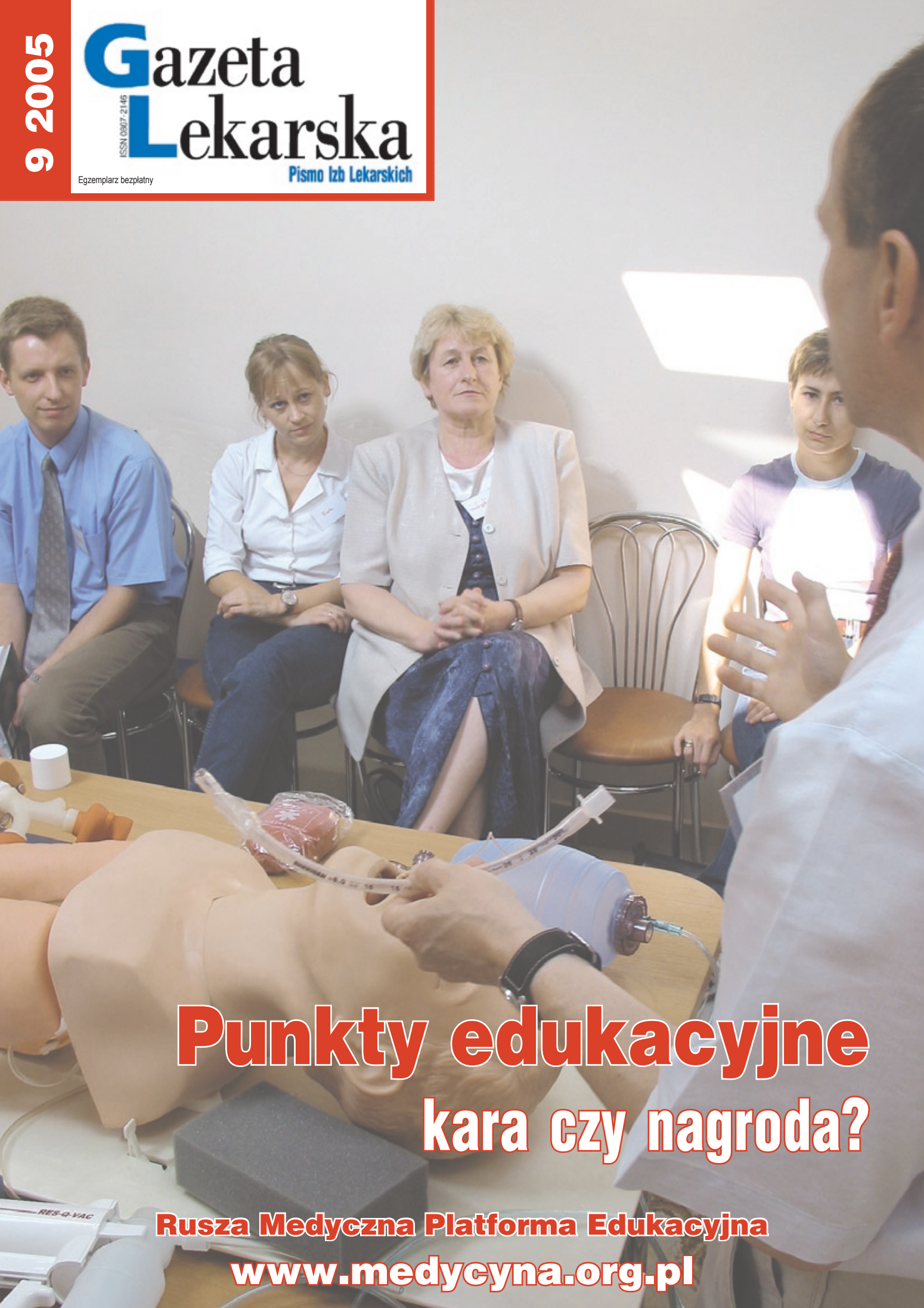


9 2005

Gazeta
Lekarska
ISSN 0967-2146
Pismo Izby Lekarskiej

Exemplarz bezpłatny



Punkty edukacyjne kara czy nagroda?

Rusza Medyczna Platforma Edukacyjna
www.medycyna.org.pl



Dramat rzetelności

Okazuje się, że sondażowi Polacy lubią polityków sympatycznych i porządných. Kto jest chodzącą arogancją, zamiast mówić poszczekuje, sprawia wrażenie jakby miał nas wszystkich gdzieś – traci punkty z dnia na dzień. Temu, kto jest uczciwy, ale ma naturę mruka, też nie przybywa. Kto rozkleja swoje ufne oblicze na każdym rogu ulicy, słupek poparcia wolniutko, ale systematycznie rośnie. Co ja o tym sędzę? Sza! Każda z moich myśli ścigana jest przez prawo karne jako obraza, a wiązanka słów upleciona z tych myśli uważana za obelgę. Ubolewam tylko, że to polityczne przedstawienie będzie trwało, trwało i trwało.

A szkoda, bo na przykład aż 91% lekarzy niemieckich swoje preferencje wyborcze uzależnia od aspektów związanych z polityką zdrowotną w programach partyjnych. Tyle tylko, że programy te ze szczegółami wyjaśniają kwestie, które przekładają się na sukces albo niepowodzenie zwykłych ludzi. U nas jakby zdrowie w polityce nie istniało. Wielu praktykom lekarskim w Brandenburgii grozi utrata 20% dotychczasowych honorariów lekarskich. Jeżeli ta sytuacja szybko się nie zmieni, pacjenci muszą się nastawić na wydłużenie kolejek i ograniczenie wizyt domowych – ostrzega dr Hans-Joachim Helming, szef Zjednoczenia Lekarzy Kas Chorych w Brandenburgii. Zdaniem szefa niemieckiej izby lekarskiej dr. Jörg-Dietricha Hoppego, zagrażające szpitalom niedoinwestowanie leczenia może być wkrótce źródłem kłopotów lekarzy w prywatnych praktykach. Uposażenia niemieckich lekarzy są nędzne i podle – komentuje wpływową „Die Süddeutsche Zeitung”. Tam też za chwilę odbędą się wybory. I co ciekawe, żaden tzw. moralny oberautorytet nie zielenieje ze złości, że lekarze mają chętność dopominać się o swoje prawa. Nikt nie woła z czołówek gazet: Lekarzu, pokaż, co masz w garażu! A u niemieckich kolegów naprawdę jest co obejrzyć.

Spór ministra zdrowia z NFZ nie słabnie. I nie powinno nas w zasadzie obchodzić, że panowie ze sobą walczą. Zresztą, po co komu minister, który nic nie może? Przed wyborami minister zdrowia usiłuje zrobić ludziom wodę z mózgu, i to kosztem Jerzego Millera, o którym sam nie tak dawno wyrażał się z uznaniem. Jak można żądać wykorzystania rezerw przed upływem czasu, na jaki te rezerwy są przeznaczone? To jest klasyczna mentalność, że jak da się na czymś zyskać jeden procent poparcia, to można wszystko rozdać i zadłużyć. Niezadowolonym ze służby zdrowia trzeba wyjaśniać, że w ubogiej Polsce służba zdrowia działa na poziomie merytorycznym porównywalnym z krajami zachodnimi. Lepiej będzie wtedy, kiedy dochód narodowy wzrośnie kilkakrotnie, o połowę zmaleje ilość wypłacanych rent, powiatowe bastiony przestaną protestować przeciw przekształceniom własnościowym szpitali, wszyscy obywatele wykupią dodatkowo polisę zdrowotną, a w systemie zamiast jednego NFZ pojawią się prywatne alternatywy. Być może dopiero wtedy zwrócą się ku sobie dwa światy polskiej służby zdrowia: nowoczesny, odnoszący sukcesy systematycznie, choć zbyt powoli, bo dyskryminowany świat prywatny i drugi – faworyzowany przez partyjnych kacyków, skostniały, przeżarty korupcją i przerostem zatrudnienia świat większości szpitali publicznych.

