

10 2005

**Gazeta**  
**Lekarska**  
ISSN 0967-2146  
Pismo Izby Lekarskich

Egzemplarz bezpłatny



**Światowy Dzień Serca 2005**  
**Zdrowa waga, zdrowa sylwetka**





## Serca mocne jak dzwony

Rozstanie z papierosami i najbardziej nawet niewinnymi drinkami, wyrzucenie z domu solniczek, owoce i warzywa zamiast ociekających tłuszczem zakąsek i co najmniej trzy tysiące kroków dziennie mogą nas uchronić przed niebezpiecznym incydentem sercowym – ostrzegali kardiolodzy podczas tegorocznego Światowego Dnia Serca. Umieralność z powodu chorób układu krążenia wprawdzie spada, ale ocenia się, że średnią europejską osiągniemy dopiero około 2018 roku – mówi prof. Adam Torbicki, prezes Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego. Nie wspomnę już o nadwadze i pomiarach obwodu tułowia w pasie (maks. 94 cm mężczyźni, 80 cm kobiety), bo pomyślicie, że przygania kocioł garnkowi. Żarty na bok, czas na osobisty przykład dla naszych dzieci i pacjentów. Utrzymując zdrową wagę i sprawność fizyczną, możemy nie tylko imponować wspaniałą sylwetką, ale obniżyć czynnik ryzyka. Wg najnowszych badań efekty zmiany stylu życia i przekonania o swojej niezniszczalności widać już po paru tygodniach.

Aktywność niedostateczna ogranicza się do codziennej toalety, ubierania się, lekkich prac domowych i ogrodowych, wolnego spaceru, gry w bilard, kręgle i wędkowanie – wylicza prof. Ryszard Piotrowicz z Instytutu Kardiologii. Szybki spacer jest najprostszym i bardzo skutecznym sposobem zmniejszenia ryzyka. Przekonali się o tym niedawno uczestnicy warszawskiego Walkathonu. Marsz po zdrowie można uprawiać w każdym niemal wieku. Tej formie ruchu „Gazeta Lekarska” będzie szczególnie sprzyjać i kibicować.

Do aktywności ruchowej nie trzeba było specjalnie zachęcać uczestników wrześniowych III Igrzysk Lekarskich w Zakopanem. Przez pięć dni fantastyczną kondycją i siłą Tarzana ponad ośmiuset lekarzy udowodniło, że ich wskazówki udzielane pacjentom nie są tylko czczym gadaniem. Obok młodych wyczynowców Małgorzaty Sawy z Radomia i Grzegorza Stanka z Gogolina na pływalni, Halinki Wróbel i Daniela Bzowskiego z Lublina na bieżni, Kasi Klimali z Częstochowy i Roberta Nanowskiego z Opola na górskich szosach i stromych podjazdach, przykładem świecili również seniorzy. Klasą dla siebie i prawdziwą damą igrzysk była znów 53-letnia Misia Przyłuska-Karkosz, anestezjolog ze Szczecina, która z gracją nastolatki pokonała 750 m w nie za gorącej wodzie kąpieliska na Polanie Szymoszkowej, potem 20 km rowerem przez Gubałówkę do Doliny Chocholowskiej, gdzie na sam widok trasy można się spocić, by po pięciokilometrowym biegu przelajowym zameldować się na mecie. Ten na naszej okładce to 48-letni multimedalista kardiolog z Inowrocławia Krzysztof Kawecki. Ręce same składały się do okłasków, kiedy po morderczej kolarskiej pętli górskiej mijał metę 65-letni Piotr Mikołajczyk, laryngolog z Będzina. 67-letni chirurg Bogdan Solarzski z Rzeszowa w pływaniu i lekkoatletyce zdobył w swej kategorii aż 9 złotych medali. 52-letni Andrzej Chróścicki z Lublina prawie tak skutecznie walczył pod koszem jak przy stole operacyjnym. Rodzina Szafranków z Chełma niedługo zacznie liczyć swoje złote trofea na kilogramy. Przyjechali koledzy z Czech i Białorusi i też zdobyli medale. Fotoreportaż już dziś na kolejnych stronach, a wyniki zakopiańskich igrzysk za miesiąc.

Marek Stankiewicz  
naczelnym@gazetalekarska.pl

## W NUMERZE

między innymi

|                                            |         |
|--------------------------------------------|---------|
| Złe leki?                                  | 4       |
| Okiem Prezesa                              | 5       |
| Finansowanie leczenia stomatologicznego    | 6-7     |
| Tylko ryba...?                             | 8,12,13 |
| Dyskretny zapach medycznych finansów       | 10-11   |
| Kiedy, co i komu można ujawnić?            | 20      |
| Przychodzi lekarz do prawnika              | 26-27   |
| Zakopane 2005. Lekarzom na zdrowie         | 32-33   |
| Debata – Doświadczenia poradni genetycznej | 34-35   |
| Rzeczywistość uczy pokory                  | 36      |
| Grabież wdowiego grosza                    | 40-41   |
| Lekarski sport                             | 43      |
| Kalendarz – kursy, szkolenia, zjazdy       | 44      |
| Książki nadesłane                          | 44/45   |
| Konkursy, ogłoszenia różne                 | 45-57   |

Biuletyn NRL

**Uwaga!**

**Nowe numery telefonów redakcji**

„Gazeta Lekarska” w Internecie  
**www.gazetalekarska.pl**



# Złe leki?

Ostatnio pojawiają się w prasie wypowiedzi o niebezpieczeństwie wynikającym ze stosowania niektórych leków.

Często autorzy koncentrują się tendencyjnie na aferalnej stronie powszechnie znanych wydarzeń.

**P**rzykładem niech będzie Vioxx, który rzeczywiście okazał się lekiem pogarszającym przebieg i rokowanie choroby niedokrwiennej serca. Takie efekty można było przewidzieć znając mechanizmy działania leku. Gdyby firma MSD oraz urzędy rejestracyjne, w tym FDA zachowały umiar, to lek zapewne nawet po wprowadzeniu na rynek nie wywołałby tak poważnych skutków niepożądanych dotyczących zdrowia publicznego. Trzeba jednak stwierdzić, że rafekoksyby i inne koksyby są lekami, które mogą przynieść zasadniczą ulgę u wybranych grup pacjentów. Myślę przede wszystkim o osobach nadwrażliwych na niesteroidowe leki przeciwzapalne. W tym wypadku alternatywą dla koksybów są narkotyki o szeroko znanej szkodliwości.

Gdyby ulotka leku zawierała stosowne ostrzeżenie przed ciągłym stosowaniem Vioxx-u i gdyby jasno określono wskazania jako doraźne lub krótkotrwałe podawanie w wybranych grupach chorych, to zapewne lek spełniałby swoje bezcenne zadania, a nie wywołał opisanych zjawisk niekorzystnych.

Delikatny postulat ponownej rejestracji Vioxx-u pojawia się już w prasie medycznej, czego przykładem jest dyskusja w czasopiśmie „Lancet” (2005, 365,9453: 23-28).

Innym przykładem leku przedstawionego ostatnio w prasie jako niebezpieczny, stwarzający zagrożenie dla zdrowia i życia jest salmeterol (Serevent – GSK).

Już w chwili wprowadzania tego leku na rynek powszechnie znana była

szkodliwość stosowania ciągłego betamimetyków krótkodziałających bez jednoczesnej terapii przeciwzapalnej za pomocą kortykosteroidów. Raporty z Saskatchewan i Nowej Zelandii na przełomie lat osiemdziesiątych i dziewięćdziesiątych ubiegłego stulecia wyraźnie dowodziły istnienia takich niebezpieczeństw.

W badaniu SMART, a także we wcześniejszym opatrzonym kryptonimem SOCS wykazano, że salmeterol podawany jako jedyny lek u chorych na astmę zgodnie z oczekiwaniami może pogorszyć przebieg choroby, a nawet bywa przyczyną zgonów. Zgony te, w przypadku badania SMART, pojawiły się u czarnych mieszkańców Ameryki nie stosujących równoległe do salmeterolu kortykosteroidów wziewnych. Jest zatem jasne, że lek ten może być niebezpieczny, jeśli zostanie błędnie zastosowany. U pozostałych chorych jest bezcennym narzędziem poprawy jakości życia wspomagającym efekty przeciwzapalne innych leków przeciwastmatycznych. To jest przyczyna, dla której FDA nie wycofała salmeterolu z rynku, a jedynie zaleciła firmie GSK wprowadzenie do ulotki odpowiednich zastrzeżeń.

Nieprzemyślane publikacje w prasie codziennej są często społecznie niebezpieczną „zbitką” wieloznaczeniową. Do jednego worka wrzuca się opinię o leku, o którego szkodliwości wiemy z założenia i o leku, którego szkodliwość wynika wyłącznie z błędnego stosowania. Efekty takiej publicystyki docierają już do lekarzy prowadzących chorych na astmę i przewlekłą obturacyjną chorobę płuc. Nieuzasadniony, choć zrozumiały strach u pacjentów wymaga współdziałania środowiska lekarskiego różnych szczebli opieki zdrowotnej w procesie edukacji chorych.

prof. dr hab. med. Paweł Górski  
Uniwersytet Medyczny w Łodzi

Szanowni Państwo,

przypominamy, że termin nadsyłania zgłoszeń do corocznego konkursu

## **Sukces Roku 2005 w Ochronie Zdrowia – Liderzy Medycyny**

– VI edycja, upływa **15 października br.**

Konkurs jest kilkuetapowy. W pierwszym etapie nad zgłoszonymi kandydaturami będzie pracować Jury preselekcyjne. Ostatecznego wyboru laureatów dokona 23-osobowa KAPITUŁA, w której skład wchodzić będą ministrowie zdrowia oraz wybitne osobistości ze świata medycyny.

Rozstrzygnięcie konkursu, wręczenie statuetek i nagród nastąpi na uroczystej gali, która odbędzie się **w grudniu 2005 r. na Zamku Królewskim w Warszawie.**

Kategorie konkursu:

- Menedżer Roku 2005 w Ochronie Zdrowia – **NZOZ i SPZOZ**
- Lider Roku 2005 w Ochronie Zdrowia – **zdrowie publiczne**
- Lider Roku 2005 w Ochronie Zdrowia – **działalność edukacyjno-szkoleniowa**
- Lider Roku 2005 w Ochronie Zdrowia – **działalność charytatywna**
- Lider Roku 2005 w Ochronie Zdrowia – **media – dziennikarstwo informacyjne i edukacyjno-społeczne**

Kwestionariusze zgłoszeniowe można pobrać na stronie **www.termedia.pl**

Zgłoszenia można przysyłać na adres: **Redakcja „Menedżera Zdrowia”,  
Wydawnictwo Termedia, ul. Wenedów 9/1, 61-614 Poznań,  
tel. +48 61 822-77-81 w. 12, faks +48 61 822-77-81**

**Learn medical  
English**

**www.med-help.info**

# Standaryzacja procedur w komisjach bioetycznych

to tytuł konferencji bioetycznej zorganizowanej 5 września br. w siedzibie NIL przez dr. Marka Czarkowskiego, przewodniczącego Komisji Bioetycznej przy Warszawskiej Okręgowej Radzie Lekarskiej. W spotkaniu wzięli udział liczni przedstawiciele komisji bioetycznych przy ORL oraz instytutach naukowych, przedstawiciele MZ, a także goście spoza kręgu służby zdrowia, m.in. prof. Andrzej Rzepliński.

Podstawą do interesującej i zawziętej dyskusji były cztery prezentacje: **Marka Czarkowskiego** – nadająca tytuł całemu spotkaniu, **Wojciecha Maselbasa**, prezesa Stowarzyszenia na Rzecz Dobrej Praktyki Badań Klinicznych w Polsce – „*Co można poprawić w działaniach komisji bioetycznych?*”, **Piotra Wójcika**, dyrektora Departamentu Ubezpieczeń Odpowiedzialności Cywilnej Gerling Polska S.A. – „*Polisa ubezpieczeniowa należyście chroniąca interesy uczestników badań klinicznych oraz badaczy – krytyczna ocena stanu faktycznego*” i **Pauliny Kieszkowskiej**, partnera w Kancelarii Prawnej „Baker & McKenzie, Gruszczyński i Wspólnicy” – „*Jakie są realne możliwości ochrony uczestników badań klinicznych oraz badaczy w świetle obecnych przepisów?*”

Podsumowaniem spotkania była dyskusja dotycząca „*Ustalenia zasad dalszego działania na rzecz standaryzacji procedur w komisjach bioetycznych*”, moderowana przez prof. Andrzeja Górskiego, przewodniczącego Odwoławczej Komisji Bioetycznej przy Ministrze Zdrowia. (IR)



## Pierwsza tura za nami

**P**ierwsza tura wyborów delegatów na okręgowe zjazdy lekarzy V kadencji naszego samorządu jest już za nami. Czy jako korporacja zawodowa zdaliśmy egzamin ze sprawności organizacyjnej, aktywności i należytego zainteresowania?

Na pierwszą część pytania odpowiadam bez wahania – tak. Wybory były dobrze przygotowane i przeprowadzone przez członków Okręgowej Komisji Wyborczej, przy wydatnej pomocy pracowników biura Okręgowej Izby Lekarskiej. Również odpowiednio wcześnie, bo w grudniu 2004 r., podjęcie pakietu uchwał wyborczych przez Okręgową Radę Lekarską umożliwiło sprawne uruchomienie procedur wyborczych. (...)

Odpowiedź na drugą część pytania pozostawiam Koleżanom i Kolegom.

Ogółem w Okręgowej Izbie Lekarskiej w Łodzi uprawnionych do głosowania było 11 470 lekarzy i lekarzy dentyistów. W wyniku przeprowadzonych głosowań wybrano 202 delegatów (160 lekarzy i 42 lekarzy dentyistów). Niestety, nieobsadzone pozostały jeszcze 174 mandaty (w tym 40 lekarzy stomatologów). (...)

Interesująca jest statystyka, jaki procent stanowili wybrani po raz pierwszy na delegatów w stosunku do ogółu wybranych w poszczególnych delegaturach. (...) Dla całej OIL wskaźnik ten wynosi około 53%.

„Panaceum” 7/2005

Paweł Susłowski

## Okiem Prezesa



Felieton ten piszę 4 dni przed wyborami parlamentarnymi. Do Czytelnika dotrze on, gdy będziemy znać już skład sejmu i senatu. Warto będzie wtedy zajrzeć do programów wyborczych partii, które szykują się do wzięcia odpowiedzialności za rządy i zobaczyć, co z obietnic wyborczych ma szansę faktycznie ujrzeć światło dzienne. A oto co obiecują partie na kilka dni przed wyborami na swoich oficjalnych stronach internetowych:

### Platforma Obywatelska:

- kontynuowanie ubezpieczeniowego modelu służby zdrowia,
- decentralizacja NFZ i dopuszczenie konkurencyjnych prywatnych ubezpieczeń,
- utworzenie Rejestru Usług Medycznych,
- zezwolenie na prywatne inwestycje w szpitalach,
- stopniowe uruchomienie konkurencji o pacjenta pomiędzy szpitalami i pomiędzy ubezpieczycielami.

### Prawo i Sprawiedliwość:

- racjonalny i partnerski dialog ze środowiskiem lekarskim,
- wzrost nakładów na ochronę zdrowia w Polsce do poziomu 6% PKB i powierzenie ich do wyłącznej dyspozycji ministra zdrowia (centralizacja),
- likwidacja systemu ubezpieczeniowego (i NFZ),
- utworzenie koszyka gwarantowanych świadczeń zdrowotnych finansowanego z budżetu państwa,
- stworzenie krajowej sieci szpitali z gwarancjami ich utrzymania,
- ujednolicenie organów właścicielskich dla szpitali publicznych na poziomie województwa samorządowego,
- stworzenie warunków do działalności rynku dodatkowych (świadczenia spoza „koszyka”) i alternatywnych (możliwość rezygnacji z opieki państwa i pomniejszenia obowiązku podatkowego) zdrowotnych ubezpieczeń komercyjnych,
- poddanie świadczeniodawców (także w POZ) procedurze konkursu,
- wprowadzenie kapitałowego systemu płatności za POZ (z budżetem na opiekę specjalistyczną), a dla szpitali budżetowania globalnego,
- finansowanie pełnej opieki stomatologicznej dla dzieci i młodzieży,
- ochrona polskich producentów leków przed konkurencją z zagranicy,
- przeznaczenie części środków z akcyzy na promocję zdrowia.

### Samoobrona Rzeczypospolitej Polskiej:

- wzrost wydatków na służbę zdrowia o 50%,
- zatrzymanie likwidacji placówek służby zdrowia i lecznictwa uzdrowiskowego,
- podniesienie płacy pracowników służby zdrowia do wysokości gwarantującej godne życie im i ich rodzinom,
- likwidacja kas chorych,
- wprowadzenie bezpłatnych leków produkcji krajowej dla emerytów, rencistów i niepełnosprawnych.

### Sojusz Lewicy Demokratycznej:

- zdrowie jest wartością, którą należy wyłączyć z mechanizmów kapitalistycznego rynku, a budżet państwa winien finansować lecznictwo w szerszym, podstawowym zakresie.

Wśród partii przekraczających w ostatnich dniach pięcioprocentowy próg wyborczy jedynie Liga Polskich Rodzin nie zamieszcza nic na temat ochrony zdrowia w swoich oficjalnych dokumentach programowych.

Po przejrzeniu listy zapowiedzi pozostaje teraz tylko poczekać do uzyskania wyników. Wtedy już wszystko będzie jasne! Czy na pewno?

Konstanty Radziwiłł

# Finansowanie leczenia stomatologicznego



Andrzej Fortuna

Analizując wielkość nakładów na leczenie stomatologiczne w planach finansowych NFZ widzimy jak minister zdrowia i NFZ oceniają potrzeby zdrowotne ludności naszego kraju w zakresie leczenia stomatologicznego.

foto: Marek Stankiewicz

**P**lanowanie wydatków nie jest oparte na analizie potrzeb potwierdzonych wynikami badań epidemiologicznych ani na analizie kosztów świadczeń jakie przysługują ubezpieczonym. Trudno, przy takich nakładach, mówić o realizacji celów zdrowia i jakiegokolwiek polityce zdrowotnej w odniesieniu do zdrowia jamy ustnej.

W projekcie planu finansowego NFZ na 2006 r. zaplanowano wzrost wydatków na leczenie stomatologiczne do kwoty 1 019 510 000 zł. Wzrost ten w porównaniu do planu 2005 r. wg NFZ stanowi 4,8%, czyli kwotę 46 674 000 zł.

Dla uzasadnienia żądań dotyczących finansowania świadczeń stomatologicznych w ramach obowiązującego w naszym kraju systemu socjalnego i wielokrotnie powtarzanych przez samorząd lekarski argumentów wskazujących na konieczność wzrostu nakładów na leczenie stomatologiczne dokonałem analizy planów finansowych NFZ w latach 2002-2006.

Wynika z niej, że zaplanowany na rok 2006 wzrost wydatków na leczenie stomatologiczne nie stanowi wyrównania do kwoty, jaka była zaplanowana na rok 2002, która wynosiła 1 090 715 000 zł.

Różnica w nakładach na leczenie stomatologiczne pomiędzy planem roku 2002 a planem roku 2006 wynosi **in minus 71 205 000 zł!**

Należy podkreślić, że w tym samym okresie (tj. latach 2002-2006) w planach finansowych NFZ nastąpił wzrost wydatków na świadczenia zdrowotne (w tym leki) o kwotę 4 808 791 000 zł!

Przypomnieć też należy, że poprawiony plan na rok 2003 zmniejszał wydatki na leczenie stomatologiczne w sto-

sunku do planu roku 2002 o kwotę 114 590 000 zł (!), a nakłady mierzone procentowym udziałem wydatków na leczenie stomatologiczne w wydatkach na świadczenia zdrowotne ogółem zmniejszały się z 3,78% w roku 2002 do 3,52% w roku 2003 i udział ten zmniejszał się w latach następnych do 3,09% w roku 2004, do 3,00% w roku 2005, a w roku 2006, przy uwzględnieniu zaplanowanej w projekcie planu finansowego kwoty, wynosiłyby 3,03%.

W liczbach bezwzględnych kwoty w planach finansowych NFZ na leczenie stomatologiczne wynoszą:

- na rok 2002 – 1 090 715 000 zł,
- na rok 2003 – 976 124 000 zł (*po zmianie planu*),
- na rok 2004 – 944 935 000 zł (*plan ostatni zatwierdzony 20.12.2004*),
- na rok 2005 – 973 736 000 zł (*plan ostatni zatwierdzony 10.08.2005*).

Porównanie planów finansowych w tym okresie przedstawia się następująco:

- w roku 2004 zaplanowano wzrost wydatków na świadczenia zdrowotne ogółem o kwotę 2 798 094 000 zł. Udział wydatków na leczenie stomatologiczne w tym wzroście wynosił **minus 31 189 000 zł**.
- w roku 2005 wzrastają planowane wydatki Funduszu na świadczenia zdrowotne ogółem, o kwotę 1 910 585 000 zł. Udział wydatków na leczenie stomatologiczne w tym wzroście wynosi **28 801 000 zł, tj. 1,5 %!**

Wzrost wydatków na świadczenia zdrowotne ogółem w planie roku 2005 w stosunku do planu na rok 2003 wynosi 5 900 403 000 zł. Udział wydatków na leczenie stomatologiczne w tym wzroście wynosi **minus 2 388 000 zł**.

Zaprezentowana analiza pokazuje jednoznacznie, że udział wydatków na leczenie stomatologiczne w wydatkach na świadczenia zdrowotne zmniejsza się z roku na rok. Równocześnie w tym samym okresie w wydatkach na świadczenia zdrowotne wzrasta udział innych rodzajów świadczeń. Relacje te wydają się być nieuzasadnione.

Dodać należy, że w tym czasie do zakresu finansowania w rodzaju leczenie stomatologiczne dodano program leczenia kompleksowego (ortodontycznego dla dzieci z rozszczepami), finansowany poprzednio z budżetu ministra zdrowia.

