

11 2005

Gazeta
Lekarska
ISSN 0867-2146
Pismo Izby Lekarskich

Egzemplarz bezpłatny



**Wartościowanie
pracy lekarza**

Wybory w okręgach



PiS na wodę

Żyjemy w epoce fabrykowanych wizerunków. Dowiedziałem się, że podatek liniowy sprawi, iż zwiększy się bezrobocie, zdrożeje żywność i leki dla ubogich, a potanieją markowe wina, cygara i mercedesy dla bogaczy. A jeszcze miesiąc temu dałbym się pokrajać, że jest odwrotnie. Była już kiedyś taka centroprawicowa, programowo propaństwowa partia, która zawsze wchodziła do koalicji rządowych, żeby powstrzymać oszołomów, zapewnić stabilność polityki państwa na arenie międzynarodowej, uspokoić rynki finansowe itd. Dziś epigoni tego środowiska wegetują na marginesie sceny politycznej. Lepiej więc i ja poczekam na efekty zmiany numeracji Rzeczypospolitej, zamiast mądrzyć się czy bliżej mi do Polski solidarnej czy liberalnej.

Ministra zdrowia obiecuję na razie się nie czeplić, bo nie mam pojęcia czy będzie miał cokolwiek do powiedzenia i czy nie będzie przypadkiem zakładnikiem jakiegoś tymczasowego układu politycznego. Finansami ochrony zdrowia od początku do końca zajmuje się teraz Ministerstwo Finansów, które przygotowuje prognozę dochodów i rozdziela pieniądze między poszczególne resorty i urzędy (później projekt przyjmuje rząd). Podobno PiS chce, aby resort finansów wykonywał tylko prognozę makroekonomiczną i prognozę dochodów, a także podawał koszty obsługi długu publicznego oraz możliwości zaciągnięcia kolejnych zobowiązań. PiS chce też, by budżety w większym stopniu miały charakter zadaniowy. To oznacza, że premier określałby priorytety, które musiałyby być uwzględniane przy konstrukcji budżetu, nawet kosztem cięć w wydatkach z innych obszarów. Wnoszę ufnie ręce ku niebiosom, aby jakiś premier nareszcie przejął się zdrowiem Polaków. Może Kazimierz Marcinkiewicz będzie tym pierwszym. Inaczej do reszty zedrze sobie gardło prezes Radziwiłł wołając o więcej pieniędzy na ochronę zdrowia.

Ani wybory, ani gabinetowe huragany nie rozrzedziły chmur nad ochroną zdrowia. Środowiskowych problemów lekarzy też nie ubyło. W izbach lekarskich trwają wybory. Chętnych do udzielania się na rzecz środowiska nie brakuje. Rywalizacja na zjazdach okręgowych przebiega spokojnie, a w dyskusjach nie brakuje argumentów „prosto z mostu”. Od półwiecza wmawiano społeczeństwu, że lekarz nie pracuje, tylko pełni misję, odżywia się powołaniem i jeździ etyką (nie mylić z lektyką) – pisze na naszych łamach Ryszard Kijak, rozprawiając się trochę z przymrożeniem oka z Towarzystwem Kanapowo-Kanapkowym, którego reprezentantów nie brakuje w żadnym polskim szpitalu.

W sejmowych ławach zasiadło tym razem 24 lekarzy (5,21% składu sejmu). Ich sylwetki prezentujemy na naszych łamach. Optymiści żartują, że medycy przekroczyli sejmowy próg wyborczy. Czy zdołają przekroczyć teraz Rubikon i uczynić krok decydujący, czy spalą za sobą mosty?

Marek Stankiewicz
naczelnym@gazetalekarska.pl

W NUMERZE

między innymi

Wartościowanie pracy lekarza	4, 5
Okiem Prezesa	5
Skąd tyle obrzydzenia?	6-7
Czy leci z nami tłumacz?	8
Towarzystwo kanapowo-kanapkowe	10-13
Lekarze w nowym parlamencie	20-25
Rzuć palenie razem z nami	26
Przychodzi lekarz do prawnika	32-33
Klauzula sumienia a diagnostyka prenatalna	36
Medyczny Nobel 2005	38-39
Lekarski sport	42-45
Kalendarz – kursy, szkolenia, zjazdy	46
Książki nadesłane	47
Konkursy, ogłoszenia różne	48-61

Solidarnie upomnijmy się o nasze prawa!
– tabela (str. 27-28)

**Learn medical
English**
www.med-help.info

„Gazeta Lekarska” w Internecie
www.gazetalekarska.pl



Wartościowanie pracy lekarza

Romuald Krajewski

Prace nad amerykańskim systemem kodowania procedur i świadczeń medycznych (CPT), o którym już pisaliśmy w „GL”, są kontynuowane. Zakończyliśmy ważny etap testowania możliwości zastosowania wybranych części księgi kodów w praktyce lekarskiej.

Ogólnie wyniki testowania należy podsumować pozytywnie. Nie oznacza to, że zastosowanie rozbudowanego i precyzyjnego systemu tworzonego i doskonalonego przez American Medical Association od ponad 30 lat mogłoby się odbyć w Polsce natychmiast, ponadto łatwo i przyjemnie.

Zakres testowania był ograniczony zarówno w sensie zawartości CPT (tylko ginekologia i położnictwo oraz ogólne czynności lekarskie w zakresie badania i ustalania postępowania), jak i liczby oraz profilu placówek. Było ich 12, od praktyki lekarza rodzinnego przez niepubliczne ZOZ-y, szpitale powiatowe, szpitale kliniczne, do instytutów. Kodowanie wykonywało 22 lekarzy, stosując równocześnie kody CPT, ICD, NFZ. W efekcie otrzymaliśmy dane dotyczące ponad 9800 zdarzeń. Testujący odpowiedzieli również na pytania zawarte w ankiecie oceniającej różne aspekty stosowania CPT.

Analiza statystyczna i merytoryczna takiej liczby otrzymanych zestawień kodów zajęła trochę czasu. Wnioski nie są zbyt zaskakujące. Kodujący użyli tylko części dostępnych w testowanych działach CPT kodów. Spójność kodowania – używanie tego samego kodu do takiego samego rozpoznania i procedury – nie była bardzo wysoka i dotyczy to każdej używanej klasyfikacji (CPT, ICD, NFZ). Dość dobra była korelacja kodów CPT i ICD-10. Łączne stosowanie tych dwóch klasyfikacji dałoby sporo ciekawych informacji oraz umożliwiłoby względnie prostą weryfikację poprawności kodowania.

Najwięcej trudności sprawiały kody CPT definiujące tzw. pakiety świad-

czeń, ponieważ zawartość pakietu zależy bardzo od organizacji praktyki lekarskiej. Na przykład w USA opieka związana z porodem obejmuje wizyty w czasie ciąży, poród i wizyty kontrolne po porodzie, co najczęściej odbywa się u tego samego lekarza, który całe postępowanie może zgłosić jako jedno świadczenie. W Polsce poszczególne wizyty i poród odbywają się w różnych miejscach i u różnych lekarzy, powinno więc się je zgłaszać osobno.

W odpowiedziach na ankietę biorący udział w testowaniu oceniali ogólne cechy CPT i porównywali ją z klasyfikacją NFZ. W skali od 1 (zła) do 5 (bardzo dobra) zrozumiałość definicji CPT oceniono na 4, zgodność z realiami praktyki lekarskiej na 3,8, łatwość stosowania na 3,5. Czas potrzebny na kodowanie jednego świadczenia na początku wynosił parę minut, ale po 2 tygodniach już poniżej 1 minuty. Czas, jaki byłby potrzebny na szkolenie w używaniu CPT oceniono na 5 dni. Z porównań z obecnie stosowanym systemem wynika, że CPT jest trudniejsza (50% ankietowanych), ale bardziej zrozumiała (58%), bardziej jednoznaczna (84%), bardziej kompletna (89%), lepiej wykazuje rzeczywistą pracę lekarza (95%) i lepiej opisuje zawartość – standard świadczenia (89%).

Ograniczony zakres testowania uniemożliwia odpowiedź na wiele pytań związanych z używaniem CPT w Polsce. Bez dłuższego zastosowania tej klasyfikacji do całej działalności zakładów opieki zdrowotnej i praktyk lekarskich nie można stwierdzić czy w Polsce rzeczywiście istnieją procedury lub świadczenia, które są zupełnie odmienne od stosowanych w USA. Bez uży-

wania całej książki kodów nie da się stwierdzić, czy można za pomocą CPT zgłosić świadczenia, których udzielanie jest odmiennie zorganizowane w Polsce. Nie da się też ocenić, jaką część działalności poszczególnych placówek można dokładnie opisać przy pomocy CPT – w praktykach lekarskich zapewne byłoby to 100%, ale w szpitalach świadczenia składają się nie tylko z czynności lekarzy i fachowego personelu medycznego. Sprawdzenie ogólnych cech CPT – jednoznaczności, kompletności, spójności – jest praktycznie niemożliwe, ponieważ powtórzenie choćby tylko części wysiłku wykonanego przez AMA wymagałoby nakładów i czasu, którymi nie dysponuje ani system ochrony zdrowia, ani tym bardziej środowisko lekarskie.

Przedstawiciele placówek uczestniczących w testowaniu są bardzo zainteresowani zastosowaniem CPT w ich działalności. Różne są powody tego zainteresowania. Można byłoby lepiej wykazać zróżnicowany charakter świadczeń lekarza rodzinnego. Dużo dokładniej można ocenić i wynagradzać pracę poszczególnych członków praktyki lub pracowników zakładu opieki zdrowotnej. Lepiej określić na byłąby zawartość poszczególnych świadczeń i procedur. Bardziej jednoznaczne i zrozumiałe byłyby sprawozdania o wykonanych świadczeniach przekazywane na przykład instytucji ubezpieczeniowej.

Trudności, o których mówili uczestniczący w testowaniu i inne osoby zainteresowane CPT dotyczyły na ogół dwóch obszarów zagadnień. Pierwszy wynika z tego, że CPT jest pomyślana jako klasyfikacja precyzyjna, w której jakość kodowania ma bardzo

duże znaczenie. Wyniki testowania wskazują, że w Polsce jakość kodowania w każdej stosowanej klasyfikacji nie jest wysoka. Wdrożenie CPT wymagałoby więc dużego wysiłku szkoleniowego, a poprawność kodowania należałoby stale sprawdzać i doskonalić.

Drugi, to nieustanne odnoszenie CPT do płatności, w szczególności do finansowania publicznej ochrony zdrowia. Jest to odzwierciedlenie sytuacji w Polsce i w większości krajów – klasyfikacja jest tworzona przez płatnika pod kątem jego potrzeb. CPT jest pomyślana i funkcjonuje w USA tylko jako merytoryczne definicje wykonywanych procedur, które powinny dobrze odzwierciedlać to, co rzeczywiście jest robione, a nie ulegać wpływom stale zmieniających się i bardzo różnorodnych sposobów finansowania. Precyzyjna wiedza o tym, co zostało wykonane powinna być punktem wyjścia do rozliczeń, które stanowią oddzielny proces, oparty na skali relatywnych wartości wykonywanych procedur.

W polskich warunkach trudności może sprawiać wykazanie pracy lekarzy zatrudnionych w publicznych zakładach opieki zdrowotnej. Wynikają one z różnic między funkcjonowaniem lekarzy w Polsce i w USA, gdzie nadal – pomimo zmian wymuszanych przez płatników – lekarze mają dużą samodzielność. CPT jest klasyfikacją czynności wykonywanych przez lekarzy, nie zaś działalności ZOZ-ów.

Należałoby bardzo ostrożnie podejść do zmian w definicjach i zawartości CPT. Wprowadzanie zmian w oparciu o doświadczenia z dotychczas używanych klasyfikacji, czy też na podstawie „najgłębszego przekonania” mogłoby szybko doprowadzić do upodobnienia CPT do znanych już nam klasyfikacji i zniweczyć sens i cel jej wprowadzania. Po uzyskaniu znaczącego doświadczenia w stosowaniu CPT należałoby uruchomić komitet redakcyjny podobny do komitetu redakcyjnego w USA, który zająłby się rozpatrywaniem wniosków o zmiany istniejących definicji procedur oraz wprowadzaniem nowych.

Polska wersja CPT 2005 Professional w formie książki pojawi się już wkrótce. Wszyscy zainteresowani będą mogli zapoznać się z zawartością tej klasyfikacji, zastanowić się które z licznych możliwych zastosowań byłyby dla nich przydatne. Sądzimy, że wkrótce uda się rozpocząć następny etap testowania: użycie całej CPT do kodowania całej działalności wszystkich lekarzy w różnego rodzaju placówkach.

Klasyfikacja CPT jest doskonałym, dopracowanym, precyzyjnym narzędziem i może dać wysokiej jakości informacje o wykonanych świadczeniach i procedurach. Nie może jednak rozwiązać wszystkich problemów ochrony zdrowia w Polsce, zwłaszcza problemu niedofinansowania i złego wynagradzania pracowników. Jeżeli jednak chcielibyśmy porządkować sprawy ochrony zdrowia (co można robić w różnej skali – od praktyki grupowej do całego systemu publicznej ochrony zdrowia), to stosując poprawnie CPT bardzo dobrze moglibyśmy wykazać pracę lekarzy i innych fachowych pracowników. Jeżeli porządkowanie objęłoby również inne aspekty, mielibyśmy szansę na lepszy system ochrony zdrowia. To na pewno kiedyś trzeba będzie zrobić.

Koleżanki i Koledzy uczestniczący w testowaniu podkreślali, że prawidłowo stosowana CPT może dostarczyć bardzo wartościowych informacji i spełniać inne pożyteczne funkcje, jak na przykład lepsze przestrzeganie standardów wykonywania procedur czy poprawa dokumentacji. Użytkownicy muszą jednak wiedzieć, że dodatkowy wysiłek, którego niewątpliwie będzie wymagała, da wymierne efekty. Jednym z nich mogłoby być prawidłowe wartościowanie pracy lekarzy, na które czekamy już od dawna.

Romuald Krajewski

P.S. Pełny tekst raportu omawiającego wyniki testowania jest dostępny na stronach internetowych Naczelnej Izby Lekarskiej.

Okiem Prezesa



Gdy piszę te słowa, jeszcze nie wiadomo, kto będzie rządził w polskiej ochronie zdrowia. Ponieważ rozmowy koalicyjne toczą się, nie wiadomo nadal jaki model ochrony zdrowia będzie celem nowego (jeszcze nie istniejącego rządu). Jako obywatel jestem spokojny: ponad połowa polskich wyborców wybrała koalicję PiS-PO i nieodpowiedzialnością ze strony wybranych polityków byłoby tego nie zauważyć. Niestety, zwłaszcza w ochronie zdrowia ciągle jest więcej niewiadomych niż pewników. Nadal, mimo że już jest po wszystkich wyborach, koalicjanci toczą bój na hasła. Mam nadzieję jednak, że najbliższe miesiące (a może lata) dyskusji na temat wyższości centralnego systemu budżetowego nad zdecentralizowanym systemem ubezpieczeniowym (albo na odwrót) nie odsuną na dalszy plan podstawowej potrzeby systemu ochrony zdrowia. To znaczy potrzeby zrównoważenia gwarancji państwa w zakresie świadczeń zdrowotnych i nakładów publicznych na ten cel. W praktyce oznacza to konieczność znacznego (docelowo **dwukrotnego**) podniesienia środków publicznych na ochronę zdrowia. Żaden plan naprawy bez pokazania drogi dochodzenia do nakładów ponoszonych w tym zakresie przynajmniej przez najuboższe państwa Unii Europejskiej (6% PKB) nie może się powieść. Czy uda się to nowemu ministrowi zdrowia? Czy będzie on (z naszym wsparciem) wystarczająco przekonujący w stosunku do całego rządu, a zwłaszcza ministra finansów? Odpowiedź na te pytania to być albo nie być nas wszystkich.

Bez względu na rozwiązania systemowe najpilniejszymi sprawami do załatwienia pozostają długi szpitali i niegodnie niskie zarobki pracowników służby zdrowia, szczególnie zaś lekarzy i pielęgniarek. Coraz wyraźniej widać, że bez państwowych gwarancji minimalnych stawek, np. godzinowych lekarze (zwłaszcza młodzi) będą masowo emigrować, a pielęgniarki odchodzić od zawodu (i nie przychodzić do niego).

Samorząd lekarski ma także długą listę innych spraw do nowego ministra zdrowia. Obszarem, który wymaga gruntownego uporządkowania jest system doskonalenia zawodowego, szczególnie specjalizacji. Mimo protestów Naczelnej Rady Lekarskiej ustępujący minister Marek Balicki wydał w ostatnich dniach swego urzędowania nowe rozporządzenie w sprawie specjalizacji lekarzy i lekarzy dentystów. Niestety, jest to przepis, który jeszcze bardziej komplikuje i tak zawiły system doskonalenia zawodowego. Wraz z nowym ministrem trzeba będzie natychmiast podjąć prace nad prostym i przyjaznym dla lekarzy i lekarzy dentystów systemem, który da wszystkim członkom naszego samorządu rzeczywisty dostęp do specjalizowania się (i podspecjalizowania się) w wybranych dziedzinach medycyny. Postulat ten obejmuje nie tylko przepisy dotyczące samego specjalizowania się, ale także kwestie urlopów szkoleniowych oraz publicznych źródeł dla finansowania doskonalenia zawodowego.

Skąd tyle obrzydzenia?



Z **Krzysztofem Makuchem** sekretarzem Naczelnej Rady Lekarskiej rozmawia Marek Stankiewicz

• Skąd u lekarzy tyle obrzydzenia do starannej dokumentacji lekarskiej?

– Przede wszystkim w braku czasu i nadmiarze obowiązków. Tym przynajmniej najczęściej tłumaczą się lekarze. Ale również w braku kontroli monitorowania leków w przeszłości i świadomości wśród lekarzy, że leki to jedno z najważniejszych i najszybciej ostatnio rosnących kosztów. Niefrasobliwa ordynacja lekarska może doprowadzić przecież do ograniczenia innych świadczeń finansowanych ze środków publicznych.

• A może to idzie u lekarzy tak z pokolenia na pokolenie, że dyrektorzy i ordynatorzy nie wymagają i sami nie świecą dobrym przykładem dla młodzieży lekarskiej?

– Nie dopracowaliśmy się jeszcze w Polsce systemu kontroli jakości w

ochronie zdrowia. U naszych sąsiadów, którzy tak jak my są częścią Unii Europejskiej, losowo kontroluje się dokumentację. Nikt nie może być spokojny, że kontrola go ominie. A u nas są, niestety, osoby na wysokich stanowiskach, które są święcie przekonane, że żadna kontrola ich nigdy nie osiągnie. A szkoda, bo w wielu sprawach, zwłaszcza z pogranicza prawa, staranna dokumentacja może uchronić lekarza przed konsekwencjami. Wtedy okazuje się nierzadko, że jest niechlujna. Nie ma w niej podstawowych informacji, takich jak zgoda pacjenta na leczenie i badania.

• Dokumentacja może więc zamienić się w źródło niemałych kłopotów lekarza?

– I wcale nierzadko zamienia się. Kiedyś płatnik nie miał szczegółowego wykazu wydatków na poszczególne segmenty w ochronie zdrowia. Teraz ma i robi z tego użytek. NFZ wie dzisiaj o każdej decyzji lekarskiej, procedurze, wizycie w przychodni, recepcie itp. Kodowanie recept otworzyło płatnikowi możliwości skontrolowania ordynacji szczególnie tych lekarzy, którzy przepisują dużo leków.

• Czy izba lekarska będzie bronić lekarzy przed zakusami urzędników i dociekliwych inspektorów?

– Z jednej strony mamy ewidentny brak staranności, a z drugiej trudne warunki wykonywania praktyki lekarskiej. Niechlujstwa nie można tolerować. Każde postępowanie medyczne musi mieć ślad i uzasadnienie w dokumentacji. Przecież jeśli wypis ze szpitala nie będzie rzetelny i nie będzie w nim ważnych informacji o zastosowanym leczeniu, to pacjent może być narażony na błędne decyzje w przyszłości. Jeżeli nie wpisujemy do dokumentacji wyników badań, to wprost narażamy na ryzyko popełnienia błędu innego lekarza, który przejmie pacjenta w przyszłości. Dokumentacja musi więc służyć pacjentowi, a nie tylko być dowodem za lub przeciw lekarzowi przed sądem lekarskim.

• Czy samorząd powinien angażować się w rozliczanie lekarzy, którzy poprzez swoje niedbalstwo narażają na szwank innych lekarzy?

– Nadzór nad wykonywaniem zawodu jest jednym z podstawowych zadań samorządu lekarskiego. W każdym przypadku niewłaściwej ordynacji izba lekarska będzie interweniować. Weźmy np. sprawę leków. Niestety, wielu lekarzy współdziała z firmami farmaceutycznymi. Często ulega wpływom i manipulacjom ich przedstawicieli. Chcę wyraźnie ostrzec lekarzy, aby nie brali zbyt pochopnie udziału w badaniach, które organizują i finansują firmy farmaceutyczne.

Sporadyczne nieprawidłowości:

- prowadzenie dokumentacji medycznej w postaci luźnych wkładek do historii choroby nie oznakowanych danymi umożliwiającymi identyfikację pacjenta,
- wpisy do dokumentacji indywidualnej pacjenta nie autoryzowane podpisem i pieczęcią lekarza,
- brak chronologii wpisów w dokumentacji medycznej,
- leki ordynowane przez jednego lekarza (podpis i pieczęć na recepcie) w dokumentacji medycznej są opatrzone podpisem i pieczęcią innego lekarza,
- brak adnotacji w dokumentacji medycznej dot. ilości ordynowanych leków,
- wypisywanie recept dla pacjentów przebywających w dniu wystawienia recepty w szpitalu.

• Ale udział lekarzy w takich przedsięwzięciach jest chyba raczej incydentalny...

– Do niedawna tę zasadę marketingową stosowano bardzo powszechnie i szeroko. Sam otrzymałem co najmniej pięć propozycji stosowania konkretnego leku, w zamian za wynagrodzenie. Żadnej z nich nie przyjąłem, ani nie podpisałem żadnej umowy o współpracy w takiej sprawie. To nie znaczy, że nie możemy brać udziału w badaniach nad skutecznością leków. Powinniśmy,

Najczęstsze nieprawidłowości stwierdzane w ordynacji lekarskiej:

- brak wpisu ordynowanych leków,
- brak wpisu porady, podczas której wypisywane były recepty,
- brak uzasadnienia klinicznego wynikającego z dokumentacji w zakresie ordynowanych leków,
- nieczytelność dokumentacji, wpisy lakoniczne i zdawkowe,
- brak historii chorób pacjentów, którym wystawiano recepty,
- różnice w ilości leku wpisanego w dokumentację medyczną a ilością wypisaną na recepcie,
- brak adnotacji o stwierdzonej chorobie przewlekłej pacjenta – pomimo tego wystawianie recept na leki wydawane ze zniżką pacjentom cierpiącym na te choroby – dot. insuliny, leków onkologicznych, neurologicznych.

ale tylko wtedy, kiedy upewnimy się, że zgodę na te badania wydała komisja bioetyczna.

• ***Niedawno było głośno, że NFZ zakwestionował refundację wielu recept. Padł błąd strach, że trzeba będzie zwracać pieniądze...***

– Niestety, NFZ zakwestionował blisko 10% ordynowanych leków. Szczególnie groźnie wyglądało to w woj. warmińsko-mazurskim. Przypominam, że NFZ korzystając z pozycji monopolisty zapisał w umowie, którą podpisali lekarze, że w przypadku m.in. podania błędnych danych pacjenta lekarze muszą zwrócić koszty. NRL protestowała przeciwko tym umowom. Udało się tylko tyle, albo aż tyle, że prezes NFZ Jerzy Miller powołał sześcioposobowy zespół ds. rozpatrywania zażaleń składanych przez lekarzy na wyniki kontroli ordynacji lekarskiej przeprowadzanej przez wojewódzkie oddziały NFZ.

W zespole jest trzech przedstawicieli izby lekarskiej: Konrad Pszczółowski, Wojciech Idaszak i ja. Zespół ten ma rozsądzić i oddzielić niefrasobliwość od ewidentnych przekroczeń prawa. W wielu przypadkach udało nam się obronić lekarzy. Nie było to łatwe, bo trzeba było dowieść, że dany lek był niezbędny pacjentowi. Pozwoliło to na zmniejszenie kar finansowych, 40 tys. do 3-4 tys. zł lub zakładu opieki zdrowotnej z ponad stu tysięcy do kilkunastu.

• ***Prezes NFZ Jerzy Miller nawołuje do przestrzegania prawa, ale jak sam twierdzi, nie odpowiada mu rola szerefa strzelającego na prawo i lewo. Apełuje do swoich inspektorów, by wracali z kontroli z przekonaniem, że są coraz lepszym partnerem w kontaktach z lekarzem. Czy to aby nie kokieteria?***

– Po raz pierwszy w zakresie ordynacji lekarskiej w płatniku znaleźliśmy partnera, bo udało nam się obronić budżety wielu lekarzy i szpitali. Jednak w wyniku tych kontroli 20 lekarzy, których postępowanie budziło wątpliwości etyczne, skierowano do okręgowych rzeczników odpowiedzialności zawodowej. To raczej nie kokieteria, lecz gorzka lekcja od życzliwego partnera.

