

12 2006

Gazeta Lekarska

Egzemplarz bezpłatny

Pismo Izby Lekarskich





Żeby ciasto urościło

Zwierzęta mówią ludzkim głosem w Wigilię. A większość polityków i partyjnych kacyków? Niezależnie od szczebla, od stolicy po kresy Rzeczypospolitej nie mówią ludzkim głosem nawet raz do roku. Słuchając ich, czytając informacje prasowe, raporty i sprawozdania, prospekty i ulotki, a nawet strony internetowe mam czasem wrażenie, że mówią do mnie potwory. A przecież mówią do ludzi. Nie będę się nad nimi pastwił, bo i tak w jesiennych wyborach niczego dobrego ani krzepiącego o lekarzach ani do lekarzy nie powiedzieli. Tadeusz Kotarbiński określał to tak: Łatwo jest mówić, gdy ma się coś do powiedzenia, ale trudno jest mieć coś do powiedzenia, gdy trzeba mówić.

W zaciszu ministerialnych gabinetów, rozprawia się jak to zakazać lekarzom pracy poza podstawowym miejscem pracy. „Próbuję jakoś poważnie ustosunkować się do tego pomysłu, ale nie daję rady, podobnie jakbym miał komentować projekt zakazu wychodzenia z domu po godz. 22.00” – mówi w naszej sondzie jeden z czytelników. Oj, dostało się i naszej redakcji od czytelników za... głupie pytania. Na mądre to my znamy odpowiedzi, a nad resztą niech się zbiorowa mądrość biedzi.

Przypomnijmy kilka z nich: jak zmniejszyć deficyt środków publicznych przeznaczanych na opiekę zdrowotną w stosunku do zakresu świadczeń gwarantowanych przez państwo i zapotrzebowania na te świadczenia? Kiedy nadejdzie kres wyzysku lekarzy i zadłużania się szpitali spowodowanego niesprawiedliwą wyceną świadczeń zdrowotnych. Kiedy wreszcie wyceniona będzie praca lekarza? Czy kolejki do badań i leczenia, skazujące wielu Polaków na cierpienia lub śmierć, to cele budowniczych solidarnego państwa?

Idą święta. Piekarze powiadają, żeby upiec ciasto drożdżowe trzeba zarezerwować sobie trochę więcej czasu, mieć wolną głowę, zaplanować pieczenie go wcześniej, bo pośpiech wybitnie mu nie służy. Nie lubi też przeciagów, kłótni w domu, a nawet głośnych rozmów. Widać taka jest natura drożdży.

Wesołych Świąt i szampańskiego Sylwestra!

Marek Stankiewicz
naczelnym@gazetalekarska.pl

W NUMERZE

między innymi

Czy zakazać lekarzom pracy poza podstawowym miejscem?	4
Wygrać z czasem	5
Okiem Prezesa	5
O naturze kariery i sukcesu	6-8
LEP-iej nie zdał nikt	10
Boże Narodzenie	12-13
Rozpalanie wici	14-15
Oczekiwanie na nowe ceny	16-17
Na potrzeby szkoleń dla lekarzy	18-21
CPT-PL	24
Orzecznictwo o niepełnosprawności	30-31
Święto stomatologii	32-33
Pomnik, którego nie ma	34-36
Lekarski sport	38-39
Kalendarz – kursy, szkolenia, zjazdy	40-43
Książki nadesłane	44-45
Praca: Konkursy, zatrudnię, szukam	48-58
Ogłoszenia różne	59-60

Biuletyn NRL

Wesołych Świąt
Bożego
Narodzenia
życzy redakcja



Czy zakazać lekarzom pracy poza podstawowym miejscem?

Jak mi zapłacą 15 000 zł w podstawowym miejscu pracy, to mogę nie pracować gdzie indziej i nie wyjadę za granicę.

Michał Wasowski, Warszawa

Od wielu miesięcy głowimy się jak pokazać władzy, że kadry lekarskiej w Polsce zaczyna brakować zwłaszcza w placówkach dla biednych i przeciętnie zamierzających pacjentów. Tymczasem warszawska centrala wiedzy o organizacji ochrony zdrowia serwuje nam świetny pomysł na poprawę nastroju. Bo na pewno nie sytuacji. To wspaniały prezent pod choinkę dla naszej korporacji zawodowej. Właśnie podobnym posunięciem – tj. dobrowolna rezygnacja z dodatkowego zatrudnienia – mieliśmy zamianifestować nasze niezadowolenie w ramach wiosennych akcji protestacyjnych. Dziękujemy. Już nie musimy tego organizować sami. Minister Piecha stał się naszym rzecznikiem i sprzymierzeńcem!

*Stanisław Kowarzyk
endokrynolog z Nysy*

Uważam, że tego pomysłu nie wprowadzą w życie. To kolejny popis propagandy i próba zastraszenia zniewolonych lekarzy. Przykre, że rząd nie potrafi z nami rozmawiać jak partner z partnerem. Mam nadzieję, że w przyszłym roku nasza złość będzie już tak duża, że z łatwością się zjednoczymy i w końcu powalczymy, przede wszystkim o szacunek do naszego zawodu, a ubocznym efektem tego będą godziwe płace. W końcu to my będziemy stawiać warunki. Mamy fach w ręku, a oni są tylko mocni w gębie.

*Marek Miroński
laryngolog z Wybrzeża*

Jeśli taki zakaz ma dotyczyć tylko lekarzy – to jest dyskryminacja. Jeśli będzie to nakaz wynikający z prawa pracy, to jest sprzeczne ze swobodą działalności gospodarczej.

*Tadeusz Krzyś
kardiolog z Poznania*

Zawód lekarza jest zawodem wolnym. Wolno mi zatem świadczyć usługi bez ograniczeń. Czuję się białym niewolnikiem i w zasadzie dopisanie mi zakazu

pracy w innych miejscach pracy będzie dowodem na przekształcenie medycyny w zawód pańszczyźniany!

Marek Czarkowski, Warszawa

Zakaz pracy dla lekarzy w placówkach publicznych i prywatnych spotyka się np. we Włoszech. Jest wiele względów etycznych przemawiających za tym zakazem, dotyczących wymuszania w różny sposób wizyt lub hospitalacji w placówkach prywatnych. Zanim jednak taki zakaz się wprowadzi, należy rozważyć czy wynagrodzenie z jednego miejsca pracy umożliwia lekarzowi godne życie i jest adekwatne do podejmowanych decyzji i ponoszonej odpowiedzialności.

Większość lekarzy w Polsce nie pracuje na wielu etatach dla wygórowanych ambicji materialnych, lecz aby zapewnić sobie i swojej rodzinie życie na poziomie akceptowalnym, umożliwiającym właściwy wypoczynek i dokształcanie. Zakazanie lekarzom „dorabiania” w sposób uczciwy nie wróży nic dobrego.

Maciej Nowak

Propozycję urzędowego ograniczenia liczby miejsc pracy lekarza do jednego należy traktować jako dowód bezsilności dyżurnych polityków zdrowia. Otwarcie granic pozwoliło nam w sposób naturalny wycenić wartość pracy lekarza. Proponowane ograniczenie zakłada współistnienie dwóch systemów: rynkowego w odniesieniu do wyceny usług i nakazowego w odniesieniu do wynagradzania lekarza. Spodziewanym efektem tego koktajlu może być tylko przyspieszona migracja lekarzy.

Krzysztof Dziubiński, Warszawa

Ja poszedłbym jeszcze dalej i wprowadził nakaz pracy na jakiejś wysuniętej placówce. Oj, jakoś służba zdrowia w Polsce nie ma szczęścia do polityków, zawsze może liczyć na co najmniej dziwne pomysły jak nie ministra to wiceministra.

Pracodawca nie może nakazać ani zakazać czegokolwiek pracownikowi poza miejscem pracy. Pomysł fajny na lata 1945-1989, biorąc pod uwagę dyskretną nutkę agresji z domieszką może nawet zapowiedzi represji wobec tych wred-

nych inteligentów, którzy tylko chcieliby więcej zarabiać zamiast porządnie pracować.

Próbuję jakoś poważnie ustosunkować się do tego pomysłu, ale nie daję rady, podobnie jakbym miał komentować projekt zakazu wychodzenia z domu po 22.00.

Piotr Piątek, Kalmar, Szwecja

Co to za bzdura? W żadnym cywilizowanym kraju wykształcony lekarz nie zarabia gorzej niż hydraulik. We Francji np. pensja lekarza ze specjalizacją jest co najmniej dziesięć razy większa. Jesteśmy w Europie, a poziom życia mamy gorszy niż w afrykańskiej wiosce.

Irena Filus, Paryż

Lekarz pracujący w szpitalu powinien móc utrzymać rodzinę na godnym poziomie. Zarobione pieniądze ledwie mu wystarczają na comiesięczne opłaty. Czyżbyśmy mieli aż tylu wspaniałych wykształconych lekarzy, że pracując tylko na jednym etacie i nigdzie więcej zapewnią społeczeństwu właściwą opiekę. Czy dzięki temu skrócą się kolejki, czy wzrośnie prestiż tego zawodu?

*Ewa Postawska
dziennikarka i żona lekarza, Lublin*

Sprzeciw. Konstytucja gwarantuje wolność wyboru i swobodę w wyborze organizacji swojego wolnego czasu. Ja w wolnym czasie np. wolę pracować.

*Klaudiusz Gerke
okulista z Rzeszowa*

Zamiast decydować za biurkiem w Warszawie o zakazie pracy dla lekarzy poza podstawowym miejscem zatrudnienia, pan minister powinien porozmawiać z zainteresowanymi – zobaczyć jak pracują zwłaszcza w tzw. terenie. Nikt z lekarzy nie jest zainteresowany pracą ponad miarę. Zmusza do tego konieczność, związana nadal z bardzo niskimi uposażeniami pracowników ochrony zdrowia. Jeśli pan minister zapewni adekwatne wynagrodzenie za wykonywaną pracę – nie będzie musiał wprowadzać żadnych zakazów. Wtedy okaże się, że w Polsce brakuje lekarzy.

Czesław Czechyra, pediatra z Kozienic

opr. ms

Wygrać z czasem

• **Dlaczego pozwala pan szpital za pracę powyżej 48 godzin tygodniowo?**

– Po pierwsze, niezgodność prawa wspólnotowego UE z prawem krajowym. Po drugie, świadomość niebezpieczeństwa, jakie niesie przemęczenie, a zwłaszcza deprivacja snu lekarza dla bezpiecznego wykonywania zawodu. Po trzecie, Kodeks Etyki Lekarskiej, w art. 11 stanowi wyraźnie: „Lekarz winien zabiegać o wykonywanie swego zawodu w warunkach, które zapewniają odpowiednią jakość opieki nad pacjentem”.

• **Nie obawiał się pan jakichś konsekwencji ze strony pracodawcy?**

– Hipotetyczne konsekwencje zawarłem w pana pytaniu w związku z wyto-

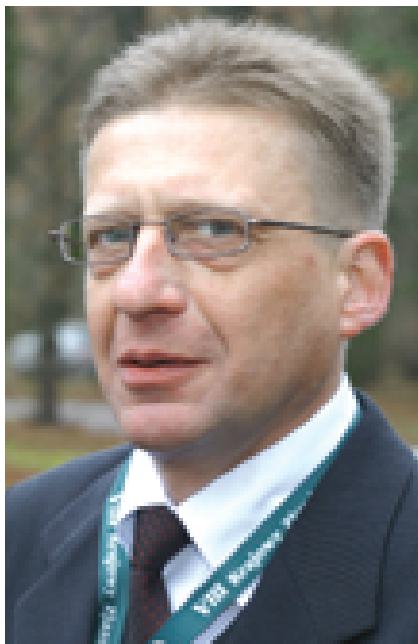


foto: Marek Stankiewicz

Czesław Miś – pediatra z Nowego Sącza i pierwszy polski lekarz, który powołując się na prawo obowiązujące w Unii Europejskiej domaga się przed sądem ekwiwalentu za dyżury w postaci płatnego urlopu. Dr Miś walczy o swoje prawo od dwóch lat. Wyliczył, że od maja do września 2004 r. przepracował o 31 dni ponad limit. Zarówno w pierwszej, jak i w drugiej instancji sąd uznał jego roszczenia za bezzasadne. Jednak Sąd Najwyższy dokonał kasacji wyroków i nakazał ponowne rozpatrzenie pozwu, już z uwzględnieniem prawa unijnego. Podobne sprawy z powództwa lekarza hiszpańskiego i niemieckiego zakończyły się zwycięstwem powodów. Ministerstwo Zdrowia obawia się precedensowego wyroku. Roszczenia polskich lekarzy mogą kosztować budżet nawet kilka miliardów złotych. Sąd oddoczył rozprawę do 19 grudnia 2006 r., żądając od szpitala pod rygorem grzywny dostarczenia ewidencji dyżurów i czasu pracy oraz zapłaconego z tej racji wynagrodzenia, a także informacji o ewentualnie wypłaconym wynagrodzeniu za nieudzielanie czasu wolnego.

czoną sprawą sądową byłyby działaniami bezprawnymi. Każdy ma prawo do sprawiedliwego i jawnego rozpatrzenia sprawy przez właściwy, niezależny, bezstronny i niezawisły sąd. Gwarantuje to zarówno art. 45 Konstytu-

cji RP, jak i ratyfikowana przez Polskę Konwencja o Ochronie Praw Człowieka i Podstawowych Wolności w artykule szóstym. Rekompensatą za niesłuszenie wytoczony proces cywilny jest obciążenie przez sąd strony przegrywającej kosztami zastępstwa procesowego. Ponadto, czego miałyby dotyczyć teoretyczne obawy, skoro to w odniesieniu do mojej osoby od 1 maja 2004 r. są naruszane prawa pracownika do minimalnych nieprzerwanych dobowych okresów odpoczynku, dobowego czasu pracy ze względu na porę nocną, maksymalnego tygodniowego czasu pracy? To nie ja naruszam prawo.

• **Jak zareagowali koledzy z pracy, kiedy dowiedzieli się o całej sprawie?**

– Na ogół życzliwie, popierająco, ale również z niedowierzaniem.

• **Zachęca pan innych do wkroczenia na drogę sądową?**

– Nigdy nikogo do niczego nie namawiam. Rozmawiam od czasu do czasu ze znajomymi, lekarzami, również w pracy o tej sprawie. Nie czyniłem też tajemnicy z jej przebiegu, wygrana w Sądzie Najwyższym, dwie przegrane w sądach niższej instancji. Każdy człowiek ma wolną wolę i postępuje, jak chce.

rozmawiał Marek Derkacz

Okiem Prezesa



Zbliżają się Święta Bożego Narodzenia. Jest to czas szczególnie intensywnego przeżywania ciepła domu i rodziny, a także domowego szczęścia. W przygotowaniach do tego okresu wyciszenia przeszkadzają nam trochę bombardujące nas od połowy listopada idiotyczne reklamy wszystkiego, co się da „ugwieżdżonego” błyskającymi lampkami i podawanego przez przebranych w czerwone stroje pajaców. Namawiam na zachowanie dystansu i nie uleganie temu komercyjnemu blichtrovi odzierającemu te ważne Święta z tego, co w nich ważne. A są to Święta, które przez swoją istotę sprowadzają nas do samego jądra człowieczeństwa, rodziny, szczęścia i Boga. Ta prawdziwa, a nie hipermarketowa stajenka przypomina nam, co w życiu jest naprawdę ważne i cenne. Przypomina, że prawdziwe szczęście pojawia się tam, gdzie nikt go nie planuje – tam, gdzie ludzie myślą raczej o innych niż o sobie, gdzie wszyscy są autentyczni zamiast udawać innych niż są naprawdę, i wreszcie gdzie jest obecny Bóg.

Życzę nam wszystkim, drogie Koleżanki i drodzy Koledzy, abyśmy potrafili, chociaż na krótką chwilę, przystanąć przy żłóbku Pana Jezusa, i dostrzec w Jego prostocie i bezradności szansę dla siebie. Życzę nam wszystkim, aby już nie tylko wokół nas, ale przede wszystkim w nas samych niemożliwe stało się rzeczywistością. Tak, jak w tej najpiękniejszej z polskich kołód: ...*moc truchleje, ...ogień krzepnie, blask ciemnieje, wzgardzony okryty chwałą, śmiertelny Król nad wiekami!* Naprawdę wszystko to może się stać, jest w zasięgu ręki – trzeba na to tylko pozwolić.

Kończąc tę świąteczną refleksję życzę wszystkim Czytelnikom „Gazety Lekarskiej” dobrych Świąt i tego, żeby z tego dobra świątecznego jak najwięcej zostało na cały przyszedły rok.

*Podnieś rękę Boże Dziecię,
błogosław Ojczyznę miłą!
W dobrych radach, w dobrym bycie
wspieraj jej siłę swą siłą!
Dom nasz i majątność całą
i wszystkie wioski z miastami!*

Konstanty Radziwiłł



O naturze kariery i sukcesu

Krystyna Knypl

Większość z nas jest zainteresowanych karierą lub jej bardziej wysublimowaną formą – sukcesem. Dość popularną miarą w naszym środowisku jest uzyskanie stopnia naukowego.

Wiele osób zgodnie uważa, że dopiero zrobienie habilitacji lub uzyskanie stopnia profesorskiego oznacza tę Prawdziwą Wielką Kariere. Dla tych, którzy nie domyślają się, że posiadacze wspomnianych tytułów zrobili karierę, starannie pielęgnowane jest określenie wywodzące się jeszcze z XVIII-wiecznej pruskiej tradycji „samodzielny pracownik naukowy”. Wyjściową hipotezą dla współczesnego pielęgnowania terminu sprzed trzech wieków musiało być prawdopodobnie przeświadczenie, że samodzielność nie zawsze musi być stanem faktycznym i w tej sytuacji nie zawadzi, jeżeli będzie faktem nominalnym.

Przed kilku laty nowo poznana koleżanka, doktor habilitowany, profesor w uczelni, zadała mi pytanie: „Dlaczego nie starałaś się o samodzielność?” Intrygujący wydał się owej doktor habilitowanej fakt, że osoba będąca autorem kilku książek i ponad dwustu artykułów nie ma papierów na „samodzielność”. Nie na darmo w Rosji mówią „ważne co bumażne”. Ponieważ pytanie to co i raz powraca, pomyślałam, że może warto publicznie zwierzyć się na ten temat w kontekście szerszej analizy, która może przydać się innym osobom. Myślę, że nie mała grupa kolegów zastanawia się nad tym, dlaczego ich kariera zawodowa czy naukowa utknęła w miejscu.

Od lat intrygowało mnie, dlaczego pewne osoby zostały tzw. luminarzami nauki polskiej i cieszą się tytułarną samodzielnością, inne zaś, do których i siebie zaliczam, pozostały na statusie wiecznych wyrobników. Mając trochę więcej wolnego czasu oddałam się systemowym rozmyśleniom nad tematem: co napędza karierę naukową i pozwala konsumować jej owoce – przynajmniej w naszym, polskim, medycznym świecie.

Konieczna potulność charakteru

W początkach praktyki lekarskiej pracowałam w pewnym ośrodku medycznym, który charakteryzował się niską liczebnością członków partii. Podstawowa komórka partyjna wprawdzie liczyła niewiele osób, ale wśród nich był prominent – pierwszy sekretarz organizacji uczelnianej – osoba odpowiedzialna za pomnażanie szeregów członków partii. Pewnego czwartkowego dnia lat siedemdziesiątych kolega sekretarz zaprosił mnie na obiad, podczas którego złożył ofertę: „Jeżeli zapiszesz się do partii, dostaniesz etat adiunkta i zrobisz karierę na uczelni, a jeżeli odrzucisz moją propozycję, nie będzie kariery”.

Byłam wówczas po doktoracie oraz II stopniu specjalizacji z interny i myśl o zrobieniu habilitacji nie była mi obca. Zawsze jednak stroniłam od wszelkich form sprzedawania się, dlatego też mogłam od ręki udzielić odpowiedzi odmownej, dziękując za „zaufanie, jakie okazała mi partia” – jak to zwykło się w owych latach określać. Zapłaciłam za swój obiad (do dziś pamiętam, że moja część rachunku wynosiła 19,80 zł!) i nie muszę nikogo epatować opowieściami, że ktokolwiek zmuszał mnie do zmiany moich zasad życiowych i poglądów. Nikt nie wywierał na mnie presji, nie szantażował, nic z tych klimatów. Kierownicza siła narodu – jak w owych la-

tach mówiono o partii – złożyła mi propozycję, którą mogłam przyjąć lub odrzucić. Nie przyjmując propozycji kariery podszytej transakcją handlowo-ideologiczną nie czuję się kombatanткой ani opozycjonistką.

Zawsze byłam pomna nauk mojej matki, która zwykła skrótowo mawiać: „Podpisuj się tylko na liście płac i liście obecności”. W dzisiejszym świecie liczba miejsc, w których musimy składać podpisy wzrosła, ale nadal warto mieć świadomość konsekwencji, jakie złożenie podpisu za sobą pociąga. Dorabianie wybielających teorii, jakie słyszymy czasem publicznie, do bezmyślnie złożonych podpisów jest żenujące, a tłumaczenie się koniecznością sygnowania druków zobowiązań, „bo nie wyjechałbym za granicę na stypendium naukowe” jest zwyczajnie niesmaczne.

Dziś wiem, że kobiety niepokorne nie robią kariery w środowiskach hierarchicznych, a niestety nie mogą się pochwalić, że mam wybitnie rozwiniętą potulność charakteru. Wszyscy znają określenie „republika koleśników” – będące nazwą nieformalnej struktury wielce pomocnej w robieniu kariery. Warto tu zauważyć, że nie istnieje termin „republika koleżaneczek”. Najbardziej rozwinięta struktura wsparcia w damskim świecie naukowym to władca szefowa i drepcząca za nią potulna zastępczyni o osobowości *à la* niewolnica Isaura.

Recenzencka osobowość

Trzeba mieć specjalne umiejętności, wśród których najważniejsza jest umiejętność wyszukiwania cudzych błędów, przydatna do późniejszych zadań.

Wyszukiwanie dziury w całym jest ulubioną zabawą zawodowych recenzentów. Jak to się robi? Pisz się „wprawdzie autorzy poruszyli ciekawy problem, ale nie podali w jaki spo-

dokończenie na str. 8



O naturze kariery i sukcesu

dokończenie ze str. 6

sób dokonywali pomiaru ciśnienia krwi i z tego powodu praca nie kwalifikuje się do druku”. No bo skąd taki recenzent może wiedzieć, że autorzy potrafią... zmierzyć ciśnienie. Gdy na przekór recenzentowi wszystko jest opisane jak należy, nie zawadzi poszukać w tekście literówek i zaznaczyć, że „nie umniejszają one wartości merytorycznej pracy, ale muszą być usunięte przed oddaniem jej do druku”. Uwaga głęboka, odkrywczą, inspiruje autora do... rzucania brzydkich słów, no i pokazuje głębię intelektu recenzenta.

Talent karcenia maluczkich

Gdy za sprawą przychylnego losu kandydat na człowieka sukcesu przekroczy rubikon oddzielający samodzielnych od mazgajowatych niesamodzielnych, rozpoczyna się niczym w znanej balladzie *klawe cesarskie życie*, obfitujące w deszcz łask belwederskich, będących pochodnymi wizyty w prezydenckim pałacu.

Najważniejsze jest wykazanie talentu do wyniosłości i karcenia, aby maluczkim nie zaległa się w głowie myśl, że są więksi niż *cysorz*. Najlepsze efekty osiąga się wykazując domniemane nieumiejętności na polu podstawowych czynności lekarskich. Gdy samo karcenie podwładnego nie wywołuje efektu kurczenia się ze strachu do malutkich, wręcz mikroskopijnych rozmiarów, trzeba dorzucić piorunujące spojrzenie, lekko przy tym wytrzeszczając oczy tak, aby nabrały srogiego wyglądu. Nie muszą wspominać, że podniesiony karzący ton winien trwać odpowiednio długo, aby w centralnym układzie nerwowym poddanego powstały określone reakcje skojarzeniowe.

W warunkach eksperymentalnych zespół stresu pourazowego u myszy wywołuje się traktując biedne zwierzę jednocześnie prądem elektrycznym i sygnałem dźwiękowym. Po zapamiętaniu bólu wystarczy sam sygnał dźwiękowy, aby myszy demonstrowały pełnobjawową reakcję humoralną zespołu stresu pourazowego. Analogicznie jest z ludźmi: wystarczy wysłać sygnał dźwiękowy bez trudnienia się w poszukiwaniu prawdziwie merytorycznych argumentów.

Współczesny świat jest pełen wartości fałszywych i prawdziwych. Nie dajmy się zwieść piewcom fałszywych wartości i instrumentalnemu traktowaniu nas,

co jest charakterystycznym narzędziem zastępczym u zawodowych *oceniaczy* reszty świata, będących jednocześnie *wychwalaczami* swoich wątpliwych karier i jeszcze wątlejszego dorobku naukowego mierzonego na skali prawdziwej nauki.

Tak naprawdę nie ma większego znaczenia ile razy nas zacytują na tych czy owych łamach, które zresztą przy obejrzeniu z bliska często okazują się wysoko zorganizowanymi formami koterii. W medycynie od kiedy ona istnieje zawsze było i jest najważniejsze, a także przez środowisko lekarskie najbardziej cenione, osobiste doświadczenie w zawodzie, a nie pilność w czytaniu doniesień innych autorów w Internecie i epatowaniu wrażeniami z lektur na cudownie rozmnażających się konferencjach punktowanych. Ciągłe warto jest patrzeć dalej niż na czubek własnego nosa, mieć długofalowe pomysły, nie ograniczające się do opracowywania strategii siedzenia na kierowniczym stanowisku *do końca świata i jeszcze jeden dzień dłużej*, promowaniu przystojnych znajomych królika o hollywoodzkich uśmiechach, długich nogach i seksownych sylwetkach.