Pragnę również zwrócić uwagę Koleżanek i Kolegów, że na stronie internetowej MZ ([www.mz.gov.pl/wwwfiles/ma\\_struktura/docs/sprawozdanie\\_nfz\\_2004.pdf](http://www.mz.gov.pl/wwwfiles/ma_struktura/docs/sprawozdanie_nfz_2004.pdf)) ukazały się dwie istotne, moim zdaniem, informacje:

1) Sprawozdanie NFZ z wykonania planu finansowego w pierwszym półroczu 2005 r., z którego wynika, że: roczny plan finansowy na leczenie stomatologiczne w kwocie 971 272 000 zł został wykonany w pierwszym półroczu w 96,34% (pozostało 17 732 000 zł), a w skali roku 48,03% (pozostało 504 813 000 zł). Przypominam, że plan, na którym oparto sprawozdanie zmienił się 10.08.2005 i 5.09.2005.

2) Sprawozdanie z wykonania planu przez NFZ w roku 2004.

W sprawozdaniu tym (co jest istotne dla porównań i rozmów o planie finansowym na 2006 r.) podano m. in., że w 2004 r. wykonano w zakresie świadczeń stomatologicznych świadczenia nie ujęte w księgach rachunkowych (nadliczbowe wykonane ponad umowy) na kwotę 7 295 321,86 zł, co stanowiło 0,93 % ogólnej wartości świad-



czeń wykonanych przez świadczeniodawców ponad umowę w 2004 r.

Również kwota wykonania planu finansowego na leczenie stomatologiczne wynosiła – wg tego sprawozdania – 909 148 589,68 zł (tabela – zyski i straty, str. 108). Zgodnie z tym sprawozdaniem **w NFZ zaoszczędzono na wydatkach na leczenie stomatologiczne kwotę 35 786 411 000 zł** (stanowiącą różnicę pomiędzy planowanymi wydatkami – 944 935 000 zł a podaną w sprawozdaniu kwotą wykonania).

**Zwracam na to szczególną uwagę dlatego, że NFZ nie ma – jak twierdzi – pieniędzy na podwyższenie wartości świadczeń (ich ceny), natomiast oszczędności wynikające z niewykonania limitowanych przez NFZ świadczeń nie są kierowane do stomatologii, a przechodzą do innych rodzajów świadczeń (głównie na leki!).**

Równocześnie z upublicznieniem planu finansowego NFZ minister zdrowia przedstawił 3.08.br. do zaopiniowania projekt rozporządzenia w sprawie ogólnych warunków umów (...).

W projekcie tym znalazł się, zupełnie nieoczekiwanie i wbrew zapowiedziom Funduszu o woli podjęcia działań prowadzących do ustalenia rzeczywistych cen świadczeń stomatologicznych, zapis zawarty w par. 20 ust. 6.: „dla świadczeń wykonywanych w rodzaju leczenie stomatologiczne ustala się następujące wskaźniki korygujące dla poszczególnych zakresów świadczeń” i tu wymieniane są współczynniki korygujące w wielkościach liczbowych dotąd obowiązujących jako maksymalne. Takie rozwiązanie, moim zdaniem, praktycznie uniemożliwia wzrost wartości kwotowej jednego punktu w kontrakcie ogólnostomatologicznym uznanym jako wartość bazowa dla zastosowania tych współczynników, a tym samym ustalenie cen rzeczywistych, a nawet zbliżanie się do nich.

Z przedstawionego planu finansowego oraz zapisu w projekcie rozporządzenia w sprawie ogólnych warunków umów wynika, że Centrala NFZ, wbrew wcześniejszym zapowiedziom, nie zamierza wejść na drogę porządkowania zasad finansowania świadczeń stomatologicznych począwszy od roku 2006, jak wielokrotnie deklarowano.

**20.09.br ukazał się na stronie internetowej MZ zatwierdzony plan finansowy NFZ na 2006 r. w którym na leczenie stomatologiczne przeznaczono 1 017 000 000 zł, a więc o 2 000 000 zł mniej niż w projekcie planu, który był przedmiotem analizy.**



# Tylko ryba...?

Ryszard Kijak

Pewna dziennikarka lokalnej gazety wprost zapytała mnie, jako działacza OZZL, kto z lekarzy w moim zakładzie przyjmuje łapówki od pacjentów.

fol. Marek Stankiewicz

**P**racując wiele lat w szpitalu klinicznym doskonale wiedziałem kto bierze. Wiedziałem to z obserwacji własnych, z bezpośrednich relacji rodziny i znajomych, a także z tego, co mówią „na mieście”. – No ale przecież tego ci nie wyznam, chcę tu przecież jeszcze trochę popracować! – jęknąłem w myślach.

– Nie zdradzę kto bierze, ale mogę powiedzieć, kto na pewno nie – odparłem chytrze. Zaprowadziłem ją pod drzwi gabinetu emerytowanego już teraz profesora, gdzie – jak pamiętałem – wisiała kartka o treści „Pan Profesor nie przyjmuje żadnych prezentów od pacjentów i ich rodzin”. Niestety, gdy byliśmy już pod gabinetem, okazało się, że oświadczenia nie ma. Diabli mnie wzięli, przy najbliższej okazji spytałem profesora: – Czemu pan zdjął tę kartkę? Czyżby pan wymiękł i zaczął brać? – Po prostu ludzie robili na tym świstku głupie dopiski i dlatego go wyrzuciłem. Ale dalej nie biorę – wytłumaczyłem indagowany.

## Za narkozę zapłacone

Inni nie są tak wytrwali w opieraniu się pokusie „czesania” pacjenta. Pewnego razu na dyżurze trafiła mi się pacjentka z wioski, przy której – dla czczego kaprysu – postanowiłem popisać się.

– Chirurdzy zrobią pani cholecysektomię, a ja dam znieczulenie ogólne

dożylnie-wziewne metodą półzatkniętą – wyjaśniłem jej w miarę szczegółowo swoje plany.

– Panie, ja zapłaciłam za narkozę i ja chcę mieć narkozę, a nie jakieś tam znieczulenie – odpowiedziała na to stanowczo, głosem nie uznającym sprzeciwu.

– Komu pani zapłaciła za narkozę? Bo na pewno nie mnie. I ile to było? – spytałem, wywracając świecące pustką kieszenie bluzy operacyjnej.

– Komu i ile ja zapłaciłam, to moja sprawa – rzekła i położyła się wygodnie na stole, ze stoickim spokojem oczekując na wykonanie opłaconej czynności usługowej.

A ja poszukałem skierowania. Gdy odczytałem podpis, włos mi się zjeżył na głowie. Widniało tam nazwisko, które nawet boję się tu podać, choć od zdarzenia upłynęło wiele lat. Profesor, którego gdybym nawet teraz zdemaskował, to i tak nikt by mi nie uwierzył. Wzór etyki i uczciwości. Nauczyciel kilku pokoleń studentów. Od razu pacjentce dałem narkozę, a nie jakieś tam moje durne znieczulenie ogólne dożylnie-wziewne metodą półzatkniętą, choć to to samo. I chyba dobrze zrobiłem, bo reklamacji nie było.

## Trzeba było zostać profesorem

Brak powściągliwości przy „kasowaniu” pacjentów ma też i inne postacie.

– Ależ ty drzesz z tych klientów, aż kości trzeszczą – zagadnąłem kiedyś złośliwie jednego z moich kolegów,

profesora zresztą, kolekcjonera antyków. Krąży plotka, że gdy wdzięczny pacjent sprezentował mu antyczny mebel, który nie mieścił się w drzwiach, obdarowany kazał wyrwać w swoim domu okno, aby wstawić eksponat do środka.

– No to trzeba było zostać profesorem – odpowiedział mi z zimną krwią, nie dodając już, że przecież z własnej kieszeni nie zainwestował w oddział, nie ponosi kosztów jego eksploatacji i nie utrzymuje personelu.

Biorąc „wyrazy wdzięczności” przed leczeniem lekarz otwarcie, albo tylko w domyśle, stwarza pacjentowi mniej lub bardziej płonną nadzieję na to, iż usługa będzie lepsza, szybsza, poza kolejką, lepszą metodą, lepszymi lekami, z udziałem lepszych specjalistów, i że wszystko pójdzie po myśli pacjenta. No i wykorzystuje publiczny zakład do prywatnych, nie opodatkowanych zresztą, celów zarobkowych.

Poza wyludzaniem od pacjentów pieniędzy albo prezentów (np. drogiego sprzętu wędkarskiego czy właśnie antyków – w zależności od uprawianego hobby), przestępstw w wykonaniu środowiska lekarskiego jest oczywiście więcej. Przychodnie i gabinety lekarskie dopisują do kontraktów z NFZ „martwe dusze”, lekarze fałszują dokumentację ZUS-owską, wypisują gangsterom i politykom „lewe” zaświadczenia o stanie zdrowia, przechowują ich na oddziałach szpitalnych pod pretekstem nieistniejących chorób, przepisują drogie leki nic o tym nie wiedzącym (a często wręcz martwym) pacjentom, dzieląc się refundacją z aptekarzami. Naturalnie, większość lekarzy z tymi patologiami nie ma nic wspólnego, a piszę to ze względu właśnie na nich, aby uniknąć zarzutu o generalizowaniu problemu.

## Pańskie oko konia tuczy

Dotychczas uważałem, że pazerność niektórych kolegów po fachu wynika z faktu zbyt niskich zarobków w

dokończenie na str. 12



rys. Małgorzata Gnyś







foto: Marek Stankiewicz

# Dyskretny zapach medycznych finansów

Krystyna Knypl

Medycyna ma medialną urodę i z łatwością urzeka wszystkie media, poczynając od tabloidów po pisma dla wąskich grup odbiorców.

Niechybnie urzeczony ową medialnością zespół internetowego pisma filozoficznego „Diametros” już po raz drugi w tym roku sięgnął po temat związany z medycyną. Wiele stron internetowych aż kipi od poradnictwa skierowanego do lekarzy, a ulubionymi tematami są organizacja i finansowanie ochrony zdrowia. Dla czego tak się dzieje?

Doradzanie lekarzom jest lekkie, łatwe i przyjemne. Wystarczy poczuć wolę bożą, a to jak wiadomo jest stanem wyższej konieczności. Doradzanie lekarzom jest wolne od jakichkolwiek uciążliwych ograniczeń, że nie wspomnę o tak wyrafinowanych wymaganiach jak udokumentowane sukcesy w dziedzinie zarządzania.

## Publiczny i prywatny punkt widzenia

Wszelkie dyskusje dotyczą wyłącznie finansowania medycyny publicznej. Ceny, dostępność czy zasadność korzystania z usług medycyny prywatnej nie są przedmiotem tak ożywionego zainteresowania. Można więc postawić tezę, że to nie medycyna jest w centrum uwagi, lecz publiczne pieniądze i sposób ich wydatkowania.

Powszechność zainteresowania tą częścią publicznych pieniędzy, która jest przeznaczona na medycynę, wynika z faktu, że większość czytelników może zostać konsumentami owych pieniędzy.

Pieniądze przeznaczone na wojsko, szkoły, drogi publiczne mogą konsumować tylko żołnierze, uczniowie lub użytkow-

nicy dróg publicznych. Można uniknąć służby wojskowej, pobierania nauk czy korzystania z dróg publicznych. Spotkania z medycyną praktycznie nie sposób ominąć.

Współczesny świat oczekuje obecności lekarza nie tylko przy narodzinach lub śmierci, lecz także przy przyjmowaniu do pracy, rozpoczynaniu nauki i najbardziej banalnych niedomaganiach. Przeziębienie jest dziś znakomitą powodem do udania się po poradę lekarską, bo się ona „należy”. Na dźwięk tego słowa każdy praktykujący lekarz dostaje ataku alergii. W czasach mojego dzieciństwa na przeziębienie wystarczały bańki postawione przez babcię.

## Bioetycy v. niewdzięcznicy

W tekście wprowadzającym do dyskusji prof. Kazimierz Szewczyk stwierdza, że „racjonowanie ekonomiczne jest decyzją moralną”, a dla osiągnięcia tego celu proponuje, „...aby walka o (prze) życie podopiecznego została zastąpiona przez ograniczoną sprawiedliwość troskę o obywateli w ich zdrowiu, chorobie i umieraniu”, rekomendując lekarzom i pacjentom zmianę nastawienia z „maksymalistycznego indywidualizmu” na postawę „statystycznego współczucia”. Pragnę zadeklarować nie tylko statystyczne, ale nawet maksymalistyczne współczucie, na wypadek, gdyby gospodarz dyskusji trafił do lekarza reprezentującego zalecaną przez niego postawę.

To nie lekarze generują lęki w pacjentach i ich rodzinach,

jak sugeruje autor. Lęk, niezależnie od jego treści czy natury, jest jednym z ludzkich popędów i leży w naturze człowieka tak samo, jak popęd seksualny, poznawczy i wiele innych.

Nieporozumieniem jest również mówienie o „moralnym i niemoralnym rozdzielnictwie świadczeń zdrowotnych”. Zdaniem K. Szewczyka, gdy jest ono jawne, to jest moralne, a gdy odbywa się przy łóżku chorego, z tajemniczych powodów nabiera cech niemoralnych. Łagodniejsze stanowisko prezentuje Katarzyna Kowalska, stwierdzająca, że zawsze pozostanie istotne miejsce dla suwerennych decyzji lekarskich, podejmowanych bezpośrednio „przy łóżku chorego”.

Z satysfakcją przeczytałam wypowiedź Wiesława W. Jędrzejaka, który pisze: „...jestem od leczenia i będę wdzięczny, jeśli decyzje o tym, że komuś się coś nie należy, będzie przekazywał konkretnemu pacjentowi etyk”. Podobnie trafne konstatacje znajdziemy w wypowiedzi Jarosława Saka zwracającego uwagę na fakt, że „relacja lekarz–pacjent we współczesnej medycynie w sposób szczególny naznaczona jest kalkulacją”. Podpisuję się pod stwierdzeniami Wiesława W. Jędrzejaka oraz Jarosława Saka obiema rękami jako lekarz i osoba oburęczna. Z przebiegu dyskusji wynika, że uczestniczący w niej lekarze wystąpili w roli niewdzięczników odrzucających porady bioetyków.

Dlaczego paternalizm ma być niedobry u lekarza, a do-

zwolony u bioetyka? – to pytanie nurtowało mnie podczas śledzenia dyskusji.

## Chorobliwy styl życia niszczy budżety medyczne

Budżety medyczne większości państw są pochłaniane przez choroby wynikające z wadliwego stylu życia (ang. *lifestyle disease*), a dokładniej – przez bezwarunkową aprobatę liberalnych zachowań w zakresie stylu życia. Im szybciej to zrozumiemy, tym będzie lepiej dla wszystkich uczestników tego festiwalu niefrasobliwości i kosztownej pobłażliwości.

Niemoralne jest aprobowanie szkodliwego stylu życia pod pretekstem opacznie pojmowanego liberalizmu i politycznej kokieterii. Z satysfakcją odnotowałam w wypowiedzi Jacka Hołówki wątki o potrzebie dbania przez pacjentów o własne zdrowie. Stanowczo za mało uwagi poświęca się generowaniu kosztów przez antyzdrowotne zachowania pacjentów i zbyt często daje klapsy lekarzom, którzy są klasycznymi „chłopcami do bicia”. Poza lekarzami rzadko kto ma odwagę dać klapsa „księciu-pacjentowi”, bo to... potencjalny wyborca.

Nie można dać mało pieniędzy i odebrać dużo usług. Życie nie jest grą w ruletkę w pięknym księstwie, w którym wszyscy za jeden żeton wygrywają miliony.

## Co nas czeka?

Przedwyborcza debata na temat ochrony zdrowia, zorganizowana na tydzień przed wy-

borami do parlamentu przez Dziennikarski Klub Promocji Zdrowia i redakcję pisma „Menedżer Zdrowia”, z udziałem przedstawicieli wszystkich partii zasiadających w parlamencie, miała przybliżyć nam to, co nas czeka w kolejnych czterech latach. Niewątpliwie pojawią się liczne nowości. Czy będą dobre dla pacjentów i pracowników ochrony zdrowia? Zaprezentowane przez przedstawicieli poszczególnych partii główne założenia programowe w zakresie ochrony zdrowia nie przyniosły jasnej i jednoznacznej odpowiedzi na to pytanie. Zapowiadana przez większość partii chęć oddłużenia szpitali z tytułu „ustawy 203” może pozwalać niejednemu z dyrektorów tych placówek na odrobinę optymizmu. Podobnie deklaracje w kwestii wprowadzenia ustawy o ratownictwie medycznym trafiają w oczekiwania zarówno środowiska medycznego i ubezpieczonych. Ustawa taka istnieje od kilku lat w większości krajów europejskich, a w Stanach Zjednoczonych była uchwalona w 1973 r. i doczekała się już kilku nowelizacji.

Choć obecni na spotkaniu politycy prezentowali swe programy na poziomie dużej ogólności, to widoczny był wielki ich zapał do zmian organizacyjnych i instytucjonalnych. Czy system ochrony zdrowia, a przede wszystkim pacjenci przetrzymają kolejne przeróbki organizacyjne, tego nie wie nikt. Niewątpliwie takie zmiany będą sprzyjały dobrej koniunkturze dla producentów pieczętek.

Odpowiedzi polityków na postawione podczas dyskusji przez redaktora naczelnego „GL” Marka Stankiewicza pytanie o liczebność lekarzy i przewidywane regulacje ustawowe w najbliższych czterech latach dotyczące naszego zawodu pozwalają na umiarkowany optymizm. Zdaniem polityków jest nas tyle, ile kraj potrzebuje i nie grożą nam nowości ustawowe w sprawie wykonywania zawodu.

Jedna z partii przywodzi za-  
ciąganie kredytu przez lekarzy

w celu odbycia rezydentury. Jeszcze nie mamy przepisów regulujących zasady refundacji ponoszonych kosztów kształcenia podyplomowego, a już słyszymy, że będziemy mogli, czy raczej musieli (?), zaciągać kredyty w celu zdobycia specjalizacji. Nie chciałabym specjalizować się z kredytowym obciążeniem.

Pytanie o prywatyzację szpitali, postawione przez redaktora Janusza Michałaka, współorganizatora spotkania, nie doczekało się precyzyjnych odpowiedzi od zabierających głos polityków.

W każdej dyskusji o ochronie zdrowia żelaznym dyżurnym tematem są problemy związane z ordynowaniem i refundacją leków. Temat przewijał się w wypowiedziach wszystkich polityków biorących udział w spotkaniu. Podobają mi się idea skupienia się na monitorowaniu spożycia leków przez poszczególnych pacjentów, a nie przypisywaniu konsumpcyjnych apetytów ordynacjom lekarzy. Elektroniczny rejestr wykonywanych usług medycznych, ordynowanych leków i wykupywanych recept z pewnością odmitologizuje wiele dzisiejszych tzw. faktów prasowych.

### **Nauka z przeszłości**

Już raz w naszej historii nadmierne zamiłowanie do liberalizmu przyniosło katastrofalne skutki. Szlacheckie *liberum veto* doprowadziło do upadku państwowości. Dziś *liberum modus vitae* może poważnie zagrozić sprawnemu działaniu systemów ochrony zdrowia. Nie można bez końca kokietować terminem **prawa pacjenta**. Upomnijmy się głośno o termin **obowiązków pacjenta**. Niemoralne jest milczenie o obowiązkach pacjentów. Każda porada lekarska jest oparta na intelekcie i systemie emocjonalnym drugiego człowieka, który nie jest maszyną produkującą porady na skalę przemysłową. Niemoralne jest nakazywanie lekarzom dokonywania niemoralnych wyborów.



# Tylko ryba...?

dokończenie ze str. 8

opiece zdrowotnej. Ale tę moją pewność podważyły ujawnione ostatnio przypadki zatrzymań profesorów i docentów habilitowanych, m.in. w Bydgoszczy, Włocławku, Białymstoku, Lublinie, z których jedni są lub byli zatrudnieni na przyzwoitych etatach, a inni – na atrakcyjnych kontraktach. Tylko Warszawa wydaje się być jakby pozbawiona tego typu afer, co jest zresztą bardzo dziwne, chyba że – jako stolica – stara się dawać pozytywny przykład Polsce B. Ale poczekajmy, tę puszkę Pandory też niedługo ktoś może otworzyć. Tak mi podpowiadają moje prowincjonalne kompleksy.

Niektórzy ordynatorzy także nie są „gorsi”, o czym słychać od czasu do czasu w mediach krajowych oraz lokalnych. Trzymają „bramkę”, bez ich akceptacji żaden lekarz nie ma prawa położyć na oddziale jakiegokolwiek pacjenta, a „biurko ma cztery nogi i każda musi być podparta”. Czy „pańskie oko tuczy konia” bezinteresownie, czy nie, pozostaje to już tajemnicą oka i konia. Chyba że banknoty pomalowano wcześniej farbą fluorescencyjną, albo konia zaopatrzone w mikrofon i kamerę, a w poczekalni siedzi dwóch smutnych dżokejów z batami w ręku. Wiadomo tylko, że pozostali wyrobniczy szpitalni czekają z utęsknieniem na ten jeden szczęśliwy miesiąc w roku, kiedy to ordynator-bramkarz wyjeżdża na urlop. Wtedy zaczyna się bardziej demokratyczno-kapitalistyczny „ruch w interesie”, z atmosferą zepsutą jednak ostatnio poczuciem „pewnej takiej niepewności”.

Ale z tego wszystkiego wynika, że pokusa osiągnięcia dodatkowego, nie-

legalnego zarobku zależy nie tyle od wysokości oficjalnego wynagrodzenia, co od charakteru człowieka. I właśnie to nieźle zarabiający ludzie z „miękkim charakterem” popsuli lekarzom dobry argument, że gdyby wynagrodzenie w opiece zdrowotnej było satysfakcjonujące, to szara strefa stałaby się prawdziwym marginesem.

## Kosmiczna przesada

Przy okazji warto się zastanowić, jak wielka jest skala szarej strefy. Fundacja Batorego co roku zamawia w CBOS-ie badanie „Barometru korupcji”. Do faktu dania komuś łapówki przyznaje się w „Barometrze” z reguły mniej więcej 15 proc. respondentów, z czego 68 proc. dało łapówkę w służbie zdrowia. Ta grupa stanowi więc w tym roku tylko (albo aż) ok. 10 proc. ogółu badanych. Czyli prywatną kieszeń publicznego lekarza wzbogacił co dziesiąty polski obywatel. A o ile wzbogacił? Elżbieta Cichocka („Gazeta Wyborcza” z 29 sierpnia br.) podaje za GUS-em, że w 2003 r. pacjenci zostawili w szpitalach jako „dowody wdzięczności” (koperty, prezenty, kwiaty) 60 mln zł. Zatem, statystycznie, jeden pacjent na trzydziestu mógł dać lekarzowi 500 zł. Albo jeden na sześćdziesięciu – 1000.