W każdej placówce ochrony zdrowia, i publicznej, i prywatnej, musi funkcjonować system kontroli. Na szczęście NFZ obiecał wstrzymanie odcinania kontraktu wszędzie tam, gdzie odwołano się od decyzji. Jeżeli lekarze uważają, że NFZ potraktował ich zbyt ostro, powinni się odwołać, bo tylko wtedy będziemy mogli im pomóc.



Czy leci z nami tłumacz?

Krystyna Knypl

W bermudzkim trójkącie pacjent-lekarz-płatnik ciągle coś się gubi z pola widzenia.

fol. Marek Stankiewicz

Na monitorach pojawiają się i znikają sumy, plany, kwoty. Słysząc wiele głosów, komentarzy, opinii, nie dochodzi jednak do porozumienia. Przysłuchując się wielu debatom poświęconym medycynie mam wrażenie, że potrzebny jest tłumacz. Uczestniczący w dyskusji przedstawiciele różnych grup, czy też wierzchołków owego trójkąta, zbyt często mówią zupełnie odrębnymi językami.

Lingwistyka stosowana

Znany truizm, że lekarz musi całe życie się uczyć powinien być poszerzony o stwierdzenie, że w pierwszej kolejności musimy poznawać nowe języki. Nie mam na myśli języka szwedzkiego potrzebnego do prozaicznej emigracji zarobkowej. Musimy poznawać języki sztuczne, aby móc wykonywać zawód w kraju.

Próbę stworzenia pierwszego języka sztucznego podjął Galen. Czyżby przewidział dzisiejsze trudności w porozumiewaniu się?

Z zakłopotaniem wymawiałam słowo „specjalistka”, gdy na pewnym etapie kariery zawodowej przyszło mi przez trzy tygodnie reprezentować płatnika.

Wraz z pojawieniem się tego neologizmu pościg za specjalistami stał się ulubioną dyscypliną narodową, której plonem są „nadwykonania”. Wykształceni na socjalistycznych uczelniach nie zauważyliśmy, jak elementy kapitalizmu wkroczyły na nasze, lekarskie, podwórko. Gdy na sztan-darach nadal mieliśmy ogólnikowe ha-

śla, wokół zaczęły wyrastać chorągiewki z precyzyjnie wypisanymi terminami.

Bankowa skrupulatność

W naszym życiu codziennym pojawiły się dokumenty, które określały słowa z pozoru dobrze nam znane. Wyjaśniano w regulaminach takie słowa jak „bank”, „badacz”, „działanie niepożądane”. Zarówno z bankami, jak i z badaniami klinicznymi wiążą się duże kwoty pieniędzy, wszyscy więc zrozumieli potrzebę uściślenia definicji. Tymczasem społeczna służba zdrowia w Polsce to budżet 35 miliardów złotych, tysiące nie-domówień i setki ogólników.

Prezes NFZ Jerzy Miller podczas konferencji prasowej deklarował się jako zwolennik ustawowo jednakowego traktowania ubezpieczonych. Równe traktowanie jest cnotą polityczną i obywatelską, ale czy zawsze medyczna? W początkach mojej pracy usłyszałam radę: „Musisz nauczyć się oceniać, kto wymaga twojej pomocy w pierwszej kolejności, a kto w ostatniej”. Czy była to rada niekonstytucyjna, czy raczej głęboko mądra z lekarskiego punktu widzenia?

Wszyscy podkreślają art. 68 konstytucji mówiący o prawie do ochrony zdrowia, równym dostępie do świadczeń zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych, lecz „warunki i zakres udzielania świadczeń określa ustawa”. Zestawienie ogólnikowych określeń definiujących ustawowe obowiązki systemu ubezpieczeń społecznych z indywidualnymi wyobrażeniami pacjentów to klasyczne „dwa światy”. Dopóki precyzyjnie nie zostanie określone „co się należy”, powszechne będzie przeświadczenie, że „należy się wszystko”.

Tajemnicza natura ubezpieczeń

Nie wszystko ze świata pojęć politycznych i ekonomicznych da się prze-

nieść do medycyny. „Nierówny” dostęp do świadczeń nie wydaje mi się zmar-twieniem, bo równość to kategoria polityczna. Świadczenia powinny być dostępne dla tych wszystkich, którzy ich potrzebują – tak powie każdy lekarz. Mieszanka medycyny z ekonomią w połączeniu z płomiennymi deklaracjami polityków jeszcze nikogo nie wyleczyła, natomiast całkiem skutecznie wzbudza dyskusje toczone w odmiennych językach i jest to jedyny dowiedziony efekt trwały.

Świadomość i profesjonalizm

W raporcie „Ogólnoeuropejskie porównanie dostępu pacjentów do leków na raka” czytamy, że w Polsce wydaje się 34 euro na leczenie chorych onkologicznych w przeliczeniu na głowę jednego mieszkańca. To cztery razy mniej niż średnia europejska i najmniej w Europie! W ciągu ostatnich 7 lat polski rząd nie podjął decyzji o refundowaniu ani jednego innowacyjnego leku onkologicznego.

Na konferencji na temat nietrzymania moczu, którego częstość występowania sięgać może 30% niektórych populacji, dowiedzieliśmy się, że nie ma ani jednego leku na to schorzenie na liście leków refundowanych. Aspekty pogorszenia jakości życia pacjentów z nietrzymaniem moczu omawiał psycholog.

Kampanię na rzecz racjonalizacji postaw w medycynie należy prowadzić w sposób profesjonalny. Do informowania angażowane są media, konsultanci medyczni i pacjenci skupieni w organizacjach pozarządowych. To dobrze, że w poszukiwaniu właściwych rozwiązań w medycynie zaangażowane są różne grupy ludzi. Promujemy rzeczowość, eliminujemy bajkowość.

krystyna.knypl@compi.net.pl

rys. Małgorzata Gnyń



Od półwiecza wmawiano społeczeństwu, że lekarz nie pracuje, tylko pełni misję, odżywia się powołaniem i jeździ etyką (nie mylić z lektyką).

Towarzystwo kanapowo-kanapkowe



Ryszard Kijak

Gdy publiczny doktor zasiądzie w dyżurce na kanapie i zacznie spożywać kanapkę na drugie śniadanie, to jest to doktor nikogo się nie bojący.

A jak jeszcze popije kanapkę kawą, to jest to doktor wszystkowiedzący.

foto. Marek Stankiewicz

Wie, kto jest winien temu całemu bałaganowi. I wie, jak to wszystko poprawić, żeby było dobrze pacjentowi i jemu samemu. Niech no jednak do takiej dyżurki wtargnie nagle kierownik przychodni, albo ordynator oddziału, czy też nawet sam Pan Dyrektor Zakładu, uczo-

ny wywód urywa się w pół słowa, kanapka natychmiast wypada z dłoni kanapowca, a w jej miejsce, jak za dotknięciem czarodziejskiej różdżki, pojawia się dyżurny stoik z wazeliną.

Doktor zaś sprywatyzowany klnie Narodowy Fundusz Zdrowia w żywy kamień. Życzy, aby go jak naj-

prędzej szlag trafił, ale robi to tak, aby nikt tego przypadkiem nie usłyszał. Do siedzi-by Funduszu wchodzi w pozycji kolankowo-lokciowej i tak samo z niej wychodzi.

W swoim zakontraktowanym gabinecie zasuwa jak mały samochodzik, choć ledwo mu starcza na paliwo, a silnik grozi zatarciem, gdyż kierowcy brak gotówki na wymianę przepalonego oleju. Tylko tłumik musi działać bez zarzutu. Przynajmniej tak było do niedawna, czyli do chwili powstania Porozumienia Zielonogórskiego.

Filozofia kanapowego kanapkowca

Kto – według naszego kanapowego kanapkowca – jest winien temu całemu bałaganowi? To proste. Wszyscy. Partie rządzące, posłowie, premier, minister zdrowia, wojewoda, marszałek sejmi-ku, starosta powiatu, dyrektor zakładu, ordynator. Oraz Narodowy Fundusz Zdrowia (a przedtem – kasa chorych). I oczywiście – izby lekarskie. A jak zrobić, żeby było dobrze? Też proste. Izby lekarskie natychmiast zlikwidować, a całą resztę wyrzucić na zbity pysk i powymieniać. A kto miałby to zrobić? – No, jak to kto? Oni! – odpowiada bez chwili zastanowienia.

Wszystkowiedzącemu kanapowemu kanapkowcowi nawet na myśl nie przyjdzie, że wiele spraw potoczyłoby się w znacznie korzystniejszym kierunku, gdyby – zamiast zwać na innych – on sam, osobiście, wraz ze swoimi koleżankami i kolegami, zabrał się za zmienianie ponurej rzeczywistości. Ale jakże miałby się zająć taką działalnością, skoro jego odwaga kończy się w progu drzwi dyżurki? Przecież w pojedynkę nie wystartuje, gdyż nie jest samobójcą, do związku zawodowego się nie zapisze, bo może dyrektor weźmie go za to na muszkę, w izbie lekarskiej też się nie będzie udzielał, albowiem – jak sam twierdzi – izba to pasaż na zdrowym ciele lekarskiej braci.

Trzy ciężkie kule

Kanapowiec, tak jak i resztą wszyscy inni lekarze oraz pozostali przedstawiciele tzw. białego personelu, ma u nogi ciężkie kule: etykę, misję i powołanie. Od półwiecza wmawiano społeczeństwu, że lekarz nie pracuje, tylko pełni misję, odżywia się powołaniem i jeździ etyką (nie mylić z lektyką). Wszyscy w to uwierzyli, łącznie z pracownikami służby zdrowia, i ta wiara prze-

REKLAMA

REKLAMA

trwała do dziś. Dla wielu kanapowców jest to bardzo wygodny pretekst do niepodjęcia żadnej aktywności na rzecz środowiska. W każdej akcji znajdą bowiem coś niezgodnego z etyką albo z misją, albo z powołaniem. Coś, co usprawiedliwi ich bierność a jednocześnie pozwoli na to, aby narzekać na innych, że nic nie robią.

We wspomnianych czasach wartość etyki, misji i powołania została wyceniona na kwotę poniżej średniej krajowej, i tak już zostało. Dlatego postawa kanapowo-kanapkowa wynagradzana jest obecnie zarobkami rzędu średnio tysiąca czterystu złotych miesięcznie netto. I nie zapowiada się, aby ten stan uległ jakiegis istotnej zmianie w najbliższym dziesięcioleciu. Chyba, że myślenie kanapowo-kanapkowe ulegnie transformacji i przeistoczy się w konkretne działanie. Przecież decydenci, nawet ci najgłupszy, nie są ani ślepi, ani głusi. Doskonale zdają sobie sprawę z naszej słabości i cynicznie ją wykorzystu-

ją. Wiedzą doskonale, że lekarze nie zrobią pod sejmem zadymy i nie będą kamieniami, śrubami i styliskami kilofów bić się z policją. Dzięki temu w skali priorytetów pozostaną zawsze na szarym końcu. Bo mają swoją etykę, misję i powołanie, co oczywiście brzmi dumnie, ale do gara włożyć się nie da.

Są inne sposoby

Ale – oprócz zadymy – jest jeszcze kilka innych sposobów na skłonienie władzy do tego, aby poważniej podeszła do tematu. Zanim o tych sposobach wspomnę, chcę tylko zadać pytania, na które nie wiem, czy znam odpowiedź. Czy etykę posiadają tylko lekarze polscy czy też zagraniczni również? I czy etyka lekarska jest w zasadzie jedna, czy też różni się w zależności od kraju?

Bo na przykład lekarze w Izraelu kilka lat temu przezwali na tydzień pracę i to wystarczyło, aby tamtejszy rząd zaczął ich traktować se-

dokończenie na str. 12

Czy słusznie zlikwidowano WAM?

W tym roku, 13 sierpnia, odbyła się ostatnia



promocja podchorążych w byłej Wojskowej Akademii Medycznej. Obecne braki w służbie zdrowia potwierdzają, że decyzja o likwidacji WAM była błędna. Istniejący Wydział Wojskowo-Lekarski Uniwersytetu Medycznego w Łodzi gotów jest do kształcenia podchorążych w oparciu o bazę Centrum Szkolenia Wojskowych Służb Medycznych. Taki system kształcenia może być jednak jedynie namiastką tego, czym było kształcenie w byłej Wojskowej Akademii Medycznej. Propozycja MON dotycząca kształcenia lekarzy-stypendystów we wszystkich uczelniach medycznych, niestety nie zapewnia możliwości uzyskania wystarczającego, pełnego wykształcenia wojskowego.

Podobnie też kształcenie podyplomowe młodych lekarzy powinno znaleźć inne rozwiązanie, np. zbliżone do dawnego kształcenia na KDO, o ile nie powstanie projekt podobny do cywilnego, tj. formy rezydentury.

Obecnie coraz większego znaczenia nabiera również współpraca między Wojskową Izbą Lekarską a państwami Unii Europejskiej. Niestety, wymagają tam od naszych członków różnych opinii, zaświadczeń, co stanowi dla młodej kadry znaczne utrudnienie w zdobywaniu kolejnych doświadczeń zawodowych.

prof. dr hab. n. med. Marian Brocki

„Skalpel” 5 (wrzesień, październik) /2005

Towarzystwo kanapowo-kanapkowe

dokończenie ze str. 11

rio. Z kolei belgijscy lekarze – prawie wszyscy – wyjechali sobie na dłuższy weekend za granicę, i to też wystarczyło. Nie musieli wybijać okien w swoim urzędzie rady ministrów ani tłuc się z policją. Nie wiem tylko, jak udało się im pogodzić te akcje z etyką. Ale chyba się udało, bo jakoś dają sobie radę, a ich pacjenci – również.

Gremialna wycieczka na Wschód

Zastanawiam się, co by powiedziało towarzystwo kanapowo-kanapkowe, gdyby Naczelna Rada Lekarska wraz z Ogólnopolskim Związkiem Zawodowym Lekarzy zorganizowała – powiedzmy na wiosnę przyszłego roku – jednoczesny wyjazd kilkudziesięciu tysięcy leka-

rzy polskich za granicę. Na Ukrainę, Litwę i Białoruś, bo tam najbliżej i najtaniej. I tam właśnie wszyscy naraz moglibyśmy się prawdopodobnie zmieścić jeszcze przed otwarciem sezonu turystycznego. Do weekendu każdy lekarz dołożyłby swoje przysługujące mu w każdej chwili ustawowe dwa dni wolne (na czwartek i piątek), ale powrót niekoniecznie musiałby nastąpić w poniedziałek rano. Bo przecież w takiej podróży można się przeziębnić, można dostać biegunki po spożyciu lokalnych specjalów, można też zatruć się tanim alkoholem miejscowego pochodzenia...

A wyleczyć by nas mogły z tych niespodziewanych dolegliwości jedynie konkretne, natychmiastowe decyzje, podjęte na najwyższym szczeblu.

Planowanie takiej akcji może wydawać się śmieszne albo naiwne, ale nie dlatego, że jest ona niemożliwa do zrealizowania, tylko dlatego, iż coś takiego nie mieści się w większości lekarskich głów, wychowanych w socjalistycznym reżimie, w którym podobna rzecz byłaby nawet nie do pomyślenia. Ale przypominam, że

nowe narzędzia. Ale do tego potrzebna jest powszechna mobilizacja. Inaczej, kanapowcy, którzy nie potrafią nawet zdobyć się na złożenie podpisu pod opracowanym przez samorząd lekarski obywatelskim projektem ustawy o zasadach finansowania doskonalenia zawodowego lekarzy i lekarzy dentystów albo nie pofatygują



rys. Małgorzata Grynś

czasy się zmieniły, warunki też, a machanie chorągiewkami pod sejmem przestało już robić na decydentach jakiegokolwiek wrażenie. Nie robią też na nich żadnego wrażenia wystąpienia przedstawicieli NRL czy innych organizacji działających w ochronie zdrowia, ich opinie, pisma i uliczne protesty itd. Pożywkę mają tylko malkontenci, którzy narzekają, że izby lekarskie i OZZL nic nie robią.

Owszem, robią, tylko że to nie przekłada się na wyniki. A nie przekłada się m.in. dlatego, iż stosowane dotychczas metody spowszedniały do tego stopnia, że najwyuczajniej w świecie są po prostu ignorowane.

Kwękanie jest bezpieczniejsze

O ile środowisko lekarskie chce coś wywalczyć (bo nikt sam z siebie nic nam przecież nie da!), to powinno zdać sobie sprawę z tego, że najwyższa pora, aby zastosować

się na samorządowe zebranie wyborcze znów dostaną padlinę na żer. Izba nic nie robi, zlikwidować izbę. Związki zawodowe nic nie robią, zlikwidować związki. A co to jest izba, jeśli nie ty, człowieku? A co to jest związek zawodowy, jeśli nie ty, człowieku?

A może byś tak sam, koleś, spróbował coś zrobić, skoro jesteś taki mądry? Przecież szkoda, żeby ta twoja mądrość wypaliła się w czterech ścianach dyżurki lekarskiej, nieprawdaż? Wejź do akcji, podziałaj i dopiero wtedy oceń, co wyszło z twoich planów, a co nie wyszło. I dlaczego.

Kanapowcy wolą jednak poprzestać na kwękanii. Wolą zarabiać swoje marne 1400 zł albo nawet oddać jeszcze z tego jedną trzecią, aby tylko nie stracić pracy. Uginają się pod presją pracodawcy (np. w Poznaniu), którzy ich szantażuje, że albo się na to zgodzą, albo 30 proc. towarzystwa wylatuje na bruk. I niby tę jedną trzecią

zarobków oddajesz na rzecz koleżanki lub kolegi, ale nigdy nie masz pewności, czy to akurat nie ty miałeś (miałaś) być na liście przeznaczonych do odstrzału.

Silni w głębie, ale podatni na naciski kanapowcy boją się, żeby czasem komuś nie podpaść, a ich główne zajęcie to obserwacja drzwi: czy czasem nie wchodzi jakiś szpieg.

Naród w d... dostać lubiący

Jeśli kanapowcy ze strachu nie przeciwstawiają się temu dyktatowi, to niech przynajmniej siedzą cicho i nie narzekają, że jakiś inny lekarz, który – w przeciwieństwie do nich – pełni akurat funkcję społeczną, nie chce im wygarniać (tak energicznie, jakby tego sobie życzyli) gorących kartofli z ogniska, w które sami boją się wsadzić swoje delikatne rączki. Mogą przecież powiedzieć, że jeśli tylko dyrektor ośmieli się wyrzucić z pracy część ich koleżanek i kolegów, to

odejdzie cały zespół. Na zasadzie: albo wszyscy, albo nikt. Nie widzę powodu, dla którego na szantaż nie można by było odpowiedzieć takim samym szantażem. Ale to wymaga stanowczości i solidarności. Czy kanapowców stać na taki gest?

W jednej z polskich komedii pokazano napad rekieterów na rosyjski autobus. Nasza policja usiłowała namówić Rosjan do złożenia zeznań, ale nikt się nie zgodził. Polski policjant skomentował postępowanie Rosjan następująco: „Bo wy to jesteście naród w d... dostać lubiący!” A ja to skomentuję tak: cudze chwalicie, swego nie znacie...

Widzę oczyma wyobraźni, jak nasz uczony kanapowcy kanapowiec już-już otwiera usta, aby wygłosić kolejną złotą myśl, ale w tym momencie wchodzi ordynator, myśl się urywa w połowie, a zamiast niej wytryska kolejna porcja wazeliny... Uwaga na drzwi!

Ryszard Kijak

Uważam, że...



puls

Twarz kobiety chorej na raka, która nie może doczekać się leku ratującego życie – to na ekranie kilkusekundowa migawka. Przemija nie burząc spokoju tych, którzy za to odpowiadają. Natomiast godzinami transmitowane jest okładanie się słowami przez „wybrańców narodu” w sprowokowanej przez nich i prowadzonej z takim zaangażowaniem wojnie na górze. Kiedy patrzy się na te słowne bójki, słucha języka, jakim się posługują, to – z lekarskiego punktu widzenia – aż się prosi o zgłoszenie postulatu, by ubieganiu się o funkcje publiczne towarzyszyło obowiązkowe przedstawienie świadectwa zdrowia, zwłaszcza psychicznego.

Z coraz większym poczuciem bezsilności obserwujemy, że sprawom ważnym, dotyczącym problemów, którymi żyjemy my i nasi pacjenci, na co dzień nikt już nie poświęca należytej uwagi, odkładając je na „po wyborach”. Po umoszczeniu się nowych ekip na nowych stołkach. (...)

Czas, by poszukać prawdy o tym, kto odpowiada za długotrwałą zapaść systemu ochrony zdrowia, za kolejne nieudane eksperymenty, zadłużenie i bankructwo szpitali, żenująco niskie zarobki personelu, za udrękę i brak poczucia bezpieczeństwa pacjentów. To jest pole do działania dla tych, którzy dzisiaj w sejmowych komisjach, już w ramach rozpoczętej kampanii wyborczej, reklamują się jako wyraziciele wrażliwości społecznej, głoszą, że są obrońcami prawa, rzecznikami sprawiedliwości i troski obywatelskiej o dobro wspólne. Czy jednak znajdzie się tyle samo energii na szukanie winnych w tej sprawie jak w sprawie handlu ropą czy dla obrony interesów „prywatnych nadawców”? (...)

Andrzej Włodarczyk

„Puls” 4/2005



foto: Marek Stankiewicz

Notatki rzecznika prasowego NRL

Prezydium NRL

na posiedzeniach w dn. 30.09. i 12.10.br.

• przyjęło m.in. stanowiska:

– dot. rozporządzenia ministra zdrowia z 15.04.2002 r. w sprawie **standardów kształcenia pielęgniarzek i położnych w szkołach wyższych i wyższych szkołach zawodowych**, w którym wnosi o zmianę § 3 rozporządzenia, polegającą na skreśleniu pkt 2.: „(...) Zawęzenie kręgu osób, które mogą nauczać przedmiotów z pielęgniarstwa i położnictwa tylko do nauczycieli akademickich, posiadających prawo wykonywania zawodu pielęgniarki, położnej – jest błędne merytorycznie. Oznacza bowiem wykluczenie z procesu kształcenia pielęgniarzek i położnych nauczycieli akademickich – lekarzy, których wiedza jest niezbędna przy kształceniu pielęgniarzek i położnych. (...)”;

– w sprawie projektu rozporządzenia ministra zdrowia w sprawie **standardów jakości w medycznych laboratoriach diagnostycznych i mikrobiologicznych**, do którego nie zgłosiło uwag,

– w sprawie projektu rozporządzenia ministra zdrowia zmieniającego rozporządzenie w sprawie **wymagań, jakim powinno odpowiadać medyczne laboratorium diagnostyczne**, do którego nie zgłosiło uwag,

– w sprawie projektu rozporządzenia ministra zdrowia w sprawie **standardów postępowania i procedur medycznych przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych z zakresu psychoterapii w zakładach opieki zdrowotnej**, do którego zgłosiło m.in. uwagę: „(...) należy określić definicję specjalistycznego szkolenia podyplomowego, a także kto opracowuje i wdraża program takiego szkolenia oraz kto akredytuje jednostki szkolące. Szkolenie winno się kończyć egzaminem i uzyskaniem certyfikatu. (...)”;

– w sprawie projektu rozporządzenia ministra zdrowia w sprawie **rodzajów zespołów ratownictwa medycznego oraz niezbędnych wymagań w zakresie ich składu osobowego i wyposażenia** – wśród uwag czytamy m.in.: „(...) wyjątki w odniesieniu do wymagań osobowych zespołów ratownictwa medycznego określone w § 2 ust. 2 są nie do zaakceptowania. Taka regulacja oznacza praktycznie, że w skład zespołu wypadkowego może w ogóle nie wchodzić lekarz lub pielęgniarka, a dysponent ma jedynie obowiązek zapewnić, przy użyciu środków komunikacji bezprzewodowej, pewien nadzór merytoryczny nad działaniem takiego kadłubowego zespołu. (...)”;

– w sprawie projektu rozporządzenia ministra zdrowia zmieniającego rozporządzenie w sprawie **niepożądaných odczynów poszczepiennych**, do którego nie zgłosiło uwag,

– w sprawie projektu rozporządzenia ministra polityki społecznej zmieniającego rozporządzenie w sprawie **szczegółowych zasad i trybu wystawiania zaświadczeń lekarskich, wzoru zaświadczenia lekarskiego i zaświadczenia lekarskiego wydane go w wyniku kontroli lekarza orzecznika ZUS**, do którego zgłosiło wiele uwag,

– w sprawie projektu rozporządzenia ministra zdrowia w sprawie **orzekania o potrzebie udzielenia nauczycielowi urlopu dla poratowania zdrowia**, w którym czytamy m.in.: „(...) propozycja, by wyłącznie lekarz ubezpieczenia zdrowotnego mógł wydawać orzeczenia o potrzebie udzielenia nauczycielowi urlopu dla poratowania zdrowia, jest całkowicie bezzasadna, bowiem fakt zawarcia umowy z NFZ nie świadczy o posiadaniu przez lekarza szczególnych uprawnień (...)”;

– w sprawie projektu rozporządzenia ministra zdrowia w sprawie **specjalizacji lekarzy i lekarzy dentyistów** – do którego zgłosiło m.in. uwagę: „(...) Obecnie obowiązujące rozporządzenie wymaga gruntownych zmian. System specjalizacji w opinii samorządu lekarskiego powinien być uproszczony i poddany zmianom idącym w kierunku ułatwienia lekarzom i lekarzom dentyistom zdobywanie specjalizacji. Zmiany te muszą jednak być przyjęte we współpracy z samorządem lekarskim już od najwcześniejszego stadium przygotowania przepisów. W Naczelnej Izbie Lekarskiej – od dłuższego czasu, trwają prace nad nowymi propozycjami zasad specjalizowania. Wymagają one jednak dodatkowych uzgodnień, w tym z przedstawicielami Ministerstwa Zdrowia. Niezasadne jest zatem przyjmowanie ostatecznych rozwiązań w obecnej chwili. (...)”;

• zaakceptowało programy:

– kształcenia specjalistycznego i ustawicznego w roku 2005, przyjęty przez Polskie Towarzystwo **Ginekologiczne**,

– doskonalenia zawodowego w roku 2005, przyjęty przez Towarzystwo **Internistów Polskich**,

– doskonalenia zawodowego w roku 2005, przyjęty przez Polskie Towarzystwo **Zakażeń Szpitalnych**,

– doskonalenia zawodowego w roku 2005, przyjęty przez Polskie Towarzystwo **Endodontyczne**,

– doskonalenia zawodowego w roku 2005, przyjęty przez Stowarzyszenie **Neuropatologów Polskich**,

– doskonalenia zawodowego w roku 2005, przyjęty przez Polskie Lekarskie Towarzystwo **Radiologiczne**;

• wydelegowało:

– **Annę Lelę**, członka Komisji Stomatologicznej NRL, na warsztaty „**Dentistry versus Service Liberalisation**”, przygotowane przez Czeską Izbę Dentyistyczną, w dn. 14-16.10.br. w Pradze,

– **Konstantego Radziwiłła** (16-20.10.br.), **Romualda Krajewskiego** (15-27.10.br.), **Adama Kozierkiewicza** (16-20.10.br.), **Małgorzatę Simonides** (15-27.10.br.) i **Wojciecha Idaszaka** (15-26.10.br.) na spotkanie zorganizowane przez American Medical Association na temat **systemu kodowania procedur i świadczeń** wykonywanych

przez lekarzy i innych fachowych pracowników ochrony zdrowia (CPT), które odbyły w dn. 15-27.10.br. w USA (Waszyngton, Seattle, Chicago),

– **Krzysztofa Makucha**, sekretarza NRL, na szkolenie poświęcone **budowaniu samorządu zawodowego** i podstawowym zasadom opieki nad chorymi, zorganizowane w dn. 18-23.10. br. we Lwowie,

– **Konstantego Radziwiłła**, prezesa NRL i **Jana Adamusa**, przew. Zespołu ds. Współpracy Międzynarodowej i Integracji Europejskiej NRL do Tirany na **XII Sympozjum Izby Europy Środkowo-Wschodniej** (11-13.11.br.) oraz do Sztokholmu na posiedzenie **Stalego Komitetu Lekarzy Europejskich** (18-19.11.br.),

– **Wiesława Wawrzeniaka**, jako przedstawiciela NRL, do **Rady Społecznej przy Zespole ZOZ** w Ostrowie Wlkp.

