według którego dzielone są pieniądze pomiędzy poszczególne województwa, jest „dramatycznie zły". Największy ciężar finansowy tego podziału ponoszą dwa regiony: Mazowsze i Śląsk, dlatego że leczy się tutaj najwięcej pacjentów z innych województw. Pieniądze za ich leczenie przekazywane są jednak z opóźnieniem. Pinkas podkreślił, że należy pilnie znowelizować ustawę, która to określa. „Być może przez jakiś krótki czas powinno być ręczne sterowanie w tej sprawie" – powiedział wiceminister.

Marszałek województwa poinformował, że w 2005 r. w podległych samorządowi placówkach pracowało ponad 3 tys. lekarzy oraz prawie 6,5 tys. pielęgniarek i położnych. Podkreślił, że pod koniec 2005 r. brakowało już ok. 300 pielęgniarek i 150 lekarzy specjalistów, najwięcej wśród anestezjologów, lekarzy medycyny ratunkowej, ortopedów, psychiatrów i radiologów. Jego zdaniem te liczby z pewnością już wzrosły.

Dyrektor Biura Polityki Zdrowotnej Urzędu m. st. Warszawy Aurelia Ostrowska przypomniała, że miastu podlega 31 ZOZ-ów, w tym 10 szpitali. Poinformowała, że w 2005 r. nakłady na inwestycje wyniosły 54 mln zł, a w 2006 r. – 63 mln zł. Struzik poinformował, że w 2006 r. na inwestycje przeznaczono 234 mln zł, z czego 56 mln zł na budowę szpitala w Ostrołęce.

Paszkiewicz z mazowieckiego NFZ podkreślił jednak, że środki, które przeznacza marszałek województwa i miasto na inwestycje, nie mogą być w pełni wykorzystane, ponieważ nawet jeśli z tego powodu powstanie nowy oddział, to i tak brakuje pieniędzy na leczenie pacjentów. „W 2007 r. o 10 proc. może spaść ilość wykonywanych świadczeń. Zbyt mały jest lobbing Mazowsza w sprawie finansów na opiekę zdrowotną" – ocenił Paszkiewicz.

O brakujących środkach dla szpitali na Mazowszu mówił także przewodniczący Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie Andrzej Włodarczyk. Jego zdaniem planowana od października „pseudopodwyżka" dla pracowników medycznych spowoduje, że wszystkie

Jeżeli nie wiadomo o co chodzi

dokończenie ze str. 8

nych jest to lekarz, przeciwko któremu został sporządzony wniosek o ukaranie. Sporządzenie wniosku poprzedzić musi przedstawienie zarzutów lekarzowi. Norma prawna ujmuje to tak: Jeżeli dane istniejące w chwili wszczęcia postępowania lub zebrane w jego toku zawierają dostateczne podstawy do przedstawienia zarzutów lekarzowi, którego dotyczy postępowanie, rzecznik odpowiedzialności zawodowej sporządza postanowienie o przedstawieniu zarzutów, ogłasza je niezwłocznie lekarzowi i przesłuchuje go na okoliczność tych zarzutów. Postawione w tej sprawie zarzuty odpowiadały wskazaniu naruszeń etyki zawodowej przez Naczelnego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej.

Po uchyleniu postanowienia rzecznik okręgowy przesłuchał córkę pokrzywdzonej lekarki, która podała, że: Jan Kupała wystawił na moją prośbę zaświadczenie o stanie zdrowia mojej matki. Zaświadczenie to zostało złożone przez nią do akt sprawy sądowej toczącej się w sprawie ubezwłasnowolnienia mojej matki.

Jan Kupała wyjaśnił: wiem, że zaświadczenie wydane jest w sposób sprzeczny z przepisami, ale napisałem prawdę i uważam, że postąpiłem właściwie, zgodnie z moim sumieniem. Oczywiście źle zrobiłem, ale jestem zdziwiony postawą p. Henryki W.

Rzecznik powołał też biegłego psychiatrę. Jego opinia pokrywała się w całości z psychiatryczną opinią sądową wydaną w sprawie o ubezwłasnowolnienie - Henryka W. jest zdolna do kierowania swoim postępowaniem.

Procedura postępowania przed sądami lekarskimi przewiduje następnie, że jeżeli wynik postępowania wyjaśniającego potwierdza zasadność zarzutów stawianych lekarzowi, którego dotyczy postępowanie, rzecznik odpowiedzialności zawodowej składa właściwemu sądowi lekarskiemu wniosek o ukaranie. Zasadność zarzutów była oczywista, co pociągało zmianę statusu sprawcy naruszenia zasad etyki zawodowej z „lekarza, którego dotyczy postępowanie" na „lekarza obwinionego".

Przewodniczący składu orzekającego zamyka rozprawę

Rozprawa przed okręgowym sądem lekarskim potwierdziła w całości zasadność stawianych Janowi Kupale zarzutów. Była krótka. Jan Kupała wtórując rzecznikowi odpowiedzialności zawodowej prosił o wymierzenie mu kary, ale tak jak w postępowaniu wyjaśniającym skruchy nie wykazał. Przewodniczący zamknął rozprawę, a sąd lekarski niezwłocznie przystąpił do obowiązkowo tajnej narady i głosowania nad wyrokiem. Wina w zakresie zarzutów stawianych obwinionemu została potwierdzona.

Gdybym był sędzią rozpoznającym tę sprawę czułbym niedosyt i głosowałbym za otwarciem na nowo rozprawy i uzupełnieniem postępowania do-

dodatkowe środki NFZ trzeba będzie przeznaczyć na ten cel.

Włodarczyk zwrócił uwagę na pogłębiający się problem braku kadry medycznej. W jego ocenie, przyczynia się do tego emigracja zarobkowa do krajów Unii Europejskiej, ale także odchodzenie starszych pracowników na emeryturę. Przypomniał o dużych napięciach w środowisku medycznym i spodziewanych protestach jesienią, ponieważ pracownicy nie otrzymają takich podwyżek, jakich się spodziewają.

Dyrektor warszawskiego szpitala dziecięcego na Niekłańskiej Paweł Chęciński powiedział, że podwyżki na pewno nie będą w wysokości 30 proc. Zwrócił także uwagę na brak koordynacji działań między szpitalami. „Są problemy w koordynacji remontów, czyszczenia oddziałów czy zakupu sprzętu. Bo jeżeli każdy szpital będzie sobie kupował rezonans magnetyczny, to jest bez sensu" – podkreślił.

Jego zdaniem brak koordynacji jest spowodowany tym, że nie ma w tej sprawie właściwych uregulowań ustawowych. „Nie ma bowiem jednego organu nadzorczego, który byłby najważniejszy i koordynowałby działanie innych" – powiedział.

PAP

---

wodowego. Nie zostało wyjaśnione, jakie były motywy wystawienia przez obwinionego lekarza inkryminowanego zaświadczenia. A przecież podejmowanie przez lekarza zachowań leżących w jego interesie majątkowym lub w interesie majątkowym innych osób dyskwalifikuje go moralnie i uzasadnia orzeczenie surowej kary dyscyplinarnej. Kodeks postępowania cywilnego przewiduje, że kto zgłosił wniosek o ubezwłasnowolnienie w złej wierze podlega karze grzywny. Jan Kupała niewątpliwie pomógł złożyć taki wniosek, bo wymagał on zaświadczenia lekarskiego. Na swojej pieczątce lekarskiej nie miał specjalizacji tylko tytuł naukowy „doktor nauk medycznych". Psychiatrą nie był. Obiegowe powiedzenie przekazuje nam, że jeżeli nie wiadomo o co chodzi, to chodzi o pieniądze – sędziwa pani doktor sprzedała połowę udziałów swojej nieruchomości, co wyraźnie córce nie podobało się. Orzeczona wobec Jana Kupały kara upomnienia wydaje się być zatem przejawem wielkiej wyrozumiałości sądu.

Jerzy Ciesielski

REKLAMA

REKLAMA

Preparaty usunięte z urzędowych wykazów w wyniku zmian w wykazach leków refundowanych

Obowiązujące od 1 lipca 2006 r.

Tabelka zawiera wykaz preparatów, które Ministerstwo Zdrowia usunęło z różnych przyczyn z wykazów refundowanych produktów leczniczych. Krótkie komentarze wskazują na możliwość stosowania innych produktów.
Zwraca uwagę wykreślenie kapreomycyny, leku w odległej przeszłości zalecanego w powikłanej, ciężkiej gruźlicy, obecnie praktycznie nie używanego z powodu znacznej toksyczności. Znika również z rynku zawiesina loratadyny (Flonidan).
Wycofano najniższą dawkę klotrimazolu w tabletkach dopochwowych. Producenci stopniowo wycofują się z produkcji tabletek nifedipiny, jednakże oczywiście pozostają postaci o przedłużonym działaniu.

preparat	**była odpłatność**	**uwagi**
Beclocort forte; aerozol wziewny 0,25 mg/dawkę (*Beclometasonum*) (Glaxo Smith Klein). Preparat mite jest nadal dostępny – bez zmiany.	pul-R	
Capastat; inj. im. 1000 mg (Ely Lilly) (*Capreomycinum*) (dotychczas bezpłatny w leczeniu gruźlicy)	tbc	kapreomycyna usunięta z refundacji
Captopril (Polpharma); tabl. 25 mg (*Captoprilum*)	R	inne pod taką samą nazwą pozostały
Captopril (Polpharma); tabl. 50 mg (*Captoprilum*) (tylko Polpharma zrezygnowała z tej produkcji, nadal produkują; Egyt, Biofarm, Jelfa, Polfarmex)	R	inne pod taka samą nazwą pozostały
Clotrimazol (Polfa Grodzisk); tabl. dopochwowe 100 mg (*Clotrimazolum*) (wycofano tylko najniższą dawkę, Canesten Glaxo i Polfa Grodzisk, tabl. 0,2 i 0,5 dopochwowe pozostają w użyciu)	30%	inne pod taką samą nazwą pozostały
Ergolaktyna; tabl. 2,5 mg Polfa Grodzisk (*Bromocriptinum*) (wycofała się tylko Polfa Grodzisk, Bromergon Lek tab. 2,5 mg i inne pozostają),	R	
Flonidan; zawiesina doustna 5mg/5 ml (*Loratadinum*) (Lek/Lek pharmaceuticals) Po wycofaniu zawiesiny pozostały tabletki, produkuje 14 firm	50%	
Groprazol; kaps. 20 mg (Polfa Grodzisk) (*Omeprazolum*) Produkują liczne firmy.	30%	
Humulin L; inj. sc. (zawiesina) 400 j.m./10 ml (Ely Lilly) (Insulini c. zinco suspensio). Pozostały inne insuliny p. n. Humulin.	diab.	
Kalium (Byk Polska); syrop 391 mg K + /5 ml (*Kalii chloridum*) Pozostały Kalium effervescens i Kalipoz	R	inne pod taką samą nazwą pozostały
M-Eslon; kaps. retard 10 mg (Ethypharm FR) (*Morphinum*)	herp, kauz, neo	
M-Esion; kaps. retard 30 mg (*Morphinum*)	herp, kauz, neo	
M-Esion; kaps. retard 60 mg (*Morphinum*)	herp, kauz, neo	
M-Esion; kaps. retard 100 mg (*Morphinum*)	herp, kauz, neo	
Nifedipine; tabl. powl. 10 mg (Polfa Grodzisk, która nie produkuje innych dawek) (*Nifedipinum*)	R	
Nitroglycerinum prolongatum (Argon); tabl. retard 6,4 mg (Sustonit 6,5 mg i 15 mg nadal pozostaje w produkcji) (*Glyceryli trinitras*)	50%	inne pod taką samą nazwą pozostały
Panclor; kaps. 250 mg (Polfa Grodzisk) (*Cefaclorum*)	50%	
Panclor; kaps. 500 mg (Polfa Grodzisk, pozostaje nadal Ceclor i Vercef) (*Cefaclorum*)	50%	
Quintor 250; tabl. powl. 250 mg (Torrent Pharmaceuticals, Cifan, Ciphin, Ciprinol, Cipronex, Cipropol i in.) (*Ciprofloxacinum*)	50%	
Quintor 500; tabl. powl. 500 mg (*Ciprofloxacinum*)	50%	
Sevredol; tabl. powl. 20 mg (Polfa Kutno) (*Morphinum sulphuricum*); 56 tabl.	herp, kauz, neo	zmiana wielkości opakowania na 60 tabl.
Siraliden; zawiesina doustna 50 mg/5 ml (Medana Pharma Terpol Group) (*Nitrofurantoinum*)	50%	nitrofurantoina usunięta z refundacji
Vercef; kaps. 250 mg (Ranbaxy, tabletki Vercef MR pozostały)(*Cefaclorum*)	50%	

opr. Tadeusz Lesław Chruściel (uwzględniając Wykaz Leków JWC I/2006)

REKLAMA REKLAMA
REKLAMA
REKLAMA

Pierwszy egzamin już w 2007 roku!

Agnieszka Banach

Lekarzy z Europy chcących specjalizować się w chirurgii transplantacyjnej będzie obowiązywać jednolity program szkolenia. Umiejętności przyszłych transplantologów sprawdzi egzamin przed międzynarodową komisją. Pierwszy zaplanowano już na 2007 r. Odbędzie się w Pradze podczas kongresu Europejskiego Towarzystwa Transplantacyjnego.

Ustalenie jednolitych standardów szkolenia chirurgów transplantologów to cel Europejskiej Rady Chirurgii. Z inicjatywy Rady, do realizacji tego zadania, ukonstytuowała się grupa robocza złożona z przedstawicieli większości państw Unii. Na razie odbyły się dwa spotkania. Na pierwszym, w lutym tego roku we Frankfurcie (o czym pisaliśmy w „GL" nr 5) określono program specjalizacji oraz czas jej trwania. Podstawę programu przyjętego dla Europy stanowił, oceniony jako jedyny kompletny i spójny, polski system kształcenia. Ustalono m.in., że specjalizacja z chirurgii transplantacyjnej jest szczegółowa, szkolenie będzie trwało od 2 do 4 lat, określono też niezbędne minimum koniecznych do wykonania zabiegów.

Po raz drugi członkowie grupy roboczej spotkali się w maju, w Londynie. „Europejska Rada Chirurgów oficjalnie uznała chirurgię transplantacyjną za podspecjalizację ogólnochirurgiczną – mówi Zbigniew Włodarczyk, kierownik Kliniki Transplantologii w Bydgoszczy, członek grupy roboczej reprezentujący Polskę. – Dopracowaliśmy kryteria obowiązujące ośrodki, które będą mogły prowadzić szkolenia. Jednym z nich jest aktywność, czyli liczba wykonywanych zabiegów. Osoba szkoląca się w ciągu dwóch lat powinna np. samodzielnie wykonać przynajmniej 20 do 30 przeszczepień nerek. Oznacza to, że taki ośrodek musiałby wykonywać ok. 100 operacji tego typu rocznie. Poza tym placówka musi prezentować odpowiednie wyniki, nie gorsze niż średnia europejska pod względem przeżywalności chorego bezpośrednio po zabiegu i w odległych wynikach pooperacyjnych, musi dysponować odpowiednim zapleczem diagnostycznym, posiadać personel, który jest w stanie nauczać w języku angielskim. Dopuszcza się także możliwość łączenia w konsorcja specjalizacyjne dwóch ośrodków w przypadku, gdy ośrodek nie wykonuje wszystkich rodzajów przeszczepień."

Następne spotkanie grupy roboczej ma odbyć się gdzieś w centrum Europy w listopadzie lub grudniu. Pod uwagę brana jest Warszawa lub Zurych. „Spotkamy się, żeby podjąć ostateczne ustalenia: określić składy komisji egzaminacyjnych, opracować formularze zgłoszeniowe, zorganizować stronę internetową, na której będzie można składać wnioski" – informuje dr Włodarczyk.

Czy bydgoski ośrodek, kierowany przez Zbigniewa Włodarczyka, zgodnie z przyjętymi wymogami uzyska akredytację i będzie mógł szkolić przyszłych chirurgów transplantologów? Na razie, do końca sierpnia, wykonano tu 37 przeszczepień nerek, tyle samo co w zeszłym roku i ciągle mniej niż w najlepszym roku Kliniki.

„Stoimy na granicy akredytacji. Powinniśmy przekroczyć liczbę 100 przeszczepień, żeby ją uzyskać. Na szczęście dramatyczny spadek ilości wykonywanych zabiegów, który obserwowaliśmy na początku roku udało się zahamować – mówi Zbigniew Włodarczyk. – Zniknął efekt negatywnych wypowiedzi prasowych jednego z profesorów CM i pamięć społeczna powoli się zaciera. Poza tym zrobiliśmy kilkanaście spotkań z kolegami anestezjologami z regionu, ukazało się też kilka pozytywnych publikacji prasowych. Zamierzamy także zwrócić się o pomoc do duchowieństwa. Planujemy spotkać się z biskupem Janem Tyrawą i rektorem Wojciechem Szukalskim, przełożonym seminarium duchownego."

Ten rok bydgoska Klinika Transplantologii planuje zamknąć liczbą 70 przeszczepień. Dla porównania w 2003 r. wykonano tu 114 zabiegów. Aktualnie kujawsko-pomorskie pod względem pobrań nerek na milion mieszkańców prawie nie odbiega od średniej krajowej. W skali kraju wykonuje się ich 15 na rok, w naszym województwie 16. Tymczasem dwa lata temu było ich 25! Dla porównania – w województwie zachodniopomorskim dokonuje się aż 40 pobrań na milion mieszkańców. Najgorzej wypada województwo podkarpackie. Tam narządów nie pozyskuje się prawie wcale.

Za tymi liczbami stoi ciągle zbyt częste „nie" bliskich zmarłego. Nie, które często jest wynikiem braku umiejętności prowadzenia rozmowy z rodzinami w tak trudnej dla nich sytuacji. I chociaż w POLTRANSPLANCIE rejestruje się tylko kilkadziesiąt odmów rocznie, to rzeczywista liczba sprzeciwów w zależności od regionu waha się od 10 do 80 proc. W kujawsko-pomorskim zgoda nie zostaje wyrażona w 30-50 proc. przypadków. „To nie jest dobry wynik – komentuje Zbigniew Włodarczyk. – Oznacza, że na 10 przypadków śmierci mózgu prawie w pięciu jesteśmy bezradni."