Marek Stankiewicz
naczelnym@gazetalekarska.pl

W NUMERZE

między innymi

Po szesnaste – zdrowie	4,6- 8
Okiem Prezesa	5
Protokoły porozumień sierpniowych. Stomatologia	8-10
Punkty edukacyjne. Kara czy nagroda?	12-13
Śladem naszych publikacji	18-19
Na marginesie kolejnej odsłony recept. Myśli numerowane fakty kontrolowane	22-23
Śląska Izba Lekarska. LXX-lecie	24-25
Czy w specjalistycznym szpitalu nie obowiązuje limit świadczeń?	26-27
Przychodzi lekarz do prawnika	30-31
Komórki macierzyste – czym są, a czym nie mogą być?	32-35
Przesiedlenia	36
Lekarski sport	40-42
Kalendarz – kursy, szkolenia, zjazdy	39
Książki nadesłane	43
Konkursy, ogłoszenia różne	44-69

„Gazeta Lekarska” w Internecie
www.gazetalekarska.pl

Learn medical
English

www.med-help.info

Po szesnaste – zdrowie



Marek Stankiewicz

Pod koniec dekady Gierka niewydajny system gospodarki planowej ledwo zapał, a życie roilo się od paradoksów.

Sklepy komercyjne i Pewex, gdzie można było dobrze i bez kolejki się zaopatrzyć utrwały w ludziach poczucie niesprawiedliwości. W rozżalonych ludzkich sercach narastał sprzeciw. Dziś często wydaje się, że wtedy wszyscy byli w opozycji. Ale tak naprawdę zaledwie garstka desperatów wierzyła, że z komuną warto i trzeba walczyć.

Ogromna większość społeczeństwa pozostawała obojętna. „Telewizor, meble, mały fiat – oto marzeń szczyt” – śpiewał wtedy Perfect. Co sprawiło, że nie chciało nam się chcieć? Z pewnością filozofia równych żołądków, które przeorały mentalność Polaków. Oparci, raz o łopatę, raz o bar, żyliśmy w wielkiej poczekalni na wszystko (od papieru toaletowego po M-3), w państwie, które udawało, że płaci, a jego obywatele udawali, że pracują.

Zaczęło się w Lublinie

W Świdniku poszło o tzw. kotlet, który zdrożał w zakładowym bufecie. W Lublinie o ręczniki i mydło toaletowe. Ale tak naprawdę to był tylko pretekst. 10 lipca o godz. 6.30 stanęła brygada Stanisława Zaleskiego i Ryszarda Kuczera, które zajmowały się naprawami nadwozia Jelcza. Ale o polskim robotniczo-inteligenckim buncie wolny świat

usłyszał dopiero po miesiącu z Gdańska. Pewnie dlatego, że tam było bliżej do okna na świat – żartują dziś uczestnicy lubelskiego strajku.

Komunistyczne imperium zdrzało. Władza, w poczuciu pychy pogubiła się. Na pięć miesięcy przed emeryturą wyrzucono ze stoczni suwnicową Annę Walentynowicz, za to że broniła innych robotników. Natychmiast upomnieli się o nią stoczniowcy. Do żądania przywrócenia do pracy, dołożyli jeszcze tysiąc złotych podwyżki i postawienie tablicy ofiarom Grudnia '70.

Gdyby wówczas stoczniowcy tym się zadowolili, nie byłoby ani „Solidarności”, ani wolnej Polski.

Rozpoczął się strajk. 21 postulatów zawisło na stoczniowej bramie. Dzięki masowemu poparciu Polaków nieuczestniczących w strajkach, władze zobaczyły, że mają przeciwko sobie oddolnie organizujące się społeczeństwo. Ludzie poczuli, że są wreszcie u siebie, i co najważniejsze, przestali się bać.

Ręce, które zginały się tylko od siebie

Nie byłoby postulatu 16, gdyby na strajku nie było Aliny Pienkowskiej, pielęgniarki ze stoczniowej przychod-



Na takiej i podobnych maszynach drukował w stanie wojennym ulotki Piotr Mierzewski. Od 10 lat pracuje w strukturach europejskich w Strasburgu.

ni zakładowej. „Uzbierał się spory stos postulatów pracowniczych przesłanych przez komitety strajkowe służby zdrowia z całego kraju. Na szczęście większość była podobna do naszych” – opowiada Barbara Przedwojska-Szwarc, główna autorka legendarnego dziś postulatu. Alina naniosiła sama poprawki do treści późniejszego porozumienia. Postrach partyjnej i solidarnościowej nomenklatury, głosik syreny z ogniem smoka wawelskiego – tak wspomina ją Piotr Mierzewski, lekarz, organizator Sekcji Służby Zdrowia „S”, późniejszy wiceminister zdrowia, od 10 lat pracownik Departamentu Zdrowia Rady Europy. „Z takimi ludźmi jak Alinka, to jeszcze dziś można byłoby dokonywać wielkich rzeczy” – wspomina ze wzruszeniem Lech Wałęsa. Niektórzy twierdzą, że jako pielęgniarka nosiła w sobie kompleks lekarzy i była wobec nich instynktownie nieufna. „Tak pewnie myślą o niej ci, którzy jej dobrze nie poznali. Alina, jako doświadczona opozycjonistka, przejawiała czujność” – wyjaśnia Władysław Sidorowicz, wrocławski psychiatra, bliski współpracownik Pienkowskiej, późniejszy minister zdrowia. „Alina to był

ciąg dalszy na str. 6

foto: Marek Stankiewicz



Jagoda Greger: Czy jesteśmy jeszcze tą samą „Solidarnością”?

List do redaktora naczelnego tygodnika „Wprost”

Rada Etyki Mediów podziela opinię samorządu

Warszawa, 19.08.2005

Sz. Pan Marek Król
Redaktor Naczelný
tygodnika WPROST

Szanowny Panie Redaktorze,
Rada Etyki Mediów otrzymała wiadomość o pełnej oburzenia reakcji samorządu lekarskiego na opublikowany 12 czerwca tego roku na łamach WPROST artykuł „Plaga błędów lekarskich”, a zwłaszcza okładkę numeru, w którym artykuł zamieszczono, z mocno wyeksponowanym tytułem oraz informacją: „36 000 Polaków umrze w tym roku z rąk lekarzy”

Podzielamy w całej pełni opinię Izby Lekarskiej. Wstrząsająca liczba nie znajduje – na szczęście dla pacjentów – wiarygodnego uzasadnienia w artykule, który w tonie, podobnie sensacyjnym jak okładka, opisuje przypadki mniej i bardziej tragicznych skutków błędów lekarskich. Błędy te zasługują na opisanie w mediach, społeczeństwo powinno się o nich dowiadywać, zawsze jednak musi to być poprzedzone wnikliwą analizą, opiniami wiarygodnych ekspertów, a uzupełnione wiadomościami o tym, jak dany przypadek potraktował samorząd zawodowy lekarzy.