UWAGA! Pełne teksty dokumentów Prezydium NRL: www.nil.org.pl

Okręgowe Zjazdy Lekarzy

30.09.br. rozpoczęły się Okręgowe Zjazdy Wyborcze. Do 22.10.br. delegaci na zjazdy wybrali: – **CZĘSTOCHOWA** – przewodniczący **ORL Zbigniew Brzezina** (II kadencja), – okręgowy rzecznik odpowiedzialności zawodowej **Jerzy Baranowski** (II) – **PŁOCK** – przew. **Paweł Sobieski** (II), – rzecznik **Bogdan Gotowicki** (II), – **BIELSKO-BIAŁA** – przew. **Zyta Kaźmierczak-Zagórska**, – rzecznik **Mariusz Ciopała**, – **KIELCE** – przew. **Marek Jodłowski** (II), – rzecznik **Krzysztof Bidas** (II), – **KRAKÓW** – przew. **Jerzy Friediger** (II), – rzecznik **Ewa Mikosza-Januszewicz**, – **GDAŃSK** – przew. **Krzysztof Wójcikiewicz**, – rzecznik **Grażyna Świątecka**, – **RZESZÓW** – przew. **Krzysztof Szuber**, – rzecznik **Elżbieta Michniewska-Szawica** (II), – **SZCZECIN** – przew. **Wojciech Jagielski**, – rzecznik **Marek Rybkiewicz**, – **WROCŁAW** – przew. **Andrzej Wojnar** (II), – rzecznik **Krzysztof Blok** (II).

Dziennikarskie czwartki zdrowia

6.10.br. w siedzibie NIL w Warszawie **Stowarzyszenie Dziennikarzy dla Zdrowia** inaugurowało cykl comiesięcznych spotkań z przedstawicielami środowiska medycznego, w trakcie których będą poruszane aktualne tematy dotyczące sytuacji w ochronie zdrowia. Pierwszym z prelegentów był **Konstanty Radziwiłł**, prezes NRL, który przedstawił **oczekiwania środowiska lekarskiego wobec nowego Rządu RP**, zaprezentowane przyszłym koalicjantom w listach skierowanych do głównych przedstawicieli partii politycznych – zwycięzczyń parlamentarnych wyborów. Wykład obejmował „życzenia” w zakresie pięciu obszarów tematycznych: spraw ekonomicznych, organizacji ochrony zdrowia, racjonalizacji wydatków na leki, wyroby medyczne i produkty biobójcze, praw osób objętych opieką zdrowotną oraz praw zawodowych lekarzy i lekarzy dentyistów.

Iwona A. Raszke-Rostkowska
tel. (0-22) 559-13-26, tel./fax 59-13-27
tel. kom. 0606 440-100
e-mail: iwona.raszke@hipokrates.org



SKOK *iz*
I z b L e k a r s k i c h

**NOWA
BARDZO
ATRAKCYJNA
OFERTA!**

**ZOSTAŃ
NASZYM
CZŁONKIEM!**

nasza strona internetowa:

www.skokil.pl

adres e-mail:

skok@hipokrates.org

infolinia:

0-801 88 88 11

REKLAMA

REKLAMA

Przyjazny pacjentowi, efektywny ekonomicznie

– To prawdziwy prezent dla nowego rządu. Gotowa propozycja rozwiązania największego, obok bezrobocia, problemu społecznego – przekonywał Krzysztof Bukiel prezentując projekt nowej ustawy o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym, autorstwa OZZL. Dodatkowym walorem ustawy jest to, że przewiduje ona rozwiązania będące kompromisem między programami PiS i PO w ochronie zdrowia, które stanowią jeden z najważniejszych punktów spornych między obu ugrupowaniami.

Ten kompromis to połączenie budżetowego pochodzenia pieniędzy przeznaczonych na powszechne ubezpieczenie zdrowotne z rynkową alokacją tych środków. To chyba przymierze podpalacza ze strażakiem – żartują liberałowie z PO. Projekt ustawy jest kontynuacją programu Racjonalnego Systemu Opieki Zdrowotnej i deklaracji „O przyjazny pacjentowi i efektywny ekonomicznie system opieki zdrowotnej”, podpisanej przez 18 opiniotwórczych organizacji ze służby zdrowia.

– Poprzez objęcie ubezpieczeniem każdego obywatela i wprowadzeniem tzw. bonu zdrowotnego, czyli składki opłacanej przez budżet państwa, uzyskamy znaczne uproszczenie systemu poboru składki. Kwotę bazową będziemy liczyć dzieląc 6% PKB przez liczbę ubezpieczonych – wyjaśnia Bukiel. – Eliminujemy nierówności w zakresie obciążania obywateli na rzecz służby zdrowia. Powodujemy, że to obywatel, a nie ubezpieczony ma prawo do równego dostępu do świadczeń zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych. Bez udziału środków prywatnych nie będzie wydolnego systemu bez kolejek, szarej strefy i korupcji – dodaje szef związku.

Obecnie nakłady na ochronę zdrowia spadły już poniżej 4% PKB. Koszyk świadczeń refundowanych to kluczowy element nowego systemu. Refundowanych, to nie znaczy bezpłatnych. Wszystkie świadczenia z koszyka będą refundowane, ale tylko niektóre w całości – tłumaczy Bukiel. Refundacja leków w nowej ustawie nie przewiduje przywilejów dla nikogo, a wykazem leków refundowanych będą rządzić jawne i przejrzyste mechanizmy kwalifikacyjne. Konkursu ofert na świadczenia zdrowotne w związkowym projekcie ustawy nie ma. Każdy świadczeniodawca ma otrzymać tę samą kwotę refundacji za to samo świadczenie.

Cały projekt jest dostępny w Internecie – www.ozzl.org.pl

ms

Brak chętnych na rezydenturę

Ostatnia letnia sesja kwalifikacyjna do specjalizacji była bardzo nietypowa. Po raz pierwszy, z 65 przyznaczonych etatów rezydentkich dla naszego województwa, aż 20 zostało niewykorzystanych i zwrócono je do Ministerstwa Zdrowia. Brakowało chętnych nawet na takie popularne kierunki, jak choroby wewnętrzne, anestezjologia, medycyna ratunkowa czy rehabilitacja. Z uzyskanych informacji wynika, że podobna sytuacja zaistniała także w innych regionach kraju. Sytuację taką należy traktować jako przejściową i należy mieć nadzieję, że te odesłane etaty rezydentkie powrócą do nas w najbliższej sesji zimowej, która będzie trwała od 1.01. do 15.02. 2006 r. Sesja zimowa zawsze jest licznie obsadzona, bo większość absolwentów kończy studia na jesieni i z marszu przystępuje do egzaminów kwalifikujących do specjalizacji. Termin składania dokumentów na sesję zimową upływa 31.12.2005 r.



„Medicus” 10/2005

(jj)

Lekarze w nowym parlamencie

W sejmowych ławach zasiądzie tym razem 24 lekarzy (5,21% składu sejmu). Optymiści mówią, że medycy przekroczyli sejmowy próg wyborczy. Czy zdołają przekroczyć Rubikon i uczynić krok decydujący, czy spalą za sobą mosty? Zobaczmy i będziemy o tym pisać. Najwięcej głosów zebrał neurolog Andrzej Sośnierz z Platformy Obywatelskiej, który otrzymał poparcie 54 876 wyborców z Katowic. Drugi był Bolesław Piecha z PiS, ginekolog z Rybnika, na którego głosowało 23 887 osób. Obaj z pewnością odegrają w najbliższych latach kluczową rolę w polityce zdrowotnej.

Postowie:

Andrzej Sośnierz (PO) – rekordzista wśród lekarzy. 54 876 głosów plasuje go na ósmym miejscu wśród polskich parlamentarzystów. Jednym tchem wymieniany



jako kandydat na ministra zdrowia i beneficjent wszelkich zaszczytów, choć to skromny i miły człowiek. Ma 54 lata, pochodzi z Głuchołazów, żonaty, troje dzieci. Neurolog. Był dyrektorem, radnym, lekarzem wojewódzkim. Pierwszy raz w sejmie. Przez wiele lat pracował jako szeregowy lekarz. W „Solidarności” od zawsze. Nie lubi utartych schematów i układów. Konsekwentny aż do bólu, od podstaw budował Śląską Regionalną Kasę Chorych. Mówi, że chce wydolnego,

przyjaznego systemu służby zdrowia, który gwarantowałby ludziom leczenie na dobrym poziomie, a lekarzom i pielęgniarcom satysfakcję z wykonywanej pracy. Konfederacja WZZ Sierpień 80, twierdzi że „niezatapialny i przyspawany do stołka nie chciał go opuścić”. Nie obiecuje szybkiego i cudownego wyleczenia. Ma nadzieję na czyste reguły w relacjach lekarz-pacjent-płatnik. Za największy swój sukces uważa wdrożenie systemu Rejestru Usług Medycznych i wprowadzenie elektronicznej karty identyfikacyjnej, którą posługuje się ponad 4,5 mln mieszkańców Śląska. „Problemem polityków jest to, że oni zazwyczaj nie mają czasu – mówił Sośnierz przed wyborami. – A problemy służby zdrowia są bardzo czasochłonne, dlatego są one chętnie odkładane na bok lub pozostawiane same sobie – a nuż wszystko się ułoży. Niestety, te tendencje widzę także u potencjalnych przyszłych rządzących” – wyjaśnia.

Przemysław Andrejuk (LPR) – sympatyczny młody lekarz, lat 28. Pochodzi z Kodnia, skończył lubelską AM w 2002 r. Pracuje w Oddziale Urazowo-Ortopedycznym Szpitala w Białej Podlaskiej. Od dwóch lat lider Młodzieży Wszechpolskiej w województwie lubelskim. Uważa, że przyszłość narodu uzależniona jest od wychowania najmłodszych pokoleń w duchu miłości do Boga i Ojczyzny. Formacji wszechpolskiej zawdzięcza zrozumie-

nie prymatu etyki chrześcijańskiej w polityce, odpowiedzialności za swoje czyny, a także nieustannej pracy nad swoim charakterem. Ceni odpowiedzialność i sumienność. Wolne chwile wypełnia głównie lekturą Romana Dmowskiego. Jest wielbicielem talentu Milesa Davisa oraz muzyków jazzowych lat osiemdziesiątych. Odpoczynku szuka w zaciszu lubelskich krajobrazów. Lubi teatr oraz stare polskie kino. W wyborach zdobył 7 tys. głosów.

Bogusław Bosak (PiS) – 37 lat. Lekarz, specjalista chorób wewnętrznych. Ukończył studia na Wydziale Lekarskim Collegium Medicum Uniwersytetu Jagiellońskiego oraz dwuletnie Studia Podyplomowe w zakresie Organizacji i Zarządzania w Służbie Zdrowia. Od 1992 r. członek Porozumienia Centrum, a od 2001 roku członek komitetu założycielskiego PiS. Przewodniczący Klubu PiS Radnych Miasta Krakowa oraz przewodniczący Komisji Zdrowia RMK. Zainteresowania: historia Polski po roku 1914, karate. Żonaty, córka – 5-letnia Kasia.

Hubert Ranjan Costa (Samoobrona) – pierwszy w naszym sejmie ciemnoskóry poseł pochodzi z Bangladeszu. Zdobył 3521 głosów. Dr Costa jest radnym sejmiku dolnośląskiego. Mieszka w Polsce od 30 lat. – Czuję się Polakiem w 97 procentach. Czytam i myślę po polsku – mówi. – Na

ciąg dalszy na str. 22

REKLAMA

REKLAMA

Lekarze w nowym parlamencie

ciąg dalszy ze str. 20

razie wokół mojej osoby jest dużo szumu – stwierdza świeżo upieczony parlamentarzysta. Hubert Costa nie zamierza być zawodowym posłem, ale chciałby zasiadać w komisji zdrowia. – Przede wszystkim jestem lekarzem – podkreśla ordynator chirurgii w legnickim szpitalu. Do Polski Hubert Costa przyjechał z Bangladeszu 30 lat temu. Tu skończył studia i rozpoczął swoją praktykę lekarską. Od 1982 r. pracuje w legnickim szpitalu. Ma żonę Polkę i trzech synów.

Lekarze, którzy zasiądą w Sejmie RP...

PIŚ

Tomasz Latos (Bydgoszcz),
Bogusław Bosak (Kraków),
Bolesław Piecha (Rybnik),
Lucyna Wiśniewska (Radom),
Mieczysław Walkiewicz (Głuchołazy),
Dariusz Kłeczek (Tarnobrzeg),
Halina Olendzka (Kielce),
Małgorzata Stryjska (Poznań),
Czesław Hoc (Kołobrzeg),
Mirosława Masłowska (Szczecin)

PO

Ewa Więckowska (Gliwice),
Andrzej Sośnierz (Katowice),
Beata Małecka-Libera (Dąbrowa Górnicza),
Rafał Muchacki (Bielsko-Biała),
Elżbieta Radziszewska (Piotrków Trybunalski),
Ewa Kopacz (Szydłowiec),
Krzysztof Grzegorek (Skarżysko Kamienna),
Maciej Świątkowski (Bydgoszcz)

LPR

Przemysław Andrejuk (Biała Podlaska),

Ewa Sowińska (Łódź)

PSL

Aleksander Sopiński (Ciechanów)
Samoobrona
Hubert Ranjan Costa (Legnica),
Regina Wasilewska-Kita (Koszalin)

SLD

Zbigniew Podraza (Dąbrowa Górnicza)

... i w Senacie RP

Margareta Budner z Konina (Samoobrona),

Rafał Ślusarz z Legnicy (PiS),

Stanisław Karczewski z Nowego Miasta nad Pilicą (PiS),

Mieczysław Maziarz z Rzeszowa (LPR),

Władysław Sidorowicz z Wrocławia

i **Michał Okła** ze Skarżyska Kamiennej (PO)

Rodzina Costy rozszarpana jest po całym świecie. Jego brat mieszka w Bangladeszu, dwie siostry w Nowej Zelandii. Zna język bengalski, angielski i polski.

Krzysztof Grzegorek (PO) – lat 44, specjalista ginekologii i położnictwa, dyrektor ZOZ-u w Skarżysku Kamiennej. W wieku 36 lat został najmłodszym ordynatorem oddziału ginekologiczno-położniczego. Pod jego kierownictwem oddział i cała placówka dostały certyfikat Światowej Organizacji Zdrowia „Szpital Przyjazny Dziecku”. Uwielbia dzieci. Mówi, że „to właśnie one będą budowały naszą przyszłość w zjednoczonej Europie”. Stworzył fundację „Szczęśliwe Narodziny”, odnosił sukcesy w akcji „Rodzić po ludzku”. Wielką pasją Krzysztofa Grzegorka są narciarstwo, tenis i szachy. Jeździ siedmioletnim Mercedesem E 280.

Czesław Hoc (PiS) – 51 lat. Lekarz – specjalność II stopnia: choroby wewnętrzne, medycyna rodzinna, endokrynologia. Pracuje w Oddziale Kardiologicznym Szpitala Specjalistycznego w Kołobrzegu. Prowadzi Poradnię Specjalistyczną Endokrynologiczną. Praktykował u lekarzy rodzinnych w Anglii, Holandii oraz w USA. Współtwórca centroprawicy kołobrzeskiej. Radny sejmiku zachodniopomorskiego w Kołobrzegu, założyciel Ośrodka Akredytacyjnego Medycyny Rodzinnej, laureat nagrody ministra zdrowia, członek komisji kwalifikacyjnej przy Akademii Medycznej w Szczecinie.

Ewa Kopacz (PO) – 48 lat, pochodzi ze Skarżyszewa. Studia lekarskie w Lublinie. Ma jedynkę z pediatrii i dwójkę z medycyny rodzinnej. Rodzina – mąż Marek, córka Kasia. Obserwacja bezradnych polityków popchnęła ją do polityki. Najważniejszym celem politycznym jest dla niej skuteczność w pomocy dla elektoratu oraz mądre i sprawiedliwe prawo. Największa wada to gadatliwość, o czym przekonał się dobitnie Mariusz Łapiński. Ceni dyskrecję. Samochodem jeździ chętnie i szybko. Znana z temperamentu podczas wygłaszania interpelacji i zapytań.

Dariusz Kłeczek (PiS) – 48 lat. Pracuje w Szpitalu Wojewódzkim w Tarnobrzegu. Działa społecznie w licznych organizacjach prorodzinnych m.in. jako prezes Towarzystwa Odpowiedzialnego Rodzicielstwa, w Zarządzie Głównym Polskiej Federacji Ruchów Obrony Życia i Stowarzyszeniu Rodzin Katolickich. Jest przewodniczącym Komisji Zakładowej i członkiem Zarządu Regionu Ziemia Sandomierska NSZZ

„Solidarność”. W latach 1997-2001 był sekretarzem Rzecznym Polskiej – szefował Komisji Rodziny i Polityki Społecznej. Drugą kadencję jest radnym sejmiku wojewódzkiego. Żonaty. Trzy córki.

Tomasz Edward Latos (PiS) – 41 lat. Lekarz medycyny, w latach 1999-2001 z-ca dyrektora ds. leczenia Szpitala im. dr. A. Jurasza w Bydgoszczy. Od 1998 radny Rady Miasta Bydgoszczy (907 głosów w 1998, ponad 2200 głosów w 2002). Przewodniczący komisji zdrowia (od 1998), wiceprzewodniczący Klubu Radnych PiS dla Bydgoszczy (od 2002). Członek Zarządu Regionu Bydgoskiego NSZZ „Solidarność”, członek Zarządu Diecezjalnego Instytutu Akcji Katolickiej.

Beata Małecka-Libera (PO) – dyrektorka Szpitala Specjalistycznego w Dąbrowie Górniczej, który jest niepokorną kuznią posłów. Szpital zastała w złej sytuacji finansowej. Poprzedni dyrektor, Zbigniew Podraza, został przed czterema laty posłem z zaciągu SLD. Wynik za 2000 r. 4,5 mln zł straty, za 2001 r. 6,5 mln zł straty. Doktor Beata wprowadziła program naprawczy, który ma „racjonalizować koszty oraz dodatkowe źródła przychodów” – cokolwiek to ostatnie miałyby znaczyć. Program chyba się za bardzo nie udał, bo strata za 2002 to 4,2 mln zł, a za 2003 to 5,2 mln zł (za 2004 nie umiemy znaleźć). Ale zdobyła 6882 głosów. Lubi uczestniczyć w „białych sobotach”. Tuż przed wyborami w Sławkowie, w ramach porad laryngologicznych, sama przyjęła 22 osoby. Ciekawe jak



sobie poradzi w skali makro z trudnościami w dostępie do specjalistów, oczekiwaniem na badania i drogimi lekami.

Mirosława Masłowska (PiS) – absolwentka Pomorskiej AM. Po studiach rozpoczęła pracę w Miejskim Szpitalu Dziecięcym, tam też zrobiła II stopień specjalizacji z chirurgii oraz medycyny społecznej. Była dyrektorem Wojewódzkiej Stacji Sanitarnej-Epidemiologicznej w Szczecinie. Związana z „Solidarnością” i partią braci Kaczyńskich. Od 1998 r. jest radną w Szczecinie. Jest wdową, ma dwoje dzieci – córkę Kata-

rzyna jest licealistką, syn Artur magistrem socjologii oraz dwie wnuczki.

Rafał Muchacki (PO) – lekarz, dyrektor Beskidzkiego Centrum Onkologii, zdobył 12 015 głosów. Zapewnia, że zajęcie przez niego poselskiej ławy nie odbije się negatywnie na sytuacji BCO. – Tylko dlatego zdecydowałem się kandydować, że w Warszawie jest do podziału sporo pieniędzy w ramach krajowego programu walki z rakiem. Wierzy, że potrafi sporą część tych środków wywalczyć dla Podbeskidzia i kierowane przez siebie szpitala. Nie kryje rozczarowania wyborczym wynikiem PO. Jego zdaniem słabszy niż sądzono wynik Platformy, to efekt apelu o zatopienie PO.

Halina Olendzka (PiS) – 60 lat. Posiada wyższe wykształcenie – lekarz medycyny, członek Świętokrzyskiego Zarządu Regionu Prawa i Sprawiedliwości. W latach 1998 – 2002 była radną Rady Powiatu Kieleckiego Ziemskiego. Jest kierownikiem Poradni Profilaktyki i Terapii Uzależnień „Caritas” Diecezji Kieleckiej, przewodniczącą Gminnej Komisji Rozwiązywania Problemów Alkoholowych, koordynatorem Wojewódzkiego Systemu Terapii Uzależnienia i Współuzależnienia.

Bolesław Piecha (PiS) – lat 51. Poseł na Sejm od 2001 r. Absolwent Śląskiej Akademii Medycznej. W latach osiemdziesiątych był zajęty wyłącznie pracą zawodową. Specjalista ginekolog-położnik. Potem studia podyplomowe z zarządzania w ochronie zdrowia na Akademii Ekonomicznej w Ka-

towicach. Od 1994 r. był radnym w Rybniku, potem dyrektorem szpitala specjalistycznego, gdzie połączył 5 obiektów w jeden i zakończył trwającą ponad ćwierć wieku budowę. Do polityki – jak sam mówi – trafił trochę przypadkowo. Styropianu – jak sam o sobie mówi – nie ma w życiorysie. Członek międzynarodowego stowarzyszenia na rzecz ochrony życia „Pro Life”. Żonaty, ma troje dzieci.

Zbigniew Podraza (SLD) – 52 lata, absolwent Śląskiej Akademii Medycznej, ukończył również Studia Podyplomowe w Szkole Zdrowia Publicznego przy Centrum Medycznym UJ w Krakowie. Posiada specjalizację II stopnia w dziedzinie chirurgii urazowo-ortopedycznej oraz specjalizację w dziedzinie zdrowia publicznego. Był dyrektorem szpitala w Dąbrowie Górniczej. Poseł na sejm od 2001 r. z Sosnowca. Ostatnio był wiceministrem zdrowia w rządzie Marka Belki. Przeżył wszystkich posłów SLD w sejmowej komisji zdrowia i samotnie będzie bronił w Sejmie barw partii Olejniczaka. Żonaty, dwie zameżne córki.