@sculap.pl
Goniec Medyczny

• **„W Polsce lekarzem może zostać każdy".** „Ameryka ma najlepszą medycynę na świecie. Dlaczego? Bo na studia medyczne w USA dostają się najwybitniejsze osoby, a wobec tych, którzy się dostaną, wymagania są najwyższe. W przeciwieństwie do Polski, gdzie lekarzem może zostać każdy." (min. zdrowia Zbigniew Religa w wywiadzie dla „Rzeczpospolitej"). • **Niewykorzystane miejsca na specjalizację.** W tym roku w Łodzi po raz pierwszy nie udało się wypełnić 46 etatów specjalizacyjnych dla młodych lekarzy, finansowanych przez Ministerstwo Zdrowia (1200 zł/mies.). Najwięcej niewykorzystanych miejsc było na specjalizacji z medycyny rodzinnej, pediatrii, rehabilitacji, a także... anestezjologii. „Jeśli to zjawisko nie zostanie powstrzymane, za kilka lat może zabraknąć w Łodzi niektórych specjalistów" - alarmuje dr Henryk Janowski, dyr. Wojewódzkiego Ośrodka Doskonalenia Kadr Medycznych. • **Polskie szpitale najbiedniejsze w Europie!** - alarmuje WHO. Polski rząd przeznacza na jednego pacjenta w szpitalu średnio 1768 zł/rok (w Wlk. Brytanii - 5281 zł). Same szpitale rozpaczliwie szukają oszczędności, np. w szpitalu specjalistycznym w Lublinie trzeba mieć... własny termometr i sztućce. • **Na Mazowszu brakuje pół tysiąca pracowników medycznych.** W szpitalach marszałkowskich na Mazowszu bra-

ciąg dalszy na str. 16

REKLAMA
REKLAMA

Amerykanie uczą ratownictwa medycznego

Ryki ratunkowe

Anna Augustowska

Niemal cały ostatni tydzień lipca w Rykach (woj. mazowieckie) odbywał się kurs dla instruktorów ratownictwa medycznego.

fot. Wojciech Pacewicz

Z rozmachem i ogromnym naciskiem na praktyczny wymiar przyswajanej wiedzy poprowadzili go Amerykanie z American Heart Assocation – AHA (Amerykańskie Towarzystwo Kardiologiczne).

– Dewizą naszej organizacji jest hasło: *Learn and Live*. Zgodnie z nią staramy się jak najwięcej przekazywać polskim kolegom z naszej wiedzy praktycznej, ale też uczymy jak uczyć innych skutecznie ratować ludzkie życie – mówi dr Richard Chmielewski, który razem z ratownikami medycznymi Davem Ronanem i Danem Broedelem przyjechali z USA do Ryk, aby poprowadzić takie szkolnie.

Na sali, gdzie odbywają się zajęcia aż gęsto od porozkładanych wszędzie fantomów i aparatury do ćwiczeń. Kursanci to lekarze, pielęgniarki i ratownicy medyczni z różnych ośrodków Lubelszczyzny. Podzieleni na kilkuosobowe grupy pod okiem amerykańskich fachowców i szefa szpitalnego oddziału ratunkowego w Rykach Samuela Nkire Mbazuigwe'a, trenują po kolei najważniejsze punkty dotyczące resuscytacji krążeniowo-oddechowej i opieki w ostrych stanach kardiologicznych.

– Wszystko czego się tu uczymy jest zgodne z wytycznymi AHA wydanymi w 2005 r. – podkreśla Mbazuigwe.

Uczestnicy bardzo chwalą zajęcia warsztatowe. – Wszystko mogę przetrenować, dotknąć ręką i sprawdzić jak sobie radzę z poszczególnymi czynnościami. To bardzo ważne, bo nie można skutecznie ratować ucząc się tylko teorii – mówi jeden z uczestników.

Dużo emocji w kursantach wywołują zajęcia, w czasie których uczą się wykonywać wkłucie doszpikowe. Modelem, na którym trenują użycie specjalnego „pistoletu" umieszczającego wkłucie w kości są... kurze łapy. – Tylko nie gotujcie na nich później żadnej zupy! – żartuje Dave Ronan.

Okazuje się, że wykonanie tego wkłucia nie jest takie łatwe. – Dla nas to nowość, nigdy tego nie robiłam. Umiem założyć wkłucie do żyły, ale teraz uczę się jak to robić, aby przez kość wkłuć się do szpiku – mówi położna Anna Siepkowska pochylając się nad kurzą łapką. Udaje się! Pani Anna bierze udział w kursie, bo chce uczyć zasad pierwszej pomocy przyszłych kierowców. – Mąż ma szkołę jazdy, moje umiejętności bardzo się więc przydadzą, bo zgodnie z nowym prawem nie można będzie dostać prawa jazdy bez zdania egzaminu z zasad udzielania pierwszej pomocy.

Szkoleniem chce się także zajmować Alicja Ciechan, anestezjolog i zastępca dyrektora ds. lecznictwa WSPR w Lublinie. – Nawet profesjonalni pracownicy pogotowia powinni stale doskonalić swoje umiejętności. Nigdy nie można spocząć na laurach. Mnie najbardziej podoba się ta część kursu, która uczy jak uczyć. Amerykanie są pod tym względem doskonali! Uczą bardzo praktycznie, a nie tylko przekazują suchą wiedzę. Właśnie dowiedziałam się jak skutecznie skupiać uwagę swojego studenta, który np. nudzi się albo rozprasza innych. Doskonałym też ćwiczeniem wg mnie były zajęcia kiedy masaż serca wykonywaliśmy na manekinie równolegle z ratownikiem z filmu instruktażowego. – Doskonała metoda – chwali Alicja Ciechan.

W drugim kącie sali grupa kursantów przy pomocy fantomu wykonuje różnymi technikami intubację. Na monitorze komputera czytelne i jasno narysowane schematy przebiegu tej czynności.

– Mamy nadzieję, że wkrótce w Rykach ruszy centrum szkoleniowe z medycyny ratunkowej, w którym będziemy mogli szkolić nie tylko kadry medyczne, ale wszystkich chętnych. Poza tym już wkrótce dzięki nowej ustawie lekcje z ratownictwa będą prowadzone we wszystkich szkołach podstawowych. Jako instruktorzy będziemy więc potrzebni – mówi Michalina Kajzer, pielęgniarka z zespołu wyjazdowego karetki ratunkowej.

W Rykach odbył się też specjalny kurs dla pracowników medycyny ratunkowej, którzy chcą specjalizować się w ratowaniu dzieci.

@sculap.pl
Goniec Medyczny

ciąg dalszy ze str. 14

kuje już ponad 300 pielęgniarek i położnych oraz ponad 150 lekarzy specjalistów - powiedział marszałek woj. mazowieckiego Adam Struzik. • **Niech Pan coś zrobi, zanim będzie za późno...** Niedobór pracowników medycznych, którzy wyjeżdżają za granicę bądź rezygnują z zawodu „stanowi realne zagrożenie dla prawidłowego funkcjonowania systemu opieki zdrowotnej" - napisał w dramatycznym apelu do min. Zbigniewa Religi rzecznik praw obywatelskich Janusz Kochanowski. • **Polscy lekarze w duńskie kamasze.** Duńska armia zatrudni od stycznia przyszłego roku 10 polskich lekarzy, ponieważ sama nie może znaleźć chętnych na te stanowiska wśród duńskich medyków. Jest to pierwszy przypadek zatrudnienia obcokrajowców w duńskiej armii. „Polscy lekarze zostaną zatrudnieni na takich samych warunkach finansowych jak duńscy" - powiedział Claus Bjerregaard, główny lekarz duńskiej komisji poborowej. • **Szwecja: W 2008 r. będzie brakować tysiąca lekarzy.** Szwedzka służba zdrowia będzie musiała zatrudnić w 2008 r. dodatkowo co najmniej tysiąc zagranicznych lekarzy, mających pełne uprawnienia zawodowe - wynika z opracowania statystycznego udostępnionego przez Socialstyrelsen, instytucję nadzorująca szwedzką służbę zdrowia. • **Bez LEP-u i z ograniczoną odpowiedzialnością ordynatorów.** Min. Zbigniew Religa zapowiada, że w przyszłym roku

dokończenie na str. 24

Czy Polacy umieją ratować?

Z **Richardem Chmielewskim**
specjalistą medycyny ratunkowej z Utica w stanie New York, który w lipcu w Rykach poprowadził kurs instruktorski
rozmawia Anna Augustowska

• Czy to sentyment do Polski, ojczyzny swoich rodziców sprawił, że właśnie tu prowadzi pan szkolenia z medycyny ratunkowej?

– Myślę, że coś się za tym kryje...jakkolwiek trudno mi mówić, aby tylko uczucia do Polski o tym decydowały. W końcu po raz pierwszy w życiu do kraju moich przodków przyjechałem dopiero w 1993 roku! Teraz mam 55 lat, a więc trochę to trwało.

Gwoli ścisłości: moi rodzice opuścili Polskę w czasie II wojny światowej, ja urodziłem się w Szwecji, ale całe życie mieszkam w Stanach. Tam też skończyłem medycynę i prawie 30 lat pracowałem w szpitalu na oddziale medycyny ratunkowej. Siłą rzeczy więc kiedy tu przyjechałem, bardzo chciałem zobaczyć jak działa polski system ratownictwa medycznego.

• I co pan zobaczył?

– Dużo dobrego, przede wszystkim świetnych lekarzy pracujących w zgranych zespołach. Ale także stare, zdezelowane karetki, fatalnie wyposażone. Widziałem nawet takie, w których nie było defibrylatorów! A przecież tylu Polaków umierało na serce. Postanowiłem coś z tym zrobić. Wróciłem do Stanów i opowiedziałem o tym kolegom z AHA (American Heart Association). Wtedy narodził się pomysł, aby organizować tu szkolenia, zapraszaliśmy też polskich medyków do Ameryki. Wreszcie powołaliśmy EMS GLOBAL INC czyli Fundację Rozwoju Międzynarodowej Medycyny Ratunkowej, która ma siedzibę w Warszawie. Teraz największy nacisk kładziemy na kształcenie instruktorów, którzy będą szkolić innych w sztuce ratowania ludzkiego życia. Takie kursy odbyły się już w kilku miastach; szkoliliśmy też ekipę Jurka Owsiaka.

• Jak pan ocenia polskich ratowników?

fot. Wojciech Pacewicz

– Bardzo wiele się zmienia. W ostatnich latach widzę dużą różnicę. Przede wszystkim dzięki coraz lepszemu wyposażeniu w sprzęt ludzie są coraz lepsi w praktycznych umiejętnościach, a to podstawa! Przed laty podtykano mi tylko pod nos liczne papiery świadczące o teoretycznych kwalifikacjach personelu medycznego. Co z tego, skoro nie przekładało się to na praktykę? Same dokumenty nie uratują ludziom życia. Potrzebna jest ustawiczna praktyka i dostępny sprzęt. W stanie Nowy Jork w każdej szkole jest defibrylator. W Polsce powinno być podobnie, cieszę się, że już wyposaża się w tę aparaturę policję i straż pożarną. Ludziom XXI wieku trudno uwierzyć, że w sytuacji ratunkowej to właśnie prąd jest najlepszym środkiem mogącym przywrócić ludzkie życie!

No i najważniejsze: polskie zespoły ratunkowe są niesłychanie zgrane, ludzie się świetnie znają, są zżyci, a to owocuje w pracy.

REKLAMA

REKLAMA

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				

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

Tekst projektu Ustawy jest dostępny na stronie internetowej NIL: **www.nil.org.pl**

Pacjent zbada lekarza

Każdy pacjent może przyjść i sprawdzić w centrali bądź oddziałach Narodowego Funduszu Zdrowia, gdzie leczył się od 1 stycznia 2004 r., u jakiego był specjalisty i ile to kosztowało – zapewniał w lipcu prezes NFZ Jerzy Miller.

Warunkiem sprawdzenia w Rejestrze Usług Medycznych (RUM), czyli spisie ok. 500 mln tzw. zdarzeń medycznych z ostatniego 2,5 roku, jest podanie pracownikowi Funduszu swojego PESELU oraz okazanie dokumentu tożsamości.

Miller powiedział, że NFZ chce upublicznić RUM i pozwolić z niego korzystać pacjentom. Jednak, w ocenie prezesa, rejestr w przyszłości najbardziej może się przydać lekarzom, którzy umieją najlepiej wykorzystać wiedzę w nim zawartą. Lekarz będzie mógł skorzystać z danych RUM jedynie za zgodą pacjenta i w jego obecności. Baza danych RUM nie odnosi się do lekarzy rodzinnych.

Prezes NFZ przyznał, że ok. 5 proc. usług medycznych skontrolowanych przez NFZ jest wykonywanych niezgodnie z prawem. Jak poinformował Miller, takie kontrole pozwalają rocznie odzyskać ok. 1 mld zł.

Teraz również pacjent będzie mógł sprawdzić, czy lekarz wpisał prawdziwe informacje na temat jego choroby. Miller powiedział, że zdarza się od czasu do czasu, iż zgodnie z informacjami, które otrzymuje Fundusz, jeden pacjent jest jednocześnie badany u okulisty i leży w szpitalu. W takich sytuacjach Fundusz zwraca się z prośbą do pacjenta, aby wyjaśnił, który wpis jest zgodny z prawdą.

Sceptycznie do pomysłu Narodowego Funduszu Zdrowia podchodzi **Konstanty Radziwiłł**, prezes **Naczelnej Rady Lekarskiej**. Uważa, że RUM stwarza poważne zagrożenie dla pacjenta: dane o jego chorobie mogą dostać się w niepowołane ręce:

– W przypadku zwykłego Kowalskiego jest to może sprawa mniej bolesna, ale kiedy Kowalski będzie chciał rozpocząć karierę polityczną, to upublicznienie poufnych informacji może mu w tym przeszkodzić.

Miller poinformował, że w centrali NFZ od 1 września z RUM-u będą mogli także korzystać naukowcy. Prezes podkreślił jednak, że ukryte zostaną wszystkie dane identyfikujące pacjenta, z wyjątkiem daty urodzenia i płci.

(PAP) eaw/ jra/

fot. Marek Stankiewicz

REKLAMA

Kontrakty na lekarstwo?

Anna Augustowska

Dla jednych spełnienie marzeń o wolnym zawodzie, dla innych życiowa konieczność. Jedno jest pewne – praca na kontrakcie zamiast na etacie, to bardzo ciekawa – i dla lekarzy, i dla dyrektorów szpitali – forma zatrudniania pracowników ochrony zdrowia. Warto poznać jednak jej blaski i cienie – mówią lekarze, którzy już pracują albo do niedawna pracowali na kontraktach.

W Miejskim Szpitalu Zespolonym w Olsztynie – placówka liczy 270 łóżek – pierwsze kontrakty lekarze zaczęli podpisywać już cztery lata temu. Większość decydowała się szybko. Specjalista zarabia tu około 7-8 tys. zł.

– Nie mam co prawda tak długiego stażu, bo kontrakt podpisałem mniej więcej półtora roku temu, ale już widzę wyraźną różnicę, i to na korzyść – mówi szef oddziału chirurgii szczękowej olsztyńskiego szpitala Leszek Dudziński.

I wylicza: – Przede wszystkim zarabiam dużo lepiej, a pieniądze dostaję za konkretną pracę, co nie oznacza, że „robię swoje i znikam". Zasadą pracy naszego zespołu jest praca w gotowości i stały kontakt z pacjentami. Ogromną zaletą i gwarantem zadowolenia takiego systemu jest to, że stanowimy zgrany, współpracujący zespół. Bez takiej postawy wszystkich kolegów szpital nie stawiałby na kontrakty – podkreśla Dudziński.

REKLAMA REKLAMA

Do słabości tego systemu lekarze z Olsztyna zaliczają dwie sprawy: to, że większość z nich opłaca najniższą składkę ZUS (– Bo wychodzimy z założenia, że i tak dostaniemy najniższe emerytury) i to, że mimo stale rosnących przychodów szpitala ich kontrakty nie rosną.

– NFZ podpisuje umowy z naszym szpitalem na coraz wyższe kwoty, wartość kontraktu z Funduszem rośnie z roku na rok. My też chcielibyśmy, aby nasze pensje rosły – mówią w Olsztynie.

– Kontrakt to na pewno ryzyko działalności na własny rachunek. Z wielu przysługujących etatowcom przywilejów trzeba zrezygnować, np. z wysługi lat, ale ja uważam, że warto. Nie tylko z powodu pieniędzy. Ja mam na przykład dużo więcej czasu, który mogę poświęcić prywatnej działalności – podsumowuje Leszek Dudziński.

Z kontraktów są też bardzo zadowoleni lekarze ze szpitala we Włocławku (740 łóżek). Wszyscy – ok. 150 osób – pracują na tych zasadach już od sześciu lat. System bardzo też chwali dyrektor placówki Stefan Kwiatkowski: – Ludzie dobrze zarabiają i sami decydują o swoich pieniądzach. Sami płacą podatki, wybierają stawki ZUS, decydują o urlopach itd. Prowadząc samodzielną działalność wiele wydatków wpuszczają w koszty firmy, np. utrzymanie samochodu czy komputera – to też ma znaczenie – podkreśla dyrektor Kwiatkowski. – Poza tym są bardziej zmotywowani do pracy i kreatywni, co z całą pewnością jest ważne dla pacjentów.

Czy mamy problemy z ponadlimitowymi świadczeniami? – W umowach jest zapis, że płacimy za wszystkie usługi wykonane przez lekarzy, ale tylko do wysokości limitów, inaczej szpital poszedłby z torbami – wyjaśnia dyrektor Kwiatkowski. – Oczywiście są wyjątki, np. w pracowni hemodynamiki, ale to jest zrozumiałe.

O pracy na kontrakcie marzy Elżbieta Germanowska, ordynator oddziału rehabilitacji w 300-łóżkowym szpitalu w Radziejowie Kujawskim, niedaleko Włocławka.

– Przede wszystkim razem z kontraktem miałabym wyraźnie ustalone kryteria pracy za wyższe pieniądze. Pracować za ok. 27 zł za godzinę to w mojej sytuacji byłoby bardzo korzystne – mówi. – Chciałabym, abyśmy wzięli przykład z Włocławka.

Zupełnie inne doświadczenia z pracą na kontrakcie mają lekarze z zespołu trzech miejskich szpitali w Częstochowie, którzy właśnie w ostatnich tygodniach z powrotem wrócili z pracy na kontrakcie do pracy na etacie.

Kontrakty w częstochowskim Zespole Szpitali Miejskich wprowadzono dwa lata temu. Był to pomysł ówczesnego dyrektora Tomasza Grottela, który chciał w ten sposób stworzyć zespół kontrahentów i każdemu płacić za wykonane zabiegi. Nie wzbudził wtedy entuzjazmu. – Początkowo załoga była niezadowolona. Bano się o emerytury, zabezpieczenie socjalne i tego, że pensja będzie zależeć od tego ile się wypracuje – mówi urolog z częstochowskiego szpitala Zenon Rudzki. – Jednak z czasem ludzie przekonali się do kontraktów.

– Koledzy pozakładali prywatne firmy i świadczyli usługi szpitalowi. Sprzęt był maksymalnie wykorzystywany, rozładowano kolejki, lekarze dobrze zarabiali, ok. 6-7 tys. zł, podczas gdy etatowcy ok. 2 tys. zł – dodaje ordynator oddziału urazowo-ortopedycznego z zespołu szpitali w Częstochowie Wojciech Debudaj. – Niestety w lipcu wszyscy wrócili na etaty.