Karygodne jest straszenie czytelników, jak to robi autor artykułu i osoby odpowiedzialne za okładkę poczytnego pisma. Efektem lektury może być tylko lęk, spadek zaufania do lekarzy i służby zdrowia, poczucie bezradności. Lekarz wykonuje zawód zaufania publicznego, a media powinny umacniać jego społeczny autorytet, co dzieje się przez rzetelną informację o możliwościach i rzeczywistych osiągnięciach oraz poważną krytykę wszelkich naruszeń i nadużyć ze strony przedstawicieli tego zawodu. Sensacyjne uogólnienia szkodzą dobru odbiorcy, którym, jak zapisano w Karcie Etycznej Mediów, przede wszystkim winni się kierować dziennikarze. Z nadzieją na przyjęcie ze zrozumieniem naszego stanowiska

Łączę wyrazy szacunku

Rada Etyki Mediów
przewodnicząca
Magdalena Bajer

Okiem Prezesa



Niedawno przeczytałem, że Polska ze swoją tradycyjnie niską frekwencją wyborczą zajmuje 217 (na 247) miejsce na świecie (tytuł doniesienia „Między Ghaną a Czadem”). Autor stwierdzał dalej, że najbardziej zaniżają nasz wynik bezrobotni, robotnicy niewykwalifikowani, gospodynie domowe oraz pracownicy fizyczno-umysłowi. Nawet najlepszy nasz wynik z 4 czerwca 1989 r. był niższy od średniej dla krajów Europy zachodniej. Bez względu na różne powody nieuczestniczenia w życiu publicznym jest to, moim zdaniem, bardzo poważny problem dla Polski. Opinia o tzw. klasie politycznej jest bardzo zła, a potępienie w czambuł wszystkich, którzy decydują się na udział w życiu publicznym, jest groźne dla bytu państwowego. Prowadzi wprost do myślenia: „ja i oni”, oraz braku identyfikacji z państwem. Ile jest w tym winy samych polityków, na ile jest to zasługa mediów przekonujących nas o ich powszechnej nieuczciwości, czy też może sytuacja ta jest spadkiem po latach komunizmu, który skutecznie odzwyczajał od autentycznego zaangażowania w sprawy publiczne? Fakt, że zjawisko to wymaga jakiejś refleksji ogólnonarodowej i podjęcia kroków odwracających jego niekorzystne skutki.

Dlaczego piszę o takich sprawach w moim, „lekarskim”, felietonie? Po pierwsze dlatego, że martwię się tym jako Polak od dawna zaangażowany w naprawianie otaczającej rzeczywistości. Po drugie, że najwyraźniej zubożenie na sprawy publiczne, w tym także nasze, lekarskie, nie ominęło także środowiska lekarzy i lekarzy dentyków. Bardzo niska frekwencja w wyborach do izb lekarskich, często zacięta walka tych, którzy chcą działać w samorządzie lekarskim o *quorum* nie mogą być składane tylko na kark dotychczasowych działaczy, bo przecież izby lekarskie to my wszyscy i będą one takie jak my wszyscy. Z wielkim trudem, powtarzając wiele zebrań wyborczych zbierzemy pewnie pełny (a może prawie pełny) skład delegatów na okręgowe zjazdy lekarzy, które następnie wybiorą nasze, izbowe, władze. Wielu z tych, którzy nie pofatygowali się na wybory będzie w różnych miejscach grzmieć o ich nieskuteczności, a może (jak często zdarzało się w przeszłości) pytać retorycznie – co izby w ogóle dla nas robią?

Bezpośrednią przyczyną tej gorzkiej refleksji, którą się z Państwem dzielę, jest przebieg akcji zbierania podpisów pod obywatelskim projektem ustawy o zasadach finansowania doskonalenia zawodowego lekarzy i lekarzy dentyków. Ustawa mająca zagwarantować lekarzom i lekarzom dentykom specjalizowanie się w trybie rezydenckim, urlopy szkoleniowe na doskonalenie zawodowe oraz odliczanie kosztów kształcenia od podstawy opodatkowania jest oczywiście korzystna dla wszystkich członków samorządu. I tych młodych stojących u progu kariery zawodowej. I tych, którzy są w pełni życia zawodowego, a także wielu takich, którzy starzej się już, ale ich dzieci stawiają pierwsze kroki w medycynie. Przy blisko 160-tysięcznej rzeszy lekarskiej zebranie niezbędnych 100 tysięcy podpisów powinno być dziecinnie proste. I co? Ano po trzech miesiącach (termin złożenia podpisów w sejmie mija 13 września) mamy około 25 tysięcy podpisów. Już nawet nie chce mi się dyskutować z „sabotażystami” szukającymi przysłowiowej dziury w całym w tekście naszego projektu. Najbardziej martwi mnie jednak obojętność ogromnej liczby Koleżanek i Kolegów, którzy oczekując aktywności samorządu lekarskiego nie byli w stanie przesłać na adres Naczelnej Izby Lekarskiej choćby swojego podpisu! Jak w tej sytuacji można liczyć na skuteczny lobbying naszych przedstawicieli w zabieganiu o korzystniejsze rozwiązania organizacyjno-finansowe dla środowiska lekarskiego?

Po tej smutnej refleksji życzę wszystkim nowo wybranym delegatom na okręgowe zjazdy lekarzy, aby kierując działalnością izb lekarskich w rozpoczynającej się V kadencji mogli bardziej liczyć na szerokie i odczuwalne poparcie „zwykłych” członków samorządu. Nie łudźmy się jednak: zależy to od obu stron – muszą oni wsłuchiwać się w problemy nurtujące środowisko lekarskie, ale to środowisko powinno konsekwentnie wspierać ich w podejmowanych działaniach.

Po szesnaste – zdrowie

ciąg dalszy ze str. 4

nasz Wałęsa służby zdrowia. Inne sekcje branżowe nie miały takiego przywódcy” – mówi z dumą **Elżbieta Seferowicz**, lekarka ze Śląska, późniejsza współautorka AWS-owskiej ustawy ubezpiecze-

niowej. Alina Pienkowska służyła ludziom do ostatnich chwil, zanim śmiertelna choroba nie zabrała jej spośród żyjących. Miała ręce, które zginały się tylko od siebie – wspominają przyjaciele.

Brzoza Aliny

16 sierpnia br. redakcja „Służby Zdrowia” ogłosiła wyniki tegorocznego konkursu o Nagrodę im. Aliny Pienkow-

skiej. Do nagrody nominowali dziennikarze, a laureatów wybierali czytelnicy. Konkurs wyjątkowy, bo przypadający na rok jubileuszu 25-lecia strajku w Stoczni Gdańskiej oraz Porozumień Sierpniowych. Dlatego przyznano dwie nagrody: za sukcesy i osiągnięcia w ostatnich 12 miesiącach oraz odrębną – za szczególne zasługi w tworzeniu pierwszej „Solidarności” w służbie zdrowia oraz zaangażowanie w naprawę systemu po 1989 r. Wśród nominowanych znaleźli się m.in. **Maria Dmochowska, Anna Knysok, Wojciech Maksymowicz, Teresa Kamińska, Olga Krzyżanowska, Grzegorz Opala, Wojciech Kuźmierkiewicz, Halina Saruł, Elżbieta Seferowicz, Piotr Mierzewski, Elżbieta Radziszewska, Zbigniew Religa, Maria Ochman, Jerzy Miller, Marek Balicki i Konstanty Radziwiłł.**

Laureaci otrzymali statuetkę przedstawiającą brzozy jako nieodłączny element polskiego krajobrazu. Łączy w sobie smukłość i delikatność z siłą i żywotnością. Alina kochała brzozy – wspomina **Aleksandra Gielewska**, redaktor naczelna „Służby Zdrowia”, świadek tamtych dni „pełnych rozmów i sporów gorących i tych nocy kiepsko przespanych i tych serc mocno bijących”.

Jubileuszową nagrodę im. A. Pienkowskiej z okazji 25-lecia NSZZ „Solidarność”, „za zaangażowanie w budowę struktur NSZZ «Solidarność» w służbie zdrowia w latach 1980-1981 i stanie wojennym, za wytrwałność w reformowaniu systemu w III RP” przyznano **Władysławowi Sidorowiczowi** z Wrocławia. Tegorocznym laureatem prestiżowej nagrody został **Marek Twardowski** (Porozumienie Zielonogórskie) „za twarde i owocne negocjacje z byłym ministrem zdrowia o korzystniejsze kontrakty dla POZ i nieustępliwość w obronie interesów lekarzy pracodawców”. Nagroda specjalna „za niezłomność i najwyższe standardy etyczne i lekarskie w całym życiu” przypadła w udziale dr. **Markowi Edelmanowi**. Dziennikarze zaś swoją nagrodę przyznali **Jerzemu Millerowi**, prezesowi NFZ.