Elżbieta Radziszewska (PO) – poseł na sejm od 1997 roku. Urodziła się 6 stycznia 1958 r. w Białocinie. Jest absolwentką AM w Łodzi. Od 1982 r. związana ze Szpitalem Rejonowym



i poradnią kardiologiczną w Piotrkowie Trybunalskim. Od 1991 do 2001 r. pracowała w prywatnym gabinecie lekarskim w Piotrkowie Trybunalskim. Była głównym krytykiem polityki ministra zdrowia Mariusza Łapińskiego. Po jej skardze Trybunał Konstytucyjny uznał wprowadzoną przez SLD usta-

wę o Narodowym Funduszu Zdrowia za niezgodną z Konstytucją. „Umożliwić wszystkie długi i zacząć od zera to jest zły pomysł, dlatego, że takie oddłużenie psuje ludzi. Pacjent powinien być nośnikiem pieniądza” – mówiła w Radiu ZET przed wyborami.

Aleksander Sopliński (PSL) – lat 63, absolwent Akademii Medycznej w Gdańsku. Or-



dokończenie na str. 24

REKLAMA

REKLAMA

Lekarze w nowym parlamencie

dokończenie ze str. 23

dynator oddziału położniczo-ginekologicznego Specjalistycznego Szpitala Wojewódzkiego w Ciechanowie, który znalazł się w dwudziestce najlepszych oddziałów szpitalnych tej specjalności w Polsce w prestiżowym rankingu tygodnika „Wprost”. Wieloletni działacz samorządowy. W latach 1990-1998 wiceprzewodniczący, a następnie przewodniczący Rady Miasta Ciechanowa. Od 1998 r. radny województwa mazowieckiego. Ostatnio wiceprzewodniczący sejmiku. Członek Rady Naczelnej Polskiego Stronnictwa Ludowego. Żonaty, dwóch synów. Uzyskał 2589 głosów, ale pierwszy na liście PSL Waldemar Pawlak zdobył zaufanie ponad 12 tys. wyborców i Sopleńskiego „wciągnął” za sobą do parlamentu.

Ewa Sowińska (LPR) – 61 lat, poseł na sejm od 2004 r. W parlamencie domagała się sprawiedliwego podziału środków na wczesne wykrywanie nowotworów. Twierdziła, że dużą uwagę należy poświęcić profilaktyce, edukacji publicznej i zapobieganiu chorobom. Urodzona w Bydgoszczy, w rodzinie inteligenckiej o głębokich tradycjach narodowych i religijnych, córka chirurga. Ukończyła Państwową Szkołę Muzyczną I° w Bydgoszczy w klasie fortepianu. Studia lekarskie skończyła w Białymstoku. Pracowała na wsi w województwach pomorskim i łódzkim. Potem była kierownikiem Przychodni Rejonowej nr 52 w Łodzi przy ul. Niciarnianej 41, a następnie starszym asystentem w Wojewódzkim Ośrodku Medycyny Pracy w Łodzi. Zygmunta Wrzodak przypomniał niedawno o jej przynależności do PZPR. Organizatorka pomocy powodzią, bezdomnym i charytatywnej pomocy lekarskiej. Żarliwa aktywistka na rzecz obrony życia. Zdobyła 8536 głosów.

Małgorzata Stryjska (PiS) – 52 lata. Ukończyła studia na Wydziale Lekarskim

Akademii Medycznej w Poznaniu (1978) – I stopień specjalizacji z chorób wewnętrznych oraz II stopień z medycyny pracy. Związana z kolejową służbą zdrowia w Poznaniu. Poseł na Sejm RP IV kadencji. Bardzo aktywna w komisji zdrowia. Przewodniczyła podkomisji nadzwyczajnej do rozpatrzenia rządowego projektu ustawy o zmianie ustawy o służbie medycyny pracy. Jest zastępcą Okręgowego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej w Wielkopolskiej IL w Poznaniu. Organizator bezpłatnych punktów pomocy osobom pokrzywdzonym przez prawo w Poznaniu, Koninie, Kaliszu i Ostrowie Wlkp. Współorganizator Wielkopolskiej Poradni Obywatelskiej, w której bezpłatnie można skorzystać z pomocy psychologa, socjologa. Organizator bezpłatnego punktu informacyjnego o środkach pomocowych z Unii Europejskiej. Zainteresowania: sztuka, malarstwo, turystyka, szczególnie górska.

Maciej Świątkowski (PO) – 55 lat, senator IV kadencji z rekomendacji AWS, działacz samorządowy, profesor nauk medycznych. Kierownik Kliniki Gastroenterologii i Chorób Wewnętrznych Collegium Medicum w Bydgoszczy. Od 2002 r. członek sejmiku województwa kujawsko-pomorskiego. Od 2003 roku członek Platformy Obywatelskiej.

Mieczysław Walkiewicz (PiS) – 56 lat, absolwent Akademii Medycznej w Lublinie. Posiada I stopień specjalizacji z chorób wewnętrznych oraz II stopień specjalizacji z rehabilitacji medycznej. Rozpoczął karierę na oddziale wewnętrznym Szpitala Kolejowego w Lublinie. W latach 1977-1989 był zastępcą ordynatora w oddziale rehabilitacji kardiologicznej w Głuchołazach, potem ordynatorem i dyrektorem Szpitala Specjalistycznego MSWiA w Głuchołazach. Od maja 2005 r. dyrektor SP ZOZ w Głuchołazach. W latach 1994-2002 radny w Głuchołazach i województwie opolskim. Uprawia czynnie paralotniarstwo i motoparalotniarstwo. Żonaty, troje dzieci.

Regina Wasilewska-Kita (Samoobrona) – lat 54, lekarz rodzinny, dyrektorka Specjalistycznego Zespołu Gruźlicy i Chorób Płuc w Koszalinie. Radna i były członek zarządu województwa zachodniopomorskiego. Przekonuje, że w ochronie zdrowia potrzeba nowych ludzi z nowymi pomysłami. Do Samoobrony wstąpiła tuż po przegranych wyborach do koszańskiej Rady Mie-

skiej. Wówczas o mandat radnej ubiegała się z listy SLD. Teraz twardo zapowiada, że partyjne barwy zmieniła tylko raz i w przyszłości zamierza reprezentować wyłącznie Samoobronę.

Ewa Więckowska (PO) – dyplom uzyskała w Śląskiej Akademii Medycznej w 1983 roku. Potem specjalizacja z pediatrii i doktorat w Klinice Patologii Noworodka. Drugi stopień specjalizacji uzyskała w Instytucie Gruźlicy i Choroby Płuc w Rabce. Od 1990 r. pracuje w Poradni Alergologicznej w Gliwicach. Początkowo związana z Unią Polityki Realnej. Była radną Rady Miejskiej, wspierając słuszne zmiany w gliwickiej służbie zdrowia. Jako współautorka programu edukacyjnego „Dziecko alergiczne w szkole” zajmowała się promocją zdrowia propagując problemy alergologiczne wśród nauczycieli i rodziców. Od 2004 r. szefuje gliwickiemu oddziałowi Europejskiej Unii Kobiet.

Lucyna Emilia Wiśniewska (PiS) – 50 lat, absolwentka Akademii Medycznej w Lublinie, specjalistka w dziedzinie neurologii i organizacji ochrony zdrowia. Od 1983 r. pracuje w Poradni Neurologicznej. W 1998 r. pełniła funkcję lekarza wojewódzkiego województwa radomskiego. W latach 1999–2002 pracowała w Mazowieckim Centrum Zdrowia Publicznego w Radomiu i Warszawie na stanowisku zastępcy dyrektora. Od 2003 r. jest zastępcą dyrektora Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego w Radomiu. Członek Katolickiego Stowarzyszenia Lekarzy Polskich. Hobby: turystyka rodzinna, literatura. Mężatka, dwoje dzieci.

Senatorowie:

Margareta Budner (Samoobrona) – 30 lat, absolwentka poznańskiej Akademii Medycznej. Pochodzi z Konina, jest młodszym asystentem w oddziale chirurgii dziecięcej w Wojewódzkim Szpitalu w Koninie. Otrzymała 34,5 tys. głosów, najwięcej w powiatach konińskim i gnieźnieńskim. Jej ojciec – Alfred Budner ponownie zasiadzie w sejmie. Trzeba obiektywnie przyznać, że pan poseł Budner – nie oceniając tego, co mówił i jak działał – był bardzo widoczny i aktywny przez te 4 lata. Jak mówi nowa pani senator, wybrana na sekretarza senatu, „najpierw muszę się «zadamować» w senacie, zapoznać ze specyfiką pracy, ale zamierzam przede wszystkim zająć się tym, na czym się znam, czyli służbą zdrowia”.

Stanisław Karczewski (PiS) – lat 50, chirurg, absolwent warszawskiej Akademii Medycznej. Od ukończenia studiów pracuje w Nowym Mieście nad Pilicą. Zastępca dyrektora SPZOZ w Nowym Mieście, ordynator oddziału chirurgicznego szpitala w Nowym Mie-



ście. Członek PiS. Z chirurgią nie chciałby się rozstawać. Być może pozostanie ordynatorem chirurgii szpitala w Nowym Mieście, nie będzie natomiast dyrektorem całego ZOZ-u, bo byłoby to – jak sam twierdzi – znaczne obciążenie. Uzyskał 57 610 głosów.

Mieczysław Maziarz (LPR) – lat 55. Po studiach w Lublinie przyjechał do Kolbuszowej, gdzie pozostał do dziś. Pracował w ośrodkach zdrowia w Krzątce i w Wilczej Woli. Obecnie jest ordynatorem oddziału dializoterapii i nefrologii, i zastępcą dyrektora ds. leczenia SPZOZ w Kolbuszowej. Był radnym, lubi udzielać się społecznie. Uważa, że każdy powiat musi mieć dobrze funkcjonujący szpital i jako senator będzie starał się m.in. o sprawiedliwy podział środków finansowych na służbę zdrowia, tak aby pacjenci nie byli różnicowani. Jest m.in. przeciwny wyprzedaży majątku narodowego, aborcji i eutanazji, wszelkim działaniom zmierzającym do wprowadzenia podatku katastralnego w Polsce. Na lekarza z Kolbuszowej zagłosowało ponad 93 tys. wyborców.

Michał Okła (PO) – 52 lata, absolwent Akademii Medycznej w Białymstoku, od 1989 r. dyrektor naczelny ZOZ-u w Skarżysku Kamiennej. Był radnym miejskim i wojewódzkim. Wiceprezes Związku Pracodawców Szpitali Województwa Świętokrzyskiego. Laureat konkursu Skarżysz-

czanin 80-lecia, tytułu przyznawanego przez mieszkańców miasta Skarżysko-Kamienna. Jego pasją jest łowiectwo. Od lat działa również aktywnie w fundacji „Daj szansę”, wspierającej młode talenty powiatu skarżyskiego. Otrzymał ponad 66 tys. głosów.

Władysław Sidorowicz (PO) – lat 60, pochodzi z Wilna. Prawdziwa legenda wrocławskiej „Solidarności”. Absolwent Akademii Medycznej w Łodzi, ekspert Światowej Organizacji Zdrowia, specjalista psychiatra. Uwięziony już w 1968 r. za udział w wydarzeniach marcowych. Prześladowany i internowany w stanie wojennym. Uczestnik rozmów Okrągłego Stołu w Zespole ds. Zdrowia. Minister zdrowia w rządzie J. K. Bieleckiego (1991 r.). W latach 1994-2002 dyrektor Miejskiego Wydziału Zdrowia we Wrocławiu oraz lekarz miejski. Od 2002 r. dyrektor Departamentu Spraw Społecznych Urzędu Miejskiego Wrocławia. Współzałożyciel reaktywowa-

nych izb lekarskich i przewodniczący Dolnośląskiej Rady Lekarskiej (1990-1992). Żona, ma sześć dzieci, czworo wnucząt. Uzyskał ponad 107 tys. głosów.

Rafał Józef Ślusarz (PiS) – lat 43, pochodzi z Lublina. Absolwent wrocławskiej Akademii Medycznej, specjalista chorób wewnętrznych i psychiatra. Mieszka w Gryfowie Śląskim, miasteczku położonym na Pogórzu Izerskim nad rzeką Kwisą, w województwie dolnośląskim, w połowie drogi między Jelenią Górą a Zgorzelcem. Uzyskał 80 232 głosów.

*opr. ms
zdjęcia Marek Stankiewicz*



REKLAMA

REKLAMA



Rzuć palenie razem z nami

W październiku rozpoczęliśmy XV jubileuszową edycję jesiennej akcji „Rzuć palenie razem z nami”.

Jak zwykle chcemy zachęcić jak największą grupę palaczy do zerwania z nałogiem. Zaplanowaliśmy w związku z tym cały szereg działań mających na celu zwrócenie uwagi opinii publicznej na skutki palenia tytoniu oraz stworzenie osobom palącym wsparcia i pomocy w rzuceniu palenia. Akcja ma swój wymiar ogólnopolski – we wszystkich miastach na terenie całego kraju odbywają się akcje uliczne, zostaną uruchomione punkty pomocy palącym (w szpitalach, przychodniach, urzędach, na ulicach i dworcach), w szkołach odbędą się specjalne akcje mające na celu ochronę dzieci i młodzieży przed inicjacją tytoniową. Pomoże nam w tym ponad 600 instytucji, które każdego roku włączają się w akcję „Rzuć palenie razem z nami”. Są to stacje sanitarno-epidemiologiczne, szpitale, przychodnie, szkoły, ośrodki upowszechniania kultury, organizacje pozarządowe, studenci akademii medycznych. Centralne – warszawskie obchody zostaną zorganizowane na placu Konstytucji, gdzie 17 listopada w godzinach popołudniowych na wszystkich palaczy, choć nie tylko na nich, czekać będą leka-

rze w ulicznej Poradni Pomocy Palącym. Można też przyjść i skorzystać z bezpłatnych pomiarów medycznych.

W roku 2005 nasze działania przebiegają pod hasłem „**Palenie jest uleczalne**”. Jest to propozycja Światowej Organizacji Zdrowia, która pragnie w ten sposób podkreślić fakt, że uzależnienie od tytoniu jest schorzeniem przewlekłym – ma swój numer (F.17) w Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych Światowej Organizacji Zdrowia – WHO (X Rewizja). Mechanizm fizycznego i psychicznego uzależnienia od tytoniu przypomina analogiczne schematy uzależnienia od alkoholu i narkotyków, np. heroiny czy kokainy.

Palenie, obok powszechnie znanych następstw w postaci nowotworów oraz schorzeń układu krążenia i oddechowego, prowadzi do szeregu zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania (silna potrzeba używania tytoniu, trudności kontrolowania tego zachowania, uporczywe używanie tytoniu wbrew szkodliwym następstwom, przedkładanie używania tytoniu ponad inne zaję-

cia i zobowiązania, np. sen, tolerancja na nikotynę, występowanie objawów zespołu abstynenckiego).

Osoby uzależnione odczuwają silny dyskomfort: budzą się w nocy „na papierosa”, czują silną potrzebę zapalenia papierosa w pierwszych minutach po przebudzeniu, palą bardzo dużą liczbę papierosów dziennie. Rzucenie palenia jest trudnym procesem.

Organizm pozbawiony substancji uzależniającej – nikotyny – może zareagować bardzo przykrymi objawami: stanami depresyjnymi, bezsennością, drażliwością, frustracją lub gniewem, stanami lękowymi, trudnościami w koncentracji, niepokojem, obniżeniem częstości tętna, wzmożonym apetytem i wzrostem masy ciała. Takie objawy często powodują u osoby rzucającej palenie zniechęcenie i powrót do nałogu. Nie musi tak być, jeżeli osoba rzucająca palenie otrzyma pomoc i wsparcie lekarza.

Pracownicy ochrony zdrowia – lekarze i pielęgniarki – potrafią pomóc w rzuceniu palenia. W Polsce jest około 145 tys. lekarzy oraz 220 tys. pielęgniarek i położnych. Przyjmując, że chociaż część z nich zechce włączyć się w pomoc i leczenie osób uzależnionych, to w skali kraju będzie to widoczny postęp. Nowoczesna farmakologia oferuje coraz więcej możliwości leczenia zespołu uzależnienia od tytoniu i łagodzenia objawów odstawienia papierosów. Dobrej najbardziej skutecznej metody powinien być wspólną decyzją pacjenta i lekarza (nikotynowa terapia zastępcza – gumy do żucia, plastry, spray do nosa, inhalator, tabletki; a także bupropion; cytyzyna).

Ważnym elementem naszych działań jest konkurs dla osób, które rzuciły palenie. Dla czytelników „Gazety Lekarskiej” przygotowaliśmy specjalną edycję. Poniżej kupon konkursowy zawierający wszelkie szczegóły dotyczące udziału i nagrody głównej.

Fundacja „Promocja Zdrowia”, Centrum Onkologii – Instytut im. Marii Skłodowskiej-Curie w Warszawie, Ministerstwo Zdrowia.



PZU Życie SA



sopharma[®] POLAND



CITYVITA



NiQuitin[®]

KONKURS „RZUĆ PALENIE RAZEM Z NAMI”

Fundacja „Promocja Zdrowia” zaprasza czytelników „Gazety Lekarskiej” do udziału w konkursie. Do wygrania zdrowie i nagrody rzeczowe, a wśród nich wyjazd do Rzymu i Wenecji!

Jeżeli przestał(a) Pan/Pani palić tytoń w ciągu bieżącego roku, prosimy wypełnić ten kupon i przesłać na adres:

„NACZELNA RADA LEKARSKA”, ul. Sobieskiego 110, 00-764 Warszawa (z dopiskiem konkurs „Rzuć palenie razem z nami”)

TELEWIZJA POLSKA

TVP

PKO BANK POLSKI

Przestałem(am) palić tytoń w dniu.....

Imię i nazwisko.....

Adres.....

Miejscowość i kod.....

Województwo.....; Telefon.....

Data urodzenia.....

podpis.....

Dane osobowe potrzebne są do przekazania nagród.



nicorette[®]
(Nicotinum)



GlaxoSmithKline
ZAWSZE BEZ PAPIEROSA



PEKAES SA
GRUPA KAPITAŁOWA



Bank BPH



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

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

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

Ustawa z dnia

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

Art. 1.

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

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

Art. 2.

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

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

Art. 3.

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

Art. 4.

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

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

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

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

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

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

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

Art. 5.

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

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

Art. 6.

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

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

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

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

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

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

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

Art. 7.

Ustawa wchodzi w życie z dniem 1 stycznia 2006 r.

Nowa perspektywa dla polskich placówek medycznych

Forum MedMarket 2005, której tematem jest „Pacjent z zagranicy – nowa perspektywa dla polskich placówek medycznych” to konferencja, podczas której wybitni prelegenci z kraju i zagranicy podzielą się swoimi doświadczeniami w zakresie leczenia zagranicznych pacjentów.

Omówią m.in. oczekiwania tego typu pacjentów, uwarunkowania prawne w zakresie ich obsługi, aspekt korzystnej kontraktacji tego leczenia oraz obszary medycyny najchętniej wybierane przez cudzoziemców. Uczestnicy konferencji otrzymają również odpowiedź na pytania: jak przyciągnąć pacjentów z zagranicy, jak zbudować atrakcyjną ofertę i cennik oraz jak spełnić oczekiwania przyjezdnych.

Konferencja skierowana jest przede wszystkim do menedżerów działających na rynku opieki zdrowotnej, osób zarządzających szpitalami, klinikami i centrami medycznymi, właścicieli prywatnych przychodni i gabinetów. Patronat medialny nad tym wydarzeniem objęła „Gazeta Lekarska”. Forum Biznesu Medycznego MedMarket 2005 odbędzie się 24 listopada 2005 r. w hotelu Marriott w Warszawie. Organizatorem jest firma BROG Media Biznesu.

Przedświąteczna a(u)kcja na rzecz Fundacji Wspierania Seniorów Środowisk Inteligenckich

Komisja Kultury przy OIL w Łodzi postanowiła zorganizować aukcję, na której znajdą się najprzeróżniejsze „fanty”. Mogą to więc być zarówno wszelkie prezenty, ofiarowane przez darczyńców, jak też przedmioty (dzieła) samodzielnie wykonane przez lekarzy oraz ich rodziny czy przyjaciół.

Aukcja ta – pod hasłem *NASZ WSPÓLNY CEL* – zaplanowana jest na **niedzielę, 4 grudnia 2005 r. od godz. 12.00.**

Serdecznie zapraszamy do **Łódzkiej Okręgowej Izby Lekarskiej przy ul. Czerwonej 3** wszystkich, którzy są zainteresowani wystawieniem lub nabyciem masek, serwetek, obrazków, rzeźb, książek, zakładki do książek, sztucznej biżuterii, naczyń ze szkła, porcelany czy ceramiki oraz innych „ciekawostek”. Mamy nadzieję, że będzie to jednocześnie okazja do nawiązania kontaktów pomiędzy osobami twórczymi, a zebrane podczas tej aukcji pieniądze wspomogą skromną kasę Fundacji.

Ofiarodawcy uprzejmie proszeni są o zgłaszanie zamiaru uczestniczenia w tej imprezie najpóźniej **do 20 listopada br.**

Wszelkich informacji chętnie udzielimy telefonicznie: **(0-42) 686-28-10** oraz **(0-42) 683-17-91 w. 110.** Można też wysłać e-mail pod adresem: **bsm3@tlen.pl**

IV Ogólnopolska Wystawa Malarstwa Lekarzy

odbędzie się w dn. **22-27 stycznia 2006 r. w Klubie Lekarza w Łodzi przy ul. Czerwonej 3.** Otwarcie o godz. 17.00. Koleżanki i Kolegów Lekarzy z wszystkich izb okręgowych zapraszamy do udziału w wystawie. Zgłoszenia uczestnictwa należy przesyłać na adres: **OIL, 93-005 Łódź, ul. Czerwona 3, tel. (0-42) 683-17-91, fax (0-42) 683-13-78, e-mail: biuro@oil.lodz.pl** do 23 grudnia 2005 r. W zależności od liczby zgłoszeń eksponowane będą maksimum 4 prace jednego autora. Techniki i tematyka dowolna. Obrazy oprawione, opisane (tytuł, technika) należy dostarczyć do OIL w Łodzi do 6 stycznia 2006 r. wraz z informacjami o autorze (imię, nazwisko, specjalizacja, miejscowość zamieszkania). Do spotkania na wystawie !

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**

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

Czasowa niezdolność do pracy

Bogdan Jakubski

Chociaż aktualne przepisy i zasady wydawania zaświadczeń lekarskich o czasowej niezdolności do pracy wprowadzone rozporządzeniem ministra pracy i polityki socjalnej z 27 lipca 1999 (Dz. U. nr 65, poz. 741) obowiązują prawie od 6 lat, w dalszym ciągu nie brakuje nieprawidłowości podczas ich wystawiania.

Są wśród nich nie tylko zniekształcenia nazwisk, błędny PESEL ubezpieczonego czy NIP pracodawcy, ale zdarza się także brak numeru statystycznego choroby, brak kodu A w przypadkach, gdy powinien zostać na zaświadczeniu umieszczony, brak daty wystawienia zaświadczenia, brak pieczętki i podpisu lekarza.

Do wręcz żenujących należą błędy arytmetyczne i problemy z liczeniem. W wielu przypadkach druki zaświadczeń wypisują pielęgniarki, położne, rejestratorki, asystentki czy pomoce. Proszę pamiętać, że to lekarz wystawia zaświadczenia, on je podpisuje i on w pełni za nie odpowiada, zarówno merytorycznie, jak i formalnie.

Nieprawidłowości te komplikują, a niekiedy wręcz uniemożliwiają wypłatę zasiłków chorobowych. Uniemożliwiają też wprowadzenie danych z zaświadczenia do prowadzonego przez ZUS komputerowego rejestru zaświadczeń lekarskich wydawanych na drukach ZUS ZLA.

Przypomnijmy więc obowiązujące zasady wystawiania zaświadczeń o czasowej niezdolności do pracy.

1. Zaświadczenie lekarskie o czasowej niezdolności do pracy z powodu choroby lub konieczności sprawowania przez pracownika opieki nad chorym członkiem rodziny wystawia się wyłącznie po przeprowadzeniu bezpośredniego badania stanu zdrowia ubezpieczonego lub chorego członka rodziny.
2. Przy wystawianiu ubezpieczonemu zaświadczenia lekarskiego o czasowej niezdolności do pracy należy brać pod uwagę jego stan zdrowia, uwzględniając jednocześnie rodzaj i warunki pracy.

3. Zaświadczenie lekarskie wystawia lekarz, lekarz dentysta, starszy felczer lub felczer prowadzący leczenie na okres, w którym ubezpieczony ze względu na stan zdrowia powinien powstrzymać się od pracy, jednak nie dłuższy niż od dnia, w którym niezbędne jest przeprowadzenie ponownego badania stanu zdrowia chorego.

4. Zaświadczenie o czasowej niezdolności do pracy wystawia się:

- wyłącznie po przeprowadzeniu bezpośredniego badania stanu zdrowia chorego,
- za okres wsteczny nie dłuższy niż 3 dni poprzedzające badanie, jeżeli jego wyniki wykazują, że ubezpieczony był w tym czasie niewątpliwie niezdolny do pracy.

Ograniczenie to nie dotyczy zaświadczeń wystawianych przez lekarza psychiatrę, w razie stwierdzenia przez niego lub podejrzenia zaburzeń psychicznych ograniczających zdolność chorego do oceny własnego postępowania.

5. Zaświadczenie lekarskie stwierdzające pobyt chorego w stacjonarnym zakładzie opieki zdrowotnej wystawia się w dniu wypisania ubezpieczonego z tego zakładu. W razie pobytu ubezpieczonego w zakładzie dłuższego niż 14 dni zaświadczenie należy wystawiać co 14 dni.