Jak mówi obecny dyrektor szpitala Grzegorz Sztolcman powrót do umów o pracę zarządził z ciężkim sercem.

– Ale cały proces odbył się za porozumieniem stron – podkreśla. Co się stało?

– Brakuje pieniędzy. Fundusz zdrowia nie płaci za zabiegi ponadlimitowe i o ile jeszcze rok temu dostawaliśmy przynajmniej częściowy zwrot, to w tym roku już stanowczo odmówiono nam jakiejkolwiek refundacji. Tymczasem przekraczaliśmy miesięczne limity nawet o 50 proc. – wylicza Sztolcman. – Deficyt rósł, ciężar finansowy okazał się nie do udźwignięcia i nie było wyjścia – nie kryje goryczy, ale nie traci nadziei, że sytuację może uda się odwrócić. – Pod warunkiem, że spełnią się zapowiedzi Ministerstwa Zdrowia i pieniądze rzeczywiście będą szły za pacjentem.

Częstochowscy lekarze mają jeszcze jeden pomysł: połączyć etat z umową kontraktową.

– Moglibyśmy po południu dzierżawić sprzęt i sale zabiegowe od szpitala i obsługiwać pacjentów komercyjnych. Jest przecież grupa chorych, która nie chce czekać na leczenie w wielotygodniowych kolejkach i woli zapłacić. To chyba sensowne, no i aparatura nie stałaby niewykorzystywana – mówią lekarze.

O tym, czy pomysł ma szansę powodzenia, zdecyduje przyszłość.

Jeszcze inaczej na kontrakty patrzy Andrzej Struski, chirurg ze szpitala w Lubartowie (woj. lubelskie).

– Jestem jedynym chirurgiem, który pracuje tu na kontrakcie, i to od dawna, bo od 1999 roku! Uparłem się, mimo że koledzy wrócili na etaty. Może dlatego skrócono mi dzień pracy z 8 do 6 godzin? – zastanawia się Struski. Na swoją pracę patrzy krytycznie: – Z jednej strony dobrze zarabiam, co pozwoliło mi na spełnienie marzeń o własnym domu z ogrodem. Nie kryję, że właśnie to było moją główną motywacją do pozostania chirurgiem kontraktowym. Mogę spłacać kredyt. Ale jest i druga strona medalu: cały dzień spędzam w szpitalu, nie chodzę na urlop, bo wiadomo – nie pracujesz, nie dostajesz zapłaty, w efekcie miesięcznie przepracowuję od 350 do 400 godzin.

Mimo to Struski nie chciałby pracować na etacie. – Za wykonaną pracę dostaję do ręki zapłatę i wiem na czym stoję, sam decyduję jak rozdysponuję pieniądze. To daje poczucie wolnego zawodu. Chociaż kolegom, którzy dopiero zastanawiają się jaką drogę obrać, radziłbym starać się o etaty mieszane. Z mojego punktu widzenia różne formy zatrudnienia są najbardziej optymalne.

REKLAMA

Raciborska trzynastka

Katarzyna Strzałkowska

Z pracy w Szpitalu w Raciborzu zrezygnowali lekarze anestezjolodzy, którym nie podwyższono wynagrodzeń. Lekarze szukają pracy, jadą za granicę, a dyrekcja szpitala nie może opędzić się od kontroli urzędów. Inni dyrektorzy obserwują. Co by było, gdyby w każdym szpitalu na Śląsku nastąpiła taka sytuacja?

Model raciborski

Styczeń 2006. Szpital Rejonowy w Raciborzu. Na nowoutworzonym oddziale anestezjologii i intensywnej terapii pracuje 13 lekarzy. Wszyscy mają umowy o pracę, płaca zasadnicza wynosi 1500 zł, ale po uwzględnieniu dodatków i odliczeniu składek otrzymują na rękę ok. 3 tys. zł. Rozpoczynają rozmowy z dyrektorem o podwyższeniu wynagrodzeń. Chcą podwyższenia do wysokości dwóch i trzech średnich krajowych w zależności od stopnia specjalizacji. Nie ukrywają, że bodźcem do tego jest uchwała Krajowego Zjazdu Lekarzy, ale nie tylko - wskazują na sytuację, kiedy dyrektor szpitala całemu zespołowi wypłacał należności „203 zł" oraz premię, a im nie.

Sukcesywnie do czerwca wypowiedzenia składa 10 lekarzy anestezjologów. Dyrektor zaprzecza jakoby gorzej traktował w tym czasie lekarzy. Wskazuje jednak, że byli na wypowiedzeniu, a zgodnie z przyjętymi w szpitalu zasadami pracownikom w okresie wypowiedzenia nie zmienia się warunków płacowych, więc należności i premia nie były u nich składową pensji zasadniczej. W przypadku wycofania wypowiedzeń zamierzano zastosować wyrównanie, jakie otrzymali pozostali lekarze. Ponadto dodaje, że z lekarzami innych specjalności – a jest ich w szpitalu prawie stu – zawarł porozumienie i podwyższył im wynagrodzenia o 30%. „Byliśmy pierwszym szpitalem na Śląsku, który zawarł porozumienia ze związkami jeszcze w fazie sporu zbiorowego. Zaproponowaliśmy wszystkim 30%. Mamy siedem związków i tylko anestezjolodzy upierali się przy dwu- i trzykrotności średniej krajowej" – mówi dyrektor Wojciech Krzyżek.

Szpital w Raciborzu

fot. Katarzyna Strzałkowska

Do końca czerwca lekarze spotykają się z dyrektorem trzykrotnie, na ostatnim spotkaniu odczytują oświadczenie, w którym domagają się kwoty 3,5 tys. zł płacy zasadniczej dla lekarza ze specjalizacją i 2,6 tys. dla lekarza bez specjalizacji. Podkreślają, że to już dużo mniej niż dwu- i trzykrotność średniej krajowej, o co prosili w styczniu. Dyrektor przyjmuje oświadczenie, ale odmawia podwyższenia wynagrodzeń.

Lipiec 2006. Na oddziale zostaje trzech lekarzy, w tym ordynator i jego zastępca. Ordynator Grzegorz Frydrych przyznaje, że nie składał wypowiedzenia, ale omówił to z odchodzącą grupą lekarzy. „Do końca miałem nadzieję, że dyrektor się ugnie". Nie ugina się, a dwa tygodnie później zwalnia dr. Frydrycha dyscyplinarnie, stawiając mu kilkanaście zarzutów. Ordynator składa sprawę do Sądu Pracy. Zanim to jednak nastąpi, odbywa się konkurs i spotkanie „mediacyjne".

Mediacje pokonkursowe

Dyrektor ogłasza konkurs. Ogłoszenie o konkursie dotyczy dyżurów anestezjologicznych, obsady anestezjologicznej sal operacyjnych i dyżurów w pogotowiu w karetkach reanimacyjnych i wypadkowych.

Konkurs wygrywa firma, która – jak czytamy na stronie internetowej – jest w stanie zapewnić m.in. pełną obsługę stacji Pogotowia Ratunkowego wraz z Centrum Powiadamiania Ratunkowego (CPR), pełną obsługę Szpitalnego Oddziału Ratunkowego (SOR), całodobową wyjazdową pomoc lekarską i pielęgniarską czy też POZ. Nie ma sformułowania „całodobową specjalistyczną opiekę anestezjologiczną".

„Ogłoszenie było sformułowane jakby pod firmę, ale nawet kiedy wygrała, mieliśmy nadzieję, że dyrekcja z niej zrezygnuje. Światełko nadziei pojawiło się na zorganizowanym spotkaniu, w którym uczestniczyli konsultant wojewódzki ds. anestezjologii, przedstawicielka wojewody oraz starosta raciborski" – relacjonuje jeden ze zwolnionych lekarzy, który woli pozostać anonimowy (nazwisko do wiadomości redakcji). „Dyrektor zaproponował nam wówczas przejście do firmy lub ewentualne przejęcie kontraktu. Model funkcjonowania firmy nie bardzo nam się podobał, natomiast przejęcie kontraktu i tak nie dałoby nam satysfakcjonujących podwyżek. Na prośbę konsultanta wojewódzkiego, aby zabezpieczyć opiekę anestezjologiczną chociaż na kilka dni – pracowaliśmy na umowę zlecenie za 28 zł za godzinę."

Przewodniczący Związku Zawodowego Anestezjologów na Śląsku Artur Szymura uznaję tę sytuację za kuriozalną. „Dyrektor zaproponował lekarzom przejście do firmy, co potwierdziło, że pomimo konkursu nie zabezpieczy ona etatów dla pełnej opieki anestezjologicznej." – podkreśla. Dyrektor Krzyżek: „Propozycja przejścia lekarzy do firmy nie była ratowaniem szpitala, tylko wyciągnięciem pomocnej dłoni do lekarzy. Była jedną z trzech propozycji, które złożyliśmy lekarzom na spotkaniu mediacyjnym, choć w czerwcu

postanowiliśmy już więcej z nimi nie negocjować. Drugą propozycją było utworzenie przez nich spółki i przejęcie kontraktu już wynegocjowanego na tych samych warunkach, trzecią – otrzymanie 30% podwyżki tak jak reszta załogi. Wszystkie propozycje odrzucili."

„Prowadzenie rozmów po podpisaniu kontraktu z firmą wydaje się być zorganizowane poniewczasie. Na ogół konkretna umowa zawiera obostrzenia prawne dotyczące jej rozwiązywania. Według deklaracji dyrektora umowa z firmą została podpisana na 3 lata" – zaznacza przewodniczący Szymura.

Nie papiery znieczulają

Dla doktora Frydrycha jest jeszcze jeden bardzo ważny aspekt sprawy. Na oddziale nie powinno się zatrudniać lekarzy, których umiejętności nikt nie sprawdził. Przysłanie w jedną noc lekarza z innej części Polski, który ma „od wejścia" znieczulać pacjenta jest świadectwem niekompetencji zarówno dyrekcji, jak i ordynatora oddziału. I nie wolno wówczas mówić o liczbie zabiegów, tylko o umiejętnościach konkretnego lekarza. „Nie papiery pacjenta znieczulają" – podkreśla. Potwierdzeniem ważności jego słów ma być wynik postępowania prowadzonego przez odpowiednie organa w sprawie śmierci pacjenta na raciborskim oddziale. Pacjenta znieczulał lekarz, który przyjechał do Raciborza na zlecenie firmy.

Dyrektor Wojciech Krzyżek: Tylko anestezjolodzy upierali się przy dwu- i trzykrotności średniej krajowej

Rzeczywistość prawna

Sierpień 2006. Dyrektor Krzyżek rozrysowuje nowy schemat organizacyjny oddziału anestezjologii i intensywnej terapii. Intensywna terapia ma 4 łóżka – potrzeba 3-4 lekarzy, aby obsadzić wszystkie dyżury w miesiącu. Jednak na pierwszej zmianie wystarczy 1-2 anestezjologów w zależności od liczby pacjentów. Do zabezpieczenia operatywy w szpitalu dziennie potrzeba od 3 do 5 anestezjologów. Tą część obsługuje firma zewnętrzna, która może zatrudnić „wolnych" lekarzy szpitalnych.

„To prawda, że liczba lekarzy uległa zmniejszeniu z 13 na 5, ale ten system dobrze funkcjonuje i wyrabiamy kontrakt" – podkreśla dyrektor. Już podobno w terenie mówi się o opracowaniu modelu raciborskiego. Pytany dlaczego wcześniej nie wprowadził takiego systemu odpowiada: „Wcześniej nikt mnie nie sprowokował do szukania innych rozwiązań. Ponadto wcześniej karetkę „R" obsługiwali wyłączenie lekarze anestezjolodzy, teraz te obowiązki przejęli lekarze innych specjalności."

Lekarze są rozgoryczeni. Uważają, że tworzyli zgrany zespół, chcieli tylko godnie zarabiać i żyć. W szpitalu mieli sześć dyżurów, a w Raciborzu nie mieli gdzie dorobić. „Anestezjologom potrzeba zaplecza, sprzętu, bloku operacyjnego. Mogą świadczyć usługi w chirurgiach jednego dnia czy praktykach stomatologicznych, ale takich miejsc w Raciborzu jest niewiele" – podkreśla przewodniczący Szymura.

Zapytani o to, czy znajdą pracę odpowiadają bez zawahania: tak. Pracę dostaną – w Polsce za małe pieniądze, za granicą – za większe z możliwością normalnego, spokojnego życia, gdzie można do pracy wrócić wypoczętym.

To nie koniec

Szpital w Raciborzu jest pierwszym szpitalem, w którym rozegrał się tak ostry w skutkach i skomplikowany w przebiegu konflikt na bazie podwyżki wynagrodzeń. Tym bardziej, że – jak w większości śląskich szpitali – trwa wyczekiwanie, co zdarzy się w październiku, kiedy przestaną obowiązywać podpisane do końca września porozumienia. Wszystko zależy, w jakim zakresie państwo wywiąże się ze złożonych lekarzom obietnic. I lekarze jakich specjalności stracą wcześniej cierpliwość. I dyrektorzy których szpitali będą w stanie sobie z tym poradzić. I jakimi metodami.

REKLAMA

REKLAMA

22.06.br. Częstochowa – VI Światowy Kongres Polonii Medycznej.
Kongres jest wydarzeniem cyklicznym mającym na celu konsolidację Polonii medycznej z całego świata i stanowi okazję do wymiany doświadczeń, przedstawienia zdobyczy nauki, wymiany kulturalnej, pokazania zmian, jakie dokonały się w ostatnich latach w Polsce. W tym roku organizatorami Kongresu byli: OIL w Częstochowie, NIL, PTL, Urząd Miasta Częstochowy oraz Rada Federacji Polonijnych Organizacji Medycznych. W Kongresie wzięło udział 1500 lekarzy z 25 krajów. Więcej – **www.kongrespoloniimedycznej.pl**

28.06.br. Warszawa – posiedzenie Konwentu Prezesów Samorządów Zawodów Zaufania Publicznego.
Prezes Konstanty Radziwiłł uczestniczył w posiedzeniu Konwentu Prezesów Zawodów Zaufania Publicznego. Zebrani podjęli stanowisko, w którym wyrazili stanowczy sprzeciw wobec planów ograniczenia samorządności zawodowej m.in. poprzez zapowiedzi dokonania odpowiednich zmian w Konstytucji.

7.07.br. – wysłano list do Zbigniewa Ziobro, ministra sprawiedliwości, dotyczący rozpowszechnienia przez Internet fałszywych informacji o lekarzach i ich kwalifikacjach, zwłaszcza o rzekomych wykroczeniach zawodowych.
Prezes Konstanty Radziwiłł zwrócił się z prośbą do ministra sprawiedliwości o zainteresowanie się tym tematem i rozważenie wprowadzenia ewentualnych zmian w prawie, które pozwolą na obronę dobrego imienia lekarzy przed takimi działaniami.

11.07.br. Warszawa – spotkanie z przedstawicielami Taiwan International Medical Alliance.
Prezes Konstanty Radziwiłł przyjął delegację Taiwan International Medical Alliance (TIMA). TIMA to pozarządowa organizacja *non-profit*, której celem jest promocja zdrowia i wzmacnianie kontaktów Republiki Chińskiej (Tajwanu) na arenie międzynarodowej w zakresie ochrony zdrowia. Tematem spotkania były możliwe kierunki współpracy między Naczelną Izbą Lekarską a TIMA oraz wymiana doświadczeń w zakresie działalności obu organizacji na arenie międzynarodowej.

14.07.br. – wysłano listy do przewodniczących Klubów Parlamentarnych i wszystkich posłów w związku z planami zmian legislacyjnych w Konstytucji dotyczącymi tworzenia samorządów zawodów zaufania publicznego.
Prezes Konstanty Radziwiłł wyraził stanowczy sprzeciw wobec zapowiadanych zmian legislacyjnych w kierunku ograniczenia, a nawet likwidacji samorządności zawodowej. Samorząd zawodowy lekarzy, będący formą współuczestniczenia obywateli w sprawach bezpośrednio ich dotyczących, nawiązuje do tradycji przedwojennych izb lekarskich i odciąża państwo wykonując szereg zadań przejętych od administracji państwowej.

19.07.br. – wysłano list do ministra finansów Stanisława Kluzy dotyczący planów wprowadzenia obowiązku posiadania kas fiskalnych dla lekarzy i lekarzy dentystów.
Prezes Konstanty Radziwiłł zaprotestował w nim przeciwko planom wprowadzenia kas fiskalnych dla lekarzy i lekarzy dentystów. Pojawiające się w wypowiedziach przedstawicieli Ministerstwa Zdrowia tezy o ukrywaniu obrotów przez prywatnie praktykujących lekarzy i lekarzy dentystów nie posiadają pokrycia w żadnych dokumentach.

21.07.br. – wysłano list do prezesa Rady Ministrów Jarosława Kaczyńskiego.
Prezes Konstanty Radziwiłł wysłał list do Prezesa Rady Ministrów z gratulacjami w związku z objęciem stanowiska Szefa Rządu oraz z zapewnieniem o gotowości samorządu lekarskiego do współpracy we wszystkich obszarach dotyczących ochrony zdrowia.

8.08.br. – wysłano list do prezesa NFZ Jerzego Millera z prośbą o wyjaśnienie powodów odmawiania przez oddziały wojewódzkie Funduszu kontraktowania świadczeń środowiskowych pielęgniarek i położnych u lekarzy rodzinnych prowadzących praktyki.
Zdaniem samorządu lekarskiego interpretacja przepisów uzasadniająca taką odmowę jest nieuprawniona i ma na celu jedynie skłócanie środowisk medycznych a jednocześnie istotnie utrudnia prowadzenie indywidualnych praktyk lekarzom.

18.08.br. – wysłano list do ministra zdrowia prof. Zbigniew Religi w związku z publiczną dyskusją dotyczącą Lekarskiego Egzaminu Państwowego i Lekarsko-Dentystycznego Egzaminu Państwowego.
Zdaniem samorządu lekarskiego egzaminy w obecnej postaci powinny być utrzymane. Wbrew wcześniejszym prognozom ich przeciwników, egzaminy te nie ograniczają młodym lekarzom dostępu do zawodu stymulując jednocześnie do bardziej efektywnego wykorzystania czasu szkolenia stażowego. Ponadto są jedyną formą rzeczywistego sprawdzenia przygotowania zawodowego lekarzy i lekarzy dentystów pochodzących z krajów spoza UE.

Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej zaopiniowało szereg projektów ustaw i rozporządzeń, m.in.:
• Projekt rozporządzenia ministra zdrowia w sprawie wymagań, jakim powinny odpowiadać pod względem fachowym i sanitarnym pomieszczenia i urządzenia zakładu opieki zdrowotnej (stanowisko nr 54/06/P-V z 18.08.2006 r.) – Prezydium wskazało m.in., że przepisy rozporządzenia nie powinny działać wstecz i nie powinny dotyczyć istniejących zakładów opieki zdrowotnej, zarejestrowanych i prowadzących działalność przed dniem wejścia w życie rozporządzenia, lecz jedynie zakładów nowo projektowanych i budowanych.
• Projekt rozporządzenia ministra zdrowia w sprawie recept lekarskich (stanowisko nr 59/06/P-V z 18.08.2006 r.) – Prezydium zakwestionowało m.in. zasadność obowiązku umieszczania na każdej recepcie numeru PESEL. Niezrozumiałe jest przekonanie, że spowoduje ono „większą kontrolę i mniejsze wydatki NFZ", chyba że liczy się na to, że lekarze będą wypisywać mniej recept z powodu zbyt dużej czasochłonności tej czynności. Może to spowodować ograniczenie możliwości wystawienia recepty osobie, której nr. PESEL lekarz nie może szybko ustalić.
• Projekt ustawy o niektórych zawodach medycznych (stanowisko z 18.08.2006 r.) – Prezydium m.in. wyraziło opinię, że projekt powinien jednoznacznie określić, które czynności określone w załączniku nr 2 do rozporządzenia osoba wykonująca zawód medyczny może wykonywać samodzielnie, a które na zlecenie lekarza. Ponadto Prezydium zakwestionowało także zasadność umieszczenia w projekcie zawodu „opiekunki dziecięcej" nie będącego zawodem medycznym.

Pełne teksty uchwał i stanowisk podjętych przez Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej na posiedzeniach w dn. 14.07., 4.08. oraz 18.08. są dostępne na stronie **www.nil.org.pl**

opr. Zofia Ignatowicz
z.ignatowicz@hipokrates.org

@sculap.pl
Goniec Medyczny

dokończenie ze str. 16

zostanie zniesiony lekarski egzamin państwowy (LEP) w obecnie obowiązującej formie. Resort rozważa propozycję, aby egzamin ten dotyczył tylko onkologii. Ponadto min. zdrowia zapowiada odejście od obecnego systemu, w którym ordynator jest odpowiedzialny za cały oddział lub klinikę i decyduje o sposobach leczenia. W zamian minister proponuje, aby to specjaliści przejęli pełną odpowiedzialność za leczenie pacjentów.

• Czy w Polsce będą młodsi profesorowie? „Prowadzimy prace nad skróceniem kariery akademickiej. Zamierzamy bliżej powiązać habilitację z uczelnianymi stanowiskami profesorskimi" - poinformował sekr. stanu w Ministerstwie Nauki i Szkolnictwa Wyższego prof. Stefan Jurga. Średnia wieku profesora PAN przekracza obecnie 70 lat (!).

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

Serdecznie zapraszamy.

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

SKOK IL
Izb Lekarskich

Najnowsza oferta SKOK IL:

Do 5 000 PLN bez zgody współmałżonka!!!

Do 20 000 PLN wymagamy tylko oświadczenia o zarobkach!!!

Do 50 000 PLN bez poręczycieli!!!

Pożyczki aż do 80 000 PLN!!!

POŻYCZKA MINI
OPROCENTOWANIE **9,9%**
DO 5 000 PLN

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

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

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

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

REKLAMA
REKLAMA

Stwierdzić zgon

Krystyna Knypl

fot. Marek Stankiewicz

Przed kilkoma miesiącami prasa codzienna opisała lekarza pogotowia, który nie dopełnił procedur przy stwierdzaniu zgonu i z tego powodu żyjącą ofiarę wypadku drogowego uznał za osobę zmarłą. Zastanawia mnie co było przyczyną zaniechania niezbędnych procedur przez owego lekarza. Niewiedza? Nonszalancja? Zmęczenie? Głupota? Brak świadomości? Nie mam pojęcia.

W naszym kraju wiele problemów próbuje się rozwiązać przez „złożenie doniesienia do prokuratury o...", tak też postąpiono w tym wypadku. Jednak mimo mnogości doniesień do prokuratury w różnych sprawach nie widać istotnych zmian w żadnym obszarze naszego życia, medycyny nie wyłączając. Chyba więc nie tędy droga.

Najtrudniejsze problemy można rozwiązywać jedynie przez dyskusję i zastanawianie się nad sposobami poprawy. Są zdarzenia, które nigdy nie powinny się powtórzyć, a wspomniany na wstępie przypadek z pewnością do takich należy.

Problematyka związana ze stwierdzaniem zgonu obejmuje wiele aspektów natury medycznej, prawnej, administracyjnej i psychologicznej. Mimo ogromnej wagi problemu stwierdzanie zgonu jest rzadko poruszane na łamach lekarskiej prasy. Aspekty psychologiczne występujące podczas stwierdzania zgonu są wręcz naukowym tabu. O przeżyciach lekarzy wykonujących tę odpowiedzialną procedurę medyczną czy niepewnościach co do orzeczenia, dręczących niejednego młodego lekarza, rozmawia się bardzo rzadko i wyłącznie w ścisłym lekarskim gronie. Nauczanie stwierdzania zgonu nie jest umieszczane na poczesnych miejscach programów szkolenia studentów i lekarzy. Alternatywą są poetyckie frazy mówiące, że lekarz rodzinny towarzyszy pacjentowi od narodzin do śmierci. Może i tak się zdarzyć, ale z niewielkim prawdopodobieństwem, że będzie to ten sam lekarz.

Przegląd polskich przepisów prawnych

W Polsce prawo do stwierdzania zgonu ma wyłącznie lekarz. Obecne w przepisach uprawnienia dla felczerów czy pielęgniarek nie przekładają się na praktyczne zastosowanie, ponieważ muszą być potwierdzone przez nie istniejący obecnie organ administracji państwowej, jakim jest wymieniona w dokumentach rada narodowa. Do zgłoszenia zgonu zobowiązana jest najbliższa rodzina, naoczni świadkowie lub administrator domu. Na kim spoczywa obowiązek wystawienia karty zgonu? – zapytałam w łódzkim oddziale NFZ.

Zgodnie z obowiązującymi przepisami kartę zgonu powinien wystawić lekarz, który ostatni w okresie 30 dni przed dniem zgonu udzielał choremu świadczeń lekarskich. Jeżeli nie jest to z różnych względów możliwe – np. zmarły nie korzystał z opieki lekarskiej lub lekarz nie może z uzasadnionych przyczyn dokonać oględzin zwłok w ciągu 12 godzin od chwili wezwania – kartę zgonu wystawia lekarz, który stwierdził zgon będąc wezwany do nieszczęśliwego wypadku lub nagłego zachorowania. W opisywanej sytuacji (zmarł kuzyn, a lekarz z pogotowia ratunkowego, który stwierdził zgon, wystawił kartę informacyjną i odesłał po akt zgonu do lekarza rodzinnego, którego, jak się okazało, kuzyn nigdy nie miał) kartę zgonu powinien wystawić lekarz z pogotowia ratunkowego.

Podstawa prawna: § 2 ust. 1 i § 3 rozporządzenia ministra zdrowia i opieki społecznej z 3 sierpnia 1961 r. w sprawie stwierdzenia zgonu i jego przyczyny (Dz.U. nr 39, poz. 202) – odpisała Anna Leder z Działu Informacji Medialnej.

Nie znajduję odpowiedzi na pytanie, kto stwierdza zgon osoby nie zarejestrowanej u lekarza rodzinnego i niemającej tam jakiejkolwiek dokumentacji, niehospitalizowanej, zmarłej śmiercią naturalną, gdy osoba zgłaszająca zgon nie ma wątpliwości, iż zgon nastąpił. Wydaje mi się, że lekarz POZ nie jest obowiązany stwierdzać zgonu pacjenta nie zarejestrowanego w jego kartotece. Lekarz sądowy nie stwierdza zgonów naturalnych. Czy lekarz prywatny zdecyduje się na stwierdzenie zgonu osoby, której nigdy nie widział i nie leczył? Według informacji uzyskanej od pani Anny Leder, NFZ nie ma w swym katalogu usług wyodrębnionego świadczenia „stwierdzenie zgonu". Pogotowie Ratunkowe w Warszawie informuje (**http://www.emergency.pl/docs/WSPRstwierdzaniezgonu.pdf**), że od 3 października 2005 r. lekarze pogotowia ratunkowego nie wyjeżdżają do wezwań, których celem jest stwierdzenie zgonu, uważając tę czynność za kompetencje lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej.

Skoro NFZ nie zamówił usługi stwierdzenia zgonu jako procedury odrębnej, to należy podejrzewać, że jest to powinność domniemana. Czy to dobra sytuacja, że stwierdzanie zgonu ma status powinności domniemanej? Z pewnością nie! Czy opisany hipotetyczny przypadek to coś wymyślonego na potrzeby niniejszego artykułu? Nie. Wobec siebie wielu lekarzy stosuje leki zgodnie z własną ordynacją, nie prowadzi dokumentacji swoich ordynacji, a tym bardziej własnych historii choroby. Gdy lekarz umrze nagle w swoim domu, a zgłaszającym będzie ktoś z rodziny, wystąpi wspomniana sytuacja. Warto więc prowadzić własną historię choroby i odnotowywać zlecane sobie leki.

Przegląd programów szkolenia

Program specjalizacji z medycyny rodzinnej dla lekarzy po stażu podyplomowym, dostępny **www.cmkp.edu.pl** – w dziale umiejętności praktycznych wymienia 46 umiejętności. Nie znalazłam wśród nich *expressis verbis* określenia „umiejętność stwierdzania zgonu". Może lekarz uczy się tej umiejętności wcześniej, podczas stażu podyplomowego, i nie zachodzi potrzeba dalszego szkolenia w tym zakresie? Istotnie jest taki punkt szkolenia lekarza stażysty.

Rozporządzenie ministra zdrowia w sprawie stażu podyplomowego lekarza z 24.03.2004 określa, że staż trwa 13 miesięcy i odbywa się wg programu ramowego. W rozdziale X programu dotyczącym prawa medycznego znajduję informację o nauczaniu „stwierdzenia zgonu i ustalenia przyczyn zgonu". Nie znalazłam w treści programu informacji ile zgonów lekarz stażysta powinien stwierdzić pod nadzorem starszego lekarza, aby otrzymał zaliczenie stażu.

Jako umiejętność praktyczną stwierdzanie zgonu wymienia *expressis verbis* program specjalizacji z pediatrii. Przystępujący do egzaminu lekarz powinien umieć stwierdzać zgon oraz znać zasady właściwego postępowania prawnego w przypadku nagłego zgonu dziecka. Umiejętność stwierdzania zgonu nie jest szczegółowo wyodrębnioną tematyką programów specjalizacji z anestezjologii, chorób wewnętrznych, pediatrii, chirurgii, onkologii, neurologii, chorób zakaźnych, medycyny sądowej. Być może są jeszcze programy specjalizacji, które w podobnie precyzyjny sposób, jak program z pediatrii, określają tę umiejętność praktyczną. Jak się dowiedziałam, programy wszystkich specjalizacji to pięć tomów. Po lekturze programów specjalności podstawowych nasuwa mi się osobista refleksja, że fakt śmiertelności człowieka nie znajduje szerokiego odzwierciedlenia w programach podyplomowego nauczania lekarzy.

Przegląd pamięci

W ciągu 38 lat pracy lekarskiej wielokrotnie stwierdzałam zgon pacjenta. Niewykluczone, że podczas pierwszych piętnastu lat mojej praktyki na oddziale wewnętrznym procedurę tę przeprowadzałam każdego tygodnia, niekiedy nawet codziennie. Mimo to nie pamiętam kiedy po raz pierwszy samodzielnie stwierdzałam zgon. Z pewnością odbywało się to pod nadzorem starszego dyżuranta lub mojej szefowej na oddziale. Zwróciłam się do dr n. med. Anny Deki-Golczyńskiej, która przed laty była moją studentką, aby pomogła mi odtworzyć odległe przeżycia. *Pierwszy raz uczestniczyłam w stwierdzaniu zgonu na erce, gdzie dyżurowałam w ramach koła naukowego na szóstym roku studiów. Zgony były poprzedzone długą reanimacją i uczyłam się tych procedur od starszych dyżurantów, także od Ciebie* – odpisała.

Podczas stażu podyplomowego odbyłam 24 dyżury w pogotowiu ratunkowym. W tym czasie stwierdzałam 3 zgony w domu pacjenta. Pamiętam je wszystkie w najmniejszych szczegółach, jakby to było wczoraj. Wiele lat później stwierdzałam zgon, a raczej potwierdzałam ten fakt, urzędowo już stwierdzony przez lekarza pogotowia, na prośbę zaprzyjaźnionej rodziny z sąsiedztwa. Córka zmarłej zatelefonowała do mnie w niedzielne popołudnie ze słowami: „Pani doktor, zmarła moja matka. Lekarz pogotowia stwierdził zgon. Wiem, że matka nie żyje, ale uwierzę dopiero wtedy, gdy pani to potwierdzi". Spełniłam prośbę. Chwilę po zakończeniu procedury stwierdzania zgonu znalazłam się w niezwykle trudnej sytuacji. Córka zmarłej uważała, że należy mi się honorarium za wizytę. Dopiero argument, który niełatwo przyszło mi znaleźć, iż lekarz może przyjmować honorarium od swoich żyjących pacjentów, ale nigdy od zmarłych, spowodował odstąpienie od spraw finansowych. Z uwagi na przyjacielskie stosunki zostałam zaproszona do uczestniczenia w pogrzebie. Tego dnia miałam dyżur w szpitalu. Osoby, które nie mogły być na pogrzebie, zaproszono do udziału w mszy świętej w sobotni poranek. Mimo że działo się to dwadzieścia pięć lat temu, do dziś widzę twarz mojej sąsiadki stojącej na schodach kościoła św. Jakuba w Warszawie, podającej rękę wszystkim uczestnikom mszy i składającej podziękowanie za osobiste pożegnanie jej matki.

Przegląd opinii

Analizując dokumenty prawne i medyczne odniosłam wrażenie, że współcześni ludzie ulegli złudzeniu nieśmiertelności, prawdopodobnie za sprawą kreowanej przez media mody na młodość, sprawność i przenoszenie czytelników w nierealny świat. Zanikła kultura śmierci rozumiana poważnie, a nie wyłącznie jako pejoratyw lokowany w kontekstach aborcyjnych. Zwróciłam się z prośbą o wypowiedź do Grażyny Pawlak, doktor literaturoznawstwa z Instytutu Badań Literackich:

Mam poważne wątpliwości czy kultura śmierci we wcześniejszych okresach była rzeczywiście wyższa. Owszem, z pewnością inna. Śmierć od zawsze budziła lęk i stosownie do tych emocji była nazywana mniej lub bardziej eufemistycznie. Już w psalmach biblijnych nazywano ją „doliną mroku" (...). *Odkrywanie coraz głębszych tajników wiedzy medycznej pozwala na czasowe oddalenie widma śmierci. Być może wieczna ucieczka przed śmiercią stymuluje większość działań człowieka? Dawniej śmierci rzucano wyzwanie, dzisiejsza cywilizacja pozwala nam odgradzać się od niej. Oddajemy ciężko chorych, umierających pod opiekę wykwalifikowanego personelu. Nie widzimy i często nie chcemy widzieć ich samotności, bólu i odchodzenia* (...). *Uważam natomiast, że paradoksalnie współczesna cywilizacja zrobiła najwięcej w zakresie podniesienia kultury śmierci poprzez zmniejszenie lub niwelowanie bólu u umierających, tworzenie i prowadzenie hospicjów, zapewnienie chorym ciszy i spokoju. To, że odchodzenie nie odbywa się w zaciszu domowym, być może jest jakimś znakiem naszych czasów* – odpisała mi dr Grażyna Pawlak.

dokończenie na str. 29

REKLAMA

REKLAMA

Przychodzi lekarz do prawnika

Pytanie lekarza: Proszę o podanie podstawy prawnej dotyczącej zapewnienia posług religijnych chorym przebywającym w szpitalach, sanatoriach i domach pomocy społecznych resortu zdrowia i opieki społecznej. Czy nadal obowiązuje instrukcja nr 9/81 MZiOS z 9.09.1981 r.?

Odpowiedź prawnika: Instrukcja nr 9/81 ministra zdrowia i opieki społecznej nie obowiązuje. Podstawą wykonywania posług religijnych w szpitalach, sanatoriach, domach pomocy społecznej są następujące akty prawne:

1. Art. 53 ust. 2 Konstytucji – stanowi, iż prawo do wolności religijnej obejmuje prawo do korzystania z niej w miejscach, w których osoba wierząca się znajduje.

2. Art. 17 Konkordatu między Stolicą Apostolską i Rzecząpospolitą Polską z 23 stycznia 1998 r. (Dz. U. z 1998 r. nr 51, poz. 318) – stanowi o zapewnieniu warunków do wykonywania praktyk religijnych i korzystania z posług religijnych w zakładach opieki zdrowotnej i innych placówkach tego rodzaju. W stosunku do innych Kościołów kwestie te regulują poszczególne ustawy określające stosunek państwa do innych Kościołów i związków wyznaniowych. Ustawy te zawierają gwarancje spełniania praktyk religijnych przez wiernych.

opr. Katarzyna Lenczowska-Soboń

Pytanie lekarza: W myśl ustawy o świadczeniach zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych przez określenie świadczeniodawca rozumiemy:
a) zakład opieki zdrowotnej wykonujący zadania określone w jego statucie, grupową praktykę lekarską, grupową praktykę pielęgniarek lub położnych, osobę wykonującą zawód medyczny w ramach indywidualnej praktyki lub indywidualnej specjalistycznej praktyki,
b) osobę fizyczną inną niż wymieniona w lit. a, która uzyskała fachowe uprawnienia do udzielania świadczeń zdrowotnych i udziela ich w ramach wykonywanej działalności gospodarczej.
Jeśli osoba fizyczna wykonuje zawód lekarza jako działalność gospodarczą pod postacią NZOZ-u, to kogo należy uznać za świadczeniodawcę: NZOZ, właściciela czy oba podmioty?
Czy urlop właściciela należy rozumieć jako przerwę w udzielaniu świadczeń przez świadczeniodawcę, skoro NZOZ dalej funkcjonuje i pracują inni lekarze?

Odpowiedź prawnika: W przypadku niepublicznego zakładu opieki zdrowotnej stroną umowy (świadczeniodawcą) z Funduszem jest jego organ założycielski. Najczęściej jest nim osoba fizyczna, spółka cywilna (wszyscy wspólnicy) i spółka z ograniczoną odpowiedzialnością. To nie niepubliczny zakład opieki zdrowotnej, ale właśnie jego organ założycielski posiada osobowość prawną i jest uprawniony do zawierania umów z NFZ.