Dobre myślenie o innych ludziach jest czynnością dyskretną, bezinteresowną i dobrowolną, a przez te cechy najcenniejszą.

krystyna.knypl@compi.net.pl

Rozszyfruj receptę

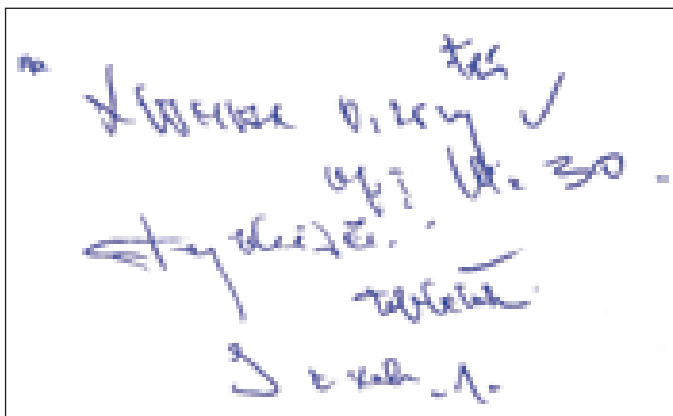
Konkurs ogłoszony w artykule „Napisać receptę – to nie wielkiego!” z numeru 11/2006 „Gazety Lekarskiej” spotkał się z bardzo żywym odzewem czytelników. Nadeszły liczne maile i... różne propozycje odczytania recepty. O ile nazwy leków nie sprawiły większych trudności, to z odczytaniem nazwiska pacjenta były poważne kłopoty. Nazwisko odczytywano jak Grzyb, Bryzek, Brydal, Eryk, w jednym przypadku spotkałam się z sugestią, że pacjent nazywa się Walenty... Knypl.

Leki to oczywiście **Amaryl** i **Metocard**. Drugi lek sprawił więcej kłopotów i nie brakło opinii, że chodzi o metformax, normocard, metohexal. Niektórzy z kolegów dodatkowo odnieśli się do uchybień formalnych w receptach – istotnie takie były.

Laureatami konkursu zostają: **Ewa Szewczyk**, **Tomasz Fit** i **Anna Puszkarska**, którzy jako pierwsi nadesłali prawidłowe rozwiązania. Gratulujemy! Proszę wymienionych Kolegów o

nadesłanie adresów pocztowych – na laureatów czekają książki medyczne z dedykacją upamiętniającą udział w konkursie. Dla pozostałych uczestników quizu nagrodą niespodzianką był dostęp do internetowej edycji mojej ostatniej powieści.

Przedstawiamy kolejną, tym razem o wiele trudniejszą przypadek do rozszyfrowania. Prezentujemy tylko fragment recepty z nazwą leku – bo tak naprawdę jest on najważniejszy. W końcu nazwisko pacjenta bez trudu można ustalić przy okienku. „Ustalanie” nazwy leku to zupełnie inna skala trudności, niosąca w sobie możliwość groźnej pomyłki. Jedna z czytelniczek napisała: „to skandal tak pisać recepty, zagrażają one zdrowiu i życiu naszych chorych”.



Bądźmy świadomi wydając każdą ordynację, że starannie napisana recepta może wyleczyć, napisana niechlujnie i nieczytelnie może zagrazić ludzkiemu życiu. Groźne recepty to realna rzeczywistość, z którą każdego dnia zmagają się farmaceuci. Oni także napisali do mnie dziękując za podjęcie tematu czytelnego pisanie recept. Czekam na propozycje odczytania następnej recepty, jak zawsze pod moim adresem, **krystyna.knypl@compi.net.pl**

LEP-iej nie zdał nikt

Aż 179 punktów – najwięcej w Polsce – uzyskała w czasie ostatniej edycji Lekarskiego Egzaminu Państwowego **Barbara Cieślak-Gałązka** z Warszawy. Średnia ukończenia studiów 4,5 i dyplom z wyróżnieniem.



• *Szczęściu czy solidnej wiedzy zawdzięcza pani swój sukces?*

– Przede wszystkim pracy! Szczęście nie by mi nie pomogło, gdybym

przez całe studia nie przykładła się do nauki. Tym bardziej, że miałam utrudnioną sytuację, bo do LEP-u przystąpiłam z rocznym opóźnieniem, ponieważ urodziłam córeczkę Magdę i po stażu przez rok zajmowałam się jej wychowywaniem. Paradoksalnie rodzicielskie obowiązki nie utrudniały mi nauki, wręcz przeciwnie, sprzyjały maksymalnej mobilizacji. Chociaż pomoc mamy była bezcenna.

• *Tegoroczny LEP był trudny?*

– Generalnie nie, ale było kilka pytań trudnych i zawiłych, szczególnie z interny i ratownictwa medycznego. O dziwo bardzo łatwe okazały się pytania z chirurgii.

• *Wiedza zdobyta w czasie stażu pomogła w zmaganiach z pytaniami egzaminacyjnymi?*

– Pomogła, i to bardzo! Odbywałam staż w warszawskim Szpitalu Grochow-

skim. To był wspaniały dla mnie rok. Trafiłam do bardzo życzliwego zespołu starszych, doświadczonych kolegów, którzy chętnie dzielili się swoją wiedzą i chętnie włączali nas, stażystów, do normalnej pracy z chorymi. Nie byłam tam po to, aby wypełniać dokumentację czy parzyć kawę! To dzięki tej otwartości lekarzy z Grochowa mogłam wiele razy sprawdzić się jako lekarz, dostawałam całkiem samodzielne zadania do wykonania. Uważam, że bardzo dużo dało mi to w czasie rozwiązywania zadań podczas LEP-u.

• *Zostaje pani w kraju czy będzie szukać pracy za granicą?*

– Zostaję! Marzę o specjalizacji z interny. Będę się starać o rezydenturę w szpitalu na Grochowie, z którym żyłam się bardzo w czasie stażu podyplomowego.

Gabriela Podsiadła-Urban, absolwentka Wydziału Stomatologii Akademii Medycznej w Lublinie zdobyła 177 punktów. To najlepszy wynik w kraju!



• *Trudno było zdać ten egzamin?*

– To zależy czy chodzi o samo zdanie egzaminu, czy o osiągnięcie dobrego wyniku. Egzamin był do zdania, ale otrzymanie wyższej punktacji, ponad wymagane 112 punktów, wiązało się już z

większym wysiłkiem i obszerniejszą wiedzą. W polecanych piśmiennictwie jest sporo pozycji i nie zawsze opanuje się wszystkie podręczniki. Łut szczęścia przy wynikach 160 punktów i więcej polega na tym, że pamięta się właśnie te konkretne, szczegółowe informacje, o które pytają w teście. Mnie się udało.

• *Może dlatego, że prymusom jest łatwiej?*

– To prawda, że „od zawsze” dużo się uczyłam. W liceum dostałam nawet stypendium naukowe premiera – a studia ukończyłam ze średnią 4,76 i 6 na dyplomie. Jednak uważam, że zawdzięczam to swojej osobowości. Po prostu pasjonuje mnie zdobywanie wiedzy. Pracowitość też jest moim atutem.

• *A czy staż pomógł pani w radzeniu sobie z pytaniami LEP-u?*

– Szczerze mówiąc nie. Egzamin jest czysto teoretyczny, oparty na wiedzy

podręcznikowej. Zdałam go tak dobrze, bo systematycznie uczyłam się przez całe studia. Natomiast staż szalenie ułatwia wejście w życie zawodowe, uczy praktycznej strony zawodu i tego, co najważniejsze: kontaktu z pacjentem.

• *Jakie ma pani plany?*

– Rozpaczam właśnie pierwsze studia doktoranckie w Zakładzie Periodontologii AM w Lublinie, bo nie wyobrażam sobie życia bez nauki. Oczywiście myślę też o specjalizacji, ale teraz nie chcę jeszcze zdradzać o jaką konkretnie mi chodzi. Nie kryję, że zarówno rozwój naukowy, jak i praca w gabinecie, kontakt z pacjentami to moje marzenia.

Rozmawiała Anna Augustowska

Zdjęcia: Marek Stankiewicz
i Grzegorz Pacewicz

Lekarsko-Dentystyczny Egzamin Państwowy przeprowadzono w Gdańsku, Poznaniu, Wrocławiu, Krakowie, Warszawie i Łodzi. Do egzaminu przystąpiło w całym kraju 831 lekarzy stażystów, uzyskując średnio 144,4 pkt. Maksymalny wynik wśród stażystów wyniósł 177, a minimalny 49 pkt. Dwudziestu lekarzy stażystów nie uzyskało minimum niezbędnego do zdania egzaminu. Minimum to wyniosło 112 pkt. Maksymalna liczba możliwych do zdobycia punktów wyniosła 199 – 1 zadanie zostało unieważnione. Wśród 130 zdających lekarzy z prawem wykonywania zawodu średni wynik wyniósł 133,1 pkt (minimum – 74, a maksimum 168).

Dostępne są też wyniki Lekarskiego Egzaminu Państwowego w sesji jesiennej 2006. Do egzaminu przystąpiło w całym kraju 2038 lekarzy stażystów. Jedną z lekarek w Lublinie zdyskwalifikowała przez Komisję Egzaminacyjną za niesamodzielne rozwiązywanie testu. Średni wynik wśród stażystów wyniósł 139,9 pkt, maksymalny – 179 pkt, a minimalny – 48 pkt. 121 lekarzom stażystom nie powiodło się. Minimum to wyniosło 111 pkt. Maksymalna liczba możliwych do zdobycia punktów wyniosła 198 – 2 zadania zostały unieważnione przez Komisję Egzaminacyjną. Wśród 282 zdających lekarzy z prawem wykonywania zawodu średni wynik wyniósł 113,9 pkt (minimum – 53, a maksimum 164).

Boże Narodzenie

(...) *Ilekróć pozwolisz, by Bóg pokochał innych przez Ciebie, zawsze wtedy jest Boże Narodzenie!*
(Bł. Matka Teresa z Kalkuty)

Droży Lekarze, Pracownicy służby zdrowia,

od kilku lat Redakcja „Gazety Lekarskiej” prosi mnie o słowo refleksji na Boże Narodzenie. Czynię to z radością, mając przeświadczenie, że ta kościelna uroczystość jest dla Rodziny ludzkiej nie tylko „gwiazdką”, wieczną wigilijną, czy drzewkiem Bożym, nie tylko sposobnością do okazywania sobie pogodnej twarzy i składania darów – choć w naszej, polskiej, kulturze ma to znaczenie.

W Ewangelii św. Łukasza wypowiada anioł Orędzie: „*Dziś w mieście Dawida narodził się wam Zbawiciel*”. „Dziś” Bożego Narodzenia może być po prostu „dziś” historii. Niepozorne słowo *dziś* nabiera znaczenia. Przykuwa uwagę. To słowo jest właściwym kluczem do owocnego przeżywania świąt Bożego Narodzenia. Wyrażamy to także w jednej z najpopularniejszych kołęd „Dzisiaj w Betlejem”. To dziś jest przeżyciem aktualnym. W owo „dziś” historii wpisują się szopki, żłobki, figurki Dzieciątka Jezus, Maryi i Józefa, pasterzy, ułatwiające nam wyobrażenia dziś tego, co kiedyś wydarzyło się w Betlejem. Należy jednak zauważyć, że św. Łukasz, po-

dając wiele historycznych szczegółów dotyczących narodzenia Jezusa, na nich się nie zatrzymuje, ponieważ przeżywanie wspomnienia historycznego wydarzenia jest niewystarczające. I trzeba wiedzieć, że bardzo wielu ludzi, którzy odwiedzają w te święta kościoły, zatrzymuje się tylko na przeżywaniu tego historycznego „dziś”.

A przecież „dziś” historii Bożego Narodzenia powinno przechodzić w „dziś” wiary. Wiara bowiem uobecnia historyczne wydarzenie o wiele pełniej niż ich wspomnienie.

Czas Bożego Narodzenia jest i być powinien czasem odrodzenia człowieka. Odrodzenie wymaga mądrości, a bycie mędrcem nie jest przywilejem nielicznych. Raczej jest zadaniem dla każdego człowieka. Na co dzień, w biegu szalonego życia szpitalnego, obchodu chorych, wypisywania recept, mało się myśli o mądrości Bożej. Niezwykłość wiary religijnej polega na tym, że daje ona sposobność doświadczenia tego, w co się wierzy. Przyjęcie w wierze za prawdziwe słów anioła wypowiedzianych do pasterzy: *dziś w mieście Dawida narodził się wam Zbawiciel, którym jest Mesjasz Pan* (Łk 2,11) sprawia, że Zbawiciel duchowo dziś rodzi się w nas tak jak kiedyś w Betlejem. Daje nam szan-

sę uczestniczenia w tych samych do-
brach duchowych jak kiedyś uczestni-
czyli bohaterowie betlejemskiej nocy.
Zatem istota trwa w Bogu, jest ponad-
czasowa. To fakt, że przez całe stule-
cia do Betlejem zdążali wielcy i mali
tego świata. Wszyscy przeżywali tutaj
niezapomniane chwile. Ta wędrówka
trwa do dziś i jest przeżyciem w wie-
rze w każdym miejscu przestrzeni i cza-
sie historii.

I musimy pamiętać, że Bóg się rodzi
nie tylko dla mieszkańców Betlejem, Pa-
lestyny, czy nawet całego ówczesnego
świata. Rodzi się dla całej ludzkości.
A więc również i dla nas. Powiem wię-
cej jeszcze. Pragnie narodzić się dziś
w nas tak, jak niegdyś w Betlejem, ale
pod warunkiem, że nie okazemy się za-
mkniętą gospodą, lecz otwartą, choćby
ubogą, stajenką.

„Dziś” wiary Bożego Narodzenia
przechodzi z kolei w dziś sprawowanej
Eucharystii i nocnej Pasterki.

Odwiedzając Ziemię Świętą w 2000 r.
Jan Paweł II powiedział: „W Betlejem
jest zawsze Boże Narodzenie”. Jest tak-
że podczas każdej Eucharystii, gdziekol-
wiek by ona była sprawowana. Podczas
każdej Mszy świętej na ołtarzu rodzi
się Chrystus.

Droży Lekarze! Czym jest dzisiaj
dla Was tajemnica Bożego Narodzenia
w świecie nie spotykanych dotąd moż-
liwości, nieograniczonego wręcz postę-
pu techniki, przekraczania kolejnych ba-
rier, podróży kosmicznych? Co znaczy
cud Bożego Narodzenia w cywilizacji
terroru, wojen, nienawiści, rozgrywek
politycznych?

Ta Tajemnica Bożego Narodzenia sta-
je się właśnie „dziś” zdumiewającym
i najważniejszym przesłaniem: miło-
ści Boga, który stał się człowiekiem.
I to zdarzenie nadaje właśnie dziś nowe
oblicze i wymiary. Ponieważ Bóg chciał
nam powiedzieć o sobie, o swojej miło-
ści do nas i wszystko to złożył w betle-
jemskim żłobie.

To istotne **dzisiaj** Bożego Narodze-
nia spełnia się dla lekarzy i niesie Do-
brą Nowinę.

Lekarz dla chorego jest najlepszym le-
karstwem. W tym znaczeniu dzień Bo-
żego Narodzenia może trwać przez cały



rok i będzie zaprzeczeniem powiedzenia: „nie ma nic nowego pod słońcem”. Właśnie Bóg stał się człowiekiem, aby każdy z nas był człowiekiem w świecie, gdzie tak dużo ludzi, a czasami tak trudno o człowieka.

Od ponad dwudziestu dwóch lat jestem związany ze służbą zdrowia – od czasów tragicznej śmierci ks. Jerzego Popiełuszki. Znam Wasze bolączki i niedomagania w służbie zdrowia i dlatego pozwólcie, że właśnie „dziś” Wam prześlę nieco inne życzenia:

- Dyrektorom szpitali – spokojnych snów i wieloletnich kontaktów z NFZ.
- Ordynatorom – przejrzystych zasad.
- Lekarzom z interny, chirurgii, onkologii i wszystkim innym – żeby nie bali się mówić o śmierci. Najbliższym chorego, aby potrafili myśleć o śmierci. Tym, co dostali niepomyślną diagnozę – nadziei. I wiary.
- Lekarzom z Lotniczego Pogotowia Ratunkowego – nowych śmigłowców.
- Wypracowanym lekarzom zdrowia i spokojnej emerytury.
- Lekarzom i pielęgniarcom, aby już nigdy nie musieli Bożego Narodzenia spędzać w Ministerstwie Zdrowia.
- Transplantologom – roku bez odrzutów.
- Lekarzom rodzinnym, żeby słowo stało się ciałem i pieniądź poszedł za pacjentem.
- I najważniejsze, aby lekarze i pielęgniarki pozostały w naszych szpitalach – aby stworzyć warunki tak, aby nie musieli wyjeżdżać do innych krajów i nucić poza granicami naszej Ojczyzny polskiej kolędy: „Nie było miejsca dla Ciebie, w Betlejem w żadnej gospodzie”.

*A wszystkich pracowników
służby zdrowia
i Redakcję „Gazety Lekarskiej”
niech Bóg obdarza radością
i pokojem.*

*Niech otworzy się niebo
i zleje na służbę zdrowia
betlejemskie dary.*

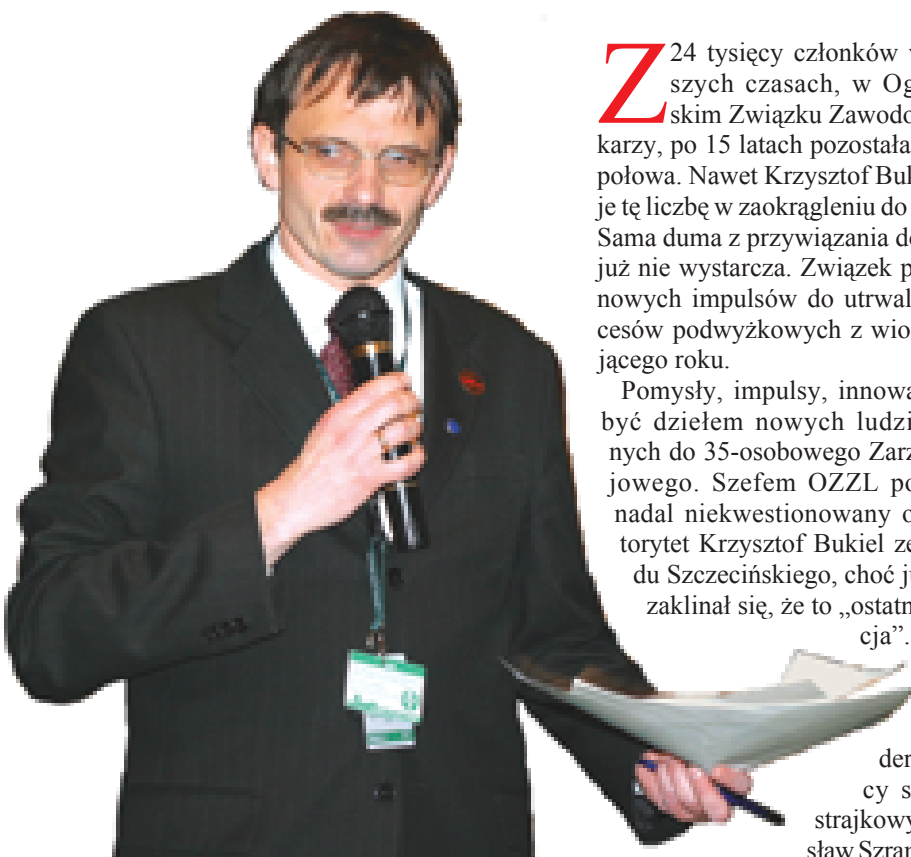
*Niech Nowonarodzony
Jezus Chrystus będzie dla Was
Dawcą nowego życia
na każdy dzień,
a drogi Wasze rozświećla
nieomylna gwiazda zbawienia.*

*Z bliskości serc i modlitwy
Wasz duszpasterz*

ks. Józef Jachimczak CM

Marek Stankiewicz

Przyjechali z całego kraju. 83 z 88 delegatów, przejętych swoją misją, przez dwa dni karnie tkwiło na sali obrad, choć Łańsk koło Olsztyna to idealne miejsce wypoczynku dla tych, którzy kochają spokój, czyste jezioro i las.



Z 24 tysięcy członków w najlepszych czasach, w Ogólnopolskim Związku Zawodowym Lekarzy, po 15 latach pozostała zaledwie połowa. Nawet Krzysztof Bukiel podaje tę liczbę w zaokrągleniu do 2 tysięcy. Sama duma z przywiązania do ideałów już nie wystarcza. Związek potrzebuje nowych impulsów do utrwalenia sukcesów podwyżkowych z wiosny mijającego roku.

Pomysły, impulsy, innowacje mają być dziełem nowych ludzi, wybranych do 35-osobowego Zarządu Krajowego. Szefem OZZL pozostanie nadal niekwestionowany od lat autorytet Krzysztof Bukiel ze Stargardu Szczecińskiego, choć już nie raz zaklinał się, że to „ostatnia kadencja”.

Dzielnie wspierać go mają nowi liderzy i twórcy sukcesów strajkowych: Zdzisław Szramik z Rze-

szowa i Maciej Niwiński ze Śląska, którzy w wyścigu do fotela szefa związku wprowadzić nie wygrali, ale obaj urwali Bukielowi aż 39% głosów. Za 4 lata mogą okazać się dla związku jak znalazł. Nastroje, poczynawszy od najmniejszych szpitali, radykalizują się coraz mocniej, perspektywa strajku generalnego nikogo już nie przyprowadza o etyczny zawrót głowy.

Zarząd zasiłło kilku krewkich działaczy (Tomasz Underman z Rudy Śląskiej, Leszek Bień z Tarnobrzega i Marek Białko z Gdańska), których styl działania ma powalić niejednego dyrektora łamiącego prawo i nie słuchającego ludzi. „Od 13 lat walę głową w ścianę i będę walił tak długo, aż ta ściana się wreszcie rozleci” – prezentował się Zjazdowi Andrzej Barszczewski, kandydat do Zarządu z Międzyrzecza Podlaskiego. „Władza wie, że każdy strajk zawsze się kiedyś skończy, pomimo największego uniesienia i entuzjazmu. Musimy jej pokazać, że stać nas na wszystko” – przekonuje Michał Stelągowski.

„Związek ma coraz lepszych działaczy, ale czeka go jeszcze wiele pracy, by dotrzeć do każdego szpitala w kraju. Trzeba przekonać lekarzy, że za jałmużną żaden z nich pracować już nie powinien” – komentuje gość Zjazdu Marek nogórskiego.

Jeszcze nigdy OZZL i samorząd lekarski nie znalazły się tak blisko siebie. Gdzieś się podziały dawne emocje i uprzedzenia. W wielu kręgach izbowych przestano bać się widma syndykalizacji samorządu, a wielu dawnych działaczy związkowych wygrało wybory do władz izbowych i nie starają się pamiętać chwil, kiedy stawiano ich do kąta w izbowych salonach. Organizatorem tłumnego, majowego marszu lekarzy ulicami stolicy był Andrzej Włodarczyk, szef warszawskiej izby lekarskiej. Ręka w rękę, nie będąc łasymi na zasługi działają dziś szef izby Krzysztof Szuber i Zdzisław Szramik. „Gdyby nie było izby i Grzegorza Krzyża-

Zarząd Krajowy OZZL

Przewodniczący Krzysztof Bukiel (Stargard Szczeciński)

Członkowie: Włodzimierz Kasierski i Włodzimierz Grądzki (Bydgoszcz), Piotr Watoła (Oświęcim), Tomasz Underman (Ruda Śląska), Maciej Jędrzejowski (Warszawa), Marek Białko (Gdańsk), Jerzy Zadrozny (Gdańsk), Marek Nadolski (Łódź), Mariusz Maroszyński (Łódź), Piotr Roczniak (Radom), Piotr Śliwiński (Poznań), Stefan Żarko-Matuszewski (Wrocław), Andrzej Barszczewski (Ziemia Lubelska), Paweł Wolejsza (Krosno), Leszek Bień (Tarnobrzeg), Krzysztof Jarzębski (Częstochowa), Stanisław Urban (Rybnik), Jarosław Kościółek (Sosnowiec).

Szefowie regionów: Mariusz Ratajczak (Bydgoszcz), Andrzej Sokołowski (Gdynia), Robert Sarna (Kielce), Janusz Spustek (Lublin), Mariusz Pawlak (Gorzów Wielkopolski), Sławomir Zimny (Łódź), Halina Bobrowiska (Poznań), Zdzisław Szramik (Rzeszów), Ewa Szpindor (Szczecin), Maciej Niwiński (Tychy), Tadeusz Politewicz (Olsztyn), Ryszard Kijak (Białystok), Maria Balcerzak (Warszawa), Marek Kmiec (Kraków), Rafał Olejnik (Kędzierzyn-Koźle) i Wojciech Firkowski (Wrocław).