Jest to i tak 100-200 razy mniej, niż sugerują polityczni populiści i demagodzy, szacujący tę strefę na 6-12 mld zł rocznie (!), w zależności od tego, czy wliczają do niej tylko same łapówki, czy też i wpłaty pacjentów na rzecz różnych fundacji oraz pozostałe dopłaty. Przesada jest kosmiczna, ale funkcjonowaniu dowodów wdzięczności jako takich nie da się zaprzeczyć.

Przy czym dowody te mają jednak swoje dwa oblicza. Bo – mimo wszystko – czym innym jest uzależnienie przez lekarza wykonania świadczenia od wręczenia mu korzyści finansowej, a czym

innym spontaniczna, inspirowana tylko zadowoleniem z leczenia (choć nie-raz nachalna) wizyta pacjenta, który coś lekarzowi przyniesie, cokolwiek by to było, koniak, „węgorzewo” czy chudsza lub grubsza koperta.

## Jedno oblicze dwóch sytuacji

Niestety, prawo nie rozróżnia tych dwóch okoliczności. Wiem, że „kasa” po leczeniu jest zwykłą wdzięcznością pacjenta, czy też honorarium za dobrze wykonaną pracę, ale „oni” tak nie uważają – twierdzi dr Piotr D, mój kolega z OZZL.

Lekarz w publicznym zakładzie opieki zdrowotnej nie jest co prawda funkcjonariuszem publicznym, ale za to – z tytułu zatrudnienia w jednostce organizacyjnej dysponującej środkami publicznymi – jest osobą pełniącą funkcję publiczną (chyba, że wykonuje wyłącznie czynności usługowe). Wynika to z art. 115 par. 19 Kodeksu karnego. I w sytuacji „przed”, zgodnie z art. 228 par. 4 tegoż kodeksu, „Karze (...) podlega ten, kto, w związku z pełnieniem funkcji publicznej, uzależnia wykonanie czynności służbowej od otrzymania korzyści majątkowej lub osobistej albo jej obietnicy lub takiej korzyści żąda”. Pójść siedzieć (od roku do dziesięciu lat) można więc nie tylko za uzależnienie i żądanie, lecz nawet za domaganie się obietnicy korzyści. O tym przepisie (może z wyjątkiem obietnicy) sły-szał prawie każdy.

Ale jest jeszcze par. 1 art. 228, mniej znany, a znacznie gorszy, bo dotyczący również sytuacji „po”: „Kto, w związku z pełnieniem funkcji publicznej, przyjmuje korzyść majątkową lub osobistą albo jej obietnicę, podlega karze wolności od 6 miesięcy do lat 8”. Tutaj nie ma już mowy o uzależnieniu czy żądaniu, tutaj karze podlega każdy lekarz publicznej opieki

REKLAMA

REKLAMA

zdrowotnej, który taką korzyść przyjmuje w związku z pełnieniem funkcji. A w związku oznacza, że niezależnie czy przed leczeniem, czy po. Wsio ryba.

## **Zrównać z Panem Mietkiem**

I ten właśnie przepis, moim zdaniem, idzie o wiele za daleko. No bo dla czegoż prawo ma zabraniać lekarzowi przyjęcia materialnego wyrazu wdzięczności? I to takiego, jaki obdarowujący sam uzna za stosowne, od nie namawianego do tego czynu pacjenta, który w ogóle nie musi tego robić? A w czym to lekarz jest gorszy od pracującego w tym samym szpitalu Pana Mietka, który, jako „złota rączka”, wyremontuje porządnie oddziałową salę zabiegową? Pan Mietek może bezkarnie przyjąć od zadowolonego ze stworzenia dobrych warunków pracy doktora flaszkę albo „stówkę”, ale gdyby Pan Mietek zechciał odwzajemnić się lekarzowi tym samym za laparoskopowe wyleczenie mu przepukliny, to przy okazji mógłby niechcący posadzić swego zbawcę na kilka lat. Uważam, że jest to ograniczanie swobód obywatelskich, i to nie tylko lekarzy, ale i pacjentów.

Chyba, że Pan Pacjent Mietek i Pan Doktor zostaną zrównani ze sobą, czyli: albo Pana Mietka uzna się za osobę pełniącą funkcję publiczną (ze wszystkimi jej atrybutami, czyli etyką, misją i powołaniem), albo obu potraktuje się jako „osoby wykonujące wyłącznie czynności usługowe” (Kodeks karny, art. 115 par. 19). Bo w końcu jakież to inne czynności wykonuje lekarz, jeśli nie wyłącznie usługi zdrowotne?

## **Spokojnych snów**

Myślę, że odpowiednio wykształcony adwokat rozwinałby tezę o lekarzu jako o „osobie wykonującej wyłącznie czynności usługowe” szerzej, a wtedy „wyrazy wdzięczności” można by nazwać bardziej lub mniej sutym „napiwkim”, wykreślając w ogóle pojęcie łapówek w ochronie zdrowia ze statystyk. Obdarowany powinien tylko zgłosić taką korzyść w PIT-cie, zapłacić stosowny podatek, i spokój.

Ale zamiast szukania kruczków prawnych, można też postawić na drugie wyjście: nie wyłudzać „przed”, ograniczyć przyjmowanie „po”, i spokojnie spać. W domu będzie może o parę groszy mniej, ale za to pojawi się pewność, że lekarska rodzina nie straci żywiciela na kilka lat. I nie naje się wstydu na całe życie.

*Ryszard Kijak*









## Notatki rzecznika prasowego NRL



### Prezydium NRL

na posiedzeniach w dn. 1 i 16.09.br.

#### • uchwaliło m.in. stanowiska:

– dotyczące projektu rozporządzenia ministra zdrowia w sprawie **ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej**, w którym zawarto wiele koniecznych, zdaniem Prezydium, poprawek. W stanowisku czytamy m.in.: „(...) Projekt nie uwzględnia zapisów objętych konsensem stron negocjacji, które odbyły się w trybie wskazanym w art. 137 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. Nr 210, poz. 2135). Pomimo że negocjacje nie zakończyły się uzgodnieniem wspólnego projektu rozporządzenia, to wiele kwestii zostało uzgodnionych. Niezamieszczenie zapisów, na których brzmienie zgodzili się zarówno płatnik, jakim jest NFZ oraz świadczeniodawcy budzi zdziwienie i sprzeciw Prezydium NRL. (...)”

– w sprawie projektu rozporządzenia w sprawie **zakresu zadań lekarza, pielęgniarki i położnej podstawowej opieki zdrowotnej**, w którym zgłosiło m.in. uwagę: „(...) Konieczne wydaje się określenie koordynatora działań podejmowanych w stosunku do danego świadczeniobiorcy przez wszystkich świadczeniodawców udzielających świadczeń zdrowotnych w ramach podstawowej opieki zdrowotnej. Koordynacja ta ma na celu dobro pacjenta; działania podejmowane przez lekarza POZ, pielęgniarkę POZ i położną POZ powinny być ze sobą spójne i razem stanowić całość opieki zdrowotnej wysokiej jakości. Przy tym ze względu na uprawnienia zawodowe lekarza wydaje się, że rola koordynatora działań medycznych w ramach podstawowej opieki zdrowotnej powinna być przypisana lekarzowi podstawowej opieki zdrowotnej.”

– dotyczące projektu rozporządzenia ministra zdrowia w sprawie **określenia koniecznych elementów umów o udostępnienie oddziału klinicznego na wykonywanie zadań dydaktycznych i badawczych w powiązaniu z udzielaniem świadczeń zdrowotnych**. „(...) Prezydium NRL – nie zgłasza do niego uwag. Należy jednocześnie zwrócić uwagę na brak analogicznych rozwiązań w odniesieniu do szpitali klinicznych. Wydaje się, że istnieje szereg kwestii we współpracy szpitali klinicznych oraz akademii medycznych, podmiotów posiadających osobowość prawną, które winny być uregulowane w drodze umowy, wymagałoby to odpowiedniej zmiany ustawy o zakładach opieki zdrowotnej.”

– w sprawie **programu specjalizacji z dziedziny zdrowia publicznego**,

#### • wydelegowało:

- dr. n. med. **Janusza Wiczorka** jako przedstawiciela NRL do Rady Społecznej Kolejowego Sanatorium Uzdrowiskowego w Inowrocławiu,
- **Prezesa NRL** na zjazd Czeskiej Izby Lekarskiej w dn. 14-15.10.br. w Pradze.

**UWAGA!** Wszystkie dokumenty ustanowione przez Prezydium NRL można znaleźć na stronach internetowych samorządu: **www.nil.org.pl**

### Nieprzestrzegany zakaz reklamy

Liczne informacje i dowody o nieprzestrzeganiu przez ZOZ-y zasad zakazu reklamy, ujętych w art. 18b ustawy o zakładach opieki zdrowotnej z 30.08.1991 r., skłoniły Prezesa NRL do napisania listu (26.08.br.) do 16 wojewodów, w którym prosi o wydanie polecenia podległym służbom przeprowadzenia kontroli przestrzegania przez zakłady opieki zdrowotnej zakazu reklamy przy podawaniu do wiadomości publicznej informacji o zakresie i rodzajach udzielanych świadczeń zdrowotnych. „(...) Można bowiem zaobserwować, że ogłoszenia prasowe czy też w formie billboardów po pierwsze zawierają treści, które można odczytać jako reklamowe, ponadto ich forma graficzna, kolorystyczna czy wielkość jednoznacznie musi być utożsamiana z reklamą.”

### Unijne problemy polskich lekarzy dentystów

W związku z licznymi problemami dotyczącymi uznania kwalifikacji, jakie czekają na polskich lekarzy dentystów starających się o pracę w krajach UE, 1.09.br. Prezes NRL wystosował pismo do Romana Danielewicza, dyrektora Departamentu Nauki i Szkolnictwa MZ, w którym czytamy m.in.: „(...) wobec przeciągających się dyskusji pomiędzy stroną polską a Komisją Europejską oraz ciągłych problemów, jakie napotykać lekarze dentyści ubiegający się o uznanie swych kwalifikacji w innych państwach członkowskich UE, uprzejmie informuję, że samorząd lekarski przyjmuje do wiadomości, że data 2003/2004 zostanie notyfikowana Komisji Europejskiej oraz innym państwom członkowskim UE jako data zgodności kształcenia lekarzy dentystów. Niezwłocznie poinformowane o tym fakcie zostaną okręgowe rady lekarskie. W odniesieniu do przedstawionego projektu pisma Alexandra Schauba, dyrektora generalnego informuję, że uważam, iż fragment dotyczący programów nauczania na polskich uczelniach (...) jest nie do końca jasny i może prowadzić do kolejnych zastrzeżeń ze strony Komisji. (...)”

**Iwona A. Raszke-Rostkowska**  
tel. (0-22) 559-13-26, tel./fax (0-22) 559-13-27  
tel. kom. 0606-440-100  
e-mail: iwona.raszke@hipokrates.org

# Biała Księga

Szczepan Cofa

W ostatnim czasie wydano *European Lung White Book* – dokument opracowany przez European Respiratory Society (ERS) oraz European Lung Foundation.

**P**rzygotowania syntezy współczesnych zagadnień pulmonologicznych podjął się prof. Robert Loddenkemper z Berlina, były przewodniczący ERS. W najbliższym czasie powinniśmy doczekać się również polskiego wydania tej pozycji.

## Cele Białej Księgi

Europejska Biała Księga Pulmonologiczna stała się ważnym dokumentem, który przedstawia istotne wyzwania tej dziedziny. Można powiedzieć o dwóch celach wydawnictwa. Po pierwsze, – zewnętrznym, dotyczącym ogółu społeczeństw europejskich: chodzi o kształtowanie społecznej świadomości odnośnie roli schorzeń układu oddechowego, które w całości zajmują trzecie miejsce wśród przyczyn zgonów w skali świata. Zapalenia płuc nadal stanowią trzecią, a przewlekła obturacyjna choroba płuc (POCHP) piątą przyczynę zgonów, mimo że sugeruje się, iż w ciągu sześciu lat przesunie się na czwarte miejsce. Zapalenia płuc, POChP, gruźlica oraz rak płuca stanowią łącznie około 18% przyczyn wszystkich zgonów. Niezwykle istotne jest uświadomienie roli czynników powodujących chorobę, przede wszystkim palenia tytoniu.

Drugim, wewnętrznym celem, dotyczącym środowisk medycznych, była integracja kontynentalna działań w zakresie epidemiologii oraz definiowania schorzeń układu oddechowego, przedstawienie impulsu do tworzenia zintegrowanych standardów postępowania w schorzeniach pulmonologicznych, wypracowanie standardu edukacyjnego w zakresie pulmonologii, a także pobudzenie do nowych poszukiwań metod diagnostyki i terapii pulmonologicznej.

## Koszty pulmonologii

Koszty leczenia pulmonologicznego w Europie to ok. 102 mld euro rocznie, czyli wartość porównywalna z kwotą produktu krajowego brutto kraju takiego, jakim jest Irlandia. Na leki pul-

monologiczne Europejczycy wydają 6,7 mld euro, na opiekę ambulatoryjną ok. 9 mld, na leczenie szpitalne 18 mld.

Okazuje się, że największa część opieki pulmonologicznej związana jest z chorobami obturacyjnymi dróg oddechowych: astmą oskrzelową oraz POChP. Ponad 90% wszystkich konsultacji pulmonologicznych związanych jest właśnie z tymi schorzeniami. Jeśli chodzi natomiast o odsetek wszystkich konsultacji lekarskich związanych z problemami pulmonologicznymi (z infekcjami włącznie), to stanowią one 20% wszystkich konsultacji lekarskich.

Koszty leczenia pulmonologicznego są wysokie, jednakże o wiele niższe niż w wielu innych specjalnościach, chociażby kardiologii czy hematologii. Nawet procedury onkologii pulmonologicznej, choć – przynajmniej – stosunkowo mało skuteczne, – są o wiele tańsze od wielu procedur onkologicznych.

Pulmonologia, która przebyła w ostatnich dziesiątkach lat długą drogę, od fizjologii zajmującej się gruźlicą, do pełnoprawnej dziedziny interny, ma szczególne pozostawać w bliskiej współpracy z wieloma innymi specjalnościami. Ocieiera się o zagadnienia infekcji, alergologii bądź immunologii, intensywnej terapii, onkologii. Wymaga ścisłej współpracy z kardiologią, mikrobiologią, laryngologią, rehabilitacją, pediatrią oraz chirurgią klatki piersiowej.

## Przegląd problemów pulmonologicznych

*Biała Księga Pulmonologii Europejskiej* przedstawia przegląd najważniejszych problemów układu oddechowego. Mówiąc o astmie oskrzelowej, która jest najczęstszą chorobą przewlekłą dzieci, ukazuje zróżnicowanie zachorowalności oraz dynamizm wskaźników epidemiologicznych w krajach europejskich. Jest ona najczęściej rozpoznawana w Wielkiej Brytanii, gdzie dotyczy ok. 13% populacji. Podkreślono, że większy odsetek przewlekłej ciężkiej astmy rozpoznawany jest w takich krajach,

jak Niemcy, Polska, Holandia. Tylko na leki stosowane w astmie oskrzelowej Europejczycy wydają ok. 3,6 mld euro rocznie. W wielu krajach Europy Środkowej i Wschodniej oczekuje się drastycznego wzrostu zachorowań, szczególnie u dzieci. Ostatnie trzy dziesiątki lat związane były z podwojeniem zachorowalności na astmę oskrzelową.

Przewlekła obturacyjna choroba płuc (POCHP) jest jedną z tych przyczyn zgonów, których znaczenie epidemiologiczne ciągle rośnie. Trendy zachorowalności i śmiertelności w odniesieniu do tego schorzenia są od wielu lat niezmiennie rosnące. Roczny koszt leków, który ponoszą Europejczycy, to 2,7 mld euro.

Innym problemem, którego wagę podkreśla dokument jest „epidemia” raka płuca. W Wielkiej Brytanii liczba kobiet, umierających na raka płuca przekroczyła liczbę kobiet umierających z powodu raka piersi. Przeciętne roczne w raku płuca wynosi ok. 20%. Rak płuca stanowi ok. 20 % wśród onkologicznych przyczyn zgonów. Polska jest czarną strefą raka płuca, jednym z dwóch krajów o największej zachorowalności w Europie, z liczbą powyżej 60 przypadków na 100 tys. mieszkańców.

Dokument ukazuje także zróżnicowanie zapadalności na infekcje układu oddechowego, ze szczególnym uwzględnieniem zapalenia płuc, problemy związane z opornością na penicylinę szczepów *Streptococcus pneumoniae* w izolatach z dolnych dróg oddechowych oraz oporność na erytromycynę. Przedstawiono też różnice między poszczególnymi krajami w tym zakresie.

Osobnym problemem jest zróżnicowanie problematyki gruźlicy w Europie, w której np. w Rosji czy na Białorusi, zachorowalność (obecność prątków gruźlicy u chorych potwierdzono badaniem bakteriologicznym), wynosi 48 na 100 tys. mieszkańców, podczas gdy we Francji zachorowalność wynosi 4,2 na 100 tys. mieszkańców. Polskie wartości zachorowań zbliżone są do krajów zachodnich (9 na 100 tys. mieszkańców, potwierdzonej bakteriologicznie gruźlicy).



Dokument porusza także zagadnienia związane z innymi chorobami. Wspomnę tylko mukowiscydozę, która stała się również chorobą dorosłych. Obecnie 34% pacjentów europejskich, to chorzy dorośli. Średni czas ich życia wynosi 32 lata. Niewydolność oddechowa jest przyczyną śmierci w 98% przypadków, a roczny koszt leczenia osób w zaawansowanych stadiach może wynosić u jednego pacjenta nawet powyżej 40-100 tys. euro. Warto powiedzieć, że średnia przeżycia w mukowiscydozie uznana jest za jeden z wskaźników jakości opieki medycznej. Okazuje się, że w tym względzie nie wyglądamy najgorzej.

*Biała Księga Europejska* porusza zagadnienia związane z najważniejszymi czynnikami ryzyka, a przede wszystkim z paleniem tytoniu. Walka z „epidemią” nikotynizmu jest jednym z 2 priorytetów trzeciego tysiąclecia wg Światowej Organizacji Zdrowia. Przypomnienie o nikotynizmie może być nudne, ale nie ma żadnej innej, równie skutecznej, interwencji medycznej, jak nakłonienie do zaniechania palenia tytoniu. Skuteczność ta ma swój wymiar, nie tylko związany z korzyściami konkretnego pacjenta, lecz ewidentny wymiar społeczny. Ta dwójka korzyść musi być ukazywana w sposób jednoznacznie wyrazisty. Okazuje się, że działalność pulmonologiczna mogłaby być w znaczącej mierze (nawet co najmniej o połowę) zredukowana w przypadku skutecznej walki z nałogiem nikotynizmu.

### **Wyzwania opieki pulmonologicznej**

Jeśli chodzi o szczególne wyzwania, które ukazuje omawiany dokument, to przede wszystkim rola intensywniej terapii w chorobach układu oddechowego. Sugeruje się rozwój opieki pulmonologicznej nie tylko w zakresie oddziałów intensywnej terapii, do której kryterium przyjęcia jest przede wszystkim niewydolność wielonarządowa, ale również tworząc oddziały (lub pododdziały) pulmonologiczne wzmoczonego nadzoru, w których można byłoby zastosować inwazyjną wentylację mechaniczną w razie potrzeby, a także intensywne monitorowanie.

Istotny jest również rozwój swego rodzaju ogniwa pośredniego, jakim byłyby tzw. *respiratory intermediate units*, do których kryterium przyjęcia byłaby izolowana niewydolność oddechowa. Typowa w działalności takiego oddziału jest nieinwazyjna wentylacja mechaniczna, a wyjątkowo wentylacja inwazyjna.

Kolejnym wyzwaniem współczesnej pulmonologii jest rosnąca rola rehabilitacji, która wymaga swego rodzaju emancypacji w tym zakresie. Rehabi-

litacja pulmonologiczna określana jest jako wielowymiarowe i konsekwentne działanie, skierowane do osób ze schorzeniami układu oddechowego i ich otoczenia, prowadzone przez wielodyscyplinarny zespół specjalistyczny w celu uzyskania i utrzymania indywidualnie optymalnego poziomu niezależności funkcjonowania społecznego. Korzyściami rehabilitacji pulmonologicznej są: poprawa tolerancji wysiłku, zmniejszenie nasilenia objawów, poprawa zależności od zdrowia jakości życia oraz możliwość zmniejszenia intensywności opieki. Wyzwaniem jest tworzenie kompleksowych programów rehabilitacji oraz tworzenie ośrodków rehabilitacyjnych. Dokument zwraca uwagę na konieczność pracy w zespole pulmonologicznych profesjonalistów, do którego należą: lekarze, pielęgniarki pulmonologiczne, fizjoterapeuci, dietetycy, psycholodzy, pracownicy socjalni. Jest to konieczne przede wszystkim w przypadku pacjentów z przewlekłą niewydolnością oddechową.

Warta podkreślenia jest szczególna rola pielęgniarek pulmonologicznych, które zapewniają pomoc w tlenoterapii domowej, technikach wentylacji, aeroloterapii, biorą udział w programach rehabilitacyjnych oraz edukacyjnych, a także odgrywają szczególną rolę w działaniach antynikotynowych.

### **Pulmonologia jako specjalność**

Przyjmuje się, że w Europie występują duże deficyty w nauczaniu pulmonologii na poziomie akademickim. Jest ona rozwinięta jako samodzielna dziedzina nauczania w 62% ośrodków uniwersyteckich Europy. W Polsce wysycenie nią wydziałów lekarskich jest pełne.

Czas trwania specjalizacji w zakresie chorób płuc waha się od 3 do 7 lat (3 lata na Litwie, 7 lat w Belgii). Jeżeli chodzi o liczbę w pełni wykwalifikowanych pulmonologów, średnia europejska to 3,2 specjalistów na 100 tys. mieszkańców (od 0,8 w Wielkiej Brytanii, 4,6 w Pol-

sce do 10,4 w Grecji, przy średniej 1,5 w Stanach Zjednoczonych).