Ustosunkowując się do kwestii urlopu, należy stwierdzić, iż urlop właściciela NZOZ, zatrudniającego innych lekarzy, nie ma związku (a przynajmniej nie powinien) z funkcjonowaniem placówki i udzielaniem świadczeń w ramach umowy z Funduszem.

W myśl Kodeksu pracy (Dz. U. nr 21, poz. 94 ze zmian.) osoba fizyczna prowadząca działalność gospodarczą nie jest pracownikiem w rozumieniu art. 2 k.p., zatem nie podlega przepisom regulującym kwestie związane z urlopem wypoczynkowym. Lekarz prowadzący niepubliczny zakład opieki zdrowotnej, zatrudniający pracowników, jest pracodawcą (art. 3 k.p.), i to on (pracodawca) jest odpowiedzialny za organizację pracy umożliwiającą realizację ustawowego obowiązku wobec pracowników, jakim jest zaplanowanie i udzielenie urlopu wypoczynkowego.

Niemniej rozwiązania przyjęte w załączniku do rozporządzenia ministra zdrowia z 6 października 2005 r. „Ogólne warunki umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej", § 9 ust. 2 (Dz. U. nr 197, poz. 1643) umożliwiają zaplanowanie przerwy w udzielaniu świadczeń, jeżeli oczywiście jest taka konieczność. Warunkiem jest powiadomienie na piśmie oddziału wojewódzkiego NFZ, z wyprzedzeniem nie krótszym niż 30 dni i wskazanie okresu trwania planowanej przerwy. Przerwa w udzielaniu świadczeń wymaga zgody dyrektora oddziału wojewódzkiego Funduszu, przy czym brak sprzeciwu, w terminie 14 dni od otrzymania powiadomienia, oznacza zgodę – forma najczęściej praktykowana. Powyższe rozwiązanie znajduje zastosowanie w sytuacji braku zastępstwa określonego specjalisty.

Innym rozwiązaniem jest powiadomienie Funduszu na piśmie o planowanym urlopie osoby wykazanej w załączniku do umowy „Wykaz osób udzielających świadczeń", z jednoczesnym wskazaniem osoby pełniącej zastępstwo na czas planowanego urlopu.

opr. Katarzyna Słodka

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

Baza medycyny praktycznej

Aleksander Tulczyński

Aby sprostać obowiązkowi stałego uzupełniania wiedzy, lekarze potrzebują nowoczesnych narzędzi umożliwiających wyselekcjonowanie jedynie pożytecznych i wiarygodnych źródeł informacji medycznej do praktycznego wykorzystania przy łóżku chorego.
Firma EBSCO, USA, jeden z największych dostawców informacji medycznej na świecie oferuje w ramach promocji do 31.12.2007 r. bezpłatny dostęp do bazy DynaMed z zakresu medycyny praktycznej wszystkim instytucjom medycznym i lekarzom w Polsce w celu jej przetestowania.

Główna Biblioteka Lekarska posiada dostęp testowy do bazy DynaMed, cieszący się dużym zainteresowaniem lekarzy praktyków. Możliwość korzystania testowego z bazy DynaMed dla indywidualnego lekarza lub instytucji medycznej można uzyskać m.in. przez witrynę GBL – www.gbl.waw.pl. Zamieszczono tam również instrukcję logowania i korzystania z bazy DynaMed.

DynaMed jest bazą z zakresu medycyny praktycznej (medycyny opartej na dowodach naukowych) i została stworzona przez lekarzy dla lekarzy. Jej twórcą jest doktor nauk medycznych Brian S. Alper, który opracował ją wraz z zespołem specjalistów.

Baza jest nowoczesnym narzędziem pozwalającym na szybki dostęp do wiarygodnych źródeł informacji medycznej. Została stworzona w oparciu o doświadczenia, iż metoda podręcznikowa nie jest wystarczającą pomocą dla lekarzy w szybkim znalezieniu informacji opartej na zweryfikowanych, wiarygodnych i aktualnych dowodach.

Dowody naukowe są kwalifikowane według systemu 3 poziomów:
- Poziom 1 – najbardziej wiarygodne dowody,
- Poziom 2 – średni poziom dowodów,
- Poziom 3 – brak bezpośrednich dowodów.

DynaMed zawiera opisy przypadków klinicznych z blisko 2000 grup tematycznych. Monitoruje 500 czasopism naukowych.

Baza DynaMed jest używana przez uczelnie medyczne, szpitale, lekarzy opieki podstawowej, lekarzy specjalistów, klinicystów i inne osoby związane ze służbą zdrowia. Streszczenia kliniczne są łatwe do przeszukiwania i pozwalają na szybkie znalezienie odpowiedzi na pytania lekarzy, specjalistów, wykładowców, bibliotekarzy medycznych, a także pielęgniarek i farmaceutów.

Z pewnego punktu widzenia baza DynaMed może być uważana za wspólnotę uczonych. Użytkownicy są zachęcani do wnoszenia własnego wkładu naukowego do bazy stając się recenzentami, a uczelnie medyczne mogą zachęcać nowe pokolenia naukowców do przekazywania do bazy doniesień naukowych po zrecenzowaniu ich przez doświadczonych uczonych nauk medycznych. Praktykujący lekarze klinicyści i specjaliści w określonych dziedzinach mogą również przyczyniać się do rozwoju bazy poprzez tworzenie nowych grup tematycznych. Spójny model streszczeń pozwala na szybkie wyszukanie i co ważniejsze znalezienie informacji w miejscu podejmowania decyzji klinicznych, niezależnie czy jest to łóżko szpitalne czy gabinet lekarski.

Stwierdzić zgon

dokończenie ze str. 27

Podsumowanie

Z naszej pracy czerpiemy wiele satysfakcji. Witamy ludzi przy narodzeniu, towarzyszymy w najważniejszych i najtrudniejszych chwilach życia, pomagając w powrocie do zdrowia. Gdy życie dobiega kresu i przy tym jesteśmy. W naszym kraju nikt poza lekarzem nie może stwierdzić zgonu. Jest to procedura trudna, odpowiedzialna, angażująca z oczywistych powodów niezwykle silne emocje wielu osób. Dlatego konieczne jest rzetelne nauczanie wszystkich adeptów naszego zawodu także i tego lekarskiego obowiązku. Aby mu sprostać, lekarz musi być odpowiednio przygotowany i świadom procedur, które bezwzględnie musi wykonać w każdym przypadku. Wszyscy bowiem jesteśmy nie tylko śmiertelnymi, ale i omylnymi ludźmi.

krystyna.knypl@compi.net.pl

REKLAMA
REKLAMA

Izby przed Trybunałem

Zygmunt Wiśniewski

Sądy izb lekarskich poniosły w latach 1926-1928 dotkliwą porażkę w Najwyższym Trybunale Administracyjnym.

W trybie odwoławczym do Trybunału trafiły prestiżowe dla izb lekarskich sprawy sprowokowane polityką kas chorych. Sprytni prawnicy potrafili dowieść, że sądy izbowe, także Sąd Naczelnej Izby Lekarskiej, każąc swych członków za łamanie solidarności zawodowej – postępowały wbrew literze i duchowi ustaw o wykonywaniu zawodu lekarza i o izbach lekarskich.

Ta przegrana przed NTA postawiła pod znakiem zapytania cały dorobek dwóch kadencji Naczelnej Izby Lekarskiej (1923-1925 oraz 1926-1928). Prezesem NIL w tych latach był Jan Bączkiewicz, przewodniczącym Sądu NIL Adolf Kozerski, a bardzo aktywnym zastępcą przewodniczącego Antoni Śmiechowski. Obaj byli znanymi lekarzami stołecznymi, członkami Naczelnej Izby Lekarskiej.

***Jan Bączkiewicz**, znany warszawski lekarz pediatra był przewodniczącym Naczelnej Izby Lekarskiej dwóch pierwszych kadencji (1923-1925 oraz 1926-1928). Piastował wiele funkcji w organizacjach lekarskich; był m.in. prezesem Stowarzyszenia Lekarzy Polskich oraz prezesem Głównego Zarządu Związku Lekarzy Państwa Polskiego. Poważany i nagradzany za zasługi społeczne.*

***Adolf Kozerski**, znany warszawski lekarz dermatolog, był prezesem Sądu Naczelnej Izby Lekarskiej. Sąd NIL pełnił funkcje odwoławcze. Sprawy, o których mowa w artykule, nie trafiły do tej instancji – wcześniej zostały uchylone przez MSW lub NTA. W dostępnych źródłach brak informacji o stosunku członków Sądu NIL do opisanych wydarzeń.*

***Antoni Śmiechowski**, znany chirurg pediatra w warszawskim szpitalu dla dzieci, konsultant w innych szpitalach warszawskich. W czasie wojny 1914-18 aktywny w Polskim Czerwonym Krzyżu. Na początku II Rzeczypospolitej uczestniczył w sądzie koleżeńskim Stowarzyszenia Lekarzy Polskich. Członek Naczelnej Izby Lekarskiej, wiceprezes Sądu NIL.*

Procedury odwołań od wyroków sądów izb lekarskich (terenowych) były już w swej istocie prawnej zadziwiające – odwołania kierowane były początkowo do Najwyższego Trybunału Administracyjnego, a później do Departamentu V Służby Zdrowia MSW. Okazało się bowiem, że do uchylenia wyroku sądu izby lekarskiej wcale nie jest potrzebny sąd. Wystarczy urząd – Departament Służby Zdrowia MSW – ponieważ sprawuje on „nadzór zwierzchni" nad izbami lekarskimi. Argumentacja była zadziwiająco logiczna: skoro MSW sprawuje nadzór zwierzchni nad izbami lekarskimi, to sprawuje go także nad sądami izb lekarskich. Wyroki sądów izb lekarskich mogą więc być uchylane bez udziału sądów, przez Ministerstwo Spraw Wewnętrznych, a w ramach MSW przez Departament Służby Zdrowia, a w ramach departamentu – tego można się już tylko domyślać – przez urzędnika nieokreślonej rangi.

Sądy izb lekarskich zostały w ten sposób zdegradowane do rangi sądów honorowych i polubownych, a izby lekarskie pozbawione funkcji represyjnych wobec niesubordynowanych członków.

*

Wszystko zaczęło się w 1924 r. od mało znaczącej sprawy lekarzy więziennych w Krakowie. Otóż – w jednym z krakowskich więzień zatrudnieni byli na cząstkowych etatach dwaj lekarze, z których jeden otrzymywał wynagrodzenie w wysokości 72 zł, a drugi 60 zł miesięcznie. W sumie – otrzymywali 132 zł miesięcznie, a więc tyle, ile zarabiał wtedy wiejski listonosz. Lekarzy otrzymywane wynagrodzenie nie zadowalało i zażądali jego dwukrotnego podwyższenia. Prezes krakowskiego sądu potraktował żądanie lekarzy za zrzeczenie się posad i na ich miejsce zatrudnił lekarza z Lublińca na Śląsku, który zgodził się wykonywać obowiązki lekarza więziennego za pensję 132 zł miesięcznie. Trudno dociec na podstawie dostępnych dokumentów, jak widział swoją egzystencję lekarz z Lublińca, ponieważ za to wynagrodzenie nie miał szansy utrzymania się w Krakowie, ale to jest poza meritum sprawy.

Sprawa krakowskich lekarzy więziennych trafiła na łamy prasy i zainteresowała się nią izba lekarska. Naczelnik Krakowskiej Izby Lekarskiej zawiadomił pisemnie lekarza z Lublińca, że *ubieganie się na powyższych warunkach o posadę jest niedopuszczalne i nie licuje z godnością stanu lekarskiego, jako stanowiące „licytację in minus" i że postanowił przestrzec doktora z Lublińca przed przyjmowaniem posady lekarza więziennego bez uprzedniego porozumienia się z izbą lekarską, która ze swego ustawowego obowiązku musi stać na straży godności i interesów stanu lekarskiego.*

Nowo zaangażowany lekarz więzienny w Krakowie podporządkował się decyzji Krakowskiej Izby Lekarskiej i wypowiedział swój kontrakt. Prezes krakowskiego sądu uznał jednak, że został ograniczony w swych uprawnieniach i nadał sprawie bieg urzędowy, czyli – odwołał się do Ministerstwa Sprawiedliwości. Ministerstwo Sprawiedliwości interweniowało w Ministerstwie Spraw Wewnętrznych, któremu podlegała generalna Dyrekcja Służby Zdrowia, jako organ zwierzchni służby zdrowia, lekarzy, a także izb lekarskich.

I tu – w Ministerstwie Spraw Wewnętrznych – powzięto decyzję, która wstrząsnęła izbami lekarskimi.

MSW orzekło, że stanowisko Krakowskiej Izby Lekarskiej pozbawione jest mocy prawnej, *ponieważ obejmowanie stanowisk w służbie państwowej przez obywatela państwa nie może być w żadnym wypadku uważane za ubliża-*

jące godności, a w szczególności godności stanu lekarskiego.

Argumentacja MSW – wydawało się – wchodziła w zakres etyki zawodowej, której strzegły izby lekarskie, a rozstrzygnięcia w wątpliwych sprawach powinny zapadać w Naczelnej Izbie Lekarskiej. Krakowska Izba Lekarska, kierując się tymi racjami, odwołała się do Najwyższego Trybunału Administracyjnego. I tu usłyszała orzeczenie, które wytrąciło argumenty izbom, sądom izb lekarskich, samorządowi lekarskiemu, jego konstrukcji prawnej, i chyba samej zasadzie samorządności...

NTA, powołując się na literę ustawy o wykonywaniu praktyki lekarskiej z 2 grudnia 1921 r. oświadcza, że ustawa wprowadziła „władzę zwierzchnią", powołaną do kierowania wszystkimi sprawami dotyczącymi przedmiotu, i wskazuje, że władza ta przysługuje Ministerstwu Zdrowia, a po zmianach w administracji państwowej – Ministerstwu Spraw Wewnętrznych. Żeby nie było wątpliwości, NTA oświadcza, że *izby lekarskie mają być w stosunku do Ministerstwa Zdrowia (MSW) tylko organami współdziałającymi, co już tym samym uprawnia do twierdzenia, że we wszystkich wypadkach, gdzie nadzór władzy zwierzchniej ustawowo przewidziany został, nie może on być uzależniony od organów, obowiązanych do współdziałania, lecz przeciwnie – ma on prawo występować sam i decydować samodzielnie, bez potrzeby odwoływania się do wyższych instancji samorządowych.*

Celowo przytoczony tu cytat, napisany językiem prawniczym, nie pozostawia wątpliwości, że samorząd lekarski może działać tylko w ramach wytyczonych przez administrację państwową. Mało tego, prawnicy NTA poszli jeszcze dalej – zdewaluowali władzę zwierzchnią Naczelnej Izby Lekarskiej.

Ministrowi Zdrowia Publicznego przysługuje nadzór zwierzchni nie tylko nad Naczelną Izbą Lekarską, stanowiącą II instancję, lecz również i nad poszczególnymi izbami... Minister Zdrowia Publicznego ma prawo uchylać nieprawidłowości poszczególnych izb i wstrzymywać wykonanie ich uchwał, niezgodnych z ustawą lub też przekraczających ich zakres działania... Naczelna Izba Lekarska jest instytucją odwoławczą tylko w razie spraw wynikających pomiędzy poszczególnymi izbami a należącymi do nich lekarzami, lub też pomiędzy poszczególnymi izbami miedzy sobą, bynajmniej zaś nie przewiduje odwołań ze strony władzy nadzorczej.

Tak to ze sprawy 132 zł, czyli pensji wiejskiego listonosza, powstała konstrukcja prawna niwecząca zasadę i ideę samorządu lekarskiego. Cytowany wyrok został wydany przez NTA 23 lutego 1926 r., nie można więc podejrzewać, że na jego treść miały wpływ wypadki majowego zamachu stanu i następująca po nim centralizacja władzy wykonawczej. W dostępnej literaturze brak też polemiki prawnej z tym orzeczeniem.

Po tym wyroku naczelnicy izb lekarskich musieli zadać sobie pytanie – co więc pozostało w kompetencji samorządu lekarskiego. Chyba dbałość o sprawy etyczne? Chyba sądy izb lekarskich? Ale – czy na pewno?

Okazało się, że wcale nie. Cytowany wyrok NTA odbiera izbom lekarskim także prawo decydowania o sprawach etycznych środowiska.

Władza nadzorcza ma prawo decydować, czy izba lekarska nie przekroczyła zakresu działania również i w tych wypadkach, kiedy wchodzi w grę kwestia merytorycznego orzekania w sprawach zawodowej etyki lekarskiej, w szczególności, kiedy chodzi o wykazanie, że izba lekarska zajęła w tym przedmiocie i zakresie stanowisko zasadniczo błędne, przy czym samo orzekanie w sprawach etyki zawodowej, zarówno jak i określanie jej zakresu, jako nie objęte żadnymi normami, należy do swobodnego uznania czynników, powołanych do orzekania, oraz do władzy, uprawnionej do wykonywania nadzoru.

Wyrok NTA odebrał więc izbom lekarskim także prawo wyłączności w orzekaniu o wykroczeniach etycznych swoich członków, przypisując to prawo władzy, czyli urzędnikom ministerstwa. Nie można jednak nie zauważyć, że w tej części sentencji wyroku wskazano, iż orzekanie o sprawach etycznych nie jest „objęte żadnymi normami." Ten brak norm, na który wskazuje wyrok – to brak powszechnego, obowiązującego wszystkie izby lekarskie kodeksu etycznego i deontologicznego. Kodeks taki miała Lwowska Izba Lekarska jeszcze z czasów austriackich. Od niej normy deontologiczne przejęła krakowska (wg dawnego nazewnictwa Zachodnio Galicyjska Izba Lekarska). Natomiast Naczelna Izba Lekarska, dla której powinno to być zadanie podstawowe, nie podjęła nawet prac nad stworzeniem kodeksu deontologicznego. Lukę tę, dobitniej – zaniedbanie, bezlitośnie obnaża i wykorzystuje NTA. A wskazując na administrację, na wła-

dokńczenie na str. 33

REKLAMA

REKLAMA

Bądź przyjacielem swojego serca!

24 września 2006 – Światowy Dzień Serca

Czy wiesz, że pracę, która jest wykonywana przez serce w ciągu całego życia człowieka, można porównać z wytworzeniem energii potrzebnej do wzniesienia na orbitę okołoziemską sztucznej satelity? A każdego dnia serce pompuje krew do naczyń krwionośnych o długości 90 tys. km?

„Przewodnik po sprawach sercowych"
dr n. med. Artur Hartwich
Dyrektor Małopolskiego Oddziału Narodowego Funduszu Zdrowia

24 września wraz z mieszkańcami 120 krajów na całym świecie obchodzić będziemy Światowy Dzień Serca. Już po raz piąty w Warszawie Polskie Towarzystwo Kardiologiczne przy współudziale Biura Promocji m.st. Warszawy organizuje uroczyste obchody. Tym razem impreza odbędzie się na Polach Mokotowskich.