Kontakt z sekretariatem Zarządu Krajowego:

- pisemnie na adres **Zarząd Krajowy OZZL, ul. Ujejskiego 75, 85-168 Bydgoszcz**
- telefonicznie na numer **+48 52 372 08 83** (tel./fax), **+48 52 371 16 00 w. 343**
- drogą elektroniczną e-mail: **ozzl@ozzl.org.pl, www.ozzl.org.pl**

nowskiego, nie byłoby strajku” – mówi Sławomir Zimny, szef łódzkich związków. W Kielcach i Lublinie siedzi by związku znajdują się w gmachu izby, a dokonania lubelskiego duetu Andrzej Ciołko (prezes izby) i Janusz Spustek (szef związku i wiceprezes izby) są dziś głośne w całym kraju. „To przykład znakomitej jedności środowisk” – potwierdza Krzysztof Bukiel. „Ciekawe, dlaczego u nas nie możemy działać wspólnie w interesie lekarzy” – zastanawia się Stefan Żarko Matuszewski z Dolnego Śląska. Tomasz Underman, Maciej Niwiński i Andrzej Spisak nawet słyszeć nie chcą o współpracy ze Śląską Izbą Lekarską, bo pamiętają jak to było na wiosnę.

Słowami wrażeń pieśni nie okładają się już szefowie centrali związku i samorządu. „Jestem przekonany, że o tak wielkim zaangażowaniu samorządu lekarskiego w akcję protestacyjną zdecydowała osobista postawa Konstantego Radziwiłła, który wielokrotnie w mediach bronił protestujących lekarzy. Nawet wtedy, gdy odsądzano ich od czci za strajk w szpitalu dziecięcym. Nie było to łatwe, ale dr Radziwiłł się na to zdobył” – przypomniał delegatom Krzysztof Bukiel. Uczestnicy Zjazdu skierowali specjalne podziękowania dla naczelnych i okręgowych władz samorządu lekarskiego „za aktywne poparcie starań OZZL o poprawę warunków pracy i płacy lekarzy”. Konstanty Radziwiłł był gościem zjazdu w Łańsku.

„Oprócz racji trzeba mieć jeszcze siłę. Sukces strajków wiosennych to zasługa poszczególnych ludzi w regionach, a nie zarządu krajowego” – zauważa Krzysztof Bukiel. „Nie argument siły, ale siła argumentu, również na lekarskich forach międzynarodowych” – proponuje Konstanty Radziwiłł.

Prezes NRL podkreślił również znaczenie poparcia, jakiego OZZL udziela prywatyzacji w ochronie zdrowia i przechodzeniu pracowników na kontrakty lekarskie. „Związek jest w авангарdzie walki nie tylko o prawa lekarzy, lecz także o prawa pacjentów i tych, których los zależy od dobrze zorganizowanego systemu. To dowód waszej wielkiej odpowiedzialności” – przyznaje K. Radziwiłł.

Strajk w ochronie zdrowia, a zwłaszcza strajk lekarzy ma swoje ograniczenia. Zdaniem prezesa Radziwiłła strajki odbywały się trochę „na niby”. „Bardzo niewielu lekarzy chce tak po prostu przestać pracować i odejść od łóżek.

To jest praktycznie niemożliwe, a gdyby nawet się tak zdarzyło, to wszyscy będą przeciwko nam. Trzeba nieustannie poszukiwać innej drogi” – przekonywał K. Radziwiłł.

„Nie chciałbym strajku, ale chcę zmian. Wiem, że bez bata strajkowego nic się nie zmieni” – snuje rozważania Zdzisław Szramik. „To system, a nie lekarze odpowiadają za zdrowie obywateli. Dziękuję tym, którzy mieli beczelność przeciwstawienia się systemowi. System ukrywa niedobór środków. Mówi «macie 5 zł i zróbcie za to wszystko»” – wyjaśnia Szramik.

Krajowy Zjazd Delegatów OZZL chce doprowadzić do jednoczesnego prowadzenia sporów zbiorowych z pracodawcą przez wszystkie organizacje terenowe związku. Podstawą sporów mają być jednakowe żądania, a więc:

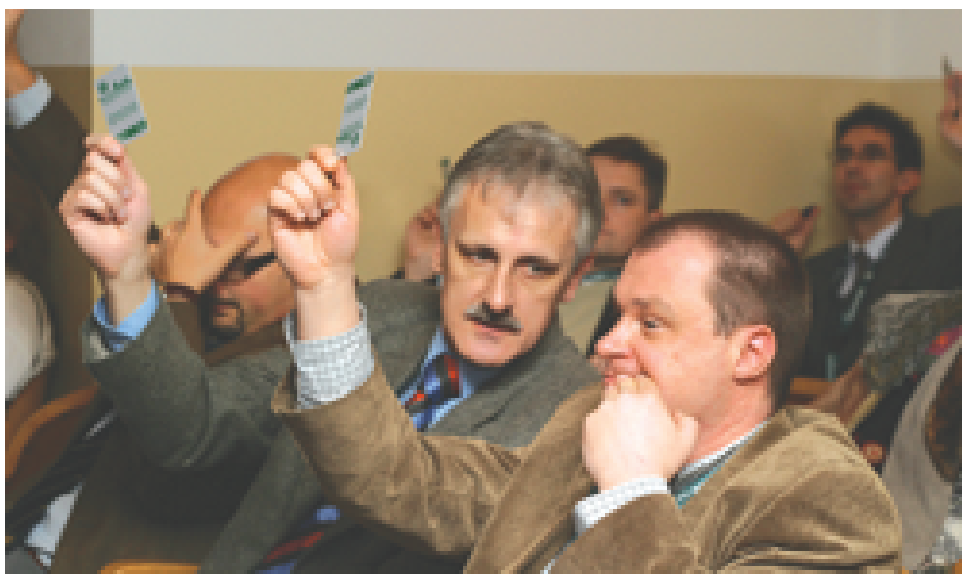
1. Minimalna miesięczna płaca lekarzy zatrudnionych na umowie o pracę (40 godzin) powinna wynosić: dla stażysty – 1,75x, dla młodszego asystenta i rezydenta – 2x, po pierwszym stopniu – 2,5x i dla specjalisty 3x przeciętne miesięczne wynagrodzenie w gospodarce narodowej.
2. Wprowadzenie płatnego 14-dniowego urlopu szkoleniowego rocznie dla lekarzy.
3. Przeszacowanie stawek kontraktów lekarskich tak, aby odpowiadały całkowitym kosztom pracy, jakie wynikają z ww. stawek, dla odpowiednich grup lekarzy.

Rokowania będą prowadzone przez specjalne zespoły w każdym województwie.

Sporo miejsca poświęcono autoprywatyzacji, która nie wszędzie wzbudza jednakowy entuzjazm. „Jeśli autoprywatyzacja się powiedzie, to zjemy własny ogon i związek przestanie istnieć” – zauważa Włodzimierz Grądzki z Bydgoszczy. „Zawsze staliśmy po stronie pacjenta, a teraz mamy dodatkowo pobierać od niego pieniądze? Przecież tego jak ognia unikają politycy” – ostrzega Piotr Śliwiński z Poznania.

Zgodnie ze związkowym scenariuszem wszyscy lekarze mają zarejestrować w izbie lekarskiej praktykę lekarską (w miejscu wezwania). W każdym szpitalu i innym zakładzie, gdzie lekarze zamierzają strajkować, a ostatecznie złożyć wypowiedzenie umowy o pracę w razie niepowodzenia strajku, ma być podpisana umowa o współpracy między poszczególnymi lekarzami prowadzącymi indywidualne praktyki lekarskie. Umowa powinna objąć lekarzy danego oddziału oraz szpitala. W każdym szpitalu powoła się przedstawicielstwo lekarzy prywatnie praktykujących, biorących udział w działaniach autoprywatyzacyjnych. Zadaniem przedstawicielstwa będzie negocjowanie z dyrektorem szpitala w imieniu lekarzy stawek płacowych ustalanych w oparciu o instrukcje Zarządu Krajowego OZZL.

Koniec z partyzantką i radosną twórczością protestacyjną – mówią zgodnie związkowcy. Decyzja o rozpoczęciu strajku zapadnie na zgromadzeniu przedstawicieli organizacji terenowych, które osiągną gotowość strajkową. O sekretach strajkowej kuchni mówią niechętnie, choć wiadomo, że strajk musi objąć co najmniej 300-400 szpitali w 12 województwach.



Zdzisław Szramik (z lewej): Bez strajkowego bata nic się nie zmieni



Oczekiwanie na nowe ceny

Andrzej Baszkowski

Narodowy Fundusz Zdrowia marnie płaci swoim lekarzom w stosunku do rzeczywistej wartości świadczeń. W stomatologii różnica ta sięga nawet kilkuset procent.

Doprowadzenie do sytuacji, kiedy NFZ płaciłyby ceny rzeczywiste zamiast zaniżonych jest nadal priorytetem Komisji Stomatologicznej NRL. Rozmowy NRL i NFZ trwały do sierpnia br. Ich efektem są uzgodnienia zawierające katalog nowych cen podpisane przez obie strony 10 sierpnia 2006 r.

Katalog nie wprowadza pełnych cen wyliczonych w „Kalkulacji kosztów jednostkowych podstawowych procedur stomatologicznych” przez inż. Waldemara Styło w 2003 r. i zaktualizowanych w grudniu 2005. Rozmowy toczyły się w różnych okresach z różnym natężeniem. Początkowo nie przynosiły oczekiwanych efektów. Można było odnieść wrażenie, że ze strony NFZ były bardziej działaniami pozornymi niż obliczonymi na definitywne załatwienie problemu.

Najtrudniejszą sprawą było udowodnienie, że ceny płacone przez NFZ są zaniżone. Wydawało się, że jest to sprawa oczywista, a jednak przedstawiciele NFZ długo nie przyjmowali jej do wiadomości, często powtarzając, „że jeżeli tak jest, to po co podpisujecie nieopłacalne kontrakty.” Uważali, że w zasadzie nie ma o czym mówić. Zmuszeni więc byliśmy do przedstawiania wielu wyliczeń, opracowań i analiz, a także

propozycji wyjścia z kryzysu, przy czym długo nie mieliśmy pewności czy są w ogóle czytane...

Wykazaliśmy, że NFZ płaci za realizację świadczeń stomatologicznych zaledwie około jednej trzeciej ich rzeczywistej wartości. Wskazywaliśmy też, że wina za taki stan rzeczy leży po stronie administracji, ponieważ w momencie wprowadzania ubezpieczeń zapewniano, że na stomatologię przeznaczone będzie 5% budżetu. Na tej podstawie minister zdrowia wydał rozporządzenie, w którym opisał wykaz świadczeń z zakresu stomatologii jakie przysługują pacjentom nieodpłatnie. Tymczasem zamiast owych magicznych 5%, w roku 2002 na leczenie stomatologiczne zaplanowano kwotę stanowiącą zaledwie 3,78% wydatków NFZ na świadczenia zdrowotne. Odsetek ten wynosił w roku 2003 3,52%, w roku 2004 3,09%, w 2005 2,98 %, a na 2006 r. zaplanowano kwotę stanowiącą 3,3%. Równocześnie minister zdrowia, zamiast listę świadczeń ograniczyć i dostosować do posiadanych środków, w 2003 rozszerzył ją o dodatkowe zabiegi dla dzieci i młodzieży do 18 roku życia oraz dla kobiet w ciąży i położu.

Ale to nie koniec nieszczęścia finansowego w stomatologii finansowanej ze środków publicznych. W latach

2002-2006 w planach finansowych NFZ nastąpił wzrost wydatków na świadczenia zdrowotne (w tym na leki) o kwotę 4 808 791 tys. zł. W tym samym czasie wydatki na leczenie stomatologiczne zmalały o 71 205 tys. zł.

Przedstawiciele centrali NFZ nie byli w stanie wyjaśnić takiego stanu rzeczy, jak również nie zdołali przedstawić jakichkolwiek kalkulacji cen świadczeń stomatologicznych, które Fundusz narzucił lekarzom stomatologom.

Z ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych wynika, że obowiązkiem NFZ jest przeprowadzenie analizy kosztów świadczeń, bo tylko w ten sposób będzie mógł mieć rozeznanie, że z jednej strony koszty te nie są za wysokie, a z drugiej nie za niskie, bo wówczas nie gwarantowałyby zadowalającej jakości świadczeń. Ceny narzucone przez NFZ na świadczenia stomatologiczne należą do tej drugiej kategorii. Nie brały one także pod uwagę wynagrodzenia lekarza za pracę.

Zasadnicze przyspieszenie rozmów i odczuwalną wolę ze strony NFZ załatwienia „sprawy stomatologii” odczuliśmy w połowie 2005 r. Niewątpliwie wpływ na to miała tocząca się równolegle w Urzędzie Kontroli Konkurencji i Konsumentów sprawa przeciwko NFZ ze skargi ORL w Krakowie. Postawiono zarzut NFZ naruszania zasad konkurencyjności przez narzucanie rażąco niskich cen na świadczenia stomatologiczne.

W ostatniej fazie rozmów z NFZ przedstawiciele NRL, na prośbę Funduszu, dokonali szczegółowej analizy cen dziesięciu, wskazanych przez NFZ „produktów stomatologicznych”, które stanowią największe obciążenie dla budżetu Funduszu. Łącznie wynosi ono 63,37% wartości środków przeznaczonych na finansowanie świadczeń stomatologicz-

TABELA. 9 przykładowych procedur stomatologicznych z nowymi cenami

1.	23 1502	ubytek na 1 powierzchni	44,44 zł
2.	23 1503	ubytek na 2 powierzchniach	52,25 zł
3.	23 1504	duży ubytek na 2 powierzchniach	61,75 zł
4.	23 1505	ubytek na 3 powierzchniach	77,99 zł
5.	23 3104	proteza przy bezzębiu	583,14 zł
6.	23 3103	proteza w zakresie więcej niż 8 zębów	492,47 zł
7.	23 1006	lakierowanie 1/4 łuku	25,23 zł
8.	23 1703	dłutowanie wewnątrzzębodołowe	49,26 zł
9.	23 1601	usunięcie złogów z 1/2 łuku	39,61 zł

nych w 2005 roku. Dokonano opisu tych procedur z uwzględnieniem w szczególności normatywnego zużycia materiałów do ich wykonania i kwalifikacji personelu, koniecznych dla zapewnienia właściwej jakości wykonania świadczenia. W kalkulacji 10 procedur wzięto pod uwagę cenę zużytych materiałów, miesięczne wynagrodzenie lekarza w wysokości 4200 zł oraz asystentki w wysokości 2100 zł, a także narzuty kosztów pośrednich i bezpośrednich.

Na podstawie tych wyliczeń ustalono o ile ceny płacone przez NFZ (przy założeniu, że cena jednego punktu wynosi 7 gr) różnią się od cen rzeczywistych. Ustalono równocześnie wskaźnik, o ile należy zwiększyć ceny pozostałych świadczeń stomatologicznych. Wyliczenia te zostały potwierdzone i zaakceptowane przez NFZ. 9 przykładowych procedur stomatologicznych z nowymi cenami przedstawiono w tabeli.

Przedstawiciele NRL podkreślili, że ustalone ceny muszą być równe w całej Polsce. Pogląd ten zyskał akceptację prezesa NFZ, choć centrala zaznaczała, że nie ma kompetencji do określania i narzucenia jednolitej ceny na terenie całego kraju. Postulatu NRL, aby środki finansowe przeznaczone w planach finansowych Funduszu na stomatologię były w całości wydatkowane na leczenie stomatologiczne, a nie były w żadnym przypadku, także za niezrealizowane w pełni kontrakty, przesuwane na inne rodzaje świadczeń, NFZ nie uznał za możliwy do zrealizowania. Do sprawy tej jeszcze powrócimy.

Uzgodnienia nowych cen rzeczywistych nie traktujemy jako definitywne zakończenie tematu. Ustalenie katalogu cen rzeczywistych świadczeń stomatologicznych jest pierwszym etapem prac

nad tym zagadnieniem. Pozostaje jeszcze uzgodnienie sposobu i czasu dojścia przez NFZ do tych cen.

W 2007 r. krokiem w tym kierunku ma być deklarowana przez NFZ w przyjętych ustaleniach podwójna dynamika wzrostu nakładów na świadczenia stomatologiczne. Oznacza to, że jeżeli w innych działach Fundusz zaplanuje podwyżkę 5%, to w stomatologii powinna ona wynieść 10%.

Co dalej? Nie jest dziś jasne w jaki sposób NFZ zamierza dojść do pełnych i rzeczywistych cen świadczeń. Gdyby NFZ podnosił cenę o np. 10% co roku, to pełną kwotę za świadczenia stomatologiczne lekarze stomatolodzy otrzymaliby za 5-6 lat. Dla NRL jest to nie do przyjęcia. Nawet jeśli co roku wartość świadczeń będzie waloryzowana. Mielismy na ten temat rozmawiać z kierownictwem NFZ we wrześniu. Nastąpiła jednak zmiana prezesa Funduszu. Czekamy na dalsze rozmowy, już z nowym kierownictwem. Mają być wznowione, oby jak najszybciej.

Warto podkreślić znaczenie tych ustaleń. Po raz pierwszy prezes NFZ uznał, że Fundusz płaci za świadczenia stomatologiczne ceny nie odpowiadające rzeczywistej wartości tych świadczeń, a dojście do cen aktualnych na dzień 1 stycznia 2006 r. wymaga dynamiki wzrostu średnio ok. 260%. Ten fakt stwarza nową sytuację. Dzisiaj już nie można mówić, że nasze „wołanie” o ceny rzeczywiste, to nasze nieuzasadnione żądania!

Autor jest wiceprzewodniczącym Komisji Stomatologicznej NRL i przewodniczącym Zespołu ds. Ubezpieczeń Zdrowotnych Komisji Stomatologicznej NRL. Pełny tekst ustaleń wraz z przyjętymi cenami świadczeń na stronie internetowej Komisji Stomatologicznej NRL – www.nil.org.pl/xml/nil/tematy/komisje/0609/stomat/notatka_03

W trosce o wizerunek lekarza



Pamiętajmy, iż lekarz wykonuje swój zawód na oczach w istocie wielomilionowej publiczności. Każdy pacjent w pewnym momencie może być dla dziennikarza źródłem informacji. Lekarz, rzecz jasna, będzie zainteresowany przedstawieniem swojego zdania w tej sprawie. Nie może wszakże oczekiwać, iż będzie miał jakiś wpływ na ostateczny kształt i treść publikacji. Chyba że byłaby to dosłownie cytowana jego wypowiedź, o ile nie była ona wcześniej publikowana.

Natomiast lekarz powinien zdecydowanie reagować, jeśli owa publikacja zawierałaby wiadomości nieprawdziwe, nieścisłe lub zagrażała jego dobrom osobistym. W takiej sytuacji prawo prasowe wyposaża go w dwa instrumenty:

- rzeczowe i odnoszące się do faktów sprostowanie,
- rzeczową odpowiedź.

To właśnie mając na uwadze, w Wielkopolskiej IL utworzono zespół prasowo-prawny. Jego zadaniem w pierwszej kolejności jest reakcja na publikacje zniekształcające wizerunek lekarza. To systemowe rozwiązanie ma w takich przypadkach pomóc lekarzowi i kształtować jego relacje z mediami w sytuacji kryzysowej. (...)

Andrzej Piechocki

„Biuletyn Informacyjny WIL” 11 (143) listopad 2006

Na potrzeby szkoleń dla lekarzy

Anna Lella, Danuta Kozłowska-Trusewicz

Do wszystkich okręgowych izb dotarło ostatnio pismo z Ministerstwa Rozwoju Regionalnego od sekretarza stanu Władysława Ortyła w sprawie projektów skierowanych do lekarzy i lekarzy dentystów w ramach działania 2.1 ZPORR.

Informuje ono o tym, że lekarze bez względu na formę zatrudnienia są uprawnieni do realizacji projektów w ramach wyżej wymienionego działania niezależnie od faktu, czy są to osoby zatrudnione czy samozatrudnione. Zapewne wiele osób po przeczytaniu tej korespondencji było zdziwionych, innym treść pisma wydała się oczywista.

Chcemy zapoznać kolegów lekarzy jak doszło do otrzymania tej jakże ważnej dla całego środowiska informacji. Aby bardziej zrozumiała była „cała historia”, wprowadzimy w problematykę środków unijnych, przedstawiając ważne informacje wstępne i „słowniczek” na użytek dalszej treści.

Zintegrowany Program Operacyjny Rozwoju Regionalnego (ZPORR) **priorytet 2** Wzmocnienie rozwoju zasobów ludzkich w regionach, jako **działanie 2.1**: *Rozwój umiejętności*

ści powiązany z potrzebami regionalnego rynku pracy i możliwości kształcenia ustawicznego w regionie.

Głównym celem tego programu jest tworzenie warunków wzrostu konkurencyjności regionów oraz przeciwdziałanie marginalizacji niektórych obszarów w taki sposób, aby sprzyjać długofalowemu rozwojowi gospodarczemu kraju, jego spójności ekonomicznej, społecznej i terytorialnej oraz integracji z Unią Europejską.

Zintegrowany Program Operacyjny Rozwoju Regionalnego jest finansowany ze środków unijnych, czyli z Europejskiego Funduszu Społecznego w 75%, pozostała część, czyli 25% pochodzi z krajowych środków publicznych (budżetu państwa).

Działanie 2.1. ma na celu umożliwienie udzielenia wsparcia osobom, które z własnej inicjatywy i w oparciu o indywidualne potrzeby pragną zwiększać swoje kwalifikacje lub zdobyć doświadczenie zawodowe. Wsparcie udzielane w ramach działania nie stanowi pomocy publicznej.

W realizacji projektu biorą udział:

1. **Instytucja zarządzająca** – wcześniej Ministerstwo Gospodarki i Pracy, obecnie Ministerstwo Rozwoju Regionalnego, którego obsługę zapewnia Departament Wdrażania Programów Rozwoju Regionalnego.
2. **Instytucja wdrażająca projekt** – czyli samorząd województwa, który pełni kontrolę nad projektem poprzez odpowiednią jednostkę, np. Wojewódzki Urząd Pracy w Olsztynie, a w innych miastach może to być inna instytucja wskazana przez wojewodę.
3. **Beneficjent** – podmiot zgłaszający projekt, który jest odpowiedzialny za jego realizację. Beneficjentem jest więc ten podmiot, który składa wniosek o dofinansowanie projektu i z którym następnie zawierana jest umowa. Spoczywa na nim odpowiedzialność za rozliczanie postępów projektu i środków finansowych przyznanych na jego realizację. W praktyce beneficjentami, czyli projektodawcami mogą być:
 - jednostki samorządu terytorialnego: gminy, powiaty, województwa oraz inne podmioty i jednostki organizacyjne na podstawie udzielonego im upoważnienia,
 - związki i stowarzyszenia jednostek samorządu terytorialnego (gmin i powiatów),
 - szkoły wyższe i uczelnie zawodowe,
 - placówki prowadzące kształcenie ustawiczne,
 - instytucje szkoleniowe,



foto. Marek Stankiewicz

- organizacje pozarządowe mające w zadaniach statutowych promocję i wspomaganie edukacji,
 - samorządy gospodarcze i zawodowe (izby gospodarcze, cechy etc.),
 - organizacje pracodawców i pracodawcy,
 - instytuty naukowe, instytuty naukowo-badawcze, jednostki badawczo-rozwojowe,
 - instytucje poradnictwa zawodowego i psychologicznego,
 - związki zawodowe,
 - Ochotnicze Hufce Pracy.
4. **Grupa docelowa, czyli ostateczny beneficjent** – osoba, instytucja lub środowisko (grupa społeczna), bezpośrednio korzystająca z wdrażanej pomocy, np. biorąca udział w szkoleniach organizowanych przez projektodawców. Do grupy beneficjentów ostatecznych zalicza się osoby posiadające wykształcenie co najmniej gimnazjalne. W szczególności osoby zamieszkałe na obszarach zmarginalizowanych, w tym w obszarach wiejskich i obszarach restrukturyzacji przemysłów spełniające jeden z poniższych warunków:
- pracujące osoby dorosłe samodzielnie zgłaszające chęć podwyższania i dostosowywania kwalifikacji zawodowych do potrzeb rynku pracy. Przez pojęcie dorosłej osoby pracującej rozumie się osoby wykonujące pracę na podstawie stosunku pracy, stosunku służbowego oraz umowy o pracę nakładczą,
 - uczniowie szkół ponadgimnazjalnych publicznych i niepublicznych,
 - studenci państwowych i niepaństwowych szkół wyższych, w tym wyższych szkół zawodowych,
 - rolnicy i domownicy podejmujący dodatkową działalność zblizoną do rolnictwa,
 - doradcy rolniczy,
 - instytucje zajmujące się monitorowaniem regionalnego rynku pracy, w tym ofert edukacyjnych i szkoleniowych (publiczne i prywatne),
 - pielęgniarki i położne, posiadające świadectwo dojrzałości i będące absolwentkami liceów medycznych oraz medycznych szkół zawodowych kształcących w zawodzie pielęgniarki i położnej zgłaszające chęć podwyższania lub dostosowywania kwalifikacji
 - docelowo lekarze i lekarze dentyści (weszło w życie jesienią 2005).

Projektodawca otrzymuje środki na realizację projektu na zasadzie dotacji lub premii. Szczegółowe warunki rozliczeń z beneficjentem zawarte są w umowie o dofinansowanie projektu, a refundacji podlegają tylko koszty kwalifikowane określone we wniosku. Projektodawca zobowiązany jest do monitorowania i zdawania okresowych sprawozdań instytucji wdrażającej z realizacji projektu.

Jesienią 2003 r. Okręgowa Rada Lekarska naszej Izby podjęła decyzję o wykorzystaniu funduszy unijnych na szkolenia lekarzy. Wiosną 2004 r. zgodnie z wymogami złożyliśmy wniosek. Po wnikliwej analizie i ocenie naszego projektu przez niezależne komisje oceniające, opiniujące, po ponad półrocznym staraniu, w połowie grudnia 2004 r. dostaliśmy zgodę i doszło do podpisania umowy z Dyrektorem Wojewódzkiego Urzędu Pracy w Olsztynie jako jednostką wdrażającą.

dokończenie na str. 20

Na potrzeby szkoleń dla lekarzy

dokończenie ze str. 19

Projekt nosił tytuł „Ustawiczne doskonalenie kwalifikacji lekarzy w regionie warmińsko-mazurskim” i obejmował szkolenia zawodowe: wykłady, ratownictwo medyczne (wykłady i zajęcia praktyczne), szkolenia z zakresu języków obcych, szkolenia informatyczne.