Jako istotne wyzwanie w nauczaniu pulmonologii ukazana jest w omawianym dokumencie konieczność szkolenia w zakresie intensywniej terapii pulmonologicznej.

### **Polskie problemy w obliczu Białej Księgi**

W najbliższym czasie ma ukazać się polskie wydanie Białej Księgi Pulmonologii. Warto byłoby do niej dopowiedzieć komentarz, związany z najistotniejszymi bolączkami pulmonologii – dziedziny, która ubiega się o własne prawa wśród innych specjalności.

Okazuje się, że najbardziej palącym problemem pulmonologicznym w zakresie zapewnienia opieki jest dramatycznie trudna dostępność pacjentów do badań radiologicznych klatki piersiowej. Liczba wykonywanych badań w ostatnich latach spadła w drastyczny sposób, przede wszystkim ze względu na zmieniony sposób finansowania.

Lekarz rodzinny wydając skierowanie na zdjęcie klatki piersiowej wykorzystuje roczną pulę przeznaczoną na badania dodatkowe dla trzech swoich podopiecznych. Pozostaje to swego rodzaju skandalem chociażby w kontekście szczególnego wyzwania, jakim jest diagnostyka i postępowanie w zakresie raka płuca. Nie można się dziwić, że u co najmniej 60% pacjentów, u których rozpoznaje się raka płuca, możliwe jest tylko postępowanie paliatywne.

Wydaje się, że wydanie Europejskiej Białej Księgi Pulmonologicznej oraz jej polskiego tłumaczenia może stać się istotnym impulsem dla zapewnienia pulmonologii właściwego jej miejsca, także w zakresie odpowiedniego finansowania. Pulmonolodzy nie roszczą sobie żadnych wyjątkowych praw. Oczekują jednak środków niezbędnych dla zapewnienia opieki nad pacjentami odpowiedniej co do jakości i dostępności w stosunku do innych specjalności.

## **Imienia prof. Garlickiego**

**W** 5 Wojskowym Szpitalu Klinicznym w Krakowie 10 czerwca br. odbyła się uroczystość nadania szpitalowi imienia gen. bryg. prof. dr. hab. med. Mariana Garlickiego, jednego z twórców polskiej ortopedii i traumatologii.

Prof. Garlicki był oficerem Armii Krajowej, zastępcą szefa służby zdrowia AK na okręg lwowski. Po wojnie organizował warszawski Szpital MON, ośrodki urazowo-ortopedyczne na Śląsku i klinikę ortopedii śląskiej AM. Przez dwie kadencje był rektorem ŚAM. Po 1956 r. naczelnym chirurg LWP, przez 6 lat rektor Wojskowej Akademii Medycznej w Łodzi. Karierę zawodową zakończył jako kierownik Katedry i Kliniki Ortopedycznej warszawskiej AM, w której tuż po wojnie pracował z Adamem Grucą. Wychował 12 profesorów. Był doktorem honoris causa Wojskowej Akademii Medycznej oraz Śląskiej Akademii Medycznej. Honorowy delegat na Krajowy Zjazd Lekarzy, odznaczony m.in. medalami Gloria Medicinæ oraz Medicus Magnus.



# Kiedy, co i komu można ujawnić?

**D**yrektorzy zakładów opieki zdrowotnej, pracujący w nich lekarze, a także lekarze praktykujący prywatnie nader często spotykają się z żądaniami udostępnienia dokumentacji medycznej pacjentów czy zapytaniami o ich stan zdrowia.

Zainteresowanymi są zarówno instytucje, jak i osoby fizyczne, najczęściej członkowie rodzin chorych.

Wprawdzie istnieją regulacje prawne dotyczące zakładów opieki zdrowotnej i indywidualnych (oraz grupowych) praktyk lekarskich, ale, jak pokazuje życie, nie zawsze można znaleźć tam odpowiedź pasującą do zaistniałej sytuacji.

Artykuł 18 ustawy o zakładach opieki zdrowotnej dość szczegółowo wymienia komu i w jakich sytuacjach należy udostępnić dokumentację medyczną. Ale czy prywatna firma ubezpieczeniowa, która nawet w nazwie nie ma słowa „ubezpieczenia”, jest zakładem ubezpieczeniowym czy też nie?

Czy zwrócenie się przez „zakład ubezpieczeniowy” o udostępnienie dokumentacji może ograniczyć się do stwierdzenia (którego zresztą często brak), że ma to związek z prowadzonym przezeń postępowaniem, czy też należy szczegółowo wskazać o jakie postępowanie chodzi?

W jakim zakresie udostępniać dokumentację pacjenta, niekiedy leczonego w danym ZOZ-ie przez wiele lat?

Na te wszystkie pytania musi sobie odpowiedzieć dyrektor szpitala.

Tymczasem nie ma na nie jasnej odpowiedzi. Wobec uproszczonego potraktowania sprawy przez ustawodawcę każda próba wyjaśnienia nasuwających się wątpliwości byłaby dopisaniem do ustawy czegoś, czego w niej nie ma.

A to władny jest uczynić tylko parlament, który miejmy nadzieję zechce zająć się również tą sprawą.

Podjęcia wymagają nie tylko sprawy związane z udostępnianiem dokumentacji. Ustawa o zakładach opieki zdrowotnej nie przewiduje bowiem obowiązku zachowania w tajemnicy informacji związanych z pacjentem, które przecież nie muszą pochodzić z dokumentacji medycznej.

Wśród licznych praw pacjenta, które tam się wymienia, nie ma prawa do tajemnicy wiadomości dotyczących pacjenta. Zresztą żaden z aktów prawnych odnoszących się wprost lub pośrednio do ochrony zdrowia nie używa pojęcia „tajemnicy lekarskiej” i tym samym jej nie

definiuje co może być źródłem sporych kłopotów powstających na styku lekarza z administracją.

Lukę tę zapełnia w jakiejś części Kodeks Etyki Lekarskiej, jednakże nie ma możliwości, by zastępować nim ustawę.

Do lekarzy i lekarzy dentystów prowadzących indywidualne lub grupowe praktyki lekarskie stosuje się, w interesującym nas zakresie, przepisy ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty.

Ustawa ta wprawdzie odróżnia dokumentację medyczną pacjenta od związanych z pacjentem informacji, jednakże jak prowadzić, a zwłaszcza udostępniać dokumentację, określa rozporządzenie ministra zdrowia.

Na szczęście z art. 40 ustawy wynika wprost obowiązek lekarza zachowania w tajemnicy informacji związanych z pacjentem, a uzyskanych w związku z wykonywaniem zawodu.

Natomiast o dokumentacji medycznej, o jej poufności ustawa milczy, a komu udostępniać określa rozporządzenie, co wydaje się wysoce niefortunne i działa wbrew zasadzie ustawowego określania praw pacjenta.

Obowiązek lekarza zachowania w tajemnicy informacji związanych z pacjentem nie jest obowiązkiem bezwzględnym.

Artykuł 40 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty wymienia również wyjątki, w których ustawy się nie stosuje, a tym samym wolno lub należy udostępnić informacje o pacjencie.

Wyliczone wyjątki są dostatecznie czytelne z wyłączeniem jednego. Zgodnie z pkt. 1 w ust. 2 art. 40 lekarz nie ma obowiązku zachowania w tajemnicy informacji związanych z pacjentem, gdy „tak stanowią ustawy”.

Konia z rzędem temu kto zapytany o które ustawy chodzi odpowie od razu i błędnie. Lekarz, który chciałby dowiedzieć się co ustawodawca miał na myśli musiałby co najmniej zwrócić się do kancelarii prawnej, a i to nie zawsze prowadziłoby do uzyskania dostatecznej wiedzy.

Jako przykład kłopotów wynikających z tego przepisu mogą posłużyć przypadki kiedy to o udostępnienie dokumentacji medycznej pacjentów zwracają się do lekarzy urzędy kontroli skarbowej w związku z prowadzonymi kontrolami praktyk lekarskich. Powołują się przy tym na przepisy ustawy o kontroli skarbowej i ustawy Ordynacja podatkowa, które jakoby uprawniają kontrolu-

jących do wglądu w dokumentację medyczną kontrolowanego lekarza.

Rzeczywiście, wg art. 7b ustawy o kontroli skarbowej organy kontroli skarbowej mogą zbierać dane osobowe oraz przetwarzać je w rozumieniu przepisów o ochronie danych osobowych. Jednakże z art. 5 ustawy o ochronie danych osobowych wynika, że jeżeli przepisy odrębnych ustaw (a taką jest ustawa o zawodzie lekarza i lekarza dentysty) przewidują dalej idącą ochronę niż wynika to z tej ustawy, stosuje się przepisy ustaw zawierających ochronne regulacje.

W komentarzu do tego przepisu wyraźnie określa się m.in., że ochrona taka może dotyczyć danych pacjenta. Podnosi się ponadto, że ustawa o ochronie danych osobowych nie narusza przepisów innych ustaw wprowadzających tajemnice zawodowe. Zatem na gruncie przytoczonego art. 7b pojawiają się poważne wątpliwości co do możliwości udostępnienia danych pacjentów organom kontroli skarbowej.

Z kolei art. 286 § 3 ustawy Ordynacja podatkowa upoważnia do przeglądania dokumentów zawierających m.in. informacje stanowiące tajemnicę zawodową, co wg urzędników jest równoznaczne z tajemnicą lekarską.

Problem w tym, że Ordynacja podatkowa nie ustala czym jest tajemnica zawodowa i czy jest ona tożsama z tajemnicą lekarską.

Ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty oraz o izbach lekarskich również nie posługują się pojęciem tajemnicy zawodowej czy tajemnicy lekarskiej, a tym samym nie zawierają definicji ustawowej tych wyrażeń.

Zatem, jeśli w ustawodawstwie dotyczącym lekarzy nie ma definicji dotyczącej tajemnicy zawodowej, którą posługuje się ustawa Ordynacja podatkowa, nie wyjaśniając zarazem czym jest tajemnica zawodowa, nie sposób w drodze wymiany poglądów pomiędzy urzędnikiem skarbowym a lekarzem ustalać znaczenia wyrażenia ustawowego „tajemnica zawodowa” w odniesieniu do lekarzy i lekarzy dentystów.

Zwłaszcza, jeśli sprawa dotyczy tak wrażliwej i szczególnie chronionej materii jaką są dane osobowe pacjenta.

Rozwiązanie tej kwestii powinno nastąpić w drodze wykładni prawa dokonanej przez uprawnioną do tego instytucję, a najlepiej przez jego nowelizację.

*Dr Paragraf*

# Medale im. Jana Mikulicza-Radeckiego



Z okazji trzeciego już spotkania Izb Lekarskich: Saksońskiej i Dolnośląskiej, w barokowej Auli Leopoldyńskiej Uniwersytetu Wrocławskiego szczególnie zasłużonym wręczono medale im. Mikulicza-Radeckiego.

Tym razem z rąk przewodniczącego DIL Andrzeja Wojnara otrzymali je: prof. dr med. Jörg Hoppe, dr med. Siegfried Herzig i Konstanty Radziwiłł.



**M**edal im. Jana Mikulicza-Radeckiego, honorowe odznaczenie Dolnośląskiej Izby Lekarskiej, przyznawany jest od 1996 r. Jan Mikulicz-Radecki, jeden z najwybitniejszych

chirurgów w historii medycyny, urodził się w 1850 r. w Czerniowcach. Ojciec był architektem, polskim szlachcicem herbu Gozdawa, matka Austriaczką.

Studiował medycynę w Wiedniu. Asystent słynnego chirurga prof. Teodora Billrotha, został szefem Katedry Chirurgii na Uniwersytecie Jagiellońskim. Z Krakowa przeniósł się do Królewca, by w roku 1890 objąć stanowisko kierownika Kliniki Chirurgicznej na Uniwersytecie Wrocławskim. Zbudował klinikę przy dzisiejszej ul. Curie-Skłodowskiej. Był jej pierwszym szefem i autorem wielu, jak na owe czasy, nowatorskich metod chirurgicznych. Wiele narzędzi chirurgicznych, sposo-

bów operowania, czynności lekarskich nosi do dzisiaj Jego imię.

Zmarł 14 czerwca 1905 r. z powodu raka żołądka. Grób rodzinny Mikuliczów znajduje się w Świebodzicach, gdzie Profesor wybudował dom. Z pożogi wojennej dom ocalał, a potomkowie prof. Jana Mikulicza-Radeckiego, po dziadku przede wszystkim lekarze, odwiedzają, za sprawą Dolnośląskiej Izby Lekarskiej, rodzinne gniazdo.

Wśród 135 odznaczonych tym szczególnym medalem Dolnośląskiej Izby Lekarskiej jest Ojciec Święty Jan Paweł II, są spadkobiercy chirurgicznej tradycji prof. Jana Mikulicza-Radeckiego i dolnośląscy lekarze zaangażowani w prace na rzecz korporacji.

*Tekst i zdjęcie Zdzisława Michalska „Medium”*



Konstanty Radziwiłł i Siegfried Herzig



**POŻYCZKA FORTUNA DO 50 000 PLN**  
**NAJNIŻSZE OPROCENTOWANIE – 9,90%**  
**WYMAGANE UDOKUMENTOWANIE DOCHODÓW**  
**ZABEZPIECZENIE DO WYBORU KLIENTA**

| Przykładowy plan spłaty pożyczki <b>FORTUNA</b> |                                         |              |              |
|-------------------------------------------------|-----------------------------------------|--------------|--------------|
| Wysokość pożyczki (zł)                          | Okres spłaty pożyczki – rata miesięczna |              |              |
|                                                 | 3 lata                                  | 2 lata       | 1 rok        |
| <b>20 000</b>                                   | 644,36                                  | 921,86       | 1 757,17     |
| <b>35 000</b>                                   | 1 127,62                                | 1 613,26     | 3 075,06     |
| <b>50 000</b>                                   | 1 610,89                                | 2 304,66     | 4 392,94     |
| <b>Oprocentowanie nominalne</b>                 | <b>9,90%</b>                            | <b>9,90%</b> | <b>9,90%</b> |
| Oprocentowanie rzeczywiste*                     | 14,34%                                  | 16,18%       | 21,61%       |

\*Uwzględnia wszystkie koszty związane z uzyskaniem kredytu (prowizja, zmiana wartości pieniądza w czasie, oprocentowanie nominalne)  
 Prowizja: pożyczki Optimum – 5 %, pożyczki Fortuna – 5 %

**POŻYCZKA OPTIMUM DO 20 000 PLN**  
**BEZ PORĘCZYCIELI**  
**WYMAGAMY TYLKO OŚWIADCZENIA O DOCHODACH**  
**SZYBKA DECYZJA**  
**DO 10 000 PLN BEZ ZGODY WSPÓŁMAŁŻONKA**

| Przykładowy plan spłaty pożyczki <b>OPTIMUM</b> |                                         |               |               |
|-------------------------------------------------|-----------------------------------------|---------------|---------------|
| Wysokość pożyczki (zł)                          | Okres spłaty pożyczki – rata miesięczna |               |               |
|                                                 | 3 lata                                  | 2 lata        | 1 rok         |
| <b>5 000</b>                                    | 168,21                                  | 237,44        | 446,28        |
| <b>10 000</b>                                   | 336,42                                  | 474,87        | 892,56        |
| <b>15 000</b>                                   | 504,64                                  | 712,31        | 1 338,85      |
| <b>20 000</b>                                   | 672,85                                  | 949,75        | 1 785,13      |
| <b>Oprocentowanie nominalne</b>                 | <b>12,90%</b>                           | <b>12,90%</b> | <b>12,90%</b> |
| Oprocentowanie rzeczywiste*                     | 17,86%                                  | 19,74%        | 25,34%        |

Szczegółowe informacje uzyskają Państwo u przedstawicieli SKOK IL przy Okręgowych Izbach Lekarskich oraz u naszych Doradców Finansowych w Warszawie, Szczecinie, Wrocławiu, Łodzi, Katowicach

Pełna oferta kredytów i depozytów dostępna na stronie internetowej

**www.skokil.pl**

Infolinia: **0 801 88 88 11** (Połączenie w cenie rozmowy lokalnej)

**PROSIMY O ZAPOZNANIE SIĘ Z NASZĄ ATRAKCYJNĄ OFERTĄ LOKAT**  
**O OPROCENTOWANIU STAŁYM DO 5,9%**  
**ORAZ RACHUNKIEM SYSTEMATYCZNEGO OSZCZĘDZANIA**





Konrad Pszczółowski

W lipcu br. prezes NFZ powołał zespół ds. rozpatrywania zażaleń, składanych przez lekarzy, którzy kwestionują wyniki kontroli ordynacji lekarskiej przeprowadzanej przez wojewódzkie oddziały NFZ.

foto. Marek Stankiewicz

**P**ierwsze zażalenia wpłynęły do NFZ po zakwestionowaniu prawidłowości dokumentacji lekarskiej za rok 2004 w 10 podmiotach mających umowy o świadczenie usług ubezpieczeniowych w województwie warmińsko-mazurskim.

NFZ przeprowadza kontrolę planowo oraz na podstawie dziwnych zachowań refundacji, tzn. jeśli jest np. nagły wzrost refundacji dla danego leku lub w danej aptece. Podstawą prawną kontroli są umowy na udzielanie świadczeń zdrowotnych refundowanych z systemu ubezpieczeń zdrowotnych, umowy na wystawianie recept refundowanych, rozporządzenia MZ i MON o receptach i dokumentacji medycznej, a także ustawa zdrowotna i ustawa o zawodzie lekarza. W województwie warmińsko-mazurskim skontrolowano 7 podmiotów z umowami na POZ, 2 z umowami na leczenie psychiatryczne i terapii uzależnień, 1 inne leczenie specjalistyczne. Łącznie podmioty te miały umowy z NFZ na ok. 5 000 000 zł. Kontrole przeprowadzane były przez zespół, w którego składzie zawsze był lekarz (co jest zgodne z sugestiami naszego samorządu, by dokumentacja lekarska nie była udostępniana innym, niż lekarze, kontrolerom). Nie kwestionowano wpisów nieautoryzowanych podpisem i pieczęcią, ale np. braki wpisu w ogóle. Stwierdzono kilka nadużyć o charakterze przestępczym, które zgłoszono do prokuratury.

Zakwestionowano recepty refundowane na kwotę 492 000 zł. Po pierwszych odwołaniach pozostała kwota 372 550 zł. Nie broniliśmy ewidentnych braków w

dokumentacji lekarskiej – a zdarzało się, że nie było żadnej dokumentacji pacjenta, któremu wypisano recepty refundowane. Wnioskowaliśmy natomiast, by na razie nie karać lekarzy, którzy nie odnotowali ordynacji leków w zapisie faktycznej wizyty lub nie wpisali zmiany zestawu leków u pacjenta leczonego przewłokle. Uwzględniono także nasze wnioski, by sprawdzić pierwszy zapis o ordynacji leków (choćby sprzed kilku lat) u pacjentów, którym przedłuża się stosowanie tych samych leków. Zespół opiniujący zasugerował tu dodatkową weryfikację na korzyść kontrolowanych, co zostało przyjęte.

**Ustalono wstępnie, że poważnymi uchybieniami, skutkującymi koniecznością zwrotu pełnej kwoty refundacji, są:** brak jakiejkolwiek dokumentacji medycznej; bezpodstawne, nieudokumentowane używanie uprawnień pacjenta do leków refundowanych (np. „IB”, „IW”, „ZK”) i choroby przewlekłej „P”; brak jakiejkolwiek adnotacji o przepisanych lekach.

**Żaźniejsze, skutkujące upomnieniem i nakazaniem stosowania się do przepisów, ale bez konieczności zwrotu kwoty refundacji, uznawane będą (na razie):** braki autoryzacji wpisu w dokumentacji (czyli brak podpisu lekarza); braki wpisu o bieżącej ordynacji leków, jeżeli leki te już kiedyś były wpisane (to kolejne przedłużenie ordynacji); oraz brak wpisu wizyty i ordynacji, ale przy istniejącej dokumentacji.

**Przykład z życia:** pacjent leczony z powodu przewlekłej cukrzycy (czyli z uprawnieniami „P”) przychodzi do jedynej apteki w małej miejscowości i mówi pani magister, że skończyły mu się leki i paski testowe. Ta wydaje mu bez recepty to, co zawsze, bo za chwilę będzie się widział z lekarzem prowadzącym. Ten wypisuje receptę, ale biegnąc z poradni do szpitala i – myśląc o toczących się negocjacjach z NFZ i niedopłaceniu nadwykonań – zapomina wpisać fakt kolejnej ordynacji w dokumentacji pacjenta. Błąd? Oczywiście. Czy kontrolerzy z Funduszu mogą to zakwestionować? Nawet muszą. Na razie udało się nam uzyskać łżejsze podejście płatnika do takich przypadków (bo istnieje dokumentacja, bo pacjent ma

faktyczne uprawnienia, nie ma tylko bieżącego wpisu), ale wyrozumiałość taka nie będzie trwać wiecznie.

**Inny przykład:** Do lekarza w oddziale szpitalnym przychodzi pielęgniarka – znają się i pracują razem od lat – i prosi o wypisanie recepty na leki (refundowane!) dla matki z uprawnieniami „IB” albo „P”. Lekarz wyciąga z kieszeni receptę „refundowaną” (indywidualizowaną numerem) i wypisuje. Nie widział ani nie badał pacjentki. **Nie ma żadnej dokumentacji.** W tym przypadku w razie kontroli nie ma zmiłowania. Musi zwrócić kwotę refundacji. Gdyby zapisał na kartce dane pacjentki, datę i fakt ordynacji leków (przedłużenie leków X, Y, Z...),

**Uwaga:** Przy stwierdzeniu nadużyć na ponad 50 000 zł obowiązuje zawiadomienie prokuratury, więc NFZ to uczynił. W 2 przypadkach zamieniono dokumentację w okresie od kontroli do zażalenia, co jest nie tylko czynem niegodnym lekarza, ale ewidentnym przestępstwem. W takich przypadkach samorząd lekarski nie będzie podejmował działań obronnych; wręcz przeciwnie – zgłosi to do rzeczników odpowiedzialności zawodowej.

adnotację o uprawnieniach, wpis „dokumentacja w poradni tu i tu”, podpisał i odłożył tę kartkę *ad acta*, a wszystkie te zapisy były zgodne ze stanem faktycznym, to nie miałby kłopotów. Jest dokumentacja medyczna. Można by ewentualnie kwestionować, czy mógł zalecić kontynuację leczenia bez badania pacjentki, lecz jedynie na podstawie wywiadu zebranego od córki, ale to już sprawa mniejszej wagi (i bez skutków finansowych).