Polska należy do krajów o najwyższym wskaźniku umieralności z powodu chorób układu krążenia. Prawie 50 % osób umiera z tej przyczyny. Najlepszym sposobem walki z chorobami jest profilaktyka. Liczne badania przeprowadzone przez instytuty medyczne wskazują na niski poziom wiedzy Polaków na ten temat.

Dlatego obchody Światowego Dnia Serca w Polsce to przede wszystkim okazja do przeprowadzenia akcji edukacyjnej. W tym roku motto przewodnie brzmi: Jak młode jest Twoje serce? Okazuje się, że serce nie musi się starzeć z upływem lat. Jeśli dbamy o kondycję fizyczną, zwalczamy nałogi, stosujemy odpowiednią dietę i minimalizujemy stres, to nasze serce długo będzie młode.

Promować zdrowy tryb życia w czasie imprezy będą znani goście – autorytety medyczne, dziennikarze, artyści, sportowcy. W programie dnia każdy będzie mógł znaleźć coś dla siebie. Przygotowane będą atrakcje dostosowane do każdej grupy wiekowej – dzieci, młodzieży i dorosłych. Imprezie będą towarzyszyły występy artystów, muzyków, konkursy dla dzieci.

Oprócz części rozrywkowej przewidziano również miejsce na działania *stricte* medyczne. Chętni będą mogli zrobić badania w punktach konsultacyjnych (zmierzyć ciśnienie, poziom cholesterolu, zrobić EKG).

W obchodach Dnia Serca będą mogli wziąć również udział mieszkańcy Kaszub i Pomorza, a za pośrednictwem telewizji wszyscy rodacy. W dniu 8 października 2006 odbędzie się w Chojnicach ogólnopolska, centralna impreza poświęcona temu tematowi.

Bieżące informacje o wydarzeniu na stronie **www.bcmfd.pl**

Kontakt: **Izabela Kałużna, BCMFD media communications**, tel.**022-622-89-45**, email: **izabela.k@bcmfd.pl**

SERVIER Odkrycia dające nadzieję
Plus
Flora pro·activ
BC MFD MEDIA COMMUNICATIONS
polpharma
TOWARZYSTWO KARDIOLOGICZNE POLSKIE

Zjazdy koleżeńskie

Wydział Lekarski AM w Gdańsku, rocznik 1958
Przygotowujemy **w 2008 r.** spotkanie z okazji 50 rocznicy absolutorium. Zbieramy informacje o kolegach do pamiątkowej kroniki. Proszę o przesyłanie informacji o sobie, kolegach (także zmarłych); brakuje nam aktualnych adresów. ***Bogumił Przeździak, ul. Lęborska 16, 80-387 Gdańsk,*** *e-mail:* ***bop@plusnet.pl***

Absolwenci PAM, rok 1971
Z okazji XXXV-lecia spotykamy się w dniach **6-8.10.br. w Piaskach k. Wolina**. *Kontakt:* ***Ilona Twardochleb-Mędzin****, tel.* ***695-605-783****;* ***Lidia Grzegorek****, tel.* ***602-252-813****;* ***Maria Ilnicka-Mądry****, e-mail:* ***ammadry@poczta.onet.pl***

Wydział Lekarski Katowicki ŚLAM, rok 1986
Spotkanie koleżeńskie z okazji 20 rocznicy uzyskania dyplomu lekarza medycyny, w dn. **3-5.11.br., Hotel „Stok" w Wiśle-Jaworniku**. Koszt pobytu: - biesiada, bankiet, dwa noclegi (3-5.11) 350 zł, – bankiet, nocleg (4-5.11) 200 zł. Wpłaty na konto: Hotel Stok, 43-460 Wisła, ul.Jawornik 52a ING Bank Śląski o/Wisła 97 1050 1096 1000 0001 0108 6080 z adnotacją Zjazd Absolwentów, do 30.09.br. *Informacje i zapisy:* ***www.zjazd20.cba.pl****;* ***Magda Bieszczanin (Cywińska)****, tel.:* ***0602-422-782****;* ***Małgorzata Klimza (Noszczyk)****, tel.:* ***0601-488-383****.*

Zjazdy koleżeńskie w Internecie www.absolventus.pl
Serwis pomoże Państwu zorganizować zjazd absolwentów.
Przyjazny układ i ergonomiczna budowa umożliwiają szybkie wyszukanie informacji oraz dodanie informacji o nowym zjeździe.

90 lat Pogotowia w Lublinie

W związku z obchodami 90-lecia Pogotowia Ratunkowego w Lublinie **prosimy o przekazanie lub udostępnienie pamiątek** (fotografie, odznaczenia, dokumenty itp.). Mile będą widziane informacje (również w formie ustnej) o szczególnych osobach, wydarzeniach oraz ciekawostkach dotyczących życia i historii obu jednostek: Pogotowia Ratunkowego i Kolumny Transportu Sanitarnego w Lublinie z minionego okresu.

Zwracamy się również z prośbą do wszystkich osób związanych z pracą Pogotowia Ratunkowego w Lublinie o zgłaszanie okresów pracy (z podaniem stanowiska) w WSPR pisemnie na adres: **ul. Spadochroniarzy 8, 20- 043 Lublin**, przez Internet na adres e-mail: **zampubliczne@wsprits.lublin.pl**, telefonicznie lub osobiście.

Kontakt: Agnieszka Bochniarz,
tel. 0-81-536-71-97 wew. 234,
ul. Spadochroniarzy 8 (piętro I, pok. 118)

Izby przed Trybunałem

dokończenie ze str. 31

dzę – widocznie nie musi zastanawiać się, skąd urzędnicy będą czerpali wiedzę, wzorce i doświadczenie.

Sprawa – przypomnijmy – zaczęła się od protestu krakowskich lekarzy więziennych. Od początku w jej pomyślne dla lekarzy i samorządu lekarskiego załatwienie zaangażowana była Krakowska Izba Lekarska. Być może izba krakowska nie kusiłaby dalej losu, czyli nie prowokowałaby kolejnych dobitnych orzeczeń NTA, gdyby nie druga sprawa, która rozgrywała się równolegle również w Krakowie.

Sąd Krakowskiej Izby Lekarskiej, uwzględniając pozew Związku Lekarzy Państwa Polskiego (Okręg Małopolski i Śląska), postawił trzem lekarzom zarzut niehonorowego zachowania, ponieważ przyjęli państwowe posady lekarskie bez konsultacji z organami ZLPP. Pozwani lekarze, nie czekając na wyrok sądu izbowego, odwołali się do Ministerstwa Spraw Wewnętrznych (jako władzy zwierzchniej), które wstrzymało postępowanie przed sądem izby lekarskiej. Z kolei Krakowska Izba Lekarska, wspierając się autorytetem profesora Reinholda, odwołała się do NTA.

Wyrok był dla Krakowskiej Izby Lekarskiej, a tym samym dla wszystkich izb lekarskich, nie wykluczając NIL, druzgocący. Najwyższy Trybunał Konstytucyjny orzekł mianowicie, że pojęcie „władzy zwierzchniej" (państwowej) obejmuje także sądy izb lekarskich, i że „władza zwierzchnia" (państwowa) ma prawo uchylać wyroki sądów izb lekarskich.

Sąd – stwierdzał wyrok NTA – *jest tylko organem Izby Lekarskiej... Z tego już więc ustalenia wynika, że sąd nie jest czymś zupełnie samodzielnym i odrębnym, lecz przeciwnie – jest tylko organizacją, wyłonioną przez samą Izbę Lekarską celem łatwiejszego osiągnięcia przez tę ostatnią jednego z zakreślonych jej przez ustawę zadań, wobec czego jest wprost nie do pomyślenia nadzór nad całokształtem działalności Izby Lekarskiej przy jednoczesnym wyłączeniu spod tego nadzoru działalności jednego z organów wykonawczych, któremu powierzona została najważniejsza funkcja w działalności samorządowej, bo ustalająca sankcję dla wszelkich zarządzeń tej organizacji.*

Dla podkreślenia dobitności swego wyroku NTA stwierdza: *Sądy korporacyjne są tylko jednym z organów władzy wykonawczej, z czego zatem wypływa, że w działalności swej podlegać muszą nadzorowi władzy wykonawczej, jako organu zwierzchniego.*

Zadaniem pierwszorzędnym i podstawowym prawników pracujących na rzecz izb lekarskich byłoby krytyczne odniesienie się do orzeczeń Najwyższego Trybunału Administracyjnego. Ci nie podjęli tego wyzwania. Odwrotnie – mec. W. Tomorowicz, radca prawny NIL orzekł, że NTA ma rację. Zarządowi pozostało więc tylko podpisać się pod kapitulacją.

Akt kapitulacji przybrał formę pisma NIL do Departamentu V Służby Zdrowia MSW, w którym, niestety, autorzy nie radzą sobie z upokorzeniem.

Jeżeli w administracji państwowej prawo upoważnia odnośne władze przez ustawy do upominania się o krzywdę podległych władzom osobników, to i stan lekarski posiada w Izbach odnośną władzę nadzorczą, której obowiązkiem jest wprowadzać porządek sprawiedliwości w postępowaniu członków Izb. Izby pociągają do odpowiedzialności tych członków Izb, którzy stają w poprzek wymaganiom etyki, w tym przekonaniu, że zdrowie publiczne nie wymaga ustępstw z zasad etyki.

Dlatego Izby nie mogą uważać za uzasadniony zarzut, jakoby miały nie współdziałać z urzędami państwowymi w sprawach zdrowia publicznego, a zawieszanie wyroków Sądów ferowanych wszak nie w imię bojkotu posad rządowych, a w imię zasad słuszności i sprawiedliwości przyczyni się do podrywania autorytetu Izb wśród ogółu lekarskiego.

Trudno z tego pisma wybrać fragmenty, w których meritum górowałoby nad formą tyrad słownych.

Pismo nie przysłoniło wrażenia kompromitacji władz Naczelnej Izby Lekarskiej dwóch pierwszych kadencji.

Na szczęście zbliżały się wybory, które przyniosą zdecydowane rozstrzygnięcia personalne. W Naczelnej Izbie Lekarskiej nastanie czas Witolda Chodźki, Władysława Szenajcha i Mieczysława Michałowicza, który będzie obfitował w znaczące dokonania.

W artykule wykorzystano wyroki NTA nr 882 i 1082 oraz tekst pisma NIL do MSW ze stycznia 1928 r.).

REKLAMA

REKLAMA

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

Dolnośląska Szkoła **Ultrasonografii**
(nr w rej. DIL 24A/PSz/A/2005), ul. Śniadeckich 10, 51-604 Wrocław, tel./faks: 071-348-39-66, tel. 606-350-328, www.usg.webd.pl zaprasza na **szkolenia z diagnostyki USG i cytodiagnostyki.**

Mazowiecka Szkoła **Ultrasonografii**. Kursy praktyczno-teoretyczne w 2006 r.:
- **7-9.09.** ***Diagnostyka ultrasonograficzna w urologii***
- **28-30.09.** ***Echokardiografia dorosłych***
- **19-21.10.** ***Ultrasonografia w ginekologii i położnictwie***
- **9-11.11.** ***Echokardiografia płodowa*** – dla początkujących
- **23-25.11.** ***Ultrasonografia w ginekologii i położnictwie*** – warsztaty

Prawo do pkt. edukac. IL. Informacje i zapisy: 09-400 Płock, ul. Kwiatka 39/1, tel./faks 024-264-36-07, 0601-345-372, 0600-051-957, www.mszu.pl lub e-mail: mazowiecka@mszu.pl

Mazurska Szkoła **USG** i **Ginekologii**
- **10-15.09. Pisz,** ***Diagnostyka ultrasonograficzna w ginekologii i położnictwie*** – kurs podstawowy,
- **5-8.10. Wierzba,** ***Diagnostyka kolposkopowa*** - kurs dla zaawansowanych,
- **19-22.10. Wierzba,** ***Endokrynologia praktyczna dla ginekologów*** cz. I,
- **20-25.11. Wierzba,** ***Ultrasonografia w ginekologii i położnictwie*** – kurs dla zaawansowanych

Zgłoszenia: Mazurska Szkoła USG i Ginekologii, ul. Leśna 18 ,12-200 Pisz, woj. warmińsko-mazurskie, tel./faks: 087-423-36-57, e-mail: usg@usg.pisz.pl. Informacje: Katarzyna Alicka, tel. 0504-075-804

- **15-17.09.06 r.** Warszawa. V Zjazd PT **Med. Rodzinnej**. Informacje: spec. ds. konf. Natalia Łabowska, e-mail: Natalia.labowska-@symposion.pl, Symposion, 60-870 Poznań, Rynek Jeżycki 1, tel. 061-662-80-21, 506-082-429

- **23.09.06 r.** Ciechocinek. Szkolenie jednodniowe: ***Diagnostyka i leczenie dysfunkcji układu ruchowego narządu żucia***. Organizator: Ośrodek Leczenia Dysfunkcji **Narządu Żucia** z Gliwic oraz Włocławskie Stow. Lekarzy Stomatologów, pod patronatem Kuj.-Pom. OIL. Informacje i zgłoszenia: www.stomatologia.edu.pl, tel. 054-231-51-57, 054-231-04-16

- **23.09.06 r.** Łódź. Firma „Dr Mirosław Mrozowski" (wpis do rej. podm. prow. dosk. zaw. lek. i lek. dent. nr 59-000034/2005) zaprasza na wykład: ***Periodontologiczne przygotowanie pacjenta*** **protetycznego** – ***realia i wyzwania.*** Punkty edukacyjne. Wpłata 250 zł, konto 171240 1545 1111 0000 1165 4083. Informacje: tel./faks 042-684-41-76, tel. 0602-797-513, e-mail: miroslaw.mrozowski@wp.pl

- **23.09.-1.10.06 r.** **Total English** – szkolenie dla lekarzy z elementami pisania zawodowego CV i rozmowy rekrutacyjnej. Informacje: Szkoła Języka Angielskiego EUROlink www.eurolink.edu.pl, tel. 081-740-88-81, eurolink@eurolink.edu.pl

Wielkopolska Szkoła Diagnostyki Obrazowej. Praktyczne kursy **ultrasonograficzne** w **2006 r.**:
- **28.09.-1.10.** ***Echokardiografia***
- **5-8.10.** ***Ultrasonografia dopplerowska w neurologii*** *(w tym* ***TCD****)*
- **12-15.10.** ***Ultrasonografia jamy brzusznej***
- **18-21.10.** ***Ultrasonografia dopplerowska naczyń obwodowych (tętnice szyjne i kręgowe, układ tętniczy i żylny kończyn dolnych, aorta brzuszna)***
- **20-21.10.** ***Echokardiografia*** – kurs doskonalący
- **26-29.10.** ***Gruczoł piersiowy*** – podstawowy
- **24-26.11.** ***Narządy powierzchowne szyi (tarczyca, ślinianki, węzły chłonne)***
- **23-26.11.** ***Ultrasonografia w pediatrii*** (w tym ***przezciemiączkowa***)

Szkolenia dają prawo do pkt. edukac. IL. Nr konta: 92 1090 1362 0000 0000 3612 1908. Zapisy: Wlkp. Szkoła Diagnostyki Obrazowej, tel./faks 061-819-25-00, tel. 603-762-041, www.obraz.pl, e-mail:obraz@obraz.pl

- **29.09.2006 r.** Zamość. Dentech Rzeszów zaprasza na wykłady: 1. ***Zastosowanie w stomatologii kompozytów wzmacnianych włóknem szklanym***, 2. ***Wybrane zagadnienia leczenia endodontycznego***, 3. ***Wybielanie nakładkowe (nocne) zębów z żywą miazgą***. Koszt: 220 zł - wpłaty do 17.09.br. Konto: 29 1540 1131 2070 6235 1702 0001. Informacje: Wojciech Olszewski, Dentech Rzeszów, tel. 017-852-36-09.

- **30.09.06 r.** Warszawa. Zakł. Fizjopatologii Oddychania Inst. Gruźlicy i Chorób Płuc, ul. Płocka 26 organizuje szkolenie: ***Spirometria – zasady prawidłowego wykonania i interpretacji wyników.*** Pkt. edukac. W przypadku zgłoszeń grupowych (minim. 15 os.) możliwość zorganizowania szkolenia w dodatkowych terminach. Koszt 300 zł/os. Informacje: 022-431-22-23, e-mail: fizpat@igichp.edu.pl

Program posiedzeń klinicznych w Instytucie „Pomnik-CZD", X 06-VI 07 r.
- **3.10.06 r.** ***Definiowanie i monitorowanie występowania nadwagi i otyłości w populacji wieku rozwojowego – problem zdrowia publicznego***. Zbigniew Kułaga, Zakład Zdrowia Publicznego
- **17.10.06r.** ***Analiza przyczyn ślepoty u dzieci w Polsce.*** Małgorzata Seroczyńska, Klinika Okulistyki
- **7.11.06 r.** ***Zespół metaboliczny u dzieci – definicje, obraz kliniczny, towarzyszące zaburzenia (np: stłuszczenia wątroby) skutki odległe.*** doc. Piotr Socha, doc. Mieczysław Litwin, Klinika Gastroenterologii, Hepatologii i Immunologii, Klinika Nefrologii, Transplantacji Nerek i Nadciśnienia Tętniczego
- **21.11.06 r.** ***Ciągłe pozaustrojowe natlenianie metodą ECMO w leczeniu niewydolności oddechowej i mechanicznym wspomaganiu krążenia u dzieci.*** dr Ireneusz Haponiuk, Klinika Kardiochirurgii
- **5.12.06 r.** ***Nefropatie wieku rozwojowego: steroidozależny i steroidooporny zespół nerczycowy***. prof. Ryszard Grenda, Klinika Nefrologii,Transplantacji Nerek i Nadciśnienia Tętniczego
- **19.12.06 r.** ***Wstępne rezultaty badania wieloośrodkowego nad programowaniem żywieniowym – CHOPIN***. dr Dariusz Gruszfeld, Klinika Patologii i Intensywnej Terapii Noworodka

Posiedzenia odbywają się w 1. i 3. wtorek miesiąca o godz. 13.30 w sali nr 119, blok F, I piętro w głównym budynku Instytutu. Dojazd autobusami nr 125, 525, 147, 359. Informacje w Dziale Organizacji Nauki i Szkoleń IPCZD, p. 106, tel. 022-815-11-32.