Zgodnie z wyżej wspomnianą umową od stycznia 2005 r. zaczęliśmy realizować szkolenia. Po około 2 miesiącach działań otrzymaliśmy pismo z WUP, że „beneficjentami ostatecznymi”, czyli uczestnikami szkoleń mogą być tylko ci lekarze, którzy są zatrudnieni na umowę o pracę, a takich w naszej izbie jest: 20% lek. med. i 11% stomatologów. Ponieważ WUP, w ślad za swoim Ministerstwem Gospodarki i Pracy stosuje ostro okrojoną definicję „osoby dorosłej pracującej” (do takich osób jest kierowany ten projekt), nagle okazało się, że projekt należy przerwać.

Oczywiście zadania jednostki wdrażającej i nasze różniły się, gdyż inne oficjalne źródła (Rocznik Statystyczny) podają inną interpretację definicji „osoby dorosłej pracującej”. Jedynym rozwiązaniem była zmiana rozporządzenia w punkcie dotyczącym beneficjentów ostatecznych. W tej sytuacji podjęliśmy starania o rozwiązanie tego urzędowego niedopatrzenia i wystąpiliśmy z wnioskiem do Krajowego Komitetu Monitorującego o zmianę rozporządzenia.

17 marca 2005 r. Krajowy Komitet Monitorujący przegłosował zmianę zgodnie z naszym wnioskiem, rozszerzając odbiorców – grupę osób uprawnionych do korzystania ze szkoleń finansowanych w tym Zadaniu EFS. Droga legislacyjna tej drobnej „korekty” trwała od marca do października 2005 r. Nie było łatwo. Nie zliczymy spotkań, rozmów jakie przeprowadziliśmy na wszelkich szczeblach, zabiegając o uwzględ-

nienie środowiska lekarskiego jako odbiorcę szkoleń finansowanych ze środków unijnych, łącznie z wizytą u Marka Szczepańskiego – podsekretarza stanu w Ministerstwie Gospodarki i Pracy. Zwieńczeniem tych starań było doprowadzenie do zmiany rozporządzenia.

Na stronach www Ministerstwa Gospodarki znalazło się znowelizowane Uzupełnienie, które mówi, że zawiera zmiany postulowane przez Komitet Monitorujący w grudniu 2004 r. i zmiany postulowane przez Komitet Monitorujący na posiedzeniu 17 marca 2005 r.

Ogłoszenie 9 września 2005 r.: Rozporządzenie Ministra Gospodarki i Pracy, zm.: Rozporządzenie w sprawie przyjęcia Uzupełnienia ZPORR 2004-2006 (Dziennik Ustaw 198, poz. 1644 z 11 października 2005 r.).

Zmiany te są wynikiem decyzji podjętych na posiedzeniu Komitetu Monitorującego ZPORR. Modyfikacje dotyczą m.in. objaśnienia niektórych pojęć oraz sprecyzowania wartości wskaźników. W przypadku niektórych działań ZPORR nieznacznie rozszerzono wykazy rodzajów beneficjentów oraz doprecyzowano kryteria wyboru projektów. Uszczegółowiono również zapisy dotyczące kwalifikowalności wydatków. Rozporządzenie weszło w życie 18 października 2005 r.

Ujednolicony tekst Uzupełnienia ZPORR uwzględniający te zmiany został zamieszczony na stronie poświęconej ZPORR w dziale „Dokumenty”. (Zapis dotyczący lekarzy i lekarzy dentystów był na str. 88.)

Ponieważ proces legislacyjny, jak wspomnieliśmy, trwał długo, nasze pierwsze unijne szkolenia, decyzją Rady, zostały dokończone i częściowo sfinansowane ze środków własnych.

Następnie mając już jasną, oczywistą sytuację prawną, pewne doświadczenie organizacyjne i duże zainteresowanie kolegów, ponownie złożyliśmy wniosek na szkolenia w roku 2006. Tak jak poprzednio po weryfikacji projektu została podpisana umowa z Wojewódzkim Urzędem Pracy i zgodnie z harmonogramem rozpoczęły się szkolenia. Jednak i tym razem nie obyło się bez problemów.

Wątpliwości dotyczące udziału lekarzy wyraził tym razem Władysław Ortyl – sekretarz stanu w Ministerstwie Rozwoju Regionalnego. Dzięki zaangażowaniu wielu osób 19 września 2006 r., po obradach Komitetu Monitorującego Narodowy Plan Rozwoju, doszło do rozmowy z wiceministrami Władysławem Ortyl z przedstawicielami Unii Europejskiej, których reprezentowała Katarzyna Ptak – pracownik Dyrekcji Generalnej ds. Zatrudnienia, Spraw Społecznych i Równości Szans (Directorate-General for Employment, Social Affairs and Equal Opportunities – szefem tej Sekcji jest Georges Kintzele). Efektem tego spotkania była odpowiedź z Brukseli, którą podpisał Georges Kintzele, przesłana do wiceministra 3 października 2006 r., na podstawie której sekretarz stanu MRR poinformował, iż **nie ma dalszych przeszkód w realizacji projektów skierowanych do lekarzy i lekarzy dentystów oraz pielęgniarek i położnych w ramach Działania 2.1 ZPORR niezależnie od faktu czy są to osoby zatrudnione czy samozatrudnione. Tym samym nie ma przeszkód dla dalszej realizacji projektu Okręgowej Warmińsko-Mazurskiej Izby Lekarskiej, o którym mowa w pismach znak WUP.EFS.Z.574-307/BF/06 oraz NRL/ZRP/1083-1/6897/2006.**

Jesteśmy przekonane, że przytoczone pismo pozwoli na spokojną realizację naszego przedsięwzięcia. Jednocześnie chcielibyśmy wyrazić podziękowanie wszystkim, którzy



foto. Marek Stankiewicz

przyczynili się do „przetarcia ścieżek” w celu wykorzystania funduszy unijnych na szkolenia **dla wszystkich lekarzy i lekarzy dentystów**. Szczególne podziękowania kierujemy do wicemarszałek Województwa Warmińsko-Mazurskiego Bożeny Wrzeszcz-Zwady (członka Komitetu Monitorującego) oraz Wojciecha Samulowskiego, eksperta ds. polityki regionalnej i funduszy strukturalnych. Dużym wsparciem dla naszych działań był fakt, że koledzy z innych izb również zabiegali o te środki.

Zachęcamy wszystkich kolegów do korzystania ze środków ZPORR i EFS na potrzeby ustawicznego doskonalenia kwalifikacji lekarzy i lekarzy dentystów. Mamy ogromną satysfakcję, że udało się mimo różnych przeszkód natury urzędowej spowodować, iż wszyscy lekarze mają równy dostęp do szkolenia z udziałem środków unijnych.

Na co można przeznaczyć pozyskane w ten sposób pieniądze?

Kwota dotacji może pokryć następujące wydatki: honoraria wykładowców, lektorów oraz ich koszty podróży i zakwaterowania; zakup sprzętu komputerowego na szkolenia informacyjne; zakup sprzętu do przeprowadzenia szkoleń z zakresu ratownictwa (manekiny do ćwiczeń etc.); koszty obsługi biurowej oraz zakup pomocy naukowych, słowników i podręczników językowych itd.

Jednak żeby nie było zbyt różowo i optymistycznie, aby skorzystać z zakontraktowanej kwoty, należy spełnić w trakcie realizacji projektu liczne warunki – głównie natury biurokratycznej. Niemal każdego dnia napływają nowe pisma, do których trzeba się odnieść, odpowiedzieć. Realizacja projektu szkoleń jest stale monitorowana i kontrolowana przez liczne instytucje zewnętrzne do tego uprawnione (UKS, WUP, NIK, Jednostka Monitorująca, MRR). Inspekcje te mają za zadanie sprawdzać na co faktycznie są wydawane fundusze unijne. W razie stwierdzenia niedociągnięć mogą pojawić się podstawy do zerwania umowy i utraty dofinansowania.

W aktualnie realizowanym projekcie przyjęliśmy 4 moduły szkolenia:

- szkolenia zawodowe – wykłady, konferencje jednodniowe. Szkolenia są tak zaplanowane, aby każdy znalazł coś interesującego dla siebie ze swojej dziedziny. Dobór tematyki był poprzedzony skierowaniem zapytania do konsultantów wojewódzkich oraz ankietami wśród członków samorządu,
- ratownictwo medyczne – wykłady i ćwiczenia praktyczne – jednodniowe dla lekarzy dentystów i dwudniowe – resuscytacja dorosłych dla lekarzy,
- szkolenie z zakresu języka angielskiego – z podziałem na stopnie zaawansowania ukierunkowane na umiejętności związane ze specjalistycznym słownictwem medycznym; komunikacja z pacjentem oraz z innymi specjalistami, nabycie możliwości korzystania z literatury fachowej w obcym języku,
- szkolenia informatyczne – doskonalenie umiejętności obsługi komputera i programów komputerowych.

Wszystkie szkolenia odbywają się w „Domu Lekarza” w Olsztynie, nauka języka angielskiego odbywa się także w Giżycku, a ćwiczenia informatyczne również w Mrągowie i Kętrzynie. Lekarze Izby Warmińsko-Mazurskiej nie ponoszą kosztów uczestnictwa w tych szkoleniach, są one całkowicie bezpłatne.

Anna Lella

Danuta Kozłowska-Trusewicz

Okręgowa Warmińsko-Mazurska Izba Lekarska w Olsztynie

Obradowała lekarska Europa

Z udziałem Konstantego Radziwiłła i Klaudiusza Komora z NRL obradował w Luksemburgu Stały Komitet Lekarzy Europejskich (CPME).

W dyskusji nad oficjalnym stanowiskiem w sprawie zasad i warunków udzielania pomocy lekarskiej, a w szczególności porad lekarskich za pomocą Internetu, podkreślono szczególnie konieczność zachowania tajemnicy lekarskiej i ciągłości opieki nad pacjentem.

W dyskusji nad monitorowaniem działań ubocznych leków podkreślono konieczność rzetelnego informowania pacjenta o ewentualnych działaniach leków, nie tylko przez producenta, ale również przez lekarzy, do których należy też kliniczna ocena działań ubocznych i przekazywanie swoich obserwacji odpowiednim ośrodkom. Zauważono, że wszelkie powiązania ekspertów oceniających bezpieczeństwo leków z przemysłem farmaceutycznym powinny być przez nich publicznie ujawniane.

Zastrzeżenia wzbudził projekt stanowiska w sprawie swobodnego przepływu usług medycznych w ramach krajów unijnych. Podkreślano prawo do usług zdrowotnych pacjenta, obywatela kraju członkowskiego, na terenie dowolnego kraju unii.

Wątpliwości, również delegacji polskiej, wzbudziły ramy i zakres usług dostępnych za granicą. Chodzi o procedury szpitalne, których koszt w krajach zachodnich kil-

kakrotnie nieraz przekracza ich wartość w Polsce, a zupełnie swobodny do nich dostęp dla pacjentów za granicą mógłby spowodować załamanie finansowe systemu opieki zdrowotnej.

Poparto natomiast ideę wprowadzenia na terenie całej Europy systemu odpowiedzialności za niekorzystne następstwa leczenia opartego na zasadzie braku konieczności udowodnienia winy (tzw. *non-fault*). Projekt stanowiska przekazano do dalszych prac.

Przyjęto natomiast stanowisko dotyczące szkodliwego wpływu alkoholu na zdrowie, podkreślając patologie rodzinne i społeczne wywołane jego nadużywaniem.

Na wniosek delegacji polskiej wprowadzono poprawkę do punktu zalecającego ujednolicenie dopuszczalnego stężenia alkoholu we krwi u kierowców – początkowo zalecano 50mg/100ml, końcowo przyjęto zapis precyzujący to stężenie na 50mg/100ml lub mniej (w krajach, w których istnieją ostrzejsze przepisy, np. Polska).

Walne Zgromadzenie przyjęło w skład Komitetu Bułgarskie Towarzystwo (Izbę) Lekarskie, jako nowego członka unii od 2007 r. W poczet organizacji stowarzyszonych przyjęło europejskie stowarzyszenie studentów medycyny.

Kolejne spotkanie odbędzie się w Warszawie w marcu 2007 r.

Klaudiusz Komor

REKLAMA

REKLAMA

Piękna płeć w natarciu



Medycyna tradycyjnie była profesją zdominowaną przez mężczyzn. Jednak w ciągu ostatnich kilkudziesięciu lat sytuacja zmieniała się diametralnie. Liczba kobiet studiujących medycynę i wykonujących zawód lekarza zaczęła wzrastać w imponującym tempie.

Już podczas studiów medycznych kobiety wypadają lepiej od swoich rówieśników. Z reguły są bardziej ambitne, na zaliczeniach i egzaminach częściej otrzymują lepsze oceny, a wśród osób mogących poszczycić się posiadaniem dyplomu z wyróżnieniem stanowią zdecydowaną większość. (...) Feminizacja zawodu bez wątpienia jest czynnikiem wpływającym na jego obraz. Kobiety lekarze rzadziej niż mężczyźni decydują się na wprowadzenie leczenia inwazyjnego i z reguły wolą leczyć zachowawczo. Okazuje się, że kobiety wykonujące ten zawód czynią go również bardziej przyjaznym dla pacjentów. Ankietowani chorzy lepiej oceniają opiekę lekarek, choć nadal nieco większym zaufaniem darzą lekarzy. Według badanych, kobiety są przyjaźniej nastawione do pacjentów, poświęcają im więcej czasu i cechują się większą empatią. (...) Co ciekawe, liczba spraw sądowych z powodu błędów lekarskich wytaczanych przeciwko kobietom jest procentowo znacznie mniejsza niż przeciwko ich kolegom.

W jaki sposób płeć determinuje wykonywanie zawodu? Według analiz przeprowadzonych przez Amerykańskie Towarzystwo Medyczne, praca kobiety lekarza wiąże się z reguły z dłuższym czasem wizyt. Kobiety, w porównaniu do mężczyzn, więcej czasu poświęcają rozmowie i dłużej konsultują pacjentów. Więcej czasu poświęconego pacjentowi wiąże się z koniecznością dłuższego oczekiwania na wizytę. (...)

„Medicus” 11/2006

Marek Derkacz

Memorandum z Sofii w sprawie roli izb lekarskich w nowoczesnej, zdecentralizowanej demokracji obywatelskiej

Předstawiciele Izby Lekarzy Albanii, Austriackiej Izby Lekarskiej, Bułgarskiego Stowarzyszenia Lekarskiego, Chorwackiej Izby Lekarskiej, Czeskiej Izby Lekarskiej, Niemieckiej Federalnej Izby Lekarskiej, Greckiego Stowarzyszenia Lekarskiego, Macedońskiej Izby Lekarskiej, Polskiej Naczelnej Izby Lekarskiej, Rumuńskiego Kolegium Lekarzy oraz Izby Lekarskiej Słowenii, którzy spotkali się w Sofii, nawiązując do Memorandum w sprawie funkcji publicznych i reprezentowania zawodu przez izby i stowarzyszenia lekarzy i lekarzy dentystów przyjętego w Českim Krumlovie 27 maja 2000 r., przypominają o głównych celach izb lekarskich, którymi są:

1. Sprawowanie pieczy nad wykonywaniem zawodu lekarza poprzez: ustanawianie zasad etyki dotyczących praktyki lekarskiej, wspieranie lekarzy w ich kształceniu podyplomowym oraz doskonaleniu zawodowym, prowadzenie postępowania w zakresie odpowiedzialności zawodowej, przyznawanie prawa wykonywania zawodu i prowadzenie rejestru lekarzy.
2. Reprezentowanie interesów zawodowych wszystkich lekarzy poprzez: negocjowanie z organami administracji publicznej, instytucjami społecznego i prywatnego ubezpieczenia zdrowotnego oraz pracodawcami warunków pracy i płac lekarzy, wspieranie lekarzy w zakresie potrzeb materialnych (ubezpieczenie, emerytura, samopomoc).
3. Wydawanie fachowych opinii i współpraca z władzami w zakresie organizacji ochrony zdrowia oraz przepisów prawnych dotyczących ochrony zdrowia i wykonywania zawodu lekarza.

Izby lekarskie spełniają swoją społeczną i polityczną rolę jako jednostki ustawowe. Posiadają takie kompetencje, jakie przyznają im parlamenty krajowe. **Ażeby jednak spełniać swoje zadania w najlepszy sposób, izby powinny być organizacjami, do których przynależność jest obowiązkowa, reprezentującymi wszystkich lekarzy i posiadającymi najszerzą możliwą niezależność.** Izby powinny być postrzegane:

- a) przez lekarzy jako ich samorząd zawodowy,
- b) przez obywateli jako najlepszy gwarant wysokiej jakości opieki zdrowotnej,
- c) przez władze państwowe oraz lokalne jako najlepsi partnerzy publicznej współpracy w zakresie ochrony zdrowia.

Przedstawiciele izb lekarskich namawiają polityków, aby postrzegali izby jako część nowoczesnej, zdecentralizowanej demokracji obywatelskiej. **Przekazanie części władzy państwowej samorządom obywateli wykonujących ten sam zawód medyczny, tak jak osobom mieszkającym we wspólnotach lokalnych, nie osłabia organizacji państwowej, a wręcz przeciwnie – wzmacnia ją.**

Wspomniani na wstępie przedstawiciele uzgadniają, że powiadomią swych krajowych partnerów o treści niniejszego memorandum.



CPT-PL

Wydana przez Naczelną Izbę Lekarską książka stanowi propozycję skorzystania z ogromnego doświadczenia amerykańskich lekarzy w definiowaniu procedur medycznych.

fol. Marek Stankiewicz

Klasyfikacja procedur CPT-PL oparta jest na zasadach klinicznych i niezależna od sposobów finansowania świadczeń. *Naczelna Izba Lekarska zaleca korzystanie z kodów CPT-PL w sprawozdawaniu wykonywanych procedur medycznych, ponieważ CPT-PL pozwala na dokładne opisanie i zgłoszenie czynności wykonywanych przez lekarzy i innych pracowników ochrony zdrowia – czytamy w ogólnej informacji.*

Jeżeli często słyszymy, że stosowane do rozliczania świadczeń klasyfikacje służą bardziej ukryciu niż wykazaniu rzeczywistego wysiłku lekarzy i nie jesteśmy zadowoleni z tego, że w

miejsu pracy wykonujemy mnóstwo czynności, których nikt nie zamierza zauważać ani rozliczać, CPT-PL może być punktem wyjścia do zmiany tej sytuacji.

Naczelna Izba Lekarska tworzy komitet redakcyjny reprezentujący samorząd lekarski, towarzystwa naukowe, przedstawiciele instytucji publicznych, który będzie stale zajmował się aktualizacją klasyfikacji CPT-PL. Będzie ona uwzględniała zmiany zachodzące w wersji amerykańskiej oraz potrzeby fachowych pracowników ochrony zdrowia w Polsce. Proces aktualizacji i zawartość klasyfikacji będą zależać tylko od merytorycznych zmian

w praktyce, nie zaś od zmieniających się nieustannie politycznych wizji „poprawy służby zdrowia”.

Od początku 2007 r. komitet redakcyjny będzie przyjmować wnioski o zmianę definicji, wprowadzenie nowych lub usunięcie nie stosowanych procedur. Sposób zgłaszania i rozpatrywania wniosków będą szczegółowo opisane na stronach internetowych www.nil.org.pl/xml/nil/tematy/cpt

Używanie klasyfikacji CPT-PL indywidualnie wymaga zakupu książki, a używanie w systemach elektronicznych uzyskania licencji. Książka i licencja są ważne do ukazania się kolej-

negu, zaktualizowanego wydania. W Polsce początkowo będzie to okres dwóch lat. Cena książki wynosi 95 zł i można ją zakupić w Naczelnej Izbie Lekarskiej. Koszt licencji zależy od sposobu używania klasyfikacji. W sprawach związanych z licencjonowaniem można zwracać się pod adres cpt-pl@hipokrates.org lub telefonicznie +48-22-559-13-24.

Podobnie jak w Stanach Zjednoczonych, publiczni płatnicy i centralne instytucje administrujące ochroną zdrowia mogą uzyskać bezpłatną licencję na stosowanie skróconych definicji kodów.

Proces tworzenia definicji procedur, oparcia ich na merytorycznych aspektach praktyki lekarskiej, wprowadzania zmian odzwierciedlających aktualny stan wiedzy rozpoczął się w Stanach Zjednoczonych przed ponad 40 laty. W Polsce mamy możliwość skorzystania z tego doświadczenia i rozpoczynamy podobny proces. Z klasyfikacji CPT-PL można korzystać wszędzie tam, gdzie mówi się o procedurach i świadczeniach, niezależnie od formy organizacyjnej i zasad finansowania. Precyzyjna, na bieżąco aktualizowana i odpowiadająca zasadom klinicznym klasyfikacja wykonywanych procedur i świadczeń może stać się dobrą podstawą do starań o godziwe wynagrodzenia, do rzetelnych rozliczeń z płatnikami, rozliczeń w obrębie zakładu opieki zdrowotnej lub praktyki, do oceny zapotrzebowania na świadczenia. Może stać się ważnym elementem różnicowanego systemu ochrony zdrowia, opartego na podziale ról i uwzględniającego potrzeby oraz oczekiwania fachowych pracowników.

Zachęcamy do zapoznania się z CPT-PL i do jej używania.

Romuald Krajewski

**Terminologia
procedur
medycznych**

**CPT-PL
2006**



Naczelna Izba Lekarska

Rzuć palenie razem z nami

Akcja „Rzuć palenie razem z nami” to przede wszystkim konkurs, dla tych, którzy w danym roku rzucili palenie. Wystarczy do końca roku 2006 wypełnić i wysłać poniższą kartę konkursową.

Spośród wszystkich nadesłanych kart wylosowanych zostanie 20 laureatów, którzy w nagrodę wyjadą na tydzień do Rzymu i Wenecji.

Tak naprawdę w konkursie wygrywają wszyscy uczestnicy, bo przecież zyskują zdrowie!

Fundacja Promocja Zdrowia organizuje w ramach akcji „Rzuć palenie razem z nami” konkurs dla osób chcących zerwać z nałogiem palenia tytoniu. Jeżeli przestał(a) Pan/Pani palić tytoń w ciągu bieżącego roku to prosimy przesłać do Nas wypełnioną kartę. Do wygrania zdrowie, a także wiele nagród rzeczowych. Prosimy o wpisanie poniżej swoich danych. Wyniki konkursu podamy do wiadomości publicznej, a zwycięzców powiadomimy listownie.

Adres: **Fundacja Promocja Zdrowia,
ul. Sobieskiego 110/7, 00-764 Warszawa**

Przestałem(am) palić tytoń w dniu:

Imię

Nazwisko:

Kod pocztowy

Płeć: (M) (K)

Miejscowość:

Województwo:

Adres:

Tel.: Data urodzenia:

Podanie danych osobowych jest warunkiem uczestnictwa w konkursie.

Dane zostaną wykorzystane wyłącznie do publikacji imienia i nazwiska uczestnika wraz z nazwą miejscowości w przypadku wygranej i do przekazania nagrody.

Jeżeli chcesz rzucić palenie i potrzebujesz wsparcia, możesz skorzystać także z ogólnopolskiej Telefonicznej Poradni Pomocy Palącym **0-801-108-108**. Zachęcamy też do skorzystania ze strony internetowej **www.promocjazdrowia.pl**

Kalendarz Lekarza 2007

wydany przez

Polskie Towarzystwo Lekarskie i Naczelną Izbę Lekarską



Już do nabycia!

w siedzibie biura Zarządu Głównego PTL

00-478 Warszawa,

Al. Ujazdowskie 22, lok. 2

tel. (022) 628 86 99, 627 29 88

e-mail: ptl@interia.pl

Cena kalendarza **24,40 zł**

Istnieje możliwość wysyłki za pobraniem.

REKLAMA

REKLAMA

Moim zdaniem



A więc doczekaliśmy się wreszcie podwyżek. Czy jednak nie za wcześnie na hurra optymizm? Pieniądze się znalazły, ale na razie na dziś, a ściślej mówiąc na kilka miesięcy. Co będzie w przyszłym roku tak naprawdę nie wiadomo. Przywołanie starego jak świat tematu, czyli korupcji w służbie zdrowia, nie wróży najlepiej. Minister w trosce o wizerunek lekarza „biedny, ale uczciwy”, przedstawił autorski program walki z łapówkarstwem i wdzięcznością ludzką. Pacjent będzie mógł na specjalnej stronie internetowej poinformować cały świat, który z lekarzy „wziął”. Specjalna komórka utworzona przy Ministerstwie Zdrowia przekaże informacje prełożonym nieuczciwego lekarza i zacznie się postępowanie wyjaśniające. Jeżeli pacjent będzie uprzejmy podpisać się imieniem i nazwiskiem, to taka informacja internetowa będzie miała rangę doniesienia o przestępstwie. Proste? Lekarze zamiast domagać się godziwych warunków pracy i płacy będą opędzać się od mniej lub bardziej fałszywych oskarżeń (...)