W razie niewydania w dniu wypisania chorego ze szpitala zaświadczenia o niezdolności do pracy zaświadczenie takie może zostać wydane w dowolnym czasie. Dotyczy to jednak ściśle tylko samego okresu pobytu w zamkniętym zakładzie leczniczym.

6. Zaświadczenie lekarskie wystawia się na formularzach ZUS ZLA.

- W razie zatrudnienia w dwóch lub więcej zakładach pracy, na wniosek

ubezpieczonego, wystawiający zaświadczenie winien wydać ich odpowiednią ilość.

- W razie zagubienia zaświadczenia lekarz, który wydał zagubione zaświadczenie, na wniosek ubezpieczonego, sporządza wypis z kopii tego zaświadczenia.
- Możliwe jest także wykonanie kserokopii z kopii znajdującej się w bloczku lekarza i potwierdzenie jej przez lekarza „za zgodność z oryginałem”.
- Zaświadczenie lekarskie wystawia się z dwiema kopiami:
 - oryginał zaświadczenia lekarskiego wystawiający je przesyła w ciągu 7 dni od dnia wystawienia bezpośrednio do terenowej jednostki organizacyjnej Zakładu Ubezpieczeń Społecznych,
 - pierwszą kopię zaświadczenia otrzymuje ubezpieczony,
 - drugą kopię wystawiający zaświadczenie przechowuje przez okres 3 lat.
- W zaświadczeniu lekarskim o czasowej niezdolności do pracy informacje podaje się z zastosowaniem następujących kodów literowych:
 - kod A – oznacza niezdolność do pracy powstałą po przerwie nie przekraczającej 60 dni, spowodowaną tą samą chorobą, która była przyczyną niezdolności do pracy przed przerwą,
 - kod B – oznacza niezdolność do pracy przypadającą w okresie ciąży,
 - kod C – oznacza niezdolność do pracy spowodowaną nadużyciem alkoholu,
 - kod D – oznacza niezdolność do pracy spowodowaną gruźlicą,
 - kod E – oznacza niezdolność do pracy spowodowaną chorobą zakaźną o długim okresie wylegania.

- Kody literowe wpisuje się odpowiednio na oryginale i kopiach zaświadczeń, a numery statystyczne chorób według Międzynarodowej Klasyfikacji Chorób, tylko na oryginale i drugiej kopii.
7. Po 30 dniach niezdolności do pracy prowadzący leczenie, przed wystawieniem ubezpieczonemu zaświadczenia o dalszej niezdolności do pracy, winien ocenić jednocześnie, czy stan zdrowia ubezpieczonego uzasadnia potrzebę przeprowadzenia rehabilitacji leczniczej. W przypadku stwierdzenia takiej potrzeby – należy wypełnić odpowiedni wniosek o rehabilitację leczniczą. Wniosek ten ubezpieczony winien złożyć w Oddziale ZUS. Szczegółowe zasady leczenia rehabilitacyjnego w ramach prewencji ZUS zostały omówione przez naczelnego lekarza ZUS dr. n. med. Marka Sacharuka w artykule „Prewencja rentowa ZUS-u” („Gazeta Lekarska” nr 2/2005).
8. Nie później niż na 60 dni przed zakończeniem okresu zasiłkowego lekarz winien przeprowadzić badanie i analizę, czy stan zdrowia ubezpieczonego uzasadnia:
- ocenę, iż pacjent odzyska z dniem wyczerpania okresu zasiłkowego zdolność do pracy;
 - zgłoszenie wniosku o ustalenie prawa do świadczenia rehabilitacyjnego;
 - zgłoszenie wniosku o ustalenie prawa do renty z tytułu niezdolności do pracy.

Stosownie do wyników oceny należy wystawić odpowiedni wniosek lub zaświadczenie.

Do stosowania i przestrzegania powyższych zasad każdy lekarz zobowiązuje się występując do ZUS-u z wnioskiem o nadanie uprawnień do wystawiania zaświadczeń o czasowej niezdolności do pracy.

Ich nieprzestrzeganie, a także wystawianie zaświadczeń bez przeprowadzenia bezpośredniego badania ubezpieczonego i bez udokumentowania rozpoznania może być podstawą do czasowego cofnięcia lekarzowi przez Zakład Ubezpieczeń Społecznych nadanych uprawnień. Okres ten może wynosić do 12 miesięcy. Podstawa prawna: art. 60 ustawy z 25 czerwca 1999 o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa (Dz. U. nr 60, poz. 630 z 12 lipca 1999 r.).

Przychodzi lekarz do prawnika

Pytanie lekarza: Czy pacjent może odmówić przyjmowania leków?

Odpowiedź prawnika: Przyjmowanie leków jest jedną z metod terapii – czyli w konsekwencji częścią procesu leczenia. Nie ulega przy tym wątpliwości, że jednym z podstawowych praw pacjenta jest prawo do wyrażania zgody na leczenie. Pacjent ma także oczywiście prawo do niewyrażania zgody na leczenie. W świetle poglądów doktryny nie ulega wątpliwości, że pacjent może wyrażać zgodę na leczenie w określony sposób – określonymi metodami. Może więc odmówić zgody na leczenie farmakologiczne, ale zgadzać się na zabieg operacyjny lub odwrotnie. Oczywiście nie zawsze istnieją alternatywne sposoby leczenia lub nie zawsze alternatywny sposób leczenia jest dostępny. W takiej jednak sytuacji prawo pacjenta nie doznaje ograniczenia i nadal może on odmówić poddania się określonej terapii.

Z powyższych względów uznać należy, że pacjent, co do zasady, może odmówić przyjmowania leków – zarówno wszystkich przepisanych przez lekarza jak i tylko niektórych. W świetle ustawy o zawodzie lekarza uznać zresztą należy, że także w trakcie leczenia farmakologicznego pacjent powinien zostać dokładnie (a zarazem w przystępnej formie) poinformowany o diagnozie i proponowanym leczeniu i ewentualnych skutkach ubocznych i możliwych powikłaniach. Informacja ta służyć ma pacjentowi także do świadomego wyrażenia zgody na leczenie.

W odróżnieniu jednak od zabiegu operacyjnego lub innego związanego z podwyższonym ryzykiem, na leczenie farmakologiczne nie musi być wyrażana (co

do zasady) zgoda pisemna. W niektórych wypadkach jednak zgoda w takiej formie może być jednak konieczna – podanie bowiem niektórych leków może wiązać się ze szczególnym ryzykiem, wchodzi w grę także podanie leków w ramach eksperymentu medycznego, który może mieć także charakter leczniczy. Wypadki takie będą jednak miały, jak się wydaje, charakter szczególny.

W wypadku podjęcia leczenia farmakologicznego zwykle zatem wystarczy wyrażenie zgody w formie jakiegokolwiek – także w sposób dorozumiany, co w wypadku tego sposobu leczenia może w szczególności wynikać po prostu z przyjmowania leków. Wyrażony sprzeciw oznacza jednak brak zgody i w konsekwencji niemożność kontynuowania leczenia (przynajmniej w ten sposób).

Reasumując, można sprowadzić problem odmowy przyjmowania leków do kwestii zgody pacjenta na leczenie. Wiąże się to oczywiście z możliwością świadomego wyrażania zgody (lub nie) przez pacjenta a także z problemem wyjątków od zasady wskazanej na wstępie. W świetle zarówno samej ustawy o zawodzie lekarza jak i innych ustaw uznać należy, że prawo pacjenta do wyrażania zgody lub nie na leczenie nie ma charakteru bezwzględnego, ale doznaje ograniczeń i polskie prawo przewiduje wyjątki.

Nie sposób w tym miejscu wskazać i omówić wszystkich przypadków, kiedy możliwe jest leczenie bez zgody pacjenta. Jedynie przykładowo wskazać można leczenie niektórych osób chorych psychicznie bez ich zgody w trybie przewidzianym w ustawie o ochronie zdrowia psychicznego czy też leczenie osób pozbawionych wolności, których stan zdrowia zagraża ich życiu, w związku

z czym kodeks karny wykonawczy pozwala na przeprowadzenie bez ich zgody nawet zabiegu operacyjnego.

Także w trakcie takiego zabiegu – w trakcie przygotowania pacjenta do niego i po zabiegu konieczne jest również podawanie leków. Jeżeli zabieg można przeprowadzić bez zgody pacjenta, to można też podać mu leki...

W wielu przypadkach zresztą problemem będzie przymusowe podanie leków pacjentowi, który odmawia ich przyjmowania. Wiąże się to z innym problemem – użycia przymusu, czego co do zasady nie ma prawa dokonywać nikt z personelu medycznego. Oczywiście także i w tym przypadku istnieć będą wyjątki, które jednak wymagają odrębnego omówienia, przekraczającego granice niniejszego opracowania – odpowiedzi na przedstawione pytanie.

opr. Edyta L. Wędrychowska

Pytanie lekarza: Uprzejmie proszę o przybliżenie problemu odszkodowań w przypadku zabiegów chirurgii estetycznej.

Odpowiedź prawnika: Na początek parę słów na temat charakteru prawnego tzw. zabiegów estetycznych. Pragnę zwrócić Państwa uwagę na występujące spory w orzecznictwie sądowym co do zakresu zobowiązania lekarza względem pacjenta.

Z jednej strony istnieje pogląd, że są to zabiegi rezultatu i lekarz ponosi odpowiedzialność za brak zakładanych efektów leczenia. Z drugiej uważa się, że jest to taka sama operacja jak każda inna. A więc lekarz nie odpowiada za rezultat, ale za dołożenie wysokiej staranności wykonania zabiegu (brak tej sta-



Skutecznie zapobiega niedoborom informacji

@esculap.pl

www.esculap.pl

DENDRITE



e-zdrowie.com S.A. MDM część Grupy Dendrite International, 02-673 Warszawa, ul. Konstruktorska 11 A, e-mail: info@esculap.pl

- Każdego dnia najnowsze wiadomości z możliwością zamieszczania własnych komentarzy
- „Goniec medyczny” – cotygodniowy biuletyn elektroniczny
 - Polski lekarz w Unii Europejskiej
- 20 działów klinicznych, odpowiadających specjalizacjom lekarskim
 - Aktualny indeks leków „Pharmindex”
 - Standardy towarzystw naukowych
- Pełne teksty artykułów medycznych i podręczników
 - Własne adresy e-mailowe i prywatne strony WWW dla lekarzy
 - Gielda pracy

potrzebny portal medyczny

ranności i wystąpienie szkody u pacjenta rodzi odpowiedzialność lekarza). Pomimo tych sporów, kierunek wyroków sądowych oraz wypowiedzi wybitnych prawników skłaniają się do traktowania zabiegów estetycznych jako zabiegów rezultatu.

Kolejną ważną sprawą jest ustalenie czy zabieg miał charakter leczniczy (zmierzał do leczenia lub poprawy zdrowia), czy też charakter nieleczniczy (efektem miało być wyłącznie polepszenie wyglądu zewnętrznego). Z treści pytania wynika, że chodzi najprawdopodobniej o zabiegi o charakterze nieleczniczym. To ustalenie jest potrzebne ze względu na zakres wymaganych informacji jakich lekarz powinien udzielić przed zabiegiem, aby zgoda, którą pacjent wyraził była zgodą świadomą (zgodą objaśnioną). Co to oznacza?

Już 5 września 1980 r. Sąd Najwyższy w sprawie zakończonej wyrokiem orzekł, że w przypadku zabiegów estetycznych podejmowanych dla polepszenia wyglądu zewnętrznego zgoda pacjenta jest zachowana tylko wtedy, gdy pacjent został uprzednio dostatecznie poinformowany o wszelkich, mniej lub bardziej możliwych do przewidzenia, skutkach interwencji, która nie stwarza dla niego ryzyka wyższego od przeciętnego. Biorąc to pod uwagę wydaje się, że w przypadku nieudanego zabiegu można zażądać zwrotu pieniędzy.

Jakie są możliwości wystąpienia z roszczeniem o zwrot pieniędzy? Można wystąpić bezpośrednio do lekarza o ich zwrot (w całości lub ustalonej przez lekarza i pacjenta części – rodzaj polubownej ugody), powołując się na ustalenie, które poczyniono przed zabiegiem i uzyskany efekt. Albo wystąpić na drogę powództwa cywilnego, co będzie wymagało wykazania szkody jakiej doznał pacjent i przeprowadzenia odpowiedniego dowodu przez powoda lub jego przedstawiciela.

opr. Dorota Karkowska

Pytanie lekarza: Jak ma się zachować lekarz, jeżeli małoletniemu pacjentowi zagraża niebezpieczeństwo, a rodzice nie wyrażają zgody na zabieg?

Odpowiedź prawnika: Kwestię zgody na wykonanie zabiegu operacyjnego (albo zastosowanie metody leczenia lub diagnostyki stwarzającą podwyższone ryzyko dla pacjenta) reguluje przepis art. 34 ustawy z 5 grudnia 1996 r. o zawo-
dzie lekarza (tekst jedn.: Dz. U. z 2002 r. nr 21, poz. 204, z późn. zm.).

W przypadku pacjenta małoletniego co do zasady konieczna jest zgoda jego przedstawiciela ustawowego (którym zwykle są rodzice) wyrażona w formie pisemnej. Pisemną zgodę musi wyrazić także sam małoletni pacjent jeżeli ukończył 16 lat. Jeżeli jednak przedstawiciel ustawowy nie wyraża zgody, a wykonanie zabiegu jest niezbędne dla usunięcia niebezpieczeństwa utraty przez pacjenta życia lub ciężkiego uszkodzenia ciała bądź ciężkiego rozstroju zdrowia, zabieg można przeprowadzić za zgodą sądu rodzinnego.

Jeżeli jednak zwłoka spowodowałaby niebezpieczeństwo dla życia lub ciężkiego uszkodzenia, lub rozstroju ciała, lekarz może wykonać zabieg także bez zgody sądu rodzinnego. W takiej sytuacji powinien się jednak lekarz skonsultować z innym lekarzem, w miarę możliwości tej samej specjalności. Jeżeli jednak konsultacja z jakimkolwiek innym lekarzem nie byłaby możliwa, lekarz może przeprowadzić zabieg nawet bez takiej konsultacji. O przeprowadzeniu zabiegu należy niezwłocznie zawiadomić przedstawiciela ustawowego lub sąd rodzinny.

Jak wynika z przedstawionego unormowania o zachowaniu lekarza w takiej sytuacji decyduje stan pacjenta. Przy bezpośrednim zagrożeniu życia lub niebezpieczeństwie ciężkiego uszczerbku na zdrowiu lekarz może wykonać zabieg bez zgody rodziców (czy przy ich sprzeciwie) za zgodą sądu rodzinnego, a jeżeli uzyskanie takiej zgody trwałoby zbyt długo – decyzję podejmuje dwóch lekarzy lub wyjątkowo – jeden lekarz.

Wypada na marginesie zauważyć, że ustawa wyraźnie nie mówi czy tak samo można postąpić, jeżeli małoletni pacjent ma już 16 lat i sam również nie wyraża zgody. Jest pewne, że w takiej sytuacji zgoda rodziców nie wystarczy, natomiast brak zgody samego małoletniego pacjenta wydaje się uniemożliwiać przeprowadzenie zabiegu, chyba że nie jest on zdolny do świadomego wyrażenia zgody.

Zgoda musi być wyrażona na piśmie i powinna to być zgoda na konkretny zabieg, jaki ma być przeprowadzony. O zabiegu, sposobie jego wykonania i związanym z nim ryzykiem powinno się wcześniej poinformować rodziców i samego pacjenta, jeżeli ukończył on 16 lat.

opr. Edyta L. Wędrychowska

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

• **Czy powołać komisję śledczą w sprawie ustawy „Prawo farmaceutyczne”?** Są produkty lecznicze, które przy rejestracji w Polsce nie wymagają z mocy prawa „dowodów skuteczności terapeutycznej” (sic!). To produkty homeopatyczne, a wyżej wymieniony, kompromitujący polskie prawo i jego autorów zapis można znaleźć w... ustawie „Prawo farmaceutyczne” (art. 21). Czy należy w związku z tym powołać komisję śledczą w sprawie ustawy „Prawo farmaceutyczne”? – pyta prof. Andrzej Gregosiewicz z AM w Lublinie. • **Mniej łapówek dla lekarzy.** Od kilku lat w Polsce przestało nasilać się zjawisko wręczania łapówek w placówkach zdrowia. Jedynie 6% Polaków decyduje się na wręczenie łapówki lekarzowi – wynika z raportu „Diagnoza społeczna 2005”. Już ponad 40% Polaków mimo ubezpieczenia w NFZ płaci za leczenie z własnej kieszeni. • **Czarna lista lekarzy w Internecie.** W Internecie funkcjonuje „Czarna lista lekarzy”. Pacjenci wpisują na nią lekarzy, których oskarżają o błędy w sztuce lekarskiej. Pomówieni medycy są bezradni wobec anonimowych doniesień internautów. Sprawdź, czy jesteś na „Czarnej Liście Lekarzy” w Internecie: <http://mx.geocities.com/operacja2000/Czarna-Lista-Lekarzy.htm> • **371 niskooprocentowanych pożyczek.** Dotychczas 371 publicznych placówek medycznych podpisało z Bankiem Gospodarstwa Krajowego umowy o pożyczki z budżetu państwa na łączną kwotę 1,339 mld zł – poinformował rzecznik BGK Maciej Tekielski. • **Polskie protezy dla niemieckich pacjentów.** Brandenburgska kasy chorych AOK zachęca mniej zamożnych Niemców do korzystania z usług polskich dentystów. Od stycznia br. zmienił się bowiem w Niemczech sposób finansowania m. in. usług protetycznych i niektórzy tamtejsi pacjenci stanęli przed wyborem: albo zrobić sobie protezę w Polsce, albo wcale.

dokończenie na str. 36

Co z tym SKOK-iem?

Zyć zmusza mnie do podparcia się kredytem. Każdy ma taki okres. Pomna więc obietnic dotyczących zalet jakie miał mieć nasz SKOK z nadzieją czytałam się w rubryczki znalezione na łamach „Gazety Lekarskiej”.

Moje oświecenie było jednak mało przyjemne. Inflacja jest na poziomie ok. 3% rocznie, SKOK nie utrzymuje swoich siedzib, bo korzysta z lokali izb lekarskich, osoby obsługujące go też są pracownikami naszych biur, choć – zupełnie słusznie – dostają za dodatkową pracę odpowiednią gratyfikację.

Według ustawy SKOK-i „prowadzą działalność niezarobkową”. W 2004 r. miało wygasnąć trzyletnie zwolnienie ich z płacenia podatku dochodowego, zostało ono jednak przedłużone na następny okres. Ulgi takiej nie ma żaden inny bank. Fakty te mogą sugerować niskie koszty funkcjonowania tej instytucji. Pamiętam zapewnienia wczesnych zwolenników SKOK-u o jego całkowitej bezkonkurencyjności na rynku bankowym i ogromnej dostępności dla nas, lekarzy. Jak to będzie pięknie, bo stworzymy sobie nasz bank i nie będziemy dawali łupić sobie skóry przez innych. Nic takiego nie uderzyło mnie we wcześniejszej wspomnianej lekturze.

Postanowiłam więc zadać sobie trud i porównać inne propozycje z tzw. banków komercyjnych. Oferty są tak różnie przedstawiane, że trzeba nieco cierpliwości, by dotrzeć do sedna. By rzecz była porównywalna zadawałam zawsze to samo pytanie o ostateczną cenę kredytu 30 000 zł na okres 36 miesięcy.

Różnice zaczynają się już po wstępnym „dzień dobry”. Jedni żądają PIT 36 za ostatnie dwa lata, inni tylko PIT 5 za ostatnie trzy miesiące. Jednym wystarczą przelewy opłat na ZUS i urząd skarbowy, inni muszą dostać zaświadczenie o niezaleganiu z opłatami. W jednym banku kredyt może dostać każdy, w innym trzeba mieć „miejscowe” konto (by wziąć pożyczkę w naszym SKOK-u, też trzeba być członkiem spółdzielni). Jednym jako

zabezpieczenie wystarczy weksel *in blanco*, inni chcą zabezpieczenia na kupowanym sprzęcie, jeszcze inni hipoteki na dom.

Różna prowizja powoduje różne zmniejszenie realnego kredytu, bo dostajemy mniej gotówki na rękę. By i w tym zakresie propozycje były porównywalne, przyjąłam założenie, że prowizję płacimy z własnej kieszeni otrzymując tym samym pełne 30 000 zł kredytu. Jest więc w czym wybierać.

Przejdźmy do konkretnych.

SKOK Izby Lekarskich – dla osób fizycznych. Koszty zależą tu od wieku i płci. Coś takiego nie wystąpiło w żadnym sprawdzanym przeze mnie banku. Kobiety są nieco uprzywilejowane. Musimy zapłacić 9% prowizji, co daje 2700 zł i ubezpieczenie w wysokości 383,03 zł. Ogólny koszt po 3 latach czyli 953,93 x 36 rat to (dla kobiety w średnim wieku) 34 341,48 zł. Do tego trzeba dodać koszty wpisowego i członkostwa przez trzy lata (190 zł + 36 x 30 zł składka miesięczna), co stanowi okragłą sumkę 1270 zł. Wprawdzie miesięczna składka pozostaje na naszym koncie jako wkład i po tych trzech latach możemy ją wycofać, ale ten koszt musimy ponieść razem z kredytem, kiedy przecież brakuje nam gotówki. Ogólnie musimy więc wydać 8694,51 zł minus swego rodzaju premia dla osłody na koniec w postaci naszych wkładów w wysokości 1080,00 zł, co daje ostateczny koszt kredytu 7614,51 zł. Kredytów inwestycyjnych dla firm nie przewidziano.

Nasuwa się pytanie, dla kogo ten nasz SKOK jest taki „przyjazny”? Jeśli ktoś jest w stanie udowodnić mi błąd w moich ustaleniach, to bardzo proszę, będę z tego powodu bardzo szczęśliwa. Będzie to bowiem znaczyło, że zapłacę mniej niż sądzę, a ja muszę wziąć kredyt!

lek. dentysta Anita Pacholec

Autorka jest członkiem Naczelnej Komisji Rewizyjnej

Przyjazny SKOK Izb Lekarskich

REKLAMA

Ograniczenie objętości niniejszego tekstu nie pozwala nam odnieść się do wszystkich nieprawdziwych informacji i błędnych wniosków zawartych w artykule „Co z tym SKOK-iem?”

Na wstępie pragniemy jednak sprostować:

Po pierwsze, koszt kredytu uzyskiwanego w naszej SKOK nie jest uzależniony od płci. Wysokość prowizji i odsetek zależy wyłącznie od rodzaju zaciąganego kredytu. Natomiast wysokość składki ubezpieczeniowej dotyczącej ubezpieczenia na życie stanowiącego zabezpieczenie kredytu jest uzależniona m.in. od płci – wynika to z ogólnie przyjętych zasad ubezpieczeniowych.

Po drugie, do kosztów kredytu nie należy wliczać wkładów i udziałów członkowskich, które są zapisywane na konto członka, a tym bardziej obowiązkowych składek członkowskich, które są oprocentowane, a więc – stosując logikę zaprezentowaną w artykule – obniżają koszt kredytu. Ponadto obowiązek wnoszenia składek dotyczy jedynie okresu półrocznego, gdyż zgodnie ze stosownym regulaminem członek SKOK IL powinien wpłacić co najmniej sześć obowiązkowych składek, tj. 180,00 zł (6 x 30,00 zł).

Splacając otrzymany kredyt członek naszej SKOK nie musi rezygnować z członkostwa, tym samym zaciągając kolejny kredyt nie będzie musiał ponosić kosztów wpisowego (30,00 zł) oraz wpłacać nowych wkładów i udziałów (łącznie 110,00 zł).

Po trzecie, istnienie bądź brak ulgi podatkowej w zakresie podatku dochodowego od osób prawnych w żaden sposób nie wpływa na wysokość oprocentowania kredytów, natomiast ustawowy zapis o prowadzeniu przez SKOK-i działalności niezarobkowej daje podstawę do ustalania nadwyżki przychodów w postaci prowizji i odsetek od kredytów nad oprocentowaniem lokat jedynie w wysokości gwarantującej pokrycie kosztów prowadzenia działalności i tym samym umożliwia SKOK-om ustalanie oprocentowania kredytów na niskim, a co najmniej umiarkowanym poziomie.

Przypominamy ponadto, że SKOK IL, powołana do życia uchwałą VI Krajowe-

go Zjazdu Lekarzy działa w oparciu o ustawę o spółdzielczych kasach oszczędnościowo-kredytowych i prowadzi działalność gospodarczą w formie spółdzielni osób fizycznych. Podstawową działalnością SKOK IL jest przyjmowanie depozytów oraz udzielanie kredytów i pożyczek swoim członkom na możliwie korzystnych warunkach z uwzględnieniem kosztów prowadzonej działalności.

Z kolei pragniemy zauważyć, iż dowodem na potrzebę istnienia SKOK-u w środowisku lekarskim jest fakt wypłacenia przez SKOK IL kredytów na łączną kwotę ponad 17 mln zł.

Zachęcamy nowych członków do wstępowania do naszej spółdzielni oraz do namawiania przedstawicieli samorządu lekarskiego do wspierania naszej działalności, gdyż liczebność kasy oraz obniżanie kosztów jej działalności ma znaczący wpływ na cenę oferowanych kredytów i pożyczek

I na koniec zachęcamy Panią Doktor do wzięcia pożyczki w naszej kasie. Jej koszt będzie z pewnością niższy, niż podany w artykule.