„Solidarność” nie jedno ma imię

„Solidarności” stuknęło 25 lat. Zbuntowanym trzydziestolatkami z 1980 r. przybyło nie tylko ćwierć wieku, ale czasem i po parę wnuków. „Solidarność” to nie tylko Gdańsk, Warszawa i przy okazji z rzadka wymieniany Lublin. To także Polska powiatowa, gdzie

Postulat 16

„Poprawić warunki pracy Służby Zdrowia, co zapewni pełną opiekę medyczną osobom pracującym.”

Uznano za niezbędne natychmiastowe zwiększenie mocy wykonawczych na inwestycje Służby Zdrowia, poprawę zaopatrzenia w leki drogą dodatkowego importu surowców, podwyżki płac wszystkich pracowników Służby Zdrowia (zmiana siatki płac pielęgniarek) oraz pilne przygotowanie programów rządowego i resortowego dla poprawienia stanu zdrowia społeczeństwa. Inne kierunki działania w tym zakresie zawarte są w załączniku.

Załącznik do postulatu 16

1. Wprowadzić w życie „Kartę Praw Pracownika Służby Zdrowia”.
2. Zapewnić w sprzedaży odpowiednią ilość bawełnianej odzieży ochronnej.
3. Za odzież roboczą wypłacać ekwiwalent z puli kosztów rzeczowych.
4. Zabezpieczyć fundusze płac w sposób umożliwiający przyznanie odpowiednich dodatków wszystkim wyróżniającym się w pracy – zgodnie z obowiązującymi teoretycznie możliwościami.
5. Ustalić wzrastające dodatki za wysługę lat po kolejnych 25 i 30 latach pracy.
6. Ustalić dodatek za pracę w warunkach szkodliwych lub uciążliwych dla zdrowia, wprowadzić dodatek za pracę zmianową dla pracowników niemedycznych.
7. Przywrócić dodatek za pracę z chorymi zakaźnie lub zakaźnym materiałem biologicznym, podnieść płacę za dyżury nocne pielęgniarskie.
8. Uznać schorzenia kręgosłupa za chorobę zawodową stomatologów.
9. Przydzielać opał dobrej jakości dla szpitali i żłobków.
10. Wyrównać dodatki za wysługę lat dla pielęgniarek nie mających pełnego średniego wykształcenia do poziomu pielęgniarek dyplomowanych.
11. Wprowadzić dla wszystkich pracowników fachowych siedmiogodzinny dzień pracy.
12. Wprowadzić wolne soboty bez odpracowywania.
13. Dyżury niedzielne i świąteczne opłacać ze zwykłą 100%.
14. Bezpłatne leki dla pracowników Służby Zdrowia.
15. Umożliwić częściowy zwrot pożyczki mieszkaniowej z funduszu socjalnego.
16. Zwiększyć limit mieszkań dla pracowników Służby Zdrowia.
17. Samotnym pielęgniarkom umożliwić przydział mieszkań.
18. Fundusz nagród zamienić na trzynastą pensję.
19. Po 20 latach pracy w Służbie Zdrowia zapewnić urlop sześciotygodniowy oraz umożliwić otrzymanie płatnego rocznego urlopu na poprawę zdrowia jak nauczyciele.
20. Zapewnić płatne urlopy doktoryzującym się w wymiarze 4 tygodni, a specjalizującym się – 2 tygodni.
21. Zapewnić pełne prawo do dnia wolnego po dyżurach lekarskich.
22. 5-godzinny czas pracy dla pracowników żłobków (jak w przedszkolach) oraz bezpłatne wyżywienie.
23. Wprowadzić przydziały samochodów dla pracowników podstawowej opieki zdrowotnej i zasadę limitu kilometrów lub ryczałtu na przejazdy służbowe.
24. Pielęgniarki z wyższym wykształceniem uznać i opłacać jak inny personel z wyższym wykształceniem.
25. Powołać wyspecjalizowane ekipy remontowe w ZOZ-ach, aby uchronić obiekty Służby Zdrowia przed dalszą dekapitalizacją.
26. Podnieść normy na leki na 1 leczonego w szpitalu z 1138 zł na 2700 zł, bo taki jest rzeczywisty koszt leczenia oraz stawki na żywienie.
27. Ustalić talony żywnościowe dla chorych obłożnie.
28. Zwiększyć liczebność taboru sanitarnego dwukrotnie – bo taka jest realna potrzeba już dziś.
29. Zapewnić czystość powietrza, gleby i wód – zwłaszcza morskich przybrzeżnych.
30. Równoległe z oddawaniem do użytku nowych osiedli mieszkaniowych oddawać mieszkańcom do użytku przychodnie.

pod strachem i bez wsparcia reflektorów i kamer zachodnich telewizji budziła się z letargu wolna myśl i obywatelska świadomość, nie dekretowana przez żadnego sekretarza partii. To nie tylko funkcyjni i styropianowi, ale zwykli członkowie zrobili „Solidarność” i nią byli. „Solidarność” to także kilka tysięcy lekarzy, którzy wyjechali przymusowo lub świadomie machnęli ręką na ówczesny reżim i rozpoczęli już wtedy własny marsz ku wolności i lepszemu życiu. „Tu, w Colorado, ciepło wspominam «Solidarność», ale niedługo nie będę miał o niej z kim pogadać. Jedyna córka wyszła już za mąż i mieszka na Hawajach” – mówi nasz czytelnik **Waldemar Wesołowski**, lekarz z Denver, który z więzienia w 1983 r. z biletem w jedną stronę opuścił Polskę. Anestezjolog z Warszawy **Michał Rumeld** nigdy nie myślał o wyjeździe z Polski. Aż do 13 grudnia, kiedy przysły jego marzenia i złudzenia. Wyruszył do Ameryki, ale w końcu osiadł w Herne w niemieckim okręgu Ruhry. Dziś czuje się Europejczykiem. Nie on jeden zresztą.

Z Danką B., która ostro udzielała się w komisji zakładowej jednego ze śląskich szpitali, nie udało nam się porozmawiać o pierwszej „Solidarności”. Jej imię i nazwisko cała Polska obejrzała sobie w Internecie na tzw. liście Wildsteina. Nie wiadomo, czy to ta sama osoba. Danka mieszka od dwudziestu lat w Belgii i twierdzi, że status pokrzywdzonej przez reżim nie jest jej tam do niczego potrzebny.

„Solidarność” to również rozczarowani, nie tylko tym, że w porę nie załatwili sobie miejsca przy nowym korycie. Mają żal, że „S” w zamian za poparcie swoich szczytnych idei obiecywała godne pobory i emerytury, powstanie z kolan i powszechny egalitaryzm. „Daliśmy się nabrać na te obiecanki jak Murzyni na perkal i paciorki, dziś po 52 latach pracy zostałem z okradzioną emeryturą” – pisze w liście do „Gazety Lekarskiej” **Janusz Cyfrowicz** z Kamionki (woj. lubelskie). Nie każdy, kto dziś narzeka pamięta, że „Solidarność” nie obiecywała, lecz domagała się.

Jeszcze ostrzejszy jest pewien okulista z Podkarpacia, który twierdzi, że z 21 postulatów zrealizowano tylko jeden. W radiu jest nadawana msza. A wolności też nie ma? – pytam nieśmiało. „Nie ma wprawdzie państwowej cenzury, ale jest za to cenzura właścicieli pism, stacji radiowych czy też redaktorów naczelnych” – broni się dzielnie

dokończenie na str. 8

dokończenie ze str. 7

nasz czytelnik, przekonany, że z takimi poglądami na nasze łamy się nie dostanie. Za to wybiera się do parlamentu z listy „Samoobrony”.

Co piąty Polak jednym tchem jako największe niepowodzenie „Solidarności” wymienia aktualny krach ochrony zdrowia.