Maciej A. Zarębski

„Eskulap Świątokrzyski” 11 (179) listopad 2006

Konferencja

System Ratownictwa Medycznego w Polsce

14 grudnia 2006 r., ul. Chałubińskiego 8, Warszawa

1 stycznia 2007 r. wejdzie w życie
Ustawa o Ratownictwie Medycznym,
która przebuduje istniejący do tej pory
system ratownictwa.

W świetle nowej ustawy, za organizowanie i funkcjonowanie systemu ratownictwa medycznego w obrębie województwa, odpowiedzialne będą urzędy wojewódzkie. To na ich terenie powstaną centra powiadamiania ratunkowego (CPR) z dyspozytorem przyjmującym wezwania z telefonów ratunkowych. Tam też będą zapadały decyzje o tym jakie służby – karetkę, straż pożarną czy policję – należy wysłać na miejsce wypadku.

Z centrum powiadamiania ratunkowego współdziałać będą zespoły ratownictwa medycznego oraz szpitalne oddziały ratunkowe (SOR).

Nowa ustawa wskazuje również źródła finansowania nowego systemu, których brak był do tej pory główną przeszkodą dla wdrożenia systemu.

Celem zorganizowanej przez MGG Conferences konferencji jest przedstawienie nowej ustawy o ratownictwie medycznym i przeanalizowanie systemu, który ta ustawa tworzy.

Podczas konferencji mówić będziemy o:

- *kształcie i finansowaniu systemu,*
- *nowej roli urzędów wojewódzkich,*
- *praktycznych aspektach działania centrów powiadamiania ratunkowego,*
- *koordynacji działań z innymi służbami ratowniczymi, szczególnie pod kątem łączności (TETRA),*
- *inwestycjach koniecznych dla skutecznego działania systemu,*
- *możliwościach finansowania inwestycji ze środków UE w lata 2007-2013.*

Szczegółowy program oraz arkusz zgłoszenia znajdą Państwo na stronie www.mgg-conferences.pl

Dodatkowych informacji udziela:

Joanna Gogolińska, Menedżer Projektu

tel. 022-823-92-42,

e-mail: joanna.gogolinska@mgg-conferences.pl

MGG Conferences Sp. z o.o. ,

ul. Glogera 3/12, 02-051 Warszawa,

tel.: 022-823-92-42

www.mgg-conferences.pl



REKLAMA

REKLAMA

Przychodzi lekarz do prawnika

Pytanie lekarza: Na jakie rodzaje działań lekarskich pacjent musi wyrazić swoją zgodę i jak w tym świetle kształtuje się problem zgody na pobranie krwi?

Odpowiedź prawnika:
Forma udzielenia zgody

Czynności medyczne zostały przez ustawodawcę pogrupowane w zależności od ich wagi i stopnia ryzyka i odpowiednio obwarowane niezbędnymi przesłankami wymaganymi dla skuteczności udzielanej zgody. Kryterium to pozwala na wyróżnienie dwojakiego rodzaju interwencji.

Pierwsze to zabiegi operacyjne i interwencje stwarzające stan podwyższonego ryzyka (art. 34. ustawy o zawodzie lekarza z 5 XII 1996 r., Dz.U. nr 28, poz. 152 z późn. zm.).

Drugą grupę stanowią pozostałe badania i zabiegi (art. 32. u.o.z.l.), w stosunku do których, o ile ustawa nie stanowi inaczej, zgoda może być udzielona ustnie, jak również w formie uproszczonej per facta concludentia (art. 32.7. u.o.z.l.), czyli przez takie zachowanie, które w sposób nie budzący wątpliwości wskazuje na wolę poddania się proponowanym przez lekarza czynnościom medycznym. Do grupy czynności medycznych nie stwarzających stanu podwyższonego ryzyka z art. 32 u.o.z.l. zaliczamy pobieranie krwi do analizy.

Zgoda nie może mieć charakteru blankietowego, zawsze musi być wypełniona konkretną treścią. Nie można traktować jako zgody na zabieg odbieranego in blanco pozwolenia na leczenie umieszczanego na karcie przyjęcia do szpitala. Pogląd podobny wyraził w swym orze-

czeniu Sąd Najwyższy (orzeczenie SN z 14 XI 1972 r. (I CR 403/72) wskazując, że automatycznie złożony podpis pacjenta na dokumencie stwierdzającym historię choroby nie może być potraktowany jako zgoda na zabieg. Zgoda formalna jest zgodą bez treści i w efekcie nie ma przymiotu zgody.

W praktyce w ramach podpisu pod historią choroby składanego w trakcie przyjęcia do szpitala pod stwierdzeniem „Wyrażam zgodę na leczenie i zobowiązuję się stosować do regulaminu szpitalnego” przyjmuje się przyzwolenie pacjenta na wykonanie szeregu podstawowych badań laboratoryjnych i specjalistycznych o ile nie narażają na ryzyko zdrowia chorego. Katalog tych badań jest dość obszerny i obejmuje m.in. pomiar ciśnienia tętniczego krwi, a także pobranie krwi żyłnej do podstawowych analiz laboratoryjnych. Nie oznacza jednak, iż tego rodzaju czynności podjęto bez przyzwolenia – legalność działania oparta jest na przyjęciu istnienia zgody dorozumianej.

Tam, gdzie zachowanie pacjenta jest jednoznaczne, a brak przy tym ryzyka dla zdrowia czy życia, rozsądek każe korzystać z konstrukcji zgody dorozumianej. Przyjmuje się, że przy zabiegach o małym stopniu ryzyka wystarczy ogólnie wyrażona zgoda na leczenie i brak sprzeciwu, a już samo zgłoszenie się chorego do lekarza jest formą wyrażenia zgody na leczenie.

Testy na HIV

Ciekawym problemem przy pobraniu krwi jest wykonanie testów na obecność wirusa HIV. Na ten temat Zespół ds. AIDS Naczelnej Rady Lekarskiej przyjął w 1992 r. stanowisko o treści następującej:

1. Lekarz przeprowadzający czynności diagnostyczne służące rozpoznaniu choroby nie ma obowiązku uzyskiwania zgody pacjenta co do zakresu wykonywanych badań (w tym badań w kierunku zakażenia wirusem HIV). Lekarz ma obowiązek poinformowania pacjenta na jego wyraźne żądanie o celu wykonywania badań diagnostycznych (w tym w kierunku rozpoznania zakażenia HIV).

2. W każdym innym przypadku na wykonywanie testów wykrywających zakażenie HIV należy uzyskać zgodę pacjenta.

Nie wolno uzależniać jakichkolwiek badań i zabiegów lekarskich od uprzedniego wykonania i wyników tych testów. Nie dotyczy to sytuacji opisanej w punkcie 1.

Domniemanie zgody ma zastosowanie również wtedy, gdy pacjent nie ma możliwości w żaden sposób wyrazić swojej woli (np. jest nieprzytomny), a interwencja medyczna dokonywana jest w jego interesie zdrowotnym – mamy podstawy sądzić, że chory znając fakty udzieliłby zgody.

Sprzeciw na pobranie krwi

Zupełnie inaczej przedstawia się sytuacja, gdy pacjent wyraził sprzeciw na pobranie krwi, a mimo to interwencja ma być przeprowadzona. Uzasadnieniem takiego działania jest wyższość racji prawa do ochrony życia i zdrowia nad prawem do samostanowienia. Konflikt tych wartości najostrzej występuje, gdy niezbędna jest interwencja obciążona minimalnym ryzykiem, a dokonanie jej eliminuje niebezpieczeństwo utraty życia czy poważnych następstw zdrowotnych.

Szczególnie znane, kontrowersyjne przykłady to: stanowisko świadków Jehowy w sprawie przetaczania krwi



Skutecznie zapobiega niedoborom informacji

@sculap.pl

www.esculap.pl

o zdrowiu.com S.A.

Grupa Dendrite International, 03-673 Warszawa, ul. Konstruktorka 11 A, e-mail: info@esculap.pl

potrzebny portal medyczny

DENDRITE

- Katalogi i bazy danych o zdrowiu
- „Głosie medyczny” – ogólnopolski biuletyn informacyjny
- Polska lekarska w Unii Europejskiej
- 20 działań klinicznych, odpowiadających specjalizacjom lekarskim
- Kalendarz imprez lekarskich „Pharmindex”
- Standardy towarzystwa naukowego
- Polska lekarska artykułów medycznych i podręczników
- Własne strony e-mailowe
- Wybrane strony WWW dla lekarzy
- Główna strona

oraz kwestia transfuzji krwi na rzecz innej osoby, wbrew ich woli. Podstawową przesłanką legalności zarówno zgody, jak i sprzeciwu jest to, aby ich przedmiot nie był sprzeczny z ustawą lub zasadami współżycia społecznego. Jeśli ten wymóg jest spełniony, każdy sprzeciw będzie miał swoją moc bez względu na okoliczności.

Inaczej jest, gdy sprzeciw stoi w kolizji z prawem czy powszechnie akceptowanymi wartościami. Sprawa sprzeciwu rodziców na dokonanie ratującej życie transfuzji krwi dziecka to przykład, gdzie sąd opiekuńczy ma moc oddalenia takiego sprzeciwu i przyzwolenia na interwencję.

Krew dowodem w procesie sądowym

a) Postępowanie cywilne. Wiele kontrowersji budzi tematyka pobierania krwi do analizy celem uzyskania dowodów w toczącym się procesie sądowym. W procesie cywilnym pobranie krwi do badania dopuszczalne jest jedynie za zgodą osoby, której krew ma być pobrana: a gdyby jeszcze nie miała skończonych 13 lat lub była całkowicie ubezwłasnowolniona – za zgodą przedstawiciela ustawowego. Stanowi tak art. 306 k.p.c.

Fakt odmowy poddania się temu badaniu nie przesądza jednakże losu całego procesu. Sąd rozważając przyczyny odmowy, poziom umysłowy i stopień zaradności życiowej sprzeciwiającego się nadaje temu faktowi właściwe znaczenie w procesie (patrz uchwała Sądu Najwyższego z 6 XII 1952 r., C. Prez. 166/52, OSN 3/1953, poz. 31).

Odmowa poddania się badaniu przez stronę dochodzącą ustalenia ojcostwa w procesie może skutkować oddaleniem powództwa przez sąd (na ten temat orzeczenie Sądu Najwyższego z 27 I 1955 r., ICR 1979/54, BMS 1/1956, str. 46). W procesie o zaprzeczenie ojcostwa sąd opiekuńczy może zarządzić pobranie krwi od dziecka liczącego poniżej 13 lat tylko wówczas, gdy okoliczności sprawy wskazują, iż dobro dziecka tego wymaga, a stroną odmawiającą jest ta, która nie wytoczyła powództwa (patrz orzeczenie Sądu Najwyższego z 17 I 1969 r., III CZP 124/68, OSN 10/1969, poz. 169, a także orzeczenie Sądu Apelacyjnego z 28 I 1998 r., II AKa 254/97, KZS 1998/3/46). Szczególny przypadek rozstrzygnął Sąd Najwyższy, gdy sprawa o zaprzeczenie pochodzenia dziecka wszczęta została przez prokuratora, stanowiąc: *Jeżeli w sprawie o zaprzeczenie pochodzenia dziecka wszczętej przez prokuratora na podstawie art. 86 k.r.o. to z rodziców,*

które jest uprawnione do wyrażenia zgody na pobranie krwi od dziecka liczącego poniżej 13 lat zgody tej odmawia, sąd opiekuńczy może na podstawie art. 109 k.r.o. zarządzić pobranie krwi, gdy wymaga tego dobro dziecka (postanowienie Sądu Najwyższego z 5 V 2000 r. II CKN 869/00, Biul. SN. 2000/7/11).

b) Postępowanie karne. Również w procesie karnym, pomimo braku obowiązku dostarczania dowodów na swoją niekorzyść, oskarżony ma obowiązek poddania się badaniom połączonym z dokonaniem zabiegów na jego ciele, z wyjątkiem chirurgicznych. Niezbędnym warunkiem jest dokonywanie ich przez uprawnionego do tego pracownika służby zdrowia z zachowaniem wskazań wiedzy lekarskiej i brak stwarzania zabiegami zagrożenia dla zdrowia oskarżonego, jeżeli przeprowadzenie tych badań jest nieodzowne. W szczególności oskarżony jest obowiązany przy zachowaniu ww. warunków poddać się pobraniu krwi lub wydzielin organizmu. – stanowi o tym art. 74. § 2 k.p.k. Obowiązek ten powinien być wymuszony przy zastosowaniu minimalnego, niezbędnego przymusu.

W przypadku podejrzanego w procesie jego zgoda na pobranie krwi również nie jest wymagana (definicja podejrzanego – art. 71 § 1 k.p.k.). W stosunku do osoby podejrzanego można pobrać krew lub wydzieliny organizmu, jedynie za jej zgodą, przy zachowaniu wymagań określonych w § 2 pkt 2. (zakres pojęcia „osoba podejrzana” – 244 § 1 k.p.k.). Brak zgody uniemożliwia pobranie od takiej osoby krwi do badań przed formalnym przedstawieniem jej zarzutów lub przesłuchaniem w charakterze podejrzanego.

Szczegółowe warunki i sposób dokonywania badań oskarżonego oraz osoby podejrzanego reguluje rozporządzenie ministra sprawiedliwości z 9 I 1999 r. (Dz.U. 1999 nr 7, poz. 63), z którego treści § 11.1. wynika, że jeżeli pomimo zastosowania przymusu bezpośredniego przeprowadzenie pełnego badania jest niemożliwe, lekarz ogranicza się do wykonania czynności możliwych w tej sytuacji, umieszczając o tym informację w dokumentacji badania, co stosuje się odpowiednio do pobrania materiału do badań laboratoryjnych

Nieco inaczej kształtuje się pozycja procesowa świadka w procesie karnym. Na podstawie art. 192 § 4 k.p.k. dla celów dowodowych można również świadka, za jego zgodą, poddać oględzinom ciała i badaniu lekarskiemu. Wynika z tego, że pobrania krwi do analizy nie można do-

konać bez zgody tego uczestnika procesu. Jeśli jednak karalność czynu zależy od stanu zdrowia pokrzywdzonego, nie może on sprzeciwić się oględzinom i badaniom nie połączonym z zabiegiem chirurgicznym lub obserwacją w zakładzie leczniczym (art. 192. § 1 k.p.k.). Przepisu tego nie stosuje się jednak do osób, które odmówiły zeznań lub zostały od nich zwolnione.

Prawo o ruchu drogowym

Szczególną regulację na temat pobierania krwi znajdujemy w przepisach prawa o ruchu drogowym (ustawa z 20 VI 1997 r. Dz.U. nr 98, poz. 602 z późn. zm.). Podstawową metodą przeprowadzania badania na zawartość alkoholu w organizmie jest pomiar stężenia alkoholu w wydychanym powietrzu za pomocą urządzeń elektronicznych. Jeżeli stan osoby podlegającej badaniu uniemożliwia jego przeprowadzenie urządzeniem elektronicznym, ustalenie zawartości alkoholu w organizmie następuje na podstawie badania krwi lub moczu. Pobranie krwi do analizy celem ustalenia w niej poziomu zawartości alkoholu może być przeprowadzone przy użyciu środków przymusu w razie braku zgody kierującego, o czym należy go uprzedzić (art. 126 ust. 3 p.r.d.). Środkami, które mogą być w takim przypadku stosowane, mogą być środki przymusu przewidziane w ustawie z 6 IV 1990 r. o Policji.

Obligatoryjnie badaniu takiemu poddawany jest kierujący pojazdem uczestniczący w wypadku drogowym, w którym jest zabity lub ranny. Badaniu, w celu ustalenia w organizmie obecności środka działającego podobnie do alkoholu, może być poddany kierujący pojazdem, a także inna osoba, w stosunku do której zachodzi uzasadnione podejrzenie, że mogła kierować pojazdem (art. 129 ust. 2 pkt 3 p.r.d.). Badanie takie zasadniczo przeprowadza się przy użyciu metod nie wymagających badania laboratoryjnego, jednakże gdy stan osoby podlegającej badaniu uniemożliwia jego przeprowadzenie tą metodą, ustalenie w organizmie obecności środka działającego podobnie do alkoholu następuje na podstawie badania krwi lub moczu.

opr. *Tamara Zimna*

Podstawa prawna: – Ustawa o zawodzie lekarza z 5 XII 1996 r., Dz.U. nr 28, poz. 152 z późn. zm. – Rozporządzenie ministra sprawiedliwości z 9 I 1999 r. w sprawie szczegółowych warunków i sposobu dokonywania badań oskarżonego oraz osoby podejrzanego, Dz.U. 1999 nr 7, poz. 63. – Ustawa prawo o ruchu drogowym z 20 VI 1997 r., Dz.U. nr 98, poz. 602 z późn. zm.



fot. Marek Stankiewicz

Orzecznictwo o niepełnosprawności

Bogdan Jakubski

Orzecznictwo o niepełnosprawności i stopniu niepełnosprawności realizowane jest przez powiatowe i wojewódzkie zespoły orzekające, utworzone przez dyrektora Powiatowego i Wojewódzkiego Urzędu Pracy. Najwyższą instancją jest Krajowy Zespół ds. Orzekania o Stopniu Niepełnosprawności powołany przez Pełnomocnika ds. Osób Niepełnosprawnych.

Przepisy dotyczące zagadnienia reguluje ustawa z 27 VIII 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej (Dz.U. nr 123, poz. 776 z p.zm.) i rozp. min. gosp., pracy i polityki społ. z 15 VII 2003 r. w sprawie orzekania o niepełnosprawności i stopniu niepełnosprawności (Dz. U. nr 139, poz. 1328).

Orzeczenie wydaje się na wniosek osoby zainteresowanej, jej przedstawiciela ustawowego albo na wniosek ośrodka pomocy społecznej, uwzględniając:

- naruszenie sprawności organizmu oraz zakres tego naruszenia, powodującego ograniczenia lub niezdolność do zatrudnienia, pełnienia ról społecznych lub samodzielnej egzystencji,
- przewidywany powyżej 12 miesięcy okres trwania naruszonej sprawności organizmu.

Wyróżnia się orzecznictwo dotyczące niepełnosprawności u osób poniżej i powyżej 16 roku życia.

1. Przy orzekaniu o niepełnosprawności osoby, która nie ukończyła 16 roku życia bierze się pod uwagę:

- zaświadczenie lekarskie wydane przez lekarza leczącego oraz wszelkie dokumenty medyczne mogące mieć wpływ na ustalenie niepełnosprawności,
- ocenę stanu zdrowia osoby badanej dokonaną przez lekarza – przewodniczącego składu orzekającego,
- możliwość poprawy zaburzonej funkcji organizmu poprzez zaopatrzenie w przedmioty ortopedyczne i inne środki pomocnicze.

2. Przy orzekaniu o stopniu niepełnosprawności osoby, która ukończyła 16 rok życia bierze się pod uwagę:

- zaświadczenie lekarskie wystawione przez lekarza leczącego oraz inne posiadane dokumenty mogące mieć wpływ na ustalenie stopnia niepełnosprawności,

- ocenę stanu zdrowia dokonaną przez lekarza – przewodniczącego składu orzekającego,
- wiek, płeć, wykształcenie, zawód i posiadane kwalifikacje,
- możliwość całkowitego lub częściowego przywrócenia zdolności do wykonywania dotychczasowego lub innego zatrudnienia,
- ograniczenia występujące w samodzielnej egzystencji i uczestnictwie w życiu społecznym oraz możliwości poprawy w tym zakresie poprzez leczenie, rehabilitację i zaopatrzenie w przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze.

3. Wyróżnia się następujące stopnie niepełnosprawności:

- **stopień znaczny** – oznacza naruszenie sprawności organizmu w sposób uniemożliwiający podjęcie zatrudnienia lub możliwość wykonywania zatrudnienia w zakładzie pracy chronio-

List

Praca zespołowa

Od półtora roku pracuję jako anestezjolog nieopodal Londynu. Przyjechałem tu z Niemiec, gdzie pracowałem również półtora roku. Moja rejestracja trwała ponad miesiąc. General Medical Council wymaga zaświadczenia o niekaralności zawodowej z każdego państwa Unii, w którym się praktykowało. Prawdziwa przeszkoda pojawiła się, gdy niemiecki urząd, który powinien mi wystawić zaświadczenie, odmówił, bo nie mam niemieckiego dyplomu lekarskiego, a w Niemczech pracowałem w ramach stypendium. Natomiast izba lekarska z miasta, w którym pracowałem, wystawiła mi to zaświadczenie bez kłopotów. Niestety, tej izby lekarskiej nie ma na liście GMC. Na dobre trzy tygodnie znalazłem się w patowej sytuacji.

Rzecz jasna, do wszystkiego trzeba się przyzwyczaić. Lepiej pytać o coś do znudzenia, niż zrobić źle z powodu językowego nieporozu-

mienia. Najtrudniej przestawić się na nieco inny niż w Polsce zakres obowiązków. Co zgłaszać swojemu konsultantowi, a co rozwiązywać we własnym zakresie? Kiedy dzwonić do niego w ciągu nocy? Z tym są spore opory na początku, ponieważ w Polsce lekarze, nawet bardzo młodzi raczej pozostawiani są samym sobie, a wydzwanianie do kogoś bardziej doświadczonego w środku nocy jest czasami zawodowym samobójstwem. W Anglii nie uważa się tego za bezradność, tylko zdrowy rozsądek i poczucie własnych ograniczeń. Dobrze widziane jest nawet zwracanie się do młodszych kolegów, bo mimo mniejszego doświadczenia zawodowego często pracują już kilka lat w NHS i lepiej orientują się w jego strukturze.

Prawie na każdym kroku podkreśla się znaczenie pracy zespołowej. Nie jest tu w cenie indywidualizm, graniczący z ryzykanctwem. Nawet jeśli taki lekarz nie popełnia błędów, to z czasem zaczyna być postrzegany, jako wprowadzanie samodzielną, ale nieobliczalną jednostką.

Amadeusz Ziarkowski, anestezjolog
Stevenage, Wielka Brytania

nej, potrzebę stałej lub długotrwałej opieki innej osoby w związku ze znacznie ograniczoną możliwością samodzielnej egzystencji,

- **stopień umiarkowany** – oznacza osobę zdolną do wykonywania zatrudnienia na stanowisku przystosowanym do potrzeb i możliwości wynikających z niepełnosprawności oraz potrzebę częściowej lub okresowej pomocy innej osoby, w związku z ograniczoną możliwością samodzielnej egzystencji. **Ograniczona możliwość samodzielnej egzystencji** oznacza naruszenie sprawności organizmu uniemożliwiające samodzielne zaspokajanie podstawowych potrzeb życiowych, za które uważa się samoobsługę, przygotowanie i przyjmowanie pokarmów, zabiegi higieniczne, ubieranie się, poruszanie, komunikowanie itp.,
 - **stopień lekki** – oznacza osobę o naruszonej sprawności organizmu, ale zdolną do wykonywania zatrudnienia i nie wymagającą pomocy.
4. Naruszenie sprawności organizmu może być trwałe, jeżeli według wiedzy medycznej stan zdrowia nie rokuje poprawy lub okresowe, jeżeli poprawa ta może nastąpić.
 5. Niepełnosprawność dziecka orzeka się na czas określony, jednak nie dłużej niż do ukończenia 16 roku życia. Stopień niepełnosprawności osoby powyżej 16 roku życia, zależnie od stanu zdrowia i rokowania, orzeka się na czas określony lub na stałe.
 6. W przypadku osób, które nie ukończyły 16 roku życia orzeka się o niepełnosprawności, bez oceniania jej stopnia.
 7. Wniosek o wydanie orzeczenia składa się do Powiatowego Zespołu ds. Orzekania o Stopniu Niepełnosprawności. Do wniosku dołącza się dokumentację medyczną, w tym zaświadczenie lekarza leczącego, wydane nie wcześniej niż na 30 dni przed dniem złożenia wniosku.
 8. Wnioski rozpatrywane są przez co najmniej dwuosobowy skład orzekający, przy czym w razie uznania przez lekarza – przewodniczącego składu dokumentacji medycznej za wystarczającą, możliwe jest wydanie orzeczenia zaocznie.
 9. W terminie 14 dni od dnia doręczenia orzeczenia osoba zainteresowana lub przedstawiciel ustawowy może wnieść odwołanie do wojewódzkiego zespołu, za pośrednictwem zespołu powiatowego, który wydał orzeczenie. Powiatowy zespół obowiązany jest przesłać odwołanie wraz z aktami sprawy do zespołu wojewódzkiego w terminie 7 dni od dnia otrzymania odwołania. W razie uznania odwołania za uzasadnione powiatowy zespół może wydać nowe orzeczenie, w którym uchyla lub zmienia zaskarżone orzeczenie. W postępowaniu odwoławczym przed wojewódzkim zespołem stosuje się odpowiedni tryb postępowania przed zespołem powiatowym. Od orzeczenia wojewódzkiego zespołu przysługuje odwołanie, w terminie 30 dni od dnia doręczenia orzeczenia, do sądu rejonowego. Odwołanie wnosi się za pośrednictwem wojewódzkiego zespołu, który wydał zaskarżone orzeczenie. Postępowanie sądowe w tym zakresie jest wolne od kosztów i opłat sądowych.

Sprostowanie

Pragnę poinformować, iż w informacji prasowej „Dlaczego szczepionka działa? Innowacyjny adiuwant AS 04 siłą skuteczności szczepionki anty-HPV firmy GlaxoSmithKline, przełom w profilaktyce raka szyjki macicy”, pojawiła się błędna informacja, którą pragniemy sprostować.

Zdanie: „Szczepionka w 100% ochroni kobiety przed 4 głównymi typami wirusa HPV, które odpowiadają za ponad 80% przypadków raka szyjki macicy” nie odzwierciedla stanu faktycznego.