Proponujemy pożyczkę FORTUNA w wysokości 30 000,00 na okres 3 lat przy następujących kosztach:

– oprocentowanie do zapłaty	
w okresie 3 lat	4799,38 zł
– prowizja 5%	1500,00 zł
– opłata za rozpatrzenie wniosku	20,00 zł
razem koszt kredytu	6319,38 zł

Nie podajemy tu kosztu zabezpieczenia kredytu w postaci ubezpieczenia na życie, gdyż jego wysokość jest rzeczywiście uzależniona między innymi od płci. Dla przykładu informujemy, iż łączna składka ubezpieczeniowa zapłacona przez kobietę trzydziestoletnią wyniesie 366,39 zł, zaś składka kobiety pięćdziesięcioletniej 734,28 zł. SKOK IL nie ma wpływu na wysokość i zasady obliczania składek. Jest chyba jednak oczywiste, że udzielane kredyty muszą posiadać zabezpieczenia.

Zarząd SKOK IL
z up. Tadeusz Pawlikowski

REKLAMA

• **Nielegalny gabinet dentystyczny.** Policja odkryła w Szczecinie nielegalny gabinet dentystyczny, prowadzony w prywatnym mieszkaniu przez dwóch obywateli Ukrainy. • **Mniejsze szanse dla Polaków chorych na raka.** Pięć lat od momentu zachorowania na raka przeżywa w Polsce 42% pacjentów, podczas gdy w Hiszpanii 56%, w Belgii – 58%, a we Francji – ponad 60%. Ponadto Polacy mają najtrudniejszy dostęp do nowoczesnych leków onkologicznych – wynika z raportu szwedzkich naukowców. • **Wymuszane prawa pacjenta.** Sąd Najwyższy orzekł, że małżeństwo W. ma prawo dochodzenia od szpitala w Łomży kosztów utrzymania niepełnosprawnego dziecka – których nie musieliby ponosić, gdyby szpital nie pozbawił ich praw do decyzji o legalnym przerwaniu ciąży. Zdaniem ministra zdrowia Marka Balickiego wyrok ten wymusi na placówkach przestrzeganie praw pacjenta. • **Za starzy na leczenie raka.** Łódzki Oddział NFZ zabrał tamtejszemu Szpitalowi im. Kopernika prawie 300 tys. zł. Powodem było leczenie nowoczesnym lekiem przeciwnowotworowym chorych na raka jelita grubego, którzy... ukończyli 65 rok życia. • **Pozwy oddalone.** Sąd Apelacyjny w Białymstoku oddalił apelacje trzech podlaskich placówek medycznych, które od NFZ i Skarbu Państwa domagały się zwrotu pieniędzy za realizację podwyżek płac wynikających z tzw. ustawy 203. • **Łapówki dla ordynatora.** Przed przemyskim Sądem Rejonowym rozpoczął się proces Krzysztofa R., lekarza ortopedy, byłego ordynatora w Wojewódzkim Szpitalu w Przemyślu, oskarżonego o przyjmowanie łapówek. Lekarz nadal pozostaje zatrudniony w szpitalu, ale nie pełni już funkcji ordynatora.

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

Debata

Klauzula sumienia a diagnostyka prenatalna



foto: Marek Stankiewicz

Tygodnik „Polityka” w numerze 35(2519) z 3 września 2005 r. opublikował artykuł redaktora Marcina Kołodziejczyka pt. „Sumienni”. Autor, rozważając problematykę etyczną diagnostyki prenatalnej, przeprowadził liczne wywiady na temat klauzuli sumienia zawartej w artykule 39 ustawy o zawodzie lekarza.

W publikacji przedstawione są różne, często przeciwstawne poglądy; niektórzy (choć oczywiście nie wszyscy) spośród udzielających red. Kołodziejczykowi wywiadów postulowali zasadę, że pacjent jest jedynym decydentem w sprawie udzielanych mu świadczeń medycznych, a rola lekarza sprowadza się do realizowania decyzji pacjenta. Red. Kołodziejczyk zwrócił się do mnie z licznymi pytaniami dotyczącymi omawianego problemu. Odpowiedziałem, że udzielenie wyczerpującej odpowiedzi wymagałoby obszernego, nowego artykułu i wolałbym opublikować krótką opinię. Redaktor wyraził zgodę i w swoim artykule, zawierającym szereg kontrowersyjnych wypowiedzi opublikował „w ramach” mój tekst. Z uwagi na fakt, że publikacja wiąże się ściśle z problemami poruszonymi podczas omawianej przez nas debaty na temat biotechnologii prenatalnej uznałem za celowe opublikowanie tegoż tekstu w „Gazecie Lekarskiej”. Cytuję mój tekst opublikowany w tygodniku „Polityka”:

Pamiętajmy o „i”

Artykuł 4 Części Ogólnej Kodeksu Etyki Lekarskiej stanowi: „Dla wypełnienia swoich zadań lekarz powinien zachować swobodę działań zawodowych, zgodnie ze swoim sumieniem i współczesną wiedzą medyczną”.

Znaciskiem podkreślam spójnik „i” w cytowanym wyżej tekście. Tak więc działania sprzeczne ze współczesną wiedzą medyczną nie mogą być usprawiedliwiane klauzulą sumienia; ale również działania pozornie zgodne z wiedzą medyczną, ale sprzeczne z zasadami etyki normatywnej są etycznie nieakceptowalne.

Współczesna wiedza medyczna, w oparciu o genetykę, może precyzyjnie określić kiedy rozpoczyna się istnienie organizmu żywego należącego do gatunku *homo sapiens* – a więc człowieka; następuje to w momencie pojawienia się w ludzkiej komórce jajowej struktury genetycznej opisującej nowego człowieka, która natychmiast rozpoczyna swoją biologiczną samorealizację. Potocznie moment ten nazywamy poczęciem. Każde umowne uznanie za początek życia człowieka jakiegos innego momentu nie znajduje racjonalnego uzasadnienia.

Etyka normatywna opiera się na zasadzie obiektywnego istnienia dobra i zła. Odrzucenie etyki normatywnej uniemożliwiłoby np. ustanowienie racjonalnych przepisów ruchu drogowego – bo obiektywne dobro, jakim jest troska o życie i zdrowie użytkowników dróg, musiałoby być uznane za nieistniejące. Podobnie etyka lekarska tylko wtedy może służyć racjonalnie życiu i zdrowiu ludzkiemu, gdy opiera się na zasadzie istnienia dobra i zła.

W oparciu o powyższe zasady lekarz powinien służyć „kulturze życia”, a nie „kulturze śmierci”. Powoływanie się na klauzulę sumienia jako na uzasadnienie działań służących „kulturze śmierci” jest sprzeczne z art. 4 Kodeksu Etyki Lekarskiej.

Obecnie powszechnie stosowane zasady medycyny partnerskiej stanowią, że do podjęcia działań lekarskich konieczna jest świadoma zgoda pacjenta, po uzyskaniu pełnej informacji wyrażonej w sposób dla niego zrozumiały, ale ponadto zgoda lekarza – który widzi wskazania lekarskie do podjęcia działań służących życiu i zdrowiu ludzkiemu. Potrzebna jest więc zgoda dwóch stron. Samo życzenie pacjenta nie wystarcza, aby lekarz podjął działanie, jeżeli nie widzi wskazań lekarskich i uzasadnienia etycznego.

Jerzy Umiastowski

Pożyczki na restrukturyzację

REKLAMA

Do 12 października br. do Banku Gospodarstwa Krajowego wpłynęło 540 wniosków o pożyczkę na kwotę 1579,8 mln zł. Dotychczas 371 publicznych zakładów opieki zdrowotnej podpisało umowę pożyczki na łączną kwotę 1339,0 mln zł. Pożyczki wypłacane są w transzach:

1. **pierwsza transza** (50 proc. kwoty pożyczki) jest wypłacana w ciągu miesiąca od dnia podpisania umowy o pożyczkę,
2. **druga transza** (25 proc. kwoty pożyczki) jest wypłacana w ciągu do 3 miesięcy od dnia podpisania umowy o pożyczkę; warunkiem uruchomienia środków jest udokumentowanie wykorzystania pierwszej transzy, tj. zaspokojenie należności głównych z tytułu roszczeń pracowników wynikających z tzw. ustawy 203, bądź udokumentowanie wcześniejszego zaspokojenia wymienionych roszczeń,
3. **trzecia transza** (25 proc. kwoty pożyczki) wypłacana jest pod warunkiem wydania przez organ restrukturyzacyjny prawomocnej decyzji o warunkach restrukturyzacji oraz udokumentowania prawidłowości wykorzystania drugiej transzy pożyczki.

Wartość uruchomionych środków na rzecz zakładów opieki zdrowotnej wyniosła **523 mln zł**.

Ustawa o pomocy publicznej i restrukturyzacji publicznych zakładów

opieki zdrowotnej z 21 kwietnia 2005 r. dawała też publicznym zakładom opieki zdrowotnej możliwość pozyskania środków na restrukturyzację poprzez emisję obligacji. Do Banku Gospodarstwa Krajowego wpłynęło 14 takich wniosków o łącznej nominalnej wartości obligacji **211,5 mln zł**. Dziesięciu wnioskodawców poproszonych zostało o uzupełnienie wymaganej dokumentacji, a cztery pierwsze wnioski zostaną niebawem rozpatrzone przez bank.

Zestawienie ilości i wartości złożonych wniosków o pożyczkę wg województw prezentuje załączona tabela.

Ustawa przewiduje, że pożyczkę można przeznaczyć na:

- spłatę należności głównej,
- należności z tytułu składek na ubezpieczenie emerytalne,
- ubezpieczenie społeczne w części finansowanej przez pracownika,
- ubezpieczenie zdrowotne,
- należności z tytułu zobowiązań cywilnoprawnych.

Pożyczką nie zostały objęte m.in. odsetki za zwłokę. Środkami z pożyczki można sfinansować należności powstałe w okresie od 1 stycznia 1999 r. do 31 grudnia 2004 r.

Przypomnijmy, że pierwsze pożyczki w lipcu br. zasiły szpitale w Zakopanem, Leżajsku i Giżycku.

(MS)

Wnioski o pożyczkę na restrukturyzację PZOZ złożone w BGK wg stanu na 12 października 2005 r.

Wyszczególnienie	Liczba	Wartość mln zł
Mazowieckie	74	233,5
Małopolskie	47	172,4
Dolnośląskie	66	160,9
Śląskie	55	157,3
Łódzkie	43	139,4
Lubelskie	38	121,3
Pomorskie	32	111,6
Kujawsko-pomorskie	27	86,4
Podkarpackie	18	72,1
Lubuskie	21	59,5
Świętokrzyskie	21	58,7
Podlaskie	18	55,7
Warmińsko-mazurskie	24	46,2
Wielkopolskie	22	44,3
Zachodniopomorskie	21	35,6
Opolskie	13	25,0
Razem	540	1579,8

REKLAMA

Medyczny Nobel 2005

Komitet Nagrody Nobla w Karolinska Institutet postanowił, że Nagrodę Nobla za rok 2005 w dziedzinie fizjologii lub medycyny otrzymają wspólnie: **Barry J. Marshall** i **J. Robin Warren** za odkrycie „bakterii *Helicobacter pylori* i jej znaczenia dla rozwoju zapalenia żołądka i choroby wrzodowej żołądka i dwunastnicy”.

Tegoroczni laureaci nagrody Nobla dokonali znaczącego i nieoczekiwanego odkrycia zakaźnej etiologii zapalenia żołądka oraz choroby wrzodowej żołądka i dwunastnicy. Wymienione choroby są wywołane przez bakterię *Helicobacter pylori*.

Robin Warren (ur. 1937), patolog z miasta Perth (Australia) wykrył w wycinkach tkanek pobranych z dolnej (przedodźwiernikowej) części żołądka ok. 50% pacjentów poddanych biopsji tego narządu kolonie małych zakrzywionych bakterii. Jemu zawdzięczamy wykrzyk, że w pobliżu miejsca przebywania bakterii błona śluzowa żołądka jest zawsze objęta procesem zapalnym.

Barry Marshall (ur. 1951) zainteresował się pracami Warrena jako młody doktorant i razem z nim przeprowadził badanie wycinków żołądka ok. 100 pacjentów. Po kilku nieudanych próbach Marshallowi udało się wyhodować z kilku wycinków nieznaną wcześniej gatunek bakterii (później nazwany *Helicobacter pylori*). Obaj uczeni wspólnie wykryli te bakterie u prawie wszystkich pacjentów cierpiących na zapalenie żołądka lub chorobę wrzodową. To skłoniło ich do wysunięcia przypuszczenia o związku *H. pylori* z etiologią tych chorób.

Choć w owym czasie lekarze potrafili leczyć wrzody trawienne, podając pacjentom leki hamujące wytwarzanie kwasu w żołądku, często dochodzi-

ło do nawrotów choroby, ponieważ leczenie nie niszczyło bakterii ani nie przeciwdziałało przewlekłemu zapaleniu. Badania eksperymentalnej terapii prowadzone przez Marshalla i Warrena wraz z innymi naukowcami wykazały, że całkowite wyleczenie jest możliwe jedynie po eradykacji (usuńnięciu) bakterii z żołądka. Dzięki pionierskiemu odkryciu Marshalla i Warrena choroba wrzodowa żołądka i dwunastnicy przestała być schorzeniem przewlekłym, często ograniczającym sprawność chorego, lecz stała się chorobą, którą można wyleczyć dzięki krótkiej antybiotykoterapii połączonej z podawaniem inhibitorów kwasu solnego.

shall i Robin Warren, którzy, działając uparcie i metodycznie, podważyli rozpowszechnione dogmaty. Wykorzystując ogólnie dostępne rozwiązania techniczne (badanie endoskopowe, wybarwianie srebrem preparatów histologicznych oraz metody hodowli bakterii mikroaerofilnych), zgromadzili niepodważalne dowody na to, że bakterie *Helicobacter pylori* są przyczyną choroby wrzodowej. Dzięki opanowaniu metody hodowli laboratoryjnej *H. pylori* umożliwili przeprowadzanie badań nad tymi bakteriami.

H. pylori – zakażenie na całe życie

H. pylori to Gram-ujemna bakteria przypominająca kształtem spiralę, kolonizująca żołądek u około 50% ludzi. Rozpowszechnienie zakażenia jest znacznie niższe w krajach wysoko rozwiniętych niż w krajach rozwijających się, gdzie zakażona może być praktycznie cała populacja.

Do zakażenia dochodzi zazwyczaj we wczesnym dzieciństwie. Źródłem bakterii jest często matka. Drobnoustroje mogą pozostawać w żołądku do końca życia pacjenta. Początkowo bakterie przebywają w dolnej (odźwiernikowej) części żołądka. Robin Warren jako pierwszy ustalił, że zakażenie *H. pylori* zawsze wiąże się ze stanem zapalnym błony śluzowej żołądka w miejscu kolonizacji, czego dowodem jest nacieki z komórek zapalnych.

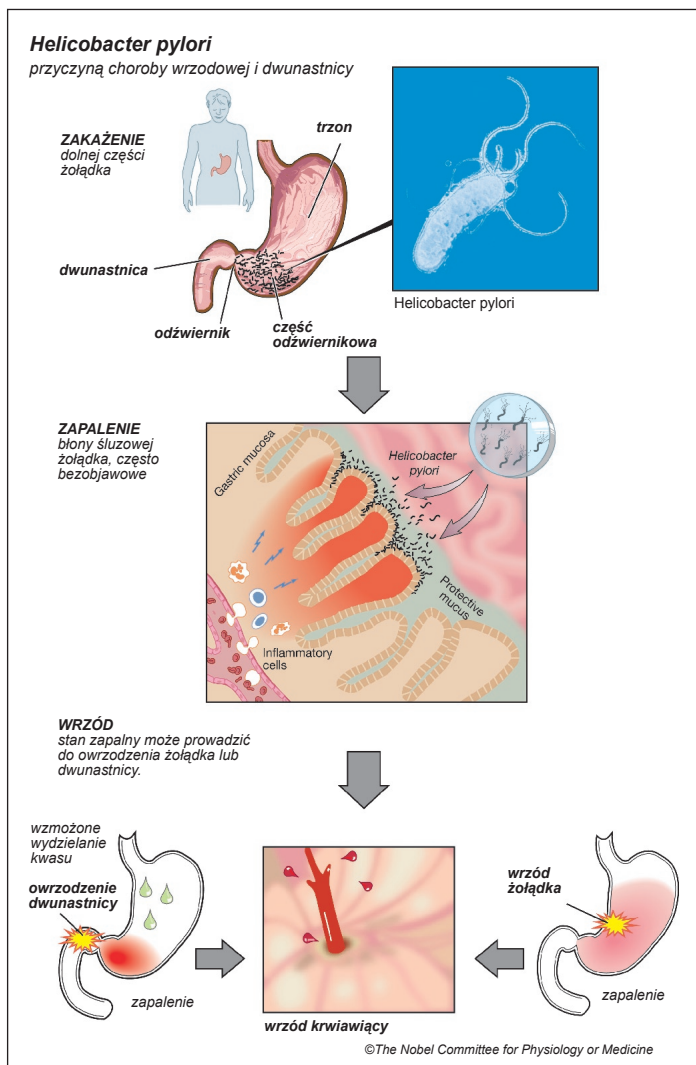
Zakażenie jest zazwyczaj bezobjawowe, lecz może prowadzić do choroby wrzodowej

Rozwój chorób związanych z zakażeniem *H. pylori* zależy przede wszyst-

ko do nawrotów choroby, ponieważ leczenie nie niszczyło bakterii ani nie przeciwdziałało przewlekłemu zapaleniu. Badania eksperymentalnej terapii prowadzone przez Marshalla i Warrena wraz z innymi naukowcami wykazały, że całkowite wyleczenie jest możliwe jedynie po eradykacji (usuńnięciu) bakterii z żołądka. Dzięki pionierskiemu odkryciu Marshalla i Warrena choroba wrzodowa żołądka i dwunastnicy przestała być schorzeniem przewlekłym, często ograniczającym sprawność chorego, lecz stała się chorobą, którą można wyleczyć dzięki krótkiej antybiotykoterapii połączonej z podawaniem inhibitorów kwasu solnego.

Wrzód trawienny chorobą zakaźną!

Tegoroczną Nagrodę Nobla w dziedzinie fizjologii lub medycyny otrzymują Barry Mar-



kim od nasilenia procesu zapalnego i jego umiejscowienia w obrębie żołądka. Choć u większości osób zakażenie przebiega bezobjawowo, 10-15% zakażonych w pewnym okresie życia będzie cierpieć na chorobę wrzodową. Wrzody trawienne powstają częściej w dwunastnicy niż w żołądku i mogą prowadzić do poważnych powikłań, jak krwawienia z wrzodu i przebicie ściany żołądka.

Zgodnie z obecnymi poglądami wywołany zakażeniem *H. pylori* przewlekły stan zapalny dolnej (dystalnej) części żołądka wzmacnia wydzielanie kwasu solnego przez zdrową, górną część narządu. Stwarza to warunki do rozwoju wrzodów trawiennych w gorzej zabezpieczonej przed atakiem kwasu dwunastnicy.

Nowotwory związane z zakażeniem *H. pylori*

U niektórych osób *H. pylori* zakaża również trzon żołądka, wywołując stan zapalny obejmujący większy obszar, w wyniku czego nie tylko może dojść do rozwoju wrzodu w tej okolicy, ale wzrasta także prawdopodobieństwo rozwoju raka żołądka. Chociaż w ciągu ostatnich 50 lat częstość występowania raka żołądka w wielu krajach zmniejszyła się, nadal jest to druga najczęstsza przyczyna śmierci z powodu nowotworu.

Proces zapalny toczący się w obrębie błony śluzowej żołądka jest ponadto czynnikiem ryzyka rozwoju szczególnej odmiany nowotworu układu chłonnego o umiejscowieniu w żołądku, tzw. chłoniaka MALT (tkanki chłonnej związanej z błonami śluzowymi). Z faktu, że po eradykacji *H. pylori* dzięki antybiotykoterapii guz może się cofnąć, wynika, że bakteria ta odgrywa ważną rolę w podtrzymywaniu rozwoju tego nowotworu.

Czy to choroba? Interakcja między bakteriami i organizmem gospodarza

H. pylori występuje jedynie u ludzi. Bakteria jest zaadaptowana do życia w środowisku żołądka i wywołuje choroby jedynie u niewielkiego odsetka osób zakażonych. Po odkryciu dokonanym przez Marshalla i Warrena nastąpił intensywny rozwój badań, przynoszących coraz bardziej dokładne informacje na temat patogenyzy chorób wywołanych przez *H. pylori*.

H. pylori to bardzo zmienna bakteria: między poszczególnymi szczepami występują znaczne różnice, m.in. pod względem przyczepności do śluzówki żołądka i zdolności wywoływania odczynu zapalnego. Nawet u tej samej osoby populacja *H. pylori* jest niejednoli-

ta, a w przebiegu przewlekłego zakażenia bakterie z czasem adaptują się do zmieniających się warunków we wnętrzu żołądka.

Różnice genetyczne między ludźmi również mogą wpływać na ich podatność na zakażenie *H. pylori*. Dopiero niedawno udało się uzyskać model zwierzęcy zakażenia. Badania nad chorobą wrzodową i transformacją nowotworową u myszokoczków mongolskich dają nadzieję na uzyskanie bardziej dokładnych informacji o mechanizmach tych chorób.

Antybiotyki leczą, ale grożą lekoopornością

W rozpoznaniu zakażenia *H. pylori* pomagają testy przeciwciał, wykrycie bakterii w próbkach pobranych podczas badania endoskopowego oraz nieinwazyjne badanie zawartości pewnego enzymu wytwarzanego przez bakterie w wydychanym przez pacjenta powietrzu.

Nierozważne stosowanie antybiotyków w celu zniszczenia *H. pylori* wykrytych u zdrowych nosicieli może doprowadzić do poważnych problemów wynikających z nabycia przez bakterie odporności na te leki. Z tego względu leczenie *H. pylori* tylko w wyjątkowych przypadkach powinno się prowadzić u osób bez potwierdzonego rozpoznania choroby wrzodowej żołądka lub dwunastnicy.

Bakteryjna etiologia innych przewlekłych chorób o charakterze zapalnym?

Przewlekły stan zapalny leży u podłoża wielu chorób występujących u człowieka, np. choroby Leśniowskiego-Crohna, wrzodziejącego zapalenia jelita grubego, reumatoidalnego zapalenia stawów i miażdżycy tętnic. Odkrycie, że to bakterie wywołują chorobę wrzodową – jedną z najbardziej rozpowszechnionych chorób trapiących ludzkość, dało impuls badaniom nad rolą drobnoustrojów w etiologii innych przewlekłych chorób zapalnych.

Chociaż poszukiwania nie dały dotychczas ostatecznych odpowiedzi, nowsze dane jednoznacznie pokazują, że zaburzenie rozpoznawania wydzielanych przez bakterie substancji przez układ odpornościowy człowieka może być przyczyną chorób. Odkrycie *H. pylori* poszerzyło nasze rozumienie związków między przewlekłym zakażeniem, stanem zapalnym i nowotworami złośliwymi.

*Przekład i opracowanie
Mariusz Górnicz*

Centralizm czyli piramida szczęścia

Zygmunt Wiśniewski

Jan Rutkiewicz, znany nam z poprzednich „Kartek” działacz partyjny i związkowy, a od października 1947 r. także prezes Naczelnej Izby Lekarskiej, postanowił zreformować służbę zdrowia. Tę, która istniała w pierwszych powojennych latach, oceniał jako złą.

„Jak wygląda w chwili obecnej sprawa ochrony zdrowia w Polsce?” pytał retorycznie w publikacji napisanej wspólnie z Ludwikiem Rostkowskim w lutym 1946 r. w pierwszym numerze miesięcznika „W służbie zdrowia”. I odpowiadał:

„1) Lecznictwo oparte jest na praktyce prywatnej oraz na pomocy udzielanej niektórym grupom ludności przez szereg organizacji lecznictwa zbiorowego.

2) Poza nawiasem pomocy lekarskiej pozostaje w dalszym ciągu olbrzymia większość ludności, a przede wszystkim cała wieś.”

Autorzy publikacji widzą drogę do zmiany zastanej sytuacji w powołaniu Powszechnej Służby Zdrowia. Tworzą też dla niej skrót: PSZ, co w dobie skrótów, wzorowanych na przykładach sowieckich, zaczęło funkcjonować jako znak porozumiewawczy dla wtajemniczonych, bo pacjentom PSZ pewnie nigdy nic nie mówiło.

Na czym więc miała polegać PSZ?

1. PSZ obejmuje pomocą lekarską całą ludność.
2. Pomoc lekarska musi być organizacyjnie jednolita.
3. Prowadzi się zdecydowaną walkę z chorobami zakaźnymi i społecznymi.

4. PSZ kieruje jedna centrala, którą jest Ministerstwo Zdrowia.

5. Koszty PSZ pokrywa skarb państwa.

6. Ministerstwo Zdrowia powołuje natychmiast swoją komisję planowania.

7. Ubezpieczalnia społeczna będzie uzupełnieniem PSZ.

8. We wprowadzeniu PSZ w życie muszą uczestniczyć wszyscy lekarze.

9. Kształcenie lekarzy i personelu pomocniczego będzie się odbywać dla PSZ.

10. Dla potrzeb PSZ należy uspołecnić (czyt: upaństwowić) apteki.

Pożegnalny jubileusz

Na wydziale nauk ekonomicznych Uniwersytetu Warszawskiego 8 października słuchacze podyplomowego studium ekonomiki zdrowia otrzymali dyplomy ukończenia mającego już 15-letnią tradycję szkolenia.