**Pilnujmy więc wpisywania dokładnego uzasadnienia rozpoznania i dodatkowych uprawnień pacjenta, rodzaju choroby („P”) oraz wpisów o zaleconych lekach. We wspomnianej kontroli stwierdzono nadużywanie uprawnień pacjenta w zakresie „P” (konkretnie chodziło o wypisywanie leków na schizofrenię lekooporną bez wpisania tego rozpoznania w dokumentacji).**

**Autor (ORL w Warszawie) z ramienia NRL jest członkiem zespołu rozpatrującego i opiniującego zażalenie.**

„Puls” nr 9/2005

**Pamiętajmy:** recepta na leki refundowane jest de facto czekiem, niekiedy na bardzo znaczące kwoty, wypłacane z naszych wspólnych, składkowych pieniędzy. Dbajmy zatem o bardzo dokładne prowadzenie dokumentacji (zawsze, a nie tylko wypisując recepty refundowane). Wpisujemy fakt każdej ordynacji leków, a zwłaszcza wszystkie zmiany w ordynacji leków! Każda recepta refundowana (inna zresztą też) musi mieć uzasadnienie w dokumentacji lekarskiej. Jak na razie udało nam się wytłumaczyć przedstawicielom płatnika, czyli Funduszowi, że bywają, zwłaszcza w małych społecznościach lokalnych, przyzwyczajenia i zdarzenia, które nie mogą być na razie traktowane jako patologiczne, ale wspólnie musimy dążyć do ich zmiany.





# NIK krytykuje NFZ

**Z**astąpienie kas chorych Narodowym Funduszem Zdrowia nie przyniosło poprawy ani pacjentom, ani płatnikowi, ani służbie zdrowia – oceniła Najwyższa Izba Kontroli po zbadaniu przygotowania oraz pierwszego roku funkcjonowania NFZ, który zaczął działać 1 kwietnia 2003 r. NIK uznała, że przy tym przedsięwzięciu wydano z naruszeniem prawa ponad 9 mld zł.

„Utworzenie Narodowego Funduszu Zdrowia nie było dobrze przygotowane i przebiegało w sposób chaotyczny” – powiedział na konferencji prasowej w Warszawie wiceprezes NIK Piotr Kownacki. Jego zdaniem odpowiedzialność za taki stan rzeczy spada przede wszystkim na ministra zdrowia.

NIK uważa, że w pierwszym roku funkcjonowania NFZ, mimo zapowiedzi polityków o mającej nastąpić poprawie, sytuacja nie zmieniła się na lepsze dla żadnego z uczestników systemu ochrony zdrowia; m.in. nie poprawiła się dostępność pacjentów do świadczeń zdro-

wotnych i nie zostały ujednolicone koszty świadczeń dla zakładów opieki zdrowotnej (ZOZ). Jak powiedział Kownacki, w jednym oddziale NFZ różnice w kosztach tych samych świadczeń sięgały nawet kilkudziesięciu procent.

NIK stwierdziła, że szereg nieprawidłowości popełniono na etapie przygotowywania utworzenia NFZ. Na przykład z budżetu państwa wydano niegospodarnie 284,4 tys. zł na umowy z 26 osobami, które miały wykonać m.in. opracowanie projektów ustawy o NFZ oraz rozporządzeń. Nie dość, że zlecono te prace osobom fizycznym, mimo że zadaniem tym miało zajmować się specjalnie utworzone do tego biuro zatrudniające 12 pracowników oraz pracownicy Ministerstwa Zdrowia, to kontrolerzy NIK nie natrafili na ślady wykonania zleconych prac.

Nie tylko biuro zlecało rozmaite opracowania i analizy – także Ministerstwo Zdrowia zawarło takie umowy z 81 osobami o wartości ponad 700 tys. zł. Zdarzyły się przypadki, że biuro i ministerstwo zawierały umowy o wykonanie prac, które już zostały wykonane.

Izba stwierdziła wiele naruszeń ustawy. Np. Narodowy Fundusz Zdrowia przez ponad trzy miesiące prowadził działalność z naruszeniem prawa, bowiem nie miał wymaganego ustawą planu finansowego. NIK nie ma wątpliwości, że resort miał dużo czasu, by opracować plan finansowy zgodnie z prawem. Według Ministerstwa Zdrowia plan został natomiast przygotowany w możliwie najkrótszym terminie, ze względu na konieczność weryfikacji wielu danych.

Efektem zaniechania w ustaleniu planu finansowego było, zdaniem NIK, poniesienie

innych, niż planowane, kosztów niektórych świadczeń opieki zdrowotnej.

NIK nie ma wątpliwości, że minister zdrowia zmusił NFZ do naruszenia ustawy podpisując porozumienie z lekarzami rodzinnymi zrzeszonymi w tzw. Porozumieniu Zielonogórskim. Po podpisaniu porozumienia nie doprowadził do nowelizacji ustawy, tak, by realizacja zapisów porozumienia była zgodna z prawem.

Porozumienie podpisał ówczesny minister zdrowia Leszek Sikorski po tym, jak znaczna część lekarzy zamknęła gabinety w proteście przeciwko propozycjom Funduszu. „Warto pamiętać, kiedy podpisywałem to porozumienie i to, że doprowadziło do otwarcia gabinetów” – powiedział PAP Sikorski. Zapewnił, że podpisywał je, znając stanowisko Funduszu w tej sprawie. Sikorski przypomniał, że wkrótce potem Trybunał Konstytucyjny uchylił ustawę o Funduszu i w związku z tym przystąpił do prac nad projektem nowej ustawy. Stara ustawa obowiązywała jednak do końca 2004 r.

Choć ustawa nałożyła na zakłady opieki zdrowotnej obowiązek prowadzenia list oczekujących na deficytowe świadczenia zdrowotne, placówki nie wywiązały się z niego.

NIK ustaliła, że placówki medyczne, choć należne im pieniądze z kontraktów otrzymywały w niektórych przypadkach po terminie, nie występowały do NFZ o należne im odsetki karne. Ponadto wiele z nich przez kilka miesięcy nie przekazywało wymaganych sprawozdań z realizacji kontraktu; Fundusz natomiast nie bacząc na to, przelewał im pieniądze. Jak zaznaczył dyrektor departamentu pracy, spraw socjalnych i zdrowia w NIK Lech Rejnuś, sytuacja ta poprawiła się po kilku miesiącach.

Do czasu nadania depeszy PAP nie udało się skontaktować z byłym ministrem zdrowia Mariuszem Łapińskim – pomysłodawcą utworzenia NFZ oraz osobą odpowiedzialną za przygotowania do tej reformy.

Kontrolę przeprowadzono w Ministerstwie Zdrowia, centrali oraz 12 oddziałach wojewódzkich NFZ, a także 36 ZOZ-ach, obejmując nią lata 2003-2004.

(PAP)

REKLAMA

REKLAMA

# Ustawa transplantacyjna

Stefan Pechciński

Oczywiste wydaje się, że jeżeli komórki, tkanki i narządy są pobierane, testowane, przetwarzane i przechowywane przez banki tkanek i komórek, a następnie wykorzystywane do przeszczepień u ludzi, to muszą spełniać obowiązujące wymagania medyczne i prawne.

**W** związku z tym procedury pobierania, przechowywania i przeszczepiania muszą podlegać przepisom ustawy z dnia 1 lipca 2005 r. oraz jej aktom wykonawczym. Celem ustawy jest: aktualizacja i dostosowanie polskiego prawa do wymagań dyrektywy Parlamentu Europejskiego i Rady z 31 marca 2004 r. Dotyczy ona wyłącznie komórek i tkanek, więc ustawa celowo rozszerza wymagania na postępowanie z narządami, mając na względzie dobro ich biorców oraz wysoką jakość i bezpieczeństwo procedur. Zasady te dotyczą również komórek krwiotwórczych krwi obwodowej oraz krwi pępowinowej, tkanek i narządów ze zwłok lub od żywego dawcy, a także przetwarzania, konserwowania, przechowywania i dystrybucji komórek i tkanek ludzkich.

Za nowatorskie zmiany należy uznać skonstruowanie słowniczka określającego szereg pojęć: zastosowanie u ludzi, dawstwo, narząd, istotna niepożądana reakcja i istotne zdarzenie niepożądane oraz że za pobrane od żywego dawcy lub ze zwłok ludzkich komórki, tkanki lub narządy nie można żądać ani przyjmować zapłaty lub innej korzyści majątkowej, a działanie sprzeczne z tym przepisem jest objęte sankcjami karnymi. Pobrania komórek, tkanek i narządów ze zwłok ludzkich w celu ich przeszczepienia można dokonać, jeżeli osoba zmarła nie wyraziła za życia sprzeciwu, w formie: wpisu w centralnym rejestrze sprzeciwów, pisemnego oświadczenia z własnoręcznym podpisem, oświadczenia ustnego złożonego w obecności co najmniej dwóch świadków i pisemnie przez nich potwierdzonego lub wyrażanego przez przedstawiciela ustawowego.

Sprzeciw taki umieszcza się w centralnym rejestrze sprzeciwów w Poltransplancie. Można go wysłać pocztą na adres „Poltransplantu”. Wprowadzono także przepisy dotyczące dawstwa komórek, tkanek i narządów, które zasłużyłym dawcom komórek, tkanek i na-

rzędu dają uprawnienia jak honorowym dawcom krwi.

Banki tkanek i komórek mogą prowadzić działalność po uzyskaniu pozwolenia ministra zdrowia i wyznaczeniu w nich osoby odpowiedzialnej za przestrzeganie ustawy oraz zasad systemu zapewnienia jakości. Bank tkanek i komórek opracowuje i wdraża system zapewnienia jakości monitorujący stan komórek i tkanek od pobrania do przeszczepienia biorcy.

Bezpieczeństwo zdrowotne biorców dotyczy także oznaczania niepowtarzalnym kodem tkanek i komórek, który zapewnia jednoznaczną identyfikację ich dawcy. Minister zdrowia kontroluje banki w zakresie spełniania warunków wymaganych do uzyskania pozwolenia.

Kluczowym w tym systemie organem doradczo-opiniodawczym ministra zdrowia jest Krajowa Rada Transplantacyjna. Do jej zadań należy w szczególności opiniowanie:

- ubiegających się o pozwolenia banków tkanek i komórek, podmiotów dokonujących pobierania i przeszczepiania, i laboratoriów,
- o przestrzeganiu ustalonych procedur postępowania i systemu zapewnienia jakości na podstawie zgłoszeń o istotnych niepożądanych reakcjach i istotnych zdarzeniach niepożądanych,
- jakości świadczeń zdrowotnych udzielanych w zakresie pobierania, przechowywania, przeszczepiania i dystrybucji komórek, tkanek i narządów.

Ustawa zawiera przepisy karne w celu eliminacji handlu narządami pochodzącymi od żywych dawców lub zwłok ludzkich. Nowe przepisy zwiększą bezpieczeństwo zdrowotne dawców żywych i biorców, ograniczą liczbę powikłań poprzyszczepowych, co pozwoli na oszczędności w procesie leczenia. Nadawanie odznaki „Zasłużony Dawca Przeszczepu” oraz związanych z jej posiadaniem przywilejów może więc przyczynić się do rozwoju dawstwa rodzinnego, np. nerek w miejsce dializoterapii.

# Przychodzi lekarz do prawnika



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

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

Zgodnie z treścią art. 13 ustawy z 31 stycznia 1959 r. o cmentarzach i chowaniu

zmarłych (Dz. U. 2000 r., nr 23, poz. 295 z późn. zm.), zwłoki osób zmarłych lub zabitych w miejscach publicznych przewozi się przed ich pochowaniem, na wniosek właściwego organu, do zakładu medycyny sądowej, a w razie jego braku na obszarze powiatu – do najbliższego szpitala mającego prosektorium, celem ustalenia przyczyny zgonu. Organizowanie tego przewozu należy do zadań powiatu.

Warunki i okoliczności przeprowadzania badań autopsyjnych w szpitalach i innych zakładach opieki zdrowotnej przeznaczonych dla osób wymagających całodobowych lub całodziennych świadczeń zdrowotnych zawarte są w ustawie o zakładach opieki zdrowotnej z 30 sierpnia 1991 r. (Dz. U. z 1991 r., nr 91, poz. 408 z późn. zm.). Szczegółowe rozwiązania poświęcone tej problematyce znaleźć można w art. 24 i 25 wspomnianej ustawy.

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

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

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

Gdy jednak zgon nastąpił z przyczyn naturalnych i poza szpitalem – przepisy nie nakładają obowiązku przeprowadzania sekcji zwłok, a stwierdzenie zgonu przez lekarza następuje na podstawie samych oględzin, zgodnie z brzmieniem ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodzie lekarza. W art. 43 ustawy czytamy: „1. Lekarz może stwierdzić zgon na podstawie osobiście wykonanych badań i ustaleń, z zastrzeżeniem sytuacji określonych w odrębnych przepisach. 2. W uzasadnionych przypadkach lekarz, z wyłączeniem lekarza dentystry, może uzależnić wystawienie karty zgonu od przeprowadzenia sekcji zwłok. 3. Lekarz, z wyłączeniem lekarza dentystry, może wystawić kartę zgonu na podstawie dokumentacji badania pośmiertnego, przeprowadzonego przez innego lekarza lub inną uprawnioną osobę.”

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

Przepisy nie zawierają żadnych szczególnych postanowień na temat dezynfekcji pomieszczenia, w którym nastąpił zgon. Zgodnie z art. 9 ustawy z 31 stycznia 1959 r. o cmentarzach i chowaniu zmarłych (tekst jednolity Dz. U. 2000 r., nr 23, poz. 295 z późn. zm.), zwłoki osób zmarłych nie mogą być chowane przed upływem 24 godzin od chwili zgonu. Najpóźniej po upływie 72 godzin od chwili zgonu zwłoki powinny być



usunięte z mieszkania celem pochowania lub w razie odroczenia terminu pochowania – złożone w domu przedpogrzebowym lub kostnicy do czasu pochowania, a zwłoki osób zmarłych na niektóre choroby zakaźne powinny być natychmiast po stwierdzeniu zgonu usunięte z mieszkania i pochowane na najbliższym cmentarzu w ciągu 24 godzin od chwili zgonu. Wyjątki od tych terminów mogą być czynione jedynie po utrwaleniu zwłok za zezwoleniem właściwego miejscowo inspektora sanitarnego. Ponadto od chwili zgonu aż do pochowania zwłoki powinny być przechowywane w taki sposób, aby nie mogły powodować szkodliwego wpływu na otoczenie.

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

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

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

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

Reasumując, żaden przepis szczególny nie przewiduje obowiązku przepro-

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

*opr. Tamara Zimna*

**Pytanie lekarza:** Czy przy braku lekarza, który może udzielić pomocy, pielęgniarka lecznictwa otwartego ma prawo użyć defibrylatora w przypadku zagrożenia życia pacjenta?

**Odpowiedź prawnika:** Z art. 19 ustawy z 5 lipca 1996 r. o zawodach pielęgniarki i położnej (Dz. U. z 2001 r. nr 57, poz. 602, z późn. zm.) wynika, że pielęgniarka ma obowiązek udzielić pomocy w każdym przypadku niebezpieczeństwa utraty życia lub poważnego uszczerbku na zdrowiu pacjenta. Jednakże ustawa wprowadza zastrzeżenie, że obowiązek ten powinien być spełniany przy uwzględnieniu posiadanych przez pielęgniarkę kwalifikacji.

Kwalifikacje do samodzielnego wykonania defibrylacji posiada pielęgniarka, która odbyła kurs specjalistyczny w tym zakresie. Wynika to z § 1 pkt 3 lit. u rozporządzenia ministra zdrowia i opieki społecznej z 2 września 1997 r. w sprawie zakresu i rodzaju świadczeń zapobiegawczych, diagnostycznych, leczniczych i rehabilitacyjnych, wykonywanych przez pielęgniarkę samodzielnie, bez zlecenia lekarskiego, oraz zakresu i rodzaju takich świadczeń wykonywanych przez położną samodzielnie (Dz. U. nr 116, poz. 750). Przepis ten stanowi, że pielęgniarka może sama, bez zlecenia lekarskiego wykonać defibrylację, ale pod warunkiem odbycia kursu specjalistycznego. W związku z powyższym jeśli pielęgniarka, o której mowa w pytaniu, nie posiada określonych prawem kwalifikacji (nie odbyła stosownego kursu) – nie może użyć defibrylatora.

*opr. Magdalena Sender*

**Materiały udostępnione dzięki uprzejmości Domu Wydawniczego ABC, wydawcy CD-ROM-u „Serwis Prawo i Zdrowie” [www.prawoizdrowie.pl](http://www.prawoizdrowie.pl)**













Misia  
Przyłuska-  
Karkosz



Bogdan  
Solarski



Daniel  
Bzowski



Maciej Jachymiak z czeskimi lekarzami



Grzegorz  
Stanek



Kasia  
Klimala



Iwona Damljanović







Andrzej  
Chróścicki

**Zakopane  
2005**



# Lekarzom na zdrowie



*fot. Marek Stankiewicz*



Witold  
Bojar

Krzysztof  
Matras



Robert  
Nanowski







foto: Marek Stankiewicz

Nawiązując do poprzednich publikacji przedstawiam Czytelnikom tekst wystąpienia **prof. Tadeusza Mazurczaka** podczas konferencji „Pytania etyczne dotyczące biotechnologii prenatalnej”. Pozwalam sobie, w nawiązaniu do tematu wykładu, przypomnieć kilka pytań etycznych cytowanych w numerze 3 i 4 (2005) „Gazety Lekarskiej”:

- Czy prenatalna diagnostyka genetyczna ma być podstawą do selekcji czy terapii?
- Czy dopuszczalne jest, aby determinacja cech osobowych przez przypadkowy, losowy dobór genów była zastąpiona przez proces sterowany przez człowieka? Czy ingerencja biotechnologiczna w ten proces nie stanowiłaby nieproporcjonalnego ryzyka dla człowieka i gatunku ludzkiego?
- Jakie informacje dotyczące zdrowia płodu winny być przekazane rodzicom? Czy tylko informacje pewne, czy również informacje mało prawdopodobne? Jak ustalić czy rodzice autentycznie chcą otrzymać informację o stanie zdrowia płodu?
- Czy człowiek w okresie prenatalnym jest przedmiotem własności czy suwerenem?

Jerzy Umiastowski

## Problemy etyczne diagnostyki prenatalnej chorób dziedzicznych

# Doświadczenia poradni genetycznej

**Prof. dr hab. Tadeusz Mazurczak** – kierownik Zakładu Genetyki Medycznej Instytutu Matki i Dziecka, przewodniczący Polskiego Towarzystwa Genetyki Człowieka, na początku swojego wystąpienia w czasie konferencji stwierdził, że jako genetyk kliniczny zamierza poruszyć kilka wybranych problemów dotyczących diagnostyki prenatalnej chorób genetycznych. Nie wnikając w analizę tego, co określamy mianem biotechnologii, należy stwierdzić, że stosowane w diagnostyce prenatalnej metody badawcze, zarówno molekularne, jak i cytogenetyczne, nie poddają się wartościowaniu etycznemu. Jak wszystkie badania diagnostyczne, mają na celu potwierdzenie lub wykluczenie obecności choroby.

**Z**asady deontologiczne, jakie obowiązują lekarza poradni genetycznej, informującego rodzinę o istnieniu ryzyka genetycznego i możliwościach diagnostyki prenatalnej, są takie same jak w innych specjalnościach lekarskich, a więc: działanie na rzecz dobra, szacunek dla autonomii pacjentów, jednakość ich traktowanie, prawdomówność i wiarygodność. Mówca powołał się na art. 38 Kodeksu Etyki Lekarskiej nakazujący lekarzowi zapoznanie pacjentów z możliwościami współczesnej genetyki lekarskiej, a także diagnostyki i terapii przedurodzeniowej.

Problem identyfikacji zwiększonego ryzyka genetycznego w rodzinie pojawia się zazwyczaj na długo przed wi-

zytą w poradni genetycznej. Rodziny te powinien identyfikować lekarz podstawowej opieki zdrowotnej, ponieważ zazwyczaj to on pierwszy rozpoznaje lub podejrzewa chorobę genetyczną. To on zazwyczaj decyduje o wykonaniu u pacjenta lub członków jego rodziny specjalistycznych badań genetycznych. Mówca zwrócił uwagę na to, że art. 12 Europejskiej Konwencji Bioetycznej dość precyzyjnie określa zakres możliwości oferowania testów genetycznych, stwierdzając, że mogą być one wykorzystywane wyłącznie dla celów zdrowotnych lub badań naukowych służących celom zdrowotnym.

Zapis tego artykułu kończy się stwierdzeniem, że badaniom tym powinno towarzyszyć odpowiednie poradnictwo genetyczne. Tak więc każda propozycja wykonania testu genetycznego, zarówno w okresie prenatalnym, jak i postnatalnym, powinna być poprzedzona poradą genetyczną. Pacjent i jego rodzina muszą wiedzieć, jakie są wskazania do wykonania testu, jaki jest zakres możliwości diagnostycznych i jak będzie interpretowany wynik.

Jako przewodniczący Polskiego Towarzystwa Genetyki Człowieka mówca poinformował słuchaczy, że Towarzystwo zwracało się wielokrotnie do Parlamentu RP z apelem o szybką ratyfikację konwencji, jak na razie bez rezultatu.

Głównym celem poradnictwa genetycznego jest przekazanie konsultowanym odpowiedniej wiedzy i informacji w związku ze zwiększonym ryzykiem wystąpienia choroby genetycznej u potomstwa lub krewnych. Najczęściej ryzyko to wynika z faktu urodzenia się już dziecka z chorobą/wadą wrodzoną, obecności choroby genetycznej lub upośledzenia umysłowego u któregoś z krewnych lub pokrewieństwa. W praktyce rozpoznawaną najczęściej sytuacją zwiększonego ryzyka genetycznego (aberracji chromosomowej u potomstwa) jest wiek kobiety planującej ciążę – powyżej 35 lat.

Porada powinna być udzielona we właściwym czasie a jej treść przekazana w odpowiedni i zrozumiały dla pacjentów sposób.