W dalszym tekście informacji (jak również w publikacjach, na które się powołujemy) została precyzyjnie objaśniona skuteczność szczepionki we wszystkich typach wirusa HPV, przeciwko którym działa szczepionka, niemniej jednak zdanie w tekście wprowadzającym może wprowadzać odbiorców w błąd.

Elżbieta Brzozowska

Święto stomatologii

W Polsce okresu międzywojennego Lwów był stolicą polskiej dentystyki i stomatologii. Jeśli w innych specjalnościach medycznych trwała rywalizacja między równorzędnymi wydziałami lekarskimi uniwersytetów w Warszawie, Krakowie i we Lwowie, to w stomatologii Lwów nie miał sobie równej katedry i kliniki w całej Polsce. Błyszczał nie tylko na Polskę, ale na całą Europę. Działo się tak za sprawą jednego człowieka – prof. dr. Antoniego Cieszyńskiego.

Absolwent dentystyki z 1905 r. na uniwersytecie monachijskim, z tytułem doktora medycyny za dysertację o zdjęciach rentgenowskich szczęk, trafił do Lwowa w 1913 r., obejmując Instytut Dentystyczny po śmierci doc. Goński. Wniósł wiedzę, dynamizm i rozmach, które skromną dotąd katedrę dentystyki uczyniły ośrodkiem promieniującym na całą Europę.

Do Lwowa przyjechał już z dorobkiem naukowym zdobytym w Niemczech. W ciągu 3 lat asystentury pod kierunkiem znanych profesorów dentystyki: Bertena, Walkhoffa i Madera, opublikował wyniki badań z dziedziny radiologii i chirurgii szczękowej, które uczyniły go znanym w świecie.

Lwowski instytut dentystyczny, skromny – ale uniwersytecki, w krótkim czasie przekształcił w Klinikę Stomatologiczną. Tworzył standard programowy studiów, które widział jako pełne studia lekarskie ze specjalizacją stomatologiczną.

Prof. dr Wincenty Łepkowski, który w tym samym czasie kierował Instytutem Stomatologicznym Uniwersytetu Jagiellońskiego, napisał o Antonim Cieszyńskim, że ten młody i rozmiłowany w swoim zawodzie lekarz i naukowiec „pracą swoją, zdolnością i głęboką wiedzą z zakresu swej specjalności, a szczególnie pracami nad stosowaniem promieni Roentgena w stomatologii, zrobił imię swoje rozgłosne nie tylko w Polsce, ale także za granicą”.

Potęę lwowskiej dentystyki i stomatologii Antoni Cieszyński budował jednocześnie na kilku filarach: uniwersyteckiej klinice stomatologicznej, w której prowadził badania naukowe i wychowywał kadrę lekarzy-stomatologów, związkach absolwentów, organizujących ich do wydajnej pracy i doskonalenia oraz na prasie lekarsko-dentystycznej.

Stawiając swoim studentom i absolwentom wysoko zawieszoną poprzeczkę – pełne studia lekarskie wraz ze specjalizacją – wywalczył im równy status zawodowy z lekarzami innych specjalności oraz członkostwo we Lwowskiej Izbie Lekarskiej. Tylko absolwenci uniwersyteckich studiów lekarsko-dentystycznych, a później lekarsko-stomatologicznych mogli być członkami izb lekarskich. We Lwowie tworzyli oni Związek Stomatologów Lwowskiej Izby Lekarskiej. Izba ta, wyrosła jeszcze z samorządowych tradycji austriackich, kierowana przez długi czas przez

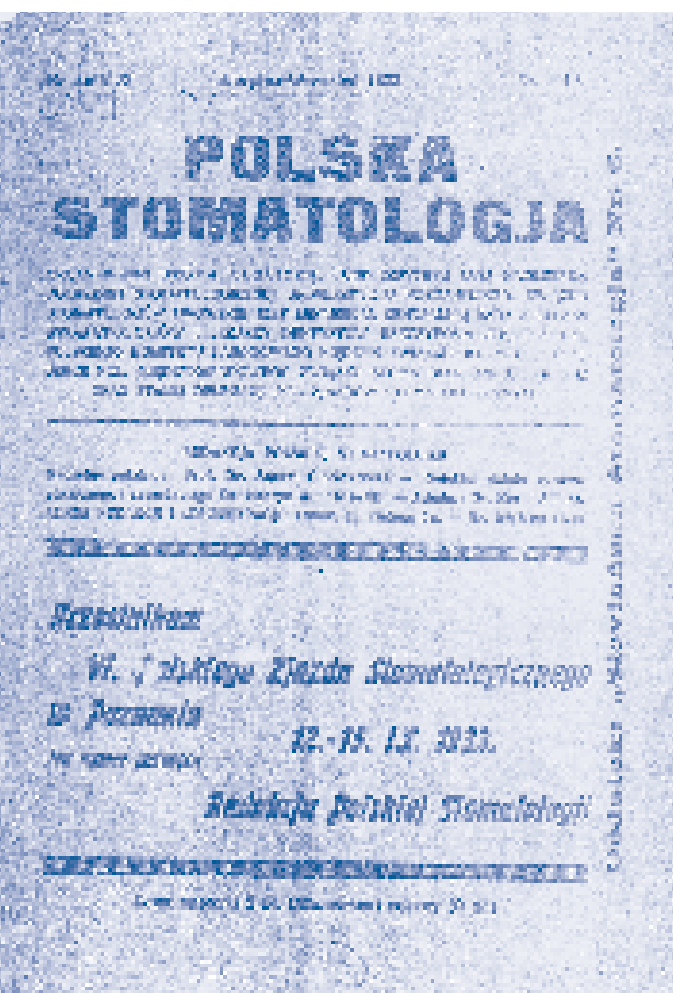
Jana Papeé, była przodującą w kraju. Podobnie wiodącą i wzorcową rolę odgrywał Związek Stomatologów Lwowskiej Izby Lekarskiej, który organizacją kształcenia ustawicznego i udziałem w życiu naukowym znany był w całej Europie.

Cieszyński był Europejczykiem i nie miał kompleksu prowincjonalności Lwowa. Przeciwnie – wystąpił z inicjatywą zorganizowania Związku Polskich Odontologów, zrzeszającym i organizującym do pracy naukowej i samokształcenia polskich lekarzy dentystów wykształconych w różnych szkołach i systemach kształcenia w Austrii, Niemczech i Rosji. Jakby mu tego było mało – w 1923 r. powołał Związek Stomatologów Słowiańskich obejmujący Polskę, Czechosłowację, Jugosławię i Bułgarię oraz zapoczątkował w jego ramach wymianę publikacji naukowych. Podszedł do tego zagadnienia z taką perfekcją, że z udziałem językoznawcy prof. W. Taszyckiego opracował zasady transkrypcji tekstów z cyrylicy na zapis łańciski i w kierunku odwrotnym.

Śmiało poruszał się na gruncie europejskim – w Międzynarodowej Federacji Dentystycznej (FDI) oraz Międzynarodowym Stowarzyszeniu Stomatologicznym (ASI). Wraz z naukowcami z Niemiec wysunął propozycję opracowania wspólnych programów kształcenia lekarzy dentystów i lekarzy stomatologów.

Ideę pełnego lekarskiego przygotowania lekarzy dentystów realizował u siebie, we Lwowie i dążył do przeniesienia jej na całą Polskę. Żywo interesował się Państwowym Instytutem Dentystycznym w Warszawie, przekształconym w 1933 r. w Akademię Stomatologiczną. Ponieważ jednak





cyjno-społecznej o polskiej dentystyce i stomatologii. W tym celu utworzył i wydawał od 1923 r. własnym sumptem miesięcznik „Polska dentystyka”. Pismo to – mimo silnej konkurencji pism redagowanych i wydawanych w Warszawie i Krakowie – zdobywa wiodącą rolę zarówno jeśli chodzi o ilość i jakość publikacji naukowych, jak i o problematykę publicystyczną i społeczną. W 1931 r., realizując swoje założenia winowodowania dentystyki w hierarchii zawodowej i naukowej, przekształca miesięcznik w „Polską stomatologię”.

Stawiając sobie i innym wysokie wymagania, zawsze widział jakość przed ilością. Napotykał w tej swojej misji opór czynników państwowych, które musiały się kierować

uczelnia ta nie miała charakteru uniwersyteckiego, odmawiał przyjęcia w niej katedry.

Już w 1926 r. opublikował projekt ustawy normującej wykształcenie stomatologów w Polsce, w której zapisał swoje wysokie wymagania:

Nauczanie wszystkich działów stomatologii odbywa się na Wydziałach Lekarskich uniwersytetów państwowych.

Z dniem ogłoszenia ustawy Państwowy Instytut Dentystyczny w Warszawie wcielony zostaje do Wydziału Lekarskiego Uniwersytetu Warszawskiego pod nazwą „Klinika Stomatologiczna Uniwersytetu Warszawskiego”.

Celem wykształcenia stomatologów, tj. specjalistów w chorobach jamy ustnej i zębów – urządzi się w klinikach stomatologicznych uniwersyteckich osobne studium stomatologiczne.

Studiować stomatologię mogą wyłącznie lekarze po złożeniu egzaminu lekarskiego.

Od początku swej działalności naukowej w II Rzeczypospolitej zadbał o istnienie liczącej się trybuny prasowej do publikacji prac naukowych i organiza-

bardziej statystyką niż najwyższymi wymaganiami. Władze nie poszły za radami Antoniego Cieszyńskiego, aby stomatologię studiowali dopiero absolwenci wydziałów lekarskich. Na taki luksus nie pozwalały zapisy w rocznikach statystycznych.

W 1921 r., na początku istnienia Polski niepodległej, praktykowało na naszym terenie zaledwie 860 lekarzy dentystów. Jeden lekarz dentysta przypadał więc na 31 600 mieszkańców. W ostatnim pełnym roku niepodległości 1938 – było w Polsce 3661 lekarzy dentystów, z których każdy miał statystycznie do leczenia 9400 mieszkańców.

W 1930 r. we Lwowie obchodzono 30-lecie pracy zawodowej i naukowej prof. dr. Antoniego Cieszyńskiego. Jego idee przypominano i przypomina się przy każdej okazji dyskusji o dentystyce i stomatologii.

Czy pytanie o pogodzenie sprzeczności dentystyczno-stomatologicznych, które wydobył Cieszyński, doczeka się odpowiedzi?

Z.W.

Pomnik, którego nie ma

Zygmunt Wiśniewski

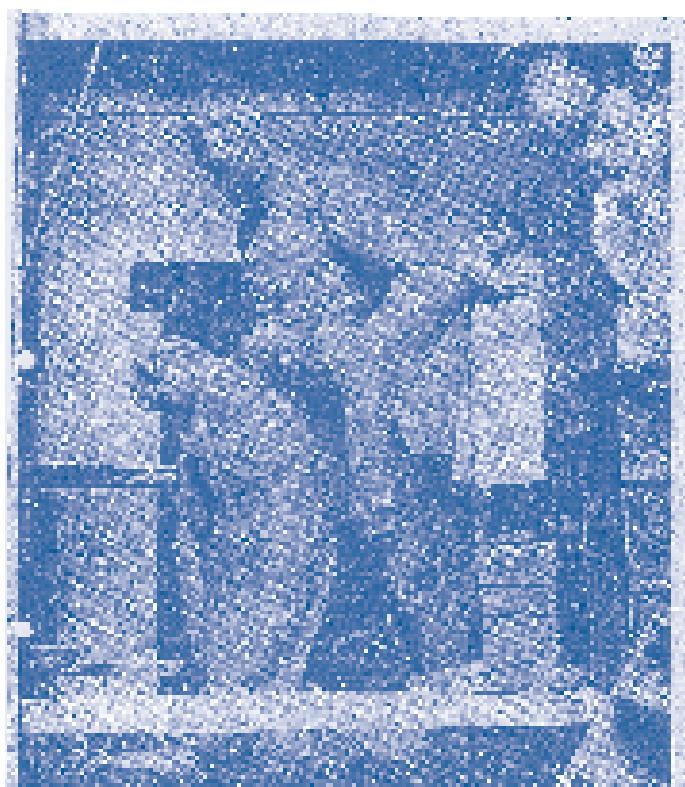
W Warszawie, tuż przed wybuchem II wojny światowej, miał stać pomnik lekarza. Pomysłodawcy, a byli nimi wysocy rangą lekarze wojskowi, chcieli, aby upamiętniał „członków służby zdrowia poległych za ojczyznę”.

Z takim zamówieniem zwrócili się w 1927 r. do znakomitego rzeźbiarza, profesora ASP w Krakowie, Edwarda Wittiga. Rzeźbiarz wykonał projekt, a następnie model pomnika. Wybrano nawet lokalizację – pl. Starynkiewicza, a więc miejsce bardzo eksponowane. Ostatnie informacje pochodzą z 1937 r., kiedy gipsowy model trafił do odlewni. Później nastąpiła cisza. Dzisiaj nie ma śladu po dziele Wittiga.

Edward Wittig, profesor rzeźby w krakowskiej Akademii Sztuk Pięknych, był twórcą znanym i poważanym.

Jego rzeźba, nazwana „Ewą” – postać śpiącej kobiety – zajęła poczesne miejsce w klasycyzującym nurcie polskiej rzeźby z początków XX w. W Polsce odrodzonej zasłynął pomnikiem „Lotnika” (1922) i Peowiaka – żołnierza Polskiej Organizacji Wojskowej (model z grupy „Walka”, znany od 1915 r.), odsłonięty w 1933 r.

Po Wittigu wiadomo już było, czego się można spodziewać. Znanie też było jego artystyczne *credo*, które wypowiedział z katedry profesora ASP w wykładzie o rzeźbie. *Dążeniem rzeźby jest synteza, czyli uogólnienie. Już pierwsze spojrzenie, a jeszcze bardziej pamięć, dają nam wrażenie syntetyczne... Synteza jest jedyną racją rzeźby. Synteza, uogólniając, nadaje dziełu monumentalność, tzn. nie rozmiar, lecz głębokość ujęcia formy stanowi o jego wielkości.*



Zamówienie generalicji wojskowej służby zdrowia z 1927 r. opiewało na pomnik „członków służby zdrowia poległych za Ojczyznę”. Oczekiwano, i taka sugestia pojawiała się w publikacjach, na pomnik lekarza. Edward Wittig przedstawił projekt pomnika sanitariusza – w myśl swojej zasady, że rzeźba jest syntezą. Krytyk sztuki wystawił temu modelowi najwyższą notę, nazywając go żołnierską piętą.

Zamówienie na pomnik Peowiaka, czyli żołnierza Polskiej Organizacji Wojskowej złożyła u Edwarda Wittiga grupa oficerów legionowych dla upamiętnienia wysiłku, poświęcenia i daniny krwi żołnierzy tej pierwszej tajnej organizacji wojskowej, powstałej w 1914 r. z inicjatywy Józefa Piłsudskiego.

Pomysł pomnika Peowiaka zainspirował, jak można sądzić, generalicję lekarzy wojskowych do zamówienia dzieła upamiętniającego ich przyjaciół i towarzyszy frontowych, poległych w POW, Legionach, w kampanii ukraińskiej i wojnie bolszewickiej. Pomysłodawcy sięgali dalej wstecz – do czasów powstaniowych i napoleońskich. Pamiętali w apelu o wszystkich, którzy nieśli pomoc medyczną w walce o wolność.

W 1927 r. na czele komitetu organizacyjnego stanął gen. dr Stefan Hubicki, wówczas komendant Oficerskiej Szkoły Sanitarnej, która mieściła się w Warszawie, na Jazdowie, obok zamku Ujazdowskiego. Zamierzeniu patronował gen. dr Stanisław Roupert, szef departamentu służby zdrowia ministerstwa spraw wojskowych. Kiedy w 1930 r. gen. Hubicki został ministrem pracy i opieki społecznej, jego funkcję w Komitecie budowy pomnika przejął inny lekarz w mundurze, gen. dr Jan Kollątaj-Strzednicki.

Pomnik – od projektu po odlew i cokół – miał powstać w całości ze składek pracowników wojskowej służby zdrowia, którzy w 1927 r. zadeklarowali na ten cel 0,5 % poborów miesięcznych. Od początku ideę pomnika wsparły izby lekarskie, które zadeklarowały jednorazowe wpłaty na jego wzniesienie. Na tej pierwszej fali społecznego entuzjazmu zebrano 81 465 zł. Ówczesny kosztorys, który uwzględniał całość robót rzeźbiarskich oraz granitowy cokół i otoczenie – opiewał na ok. 300 000 zł. W kasie komitetu pieniędzy było więc czterokrotnie za mało. Wtedy do wsparcia finansowego wezwały wszystkich pracowników służby zdrowia izby lekarskie.

Z apelem do lekarzy zwrócił się prof. dr Władysław Szenajch, przewodniczący Warszawsko-Białostockiej Izby Lekarskiej i wiceprezes Naczelnej Izby Lekarskiej.

Czym ma być pomnik ku czci poległych i zmarłych Członków Służby Zdrowia? Profesor zadawał pytanie i odpowiadał na nie: *Ma być uczczeniem nieznaney i często niedocenianej rycer-*

skości walki o zdrowie publiczne, ma być uczczeniem idei służby społecznej, uczczeniem tych, którzy polegli i zmarli w służbie idei.

Myśl tę rozwija prof. Szenajch w dwóch kolejnych stwierdzeniach:

Wielkim jest brawurowe bohaterstwo żołnierza, równie wielkim jest ciche bohaterstwo miłosierdzia i współczucia, codzienny trud lekarza i jego współpracowników zarówno na polu bitwy, jak i w dniach pokoju, gdy pomaga w chorobie i ochrania zdrowych przed chorobą.

Członkowie polskiej służby zdrowia dążą do przodowania na tym właśnie polu, polska społeczność lekarska pragnie stać się największą z wielkich pod względem wielkości współczucia, pod względem wielkości pracy i ofiarnego trudu dla narodu i państwa.

Tymi stwierdzeniami znakomity lekarz stawiał znak równania między bohaterstwem lekarza i sanitariusza na froncie a oddaniem lekarza i pielęgniarki w szpitalu. Z pomnika wojennego Szenajch uczynił pomnik „rycerzy poległych w walce z chorobą i śmiercią”.

Po roku 1930 polscy lekarze odpowiadali indywidualnie na apel o wsparcie finansowe budowy pomnika. W ciągu dwóch lat konto budowy pomnika powiększyło się do kwoty 220 000 zł, co starczało na pokrycie honorarium prof. Wittiga oraz na odlew w brązie.

Model gipsowy przekazano do pracowni giserskiej Piotra Seipa w Krakowie, gdzie miał być wykonany odlew.

Krytyk sztuki Władysław Kozicki zapisał w 1932 r. swoje obserwacje i refleksje w kontakcie z modelem pomnika.

Krzepki, zdrowy sanitariusz w mundurze wojskowym i ciężkich butach, z odkrytą młodą głową, ruchem, znamionującym siłę, stanowczość i celowość, a równocześnie nieskończenie delikatnym i łagodnym podtrzymuje za ramiona obnażonego do połowy, tylko w hełm szturmowy i spodnie odzianego żołnierza piechoty, który ciężko ranny lub też do ostateczności wyczerpany, upadł na kolana, przechylając bezwładnie głowę i wypuszczając z rąk karabin. Broń ta na nic mu się już nie przyda, a jednak siłą nawyku i poczucia obowiązku, trzyma jeszcze na niej swą martwiącą dłoń.

Obraz najzupełniej realny i prawdziwy, żadnymi sztucznymi akcesoria-

dokończenie na str. 36

Pomnik, którego nie ma

dokończenie ze str. 35

mi nie okraszony i nie wzmocniony, a jakże ogromnie tragiczny, jak potężnie wstrząsający, jak bardzo przeżyty i odczuty w swym duchowym wyrazie.

Niech nas nie dziwi emocjonalna stylizacja użyta w tym opisie. Tak wtedy pisano o sztuce. Autor wzmocni ją jeszcze, kiedy przejdzie do własnej refleksji.

Mało jest w rzeźbie postaci, które by w samej swej postawie i układzie, niezależnie od wymowy twarzy, będącej tylko dopełnieniem wyrazu, miały taką moc ekspresyjną, jak ten ranny żołnierz Wittiga. A ileż wzruszeń głębokich budzi, ileż skojarzeń myślowych o najszerzym zasięgu ideowym nasuwa ten jego towarzysz, który śpieszy mu z samarytańską pomocą.

Pieta! Ten wspaniały symbol, tylekroć w sztuce chrześcijańskiej reali-

zowany, nabiera tu odmiennego, może jeszcze ważniejszego znaczenia duchowego.

Krytyk umieszcza więc rzeźbę Edwarda Wittiga obok arcydzieła Leonarda da Vinci i widzi w niej współczesną, żołnierską pieczęć. Jest to porównanie wielce nobilitujące rzeźbę Wittiga.

*

Wróćmy do historii pomnika.

W 1937 r. gipsowy model trafił do krakowskiej giserni mistrza-odlewniaka Piotra Seipa.

Tą informacją kończy swą relację mgr dr med. Wiktor Kaliciński, który pełnił funkcję sekretarza komitetu budowy pomnika.

To nie zniechęcenie organizatorów i nie brak funduszy zdecydował o poniesieniu idei odsłonięcia pomnika. Na horyzoncie politycznym pojawiła się groźba wojny w Europie. Dla Polski oznaczała ona przygotowania do odparcia agresji.

Potrzebna była broń. Od połowy 1936 r. lekarze uczestniczyli w zbiórce pieniędzy na zakup samolotu sanitarnego. Do końca 1938 r., w którym akcja zbiórki się nasiliła, zbierali 75 000 zł. Sanitariat Wojska Polskiego

czekał na uroczystość przejścia wyposażonego samolotu.

Samolot stał się ważniejszy od pomnika.

Jego dalsze dzieje są nieznane.

O losach dzieła Edwarda Wittiga nie wiedzą pracownicy Muzeum Narodowego w Krakowie.

Nie notowane jest ani w zbiorach Muzeum Narodowego, ani Muzeum Wojska Polskiego w Warszawie. Nie wspominają o nim katalogi strat wojennych kultury polskiej.

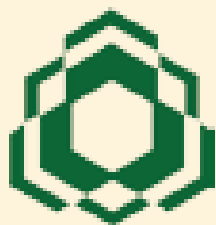
Znakomite dzieło Edwarda Wittiga przepadło bez wieści.

Może zostało zniszczone zanim powstał odlew? Może odlew został przez hitlerowców, jak inne dzieła Wittiga, przetopiony na armaty? A może istnieje? Może stoi w jakimś ustronnym miejscu i czeka na swojego odkrywcę?

Nie zagubiła się i czeka na realizację idea, wyrażona przez prof. Szenajcha:

Polska społeczność lekarska pragnie stać się największą z wielkich pod względem wielkości współczucia, pod względem wielkości pracy i ofiarnego trudu dla Narodu i Państwa.

Zygmunt Wiśniewski



SKOK *il*

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

Najnowsza oferta dla członków SKOK IL:

- **POŻYCZKA ŚWIĄTECZNA DO 5 000 PLN – RATA OD 46,08 PLN**
- **POŻYCZKA REMONTOWA DO 50 000 PLN – RATA OD 101,15 PLN**
- **OC TYLKO DLA LEKARZY
NA WYJĄTKOWYCH WARUNKACH
DO 300 000 PLN**

ZOSTAŃ NASZYM CZŁONKIEM!!!

PEŁNA OFERTA DEPOZYTÓW I POŻYCZEK:

Infolinia **0-801 88 88 11** (opłata jak za połączenie lokalne)

www.skokil.pl

Szczegółowe informacje u przedstawicieli przy OIL w całej Polsce

„Śmierć za posadę”

Po publikacji „Śmierć za posadę” – cykl „Lekarze w II Rzeczypospolitej” (GL nr 6/2006) otrzymaliśmy list od pana **Anatola Potemkowskiego**, znanego pisarza-satyryka, list ze wzruszającymi wspomnieniami o dr. Antonim Hryniewieckim, o którym pisaliśmy w „Śmierci za posadę”. Przytaczamy – z konieczności – wybrane fragmenty listu:

Sprawilo mi wielką przyjemność, że zechciał w nim autor przypomnieć osobę mojego dziadka dr. Antoniego Hryniewieckiego. Mam jednak dwie uwagi. Pierwsza dotyczy opinii, że:

Lekarzy „bieżeńców” traktowano jak obywateli drugiej kategorii.

Nie sądzę, żeby, przynajmniej w odniesieniu do mojego dziadka, była to opinia słuszna.

Do Łucka przyjechał dziadek jako europejski lekarz, co też jest ważne, jako senior rozgałęzionej rodziny medycznej. Prócz mojego dziadka praktykowali wówczas w Polsce jego bracia: dr E. Hryniewiecki w Warszawie, dr S. Hryniewiecki w Poznaniu i siostra dr Janina Hryniewiecka-Masłowska w Kaliszu. Dziadek był niekwestionowanym seniorem tego klanu.

Pod koniec „wojny o Kasę Chorych” nie doszło do realizacji pomysłu objęcia przez dziadka stanowiska ministra ds. zdrowia w Ministerstwie Opieki Społecznej.

Druga moja uwaga dotyczy opinii:

Mimo tych doświadczeń na Wschodzie, miał (A. Hryniewiecki) – jak się wydaje – przekonania lewicowe, może nawet socjalistyczne.

Ta opinia wydaje mi się niesłuszna. Nie poglądy polityczne spowodowały „wojnę o Kasę Chorych”, ale zapewne głębokie przekonanie dziadka, że ubogich chorych należy leczyć możliwie najlepiej i najstaranniej.

Proszę przyjąć Panie Redaktorze podziękowania za przypomnienie osoby mojego dziadka.