Ale są i zadowoleni. Janusz B. jest dzisiaj właścicielem świetnie prosperującej spółki lekarsko-dentystycznej w Wielkopolsce. Twierdzi, że „Solidarności” nigdy nie kojarzył z żadnym związkiem zawodowym, lecz ruchem społecznym, który przyniósł Polsce wolność. Nie żałował koleżeńskich składek na internowanych lekarzy. Dziś nie pcha się na listy wyborcze. Związek zawodowy też nie jest mu do niczego potrzebny. „To właśnie dzięki «Solidarności» mam satysfakcję z pracy na swoim, a nie latam, tak jak kiedyś, z posady na posadę”. Pamiętajmy, że praca w społecznej służbie zdrowia była obowiązkiem. Bez zatrudnienia nie można było praktykować prywatnie – wyjaśnia Andrzej Fortuna, lekarz dentysta z Naczelnej Rady Lekarskiej.

„Moi rodzice do dziś opowiadają o nocnych Polaków rozmowach przy zasłoniętych oknach” – opowiada Tomek, urodzony w 1981 r., który za rok kończy medycynę. „«Solidarność» to coś, co działo się pomiędzy Polakami. Zrozumiałem to niedawno, gdy cała Warszawa chodziła w pomarańczowych szalikach i później, gdy paliliśmy znicze dla Papieża. Po raz pierwszy zobaczyłem Polaków naprawdę razem”.

W środowisku służby zdrowia zagubiła się solidarność – pisze Jagoda Greger w Biuletynie Sekcji Służby Zdrowia Regionu Gdańskiego NSZZ „Solidarność”. Teraz jest bezpiecznie, aktywność niczym nie grozi, więc górę wzięły własne interesy, często grupowe. Motywacje aktywności są pospolite: władza i pieniądze. Może dlatego NSZZ „Solidarność” służby zdrowia jest mniej skuteczna, może trzeba zmienić filozofię działania i metody postępowania – tylko czy wtedy będziemy jeszcze tą samą „Solidarnością” z roku 1980? – zastanawia się J. Greger. A zdrowie? Ciągłe czeka w kolejce i ciągle jest szesnaste.

Marek Stankiewicz

Stomatologia

Przypomnijmy, że protokół porozumienia zawartego przez Komisję Rządową i Międzyzakładowy Komitet Strajkowy podpisano 31 sierpnia 1980 r. w Stoczni Gdańskiej.

Dzień wcześniej podpisano porozumienie w Szczecinie, a 3 września w Jastrzębiu. 16 grudnia 1980 r. podpisano porozumienie pomiędzy Radą Krajową Związku Zawodowego Pracowników Służby Zdrowia a Ministerstwem Zdrowia i Opieki Społecznej.

Nie jest moim zamiarem przedstawienie i omawianie wszystkich zapisów zawartych w wymienionych porozumieniach ani też wszystkich zdarzeń jakie temu towarzyszyły. To zadanie dla dokumentalistów i historyków. Przeglądając dokumenty z tamtego okresu postanowiłem przypomnieć te zapisy, które odnoszą się bezpośrednio lub pośrednio do stomatologii lub w jakimś stopniu miały wpływ na jej obraz i funkcjonowanie w tamtym okresie i w latach następnych.

Postulat 16 brzmiał: „**Poprawić warunki pracy służby zdrowia, co zapewni pełną opiekę medyczną osobom pracującym**”, a punkt ósmy załącznika mówił o uznaniu schorzenia kręgosłupa za chorobę zawodową stomatologów.

Do protokołu porozumienia zawartego między Komisją Rządową a Delegacją Pracowników Służby Zdrowia Zrzeszonych w NSZZ „Solidarność” 16 listopada 1980 r. w Gdańsku przypisano 25 załączników, które dotyczą różnych problemów służby zdrowia oraz pracowników.

Załącznik nr 9 do protokołu porozumienia omawia podstawową opiekę zdrowotną. W tym dziale opieki zdrowotnej mieściła się podstawowa opieka stomatologiczna.

W **pkt. 12** tego załącznika zapisano, że minister zdrowia uzyskał zgodę na przydział 3 tysięcy samochodów osobowych z przeznaczeniem dla lekarzy lecznictwa podstawowego, z możliwością zakupu na raty (...).

Pkt 13 mówi, że obowiązek konsultacji lekarzy specjalistów i lekarzy stomatologów w obłożeniu chorych będzie realizowany we wszystkich koniecznych przypadkach.

Pkt 19: MZiOS zobowiązuje się uregulować sprawy transportu na rzecz stomatologii oraz zaopatrywania wiejskich ośrodków zdrowia w środki czystości, materiały piśmienne od 1 maja 1981 r. w ramach działalności ZOZ.

Pkt 20: MZiOS powoła komisję mieszaną z udziałem NSZZ „Solidarność” do 15 lutego 1981 r. celem opracowania założeń reformy podstawowej opieki zdrowotnej przy uwzględnieniu następujących zasad:

- 1) wolny wybór lekarza w okresach jednorocznych,
- 2) wynagradzanie lekarzy w zależności od wykonywanych zadań – w tym liczby zarejestrowanych pacjentów,
- 3) reforma szkolenia w kierunku intensyfikacji szkolenia lekarzy rejonowych,
- 4) zapewnienie środków lokomocji i mieszkań,
- 5) możliwość konsultacji na miejscu w przychodni.

Nie rozwijając tych postulatów szerzej można dzisiaj powiedzieć, że postulat dotyczący podstawowej opieki zdrowotnej był realizowany i dzisiaj jest praktycznie dokończony pod względem organizacyjnym.

I wreszcie załącznik nr 10 do protokołu: **Podstawowa opieka zdrowotna – stomatologia**

1. MZiOS wystąpi do Przewodniczącego Rady Naukowej o powołanie Komisji ds. Stomatologii, która zajmie się zebraniem, rozpatrzeniem i opracowaniem problematyki narządu żucia i jego chorób.
2. MZiOS zapewni w inwestycjach służby zdrowia harmonijny rozwój poradni stomatologicznych ze szczególnym uwzględnieniem lecznictwa podstawowego w mieście i na wsi.
3. MZiOS przeanalizuje normatywy powierzchni użytkowej w standardowej poradni stomatologicznej w ZOZ, uwzględniając montaż nowoczesnego sprzętu specjalistycznego i jego

dokończenie na str. 10



Stomatologia w protokołach porozumień sierpniowych

dokończenie ze str. 8

lokalizację zgodną z zasadami ergonomii.

- MZiOS opracuje projekt rozwoju pracowni stomatologicznych, uwzględniający modernizację zaplecza i tworzenie nowych stanowisk pracy, celem stopniowego poszerzenia świadczeń protetycznych oraz normatywów rozwoju pracowni stomatologicznych – stosownie do liczby mieszkańców poszczególnych województw, z zawarciem harmonogramu w odniesieniu do poszczególnych województw i z uwzględnieniem przepisów BHP. Termin opracowania projektu – 30 września 1981 r., z programem wdrożenia do 1982 r.
- MZiOS zapewni zatrudnienie 1500 lekarzy stomatologów i taką samą liczbę asystentek stomatologicznych oraz sukcesywnie zwiększanie możliwości zatrudnienia higienistek stomatologicznych tak, aby jedna przypadła na 2–3 rejony. Niedobory asystentek i pomocy stomatologicznych będą sukcesywnie likwidowane przez władze terenowe, w miarę przyrostu etatów.
- MZiOS przypomni lekarzom wojewódzkim o obowiązku sporządzania wyłącznie sprawozdawczości wymaganej przez GUS.
- MZiOS powoła zespół w celu dokonania szczegółowej analizy specjalistycznego leczenia protetycznego. W skład zespołu wejdą przedstawiciele NSZZ „Solidarność”.

Termin rozpoczęcia prac – 1 lutego 1981 r. Pierwszy raport zespołu zostanie opracowany w ciągu 3 miesięcy.