Treść porady jest ważna m.in. dla podejmowanych przez konsultowanych decyzji prokreacyjnych. Dla części rodzin porada zawiera informację o możliwości wykonania badania prenatalnego w planowanej ciąży.

Problematyka badań prenatalnych chorób genetycznych pojawia się okresowo w mediach, zazwyczaj w okresach przedwyborczych, w kontekście różnych celów politycznych. Nieste-





ty, zbyt rzadko doniesienia na jej temat są źródłem rzetelnej o nich wiedzy. Nie dokumentują też rzeczywistych problemów i zakresu możliwości diagnostycznych i organizacyjnych. Badania prenatalne chorób genetycznych obejmują bowiem zróżnicowane (inwazyjne i nieinwazyjne) metody diagnostyczne i wykonywane są wyłącznie wtedy, kiedy istnieją wskazania do ich przeprowadzenia – gdy ryzyko wystąpienia choroby genetycznej u płodu jest wyższe od populacyjnego oraz gdy istnieją techniczne możliwości wiarygodnego ustalenia rozpoznania choroby we wczesnym okresie ciąży. Konieczne jest też uzyskanie zgody kobiety na poddanie się temu badaniu diagnostycznemu.

Nie jest więc tak, jak twierdzą niektórzy dziennikarze, a także politycy, że każda kobieta ma prawo do wykonania badania prenatalnego. Prawo to dotyczy tych kobiet, u których istnieją wskazania do diagnostyki prenatalnej, ustalone zgodnie z obowiązującymi w genetyce klinicznej zasadami.

Badanie to nie jest więc, jak często się uważa, badaniem uniwersalnym, wykluczającym wszystkie choroby genetyczne. Stosowany w nim test diagnostyczny wyklucza bowiem tylko tę chorobę, której ryzyko w danej rodzinie jest zwiększone. Obowiązkiem lekarza jest więc rzetelna informacja o wielkości i interpretacji ryzyka genetycznego, omówienie istoty i zakresu możliwości diagnostycznych badania, a także ryzyka związanego z jego przeprowadzeniem (np. ryzyko amniopunkcji). Niespełnienie tych warunków, mimo że w praktyce nie zawsze podlega ocenie prawnej, zawsze ma wymiar etyczny.

Rozwój genetyki medycznej, w tym biologii molekularnej sprawił, że w chwili obecnej medycyna dysponuje dużą, szybko wzrastającą liczbą testów genetycznych, umożliwiających weryfikację molekularną rozpoznania klinicznego choroby, jak też monitorowanie jej leczenia. Istnieje ok. 1000 testów genetycznych wykorzystywanych w medycynie klinicznej i badaniach naukowych. Każdą chorobę genetyczną, którą można rozpoznać metodami molekularnymi postnatalnie, można rozpoznać także w okresie prenatalnym. Możliwość ta stanowi podstawę opracowywania nowych metod terapeutycznych podejmowanych już w okresie życia prenatalnego. W niektórych przypadkach ten sposób postępowania gwarantuje optymalny efekt terapeutyczny.

Głównym celem badania prenatalnego – podkreślił mówca – jest uzyskanie informacji o stanie zdrowia płodu, a decyzja o przeprowadzeniu badania jest decyzją kobiety, a nie lekarza, choć można spotkać na ten temat różne opinie. Prof. Mazurczak omówił wybrane aspekty etyczne prenatalnych badań genetycznych podkreślając konieczność przestrzegania zasady równego dostępu oraz dobrowolności. Omówił też problem niedostatecznej wiedzy pracowników służby zdrowia w zakresie zasad identyfikacji ryzyka genetycznego oraz konieczności rozwoju poradnictwa genetycznego. Zwrócił uwagę na niedostateczną liczbę ośrodków prowadzących te wysoko specjalistyczne badania, szczupłość kadry wyspecjalizowanych w tym zakresie diagnostów laboratoryjnych oraz komercjalizację tych badań, wykonywanych dość często bez przestrzegania zasad kontroli jakości i zapewnienia poradnictwa genetycznego.

W niektórych gabinetach lekarskich proponuje się pacjentkom wykonanie badań prenatalnych bez przestrzegania wskazań, dając „pełne gwarancje wiarygodności” wykluczenia chorób genetycznych, nie zapewniając, niestety, kompetentnej porady i interpretacji wyniku. Komercyjna atrakcyjność tych badań jest wysoka, jako że 97% ciąż kończy się urodzeniem zdrowego dziecka. Pojedyncze przypadki pomyłek mają wymiar nie tylko tragedii osobistych rodzin, lecz także podlegają ocenie prawnej.

Profesor podkreślił, że informacja o konieczności zasięgnięcia porady genetycznej, a także obowiązek udzielenia rodzinie ryzyka genetycznego kompetentnej porady genetycznej ma wymiar nie tylko etyczny, ale i prawny. Niedawny przykład orzeczenia sądu w Łomży jest praktycznym tego dowodem. Dobrze jest też wiedzieć, że większość procesów w Stanach Zjednoczonych wytaczanych lekarzom, a dotyczących genetyki klinicznej, dotyczy nie błędów diagnostycznych, a niedopełnienia obowiązku udzielenia porady genetycznej, w tym także informacji o zakresie możliwości diagnostyki prenatalnej choroby.

Dynamiczny rozwój biologii molekularnej oraz możliwość wykorzystania jej osiągnięć w medycynie uzasadnia fascynację badaczy i lekarzy tą problematyką. Dobrze jest jednak pamiętać, że beneficjentem tych osiągnięć powinien być zawsze pacjent.

# Rzeczywistość uczy pokory

Krystyna Jagodzińska-Kohmann

Od ośmiu miesięcy pracuję jako anestezjolog i wolontariuszka Polskiej Misji Medycznej.

**J**esteśmy w miejscowości Bahai, na granicy Czadu z Sudanem, nieopodal jednego z największych obozów dla uchodźców z Darfuru, Oure Cassoni. We współpracy z International Rescue Committee (IRC) organizujemy szpital, również dla mieszkańców Bahai i okolicy.

Przekazano nam do dyspozycji lokal przeznaczony wcześniej na izbę porodową. Budynek wymaga więc dostosowania do potrzeb szpitala ogólnego. Nie było w nim obiecanego prądu ani wody.

Witani byliśmy bez większego entuzjazmu, jako jedna z licznych tu organizacji humanitarnych, których zadaniem jest pomoc i organizacja życia uchodźców, ale też i lokalnej ludności. Ludzie przyzwyczaili się do korzystania z czegoś, co im się słusznie należy.

Prawie wszyscy są jednakowo biedni. Różnica polega na tym, że uchodźcy mieszkają w namiotach, a Czadyjczycy w lepiankach z piasku. Jedni jedzą darowane mleko, mąkę i olej, a drudzy muszą je kupić.

Warunki życia są prymitywne, to wynik braku prądu i wody, a pewnie też i nawyków. Wszędzie widać sterty śmieci, puszek po napojach, trafiają się padłe zwierzęta. We wszystkim, co nas otacza, dominuje tymczasowość i bylejakość. Stałym elementem bahaiskiego pejzażu jest obok osła i wielbłąda toyota i telefon satelitarny. Szczególną zaś dekoracją są czarne torebki foliowe, które przychepione do drzew wyglądają jak... ptaki.

W postępowaniu lekarskim obowiązują nas procedury opracowane przez Lekarzy bez Granic, a więc na poziomie medycyny europejskiej. Rzeczywistość uczy jak zwykle pokory, nasze możliwości są dość skromne.

Nie doczekaliśmy się żadnego remontu. Woda nadal dowożona jest beczkowozem, a próby jej znalezienia na głębokości 80 m nie dały rezultatu.

Od kwietnia mamy generator prądu i zaczęliśmy przyjmować pacjentów. Dysponujemy aparatem USG, oznaczamy poziom glukozy, mamy testy serologiczne na malarię i dur brzuszny. Pora deszczowa uniemożliwia często transport chorych do szpitala referencyjnego.

Nasz zespół składa się okresowo z 3 lekarzy (ginekolog, chirurg, anestezjolog, pediatra), często z dwóch, a czasem jednego oraz rodzimego pielęgniarza i trzech pielęgniarzy czadyjskich. Szpital ma 20 łóżek.

Przyjąć trzeba właściwie wszystkich: nie nakarmione noworodki, odwodnione i niedożywione niemowlęta, ludzi wycieńczonych z powodu braku jedzenia i wody, przypadki malarii, tyfusu i czernwonki. Marazm i kwasiorkor przestały być dla mnie tylko czystą teorią. Na miejscu konsultujemy chorych przysy-

łanych przez miejscowy ośrodek zdrowia, wykonujemy kontrole jamy macicy, odbieramy poród. Nie chcę powiedzieć, że uprawiamy „medycynę wojny”, bo polowe szpitale wojskowe są z pewnością do tego lepiej przygotowane. Ciągłe czekamy na obiecany sprzęt i leki, które utknęły gdzieś pomiędzy Ameryką a Afryką.

Spotykamy się na szczęście z sympatią tutejszych mieszkańców. Nasza praca znajduje uznanie w oczach wizytujących nas komisji.

Warunki naszego życia w Bahai kojarzą się bardziej z obozem przetrwania. Mieszkamy w dwóch malutkich domkach na terenie szpitala, ale i tak w porównaniu z mieszkaniami Czadyjczyków są to pałace. Jadamy to, co da się kupić i ugotować. Oczywiście jak to na pustyni wybór jest niewielki, bez jarzyn, owoców i nabiału, za to dużo mięsa. Dokuczliwe jest wszelkie robactwo ożywiające zwłaszcza wieczorem. Moskitiery, jedyne lekarstwo, niestety, nie zawsze pomaga. Klimat też nie jest przyjazny – upały, teraz gwałtowne burze, wichury i ulewę z huśtawką ciśnień. Mimo różnych trudności traktuję ten wyjazd oraz pracę jako możliwość dania czegoś z siebie dla tych biednych ludzi, przy okazji poznania ich życia i kraju w takim stopniu, na jaki nie pozwala żadna wycieczka. Rozczarują się pewnie ci koledzy, dla których ma to być jedynie jeszcze jedna szansa przeżycia wielkiej, turystycznej przygody.

We wspomnieniach pozostaną mi sejmikujący całymi godzinami mężczyźni i kobiety o smutnych, zmęczonych twarzach, nieodłącznie z dzieckiem na plecach. Kobiety przedwcześnie postarzałe, zniszczone licznymi ciążami, często wychudzone, ale za to w barwnych strojach; no i przekonanie, że liczy się często bardziej tradycja. I bardziej opinia marabuta niż zdanie lekarza.

**Bahai, 12 września 2005 r.**



*Pacjentka leczona wcześniej metodą tradycyjną z powodu dolegliwości bólowych.*

# Stop wariatom

**C**ałe moje zawodowe życie poświęcam pomocy ludziom chorym psychicznie. Wiem jak poważnym wyzwaniem życiowym jest dla nich zmaganie się z zaburzeniami psychicznymi, dlatego ogarnęło mnie duże rozgoryczenie, gdy zobaczyłam kampanię „Stop wariatom drogowym”. Na całym świecie chorobami psychicznymi dotkniętych jest kilkanaście procent ludzi. Oprócz nich z tą tragedią zmagają się także ich rodziny. Niestety w Polsce cały czas musimy walczyć ze stygmatyzacją osób z zaburzeniami psychicznymi. Wciąż pokutuje stereotyp „wariata”, który jest zagrożeniem dla otoczenia. Nie neguję szczytnego celu przyświecającego organizatorom kampanii „Stop wariatom drogowym”, ale z przykrością zauważyłam, że jej autorzy nieświadomie powielają krzywdzące chorych stereotypy.

**Według przeprowadzonych przez OBOP badań aż 77% Polaków nie skorzystałoby z pomocy lekarza psychiatry właśnie z powodu wstydu i lęku przed reakcją otoczenia.**

Obraz osoby zapiętej w kaftan bezpieczeństwa i biegnącej przez ulice miasta,

niewątpliwie silnie przemawia do wyobraźni widza i utrwała błędny pogląd, że osoba dotknięta zaburzeniami psychicznymi jest zagrożeniem dla społeczeństwa. Należy podkreślić, że dla każdego, kto przeżył podczas hospitalizacji izolację i unieruchomienie, jest to wspomnienie szczególnie bolesne. Polska psychiatria od dawna boryka się z problemem społecznego tabu wokół zaburzeń psychicznych. Osoby potrzebujące pomocy często przez całe lata zmagają się samotnie ze swoimi problemami zanim zdecydują się udać do lekarza. Z przykrością stwierdzam, że duży wpływ na ich decyzję ma strach przed krzywdzącą i bolesną etykietką – „wariat”. Pamiętajmy, że zaburzenia psychiczne to po prostu choroba i wszystkim chorym należy się współczucie i opieka, a nie wystawianie ich cierpienia na widok publiczny. Zwracam się również do twórców innych kampanii, aby podczas pracy nad nimi poświęcili dosłownie jedną minutę na zastanowienie się, czy ich praca nie sprawi komuś przykrości.

*Joanna Meder*

**Autorka jest psychiatrą, koordynatorem Ogólnopolskiej Kampanii Zmiany Postaw wobec Psychiatrii „Odnaleźć siebie” i członkiem Zarządu Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego**

@sculap.pl

Goniec Medyczny

- **Najstarszy Polak – 118 lat!** 118 lat skończył Józef Piotrowski – najstarszy Polak i Europejczyk. Urodził się w 1887 r. w Jałowiec niedaleko Białegostoku, wtedy była to gubernia grodzieńska, okręg Wołkowysk.
- **Kupujemy coraz więcej leków.** W pierwszym półroczu tego roku ubezpieczeni wykupili o ponad 14 mln opakowań leków refundowanych więcej niż w pierwszym półroczu ubiegłego roku. Wzrost wydatków NFZ na refundację w pierwszym półroczu tego roku w porównaniu do półrocza ubiegłego wyniósł 8,2 proc.
- **Ministerialne ceny maksymalne.** Ministerstwo Zdrowia określi maksymalne ceny dla 118 leków kupowanych przez szpitale – dowiedziała się „Rzeczpospolita”. Wcześniej niektóre z tych środków (np. erytropoetyna) były sprzedawane przez firmy farmaceutyczne za cenę wyższą niż np. w Niemczech czy Szwajcarii.
- **Pozwy polskich ofiar leku Vioxx.** Do amerykańskich kancelarii prawnych zgłaszają się pacjenci z Polski, którzy zamierzają starać się w USA o wysokie odszkodowania z tytułu zażywania leku Vioxx.
- **Karta Niepożądanego Działania Leku.** Pacjenci z Małopolski jako pierwsi w Polsce otrzymają niebawem Kartę Niepożądanego Działania Leku. Kartę, którą

ciąg dalszy na str. 38

REKLAMA

REKLAMA



ciąg dalszy ze str. 37

ra będzie można schować i nosić w portfelu, będą wypełniali lekarze na podstawie danych uzyskanych od pacjenta. • **Tylko tania siła robocza?** Z polskich instytutów naukowo-badawczych odeszło prawie 50 000 specjalistów. Zatrudnienie spadło do 26 000 osób. Wydatki budżetu państwa na badania spadły z 0,65 proc. PKB przed 10 laty do 0,34 proc. PKB w ubiegłym roku. • **Kto daje i zabiera...** Pracownicy Instytutu Centrum Zdrowia Matki Polki w Łodzi oraz łódzkiego Instytutu Medycyny Pracy nie dostaną zaplanowanych podwyżek pensji z powodu... błędu Ministerstwa Zdrowia. Kilka lat temu resort zdrowia zaliczył obie płacówki do ZOZ-ów, teraz zaś uważa, że nie są one publicznymi ZOZ-ami. • **Napiszcie o konkurencji.** Dyrektorzy szpitali otrzymali niedawno ankiety z NFZ, w których Fundusz prosi m.in. o opisanie „okolicznych szpitali o charakterze konkurencyjnym”. Opracowanie ankiety NFZ zlecił... prywatnej firmie „Konsorcjum na rzecz Zdrowia”, którą reprezentuje... były wiceprezes Urzędu Nadzoru Ubezpieczeń Zdrowotnych. • **Po polskim hydrauliku czas na... polskich dentystów.** „Ładny uśmiech taniej” – to nowa propozycja z Polski dla brytyjskich pacjentów. Po polskim hydrauliku pojawił się nowy znak naszych czasów: polski dentysta – pisze brytyjski dziennik „Financial Times”. Gazeta proponuje, aby rząd brytyjski przemyślał sprawę i zamiast pompowania pieniędzy w służbę zdrowia, fundował pacjentom bilet na Ryanair (tanie linie lotnicze) do Polski i bon na usługi dentystyczne. • **Ile kosztuje wykształcenie polskiego lekarza?** 6-letnie studia medyczne – ok. 150 tys. zł, 13-miesięczny staż w szpitalu – ok. 40 tys. zł, szkolenie specjalisty – 120 tys. zł. RAZEM: 310 tys. zł (źródło: Marek Derkacz „Lasowanie mózgów”, „Służba Zdrowia”, 16.05.2005). • **Najlepiej wykształceni porzucają Polskę.** Polskę czeka drenaż mózgów. W najbliższych latach może rocznie wyjeżdżać nawet 5 proc. absolwentów. Najpopularniejsze kraje wśród pracowników z Polski to: Anglia (prawie 100 tys. imigrantów z Polski), Irlandia (40 tys.) i Szwecja oraz Holandia (po ok. 10 tys. osób). Dużo osób (20 tys. pracujących legalnie) wyjeżdża też do Niemiec. • **Rejestr Uników Medycznych.** „Od chwili powstania idei Rejestru Usług Medycznych Polska straciła 42 mld zł, a zapowiada się, że stracimy kolejne 6 mld zł” – donosi Jacek Szczepny, publicysta „Menedżera Zdrowia”.  
dokończenie na str. 42

# Biustonosz i kawa w papierku

Jarosław Kosiaty



Śląska Izba Lekarska opracowała dokument nazwany już przez niektórych dziennikarzy „katalogiem bezpiecznych darów”. Chodzi o pomoc w rozgraniczeniu pomiędzy łapówką a prezentem, będącym oznaką wdzięczności dla lekarza za okazaną pomoc i opiekę.

**W**edług autorów „katalogu” najmniej kontrowersyjne są kwiaty oraz np. przedmioty własnoręcznie wykonane przez uzdolnionego pacjenta lub kogoś mu bliskiego (np. hafty, obrazy lub rzeźby).

W związku z powyższą informacją jedna z lekarek – użytkowniczek naszego portalu medycznego Esculap.pl – podsunęła mi pomysł konkursu na... najdziwniejszy prezent otrzymany od pacjenta. Oto ten list:

*Śląska Izba Lekarska za najmniej kontrowersyjne uznaje także klasyczne przedmioty typu pamiątkowe jak książki, czy ozdobne bibeloty oraz przedmioty bezpośredniej konsumpcji, jak własnoręcznie upieczony tort, czy owoce z własnego ogrodu. Osobiście za kwiaty dziękuję (tylko z nimi kłopot), koniaku nie lubię, od słodyczy tyję, a bibelotami i rękodziełem ludowym proszę mnie nie „uszcześliwiać” (...) Proponuję zabawę na wakacje – wymięnię najdziwniejsze prezenty, jakie dostałście od pacjentów. Z moich „szpitalnych” czasów mogę na początek rzucić: sztuczny kwiat zamknięty w słoju w kształcie grzyba wypełnionym wodą, bukiet sztucznych róż, ciupagę, tasak i deseczkę do mięsa w kształcie świnki, ozdobny górniczy pyrluk oraz słoik własnoręcznie przez pacjentkę przyrządzonych śledzi (...).*

Liczba propozycji, uwag i komentarzy nadesłanych pocztą elektroniczną na konkurs przerosła nasze najśmielsze oczekiwania. Poniżej publikujemy niektóre z nich.

„Najpiękniejszy prezent otrzymany przez mojego kolegę psychiatrę to torba grzybów suszonych. Pacjent, który nie wychodził z domu, chyba schizofrenik z jakimiś halucynacjami, zmobilizował się, poszedł do lasu,

zebrał i ususzył grzyby. Myślę, że coś takiego trzeba docenić.”

„Kiedyś, po wykonanym badaniu, starszy człowiek wyjął małe zawiniątko i podarował mi... niezwykle pracochłonny ornament, wykalgrowany własnoręcznie kolorowymi pisakami na niewielkiej kartce papieru. Do dzisiaj przechowuję go wśród najcenniejszych pamiątek. Pamiętam też akcję na izbie przyjęć przy półprzytomnym, śmierzącym, pełnym robaków bezdomnym, którego nikt nie chciał dotknąć. W czasie rozbierania z brudnej odzieży, popatrzył na nas i powiedział cicho: «Dziękuję». I to był chyba najwspanialszy «prezent» jaki kiedykolwiek dostałem od pacjenta...”

„Razem z pudełkiem czekoladek dostałam zapakowane do reklamówki pudełko prezerwatyw rozmiaru XXXL. Do dzisiaj nie wiem dlaczego, od siostry pacjenta! Po zdrowieniu.”

„Moim najdziwniejszym prezentem była słuchawka od prysznica. Otrzymałam ją kiedyś od pewnego hydraulika po wyleczeniu mu zęba.”

„Kilka lat temu zostałem obdarowany przez swoją pacjentkę – szczeniakiem Doga Niemieckiego. Imię dla psa wymyśliła moja koleżanka. Jako, że był to Dog Niemiecki, otrzymał imię... FRYC. Psa posiadałem przez 12 lat, aż w zeszłym roku jesienią zdechł na... zawał serca. Okazał się bardzo mądrym, inteligentnym i wiernym przyjacielem. Uwielbiał podróże samochodowe i zawsze rozpoznawał mój samochód.”

„Dawanie prezentów i ich przyjmowanie to wstyd! Lekarz ma zarobić tyle, aby pacjent wiedział, że jego wazon lub 100 zł obraża godność osobistą lekarza. *Emigrantka.*”

„Mój najdziwniejszy prezent, to dwa kilogramy sera góralskiego, tzw. bundzu (chyba tak



to się pisze). Przyjechał na leczenie Pan «Stary (wiekiem, nie duchem i humorem) Góral» i wręczył mi ser. Powiedział wtedy tak: «Wim Panie doktorze, tyń syr to troszku śmierdzi, ale dyć to samo zdrowie...» P.S. Ser był wyśmienity, to już tyle lat, a my dalej czujemy smak (i zapach) «zdrowego syra».