Od autora:

○ statusie Polaków, którzy musieli uciekać z ogarniętej rewolucją bolszewicką Rosji, tzw. bieżęńców dowiedziałem się, jak o wszystkim co opisałem w artykule „Śmierć za posadę”, z ówczesnej prasy lekarskiej. Jest chyba ziarno prawdy o tym gorszym statusie „bieżeńców”, skoro miejscowi „koledzy lekarze” z Łucka ośmielili się tak spostponować znakomitego lekarza, A. Hryniewieckiego. I to był sens przypomnienia, że był przybyszem ze Wschodu.

A sprawa druga: czy miał przekonania socjalistyczne? Jest to oczywiście sprawa dyskusyjna. Nie ulega jednak wątpliwości, że ukarano go właśnie za przekonania. Czy wnuk doktora A. Hryniewieckiego musi bronić dziadka przed posądzeniem o socjalizm?

Nie! Szanowny Panie Anatolu Potemkowski! Przed wojną, czyli w latach II Rzeczypospolitej, porządni ludzie mieli poglądy socjalistyczne. To dopiero lata pięćdziesiąte XX wieku zdewaluowały te szlachetne poglądy. O takim porządnym człowieku – doktorze A. Hryniewieckim napisałem z sympatią i przekonaniem.

Zygmunt Wiśniewski

Lament

Wielce Szanowny Panie Doktorze!

Jestem lekarzem emerytem. Mam liczną rodzinę. Dotychczas wypisywałem leki „Pro auctore” i „Pro Familia”. Niestety, teraz muszę stać w kolejkach i nie leczę się w ogóle, moja rodzina też stoi w kolejkach, a mają w domu lekarza jeszcze dość sprawnego fizycznie i psychicznie. Nie mam prywatnej praktyki.

Czy nie moglibyście w izbie lekarskiej (Naczelnej) załatwić prawa wypisywania recept dla lekarzy emerytów i ich rodzin? Przecież Pan też będzie kiedyś emerytem. Proszę mi odpisać parę słów na ten lament, bo Ministerstwo mi nie odpisało na list polecony.

Z uszanowaniem

Olkusz, 25.10.2006 r.

Stanisław Krzak

Zespół antyfosfolipidowy

I Ogólnopolska Konferencja „Zespół antyfosfolipidowy” została zorganizowana przez Sekcję Reumatologiczną Towarzystwa Internistów Polskich (TIP), Sekcję Medycyny Rodzinnej Polskiego Towarzystwa Reumatologicznego (PTR) oraz Klinikę Reumatologiczno-Rehabilitacyjną i Chorób Wewnętrznych AM w Poznaniu.

Inicjatywa zorganizowania konferencji powstała w wyniku dyskusji prowadzonej podczas sesji o tej samej tematyce na XIX Zjeździe PTR w Poznaniu.

Zespół antyfosfolipidowy ma charakter interdyscyplinarny – proces zakrzepowy toczący się w jego przebiegu może objąć naczynia tętnicze, żyłne i włosowate każdego układu i narządu. Choroba ta jest rozpoznawana w Polsce zbyt rzadko. Nawet najczęstsze związane z nią zagrożenia: zawał serca i udar mózgu w młodym wieku oraz wielokrotna utrata ciąży, nie zawsze kojarzone są z tym zespołem.

Celem konferencji było omówienie zasad diagnostyki i możliwości leczenia zespołu antyfosfolipidowego. Dokonali tego eksperci reprezentujący różne specjalności. Przedstawiono historię badań związanych z zespołem, zaburzenia hemostazy w jego przebiegu, kryteria klasyfikacyjne, objawy związane ze zmianami w obrębie układu krążenia, układu nerwowego, objawy ze strony nerek, konsekwencje położnicze zespołu, jego związek z miażdżycą oraz zasady wykonywania diagnostycznych testów laboratoryjnych. Podczas sesji poświęconej pracom oryginalnym i kazuistycznym wielokrotnie podkreślano, że zespół antyfosfolipidowy często rozpoznawany jest zbyt późno.

W konferencji wzięło udział ok. 350 lekarzy z całej Polski. Szeroka dyskusja dowiodła celowości omówienia tematyki związanej z zespołem antyfosfolipidowym. Uznano, że konieczne są dalsze działania zmierzające do poprawy możliwości diagnostyki klinicznej i laboratoryjnej zespołu oraz właściwego postępowania leczniczego. Zaplanowano kolejne spotkania, a także opracowanie odpowiednich zaleceń.

prof. dr hab. med. Irena Zimmermann-Górska
przewodnicząca Komitetu Organizacyjnego

Imprezy różne

Wernisaż V Ogólnopolskiej Wystawy Malarstwa Lekarzy

odbędzie się **21 stycznia 2007 r.**, w siódmą rocznicę otwarcia Klubu Lekarza w Łodzi.

Wszystkich zainteresowanych udziałem w wystawie zapraszamy do przesłania swoich prac do **Okręgowej Izby Lekarskiej w Łodzi (93-005 Łódź, ul. Czerwona 3).**

Prace wykonane w dowolnych technikach i formatach winny być opatrzone następującymi danymi: tytuł, imię i nazwisko autora, rodzaj Jego specjalizacji oraz miejscowość zamieszkania.

Dane te do katalogu proszę nadesłać **do 23 grudnia 2006 r.** Prace należy przekazać **do 10 stycznia 2007 r.** Przyjmujemy maksymalnie 4 prace od 1 autora ze względu na ograniczenia powierzchni wystawiennej.

Kontakt: **Grażyna Rzepecka-Koniarek lub Iwona Szewlewa**, tel. 042-683-17-93, faks 042-683-13-78, e-mail: biuro@oil.lodz.pl

sport@gazetalekarska.pl

X Ogólnopolskie Mistrzostwa Lekarzy w Narciarstwie Alpejskim „Bystre 2007”

Koleżanki, koledzy narciarze! Komisja Turystyki i Sportu ORL w Rzeszowie informuje, że zawody odbędą się w **dn. 23-25.02.2007 r.** Blższe informacje w następnym komunikacie. Serdecznie zapraszamy. Info na str. Izby www.rzeszow.oil.org.pl, lek. **Krzysztof Marchewka**, tel. 602-758-674, e-mail: kmarch@oil.org.pl, www.kmarch.neostrada.pl

2 ZIMOWE IGRZYSKA LEKARSKIE
ZAKOPANE - NOWY TARG

8-11 marca 2007

- slalom gigant
- slalom specjalny
- slalom równoległy
- carving
- snowboard
- bieg narciarski
- triathlon zimowy
- ski tour
- hokej na lodzie
- łyżwiarstwo szybkie

Kontakt:
meczek@igrzyskalekarskie.org

Mielecka tradycja

Mieleckie turnieje halowej piłki to spotkania lekarzy, które nie tylko obrosły tradycją, ale także dopracowały się stałego scenariusza dobrej zabawy i zaciętej, męskiej rywalizacji. A wszystkiego doglądają pasjonaci futbolu: ongiś obiecujący junior słynnej mieleckiej Stali, dziś szef pogotowia **Zbigniew Bober** i dyrektor szpitala **Leszek Kołacz**.

W eliminacjach zagrało 12 zespołów. Potrzeba było nie lada umiejętności i kondycji, by nie stracić sił w sześciu meczach w ciągu weekendu. Nie brakowało spieć i żółtych kartek, rozciętych łuków brwiowych, zawodnicy nie cofali nogi przed atakiem przeciwnika. Były piękne gole i parady bramkarzy.

Tytuł mistrzowski przypadł drużynie Krakowa, która w finale pokonała Lublin 2:0 po bramkach **Tomasza Rewera** i **Łukasza Ozgi**. Brązowe medale zdobyli lekarze z Zabrze po dość łatwym zwycięstwie nad Toruniem. Najlepszym snajperem został **Grzegorz Pieczywek** (na zdjęciu) z Białegostoku (8 goli), najlepszym bramkarzem **Grzegorz Zybort** z Torunia, a najwszech-



Grzegorz Pieczywek

stronniejszym piłkarzem **Łukasz Drelicharz** z Krakowa.

Zespół mistrzowski (na zdjęciu) zagrał w składzie: Piotr Marszałek, Tomasz Rewer, Maciej Łabęcki, Łukasz Drelicharz, Piotr Sterkowicz, Piotr Morawski, Łukasz Ozga, Robert Balaender i Damian Dylkowski.

(ms)



Mistrzowie Polski

Roztoczańska Szkoła **Ultrasonografii** zaprasza na noworoczne spotkanie z ultrasonografią:

- **29-31.12.2006 r.** Sympozjum: *Diagnostyka chorób sutka i tarczycy. Diagnostyka ultrasonograficzna raka sutka i tarczycy – stan na przełomie 2006 i 2007 r.*
- **2007 r.** Kalendarz kursów na stronie www.usg.com.pl, tel. 084-638-80-90, 084-638-55-12

CEDUS – kursy w 2007 r.

- **8-12.01.** *Echokardiografia podstawowy.* Ciechocinek, doc.dr hab.n.med. Andrzej Cwetsch (1600, 1800, 1300 b. z. i w.)
- **14-19.01.** *USG w ortopedii i reumatologii.* Konstancin, dr Zbigniew Czyrny (1600, 1800, 1300 b. z. i w.)
- **21-26.01.** *Doppler podstawowy.* Ciechocinek, dr Grzegorz Małek (1600, 1800, 1300 b. z. i w.)
- **15-18.02.** *USG w ginekologii i położnictwie.* Ciechocinek, dr n. med. Tomasz Urbaniak (1300, 1500, 1000 b. z. i w.)
- **18-23.02.** *USG w ortopedii i reumatologii.* Ciechocinek, dr Zbigniew Czyrny (1600, 1800, 1300 b. z. i w.)
- **11-15.03.** *Doppler podstawowy.* Ciechocinek, prof. dr hab. med. Ludomir Stefańczyk (1600, 1800, 1300 b. z. i w.)
- **28-31.03.** *USG brzucha – podstawowy.* Ciechocinek, doc. Urszula Łebkowska (1300, 1500, 1000 b. z. i w.)

Mazowiecka Szkoła **Ultrasonografii**. Kursy praktyczno-teoretyczne w 2007 r.:

- **11-13.01.** *Ultrasonografia jamy brzusznej w aspekcie klinicznym*
- **25-27.01.** *Echokardiografia w kardiologii*
- **9-11.02.** *Ultrasonografia w ginekologii i położnictwie*
- **22-24.03.** *Diagnostyka ultrasonograficzna w urologii – warsztaty*
- **30-31.03.** *Niepłodność – diagnostyka i leczenie w prywatnej praktyce lekarskiej*

Prawo do pkt edukac. izby lekarskiej. Informacje i zapisy: 09-400 Płock, ul. Kwiatka 39/1 www.mszu.pl, e-mail: mazowiecka@mszu.pl, tel./faks 024-264-36-07, tel. 601-345-372, 600-051-957

Mazurska Szkoła **USG i Ginekologii**. Wierzbica.

- **10-13.01.2007 r.** *Techniki dopplerowskie w ginekologii i położnictwie, ciąża mnoga, echokardiografia płodowa.*
- **14-17.03.2007 r.** *Ultrasonografia w położnictwie i ginekologii.* Kurs teoretyczny dla zaawansowanych.

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

Dolnośląska Szkoła **Ultrasonografii** (r. zał. 1993). Szkolenia w 2007 r.:

- **11-14.01.** *Diagnostyka USG jamy brzusznej*
- **25-27.01.** *Diagnostyka USG tarczycy, przystawczyc i ślinianek*
- **10-12.01.** *Diagnostyka echokardiograficzna wrodzonych wad serca dzieci*
- **10-11.01.** *Diagnostyka USG w pediatrii*
- **29-30.03.** *Zastosowanie badań USG w diagnostyce urologicznej – kurs doskonalący*
- **22-26.01.** *Cytologia onkologiczna w ginekologii. System klasyfikacji Bethesda – kurs podstawowy*
- **12-14.02.** *Cytologia onkologiczna w ginekologii. System klasyfikacji Bethesda – kurs doskonalący.*

Informacje i zgłoszenia: Wrocławskie Centrum Promocji, ul. Śniadeckich 10, 51-604 Wrocław, tel. kom. 0606-350-328, e-mail: r.baran@neostrada.pl, www.usg.webd.pl

- **15.01-17.01., 12.03-14.03., 15.10-17.10., 19.11-21.11.2007 r.** Kraków. *Postępy w zakresie patogenezy, rozpoznawania, zapobiegania i leczenia powikłań cukrzycy.* Kurs obowiązkowy dla lekarzy specjalizujących się w **diabetologii** oraz po raz pierwszy doskonalący dla lekarzy w trakcie szkolenia z **chorób wewnętrznych**. Koszt szkolenia 100 zł nie obejmuje zakwaterowania. Informacje: Centrum Szkolenia Podyplomowego Fundacji Rozwoju Diagnostyki, ul. Bociana 22, 31-231 Kraków, tel. 012-614-52-38 w godz. 9.00-17.00, www.diaglab.pl

Medyczne Szkolenia Podyplomowe PAKT.

Szkolenia w 2007 r.:

- **20-21.01.** Katowice. *Medycyna manualna* (nowy cykl), 40 pkt. eduk.
- **20-21.01.** Katowice. *Medycyna Manualna oparta na technikach chiropraktycznych* (nowy cykl)
- **20-21.01.** Katowice. *Drenaż limfatyczny – proces redukcji tkanki tłuszczowej* (56 godz.)
- **20-21.01.** Katowice. *Techniki neuro-modulacyjne (TENS, akupunktura) we współczesnej praktyce lekarskiej*
- **22-24.03.** Warszawa. Międzynarodowy Kongres: *Diagnostyka i leczenie Schorzeń Narządu Ruchu – interdyscyplinarny problem współczesnej medycyny*

- **21-22.04.** Ustroń. V Konferencja Okrągłego Stołu: *Bark w Ortopedii i Rehabilitacji 2*
- **12-13.05.** Ustroń Śl. *Osteoporoza – wykłady i warsztaty*, 7 pkt. edukac.
- **26-27.05.** *Rozwojowa Dysplazja Stawu Biodrowego – diagnostyka ultrasonograficzna i leczenie*, 8 pkt. edukac.
- **16-17.06.** Bielsko-Biala. *Diagnostyka i leczenie urazów kręgosłupa szyjnego*, 8 pkt. edukac.

Zgłoszenia: Medyczne Szkolenia Podyplomowe PAKT, 40-064 Katowice, ul. Kopernika 8/2, tel./faks 032-251-22-64; 0601-423-243, www.msp-pakt.med.pl, e-mail: medycznympozja@msp-pakt.med.pl

Ośrodek Kształcenia Medycznego Beskidzkiej IL. Obowiązkowe kursy specjalizacyjne w 2007 r.:

- **22-24.01.** *Promocja zdrowia*
 - **21-26.05., 3-8.12.** *Zdrowie publiczne*
- Siedziba BIL, ul. Krasińskiego 28 w Bielsku-Białej. Informacje i zapisy: Urszula Hrabowska, tel. 033-822-77-72 lub e-mail: okm@bil.bielsko.pl

- **12-15.02.2007 r.** Zakopane. Centrum CBT – Centrum Psychoterapii Poznawczo-Behawioralnej zaprasza na Zimową Szkołę **Psychoterapii Poznawczo-Behawioralnej**. Warsztaty poprowadzą: dr Jaak Beckers (Belgia) - *Umiejętności terapeutyczne w terapii poznawczo-behawioralnej*, prof. Eduardo Keegan (Argentyna) - *Osobowość z pogranicza – dialektyczna terapia behawioralna*, dr Fabrizio Didonna (Włochy) - *Mindfulness, czyli uważność jako forma psychoterapii*. Pkt edukac. Informacje: www.cbt.pl, tel. 0-504-945-997, 0-502-104-480, e-mail: miwanek@cbt.pl, amiaskiewicz@cbt.pl

- **4-11.03.2007 r.** Krynica Górna – Hotel Panorama i Górnik. Forum **Stomatologii Praktycznej** – Krynica 2007 część III (zgłoszenia do 10.02.2007 r.). Komunikat wstępny – organizator zastrzega możliwość zmian! Serdecznie zapraszamy na kurs: nr 01/07 Forum Stomatologii Praktycznej: - *uzupełnienia pełnoceramiczne, -zasady opracowania uzupełnień pełnoceramicznych, -sterylizacja w gabinecie stomatologicznym, -higiena-profilaktyka profesjonalna i domowa uzupełnień protetycznych, -cementy do cementowania adhezyjnego prac pełnoceramicznych, -nowoczesne sposoby stabilizacji protez całkowitych, -ekstrakcja zębów – jak wykonać aby leczenie protetyczne było kosmetyczne, -olejki eteryczne w profilaktyce schorzeń jamy ustnej, -zaburzenia czynnościowe, - i inne w przygotowaniu*. 30 godz. szkolenia

ukończenie na str. 42 i 43

Więcej żył, więcej tu zostawił

*Że ogień, że śpiew wspólny niecił,
i w trudzie innych widział swe udziały,
dlatego więcej żył, więcej tu zostawił* – to motto poety i pieśniarza Leszka Długosza widnieje na pamiątkowej tablicy, dziele artysty rzeźbiarza Mariana Koniecznego – poświęconej dr. n. med. Zbigniewowi Żakowi. 10 listopada marszałek Małopolski Janusz Sepioł wspólnie z Konstantym Radziwiłłem odsłanili tablicę pamiątkową w Wojewódzkiej Przychodni Stomatologicznej w Krakowie, która odtąd będzie nosić imię Zbigniewa Żaka. Uroczystość zgromadziła wielu przedstawicieli samorządu lekarskiego z całej Polski, a „Piwnica pod Baranami”, z którą Zbyszek był blisko związany, zaprezentowała specjalny koncert ku Jego pamięci.

fot. Mariusz Janikowski



REKLAMA

**Z wielkim smutkiem i żalem żegnamy Naszego Kolegę i Przyjaciela,
wspaniałego lekarza,
prawego, życzliwego, dobrego i wyjątkowej skromności Człowieka
śp.**

dr. med. Krystiana Bloka
Okręgowego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej Dolnośląskiej Izby Lekarskiej,
Członka Naczelnego Sądu Lekarskiego II i III kadencji samorządu lekarskiego.
Cześć Jego Pamięci!

Najbliższym Zmarłego składamy wyrazy szczerego i głębokiego współczucia.

Naczelny Rzecznik Odpowiedzialności Zawodowej ze współpracownikami
Przewodniczący i Członkowie Naczelnego Sądu Lekarskiego
oraz pracownicy Kancelarii NSL

Z przykrością zawiadamiamy, że 27 października 2006 r. zmarła

dr med. Teresa Żakowska-Dąbrowska
wybitny psychiatra o nastawieniu humanistycznym,
organizator leczenia psychiatrycznego, pełna poświęcenia dla pacjentów,
ceniona i lubiana w środowisku psychiatrów.
Zarząd Oddziału Warszawskiego Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego.

Zjazdy koleżeńskie

Absolwenci AM im. Piastów Śląskich we Wrocławiu, rocznik 1967

Droga Koleżanko! Drogi Kolego!

Serdecznie zapraszamy na spotkanie koleżeńskie z okazji 40 rocznicy ukończenia AM, w dn. **18-20.05.2007 r. (Hotel Nasz Dom w Polanicy Zdroju)**. Opłata za uczestnictwo od absolwenta/osoby towarzyszącej: piątek-niedziela z noclegami - 400 zł, sobota-niedziela z noclegiem - 300 zł, piątek-niedziela bez noclegów - 250 zł, piątek-sobota z noclegiem - 200 zł. Wpłaty na konto Dolnośląskiej Izby Lekarskiej we Wrocławiu: 17 1540 1030 2001 7753 6075 0001 do 31.03.2007 r. z dopiskiem „Zjazd 1967”. Panie prosimy o podanie nazwiska obecnego oraz z okresu studiów. Informacje: **Patrycja Malec**, Dolnośląska Izba Lekarska we Wrocławiu, tel. **0-71-798-80-68**, e-mail: **patrycja.malec@dilnet.wroc.pl**. Za Komitet Organizacyjny: Irma Grenik-Sieklucka, Dorota Ryszkowska, January Sieklucki, Krystyna Stępniewska, Ziemisław Stępniewski, Danuta Żytkiewicz-Jaruga

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.

dokończenie ze str. 40

– 30 pkt. edukac. oraz 20 pkt. za udział w testowym programie edukacyjnym (0,2 pkt. za każdą prawidłową odpowiedź). Koszt uczestnictwa: 1450 zł (kurs, noclegi, śniadania, obiady-kolacje). Osoba towarzysząca: 650 zł (noclegi, śniadania, obiady-kolacje). Zgłoszenie udziału i kopię dowodu wpłaty prosimy przesyłać faksem (0-81-533-15-151) lub pocztą na 14 dni przed terminem kursu z podaniem tytułu kursu, swojego imienia i nazwiska, adresu oraz telefonu kontaktowego. W zgłoszeniu proszę podać dokładne dane do wystawienia rachunku. Oryginał dowodu wpłaty prosimy okazać przy wejściu na salę. W przypadku rezygnacji z udziału w kursie nie później niż 7 dni przed terminem zwracamy 70% wpłaty za kurs. Organizator zastrzega sobie możliwość odwołania kursu z przyczyn niezależnych (wpłaty zostaną zwrócone przekazem pocztowym). Uczestnicy otrzymają świadectwo ukończenia kursu i pkt. edukac. za udział w kursach. Wpłaty na konto: Eurodens 20-738 Lublin, ul. Krajewskiego 25 BIG Bank o/Lublin, ul. Kapucyńska 4, nr konta 06 1160 2202 0000 0000 6017 6101. Informacje: Marta Gorajek 0-661-898-179 w godz. 8.00-14.00, pon.-pt. Dr hab. n.med. Janusz Kleinrok 0-601-244-319 w godz. 8.00-14.00, pon.-pt.

- **9-11.03.2007 r.** Krynica-Zdrój. II Zjazd **Rehabilitantów i Balneologów WP**. Program: *Zastosowanie wibracji w rehabilitacji; Krioterapia ogólnoustrojowa; Stymulacja czynnościowa mięśni i nerwów; tematy wolne*. Organizacja: Konsultanci Woj. Śl. Zdr. w dziedz. – rehabilitacji: płk dr n. med. Stanisław Sosnowski, – balneoklimatologii i med. fizykalnej: mjr rez. dr n. med. Henryk Domagała, 20 Wojskowy Szpital Uzdrowskowo-Rehabilitacyjny, ul. Świdzińskiego 4, 33-380 Krynica-Zdrój, tel. 018-41-46 211 (CAMON 146 211), faks 018-4146-240, e-mail: 20wsur@sacz.pl. Patronat: Pełnomocnik MON ds. resortowej opieki zdrowotnej i Pol. Tow. Rehabilitacji. Informacje: www.sanatorium-wojskowe.pl

- **30.03.-1.04.2007 r.** Łódź, Teatr Wielki. Klinika **Okulistyczna „Jasne Błonia”** organizuje III Sympozjum **Szklisko-Siatkówkowe** połączone z Festiwalem Filmów. Większość referatów i wykładów będzie miała charakter szkoleniowy. Podobnie jak I i II, III Sympozjum będzie poświęcone przede wszystkim zagadnieniom dotyczącym **chirurgii szkliskowo-siatkówkowej**, zaplanowano również kilka bardzo ciekawych wykładów z zakresu **chirurgii refrakcyjnej** oraz **chirurgii przedniego odcinka oka**. Komitet organizacyjny: prof. dr n. med. J. Nawrocki, dr n. hum. M. Dzięgielewska, dr n. med. Z. Nawrocka, dr n. med. K. Dzięgielewska, dr n. med. Z. Pikulski. Informacje: www.jasneblonia.pl, www.sympozjum.jasneblonia.pl, tel.: 042-611-04-04,

- **20.04.2007 r.** Warszawa. Centrum Hotelowo-Konferencyjne „Gromada”, ul. 17 Stycznia 32, 02-148 Warszawa (dojazd w kierunku Okęcia, autobusy: 188, 182). Oddział Immunologii IP CZD, Pol. Tow. Pediatryczne, Pol. Tow. Wakcynologiczne organizują sympozjum **Szczepienia Ochronne. - Program Szczepień Ochronnych, 2007 – nowe kierunki zmian; - Szczepienia zalecane – aktualne rekomendacje; - Najnowsze informacje dotyczące bezpieczeństwa szczepień ochronnych**. Pełny zestaw materiałów naukowych. Opłata 100,00 zł na konto: Zychora-Lipke Małgorzata, ul. Pińczowska 2, 04-925 Warszawa Bank Zachodni WBK SA 33 1090 1753 0000 0000 7403 0966 z dopiskiem „Szczepienia Ochronne”. Prosimy o telefoniczne potwierdzenie uczestnictwa. Adres kontaktowy: prof. dr hab. n. med. Ewa Bernatowska, Oddział Immunologii, Klinika Gastroenterologii, Hepatologii i Immunologii IP CZD, al. Dzieci Polskich 20, 04-730 Warszawa, tel. 022-815-73-84, 815-73-85, e-mail: oddzial.immunologia@czd.pl

- **9-11.05.2007 r.** Popowo. Klinika Anestezjologii i Intensywnej Terapii CMKP wraz z Fundacją na Rzecz Bezpiecz-

go Znieczulenia organizują XVII Konferencję: **Anestezjologia i intensywna terapia pierwszej dekady. Żywienie pozajelitowe a dojelitowe u chorych z ciężką sepsą; Zakażenia odcewnikowe; Zakrzepica żył głębokich – profilaktyka, diagnostyka, leczenie; Znieczulenie przewodowe centralne a profilaktyka przeciwzakrzepowa; Zator tętnicy płucnej; Chirurgia jednego dnia**. Konferencja przeznaczona dla ordynatorów i ich zastępców, a także specjalistów II° w anestezjologii i intensywnej terapii. Możemy przyjąć tylko 150 osób. Za udział 20 pkt. edukac. Zgłoszenia do 31.01.2007 r. na adres: Klinika Anestezjologii i Intensywnej Terapii CMKP SPSK 00-416 Warszawa, ul. Czerniakowska 231. Koszt 535 zł brutto (zakwaterowanie, wyżywienie, bankiet i materiały) od 1.03.2007 r. – 570 zł. (Uczestnicy sponsorowani +22% VAT). Decydować będzie kolejność zgłoszeń i wpłat. Wpłaty na konto: Fundacja na Rzecz Bezpiecznego Znieczulenia, 02-062 Warszawa, ul. Zimorowicza 3 m. 3, ING BŚ O/Warszawa Nr 06 1050 1054 1000 0005 0149 6913. Informacje: tel. 625-02-53, 58-41-220, faks 58-41-342

- **11-12.05.2007 r.** Centrum Onkologii w Warszawie, Europejskie Tow. Patologii, Grupa Robocza Patologii Przewodu Pokarmowego, Prac. Histopatologiczna Klin. Gastroenterologii i Hepatologii Centr. Med. Kształc. Podypl., Polska Fundacja Gastroenterologii zapraszają na wiosenne Warsztaty 2007 Grupy Roboczej **Patologii Przewodu Pokarmowego** Europejskiego Towarzystwa Patologii. Tematy: I. *Dysplazja / neoplazja śródnałonkowa przewodu pokarmowego: „zachodnie” i „wschodnie” rozbieżności diagnostyczne*. II. *Błędy i trudności diagnostyczne w ocenie biopsji przewodu pokarmowego*. Informacje oraz formularze zgłoszeń: www.coi.waw.pl/git. Przew. kom. org. prof. Janina Orłowska, tel. 0-22-546-27-29, e-mail: jorlowska@coi.waw.pl. Biuro org.: Polska Fundacja Gastroenterologii, Dąbrowskiego 75a, m. 10, 02-586 Warszawa, tel./faks 48-0-22-

REKLAMA

REKLAMA

848-28-93, e-mail: fungastr@unet.pl, www.pf-gastro.unet.pl. Zgłoszenia oraz wpłaty koniecznie z dopiskiem: „Euro-pejskie warsztaty 2007”.