- MZiOS zobowiązuje się przedstawić zespołowi fachowców obowiązujący program profilaktyki fluorowej celem wspólnego przedyskutowania zgłoszonych postulatów przez NSZZ „Solidarność” do 30 czerwca 1981 r. oraz dokonania odpowiednich zmian w programie i ustali terminy ich realizacji.
- MZiOS zapewni od 31 października 1981 r. zmianę tytułu lekarza dentystry na tytuł lekarza stomatologa oraz zrówna status zawodowy lekarza stomatologa ze statusem lekarza. MZiOS wprowadzi te zmiany do przepisów o zawodach medycznych.

- MZiOS zapewni prawo do specjalizacji lekarzom stomatologom oraz prawo do noszenia tych tytułów i płynące stąd uprawnienia jak w przypadku lekarzy – wprowadzi do przepisów o zawodach medycznych.
- MZiOS zrówna status płacowy lekarzy stomatologów ze statusem płacowym lekarzy od 1 listopada 1981 r., tj. od dnia wprowadzenia układów zbiorowych.
- MZiOS nie stawia przeszkód, aby od 1 kwietnia 1981 r. w organizacji 7-godzinnego dnia pracy uwzględnić 6 godzin efektywnej pracy przy fotelu, a pozostały czas poświęcić na wykonywanie innych zadań.
- MZiOS uznaje, że postulaty dotyczące dodatków dla personelu stomatologicznego za uciążliwe i szkodliwe warunki pracy (dodatek zmianowy i naprzemienny) winny być rozpatrzone w projekcie układu zbiorowego pracowników służby zdrowia.

Protetyka stomatologiczna

- MZiOS powoła w I kwartale zespół złożony ze specjalistów krajowych ds. stomatologii, organizatora opieki stomatologicznej i 3 przedstawicieli techników dentystrycznych, reprezentujących NSZZ „Solidarność” dla szczegółowego rozpracowania postulatów i ustalenia najkorzystniejszych zasad ich realizacji. Termin zakończenia prac komisji – 31 marca '81 r.
- MZiOS dokona korekty zmniejszenia normy miesięcznej o ilość wolnych sobót ustalonych przez rząd od 1 lutego 1981 r.
- MZiOS wprowadzi eksperymentalnie rozliczenie miesięczne wszystkich pracowników pracowni stomatologicznych w stosunku do III kwartału 1981 r. i do końca października w konsultacji z NSZZ „Solidarność” podejmie decyzję.
- MZiOS wyjaśnia, że wprowadzenie punktacji za wykonywanie poszczególnych etapów prac z jednoczesnym podniesieniem dotychczasowej punktacji wszystkich prac protetycznych jest nierealne do czasu ustalenia nowych norm pracy technicznie uzasadnionych.
- Po ustaleniu norm technicznie uzasadnionych wprowadzone zostanie wynagrodzenie za wykonywane prace ponadnormatywne. Sprawę tę powinny uregulować układy zbiorowe.
- Technicy dentystryczni będą uczestniczyć w opiniowaniu materiałów i

sprzętu przewidywanego z importu dla pracowni stomatologicznych w większym zakresie niż dotychczas. Do opiniowania będą zaproszeni przedstawiciele techników dentystrycznych z każdego związku.

- Minister zdrowia i opieki społecznej zobowiąże lekarzy wojewódzkich do zapewnienia rekrutacji do szkół na wydziały techniki dentystrycznej – przede wszystkim z terenów deficytowych i zapewni im miejsca pracy. Termin realizacji od 1 września 1981 r.

Protokół podpisali – **ze strony rządowej**: kierownik MZiOS, podsekretarz stanu *Tadeusz Szlachowski*, dyrektor Departamentu Opieki Zdrowotnej i Rehabilitacji *Stefan Zieliński*, wicedyrektor Departamentu Prawno-Koordinacyjnego *Wojciech Gutkowski*; – **ze strony Delegacji Pracowników Służby Zdrowia Zrzeszonych w NSZZ „Solidarność”**: przewodnicząca *Alina Pienkowska*, członkowie *Michał Kurowski* (Szczecin), *Tomasz Janas* (Region Górnośląski), *Bernard Hazuka* (Gdańsk), *Władysław Milewski* (Gdańsk).

Przyglądając się uważnie postulatowi można mieć obraz stanu stomatologii w tamtym okresie i uzmysłowić sobie z perspektywy 25 lat, jakie były oczekiwania lekarzy dentystrów pracujących w tym czasie w systemie państwowej służby zdrowia. Pamiętajmy, że praca w społecznej służbie zdrowia była obowiązkiem, a warunkiem uzyskania zgody na wykonywanie praktyki prywatnej było zatrudnienie w społecznej służbie zdrowia.

Żądania te wynikały z trudności w wykonywaniu zawodu i ocenianej jako zła dostępności do świadczeń opieki stomatologicznej, ale również i oczekiwań jakie powinny być spełnione, aby zawód lekarza dentystry był zawodem równym zawodowi lekarza w tamtym systemie organizacyjnym służby zdrowia. Dla tych, którzy pracowali w tamtym czasie, będą to wspomnienia budzące refleksje odnoszące się do tego, jak dzisiaj funkcjonuje stomatologia, jakie problemy zawodowe zniknęły, a jakie postulaty i dzisiaj pozostają aktualne. Dla tych, którzy tamtego systemu nie znają, mogą stanowić tylko ciekawostkę historyczną, dotyczącą etapu w rozwoju zawodu i warunków w jakich jest wykonywany zawód lekarza dentystry, a może powód do przemyślenia i zdefiniowania postulatów jakie dzisiaj należałoby sformułować. Może postulaty, które przedstawia samorząd lekarski, spełniają oczekiwania?

Andrzej Fortuna

Kara czy nagroda?

Krzysztof Dziubiński

Przed wakacjami wraz z „Gazetą Lekarską” wszyscy lekarze i lekarze dentyści otrzymali indeksy doskonalenia zawodowego.

Wyposażeni w nowy instrument możemy nareszcie uporządkować dokumentację odzwierciedlającą naszą dotychczasową aktywność szkoleniową. Z uwagi na wiele pytań i wątpliwości Czytelników przedstawiamy pełną interpretację wykonawczą przepisów dotyczących doskonalenia zawodowego. Nazwijmy ją umownie „instrukcją obsługi” punktów edukacyjnych.

Przypomnijmy:

1. Pierwszy okres rozliczeniowy rozpoczął się 6 listopada 2004 r. – zakończył się 5 listopada 2008 r. W tym czasie każdy lekarz, lekarz dentysta powinien uzyskać 200 punktów edukacyjnych na zasadach określonych w rozporządzeniu ministra zdrowia (RMZ).
2. W poczet pierwszego okresu rozliczeniowego zalicza się również wszystkie właściwie udokumentowane wydarzenia edukacyjne, w których lekarz uczestniczył między 14 kwietnia 2000 r. i 5 listopada 2004 r. W przypadku braku szczegółowego programu niezbędnego do wyliczenia należynej liczby punktów stosuje się standardowy przelicznik liczby godzin przypadających na 1 dzień określonej formy aktywności; np. jednodniowy zjazd – 5 pkt.
3. Wydarzenia, o których wyżej mowa, punktowane są na podstawie załącznika nr 3 RMZ (jego tekst zamieszczony jest na ostatnich stronach indeksu).
4. Każdy z nas powinien przygotować w formie pisemnej (o ile to możliwe, również w formie elektronicznej) zestawienie dotyczące swojej aktywności edukacyjnej na podstawie posiadanych dokumentów oraz przypisać każdej z wymienionych pozycji należną liczbę punktów edukacyjnych (zgodnie z ww. załącznikiem). Integralną częścią dokumentacji każdego szkolenia jest jego szczegółowy program.