„W początkach mojej pracy w charakterze lekarza rodzinnego zdarzyło mi się, że do gabinetu wbiegła jedna z tych starszych pań, które do lekarki mówią per «kotuś» z miłą gorących jeszcze pierogów i słoiczkiem śmietanki. Postawiła to przede mną, stwierdziła «Jedz, kotuś, bo marnie wyglądasz, ko biety w kolejce wiedzą, to poczekają...»

„Wszyscy wiemy co to dowód wdzięczności, a co łapówka... a tak naprawdę ktoś kiedyś mądrze odpowiedział na pytanie: «Kiedy lekarze przestaną brać?» Odpowiedź: «Jak ludzie przestaną dawać»”.

„Wartość materialna przedmiotu nie wydaje się być właściwym wyznacznikiem różnicy pomiędzy prezentem i łapówką. Na dowód powiem, że niedawno zdarzyło mi się przekraczać granicę bez ważnego ubezpieczenia. Celnik odpowiedział, że nic nie da się zrobić, ale przecież powinienem wiedzieć jak się takie rzeczy załatwia. Niestety, miałem przy sobie tylko 30 zł – celnik stwierdził, że co prawda mało, bo jest ich dwóch, ale ostatecznie... Podsumowując – wyznacznikiem łapówek są intencje, a nie wartość podarunku. Jednak nie mogąc obiektywnie ustalić intencji obu stron należy po prostu odmówić przyjmowania czegokolwiek, czy to pierogów z jagodami, czy też samochodu.”

„Pracuję na radioonkologii i najczęściej dostaję zawiadomienia o zgonie moich paliatywnych pacjentów.”

„Nie lubię dostawać od chorych niczego. Słodczyce są szkodliwe dla zdrowia. Zresztą czekolada za 2,70 zł w zaskakujący sposób potrafi zmienić stosunek chorego do lekarza – «daję, więc wymagam»”.

„Śliczny, koronkowy, seksowny... biustonosz (leży jak ułaf).”

„A ja nie chciałam nic brać, ja chciałam sobie sama wszystko kupić! Dlatego wyjechałam i nawet już o tym nie myślę. Pozdrawiam.”

„Moim pierwszym w życiu lekarskim prezentem od Pacjentki (do dziś ją pamiętam) był własnoręcznie zrobiony skórzany portfelik. Zaraz za nim posypały się następne: «Biblia dla Najmłodszych» (rzeczywiście wyglądałam wtedy bardzo młodo), piękne wydanie «Nowego Testamentu» z dedykacją «lekarzom o ewangelicznej dobroci», plik ekslibrisów wykonanych specjalnie dla mnie (...) wła-

snoręcznie zrobiona narzuta przez Pacjentkę, która odzyskała wzrok... Wszystkie te prezenty przechowywać będę do końca. W każdym z nich jest cząstka serca Człowieka.”

„Kaczka upieczona z jabłkami, 1/4 butelki brandy (bo... większość wypił mąż pacjentki), wazon gliniany ze sztucznymi kwiatami, 2 kanapki z szynką, ścierka do mycia okien, 5 oskubanych gołębi, kosz grzybów i różne inne dziwy...”

„Najbardziej może nie dziwnym, ale «innym» (i danym z sercem) prezentem od pacjentki były dwie łyżeczki mielonej kawy, zawinięte w kartkę w kratkę.”

„Czasem trafia się jako «dowód wdzięczności» stek najwulgarniejszych wyzwisk od półprzytomnego chorego. Przypomniały mi się słowa pijanego pacjenta na dyżurze chirurgicznym, skierowane w środku nocy do mnie i dwóch pielęgniarek (cytuje, przepraszając Państwa za wulgaryzm): «Wy korniszony jebane».”

„Kilka kostek czekolady – dobrze pamiętam, bo to był pierwszy podarunek za usługę «lekarzką» – było to w Anglii. Jako student jeszcze, badałem Turka, który miał gorączkę i objawy przeziębienia. Pełen dumy i z przejęciem przeprowadziłem jak trzeba badanie, tylko... zapomniałem zajrzeć do gardła. Szczęśliwie pacjent wydobrzył. Największą radość sprawiła mi kaseta magnetofonowa z nagraniem utworów Szopena w wykonaniu nieco ekscentrycznego pacjenta.”

„Otrzymałem 1,5-metrową (bardzo prostą w formie) puszczalkę, wystruganą przez wdzięcznego pacjenta – i gwizdę na reformatorów służby zdrowia.”

„Co do moich «dowodów wdzięczności» najdziwniejszym z nich to był żywy i zdrowy kotek nauczony czystości, którego dostałam lata temu w podzięk za opiekę od pewnej starszej pani. Cała dyżurka miała ubaw! A na poważnie: na szczęście pracuję w firmie, w której nikt nie daje i nie bierze łapówek – cennik jest wywieszony, pacjent wie, ile co kosztuje, płaci i już. Mam spokojną głowę, czego i Wam życzę!”

„Wszystko jest bezpieczne, ale PO leczeniu. Co prawda wdzięczność wtedy już nie taka, o czym wiedzieli już starożytni egipcjcy lekarze.”

Konkurs nadal pozostaje otwarty. Czeka na Państwa uwagi, opinie i komentarze.

**Jarosław Kosiaty jest redaktorem naczelnym portalu medycznego Esculap.pl, e-mail: jkosiaty@esculap.pl**

# Grabież wdowiego grosza

Zygmunt Wiśniewski

Ustawa z 18 lipca 1950 r. o „zniesieniu” izb lekarskich przewidywała równoczesną likwidację kas pośmiertnych i kas wzajemnej pomocy ich rodzin.

Oszczędności zgromadzone w kasach przejmował wraz z majątkiem likwidator i zaspokajał z nich w pierwszej kolejności koszty likwidacji izb. Znaczyło to tyle, że likwidator, gdyby oszczędzał na własnych honorariach, mógł zaoszczędzić jakieś pieniądze na wydatki związane z potrzebami i oczekiwaniami członków kas. Te oczekiwania – to zwłaszcza wypłaty pośmiertne rodzinom zmarłych lekarzy.

Jak likwidator traktował oszczędności zgromadzone w kasach pośmiertnych – najlepiej przedstawić na przykładzie.

17 grudnia 1950 r. likwidator sporządził protokół przejęcia majątku Okręgowej Izby Lekarskiej w Krakowie.

Zapisał w protokole zdawczo-odbiorczym: „Przy Izbie istnieje Kasa Wza-

jemnej Pomocy lekarzy na wypadek śmierci. Posiada ona fundusz ze składek wpłacanych przez lekarzy (...) Kasa otrzymała ostatnio od zarządu kwotę 100 000 zł miesięcznie z ogólnych funduszy uzyskanych ze składek członkowskich. (...) Gotowiznę w sumie 41 609 zł przelano na rachunek likwidatora w NBP, a resztę w kwocie 1800 zł pozostawiono w kasie na bieżące wydatki.”

Dalej protokół odnotowuje dokładne zaległości lekarzy w płaceniu składek na izbę lekarską. Odnotowano zaległości od 6 zł (tyle wynosiła składka miesięczna) – do 150 zł (najwyższa zaległość). Wyliczono tych należności na kwotę 154 138 zł. Z innych źródeł wiemy, że wszystkie należności składkowe bezwzględnie egzekwowano, nawet z udziałem komorników. Ustawa przewidywała bowiem, że likwidacja izb lekarskich odbywa się za ich fundusze. Syty likwidator, który zabrał pieniądze ze składek, a także z Kasy Wzajemnej Pomocy, miał się więc dobrze. Wygospodarował jeszcze nadwyżki, które przekazywał Związkowi Zawodowemu Pracowników Służby Zdrowia.

Wertowałem akta Ministerstwa Zdrowia i Opieki Społecznej i Związku Zawodowego Pracowników Służby Zdrowia w poszukiwaniu śladów przeznaczenia tych pieniędzy na pomoc rodzinom zmarłych lekarzy. Nie znalazłem. Wertowałem też archiwa wojewódzkich wydziałów zdrowia, w których problemu wdowich pieniędzy z kas pośmiertnych nie odnotowałem.

Likwidator miał się więc dobrze przejmując od izb zgromadzone fundusze i egzekwując administracyjnie (a robił to bezwzględnie) zaległe składki i braku-

jące wpłaty do kas pośmiertnych i samopomocowych. Lekarze dopłacali do likwidacji swoich izb.

Opisana sytuacja jest finałem interesującej historii kasy zapomogowo pośmiertnej przy OIL w Krakowie.

Zacząła się ona w roku 1926. Rada Krakowskiej Izby Lekarskiej powołała 2 grudnia do życia Kasę Wzajemnej Pomocy. Intencją jej powołania była „troska o los rodzin pozostałych po zmarłych lekarzach”. „Wiemy o tym – pisali założyciele – że wiek lekarza przeciętnie nie przekracza 60 lat życia. Wiemy również, że lekarz późno dochodzi do takich warunków życia, w których może coś «naciulać» dla rodziny”.

Krakowska Kasa Wzajemnej Pomocy wypłacała w roku 1939 po śmierci lekarza kwotę 13 000 zł. „Była to suma – jak komentuje historyk Izby – z którą można było zacząć nowe życie, a przy pewnej zaradności ugruntować podstawy stworzonego bytu”. Kwota 13 000 zł była bardzo znacząca, za którą wdowa po zmarłym lekarzu mogła skromnie żyć przez 5 lat.

Co działo się dalej z kasą Krakowskiej Izby Lekarskiej? Odpowiada historyk: „Wojna zrujnowała kasę doszczętnie. Okupacyjny komisarz, dr Kroll, któremu podporządkowano Izbę, jesienią 1939 r. roztrwonił fundusze kasy, a o napływ bieżących składek nie zadbował. Starczało zaledwie na wypłaty w wysokości 100 zł na pokrycie kosztów pogrzebu. Rodzina nie otrzymywała już ani grosza.”

To była pierwsza hitlerowska grabież w dziejach Kasy Wzajemnej Pomocy przy Izbie Lekarskiej w Krakowie.

Zanim nastąpiła druga, ta opisana na początku z roku 1950 – lekarze, członkowie Krakowskiej Izby Lekarskiej wykazali się ogromną ofiarnością niosąc pomoc lekarzom warszawskim.

„Po wybuchu powstania w Warszawie i po nadejściu do Krakowa wiadomości o niedoli ewakuowanych z Warszawy szpitali, postanowiono przyjąć z pomocą kolegom warszawskim. W po-



REKLAMA

REKLAMA

łowie września 1944 r. udali się z Krakowa do Milanówka, Sochaczewa i Pruszkowa trzech lekarze krakowscy, a to doc. dr Nowicki, dr Lebioda i dr Ciećkiewicz. Zabrali oni ze sobą trzy większe zestawy operacyjne instrumentów i nieco leków opatrunkowych z Czerwonego Krzyża.”

„Po powstaniu warszawskim prze-  
walała się przez Kraków olbrzymia fala  
nędzy. Widzieliśmy rodziny lekarskie  
wręcz przymierające głodem. Pomoc,  
którą potrafiliśmy zmobilizować, była  
znikoma, chociaż przekroczyła kwotę  
400 000 zł. Widzieliśmy rodziny na-  
szych kolegów wymordowanych przez  
Niemców zupełnie pozbawionych za-  
opatrzenia.”

Po wojnie kasa Izby była pusta.

„Aby sprostać wszystkim ciążącym na  
Izbie zadaniom i aby nie zacząć od nie-  
wypłacalności, wprowadził Zarząd Izby  
tymczasową opłatę do Izby w wysokości  
50 zł miesięcznie jako opłatę do Kasy  
Wzajemnej Pomocy. Jeżeli się uwzględ-  
ni, że Izba została objęta po Niemcach  
właściwie bez grosza oraz że remonty  
budynku Izby, który dotychczas kosz-  
tował ok. 80 000 zł musiał być jak naj-  
prędzej przeprowadzony, aby uczynić  
budynek zdatnym do użytku, musi się  
dojść do przekonania, że ustalona skład-  
ka nie jest zbyt wysoka.”

Składka w wysokości 50 zł miesięcz-  
nie, kiedy pacjent płacił za wizytę w ga-  
biniecie lekarza od 4 do 12 zł, była zna-  
cząca. Dodatkowo lekarze krakowscy  
opodatkowali się kwotą 50 zł miesięcz-  
nie na Kasę Wzajemnej Pomocy.

Własnym wysiłkiem lekarze krakow-  
scy doszli w latach 1948-49 do samowy-  
starczalności. I wtedy do akcji wkroczył  
mec. Tomorowicz (dokumenty nie od-  
notowują jego imienia), likwidator izb  
lekarskich.

Co się stało z pieniędzmi z kas izbo-  
wych w Krakowie, Katowicach, Lubli-  
nie, Poznaniu, Łodzi, Warszawie?

Może znajdą się dokumenty, w któ-  
rych będzie odpowiedź na to pytanie.

**P.S.** Niedawno wertowałem dokumen-  
ty izb lekarskich z okresu 20-lecia mię-  
dzywojennego. W którymś z protoko-  
łów opisujących pracę OIL Warszaw-  
sko-Białostockiej tuż przed wybuchem  
wojny 1939 r. natknąłem się na nazwi-  
sko mec. Tomorowicza (znów bez imie-  
nia) jako radcy prawnego tej izby. Od-  
krycie mnie zmroziło. Czyżby chodziło  
o tego samego człowieka, prawnika, rad-  
cy prawnego izb lekarskich, który w la-  
tach pięćdziesiątych odegra opisaną na  
tych kartkach haniebną rolę likwidatora  
izb lekarskich?

Z.W.

dokończenie ze str. 38

• **Lekarze zdetrzonizowani.** W badaniu TNS OBOP na najbardziej skorumpowane zawody w Polsce tradycyjni liderzy tej listy lekarze zostali zdetrzonizowani przez... sędziów sportowych. Pierwszą trójkę najbardziej przekupnych profesji uzupełniają posłowie na Sejm RP, prokuratorzy i policjanci. Badanie TNS OBOP przeprowadzono w dn. 4-8 i 25-29 sierpnia na reprezentatywnej próbie 1003 Polaków. • **Tylko jeden dodatkowy etat.** Od 1 września obowiązuje nowe prawo o szkolnictwie wyższym. Pracownik naukowo-dydaktyczny zatrudniony na wyższej uczelni ma prawo do podjęcia dodatkowej pracy na jednym etacie. Podjęcie dodatkowej pracy w więcej niż jednym miejscu może stać się podstawą do zwolnienia z macierzystej uczelni.

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

## Zjazdy koleżeńskie

### Oddział Stomatologii, rocznik 1975 i Wydział Lekarski, rocznik 1976 AM w Gdańsku

W dn. 14-16 X w Straszynie k. Gdańska grono zapaleńców, którym bliskie są idee „Solidarności”, organizuje zjazd koleżeński z okazji 30 rocznicy ukończenia studiów. Prosimy o zgłoszenie uczestnictwa i zawiadomienie wszystkich kolegów, którzy czują się z nami związani. Koszt uczestnictwa 150 zł, dla chętnych hotel na miejscu (40 zł/dobę ze śniadaniem). Wpłaty na konto: Ewa Janczak, rachunek bankowy 04-1500-2051-1020-5005-0377-0000 do 10 X br., z dopiskiem „Zjazd AMG”. Informacje i zgłoszenia: **Ewa Janczak**, e-mail: [dental@dental.com.pl](mailto:dental@dental.com.pl), tel. (0-58) 344-06-59; **Jola Kadyszewska**, tel. (0-58) 341-65-09; **Ela Daszuta**, tel. 0504-089-130; **Ela Musiał-Babicz**, tel. (0-58) 552-05-37, [www.zjazdamg@republika.pl](http://www.zjazdamg@republika.pl)

### Wydział Lekarski AM we Wrocławiu, rocznik 1981

W dn. 2-4 VI 2006 r. w Polanicy Zdroju (Hotel „Nasz Dom” przy ul. Cichej 1) kolejne spotkanie koleżeńskie z okazji 25 rocznicy ukończenia AM. Opłata za uczestnictwo od osoby (absolwenta/osoby towarzyszącej): nocleg z 2/3.06 + ognisko – 150 zł, ognisko + bankiet (bez noclegów) – 200 zł, nocleg z 3/4.06 + bankiet – 250 zł, nocleg z 2/3.06 + bankiet + ognisko – 350 zł. Wpłaty na konto DIL we Wrocławiu: 17-1540-1030-2001-7753-6075-0001, do 30 IV 2006 r., z dopiskiem „Zjazd Koleżeński 1981”. Panie prosimy o podanie nazwiska obecnego oraz z okresu studiów. Informacje: **Leszek Ujma**, tel. 0601-894-942; **Patrycja Malec**, tel. (0-71) 798-80-68, e-mail: [pati@dilnet.wroc.pl](mailto:pati@dilnet.wroc.pl). Za Komitet Organizacyjny Mariusz Markuszewski, Małgorzata Sędzimirska, Leszek Ujma.

[u.bakowska@gazetalekarska.pl](mailto:u.bakowska@gazetalekarska.pl)

### Zjazdy koleżeńskie w Internecie [www.absolwentus.pl](http://www.absolwentus.pl)

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

## sport@gazetalekarska.pl

### XI Mistrzostwa Polski Lekarzy w halowej piłce nożnej

odbędzie się w dn. 29-30.10.br. w Mielcu. Informacje: **Zbigniew Bober**, tel. 0508-202-626, (0-17) 780-05-53; **Leszek Kołacz**, tel. 0504-196-732

### II Mistrzostwa Polski Lekarzy w Pool Bilard

Polski Związek Bilardowy i Świątokrzyska Izba Lekarska zapraszają 19.11.br. o godz. 10.00 do hotelu Leśny Dwór w Kielcach na II Mistrzostwa Polski Lekarzy w Pool Bilard. Informacje i zapisy: (0-41) 362-36-63 (biuro PZBił) lub (0-41) 361-70-94 (dr Zdzisław Kraśniewski, po godz. 21.00).

### Ojcowie Karmelici Bosi

zapraszają na

### Rekolekcje dla Pracowników Służby Zdrowia,

które odbędą się w dniach

od 8 XII (czwartek, godz. 18.00) do 11 XII 2005 r. (niedziela, godz. 14.00)

w Domu OO. Karmelitów Bosych w Sopocie

Temat:

### „Kazanie na Górze – antytezy”

o. Julian Ilwicki, OCD

Adres: Dom OO. Karmelitów Bosych, ul. Głowackiego 3, 81-744 Sopot-Wyścigi

Blizszych informacji udziela: o. Julian Ilwicki, tel.: 0600-227-684



# Gorące zawody w Dolinie Zimnika

VIII Mistrzostwa Polski w Kolarstwie Górskim (3 września)  
zawitały tym razem do Lipowej k. Żywca.

**N**a starcie stanęło 104 zawodników (w tym 13 kobiet). Trasa tegorocznego wyścigu liczyła 19 km i po raz pierwszy rozgrywana była na jednej pętli od startu do mety. Po 8,5 km podjazdu osiągnęliśmy wysokość 1100 m n.p.m., a potem już tylko w dół. I tu druga nowość: kobiety i mężczyźni mieli różny ostatni odcinek trasy. Wszystkim udało się pokonać trasę, choć wielu mocno walczyło ze swymi słabościami i gorącem, zwłaszcza na podejździe.

Trzecią nowością było otwarcie list startowych w kategorii open dla studentów wydziałów: lekarskiego, stomatologii, farmacji, analityki medycznej i pielęgniarstwa oraz pracowników wykonujących zawód branży medycznej, tj. rehabilitantów i techników: rehabilitacji, radiologii, fizjoterapii, analityki medycznej, pielęgniarek i etatowych pracowników firm farmaceutycznych.

Dzieci ściagały się na dobranych do wieku dystansach, a na koniec wszyscy razem ruszyliśmy na Rajd Rodzin Le-

karskich, tj. spacerowy przejazd po okolicy, dający sędziom czas na obliczenie wyników. Po powrocie odbyła się dekoracja zwycięzców.

W kategorii open trzy pierwsze miejsca zajęły wśród pań: **Katarzyna Klimala** z Częstochowy, **Anna Sulczyńska** z Poznania i **Katarzyna Jurkiewicz** z Dąbrowy Górniczej, a wśród panów: **Tomasz Jakubowski** z Bielska-Białej, **Grzegorz Grabowski** z Łodzi i **Michał Małysza** z Lublina.

Tytuły Mistrza Polski Lekarzy wywalczyli w grupach wiekowych: **Katarzyna Klimala**, **Anna Sulczyńska**, **Danuta Lewandowska** z Koniakowa, **Michał Małysza**, **Wojciech Jurasz** z Poznania, **Janusz Lewandowski** z Koniakowa, **Jerzy Pycia** z Kluczborka (szczegółowe wyniki na stronie [www.mtblekarze.w.pl](http://www.mtblekarze.w.pl)).

Na koniec tradycyjnie, przy dźwiękach kapeli góralskiej, zasiedliśmy przy ognisku, aby podzielić się wrażeniami z trasy.

Maciej Pająkowski

## Nieobecni nie mają racji

Łatwiej stać z boku i się podśmiewać.

Łatwiej tkwić w drugim rzędzie i ironizować.

Łatwiej nic nie robić i głośno krzyczeć, że oni tam nic nie robią.

Łatwiej krytykować informacje o tym, co się dzieje podczas obrad Rady Okręgowej niż pojawić się tam samemu i zaproponować zmiany.

Łatwiej wytykać błędne decyzje niż podejmować je samemu.

Łatwiej narzekać na lekceważenie lekarzy przez administrację niż próbować coś poprawić.

Łatwiej być recenzentem niż reprezentować i wystawiać się na połajanki kolegów i narażanie się decydom od których, póki co, zależy najwięcej.

Łatwiej to wszystko robić, stać z rękami w kieszeni albo mówić: przecież nie mam czasu, bo mam dyżury lub prowadzę praktykę. I jeszcze dodawać jednym tchem, że po co nam właściwie ta Izba.

To ostatnie pytanie jest po prostu śmieszne: chyba lepiej mieć jakąkolwiek reprezentację niż żadną. A jeżeli ta, która jest, nam nie odpowiada, bo źle pracuje albo są w niej nie ci ludzie, to po to są kadencyjność i wybory, by to zmienić. Raz na 4 lata. Raz na 4 lata każdy z nas ma obowiązek (tak!) wynikający z odpowiedzialności za siebie, swoją rodzinę i kolegów z korporacji pójść na zebranie i zagłosować.