- **17-18.05.2007 r.** Polanica-Zdrój. Spec. Cent. Med. Oddz. Chirurgii Plastycznej w Polanicy-Zdroju, AM we Wrocławiu Klin. Chirurgii Plastycznej w Polanicy-Zdroju przy współpracy z Międzynar. Unią Med. Estetycznej, Sekcją Med. Estetycznej PTL organizują Międzynar. Sympozjum **Chirurgii Estetycznej. Operacje odmładzające twarz; Powiększanie i zmniejszanie piersi; Operacje nosa i profiloplastyka; Zabiegi z zakresu medycyny estetycznej.** Nadsyłanie referatów do 31.12.2006 r. Zgłoszenie uczestnictwa i referatów pocztą lub e-mail: biuro@sympozjum.scm.pl na załączonym egzemplarzu. Zakwaterowanie – rezerwacja: Zespół Uzdrawisk Kłodzkich S.A. Biuro Obsługi Klienta w Polanicy-Zdroju, tel. 074-868-03-70 (-71), faks 074-868-03-00, infolinia 0801-58-76-78 (0801 KURORT), e-mail: sympozjum@polanica.zuk-sa.pl, www.zuk-sa.pl. Sekretariat Sympozjum – rejestracja: Specjalistyczne Centrum Medyczne Oddział Chirurgii Plastycznej 57-320 Polanica-Zdrój, ul. Jana Pawła II 2, tel./faks 074-862-1158, www.sympozjum.scm.pl hasło: pz2007. Opłaty: uczestnicy - 600 zł, osoby towarzyszące - 300 zł; po 30.12.2006 r. uczest. - 800 zł, os. tow. - 400 zł; na miejscu – uczest. - 1000 zł, os. tow. - 500 zł. Wpłaty na konto: BZ WBK oddz. Polanica-Zdrój 49 1090 2327 0000 0001 0540 1556.

- Wielkopolska Szkoła Diagnostyki Obrazowej zaprasza na praktyczne kursy **ultrasonograficzne**. Szkolenia dają prawo do pkt. edukac. izby lekarskiej. Nr konta: 92 1090 1362 0000 0000 3612 1908. Zapisy: Wiel-

kopolska Szkoła Diagnostyki Obrazowej, tel./faks 0-61-819-25-00, tel. 603-76-20-41, www.obraz.pl, e-mail: obraz@obraz.pl.

- EDMED – szkolenia z zakresu **odpowiedzialności cywilnej i karnej pracowników ochrony zdrowia, zasad korzystnej rachunkowości oraz public relations** w prywatnej praktyce lekarskiej i NZOZ. Kurs **języka angielskiego english in medicine**. Informacja i zapisy: tel. 022-887-10-81, faks 022-887-10-73, www.edmed.pl

- Klinika Endokrynologii i Chorób Metabolicznych ICZMP w Łodzi organizuje w ramach realizacji grantu min. zdrowia bezpłatne: Kursy doskonalące w dziedzinie **diabetologii** dla lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej, obejmujące zagadnienia **diagnostyki, zapobiegania i leczenia cukrzycy**. 2-częściowe kursy będą się odbywać cyklicznie (1 raz w miesiącu) w formie 3-dniowych zajęć. Informacje: 042-271-17-15 (Monika Pawłowska).

- Idea **Hospicjum** to bezinteresowna służba chorym w stanie terminalnym dzieciom, młodocianym i dorosłym. To oddawanie im swego czasu i życia (duchowego) poprzez towarzyszenie, wiedzę, doświadczenie i umiejętności. Hospicjum Królowej Apostołów w Radomiu zaprasza lekarzy pragnących realizować swe powołanie, służąc jednocześnie chorym i ich obolałym rodzinom oraz cierpiącym z powodu osierocenia, we Wspólnocie Hospicyjnych Wolontariuszy medycznych i niemiedycznych). Informacje: Hospicjum Królowej Apostołów, ul. Wiejska 2, 26-600 Radom, tel. 048-366-81-44 lub 0605-980-214, www.hospicjum.radom.pl, hospes@hospicjum.radom.pl

u.bakowska@gazetalekarska.pl

Statutowa zmiana warty

Poznański Kongres Ginekologów był podsumowaniem 3-letniej kadencji Zarządu Głównego Polskiego Towarzystwa Ginekologicznego, któremu przewodniczył prof. Marek Spaczyński.

Na terenie Międzynarodowych Targów Poznańskich w licznych sesjach oraz poprzedzających zjazd warsztatach brała udział rekordowa liczba prawie 3 tys. uczestników. Tytuł kongresu „Kobieta Współczesna” nawiązywał do nowych wyzwań jakie dla tego środowiska niesie rozwój nauk medycznych i oczekiwania społeczeństwa. W prawie 60 sesjach, z udziałem gości zagranicznych, obok zagadnień perinatologii, ginekologii, menopauzy, onkologii, poruszono aspekty prawne i etyczne oraz rolę edukacyjną profilaktyki prozdrowotnej w praktyce lekarskiej.

Gospodarz kongresu prof. Spaczyński przekazał insygnia prezesa PTG prof. Janowi Kotarskiemu z Lublina, który po trzyletniej kadencji, zgodnie ze statutem, odda przewodnictwo PTG wybranemu przez Walne Zgromadzenie prezesowi elektowi prof. Ryszardowi Porębie z Tychów.

km

A.B.E. Marketing Customer Service

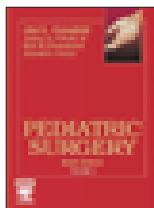
00-855 Warszawa, ul. Grzybowska 37A,
tel. + 48-22-654-06-75, faks + 48-22-652-07-67

**Allergy**

Holgate Stephen T., Church Martin K.,
Lichtenstein Lawrence M.

wyd.: **C.V. Mosby**, VIII 2006, wyd. III., c. 88,99 £

Trzecia edycja dostarcza czytelnikowi wyczerpujących informacji na temat diagnozowania, przebiegu oraz leczenia dolegliwości alergicznych. Przedstawia wszystkie najnowsze osiągnięcia nauki dotyczące alergii oraz immunologii.

**Pediatric Surgery**

Grosfeld Jay L., O'Neill James A. jr.,
Fonkalstrud Eric W., Coran Arnold G.

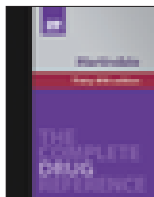
wyd.: **C.V. Mosby**, V 2006, wyd. VI, 2 tomy, c. 238,00 £
Książka stanowi poważne źródło wiedzy dla pediatrów na całym świecie. Dr Grosfeld we współpracy z ponad 200 specjalistami opracował nową edycję, która zawiera kompletną wiedzę na temat wszelkich aspektów chirurgii dziecięcej, kładąc nacisk na kwestię wad wrodzonych, guzów, traum oraz problemów urologicznych.

**The Echo Manual**

Oh Jae K., Seward James B., Tajik A. Jamil

wyd.: **Lippincott Williams et Wilkins**
XI 2006, wyd. III, c. 124 £

Uaktualniony i zrewidowany (obejmuje najnowsze metody i standardy) przewodnik udostępniający wiedzę na temat interpretacji oraz zastosowań klinicznych echokardiografii. W zwięzły i przyjazny sposób streszcza metody oraz kryteria diagnostyczne echokardiografii i tak zwanego echa kolor-Doppler. Ponad 500 ilustracji opatrzonych przypisami.

**Martindale. The Complete Drug reference**

Sean Sweetman
wyd.: **Pharmaceutical press**, XI 2006,
wyd. XXXV, c. 350 £

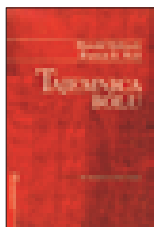
Książka dostarcza sprawdzonych i zweryfikowanych informacji na temat leków i medykamentów używanych na całym świecie.

Ponadto nadesłano:**Mammografia w diagnostyce sutka**

pod red. Janiny Dziukowej i Ewy Wesolowskiej

Medipage Sp. z o.o., Warszawa 2006, wyd. II,
02-594 Warszawa, ul. J. Bruna 12/20, tel./faks 022-646-41-50,
www.medipage.pl, s. 298

Autorami publikacji są specjaliści związani z warszawskim Centrum Onkologii. Przedstawia najnowsze metody diagnostyczne stanowiące podstawę badań skryningowych (przesiewowych). Autorzy omawiają m.in. mammografię cyfrową, sonomammografię, metodę rezonansu magnetycznego, mammoscintyografię i pozytonową tomografię emisyjną (PET), a także inwazyjne procedury diagnostyczne. Dużo miejsca poświęcono patogenie raka sutka oraz symptomatologii mammograficznej. Obszerne omówiono fizyczne podstawy mammografii. Książka ułatwi lekarzowi wybór odpowiedniej taktyki postępowania diagnostycznego.

**Tajemnica bólu**

Ronald Melzack, Patrick D. Wall

tłum. Elżbieta Wesolek

Wydawnictwo WAM, Kraków 2006, wyd. I,
31-501 Kraków, ul. Kopernika 26, tel. 012-629-32-54,
faks 012-430-32-10, e-mail: wam@wydawnictwomam.pl,
e-mail: handel@wydawnictwomam.pl, s. 408

Jest to jedna z najbardziej znanych w literaturze książek poświęconych bólowi. Zawiera informacje na temat podłoża anatomicznego doznań bólowych, procesów fizjologicznych związanych z bólem, a także różnorodnych aspektów psychologicznych dotyczących bólu. Wiele miejsca autorzy poświęcili pomiarowi bólu oraz oddziaływaniom terapeutycznym: chirurgicznemu, farmakologicznemu i psychologicznemu. Autorzy przedstawili problemy badawcze i terapeutyczne związane z bólem z różnych perspektyw, szczególnie nacisk kładąc na omówienie teorii bólu, a zwłaszcza opracowanej przez nich samych tzw. bramkowej teorii bólu. W części IV publikacji omówiono szereg sposobów walki z bólem zarówno farmaceutycznych jak i psychologicznych.

Stany terminalne a prawo pacjenta do prawdy

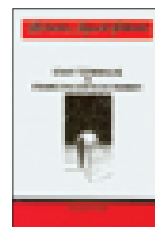
Aleksandra Pawlik

Biblioteka **Horyzontów Wychowania**.

Wydawnictwo WAM, Kraków 2006, wyd. I,

31-501 Kraków, ul. Kopernika 26, tel. 012-629-32-54,
faks 012-430-32-10, e-mail: wam@wydawnictwomam.pl,
e-mail: handel@wydawnictwomam.pl

Rozważania na temat etyki i moralności w medycynie. relatywistycznej etyce „czterech zasad” autorka przeciwstawia stanowisko etyki chrześcijańskiej. Zadaje pytania np. jak w konkretnych, pełnych psychologicznego napięcia przypadkach informować pacjenta, aby jego własne oczekiwane przeżycie do bro odpowiadało godności jego osoby oraz wymogom prawdomówności.

**Rak – nowotwory a choroby nowotworowe**

Rudolf Klimek, Janusz M. Madej,

Aleksander Sieroń

wyd.: **Rudolf Klimek**, Kraków 2006, 31-049 Kraków, ul.
św. Sebastiana 10/3, tel. + 48-12-422-28-57, s. 232

W książce przedstawiono aktualną wiedzę onkologiczną w pełnym zakresie od poziomu budowy ustroju poprzez przejawy życia komórek do społecznych uwarunkowań stanu zdrowia każdego człowieka. Autorzy – w oparciu o własne doświadczenia, jako oryginalną polską wersję wyjaśnienia jednej z największych tajemnic medycyny przedstawiają nowotwory jako samoorganizujące się biologicznie struktury dysypatywne. Treść książki nawiązuje do badań onkologicznych prof. Bolesława Skarżyńskiego, który wspólnie z prof. H. von Euler-Cheplinem napisał dzieło swego życia „Biochemie der Tumoren” (1942 r.). Tytuły rozdziałów: Dysypatywna natura nowotworów i ich leczenie; Rak jako choroba; Polietologia i patogeniza nowotworów; Bioenergetyka komórki nowotworowej; Medycyna fotodynamiczna – konsekwencja zmian termodynamicznych organizmu; Prawda i mity o raku.

**Medycyna ratunkowa i katastrof**

Podręcznik dla studentów uczelni medycznych

red. naukowa Andrzej Zawadzki

wyd.: **Wydawnictwo Lekarskie PZWL**, Warszawa 2006,
00-251 Warszawa, ul. Miodowa 10.
Księgarnia wysyłkowa: 022-695-44-80, infolinia 0801-142-080,
www.pzwl.pl, e-mail: promocja@pzwl.pl, s. 456.

W książce przedstawiono zasady postępowania ratunkowego w ostrych, zagrażających życiu epizodach chorób wewnętrznych, w zagrożeniach środowiskowych, katastrofach i potencjalnych zamachach terrorystycznych. Szczegółowo opisano sposoby udzielania pierwszej pomocy na miejscu zdarzenia oraz metody i techniki leczenia na szpitalnych oddziałach ratunkowych. Opisano organizację struktur ratownictwa, uwarunkowania prawne i zasady etyczne postępowania ratunkowego. Podręcznik opracowany przez różnych specjalistów z ośrodków naukowych w kraju.

**Interna**

red. naukowa prof. dr hab. med. Włodzimierz Januszewicz

prof. dr hab. med. Franciszek Kokot.

Złota seria Interny Polskiej

T. 1-3. wyd. II rozsz. i uaktual. Warszawa 2006, s. 1870

Seria powstała z okazji 100-lecia Tow. Internistów Pol. oraz 60-lecia Wyd. Lek. PZWL. Red. naukowymi i autorami są najwybitniejsi klinicyści z wiodących ośrodków naukowych w kraju. W publikacji omówiono patofizjologię, diagnostykę i leczenie wszystkich najważniejszych chorób wewnętrznych. Uzupełniono o nowy rozdział dotyczący zasad medycyny opartej na dowodach (EBM). Treść: Tom 1: choroby serca i naczyń krwionośnych, choroby układu oddechowego, choroby układu trawienno; Tom 2: choroby układu moczowego, krwiotwórczego, płytkowe i naczyniowe skazy krwotoczne, zaburzenia krzepnięcia krwi, choroby układu ruchu, alergiczne narządów wewnętrznych, tkanki łącznej, układu wydzielania wewnętrznego; Tom 3: zaburzenia przemiany materii, choroby zawodowe, stany zagrożenia życia w chorobach wewnętrznych, podstawy medycyny opartej na dowodach; Dodatek: Zakres norm laboratoryjnych wyrażonych w jednostkach tradycyjnych i wg SI.

**XIII Spektrum. Almanach – pamięci Jana Pawła II Unii Polskich Pisarzy Lekarzy**

Bydgoszcz 2006, s. 254

Jest to kolejny tomik utworów poetyckich lekarzy – poetów tym razem zawierający utwory dedykowane Ojcu Świętemu Janowi Pawłowi II. Obok wzruszającego wstępu Marka Pawlikowskiego wspominającego bliskie spotkania z Ojcem Świętym znajdują się też refleksje innych autorów. Książka ta wydana w estetycznej szacie graficznej może być interesującą lekturą dla każdego lekarza ceniącego wartości humanistyczne swojego zawodu.



Zawsze wygrywać

Uroczysta prezentacja książki profesora Tadeusza Koszarowskiego pt. „Urywki wspomnień” odbyła się 15 listopada br. w audytorium jego imienia w Centrum Onkologii na Ursynowie. Przybyło na nią ponad dwieście osób, głównie starszyzny lekarskiej – przyjaciół i uczniów Profesora oraz ich rodzin, w tym grupka pracowników Centrum. Atmosfera rodzinna. Prezentację prowadził profesor Edward Towpik, a fragmenty wspomnień czytał Ignacy Gogolewski.

„Urywki wspomnień” dotyczą spraw najważniejszych dla autora, takich, które najbardziej angażowały go emocjonalnie. Wydarzeń z życia rodzinnego mających wpływ na jego psychikę i spraw ważnych dla historii warszawskiej i polskiej medycyny. Jak pisze autor przedślowia prof. Towpik jest to „Opowieść o długim, barwnym, niełatwym – ale jakże pięknym i spełnionym życiu”. Sam Profesor zabierając się do spisywania wspomnień w wieku 83 lat nie narzeka na nadmiar czasu, zastanawia się dlaczego to robi i stwierdza z całą szczerością: „Chyba dla przyjemności”.

Przywołuje pełne ciepłego uroku lata dzieciństwa spędzone w Brazylili i lata młodzieńcze w międzywojennej Warszawie. Lata trzydzieste wypełnione zdobywaniem wiedzy, kształtujące przyszłego „herosa medycyny”.

Na studia medyczne poszedł pod wpływem lektury „Ludzi bezdomnych” Żeromskiego (jakie to były czasy!), a wzorcem dla niego był ojczym, znany warszawski pediatra. Wstępuje do YMCA (1929-1939) i tak wspomina udział w tej organizacji: „Tam naprawdę pomiędzy 18 a 24 rokiem życia w dużym stopniu formował się mój charakter i postawa życiowa”.

Dojrzałość do dorosłego życia zbiega się z katastrofą II wojny światowej. Jak wielu innych Polaków praktykuje w konspiracji, jego życie jest zagrożone, przeżywa tragedie rodzinne, praktykuje w zawodzie w warunkach ekstremalnych, zdobywa różne umiejętności, które może wykorzystać w późniejszym czasie.



Moje życie. medycyna i sztuka

Olgierd Andrzej Kossowski

wyd.: **Wydz. Kultury i Sztuki UM w Bielsku-Białej**
Bielsko-Biała 2006, s. 320

Autor dyplom lekarza uzyskał w 1952 r. na AM w Warszawie. Pracę rozpoczął w szpitalach bielskich. Uzyskał specjalizację z psychiatrii i neurologii. W 1976 r. założył klub AA „Wzajemność”, zainteresował się akupunkturą i uzyskał prawo posługiwania się tą metodą. W młodości był znanym bokserem, a jego pasją życiową stało się rysowanie karykatur osób, które znał osobiście i z którymi się stykał. To bogate w zainteresowania i wydarzenia życie opisuje w książce poświęcając rozdział pierwszy rodzinie, rodzinie, przyjaciołom, swoim nauczycielom. Do swoich mistrzów i przyjaciół zalicza Antoniego Kepińskiego, Władysława Chłopickiego, Zbigniewa Garnuszwskiego i ks. Józefa Tischnera. Opisuje swoje zainteresowania sztuką a szczególnie karykaturą. W „Moich wędrówkach wśród chorych” pisze o pracy w Tworakach i szpitalach Bielska-Białej. Wspomina pacjentów, przeżycia z nimi związane, snuje na ich temat refleksje. W części trzeciej wspomnień opisuje swoją działalność związaną z walką z uzależnieniami. Szczególnie cenne są tu refleksje autora i opisy własnych metod leczenia nalogu i rehabilitacji oraz przykłady pacjentów. Następne rozdziały dotyczą fascynacji autora akupunkturą i podróże związane z pełnieniem różnych funkcji zawodowych. Czas pobytu nie ograniczony jest tylko do udziału w spotkaniach medycznych ale są to wielkie wyprawy pełne refleksji o oglądanych zakątkach Ziemi. Ostatni rozdział „Zadumania i refleksje” zawiera najprzeróżniejsze przemyślenia związane z doświadczeniami autora o czym mówią nam tytuły podrozdziałów: „Medycyna i filozofia”, „Sacrum et profanum”, „Lekarz a człowiek w podeszłym wieku”, „Cierpienie w chorobie nowotworowej”, „Empatia”, „W sprawie wolności kobiety”, „Jak żyć”, „Królowe oddziałów zdjęły korony”, „Medycyna i polityka”, „Chwila w Zachęcie – wystawa «Żydzi polscy»”. Warto zapoznać się z tą książką, która mówi nam jak człowiek, który zorganizował, uporządkował, przemyślał swoje życie może mieć wpływ na pogłębienie naszej refleksji intelektualnej.

opr. md

Po wojnie skierowany do organizowania szpitali na gruzach Pragi. Następnie praca w Szpitalu Wolskim, Instytucie Radańskim, stypendium w Szwecji, gdzie – jak sam pisze – nauczył się organizacji i planowania leczenia, zapoznał się z zasadami radioterapii i „maszyną” terapią radarem i innymi aktualnymi metodami walki z rakiem. Na propozycję pozostania za granicą przypomina sobie słowa przyjaciela Jana Wedla, właściciela fabryki czekolady: „Wie pan, nie mógłbym żyć w Szwajcarii, choć tam kończyłem studia. Dlaczego? Bo tam przecież już nic nie ma do zrobienia”.

Po powrocie dalej remontuje i modernizuje szpitale a jednocześnie operuje i leczy. Wspomina i charakteryzuje profesorów z tego okresu – wybitne osobowości, które odcisnęły swoje piętno na medycynie polskiej.

Przechodzą lata 1952-1972. Borykanie się z partyjną tępotą urzędników, podstępna walką o interesy lub zaspokajanie własnych ambicji. Autor wspomina: „Musiałem być bardzo odporny psychicznie, aby to wytrzymać”. Wytrzymał i od tego czasu mógł zacząć realizować swoją wizję „onkologii”. I dalej opisuje jak powstał projekt i jak przebiegała realizacja budowy Instytutu Onkologii – dzieło życia Profesora. Na zakończenie stwierdza: „Tak więc, po ponad 30 latach od początku planowania, projektowania i realizacji powstał piękny i funkcjonalny ośrodek walki z plagą chorób nowotworowych... odpowiada wszystkim współczesnym wymaganiom i służyć będzie obecnemu i przyszłym pokoleniom w dwudziestym pierwszym wieku naszej ery. Niewątpliwie jest to dzieło powstałe w wielkim trudzie i w bardzo trudnym okresie dziejowym. Jesteśmy szczęśliwi, że mogliśmy tego dokonać”.

A dokonał tego człowiek, który tak demaskuje swoją osobę: „(...) na pewno nadmierna ambicja, konieczność podejmowania wyzwań niemal niewykonalnych, od których trzeźwi i ostrożni realisci mnie powstrzymują, a ja pakuję się w kłopoty i już nie potrafię się wycofać. Dalej chęć przodowania, nawyk z mojej sportowej młodości (śpiewaliśmy przed zawodami: „Musimy wygrać dziś”), chciałem zawsze wygrywać, nie potrafiłem ustępować, kiedy wymagał tego rozsądek i dobro koleżeńskich stosunków. Nie mam impulsywnego usposobienia, zawsze podejmuję decyzje na chłodno, po przemyśleniu, zgromadzeniu faktów i argumentów służących osiągnięciu podjętego celu, toteż jestem trudny w dyskusji i nieraz powoduję urazy i niezręczne sytuacje dla moich, często starszych i bardziej uznanych w środowisku, nawet wyżej w hierarchii postawionych kolegów i przełożonych, bywałem nietaktowny, chcę mieć zawsze rację, jestem ogromnie uparty”.

md

Tadeusz Koszarowski „Urywki wspomnień”. Opr. red. Edward Towpik. Warszawa 2006, str. 224. Książka została przygotowana do druku w Redakcji Naukowej Centrum Onkologii – Instytut im. Marii Skłodowskiej-Curie w Warszawie. Ukazuje się jako suplement 3/2006 do dwumiesięcznika „Nowotwory Journal of Oncology”.