5. Zestawienie powinno obejmować oddzielnie: a) okres od 14 kwietnia 2000 r. do 5 listopada 2004 r., oraz b) okres od 6 listopada 2004 r. do 5 listopada 2008 r.
 6. Po zakończeniu „inventaryzacji” posiadanych dokumentów należy porozumieć się telefonicznie z właściwą komórką okręgowej izby lekarskiej w celu **ustalenia terminu spotkania** w siedzibie izby, podczas którego zostaną dopełnione niezbędne formalności, a mianowicie:
 7. Pracownik sprawdzi przygotowane zestawienie, dokona ewentualnej korekty i udzieli wyjaśnień. Następnie zainteresowany wpisze do indeksu niezbędne dane, które zostaną potwierdzone przez uprawnionego pracownika izby.
 8. W uzasadnionych przypadkach poświadczenia wpisów do indeksu można dokonywać w trakcie danego okresu rozliczeniowego, natomiast adnotacja w *Prawie wykonywania zawodu* o dopełnieniu obowiązku doskonalenia zawodowego, wraz z ostateczną liczbą uzyskanych punktów, będzie wpisywana w IV kwartale 2008 r. oraz I kwartale 2009 r.
- Uwaga! Kolegom, dla których osobista obecność w siedzibie izby będzie stanowić szczególną uciążliwość, proponujemy inne, dogodne rozwiązanie. W każdym przypadku – aby uniknąć oczekiwania w kolejce – należy wcześniej umówić się na spotkanie telefonicznie.

„Dobre i złe” punkty

System punktów edukacyjnych dla lekarzy obowiązuje w wielu krajach, w niektórych od przeszło dziesięciu lat. Pierwsze wprowadziły je towarzystwa naukowe. Mimo że w Polsce system ustanawiania punktów istnieje już kilka lat, to dopiero od kilku miesięcy zaistniały warunki do jego ujednoczenia. Aby prawidłowo funkcjonował, musi być zrozumiały dla każdego lekarza.

Jak rozpoznać „dobre punkty”?

Dobre to te, które uzyskujemy w wyniku odbycia szkolenia, kursu, uczestnictwa w zjeździe lub kongresie, jeżeli organizatorem tych zdarzeń jest podmiot mający uprawnienia do prowadzenia kształcenia wynikające z obowiązujących zapisów ustawowych. Dotyczy to akademii medycznych, instytutów resortowych, CMKP i in. Aby sprawdzić wiarygodność tych uprawnień, lekarz ma prawo i powinien przed opłaceniem kosztów uczestnictwa poprosić organizatora o wskazanie właściwej podstawy prawnej. W przypadku jakichkolwiek wątpliwości powinien zwrócić się z pytaniem do właściwego organu OIL. „Dobre punkty” można uzyskać również w przypadku, gdy podmiot uzyskał aprobatę **właściwej terytorialnie OIL**, wyrażoną w postaci wpisu do rejestru podmiotów prowadzących doskonalenie zawodowe lekarzy i lekarzy dentyków (informację tę można uzyskać w OIL). „Dobre punkty” to również te, które nadają niektóre towarzystwa naukowe, z tym że punkty te służą jedynie do wewnętrznej oceny lekarza – członka danego towarzystwa; nie mogą one być zaliczane do ogólnolekarskich punktów edukacyjnych. W przypadku gdy szkolenie organizowane przez towarzystwo naukowe uzyskało aprobatę właściwej terytorialnie OIL lub stanowi część programu zarządu głównego towarzystwa zatwierdzonego przez Naczelną Izbę Lekarską, jest punktowane zgodnie z RMZ.

Przestrzegamy przed „**złymi punktami**”. Są to punkty obiecane przez organizatora w treści ogłoszenia, zaproszenia, programu, a nawet widniejące w zaświadczeniu, których jednak przydział organizator nie ma prawa, bez względu na eksponowaną rangę szkolenia oraz autorytet szkolących. Jeżeli organizator bezpodstawnie obiecuje punkty edukacyjne w celu pozyskania słuchacza – klienta, to podlega rygorom kodeksu cywilnego.

go (art. art. 405, 415, 416, 471). „Złymi punktami” są również te, które zostały wyliczone niezgodnie z treścią RMZ.

Czy punkty to kara czy nagroda?

Wielu lekarzy kieruje do ośrodka doskonalenia pytania, w których wyraża swoje obawy przed stosowaniem represji wobec tych, którzy nie uzyskają w ciągu 4 lat należnych 200 punktów. Najdalej idące obawy wyraża w swym liście Kolega podpisujący się pseudonimem Ros, powołując się na artykuł zamieszczony w majowym numerze „Gazety Lekarskiej”. Pyta on o rodzaj kary dla tych, którzy nie zdołają zgromadzić należnych punktów, czy będą wyciągane z tego tytułu konsekwencje, np. w postaci pozbawiania lekarzy zdobytych specjalizacji lub obowiązkowego poddawania ich dodatkowym egzaminom.

Należy wyjaśnić, że RMZ ogranicza się jedynie do określenia warunków dopełnienia obowiązku doskonalenia zawodowego i nie przewiduje żadnych sankcji represyjnych. Natomiast § 3 uchwały nr 98/04/IV Naczelnej Rady Lekarskiej z 17 grudnia 2004 r. wskazuje: *„Lekarz, lekarz dentysta, który przystępuje do konkursu na stanowisko kierownicze lub inne stanowisko w zakładzie opieki zdrowotnej, występujący o zatrudnienie jako nauczyciel akademicki, występujący o uzyskanie środków finansowych na kształcenie podyplomowe lub pracę naukową, występujący o zmianę warunków zatrudnienia, występujący o zawarcie umowy na udzielanie świadczeń zdrowotnych, przedstawia dokument Prawo wykonywania zawodu lekarza lub Prawo wykonywania zawodu lekarza dentysty, zawierający wpis o dopełnieniu obowiązku doskonalenia zawodowego wraz z liczbą uzyskanych punktów edukacyjnych.* Konsekwencje wynikające z treści wpisu do *Prawa wykonywania zawodu* wyciągać będą te podmioty, do których lekarz występuje z wnioskiem o zmianę swojej pozycji zawodowej. W przypadkach szczególnie jaskrawego zaniedbywania obowiązku doskonalenia zawodowego ORL może skorzystać z przysługujących jej uprawnień do skierowania lekarza na dodatkowe przeszkolenie.

Punkty, pieniądze, nauka i ja

W wypowiedziach lekarzy powtarzają się uwagi: „Do tej pory też się uczyłem i punkty nie były mi potrzebne”, „Wiem, że powinienem zdobywać punkty, ale

mnie na to nie stać”, „Oferowane szkolenia są za drogie” itp. Wprowadzenie obowiązku doskonalenia zawodowego spowodowało gwałtowny wzrost podaży zorganizowanych form szkoleń. Najczęściej oferentami są powstające jak grzyby po deszczu, nastawione na znaczny zysk, podmioty gospodarcze, „klientami” zaś niezamożni zazwyczaj lekarze. Istnieje jeszcze „trzecia siła”, w postaci producentów medycznych dóbr konsumpcyjnych, której obecność w systemie oraz formy działania podyktowane są agresywnymi regułami gry rynkowej, a nie troską o zaspokojenie rzeczywistych potrzeb szkoleniowych.

Istotnie, tak postrzegany system nie może być przyjazny dla lekarza. Spróbujmy jednak odwrócić filozofię zagadnienia, zmieniając kolejność poszczególnych elementów.

Ja, nauka, punkty i pieniądze

Cytowane wyżej akty prawne wskazują różne formy doskonalenia, które nie wymagają angażowania znacznych środków finansowych, np. udział w posiedzeniach towarzystw naukowych – 60 pkt, udział w szkoleniu wewnętrznym – 60 pkt, indywidualna prenumerata 2 fachowych czasopism medycznych – 10 pkt, członkostwo w towarzystwie naukowym – 5 pkt. Daje to 135 pkt w okresie rozliczeniowym. Ponadto za udział w programie edukacyjnym, opartym na zadaniach testowych, akredytowanym przez towarzystwo naukowe, uzyskać można do 100 pkt.