Tak jak obecnie.

Ale zebrania przebiegają różnie. Są bardzo udane, konstruktywne, z dużą frekwencją i bez kłopotu wybierające swoich przedstawicieli. Ale są też marne. Z frekwencją ledwo, ledwo... Z wyborami na siłę, bo nikt nie ma czasu, ochoty, pomysłu albo po prostu nikomu się nie chce.

Są też zebrania, które nie mogą się odbyć, bo nie ma kworum.

Brak kworum to zablokowanie drogi tym, co by mogli, chcieli i potrafili. To postawienie ściany przed zmianami. W izbie lekarskiej i w naszym życiu zawodowym. Kiedy zrozumiemy, że są ludzie w tym kraju, którzy z tego powodu zacieraają ręce? (...)

Już kiedyś to pisałem – to, że nasz samorząd jest krytykowany i niektórym w Polsce bardzo przeszkadza, to najlepszy dowód na to, że jest potrzebny!

A nieobecni nie mają racji.

Andrzej Baszkowski

„Biuletyn Informacyjny WIL” 6/2005



Polskie Towarzystwo **Stomatologiczne**. Zebrania naukowo-szkoleniowe w 2005 r.:

- 10.10. *Bliskie i odległe objawy u chorych z przemieszczeniem krązków stawowych SSZ*
- 24.10. *Nowe tendencje w leczeniu próchnicy*
- 21.11. *Istotne elementy w planowaniu protez częściowych ruchomych*
- 5.12. *Diagnostyka radiologiczna rozszepów podniebienia*
- 19.12. *Komunikacja interpersonalna jako czynnik wpływający na polepszenie relacji stomatolog-pacjent*

Zebrania odbywają się w Hotelu Unia, Lublin, Al. Racławickie 12, w godz. 10.30-11.30. Tel/fax (0-81) 532-73-62, dr hab. n. med. Janusz Kleinrok sekretarz PTS o/Lublin.

Tow. Szkolenia Podopiecznego Eurodens w Lublinie.

Kursy dla lek. **dentystów** w 2005 i 2006 r.:

- 10.10. *Sukces w endodoncji – biologiczne podstawy leczenia kanałowego, rozwiązywanie problemów*
- 24.10. *Oszczędne ekstrakcje*
- 21.11. *Elementy retencyjne stosowane do utrzymania protez częściowych*
- 5.12. *Diagnostyka radiologiczna w praktyce stomatologicznej – praktyczna analiza obrazu RTG*
- 9-11.12. *Nowoczesna stomatologia praktyczna*
- 4-11.03.06. *Zasady planowania i wykonania protez stałych*

Info: www.eurodens.pl, tel. 0661-898-179, 0601-244-319, (pon.-pt. 8.00-14.00)

Wielkopolska Szkoła Diagnostyki Obrazowej. Praktyczne kursy **ultrasonograficzne** w 2005 r.:

- 13-16.10. *Jama brzuszna*
- 14-16.10. *Narządy powierzchniowe szyi (tarczycy, ślinianki, węzły, krtań)*
- 20-23.10. *Ultrasonografia dopplerowska naczyń obwodowych*
- 4-6.11. *Echokardiografia – doskonalący*
- 4-6.11. *Ultrasonografia w pediatrii*
- 10-13.11. *Ultrasonografia w położnictwie i ginekologii*
- 25-27.11. *Tętnice szyjne i kręgowo oraz wewnątrzczaszkowe (TCD) – doskonalący*
- 1-4.12. *Echokardiografia*
- 8-11.12. *Gruzoł piersiowy*

Szkolenia dają prawo do pkt. edukac. izby lekarskiej. Zajęcia i zakwaterowanie w ośrodku szkoleniowym w Puszczykowie k. Poznania lub okolicach. Nr konta: 92-1090-1362-0000-0000-3612-1908. Zapisy: Wielkopolska Szkoła Diagnostyki Obrazowej, tel./fax (0-61) 819-25-00, tel. kom. 0603-762-041, www.obraz.pl, e-mail: obraz@obraz.pl

- 14-15.10.2005 r. Sosnowiec. Kat. i Oddz. Klin. Chirurgii Ogólnej i Koloproktologicznej ŚAM, Woj. Szpital Spec. nr 5 Św. Barbary w Sosnowcu, PT Żywnienia Pozajelitowego i Dojelitowego, (patronat OIL w Katowicach) organizują I konf. naukowo-szkol.: *Podstawy leczenia żywieniowego, dla lekarzy wszystkich specjalności*. Za udział pkt. edukac. Info: lek. Monika Brzezińska Kat. i Oddz. Klin. Chirurgii Ogólnej i Koloproktologicznej Woj. Szpital Specjalistyczny nr 5, Sosnowiec, pl. Medyków 1, tel./fax (0-32) 368-20-38, e-mail: monika\_jb@wp.pl, www.konferencja-zywienie.akamedik.pl

Dolnośląska Szkoła **Ultrasonografii**.

Szkolenia podstawowe w 2005 i 2006 r.:

- 18-21.10., 29.11-12.12., 17-20.01.06. *Diagnostyka USG jamy brzusznej*
- 22-24.11., 10-12.01.06. *Diagnostyka USG tarczycy, przystarczyc i ślinianek*
- 25-27.10., 13-15.12., 24-26.01.06. *Kompleksowa diagnostyka gruczołu piersiowego*
- 12-13.12., 9-10.01.06. *Diagnostyka USG w ginekologii i położnictwie*
- 16-18.11., 11-13.01.06. *Diagnostyka echokardiograficzna wrodzonych wad serca dzieci*
- 16-17.01.06. *Diagnostyka USG w pediatrii*
- 21-22.11. *Interpretacja zapisu EKG u dzieci*

• 23-27.01.06. *Cytologia onkologiczna w ginekologii. System klasyfikacji BETHESDA – kurs podstawowy*

• 13-15.02.06. *Cytologia onkologiczna w ginekologii. System klasyfikacji BETHESDA – kurs doskonalący*

Info i zgłosz.: Wrocławskie Centrum Promocji, ul. Śniadeckich 10, 51-604 Wrocław, tel. (0-71) 348-39-66, 0606-350-328, www.usg.webd.pl, e-mail: r.baran@neostrada.pl

• 21-21.10.2005 r. Bydgoszcz. Ogólnopolska Konferencja **Patomorfologów Wojska Polskiego**. Info: www.10wsk.mil.pl

• 22.10.2005 r. Łódź. Firma „Dr Mirosław Mrozowski” organizuje wykład: **Nieprowadzenia w chirurgicznym leczeniu chorób przyzębia i niektórych przypadkach implantologicznych**. Pkt. edukac. Info: tel/fax (0-42) 684-41-76, 0602-267-513, e-mail: miroslaw.mrozowski@wp.pl

Roztoczańska Szkoła **Ultrasonografii**. Kursy w 2005 i 2006 r.:

- 23-29.10. *Diagnostyka USG narządów położonych powierzchownie: diagnostyka obrazowa sutka, diagnostyka USG tarczycy, węzłów chłonnych i innych narządów szyi*
- 4-6.11. *Zastosowanie ultrasonografii w chirurgii – I symp. Sekcji Chirurgicznej PTU*
- 27.11.-3.12. *Podstawy USG narządów jamy brzusznej, sutka, tarczycy, narządów miednicy mniejszej – Ultrasonografia w gabinecie lekarza rodzinnego*
- 17-22.01.06. *Kurs doskonalący – Diagnostyka dopplerowska naczyń krwionośnych*
- 22-28.01.06. *Diagnostyka USG narządu ruchu*
- 29.01.4.02.06. *Diagnostyka USG narządów jamy brzusznej*
- 5-11.02.06. *Diagnostyka dopplerowska naczyń krwionośnych: szyi, jamy brzusznej, kończyn górnych i dolnych*
- 12-18.02.06. *Echokardiografia w kardiologii*

Info i zapisy: (0-84) 638-55-12, 638-80-90, 638-80-91, www.usg.com.pl

Odd. Dolnośląski PT **Medycyny Pracy**.

Posiedzenia naukowo-szkoleniowe w IV kwartale 2005 r.:

- 26.10. *Ocena funkcji śródbłonki naczyńowego u szczerów zatrutych kadmem*
- 23.11. *Zespół obturacyjnego bezdechu śródsewnego*
- 21.12. *Czy istnieje kontrola badań profilaktycznych?*

Posiedzenia w Sali Konfer. DIL przy ul. Matejki 6 o godz. 13.00. Obowiązkowa obecność lekarzy specjalizujących się. Prosimy uregulować składki – o zaległych informacjach udziela skarbnik dr Bogusław Beck, tel. (0-71) 320-96-82, Klinika Chorób Zawo-

dowych, ul. Pasteura 4. Nr konta PTMP: IV O/Wrocław 26-1020-5242-0000-2502-0018-7252. Przew. PTMP/Wrocław doc. Jolanta Antonowicz-Juchniewicz.

- 26.11.2005 r. Ciechocinek. Zakł. Stom. Zachowawczej UM w Łodzi oraz Włocławskie Stow. Lek. Stomatologów (patronat Kuj.-Pom. OIL) organizują kurs dla lekarzy **dentystów: Resorpcje wewnętrzne i zewnętrzne – profilaktyka, diagnostyka i leczenie. Złamanie zębów stałych – profilaktyka diagnostyka i leczenie. Stomatologia estetyczna – teoria i praktyka**. Koszt 240 zł. Info i zgłosz.: www.stomatologia.edu.pl, tel.(0-54) 231-51-57, 231-04-16.

Mazowiecka Szkoła **Ultrasonografii**.

Kursy praktyczno-teoretyczne w 2006 r.:

- 26-28.01. *Echokardiografia płodowa*
- 9-11.02. *Ultrasonografia w ginekologii i położnictwie (dla zaawansowanych)*
- 24-25.02. *Niepłodność – diagnostyka i leczenie*

Kursy dają prawo do pkt. edukac. izby lek. Info i zapisy: 09-400 Płock, ul. Kwiatka 39/1, tel./fax (0-24) 367-36-16, 0601-345-372, 0600-051-957, www.mszu.pl lub przez e-mail: mazowiecka@mszu.pl

• 24-26.04.2006 r. Rzeszów. Hotel Hubertus. II Kurs: **Diagnostyka i leczenie urazów narządu ruchu u dzieci i młodzieży**. Opłata 550 zł do 31.03.2006 r. na konto: Fundacja „Prosto w przyszłość”, z dopiskiem „Kurs”, Bank PKO S.A. II O/Rzeszów nr 26-1240-2614-1111-0000-3970-3578. Liczba uczestników ograniczona do 20 osób. Zgłoszenia: prof. UR Sławomir Snela, dr Paweł Bilski, Oddz. Ortopedii i Traumatologii Dziecięcej, Szpital Woj. nr 2, ul. Lwowska 60, 35-301 Rzeszów, tel./fax (0-17) 866-41-11, tel. 866-41-98, www.ekonferencje.pl/rzeszow-kurs2006, e-mail: ssnela@szpital2.rzeszow.pl, pbilski@szpital2.rzeszow.pl

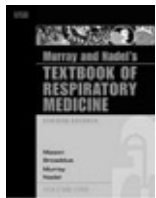
• Local Organizing Committee cordially invites you to the **East European and Mediterranean Cerebral Palsy and Developmental Medicine Congress** which will take place from 8<sup>th</sup> to 10<sup>th</sup> June, 2006 at the Marriott Hotel in Warsaw Address: Al. Jerozolimskie 65/79, 00-697 Warsaw, Poland, tel: +4822 630-63-06, 830-03-11, www.marriott.com/wawpl, marriott@it.com.pl. It is expected that the Conference will be attended by approximately 1000 experts in the field of developmental medicine, orthopedics, rehabilitation, pediatric neurology and physiotherapy from Europe and beyond. Conference topics are the clinical problems of cerebral palsy child. The conference languages will be English. English – Polish simultaneous translation will be provided. Early registration dead line 15 February, 2006. (Early registration fee – 250 EUR; Registration fee after 15, Feb – 300 EUR; Students early registration – 150 EUR; Students registration after 15, Feb – 200 EUR; Accompanying persons registration fee – 50 EUR). Registration fee for delegates includes admission to the Meeting and the exhibition, documentation, coffee breaks, lunches, Get – Together. Registration fee for accompanying persons includes Get Together, sightseeing tour – for more information please see conference website www.aacpdm.pl

u.bakowska@gazetalekarska.pl



## A.B.E. Marketing

Wydawnictwa Światowe – Publishers' Distribution Services, 00-855 Warszawa, ul. Grzybowska 37A, tel. (0-22) 654-06-75, fax 652-07-67, www.abe.pl



### **Murray and Nadel's Textbook of Respiratory**

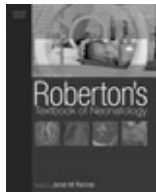
**Medicine e-dition**, 4th edition

Text with Continually Updated Online Reference, 2-Volume Set  
red. Robert J Mason, V Courtney Broaddus, John F. Murray, Jay A. Nadel

wyd.: **Saunders**, czerwiec 2005, c. katal. 299.00 GBP

Książka i powiązana z nią strona internetowa ([www.respmedtext.com](http://www.respmedtext.com)) stanowią „state-of-the-art” współczesnej pulmonologii. Tematy: POChP, farmakologiczne leczenie astmy oskrzelowej, leczenie pierwszej linii

w nowotworach płuc, śródmiąższowe włóknienie płuc, techniki chirurgii torakoskopowej. Informacje dotyczące anatomii, fizjologii, immunologii, genetyki i biologii molekularnej. Jeden z sześciu nowych rozdziałów w całości poświęcony problemom związanym z paleniem tytoniu. 1250 zdjęć i rycin.



### **Robertson's Textbook of Neonatology**, 4th edition

red. Janet M. Rennie

wyd.: **Churchill Livingstone**, czerwiec 2005, str. 1400, il. 820, c. katal. 199.00 GBP

Książka prezentuje powszechnie akceptowany standard opieki nad noworodkiem. Autorzy omawiają patofizjologię i klinikę wszystkich patologii neonatologicznych, dołączają także rozdziały dotyczące psychologicznych i socjalnych aspektów opieki nad dzieckiem, problemów zgonu okołoporodowego oraz norm moralnych i etycznych. Oddzielny

rozdział poświęcono ocenie skuteczności postępowania terapeutycznego, w szczególności w zakresie funkcjonowania układu nerwowego. Obecne wydanie zostało poprawione i uzupełnione, otrzymało nową szatę graficzną.



### **Surgery of the Skin**, Textbook with DVD

red. June K. Robinson, C. William Hanke, Robert D. Sengellmann, Daniel Mark Siegel, Ashish C. Bhatia, Thomas E. Rohrer

wyd.: **Mosby**, luty 2005, str. 896, il. 1185, c. katal. 132.00 GB

Kompendium wiedzy z dziedziny chirurgii dermatologicznej, onkologicznej i plastycznej. Informacje istotne w codziennej praktyce klinicznej – od podstawowych procedur, po wysoce specjalistyczne zabiegi chirurgii plastycznej. 95 autorów książki dostarcza wiadomości opartych o „evidence-based medicine”, które w istotny sposób mogą wpłynąć na wyniki prowadzonego leczenia chirurgicznego oraz zapobiec ewentualnym błędom w sztuce. Obszerny materiał ilustracyjny, umieszczony także w formie elektronicznej.

## Górnicki Wydawnictwo Medyczne

50-357 Wrocław, ul. Grunwaldzka 90, tel. (0-71) 328-08-43, fax (0-71) 328-11-67, e-mail: [zamowienia@gornicki.pl](mailto:zamowienia@gornicki.pl), [www.gornicki.pl](http://www.gornicki.pl)



### **Sirolimus. Zastosowania w medycynie**

pod red. Leszka Pęczaka i Grzegorza Senatorskiego

wyd. I, Wrocław 2005, str. 320

Publikacja omawia właściwości biologiczne i zastosowania naturalnego preparatu sirolimus (rapamycyna). Autorzy przedstawiają wyniki własnych wieloletnich badań oraz wyniki badań międzynarodowych w leczeniu chorych sirolimusem po przeszczepieniu nerek, wątroby, szpiku oraz chorych po założeniu stentów pokrytych sirolimusem.



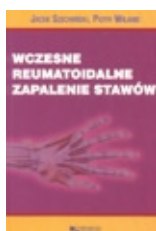
### **Mapping potencjałów serca z powierzchni ciała**

**Wprowadzenie do metody**

**Małgorzata Sobieszczańska**

wyd. I, Wrocław 2005, str. 66

Autorka jest członkiem prezydium *International Society of Electrocardiology*. Prezentowane opracowanie przedstawia genezę metod elektrokardiograficznych opartych o pomiary z powierzchniowych sieci wieloelektrodowych (BSPM – *body surface potential mapping*). Monografia ma na celu przybliżenie lekarzom praktykom idei BSPM i spopularyzowanie jej przydatności diagnostycznej.



### **Wczesne reumatoidalne zapalenie stawów**

**Jacek Szechiński, Piotr Wiland**

wyd. I, Wrocław 2004, str. 142

Monografia poświęcona wczesnej postaci reumatoidalnego zapalenia stawów. Adresowana nie tylko do reumatologów, ale również do lekarzy rodzinnych, pediatrów i internistów, do których najczęściej trafiają chorzy we wczesnym okresie choroby.

## Ponadto nadesłano:

### **Immunologia w zarysie**

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

red. nauk. tłumaczenia Jan Żeromski

wyd. I, Warszawa 2005,

**Wydawnictwo Lekarskie PZWL**,

00-251 Warszawa, ul. Miodowa 10, tel. (0-22) 695-40-33.

Księgarnia wysyłkowa: [www.pzwl.pl](http://www.pzwl.pl), tel. (0-22) 695-44-80,

infolinia 0801-142-080, e-mail: [promocja@pzwl.pl](mailto:promocja@pzwl.pl), str. 100

Publikacja składa się z 41 poglądowych rycin wraz z wyjaśnieniami nt.

podstawowych pojęć i procesów warunkujących prawidłowe funkcjonowanie układu odpornościowego oraz jego zaburzenia. Książka przeznaczona dla studentów biologii, medycyny i kierunków pokrewnych, a także dla biologów i lekarzy różnych specjalności pragnących usystematyzować swoją wiedzę z tej dziedziny.



### **Badania laboratoryjne w codziennej praktyce**

– wartości referencyjne i interpretacje.

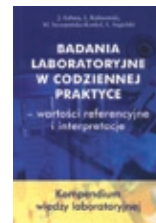
wyd. V popr., Gdańsk 2005.

**MAKmedia Artur Matys**

Zarządzanie Projektami, 81-833 Sopot, ul. A. Struga 6/3,

kolportaż publikacji: tel. (0-81) 718-89-00

Wygodny w użyciu format packetbook, przejrzysty i praktyczny układ informacji. Zawiera badania z zakresu: biochemii klinicznej, hematologii i koagulologii, endokrynologii, toksykologii i terapii monitorowanej, diagnostyki laboratoryjnej nowotworów.



### **Postępy diagnostyki i terapii w kardiologii**

Materiały XXIV Ogólnopolskiej Konferencji Kardiologicznej

Wrocławskiego Tow. Naukowego. Wrocław 4-5 czerwca 2005 r.

pod red. Stanisława Sterkowicza

Wrocław 2005.

**Oficyna Wydawnicza „Lega”**,

Wrocławskie Towarzystwo Naukowe, 87-800 Wrocław,

pl. Wolności 20, tel./fax (0-54) 231-45-51, [www.wtn.pl](http://www.wtn.pl),

e-mail: [lega@wtm.pl](mailto:lega@wtm.pl), str. 238



### **Medicus sum czyli codzienność lekarza,**

**trochę życia, trochę filozofii**

**Stanisław Sterkowicz**

wyd. I, Wrocław 2005,

**Oficyna Wydawnicza „Lega”**,

Wrocławskie Towarzystwo Naukowe, 87-800 Wrocław,

pl. Wolności 20, tel./fax (0-54) 231-45-51, [www.wtn.pl](http://www.wtn.pl),

e-mail: [lega@wtm.pl](mailto:lega@wtm.pl), str. 340

Autor – założony społecznik, organizator corocznych ogólnopolskich konferencji kardiologicznych we Wrocławskim Towarzystwie Naukowym. Przeszedł przez obozy koncentracyjne i doświadczenia komunizmu. W 1993 r. otrzymał tytułu profesora medycyny za całokształt dorobku naukowego.



### **Szpital Anny Marii w Łodzi. Zaslugi dla pediatrii**

**Maria Gołębiowska**

wyd. I, Łódź 2005.

**Wydawnictwo BESTOM-DENTOnet.pl**,

90-025 Łódź, ul. Tuwima 61, tel. (0-42) 676-28-25,

fax 676-28-27, e-mail: [bestom@bestom.pl](mailto:bestom@bestom.pl),

<http://www.bestompl.com>, str. 120

Wydanie z okazji Stulecia Szpitala Anny Marii w Łodzi i Sześćdziesięciolecia Wydziałów Medycznych Uniwersytetu Łódzkiego – w pięknej szacie graficznej.



### **Renesans akupunktury**

prof. dr hab. n. med. Zbigniew Garnuszcwski

wyd. II popr. i uz., Warszawa 2005,

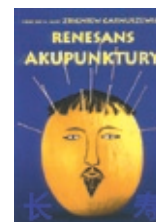
**Wydawnictwo Medyczne „Medyk”**,

01-360 Warszawa, ul. Człuchowska 66,

tel. (0-22) 666-43-32 do 33, fax (0-22) 664-04-51,

e-mail: [poczta.medyk.com.pl](mailto:poczta.medyk.com.pl), [www.medyk.com.pl](http://www.medyk.com.pl), str. 478

Wznowienie i uzupełnienie książki przez uczennicę profesora dr Halinę Kondraciuk miało na celu uczynienie z popularnego wydawnictwa profesjonalnego podręcznika dla lekarzy. Opisano w nim wszystkie punkty akupunktury na przedstawionych przez profesora meridianach. Podręcznik opisuje przystępnym językiem trudne zagadnienia medycyny chińskiej. Książka zawiera kilka nowych rozdziałów, m.in. „Schematy nakłuwań w niektórych jednostkach chorobowych.”



opr. md