- **5.10.2006 r.** Fundacja Grupy TP i Akademia Pedagogiki Specjalnej im. M. Grzegorzewskiej w Warszawie zapraszają do udziału w I Międzynar. Konf. Nauk. programu – **Dźwięki Marzeń**: ***Interdyscyplinarna rehabilitacja dzieci z wadą słuchu w wieku od 0 do 3 roku życia.*** Informacje: www.aps.edu.pl

- **5-6.10.06 r.** Malinówka k. Ełku. Fundacja „ OTUlony w nadzieję..." wraz z Ośr. Terapii Uzależnień Stare Juchy k. Ełku, współorg. Pol. Agen. Rozw. Probl. Alkohol. zapraszają na ogólnopolską konferencję: **Uzależnienia u kobiet** – ***diagnodiagnoza, terapia, specyfika podejść terapeutycznych.*** Fundacja: KRS: 0000241460 NIP: 848-17-52-283, Regon: 280072258 PKO BP 54 1020 4724 0000 3002 0038 7399. Informacje: tel. 087-619-93-26, e-mail: fundacja@otu.pl, www.otu.pl

- **6-8.10.06 r.** Solina. SPZOZ im. Prof. A. Kępińskiego w Jarosławiu, Spec. Woj. w Zakr. **Psychiatrii** w woj. podkarpackim, Oddz. Rzeszowski PTP, Podkarpackie Stow. na Rzecz Rozwoju Psychiatrii „Zrozumieć i Pomóc Chorym Psychicznie" organizują Euroregionalną Konf. Nauk.-Szkol.: **XII Bieszczadzkie Dni Psychiatryczne**. Informacje i karta zgłoszeniowa: www.psychiatriapodkarpacka.org; dodatkowe informacje: Anna Śniegowska, SP ZOZ Jarosław, tel. 016-621-46-11 wew. 334

- **7.10.06 r.** Ciechocinek. Włocławskie Stow. Lek. **Stomatologów** organizuje, pod patronatem Kuj.-Pom. OIL, szkolenie: I***mplantoprotetyka***. ***Błędy lekarza dentysty i technika przy wykonywaniu protez osiadających i sposoby ich eliminacji***. Protetyka pooperacyjna. Informacje i zgłoszenia: www.stomatologia.edu.pl, tel. 054-231-04-16

Klinika **Neurologii** i **Epileptologii** IP-CZD w Warszawie. Kursy w **2006 r.**:
- **12-13.10.** Pod patronatem Zarz. Gł. PTND, IX Kurs Szkoleniowy: ***Postępy w diagnostyce i leczeniu chorób*** **układu nerwowego u dzieci**. Kurs zakończy sprawdzian i uzyskanie certyfikatu. Za udział przysługują pkt. edukac. Koszt: 110 zł. Zgłoszenie wraz z kserokopią wpłaty (na konto SAZ S.A. Biura Podróży First Class: Bank BRE S.A. O/W-wa 29 1140 1977 0000 2629 5300 1035) należy przesłać do 30.09.br. na adres: Biuro Podróży First Class, ul. Nowowiejska 5, 00-643 Warszawa, tel. 022-57-87-155, 022-578-71-56, 022-825-29-05, faks 022-825-95-81, e-mail: kongres@firstclass.com.pl
- **20-24.11.** Bezpłatny kurs doskonalący CMKP: **Fakomatozy - patogeneza**, ***diagnostyka i leczenie***. Zgłoszenia: Dział Organizacji Nauki i Szkoleń IP-CZD, Al. Dzieci Polskich 20, 04-730 Warszawa.

• **14.10.2006 r.** Łódź. II Katedra i Klinika Kardiologii UM w Łodzi oraz Fundacja Dar Serca i Fundacja dla Kardiologii zapraszają na II Konferencję **Postępy w kardiologii**: ***Nowoczesna diagnostyka kardiologiczna***, ***Zaburzenia funkcji tarczycy w chorobach układu krążenia***, ***Choroby układu oddechowego u pacjentów kardiologicznych***, ***Kardio-diabetologia i kardio-nefrologia***, ***Współczesna farmakoterapia***, ***Vademecum praktyka – rehabilitacja kardiologiczna***, ***Informacje z ostatniej chwili***. Uczestnicy uzyskają certyfikat oraz pkt. edukac. w ramach ustawicz. kształc. podypl. zgodnie z rozp. min. zdr. z 6.10.04 r. (Dz.U. nr 231, poz. 2326), a także pkt. edukac. PT Kardiologicznego i Tow. Internistów Pol. Zgłoszenia: CasusBTL, 02-737 Warszawa, ul. Niedźwiedzia 29b, tel. 061-830-40-67, +48 22-853-72-65, faks 061-830-30-25, www.postepywkardiologii.pl, e-mail: info@casusbtl.pl

Roztoczańska Szkoła **Ultrasonografii**. Kursy w **2006 r.**:

• **15-21.10.** ***Diagnostyka USG układu moczowo-płciowego: nerki, pęcherz moczowy, moszna, gruczoł krokowy – badania transrektalne***
• **3-5.11.** ***Postępy w diagnostyce ultrasonograficznej narządów szyi: ślinianki, tarczyca, przytarczyce, węzły chłonne, guzy tkanek miękkich, naczynia krwionośne.*** Kurs doskonalący
• **26.11.-2.12.** ***Kurs atestacyjny do certyfikatu PTU*** – ostatni wg dotychczasowych zasad
• **3-9.12.** ***Diagnostyka USG w ginekologii i położnictwie.*** Kurs doskonalący
• **3-9.12.** ***Diagnostyka USG w medycynie ratunkowej***

Informacje: na stronie www.usg.com.pl, tel. 084-638-80-90, 638-55-12

• **19.10.06 r.** Poznań. SPSzK nr 1 Przemienienia Pańskiego AM w Poznaniu i Stow. **Bono Serviamus** zapraszają na ***V Forum Szpitali Klinicznych***. Zgł. tematów wystąpień do 15.09.br. Informacje: www.sk1.am.poznan.pl, tel. 061-854-91-21. Patronat medialny „Gazety Lekarskiej".

• **20-22.10.06 r.** Katedra i Klinika Chorób Wewnętrznych **Pneumonologii** i **Alergologii** AM w Warszawie organizuje III Konf. Nauk.-Szkol.: ***Zakażenia Układu Oddechowego.*** Pkt. edukac. Koszt 200 zł. Informacje: tel. 022-599-25-62, 022-599-10-69, www.astma.prv.pl

• **16-18.11.06 r.** Ostrowiec Św. Stow. Polski Klub **Przepuklinowy** organizuje VII Spotkanie Polskiego Klubu Przepuklinowego, I Konf. Nauk.-Szkol.: ***Defekty powłok brzusznych-przepukliny pooperacyjne i ewentracje***, Work-shop: ***leczenie przepuklin pachwinowych*** (operacje on-line), ***Nowe technologie w chirurgii powłok brzusznych***. Informacje i zgłoszenia: www.zjazd.hernia.pl, e-mail: chirurgiaostr@wp.pl lub: Oddz. Chirurgii Ogólnej Szpital ZOZ Ostrowiec Św., ul. Szymanowskiego 11, 27-400 Ostrowiec Św.; Sekr. Konf.: tel. 041-247-80-00 wew. 202, 041-266-44-40 wew. 202, faks 041-247-80-50, e-mail: chirurgiaostr@wp.pl

• **2-9.12.06 r.** Busko-Zdrój. PTL **Medycyny Manualnej**. ***Medycyna manualna w leczeniu zespołów bólowych kręgosłupa i narządu ruchu.*** Kurs I st. dla lekarzy. Pkt. edukac. Informacje i zgłoszenia: Wydawnictwo Medyczne „NATURA", 25-502 Kielce, Paderewskiego 48 tel./faks: 0-41-344-70-69, www.natura.med.pl, e-mail: natura@natura.med.pl

• Agencja Konsultingowo-Edukacyjna Ordo Sp. z o.o. specjalizuje się w organizacji szkoleń i studiów podyplomowych skierowanych do sektora ochrony zdrowia. W ofercie znajdują się następujące szkolenia: ***- Studium marketingu i zarządzania jakością w jednostkach ochrony zdrowia***; ***- Zarządzania i finanse w ochronie zdrowia***; ***- Studium zarządzania i oceny technologii medycznych***; ***- Studium budżetowania i controllingu w jednostkach sektora ochrony zdrowia***, a także studia podyplomowe: ***Zarządzanie i finanse w ochronie zdrowia***. Szkolenia są w 100% finansowane z Europejskiego Funduszu Społecznego. Udział mogą wziąć pracownicy sektora ochrony zdrowia z terenów woj. podlaskiego i dolnośląskiego. Informacje i zapisy: Agencja Konsultingowo-Edukacyjna Ordo Sp. z o.o. ul. Elektryczna 1, 15-080 Białystok, tel. 085-732-22-03, biuro@ordo.info.pl, www.ordo.info.pl; Agencja Konsultingowo-Edukacyjna Ordo Sp. z o.o. Filia we Wrocławiu, ul. Armii Krajowej 8a/1, 50-541 Wrocław, tel. 071-336-00-47, biuro.wroclaw@ordo.info.pl

DIL zaprasza na cykl bezpłatnych szkoleń dla lekarzy ze środków UE

Projekt „**Program rozwoju kadr dolnośląskiej służby zdrowia**" zakłada bezpłatne przeszkolenie lek. i lek. dent. zatrudnionych w dolnośląskich placówkach medycznych. Rekrutacja rozpoczęła się 17.08. i trwa do czasu wyczerpania limitu miejsc. Tematyka szkoleń interpersonalnych: 1. ***Zarządzanie i organizacja w służbie zdrowia***, 2. ***Asertywność***, 3. ***Komunikacja interpersonalna (relacje z pacjentem)***, 4. ***Kształtowanie wizerunku lekarza***. Szkolenia językowe: 1. ***Język angielski z elementami słownictwa medycznego***, 2. ***Język niemiecki z elementami słownictwa medycznego***. Każdy uczestnik szkolenia weźmie udział w czteromies. bezpłatnym intensywnym kursie nauki jęz. obcego (54 godz. lekcyjne). Cykle szkoleniowe (szkol. komunikacyjno-interpersonalne + nauka jęz. obcego) odbywać się będą stopniowo po 4 mies. w każdym z 4 miast Dln. Śląska, tj. Legnica (10.2006-01.2007), Wałbrzych (01-04.2007), Wrocław (03-06.2007), Jelenia Góra (09-12.2007). Informacje: DIL, ul. Matejki 6, Wrocław, www.szkoleniadlalekarzy.pl, tel. 071-798-80-54, 071-798-80-50

• Koordynator Studium prof. S. H. Mackiewicz zaprasza na **Otwarte Studium Reumatologiczne** im. J. Strusia poświęcone współczesnym problemom reumatologii, pod patronatem OIL w Poznaniu, Kons. Kraj. ds. Reumatologii i Zarz. Gł. PT Reumatologicznego. Przewidziano wykłady i seminaria co 4-6 tyg. (wt, godz. 11.15) – sala konferencyjna II Oddz. Reumatologii, Poznań, ul. Winogrady 144. Informacje: sekr. Reumatologii I, ul. Szkolna8/12, 61-833 Poznań, tel. 061-858-57-56, e-mail: studiumreum@wp.pl

u.bakowska@gazetalekarska.pl

REKLAMA

REKLAMA

Lekarze mordercy, Boy i Nobel

Profesor Stanisław Sterkowicz podarował redakcji kilka swoich publikacji, które ukazały się w ostatnim czasie nakładem Oficyny Wydawniczej „Lega" we Włocławku. Świadczą one o bogatym dorobku piśmienniczym autora – znanego w swoim środowisku jako wzór lekarza, nauczyciela akademickiego, społecznika-Judyma, Polaka-patrioty.

Krąg tematów, w którym porusza się autor wiąże się ściśle z jego życiem zawodowym, charakterem społecznika, ale szczególnie ze wspomnieniem przeżyć wojennych, których odzwierciedleniem są publikacje o obozach koncentracyjnych w III Rzeszy Niemieckiej, ze szczególnym uwzględnieniem eksperymentów medycznych jakie były w nich dokonywane. Profesor dokumentuje ten okres na podstawie przeżyć własnych i żony oraz gromadzonych latami dokumentów. Książka „Kobiecy obóz koncentracyjny Ravensbrück" jest jedną z zaplanowanej serii popularnonaukowej zatytułowanej „Nie zapominamy – Polacy tam byli i ginęli!" poświęconej dziejom obozów koncentracyjnych, w których na więźniarkach dokonywano zbrodniczych doświadczeń medycznych. Dotychczas oprócz wymienionej publikacji ukazała się w tej serii pozycja „Obóz koncentracyjny Neuengamme", w przygotowaniu znajdują się: Auschwitz-Birkenau, Buchenwald, Dachau, Mauthausen-Gusen, Natzweiler-Struthof, Sachsenhausen.

Na uwagę zasługują: „Zbrodnie hitlerowskiej medycyny", „Lekarze mordercy spod znaku swastyki", „Jeśli echo ich głosów umilknie. Rzecz o terrorze hitlerowskim" i ostatnio wydana publikacja opracowana wraz z żoną Janiną Sterkowicz – lekarką: „Porzućcie wszelką nadzieję, którzy tu wchodzicie". Tytuł wzięty z napisu nad bramą piekieł „Nieboskiej Komedii" Dantego (*Lasciate ogni speranza, voi ch'entrate*). Część pierwszą publikacji stanowią wspomnienia żony profesora „królika doświadczalnego" w obozie kobiecym. Część druga jest wspomnieniem samego autora, który opisuje realia okupacji na terenie Generalnej Guberni, pracę przymusową w III Rzeszy Niemieckiej i drogę przez obozy koncentracyjne aż do wyzwolenia.

Książka ta zasługuje na szczególną uwagę nie tylko jako osobiste przeżycia tej tak bardzo doświadczonej pary, ale też dlatego, że oddaje charakter i ducha tych bardzo młodych wtedy ludzi, i budzi refleksje o tym pokoleniu pełnym energii, pozytywnych uczuć, zaangażowania w sprawy środowiska, silnej woli, uporu, który pomaga im zachować pomimo wszystko godność w warunkach, w których wielu jej nie zachowało. Te książki zawierają tak wiele ładunku historycznego, i wychowawczego, że wymagałyby szerszego rozpropagowania nie tylko w środowisku lekarskim czy regionalnym. Przegląd dorobku autora obejmuje też broszurę „Tadeusz Reichstein. Laureat Nagrody Nobla w dziedzinie fizjologii i medycyny", w której autor przypomina postać zasłużonego dla medycyny badacza sterydów, urodzonego we Włocławku i spędzającego w nim dzieciństwo, szwajcarskiego chemika Tadeusza Reichsteina.

Wśród publikacji autora szczególną pozycję zajmuje jego monografia o Tadeuszu Boyu-Żeleńskim zatytułowana „Człowiek-instytucja. Kronika życia i twórczości Tadeusza Boya-Żeleńskiego", która – trzeba to zaznaczyć – jest rozszerzoną wersją wydanej przed laty publikacji „Po prostu Boy". Monografia jest ukoronowaniem wieloletnich badań i co tu dużo mówić fascynacji autora postacią Boya – człowieka niezwykłej inteligencji, pracowitości, twórczego naukowo lekarza, którego akcje społeczno-publicystyczne poruszały całą Polskę, a przekłady z literatury francuskiej należały do kongenialnych. Książka jest jedną z ponad dwustu opracowań na temat tej nietuzinkowej postaci kultury polskiej pierwszej połowy XX w.

Publikacja profesora Sterkowicza uzupełnia wiedzę o działalności i osiągnięciach Boya jako lekarza i społecznika w okresie wzmożonej działalności zawodowej oraz odnosi się szczególnie do ostatnich dwóch lat życia pisarza we Lwowie i jego tragicznej śmierci. Wokół tego okresu i okoliczności śmierci narosło wiele nieporozumień i nieprawidłowości. Wiele faktów zostało zakłamanych ze względu na ówczesne warunki polityczne. Głos autora jest próbą odcięcia się od subiektywnych uprzedzeń i interpretacji prezentowanych w innych opracowaniach. A czyni to w oparciu o dokumenty i fragmenty zeznań świadków. Zdaniem autora dotychczasowe monografie nie są w stanie sprostać rzetelnej wiedzy jaką powinna zawierać informacja o tak nietuzinkowej postaci jaką był Tadeusz Boy-Żeleński.

W dorobek społeczny i zawodowy profesora wpisuje się jego 25-letnia działalność we Włocławskim Towarzystwie Naukowym, o czym dowiadujemy się z XXV Jubileuszowej Ogólnopolskiej Konferencji Kardiologicznej Włocławskiego Towarzystwa Naukowego, która odbyła się w dn. 17-18 czerwca 2005 r., a materiały opublikowane zostały w 2006 r. w opracowaniu „Postępy diagnostyki i terapii w kardiologii".

md

Zarząd Główny UPPL ogłasza Konkurs Literacki

Do udziału w Konkursie zapraszamy **lekarzy spoza Unii Polskich Pisarzy Lekarzy, którzy nie przekroczyli 40 roku życia**.

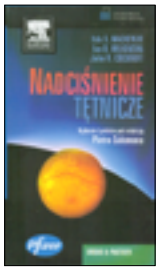
Prace literackie o dowolnej tematyce (utwory poetyckie lub prozatorskie) do trzech stron formatu A4, w trzech egzemplarzach, prosimy nadsyłać **do dnia 30 grudnia 2006 r.** pod adresem: **ZG UPPL, 93-005 Łódź, ul. Czerwona 3**.

Teksty powinny być podpisane wyłącznie godłem, natomiast w zaklejonej kopercie (oznakowanej tym samym godłem) należy dołączyć imię i nazwisko autora, jego adres i numer telefonu. **Rozstrzygniecie Konkursu nastąpi w lutym 2007 roku**, a o wynikach uczestnicy zostaną powiadomieni indywidualnie. Przewidywane są nagrody książkowe oraz dyplomy.

Oficjalne ogłoszenie wyników Konkursu i wręczenie nagród odbędzie się podczas **VII Ogólnopolskiej Biesiady Literackiej 2 marca 2007 r. w łódzkim Klubie Lekarza**. Do udziału w Biesiadzie będą zaproszeni wszyscy uczestnicy Konkursu, a w prasie lekarskiej zostaną zamieszczone relacje z tego spotkania.

Wydawnictwo Medyczne Urban & Partner
50-011 Wrocław, ul. Kościuszki 29, tel. 071-330-61-61, faks 071-330-61-60,
http://www.elsevier.pl, e-mail: info@urbanpartner.pl

Algorytmy diagnostyczne w praktyce lekarza rodzinnego (Ferri's Best Test)
Fred F. Ferri
wyd. I polskie pod red. **Andrzeja Steciwki**, Wrocław 2006, s. 380
Praktyczny i zwięzły przewodnik klinicznej diagnostyki laboratoryjnej oraz diagnostyki obrazowej zawiera informacje o zalecanych badaniach w określonych schorzeniach. Podzielony na 3 części: testy kliniczne, badania laboratoryjne, diagnostyka obrazowa i algorytmy diagnostyczne. Każde badanie obrazowe opisane wg schematu: wskazania, zalety, wady, uwagi (komentarze). Badania laboratoryjne wg schematu: nazwa badania lub parametru, zakres norm dla dorosłych, odchylenia od normy, przyczyny otrzymywania nieprawidłowych wyników. Publikacja przeznaczona dla studentów, stażystów, lekarzy praktyków i innych pracowników opieki zdrowotnej.