Na tę uroczystość, połączoną z seminarium, twórcą i kierownikiem studium dr Katarzyna Tymowska zaprosiła absolwentów pierwszego rocznika oraz osoby związane z zarządzaniem finansami w ochronie zdrowia. Wręczone przez dziekana wydziału nauk ekonomicznych i kierownika studium dyplomy były ostatnimi w historii studium, które na stałe wpisało się w życiorysy osób zarządzających ochroną zdrowia. Jego powstanie w 1990 r. było pierwszym forum łączącym dydaktykę i wymianę doświadczeń tych, którym przyszło funkcjonować w czasie dynamicznych zmian gospodarczych.

Trudno zapomnieć atmosferę lat, w których przygotowywano najważniejsze ustawy w ochronie zdrowia (mimo różnic wykształcenia, poglądów i doświadczenia uczestników pierwszego rocznika). Uczestniczyli w tych pracach aktywnie słuchacze, a później członkowie powstałego z inicjatywy Katarzyny Tymowskiej Stowarzyszenia Menedżerów Ochrony Zdrowia (STOMOZ). Jak

wspominała absolwentka pierwszego rocznika, dyrektor gdańskiego szpitala Na Zaspie mgr Krystyna Grzenia, to właśnie ten klimat i osobowość dr Tymowskiej spowodowały, że zdecydowała się na pracę w ochronie zdrowia. W latach dziewięćdziesiątych zarządzanie w ochronie zdrowia było w rękach lekarzy i pozyskanie osób innych profesji miało ogromne znaczenie.

Studium w tym czasie było obleżone przez chętnych, a jego absolwenci stale

odgrywają ważną rolę w parlamencie, rządzie, administracji samorządowej, zarządzając zakładami opieki zdrowotnej. Wśród absolwentów jest wielu działaczy izby lekarskiej z prezesem NRL Konstantym Radziwiłłem na czele, a jeden z ostatnich dyplomów otrzymał przewodniczący ORL w Płocku Paweł Sobieski.

Uczestnicy spotkania dziękując Katarzynie Tymowskiej za organizację studium, niezapomnianą atmosferę, przykład działania wbrew stereotypom, poszukiwanie nowych rozwiązań, czasem krytyczne, ale zawsze wyjaśnione uwagi życzyli dalszej aktywności na rzecz jakże potrzebnej naprawy naszego systemu ochrony zdrowia. Jak znam dr Tymowską, możemy zaśwę na nią liczyć.

Krzysztof Makuch



Rutkiewicz i Rostkowski skupili swą uwagę nie na braku lekarzy i na sposobie ich wykorzystania, chociaż jak wszyscy wówczas znali powojenny bilans strat: z 13 tys. lekarzy przed wojną ocalała mniej niż połowa, optymistycznie licząc – 6 tys. Rozmieszczenie lekarzy było wysoce niezadowalające. Większość mieszkała i praktykowała w dużych miastach. Brakowało lekarzy na ówczesnych Ziemiach Odzyskanych, nie było ich prawie w ogóle na wsiach.

O potrzebie reformy mówiono powszechnie przed wojną, nie tylko w lewicowych, jak twierdzi J. Rutkiewicz, środowiskach lekarzy. Za kadencji prof. Chodźki (znakomitego higienisty i epidemiologa), a więc na początku lat trzydziestych, a później za kadencji prof. Michałowicza (niezwykle cenionego pediatry), problem ten podejmowały izby lekarskie, także kilkakrotnie Naczelna Izba Lekarska.

Po wojnie izby lekarskie także chciały być partnerem w rozwiązywaniu problemów zdrowotnych związanych ze zbliżaniem lekarzy do pacjentów.

Po wojnie, już w 1945 r., zajęła się nim krakowska izba lekarska. Głos izby krakowskiej, podobnie jak NIL, znaczył jednak niewiele. Administracja pomijała je, ponieważ nie zamierzały kominderować lekarzami. Izby uznawały perswazję, zachęty materialne i wierzyły w posłannictwo lekarzy.

Władza, którą reprezentowało Ministerstwo Zdrowia, zachowywała ostrożne milczenie. Na czele ministerstwa stał wtedy lekarz – polityk, Tadeusz Michejda, prezes RN Stronnictwa Pracy, a jego zastępcami byli Jerzy Sztachelski i Bogumił Kozusznik, też lekarze, ale z PPR-owskiej opcji politycznej, którym bliskie były nakazowe formy rządzenia, polegające na przesiedlaniu, nakazach pracy i manipulowaniu przy tzw. etatyzacji.

Głos o zmianę ustroju organizacji służby zdrowia wyszedł więc od „czynnika społecznego”. Rutkiewicz dobrał sobie do ogłoszenia modelu centralistycznego opieki zdrowotnej Ludwika Rostkowskiego, lekarza, który po odsunięciu z prezesury prof. Władysława Szenajcha stanął na czele Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie.

Kształt powojennego leczenia nie był rzeczywiście prosty. Dominowała praktyka prywatna. Obok niej odbudowywały się przedwojenne placówki kas chorych. Rozwijające się zakłady przemysłowe, administracja, organizacje usługowe i handlowe tworzyły własną sieć przychodni przyzakłado-

wych. Szpitale były finansowane (dotowane) przez władze terenowe: gminne, powiatowe i wojewódzkie. Przywrócono przedwojenny, mocno krytykowany w końcu lat trzydziestych system. Jak na te potrzeby kadry lekarskiej było za mało. Powszechna była wieloetatowość, która odbijała się ujemnie na jakości leczenia. Codziennie były wielogodzinne kolejki do lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej, a do specjalistów droga daleka.

Sytuacja wymagała rozwiązań ustrojowych. Rutkiewicz i Rostkowski zaproponowali reformę bardzo prostą, ale typowo administracyjną, polegającą na zbudowaniu piramidy podległości.

Pierwszym ogniwem Powszechnej Służby Zdrowia jest gminny ośrodek zdrowia. Lekarz gminny podlega lekarzowi powiatowemu, który kieruje powiatowym urzędem zdrowia. Urząd ten tworzy powiatowy szpital i ośrodek zdrowia. Lekarz powiatowy podlega lekarzowi wojewódzkiemu, który stoi na czele wojewódzkiego urzędu zdrowia. Urząd ten powołuje szpital wojewódzki i tworzy sieć lekarzy specjalistów. Centralną instytucją w tej piramidalnej konstrukcji jest ministerstwo zdrowia.

Jak każda struktura administracyjna w tym czasie, tak i urzędy zdrowia miały mieć swoje rady i swoje komisje planowania. Zaplanowano więc utworzenie rozbudowanego aparatu urzędniczego, który wymagał wielu biur i etatów. Ilu lekarzy odciągnięto od leczenia obarczając ich obowiązkami administracyjnymi? Plany reformy zamiast zbliżyć lekarzy do pacjentów – tworzyły piramidę funkcji i zależności, która została zbudowana na fundamencie ideologicznym i nie wynikała z ówczesnych potrzeb racjonalnego zagospodarowania lekarzy.

Dostępne materiały nie wspominają o stosunku ministra Michejdy do tego pomysłu. W niedługim czasie zastąpił go na tym stanowisku Sztachelski, a od 1950 r. przystąpiono do realizacji centralistycznej piramidy zdrowia, którą poznały wszystkie powojenne roczniki lekarzy i ich pacjenci.

To z pozostałościami tych struktur borykali się po roku 1989 kolejni ministrowie zdrowia. To pozostałości tych struktur uniemożliwiały izbom lekarskim uwolnienie się od zależności i niemożności, które przetrwały zmianę ustroju politycznego, wprowadzenie gospodarki wolnorynkowej, kolejne wybory parlamentarne i zmieniające się ekipy rządowe.

Reforma goniła reformę, a piramida zdrowia trwała i miała się dobrze.

Raz na wozie, raz pod wozem

Krzysztof Makuch

Obserwując poczynania naszych sportowców nierzadko zastanawiamy się nad huśtawką formy piłkarzy, siatkarzy i siatkarek, skoczków narciarskich, lekkoatletów.

O ile w tych dyscyplinach łatwiej przychodzi nam zrozumieć sportowe wzloty i upadki usprawiedliwiając je warunkami atmosferycznymi, błędami trenerów, to wydawać by się mogło, że w sportach wymagających koncentracji reguła ta nie obowiązuje. A o tym, że regułę cechują wyjątki, mogli przekonać się uczestnicy XI Mistrzostw Polski Lekarzy w Brydżu Sportowym, które odbyły się już tradycyjnie w pierwszy weekend września w Bogaczu k. Morąga.

W zawodach zaliczanych do oficjalnego kalendarza Polskiego Związku

Brydża Sportowego brało udział ponad 60 uczestników, w tym 40 lekarzy. W pierwszej konkurencji turnieju na zapis średni (cavendish) z ogromną przewagą złoto wywalczyli Cezary Kmiecik, lekarz rodzinny z Trzcianki oraz Robert Pogorzelski, dentysta z Piły, zawodnik klubu Jagiellonka Piła. Obaj mistrzowie Polski odnieśli duży sukces w brydżu na internecie e-bridgemaster.com w roku 2003 zdobywając Robert złoty, a Czarek brązowy medal.

Srebro przypadło ginekologom Aleksandrowi Skopowi z Torunia i Krzysztofowi Makuchowi z Warszawy, a brąz głowom lekarskich rodzin Romanowi Galeckimu, chirurgowi z Hrubieszowa i Wiesławowi Teresińskiemu, gerontologowi i lekarzowi rodzinemu z Zamościa.

Wśród pokonanych na 5 miejscu uplasował się arcymistrz międzynarodowy, były mistrz Europy w parach i aktualny drużynowy mistrz Polski, zawodnik klubu Chłodnia Olsztyn Roman Kierznowski, który wysoko ocenił poziom lekarskiego brydża. O tym jak łatwo spaść z wozu mogli przekonać się Robert i Czarek w drugim turnieju na zapis maksymalny (maxy), których 26 miejsce pozabawiło szans na sukces w klasyfikacji długofalowej.

Złoto na maxy przypadło srebrnym medalistom turnieju na zapis średni, srebro gospodarzom Antoniemu Dampcowi i Bohdanowi Łubieńskiemu, a brąz zdobyli Jacek Wędrychowicz, ginekolog z Poznania i Marek Zaborowski ze Szczecina. Po dwóch turniejach dwukrotnym medalistom ginekologom z Torunia i Warszawy tylko katastrofa w turnieju teamów mogła odebrać zwycięstwo w klasyfikacji długofalowej. I chyba dla potwierdzenia tytułowej reguły ostatnie miejsce w turnieju drużynowym zrzuciło ich z wysokiego wozu.

Turniej drużynowy wygrali zesłoroczni srebrni medalści i tegoroczni mistrzowie na zapis średni Czarek i Robert (znów znajdując się na wozie) wraz z Rikiem Van Hauwe, belgijskim lekarzem rodzinnym z Denderwinde w parze z nauczycielem języka angielskiego i niemieckiego z Piły Piotrem Soleckim. Medale srebr-



ne zdobyli Agnieszka Jonczyk, anesteziolog z Centrum Zdrowia Dziecka w Warszawie w parze z Lechosławem Piotrowskim wraz z parą Edwardem Bednarzem, lekarzem rodzinnym z Lubaczowa i Krzysztofem Kleinrokiem, radiologiem Collegium Medicum UJ w Krakowie.

Medal brązowy przypadł w udział lekomom medycyny pracy z OIL w Szczecinie Janom Achremowi i Rusinowi wraz z Jackiem Wędrychowiczem i Markiem Zaborowskim.

Zmienna forma lekarzy brydżystów spowodowała, iż najlepszym zawodnikiem XI Mistrzostw Polski został grający najrówniej Rik Van Hauwe, wyprzedzając minimalnie Roberta Galeckiego i Wiesława Teresińskiego. Sympatyczny Rik już po raz kolejny przyjeżdża do Polski na mistrzostwa lekarzy zawsze prezentując wysoką formę i z każdym rokiem poszerzając polskie słownictwo.

Patronat i coroczny udział w zawodach prezesa Warmińsko-Mazurskiego Oddziału PZBS Jana Rogowskiego, wzorowe prowadzenie i sędziowanie przez Stanisława Sienkiewicza oraz połączenie mistrzostw polski lekarzy z okręgowym memoriałowym turniejem imienia doktora Henryka Krupy wpływa na rangę lekarskiej rywalizacji. Po śmierci Henryka dzięki zaangażowaniu morąskiego działacza Jana Janiaka i izbowemu wsparciu przez Olka Skopa idea brydżowej rywalizacji ma się dobrze. Zachęcam wszystkich do powrotu do studenckich brydżowych spotkań i lekarskiej rywalizacji, zwłaszcza że brydż został odłączony od programu igrzysk lekarskich w Zakopanem. Będzie więc okazja na rewanż.



Najstarszy Ludwik Anders i najmłodszy Wojtek Kaźmierczak uczestnicy turnieju, różnica wieku 70 lat

Wyniki XI MPL w Brydżu Sportowym

Turniej na zapis średni (cavendish) 1. R. Pogorzelski, C. Kmiecik +64.69, 2. K. Makuch, A. Skop +35.24, 3. R. Galecki, W. Teresiński +31.53, 4. S. Gawryszczak, I. Karlikowski +8.33, 5. K. Dietrych, W. Buczek +4.97, 6. J. Wędrychowski, M. Zaborowski -1.18.

Turniej na zapis maksymalny (maxy) 1. A. Skop, K. Makuch 63.50%, 2. A. Dampc, B. Łubieński 62.94%, 3. J. Wędrychowski, M. Zaborowski 61.07%, 4. K. Dietrych, W. Buczek 56.88%, 5. K. Kleinrok, E. Bednarz 55.23%, 6. M. Czerpak, P. Ratajski 53.03%, 7. R. Galecki, W. Teresiński 52.00%.

Turniej drużynowy (teamy) 1. PIŁA; P. Solecki, Rik Van Hauwe, C. Kmiecik, R. Pogorzelski 92 pkt, 2. DAMA; A. Jonczyk, L. Piotrowski, E. Bednarz, K. Kleinrok 82 pkt, 3. LUCKI; J. Achrem, J. Rusin, J. Wędrychowski, M. Zaborowski 78 pkt, 4. BIALI; K. Bartosiewicz, J. Reguła, W. Teresiński, R. Galecki 77 pkt, 5. LUBLIN; K. Dietrych, W. Buczek, A. Kurek, J. Ochab 75 pkt, 6. BOLEK; A. Lichtorowicz; E. Błaż, B. Sprawka, W. Król 73 pkt.

Klasyfikacja długofalowa 1. Rik Van Hauwe 123 pkt, 2-3. Roman Galecki, Wiesław Teresiński 121 pkt, 4-5. Aleksander Skop, Krzysztof Makuch 119 pkt, 6. Janusz Reguła 117 pkt, 7-8. Marek Zaborowski, Jacek Wędrychowski 112 pkt, 9-10. Cezary Kmiecik, Robert Pogorzelski 109 pkt

Aspiryna nadal gwiazdą

REKLAMA

Magia małej, białej tabletki sięga 1899 r., kiedy niemiecki chemik Felix Hoffman podał kwas acetylosalicylowy (ASA) swojemu ojcu, cierpiącemu na zapalenie stawów.



Dziś wiemy, że ASA nie tylko hamuje syntezę pozapalnych prostaglandyn. Lek ten istotnie zmniejsza ryzyko wystąpienia zawału serca i udaru mózgu. Przynosi ulgę ludziom cierpiącym z powodu epizodycznych napięciowych bólów głowy. Jednym z przełomowych zastosowań może stać się profilaktyka nowotworów jelita grubego.



Ryzyko wystąpienia działań niepożądanych ze strony przewodu pokarmowego jest niskie, jeżeli lek przyjmuje się zgodnie z zaleceniami. Trzeba przecież pamiętać o tzw. *efekcie nocebo*. Pacjenci przyjmujący lek, którzy spodziewają się wystąpienia określonych działań niepożądanych, zwykle ich doświadczają. Obawiają się, że lek może zaszkodzić i zgłaszają objawy, które nie mają nic wspólnego ze stosowanym leczeniem.

Co roku ukazuje się blisko 3,5 tys. prac naukowych na temat nowych mechanizmów działania ASA. Od 1995 r. firma Bayer HealthCare wspiera obiecujących, prężnych, młodych naukowców. Laureatami prestiżowych nagród byli już przedstawiciele Brazylii, Chin, Hiszpanii, Niemiec, Nowej Zelandii i USA. W tym roku wyróżnieniem tym może pochwalić się **Derek W. Gilroy** z Londynu

(na zdjęciu). Dr Gilroy wyjaśnił nieznany dotąd mechanizm przeciwzapalnego działania ASA. Wykazał, że ASA uruchamia w komórce wytwarzanie przeciwzapalnych liposyn, które stymulują produkcję tlenku azotu (NO) – substancji o działaniu przeciwzapalnym.

Może czas teraz na młodych uczonych z Polski? – pytamy Kurta Solanda, jednego z szefów niemieckiego koncernu.

Kandydaci do Międzynarodowej Nagrody Aspirin powinni spełniać następujące wymagania:

- Zgłoszona publikacja wnosi istotny wkład w rozwój wiedzy dotyczącej eksperymentalnych i klinicznych zastosowań ASA.
- Wyniki powinny zostać opublikowane w międzynarodowym, recenzowanym piśmie naukowym w ciągu ostatnich 2 lat lub powinny oczekiwać na publikację w takim piśmie.
- Wiek kandydatów nie może przekraczać 40 lat.

Wysokość nagrody wynosi 10 tys. euro. W skład jury, całkowicie niezależnego od firmy Bayer AG, wchodzi dziesięciu uznanych, międzynarodowych ekspertów różnych dziedzin medycyny. „Wybór zwycięzcy jest o tyle fascynujący, co trudny. Zdarzyło się już, że kilku laureatów musiało podzielić się nagrodą” – twierdzi prof. Jürgen Meyer. Nagroda jest silnym bodźcem dla nowych badań i podsyca ciekawość badawczą u młodych naukowców – dodaje Meyer.

Mimo stu lat, które upłynęły od narodzin sędziwej aspiryny, pozostaje ona nadal przedmiotem pionierskich badań naukowych. I bardzo dobrze...

Marek Stankiewicz
fot. Bayer HealthCare AG

Pod żaglami w Giżycku

VII Żeglarskie Mistrzostwa Polski Lekarzy odbyły się na jeziorze Kisajno.

Wystartowało 40 załóg czteroosobowych z całej Polski. Rozegrano dziesięć wyścigów na jachtach klasy sasanka przy zastosowaniu systemu przesiadkowego. Mistrzem Polski lekarzy w kl. turystycznej został Bogdan Kula z Olsztyna.

Wyniki: 1. **Bogdan Kula** Olsztyn, 2. **Marek Rawski** Szczecin, 3. **Marek Kmieć** Wielkopolska IL, 4-6 **Stefan Mocarski** OIL Lublin, **Krzysztof Jabłoński** Olsztyn, **Piotr Rudzki** Olsztyn, 7. **Wojciech Nicyporowicz** Olsztyn, 8. **Mirosław Półtorzycki** Mrągowo, 9-12. **Ryszard Pietrzak** Firma Mertz, **Maciej Kondratowicz** Olsztyn.

Władysław Lipecki

REKLAMA

Narty w Valmeinier/Valloire

Komisja Kultury, Sportu i Turystyki OIL w Warszawie przygotowała wyjazd 8-dniowy (7 dni na nartach) w **Valmeinier/Valloire**. Przelot samolotem do **Grenoble**, zakwaterowanie w hotelu apartamentowym 4* na wys. 1800 m w bezpośrednim sąsiedztwie wyciągów i tras narciarskich. Dwupokojowe apartamenty przewidziane dla 4/5 osób: łazienka, osobne wc i dobrze wyposażony aneks kuchenny. Cena ok. 2200 zł/os. zawiera: przeloty samolotem, dojazd autokarem do stacji narciarskiej, zakwaterowanie, skipass, wstęp na otwarty basen kąpielowy przed hotelem, takse klimatyczną, pilota, ubezpieczenie – również SKI. Tereny narciarskie to 150 km tras różnej trudności i 34 wyciągi: gondolowe, krzeselkowe i orczykowe; 70% tras powyżej 2000 m n.p.m., dwie trasy homologowane przez FIS: zjazdowa i supergigant. Decyduje kolejność zgłoszeń. **Informacje i zgłoszenia: OIL w Warszawie, tel./fax (0-22) 822-36-86; e-mail: praca68@oil.org.pl**

Zjazdy koleżeńskie

Wydział Lekarski AM we Wrocławiu, rocznik 1986

Zbliża się XX rocznica zakończenia naszych studiów! Zapraszamy wszystkich Absolwentów do udziału w spotkaniu, które planujemy w okresie **od 29.09. do 1.10.2006 r. w Zamku Kliczków nieopodal Bolesławca**. Rezerwacji noclegów i planowanych imprez towarzyszących należy dokonywać osobiście przez wpłatę zaliczki 300 zł od osoby do 31.12.2005 r., na adres: Integer – Zamek Kliczków sp. z o.o. Kliczków 8, 59-724 Osiecznica, nr konta BRE S.A. o/Wrocław 22 1140 1140 0000 2888 0400 1001. Hasło: Absolwenci 1986. **Dodatkowe informacje, rezerwacje pokoju proszę uzgadniać z organizatorami – e-mail: zamek@kliczkow.com.pl, www.kliczkow.com.pl**. Prosimy o zawiadomienie wszystkich kolegów, również tych mieszkających poza Polską. **W imieniu komitetu organizacyjnego Hanna Zajac-Pytrus, e-mail: zajac@okulist.am.wroc.pl; Hanna Gerber-Leszczyszyn, e-mail: hanna.gerber@wp.pl**

u.bakowska@gazetalekarska.pl

Zjazdy koleżeńskie w Internecie www.absolventus.pl

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

W strugach deszczu zjeżdżali się z całego kraju do Pabianic na I Ogólnopolski Motocyklowy Złot Lekarzy „DoctoRRiders”. Stomatolog Jerzy Drugacz musiał nawet w drodze naprawiać zabytkowego Junaka (rocznik 1961).



Z 59 zgłoszonych maszyn do Pabianic dotarły 43. Najwięcej z województw łódzkiego i warszawskiego, ale były też z Gdyni i Gdańska, Torunia, Słupna k. Płocka, Gostynina, wielkopolskiego Czarnkowa i Wolsztyna, Kielc, Wrocławia, dolnośląskiego Bolesławca i Kowar, Żywca, Gorlic, Tarnowa oraz Mielca. Z Londynu przybył specjalnie Marcin Roszkowski (na motorze pożyczonym od dziewczyny brata – Ani, bo swoje BMW K100 pozostawił „na wyspie”), który 7 miesięcy temu, tuż po stażu lekarskim, podjął pracę w angielskim szpitalu.

Uczestników złotu łączy zawód i pasja. Wielu przekazuje tę pasję swoim dzieciom. 14-letni Wiktor Krawczyk towarzyszył ojcu Jarosławowi, stomatologowi z Pabianic, na własnym motorze.

Najpierw „43 ryczących lekarzy” zaprezentowało się mieszkańcom Łodzi.

A było co oglądać! Obok Harleya Davidsona z godnością prowadzonego przez pabianickiego urologa Grzegorza Krzyżanowskiego najliczniej prezentowane były „ścigacze” oraz nieco cięższe motory firm japońskich Kawasaki, Honda, Yamaha i Suzuki. Podziwiano zwłaszcza Yamahę Drag Star, z rejestracją „KO HANIA”, którą przyjechała z Gorlic jedyna amazonka złotu, wiecznie uśmiechnięta farmaceutka Hanna Przybycień-Zięba. Jej mąż – Grzegorz, laryngolog, dosiadał własnej maszyny.

Zaciekawienie wzbudziły dwa wysłużone Dniepy oraz Junak, a także trójkołowiec – składak. Jego właściciel Jacek Dyba, chirurg z Pabianic, mówi, że 6 lat temu przesiadł się z „przecinaka” na ten bardziej wygodny pojazd z konieczności, z uwagi na chorą nogę.

Po powrocie do Pabianic uczestnicy złotu najpierw prezentowali swoje maszyny na miejscowym Starym Rynku, później zaś rywalizowali na terenie MOSiR na Bugaju w konkursach: wolnej jazdy (zwyciężył Tomasz Bartłomowicz z Mielca) i palenia gumy (I miejsce zajął – **Grzegorz Zięba** z Gorlic), a także siłowania się na rękę mężczyzn (zwyciężył **Andrzej Szlęk** z Łodzi, pracownik firmy farmaceutycznej) oraz kobiet (rywalki pokonała **Katarzyna Kielczewska** z Gorzowa k. Gostynina – „plecak” męża Marka, ginekologa, kierującego Yamahą Wild Star 1600).

komandor Złotu
Włodzimierz Dłużyński

Czy pocujemy się wreszcie u siebie?