Nadciśnienie tętnicze
Ilsa S. Mackenzie, Ian B. Wilkinson, John R. Cockroft
wyd. I polskie pod red. **Piotra Salomona**, Wrocław 2006, s. 246
Publikacja stanowi aktualny przegląd nowoczesnych metod diagnostycznych i leczniczych uwzględniających również niefarmakologiczne leczenie ciśnienia i obejmuje całość problematyki nadciśnienia tętniczego. Tematy opracowane w formie przystępnej dla lekarzy praktyków i zgodnie z najnowszymi zaleceniami towarzystw kardiologicznych. Książka przeznaczona dla lekarzy rodzinnych.

Sekrety kardiologii interwencyjnej
Eduardo de Marchena, Alexandre C. Ferreira
seria ***Sekrety***
wyd. I polskie pod red. **Henryka Wysockiego**, Wrocław 2006, s. 404
Grupa autorów z czołowych ośrodków amerykańskich przekazuje swoje doświadczenia w zakresie inwazyjnych sposobów leczenia pacjentów z chorobami układu krążenia w formie pytań i odpowiedzi na najważniejsze zagadnienia.

Przypadki kliniczne z chorób wewnętrznych
z pytaniami zaczerpniętymi z praktyki klinicznej i wyczerpującymi komentarzami
Thomas Küttler (red.).
wyd. I polskie pod red. **Franciszka Kokota**, Wrocław 2006, s. 432
Publikacja zawiera charakterystykę przypadków chorobowych obejmującą wywiady, wyniki badania fizykalnego i badań pracownianych, rozpoznanie wstępne i różnicowe, powikłania i terapię. Każdy opis przypadku zakończony jest komentarzem, w którym główny nacisk położono na patofizjologię przedstawionego stanu chorobowego oraz podsumowanie najistotniejszych informacji zalecanych do zapamiętania przez czytelnika. Wszystkie przedstawione przypadki to chorzy, z którymi autor spotkał się w codziennej praktyce.

Atlas gastroenterologii klinicznej
Alastair Forbes, J.J. Misiewicz, Carolyn C. Compton, Marc S. Levine, M. Shafi Quraistry, Stephen E. Rubesin, Paul J. Thuluvath
wyd. I polskie pod red. **Leszka Paradowskiego**, Wrocław 2006, s. 360
Zadaniem atlasu jest dokładne przedstawienie prawidłowego i nieprawidłowego obrazu anatomicznego, histopatologicznego, endoskopowego i radiologicznego przewodu pokarmowego. Zawarte w atlasie informacje są łatwo dostępnym źródłem wiedzy na temat różnych aspektów funkcjonowania przewodu pokarmowego. Starannie opisano procedury i metody diagnostyczne oraz przedstawiono liczne obrazy endoskopowe.

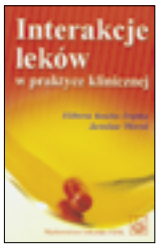
Ultrasonografia jamy brzusznej
Jane A. Bates
wyd. I polskie pod red. **Wiesława Jakubowskiego**, Wrocław 2006, s. 272
Monografia z zakresu ultrasonografii narządów jamy brzusznej. Należy do podstawowych książek z zakresu diagnostyki usg w skali światowej. Przeznaczona dla wszystkich diagnostów ultrasonografistów. Zaletą książki są liczne zdjęcia i schematy graficzne ilustrujące zarówno prawidłową anatomię ultrasonograficzną jak i poszczególne zmiany morfologiczne oraz tabele, w których zestawiono najważniejsze informacje diagnostyczne i kliniczne.

Radiologia stomatologiczna. Interpretacja badań
Robert P. Langlais
wyd. I polskie pod red. **Grażyny E. Wilk**, Wrocław 2006, s. 376
Podręcznik ilustrowany bardzo dobrymi jakościowo rycinami zawiera podstawy i interpretację zdjęć pantomograficznych oraz wewnątrzustnych, radiogramów z materiałami i ciałami obcymi, a także udokumentowane błędy jakie mogą się zdarzyć przy wykonywaniu zdjęć zębów oraz kości szczęk. Opisy przypadków klinicznych uzupełnione są pytaniami. Do pytań testowych zamieszczono rozwiązania.

Próchnica zębów. Choroba próchnicowa i postępowanie kliniczne
Ole Fejorskov, Edwina Kidol red.
wyd. I polskie pod red. **Urszuli Kaczmarek**, Wrocław 2006, s. 370
Obszerne opracowanie tematu podzielone na cztery podstawowe części: opis choroby, diagnoza, zapobieganie, leczenie zabiegowe oraz niezabiegowe. Zawiera 400 ilustracji, w tym wiele radiogramów i kolorowych fotografii. Obejmuje metody prewencyjne i kilka zabiegowych metod terapii jako ilustracje. Zawiera także analizę przypadków, odnosi się do kluczowych wyników badań naukowych. Przeznaczona dla studentów i lekarzy stomatologów-praktyków.

Ponadto nadesłano:

Systemy ochrony zdrowia w okresie transformacji. Polska.
Krzysztof Kuszewski, Christian Gericke
red. **Christian Gericke, Reinhard Busse**
wyd. **Państwowy Zakład Higieny**, Warszawa 2006, s. 116
Raporty Europejskiego Obserwatorium Systemów Zdrowotnych opisujące szczegółowo systemy ochrony zdrowia wdrażane, tworzenie reformy lub inicjatywy polityczne w poszczególnych krajach. Książka dotycząca Polski przygotowana przez krajowych ekspertów we współpracy z kierownikami badawczymi i personelem Observatory. W celu ułatwienia porównań pomiędzy krajami poszczególne publikacje przygotowywane są według schematu, który jest okresowo korygowany. Celem wydania serii jest dostarczenie odpowiednich informacji wspierających decydentów politycznych i analityków w dziedzinie rozwoju systemów opieki zdrowotnej w Europie. Obecne opracowanie odnosi się do stanu reform w grudniu 2005 r. i obejmuje dane z lat 2002-2005. Komentarze i sugestie dotyczące serii należy kierować na adres: info@obs.euro.who.int. Seria dostępna na stronie Observatory: www.euro.who.int/observatory



Interakcje leków w praktyce klinicznej
Elżbieta Kostka-Trąbka, Jarosław Woroń
wyd. I. Warszawa 2006, **Wydawnictwo Lekarskie PZWL**, 00-251 Warszawa, ul. Miodowa 10, tel. 022-695-40-33.
Księgarnia wysyłkowa tel. 022-695-44-80, infolinia 0801-142-080, www.pzwl.pl, e-mail: promocja@pzwl.pl. Warszawa 2006, s. 248
Publikacja przedstawia interakcje leków najczęściej stosowanych w chorobach układu sercowo-naczyniowego, oddechowego, pokarmowego, moczowo-płciowego, hiperlipidemii i cukrzycy oraz leków przeciwpłytkowych, przeciwzakrzepowych, przeciwhistaminowych, neurologicznych, przeciwnowotworowych, przeciwzapalnych, przeciwbólowych, przeciwbakteryjnych i najczęściej stosowanych leków ziołowych.

Dziecko. *Pielęgnacja i wychowanie. Dziecko od noworodka do nastolatka. Poradnik dla nowoczesnych rodziców*
Benjamin Spock
uaktualizował i rozszerzył **Robert Needlman**
przekład **Hanna Burdon**
Dom Wydawniczy REBIS, 60-171 Poznań, ul. Żmigrodzka 41/49, tel. 061-867-47-08, 867-81-40, faks 061-867-37-74, e-mail: rebis@rebis.com.pl.
wyd. I nowej edycji. Poznań 2006, s. 664
Całkowicie uaktualniony i znacznie rozszerzony światowy bestseller – zbiór porad dla rodziców w zakresie wychowania dziecka od chwili urodzenia do nastolatka, wydany po raz pierwszy w 1945 r. Niezwykłość tej książki spowodowała, że Robert Needlman z całkowitym pietyzmem dostosował ją do wymagań aktualnych wynikających z nowych problemów wychowawczych, postępu w medycynie i psychologii. Poszczególne rozdziały odzwierciedlają najnowszy stan wiedzy na dany temat, w oparciu o opinie ekspertów. Omówionych jest kilka nowych problemów. Zmieniony jest układ i styl książki.

opr. md

Fortuna kołem się toczy

Wędkarstwo to dyscyplina sportu, w której ogromną rolę odgrywa losowanie stanowisk. Ryba bowiem niezbędna do tej rywalizacji kieruje się swoimi zasadami i wybiera swoiste miejsce i menu zwane przez wędkarzy zanętą.

Mogli się o tym przekonać uczestnicy IV Mistrzostw Polski Lekarzy w Wędkarstwie Spławikowym, które odbyły się tradycyjnie na łowisku Elektrowni w Łaziskach Górnych. Pierwszą turę zawodów wygrał wyraźnie **Stanisław Rybak** z Rzeszowa przed **Piotrem Muskałą** z Częstochowy i zeszłorocznym mistrzem **Krzysztofem Charęzińskim** z Międzyrzeca Podlaskiego. Aż pięciu lekarzy nie złowiło w tej turze wymiarowej ryby schodząc w terminologii wędkarskiej z łowiska o kiju.

Drugi dzień zawodów poprzedziła burza, która miała wpływ na koncentrację ryb w jednej części łowiska. Ci, którzy wylosowali tam stanowiska mieli brania udowadniając tezę zawartą w tytule. Szczęście dopisało Klaudiuszowi Komorowi z Bielska-Białej, organizatorowi zawodów, który wygrał tę turę, zwaną również Pucharem prof. Zbigniewa Religi (zapalonego wędkarza) oraz zdobył nagrodę za największą rybę zawodów – 1445 g karpia. W tym dniu tylko sześciu zawodników punktowało, co nie zmieniło kolejności pierwszej trójki sobotniej tury. Mistrzem został dyrektor wojewódzkiej Stacji Pogotowia Ratunkowego w Rzeszowie Stanisław Rybak, srebro zdobył Piotr Muskała z Częstochowy, a brąz pediatra Krzysztof Charęziński. Pechowe czwarte miejsce przypadło Zbigniewowi Podrazie z Dąbrowy Górniczej, posłowi na Sejm RP, a na piąte awansował finiszem w II turze Klaudiusz Komor.

Tej udanej imprezie towarzyszył ponownie Edmund Gutkiewicz, wielokrotny mistrz Polski dzieląc się z lekarzami tajnikami łowienia i przygotowania zanęty. Dobrym duchem zawodów był współinicjator mistrzostw wiceprezes Fundacji Energetyk Marek Gralec, gospodarz obiektu i przyjaciel lekarzy.

Wyniki: 1. Stanisław Rybak, 2. Piotr Muskała, 3. Krzysztof Charęziński, 4. Zbigniew Podraza, 5. Klaudiusz Komor, 6. Krzysztof Kuta, 7. Mieczysław Babiński, 8. Witold Majewski, 9. Jacek Feniks, 10. Andrzej Kazek, 11. Michał Brzeski

km

Nie ma mocnych

Trudno znaleźć receptę na pokonanie lubelskich lekarzy, którzy po raz piąty zdobyli mistrzostwo Polski lekarzy w piłce siatkowej, na gościnnym obiekcie Centralnego Ośrodka Sportu w Szczyrku.

W VI Mistrzostwach Polski, organizowanych już po raz trzeci przez Beskidzką Izbę Lekarską, o medale rywalizowało siedem drużyn rozgrywając po trzy sety, liczone oddzielnie, każdy z każdym. Ten sposób rozgrywek motywował zawodników do walki o każdy punkt i każdego seta.

Lubelscy mistrzowie wygrali 17 setów na 18 możliwych, przegrywając ostatniego seta, kiedy mieli już zapewniony złoty medal. Dodać należy, że lublinianie grają od początku w niezmienionym składzie: chirurdzy Tomasz Lübeka, Edward Otczenaszenko z Lublina, Janusz Martula z Leżajska, Tomasz Łoza z Opola Lubelskiego, ortopeda Norbert Pietrzak z Lubartowa, kardiolog Adam Tarkowski z Lublina i dentysta Tomasz Wawrzak ze Starachowic.

Dyrygentem zespołu był również lubelski chirurg dziecięcy Łukasz Matuszewski, który został wybrany najlepszym rozgrywającym turnieju. Tytuł najlepiej atakującego przypadł Krzysztofowi Kaczmarkowi z drużyny Dentonetu, a najwszechstronniejszym został wybrany debiutant Rafał Paczała, stażysta z Łodzi. Srebrny medal, podobnie jak w ub.r., zdobyła drużyna poznańsko-częstochowskich dentystów Dentonet zdobywając 14 pkt., brąz przypadł Warszawie – 11 pkt., która zrewanżowała się za zeszłoroczną porażkę Olsztynowi – 11 pkt. IV Olsztyn – 9 pkt., V Łódź – 6 pkt., VI drużyna gospodarzy Bielska-Białej – 4 pkt., którą w pierwszym dniu dopingował kapitan naszej narodowej reprezentacji Piotr Gruszka oraz Kielce z 2 pkt.

Podkreślić należy wysoki poziom zawodów dobrze rokujący przed mistrzostwami świata medyków we Włoszech oraz niezawodną organizację imprezy autorstwa Rafała Kluby i Klaudiusza Komora.

km

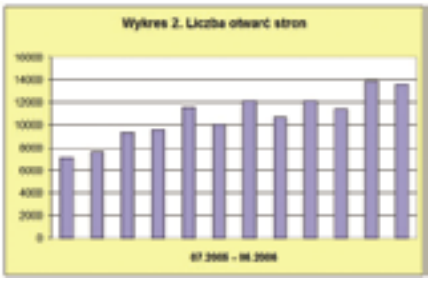
I Mistrzostwa Polski w Piłce Siatkowej Medyków
Bełchatów, Hotel Sport 18-19 listopada 2006 r. Prawo startu w mistrzostwach mają absolwenci akademii medycznych (farmaceuci, lekarze, analitycy medyczni, absolwenci innych kierunków AM) oraz pracownicy branży farmaceutycznej. *Szczegóły:* ***www.sport.farmacja.pl; Filip Olejniczak: 691-859-884***

Ogłasza się wszem i wobec...

Strony internetowe „Gazety Lekarskiej” istnieją już od 10 lat, a od 9 lat dostępne są na nich wszystkie kolejne numery „Gazety”.

Początkowo były to statyczne strony html, których przygotowanie i aktualizacja zabierały mi sporo czasu. Od roku 2002 są to strony dynamiczne, a od 2004 dostępne są całe numery „Gazety” w formacie PDF. Zainteresowani Czytelnicy mają więc już od dawna swobodny dostęp do całej merytorycznej zawartości.

W 1999 r. rozpocząłem umieszczanie na stronach „Gazety” ogłoszeń dotyczących pracy dla lekarzy i lekarzy dentystów. Początkowo zainteresowanie nie było duże, ale stopniowo zarówno poszukujący pracy, jak i poszukujący lekarzy do pracy w Polsce i za granicą zaglądali na te strony coraz częściej. W bieżącym roku codziennie dodawanych jest 5-6 nowych ogłoszeń (wykres 1), a strony z ogłoszeniami są otwierane ponad 13 000 razy w miesiącu (wykres 2). Liczby te stale rosną.



Od początku staraliśmy się, aby ogłoszenia dotyczące pracy miały charakter wyłącznie informacyjny. Zasady umieszczania ogłoszeń ograniczają liczbę znaków, wykluczają treści marketingowe i reklamowe, umożliwiają umieszczenie tylko jednego ogłoszenia przez jednego pracodawcę lub poszukującego pracy. W ten sposób udało się uniknąć tekstów rozpoczynających się od „aaaaaaa....”, powtarzania tych samych ofert codziennie lub częściej, specjalnego formatowania w celu zapełnienia strony itp. Ogłoszenia są widoczne na stronie internetowej przez 2 miesiące, nie ukazują się natomiast w drukowanej wersji „Gazety”.

Umieszczenie ogłoszenia jest bezpłatne. Dzięki temu lekarze mają łatwy dostęp do ofert pracy i równie łatwo mogą umieszczać swoje ogłoszenia. Popularność tych stron powoduje, że coraz częściej ogłoszenia starają się umieszczać osoby z innych zawodów związanych z ochroną zdrowia, osoby zamierzające coś sprzedać lub wynająć, poszukujące towarzyszy. Nie odpowiada to obowiązującym zasadom i takie ogłoszenia do tej pory mogły być umieszczone tylko w drukowanej wersji „Gazety”.

Parokrotnie otrzymałem od Czytelników wiadomość, że udało im się znaleźć pracę lub zatrudnić lekarza dzięki ogłoszeniu na stronie internetowej „Gazety Lekarskiej”. Zapewne warto byłoby dokładniej zbadać skuteczność tych ogłoszeń, ale sądząc po stale i szybko rosnącej ich liczbie jest ona niezła.

W ciągu tych kilku lat zawsze liczba ogłoszeń pracodawców (poszukujących lekarzy) wyraźnie przewyższała liczbę ogłoszeń lekarzy poszukujących pracy. Zawsze najwięcej lekarzy poszukuje pracy w okresie kończących się stażów podyplomowych, a najwięcej pracodawców poszukuje lekarzy na początku roku.

Coraz więcej lekarzy i innych pracowników ochrony zdrowia korzysta z Internetu na co dzień. Sądzimy, że już najwyższy czas na dużą rozbudowę stron z ogłoszeniami w internetowej „Gazecie Lekarskiej”. Bezpłatne ogłoszenia będą nadal dostępne, będą dotyczyć nie tylko pracy, ale również szkoleń, konferencji, sprzedaży/kupna, wynajmu, spraw towarzyskich. Równolegle pojawi się możliwość umieszczenia płatnych ogłoszeń, w których znacznie mniej będzie ograniczeń co do objętości i formatowania.

Z czasem strony internetowe staną się podstawowym sposobem przekazywania informacji i kontaktu w naszym środowisku. Będziemy starali się, aby nadal służyły lekarzom, którzy chcąc nie chcąc stają się coraz bardziej mobilni zawodowo. Mam nadzieję, że spędzając bardzo dużo czasu nad stronami ogłoszeń „Gazety” pomogliśmy wielu osobom znaleźć to, czego szukały. Teraz możliwości będą jeszcze większe. Zapraszamy na strony „Gazety Lekarskiej” – www.gazetalekarska.pl i prosimy o uwagi, sugestie, pomysły.

Romuald Krajewski

REKLAMA

REKLAMA