Na pytanie zadawane z uporem maniaka, czy i jak należy zrestrukturyzować jednostki służby zdrowia w województwie, zarządzający regionem oraz starostowie będący organami założycielskimi dla szpitali na swoim obszarze działania odpowiadają twierdząco, chętnie wskazując jednostki wymagające często dogłębnych zmian strukturalnych. O dziwo, potrafią bezbłędnie wskazać kierunek i zakres zmian, jakie należy przeprowadzić, aby je dostosować do rzeczywistych potrzeb lokalnych społeczności. Cóż jednak z tego, kiedy nieomal każdy z zapytanych twierdzi, że jedynie na jego obszarze wpływów niecelowa byłaby jakakolwiek zmiana, a wszelkie propozycje nawet nieznacznych ruchów traktowane są jak ingerencja w święte prawo własności czy wyłączności władzy na swoim terenie. (...)



Andrzej Ciołko

„Medicus” 10/2005

Lekarze strzelali

W dn. 2-4 września odbyła się szósta edycja Międzynarodowych Mistrzostw Polski Lekarzy w Strzelectwie Myśliwskim, na strzelnicy w samym sercu Borów Tucholskich w Osiu.

Na starcie stanęło 64 uczestników wraz z rodzinami. Zawody rozgrywano w trzech kategoriach: w klasie otwartej, powszechnej oraz drużynowej, z reprezentacjami okręgowych izb lekarskich. Po wyczerpującym wieloboju myśliwskim wyłoniono zwycięzców. Rozdano medale, puchary i nagrody Szóstych Mistrzostw Polski Lekarzy.

Mistrzem Polski na rok 2005 został **Łukasz Lityński** (Legnica) z wynikiem 467 pkt, wicemistrzem **Krzysztof Czapla** (Koszalin) – 455 pkt, na trzecim miejscu z 453 pkt uplasował się **Andrzej Mohr** (Słupsk), który wygrał jednym punktem z **Markiem Jedwabińskim** (Bydgoszcz). W klasie powszechnej (tylko konkurencje śrutowe) pierwsze miejsce zajął **Krzysztof Le-**

wicki, drugie **Maciej Gmitrzak**, a trzecie **Andrzej Reetz** (Grudziądz).

W klasyfikacji drużynowej reprezentacja Bydgoskiej Izby Lekarskiej w składzie: **Marek Jedwabiński**, **Paweł Szymański** i **Adam Witkowski**, nie pozostawiła żadnych wątpliwości, kto dysponuje największą siłą ognia i z wynikiem 1227 pkt zdobyła mistrzostwo. Wśród zaproszonych gości zdecydowanie najlepszy okazał się **Lech Żymierski** – 468 pkt.

Po zakończeniu sportowej części zawodów odbył się Charytatywny Turniej Sponsorów, którego dochód, jak co roku, został przekazany dzieciom leczonym w bydgoskiej Klinice Ortopedii.

Marek Jedwabiński

I Mistrzostwa Polski Lekarzy w Pływaniu

Na starcie pierwszych mistrzostw medyków w pływaniu na 50-metrowym basenie w Dębicy stanęło 26 zawodników (w tym 9 kobiet) w 3 kategoriach wiekowych.

Rywalizowano na dystansach 50 i 100 m w 4 stylach (dowolnym, klasycznym, grzbietowym i motylkowym), a także w sztafetach 4x50 dowolnym. Wielu zawodników zaliczyło kilka, a nawet kilkanaście startów. Wśród pań prym wiodła wspaniała ekipa ze Szczecina, a wśród panów pływacy z Łodzi. Wszyscy wykazali się ogromną ambicją sportową. Bito rekordy życiowe, walczone o każde medalowe i punktowane miejsce.

W zgodnej opinii sędziów, obserwatorów i zawodników najlepszą zawodniczką mistrzostw została **Iwona Damjanović** ze Szczecina, a wśród panów **Krzysztof Kaźmierczak** z Łodzi. Najlepsi pływacy mistrzostw nagrodzeni zostali pucharami ufundowanymi przez Starostę Dębickiego.

W rywalizacji drużynowej pierwsze miejsce zajęła OIL ze **Szczecina**, drugie OIL z **Łodzi**, a trzecie miej-

sce przypadło gospodarzom – OIL z **Rzeszowa**.

Najlepsze drużyny otrzymały puchary ufundowane przez Burmistrza Dębicy, który też nagroził Małgorzatę Mazur – najlepszego pływaka dębickiej ekipy. Oficjalne wyniki mistrzostw zostały umieszczone na stronach internetowych – www.rzeszow.oil.org.pl i www.swim.webd.pl

Janusz Bieniasz

REKLAMA

REKLAMA

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

- 10-13.11. *Ultrasonografia w położnictwie i ginekologii*
- 25-27.11. *Tętnice szyjne i kręgowce oraz węwnątrznaczaskowe (TCD)* – doskonalący
- 1-4.12. *Echokardiografia*
- 8-11.12. *Gruzoł piersiowy*
- 15-18.12. *Ultrasonografia dopplerowska naczyń obwodowych*

Pkt. edukac. Konto: 92 1090 1362 0000 0000 3612 1908. Zajęcia: ośr. szkol. w Puszczykowie k. Poznania. Zapisy: Wielkopolska Szkoła Diagnostyki Obrazowej, tel./fax (0-61) 819-25-00, tel. 0603-762-041, www.obraz.pl, e-mail: obraz@obraz.pl

Zakład Periodontologii Katedry **Stomatologii Zachowawczej i Periodontologii PAM** w Szczecinie. Kursy teoretyczno-praktyczne:

- 11-13.11.05. *Chirurgia słuźówkowo-dziąsłowa*
- 2-4.02.06. *Chirurgiczne metody w leczeniu zapaleń przyzębia*

Info.: Biuro Kursu Dentimex Andrzej Parzonka, ul. Piastów 51/8, 70-311 Szczecin, tel./fax (0-91) 433-42-05, www.dentimex.szczecin.pl, info@dentimex.szczecin.pl

Medycyna Praktyczna. Zajęcia 2005 r.:

- 14-18.11. *Onkologia i medycyna paliatywna* – kurs podstawowy dla lekarzy specjalizujących się w dziedzinie chorób wewnętrznych
- 18-19.11. *Ginekologia 2005* – II Krajowa Konf. Szkol. pod patronatem PT Ginekologicznego
- 12-16.12. *Podstawy radiologii* – kurs dla lekarzy specjalizujących się w dziedzinie chorób wewnętrznych

Informacje i zapisy: tel. (0-12) 293-40-04, http://szkolenia.mp.pl

• 18-19.11.2005 r. Warszawa. Stowarzyszenie na rzecz wspierania i rozwoju Kliniki Gastroenterologii, Hepatologii i Immunologii Instytut Pomnik-Centrum Zdrowia Dziecka organizuje I Sympozjum: *Standardy Gastroenterologiczne, Hepatologiczne i Żywieniowe w Praktyce Lekarza Rodzinnego i Pediatrii*. Koszt uczestnictwa 150 zł Wpłata na konto: 75 1240 1095 1111 0000 0344 5833, z dopiskiem „Sympozjum-Standardy”. Pkt. edukac. Info. i zgł.: tel. (0-22) 815-73-84(92), fax: (0-22) 815-73-82 (92), e-mail: j.kierkus@med-net.pl

• 19.11. 2005 r. Warszawa, godz. 9.30-17.00 w Sali Konferencyjnej Novotelu przy ul. 1 Sierpnia 1 Oddz. Warszawsko-Otwocki PT Chorób Płuc organizuje 3 sesję II edycji Szkoły **Pneumonologii: Przewlekła obturacyjna choroba płuc**. Wstęp bezpłatny. Pkt. edukac. Informacje: Tadeusz M. Zielonka 501-143-324, zielonka@amwaw.edu.pl, Jacek Jagodziński 604-957-483, jaczagad@medicub.pl, Sekretariat oddziału: 02-093 Warszawa ul. Pasteura 10, tel. (0-22) 822-30-71 w. 106, fax 822-12-24

• 19.11.2005 r. Łódź. Firma „Dr Mirosław Mrozowski” – wykład: *Niepowodzenia w chirurgicznym leczeniu chorób przyzębia i niektórych przypadkach implantologicznych*. Pkt. edukac. Wpłata 200 zł na konto 17 1240 1545 1111 0000 1165 4083. Info.: tel./fax (0-42) 684-41-76, tel. kom. 0602-267-513, e-mail: miroslaw.mrozowski@wp.pl

ESDENT. Szkolenia dla **dentystów** w 2005 r.:

- 19.11. *Profesjonalne wybielanie zębów. Odbudowa w leczeniu endodontycznym. Kosmetyczne rekonstrukcje z zastosowaniem „anatomicznej techniki warstwowej”. Postępowanie kliniczne podczas warstwowego nakładania wy-*

branych materiałów złożonych, techniką jedno-, dwu- i wielowarstwową (szkolenie odbędzie się w Wałbrzychu)

- 19.11. Zajęcia warsztatowe. *Korona ceramiczna – procedury kliniczne i laboratoryjne*
- 25-26.11. *Rozpoznanie i leczenie pacjentów z zaburzeniami czynnościowymi narządu żucia II*. Zajęcia warsztatowe
- 29-30.11. *Warsztaty z zakresu profesjonalnej komunikacji i obsługi pacjenta*
- 2 i 4.12. *Perioprotektika i korony teleskopowe*
- 3.12. *Prowadzenie gabinetu i MacGyveryzm w gabinecie stomatologicznym*
- 10.12. *Leczenie endodontyczne na jednej wizycie. Odbudowa zębów po leczeniu endodontycznym z pomocą wkładów koronowo korzeniowych z włókien szklanych*

Konto: ING Bank Śląski S.A. 90 1050 1575 1000 0022 5770 4359, z podaniem na przekazie imienia i nazwiska wpłacającego i nazwy kursu. Info.: ESDENT, ul. Pomarańczowa 8, 54-058 Wrocław, tel.(0-71) 353-83-51, 0695-544-449, www.ede.pl

• 24-27.11.2005 r. Poznań. I Kongres Naukowo-Szkoleniowy PT **Leczenia Ran**. Info.: Komitet Organizacyjny, Os. Rusa 25A, 61-245 Poznań, tel./fax 876-98-69

CEDUS. Kursy w 2005 i 2006 r.:

- 24-27.11. *USG brzucha* – zaawansowany
- 4-9.12. *Echo zaawansowany*
- 8-13.01. *Doppler podstawowy*
- 26.02-3.03. *Doppler średniozaawansowany*
- 12-17.03. *USG w ortopedii i reumatologii*
- 24-27.03. *Doppler zaawansowany*
- 30.03-2.04. *Radiologiczny – USG-MRI w ortopedii*
- 5-9.04. *USG brzucha* – podstawowy
- 23-28.04. *Doppler podstawowy*
- 7-12.05. *Echokardiografia* – podstawowy
- 14-19.05. *USG w ginekologii i położnictwie*
- 21-26.05. *Narządy powierzchniowe*
- 4-9.06. *USG w ortopedii i reumatologii*
- 11-17.06. *Pediatrica lekarza rodzinnego*
- 18-23.06. *Echokardiografia* – zaawansowany

Info.: CEDUS, ul. Łowicka 51 nr 20, 02-535 Warszawa, e-mail: milena.urbanska@cedus.edu.pl

• 3-11.12.2005 r. Total English - intensywny **kurs j. angielskiego dla lekarzy**. Info.: Szkoła Języka Angielskiego EUROLINK, www.eurolink.edu.pl, tel. (0-81) 740-88-81

Towarzystwo Szkolenia Podyplomowego **Eurodens**. Kursy w 2005 i 2006 r.:

- 9-11.12.05. Kazimierz Dolny nad Wisłą. Ogólnopolski kurs naukowo-szkoleniowy: *Nowoczesna stomatologia praktyczna*. Pkt. edukac.
- 4-11.03.06. Krynica Górská. Kurs naukowo-szkoleniowy: *Zasady planowania i wykonania protez stałych*. Pkt. edukac.

Informacje: www.eurodens.pl

• 10.12.2005 r. Warszawa, hotel Intercontinental. Spotkanie Inauguracyjne PT **Chirurgii Artroskopowej**, Info.: Formularz zgłoszeniowy oraz program spotkania: www.artroskopia.com.pl; sprawy organizacyjne: tel. (0-22) 326-58-54 lub fax (0-22) 326-59-15, e-mail: ortopedia@poczta.fm. Prof. dr hab. n. med. Jarosław Deszczyński

Dolnośląska Szkoła **Ultrasonografii**. Szkolenia w 2005 i 2006 r.:

- 29.11-2.12.05, 17-20.01.06. *Diagnostyka USG jamy brzusznej*
- 22-24.11.05, 10-12.01.06. *Diagnostyka USG tarczycy, przystarczyc i ślinianek*

- 13-15.12.05, 24-26.01.06. *Kompleksowa diagnostyka gruczołu piersiowego*
- 12-13.12.05, 9-10.01.06. *Diagnostyka USG w ginekologii i położnictwie*
- 16-18.11.05, 11-13.01.06. *Diagnostyka echokardiograficzna wrodzonych wad serca dzieci*
- 16-17.01.06. *Diagnostyka USG w pediatrii*
- 21-22.11.05. *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, http://www.usg.webd.pl/, e-mail: r.baran@neostrada.pl

• 16-19.01.2006 r. Zakopane. Zimowa Szkoła **Psychoterapii Poznawczo-Behawioralnej** Centrum CBT. Pkt. edukac. Info.: Szkoła Psychoterapii Poznawczo-Behawioralnej Centrum CBT, ul. Piękna 68, 00-672 Warszawa, tel. (0-22) 621-96-83, 0501-303-974, e-mail: szkola@cbt.pl www.cbt.pl

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

- 17-22.01. Kurs doskonalący – *Diagnostyka dopplerowska naczyń krwionośnych*
- 22-28.01. *Podstawy USG narządów jamy brzusznej, sutka, tarczycy, narządów miednicy mniejszej – Ultrasonografia w gabinecie lekarza rodzinnego*
- 29.01.-4.02. *Diagnostyka USG narządów jamy brzusznej*
- 5-11.02. *Diagnostyka dopplerowska naczyń krwionośnych: szyi, jamy brzusznej, kończyn górnych i dolnych*
- 12-18.02. *Diagnostyka USG narządu ruchu*
- 19-25.02. *Diagnostyka USG w ginekologii i położnictwie*
- 26.02.-4.03. *Echokardiografia w kardiologii*

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

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*

Pkt. edukac. Info. i zapisy: 09-400 Płock, ul. Kwiatka 39/1, tel./fax (0-24) 367-36-16, 601-345-372, 600-051-957, www.mszu.pl, e-mail: mazowiecka@mszu.pl

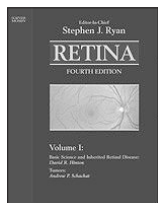
• 18-20.05.2006 r. Kraków. II Międzynarodowy Kongres Europejskiego Towarzystwa **Chirurgii Endokrynologicznej** (ESES). Informacje (szczegółowy program, nadsyłanie streszczeń, rejestracja, rezerwacja hoteli): www.eses.krakow.pl, Komitet Organizacyjny: Klinika Chirurgii Endokrynologicznej, III Katedra Chirurgii Ogólnej Collegium Medicum UJ, ul. Prądnicka 37, 31-202 Kraków, tel. (0-12) 633-19-95, fax (0-12) 633-31-05, e-mail: eses-krakow@go2.pl

• 8-10.06.2006 r. Poznań. V Ogólnopolskie Sympozjum Naukowe Dni Orzecznictwa Lekarskiego Poznań 2006: *Dylematy i problemy orzecznictwa lekarskiego*. Informacje: Katedra i Zakład Medycyny Sądowej AM, ul. Święcickiego 6, 60-781 Poznań, tel.(0-61) 854-64-29, 0501-921-970, e-mail: dolpoznan@amp.edu.pl

opr. (u) 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

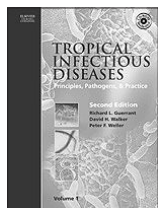


Retina (3 tomy)

red. **Stephen J. Ryan, David R. Hinton, Andrew P. Schachat, Pat Wilkinson**

wyd. **Mosby**, wrzesień 2005, wyd. III, str. 3104, il. 3400, c. katalog. 335.00 GBP

Dzielo prezentujące stan współczesnej wiedzy w zakresie chorób siatkówki – począwszy od genetyki i embriologii, po obszerną dawkę wiadomości klinicznych. Wydanie uaktualnione oraz zreorganizowane w celu lepszego przedstawienia najnowszych metod diagnostycznych, farmakologicznych i chirurgicznych w okulistyce. Istotnym elementem książki jest materiał ilustracyjny. Dołączony do książki DVD zawiera pełną cyfrową bibliotekę zamieszczonych w książce ilustracji oraz sekwencje wideo omawianych procedur diagnostycznych i terapeutycznych.



Tropical Infectious Diseases

Principles, Pathogens, & Practice, (2 tomy + CD)

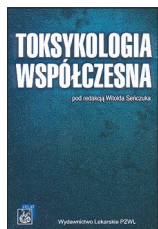
red. **Richard L. Guerrant, David H. Walker, Peter F. Weller**

wyd. **Churchill Livingstone**, wrzesień 2005, wyd. II, str. 1760, il. 850, c. katalog. 230.00 GBP

Książka prezentuje współczesny stan wiedzy z zakresu patogenyzy, patofizjologii, immunologii, diagnostyki i leczenia chorób tropikalnych. Obecne wydanie w opinii czasopisma JAMA „zasługuje na miano klasyki” w zakresie prezentowanych tematów. Książka przeznaczona jest dla szerokiego grona odbiorców, nie tylko specjalistów, ale także wszystkich zainteresowanych. W tekście zamieszczono diagramy oraz kolorowe ilustracje. Dołączony do książki CD zawiera pełną treść oraz bogaty zbiór ilustracji.

Wydawnictwo Lekarskie PZWL, 00-251 Warszawa, ul. Miodowa

10. Zamówienia (tel. 0-22/695-44-80, fax 695-44-87, infolinia 0801-142-080, www.pzwl.pl, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, 00-950 Warszawa 1, skr. poczt. 379) realizowane są za zaliczeniem pocztowym (7 zł – zam. powyżej 150 zł bezpłatnie). Pełna oferta: www.pzwl.pl oraz Katalog Wydawnictwa.

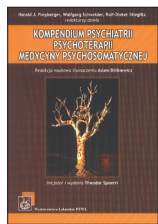


Toksykologia współczesna

red. **Witold Seńczuk**

wyd. I, Warszawa 2005, str. 996, il. 153, tab. 110, wz. chem. 112, c. katalog. 134 zł

Publikacja jest całościowym opracowaniem problematyki współczesnej toksykologii. Omawia m.in. czynniki wpływające na toksyczność, interakcje leków, zatrucia lekami, pestycydami, szkodliwe działanie kosmetyków i preparatów chemicznych stosowanych w życiu codziennym, toksyczność żywności oraz toksykologię środowiska. Przedstawia problemy bezpieczeństwa chemicznego. Zawiera Glosariusz z definicjami licznych haseł. Przeznaczona dla studentów medycyny. Powinna zainteresować lekarzy różnych specjalności i farmaceutów oraz osoby stykające się z toksykologią.



Kompedium psychiatrii, psychoterapii, medycyny psychosomatycznej

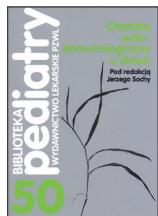
red. **Harald J. Freyberger, Wolfgang Schneider, Rolf-Dieter Stieglitz**

tłum. **Bernadetta Olszyńska, Michał Lew-Starowicz**

red. naukowy tłum. **Adam Bilikiewicz**

wyd. I, Warszawa 2005, str. 526, il. 14, tab. 196, c. katalog. 150 zł

Przekład 11 wydania znanego niemieckiego podręcznika psychiatrii i psychoterapii, poszerzonego o zagadnienia medycyny psychosomatycznej. Koncepcja kompendium opiera się na systemie ICD-10, przedstawiono w nim europejski sposób postępowania zaburzeń psychicznych, oddzielający aspekt opisowo-fenomenologiczny od etiologiczno-patogenetycznego. Publikacja adresowana do lekarzy psychiatrów, psychologów i innych osób związanych zawodowo z psychiatrią, psychoterapią lub medycyną somatyczną. Może zainteresować również studentów medycyny i psychologów.



Choroby autoimmunologiczne u dzieci

red. **Jerzy Socha**

Seria: **Biblioteka Pediatrii**

wyd. I, Warszawa 2005, str. 396, il. 42, tabl. 55, c. katalog. 77 zł

W publikacji omawiane są choroby o podłożu autoimmunologicznym występujące w diabetologii, endokrynologii, gastroenterologii i hepatologii, hematologii, immunologii, kardiologii, nefrologii, neurologii, pulmonologii i reumatologii. Problematyka książki powinna zainteresować nie tylko pediatrów, ale i lekarzy rodzinnych.

Podstawowe procedury laboratoryjne w bakteriologii klinicznej

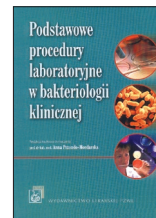
J. Vandepitte, J. Verhaegen i wsp.

tłum. **Katarzyna Fleischer**

red. nauk. tłum. **Anna Przondo-Mordarska**

wyd. I, str. 184, il. 27, tabl. 29, c. katalog. 59 zł

Kompleksowo omówiono procedury stanowiące podstawę do prawidłowej identyfikacji drobnoustroju chorobotwórczego, oceny jego lekowalności oraz właściwej interpretacji wyniku. Wymienione procedury diagnostyczne są zgodne z programem nauczania mikrobiologii na kierunku analityka medyczna. Książka przeznaczona dla studentów analityki medycznej. Może być przydatna w praktyce laboratoryjnej.



Wydawnictwo Via Medica

80-180 Gdańsk, ul. Świętokrzyska 73, tel. (0-58) 320-94-94, fax 320-94-60, www.viamedica.pl, e-mail: viamedica@viamedica.pl

Nagła śmierć sercowa

red. prof. dr hab. **Wiesława Piwowska**

wyd. I, Gdańsk 2005, s. 146, il. 100, tabl. 60, ryc. 60, c. katalog. 75 zł

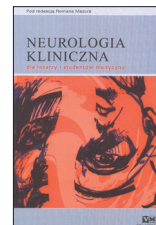
Publikacja zawiera kompleksowe opracowanie zagadnień związanych z problemem SCD (szczególnie u osób młodych). Wiele uwagi poświęcono zapobieganiu SCD (farmakoterapia, rewaskularyzacja inwazyjna oraz implantacja). Przedstawiono także aktualne zalecenia Europ. Tow. Kardiologicznego. Publikacja ma służyć lekarzom pomocą w działaniu przy wystąpieniu tego schorzenia, ale również w dostrzeganiu konieczności profilaktyki.



Neurologia kliniczna dla lekarzy i studentów medycyny

wyd. I, Gdańsk 2005, str. 496, c. katalog. 69 zł

Problematyka tej publikacji ujmie w sposób całościowy działanie organizmu człowieka. Książka przeznaczona dla studentów medycyny i młodych lekarzy zajmujących się leczeniem uszkodzonego układu nerwowego.



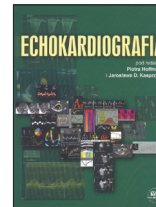
Echokardiografia

red. dr hab. med. **Piotr Hoffman**,

prof. dr hab. med. **Jarosław D. Kasprzak**

wyd. I popr., Gdańsk 2005, str. 408, c. katalog. 250 zł

Współczesny stan diagnostyki ultradźwiękowej serca. W kolejnych rozdziałach przedstawiono: podstawy teoretyczne metody, różne sposoby badania, w części szczegółowej – obrazowanie patologii serca oraz monitorowanie ich leczenia. Ogromny zbiór fotografii dokumentujących choroby serca. Książka skierowana do szerokiego grona lekarzy oraz studentów medycyny.



Wydawnictwo Czelej Sp. z o.o. 20-807 Lublin, ul. Czeremchowa 21,

tel. (0-81) 743-77-66, fax 534-77-88,

e-mail: wydawnictwo@czelej.com.pl, www.czelej.com.pl

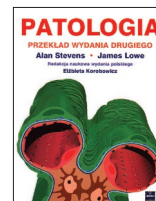
Patologia

Alan Stevens, James Lowe

red. naukowa wyd. polskiego **Elżbieta Korobowicz**

tłum. zespół, wyd. I polskie, Lublin 2005, str. 652, il. 900

Drugie wydanie poprawione i rozszerzone (pierwsze polskie). Zawiera niezbędne informacje z dziedziny patologii. Uzupełnia je b. duży wybór ilustracji. W ramach zebrano kluczowe fakty dotyczące tematu oraz zwięzłe informacje o molekularnym, biologicznym i genetycznym podłożu schorzenia. Podręcznik dla studentów medycyny, zawiera też test – ponad 100 pytań – który ułatwia przygotowanie się do egzaminu.



Alergia

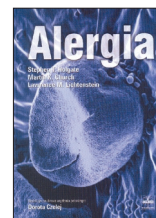
Stephen T. Holgate, Martin K. Church,

Lawrence M. Lichtenstein

red. naukowa wyd. polskiego **Dorota Czelej**

tłum. zespół, wyd. I polskie, Lublin 2004, str. 376

Podręcznik prezentuje kliniczne podejście do problemów związanych z alergią. Zawiera szczegółowe informacje na temat rozpoznania, leczenia i postępowania z pacjentami z różnymi rodzajami chorób alergicznych. Sporo miejsca poświęcono protokołom postępowania terapeutycznego i efektywnego prowadzenia pacjenta. Publikacja przewidziana dla alergologów, immunologów i pulmonologów oraz lekarzy innych specjalności i pielęgniarek.



opr. md