Warunkiem korzystania z tych form jest jednak konsolidacja lokalnych środowisk lekarskich oraz aktywizacja terenowych oddziałów towarzystw naukowych.

Najskuteczniejszym sposobem na radykalne obniżenie kosztów zorganizowanych form szkolenia jest podjęcie się ich organizacji przez same towarzystwa naukowe, bez odwoływania się do pomocy finansowej firm zainteresowanych promocją swoich produktów.

Konieczność aktywności lekarza w zakresie doskonalenia zawodowego stała się faktem. Istniejący system nie należy do idealnych i zapewne wymagać będzie wielu korekt, które wprowadzane będą również na podstawie uwag i sugestii Kolegów.

Celem nadrzędnym, do którego zmierzają samorząd, jest uczynienie systemu przyjaznym dla lekarzy.

„Puls” nr 7-8/2005 r.

dokończenie na str. 16

Prezydium NRL

w trakcie posiedzeń 15.07. i 12.08.br.

• przyjęło m.in. **stanowiska:**

– w sprawie **programu specjalizacji w dziedzinie onkologii klinicznej**, w którym zgłosiło m.in. następujące uwagi: (...) „1) w kilku miejscach (np. str. 5 - «Hematologia» i str. 29 - p. 16) występuję pojęcie



«przeszczepianie szpiku». Właściwszym pojęciem jest «przeszczepianie komórek krwiotwórczych» z wyszczególnieniem: ze szpiku lub z krwi obwodowej. (...) 2) w zakresie patomorfologii (str. 7 i 13) – istotnymi, a nie wymienionymi, elementami szkolenia są: zasady pobierania materiału do badania histopatologicznego i postępowania z nim oraz umiejętność interpretacji wyniku badania histopatologicznego i ocena jego wiarygodności; (...) 5) w żadnym miejscu dotyczącym radiologii (str. 11, 27, 30) nie wspomniano o badaniu metodą tomografii emisyjnej pozytonowej (PET i PET/CT), a jest to metoda szybko rozwijająca się (...) 6) w wykazie wybranych zagadnień diagnostyki obrazowej (str. 13, p. 3) – nie wymieniono oceny zmian mammograficznych, co wydaje się ważniejsze od szeregu innych umiejętności o węższym zakresie w dziedzinie onkologii klinicznej. (...)”

– w sprawie **programu specjalizacji z medycyny ratunkowej**, w którym pozytywnie zaopiniowało „(...) program specjalizacji z medycyny ratunkowej dla lekarzy posiadających specjalizację II stopnia lub tytuł specjalisty w anestezjologii i intensywnej terapii, chirurgii dziecięcej, chirurgii ogólnej, chorobach wewnętrznych, pediatrii. (...)”

– w sprawie **programu specjalizacji z medycyny rodzinnej**, w którym pozytywnie zaopiniowało powyższy program dla „(...) lekarzy po stażu podyplomowym (bez żadnej specjalizacji), lekarzy posiadających specjalizację I lub II stopnia albo tytuł specjalisty w chorobach wewnętrznych, lekarzy posiadających specjalizację I lub II stopnia albo tytuł specjalisty w pediatrii, lekarzy posiadających specjalizację I lub II stopnia albo tytuł specjalisty w chirurgii ogólnej, medycynie ogólnej, położnictwie i ginekologii (...)”

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

– dot. projektu rozporządzenia ministra zdrowia w sprawie **kryteriów medycznych, jakimi powinni kierować się świadczeniodawcy umieszczając świadczeniobiorców na listach oczekujących na udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej**, w którym krytycznie oceniło treść upoważnienia ustawowego, na podstawie którego został przygotowany projekt rozporządzenia.

– w sprawie rozporządzenia ministra zdrowia zmieniającego rozporządzenie w sprawie **substancji, preparatów, czynników lub procesów technologicznych o działaniu rakotwórczym lub mutagennym w środowisku pracy**, w którym nie zgłosiło uwag.

– w sprawie rozporządzenia ministra zdrowia w sprawie **kwalifikacji zawodowych dyspozytora medycznego i leka-**

rza koordynatora medycznego oraz trybu pełnienia przez nich funkcji, w którym stwierdziło, że „(...) brzmienie § 4 ogranicza funkcjonowanie centrum powiadamiania ratunkowego i obniża jakość usług medycznych. Lekarz powinien być zatrudniony w centrum i powinien pełnić funkcję w trybie całodobowym.”

– w sprawie projektu rozporządzenia ministra zdrowia zmieniającego rozporządzenie w sprawie **sposobów dopełnienia obowiązku doskonalenia zawodowego lekarzy i lekarzy dentyistów**, w którym proponuje wprowadzić do projektu szereg zmian.

– w sprawie **rodzajów umiejętności oraz warunków i trybu uzyskiwania świadectw potwierdzających posiadanie umiejętności z zakresu węższych dziedzin medycyny lub udzielania określonych świadczeń zdrowotnych**, w którym stwierdza m.in., że „(...) po raz kolejny projekt powiela rozwiązania przedstawione w jego poprzednich wersjach, budzące zasadniczy sprzeciw samorządu lekarskiego. Projektowane rozwiązania nie wpisują się w ukształtowany już system kształcenia podyplomowego, w szczególności w zakresie specjalizacji lekarskich. W szczególności nadal zamierza się powierzać organizację kształcenia lekarzy uzyskujących umiejętności w zakresie węższych dziedzin medycyny oraz udzielania określonych świadczeń zdrowotnych towarzystwom lekarskim. (...)” – czytamy w stanowisku,

– dot. projektu rozporządzenia ministra zdrowia w sprawie **sposobu przekazywania środków publicznych na usługi transportu sanitarnego na zlecenie organu, który utworzył zakład lub innych organów uprawnionych na podstawie odrębnych przepisów**, w którym stwierdziło, że „(...) projekt rozporządzenia winien określać „sposób przekazywania środków publicznych na usługi transportu sanitarnego”. Jak się wydaje zapisy te znajdują się wyłącznie w § 2 i 3. § 4-5, jakkolwiek zasadne z punktu widzenia ochrony środków publicznych nie mieszczą się w treści delegacji. (...)”

– dot. projektu rozporządzenia w sprawie **standardów medycznych procedur ratowniczych**, w którym czytamy m.in., że „(...) projekt budzi zasadnicze zastrzeżenia zarówno pod względem zasadności jego wydania, jak również treści merytorycznych (...)”

– w sprawie **organizacji systemu łączności na potrzeby systemu Państwowe Ratownictwo Medyczne**, w którym stwierdza m.in., że „(...) projekt wymaga usystematyzowania, ujednoczenia pojęć i jednoznacznego określenia obowiązków jednostek systemu. (...)”

– dot. projektu rozporządzenia ministra zdrowia w sprawie **szczegółowych elementów planów działań ratowniczych**, które zawiera wiele uwag.

– dot. projektu rozporządzenia ministra zdrowia w sprawie **wykazu stanów chorobowych i zaburzeń funkcjonowania psychologicznego wykluczających możliwość wydania pozwolenia na broń i rejestrację broni**, w którym zostało przedstawionych szereg uwag.

• podjęło m.in. **uchwałę** w sprawie **dofinansowania kongresu naukowego „30 lat**

pracy Polskiego Towarzystwa Medycznego w Czechach dla medycyny i społeczeństwa”, który odbędzie się w dn. 21-22 października 2005 r. w Trzyńcu,

• **wydelegowało:**

– **Konstantego Radziwiłła** – prezesa NRL i **Jana Adamusa** – przewodniczącego Zespołu ds. Współpracy Międzynarodowej i Integracji Europejskiej NRL na **spotkanie Stałego Komitetu Lekarzy Europejskich** w dn. 2-3 .09.br. w Brukseli,

– **Jana Adamusa** jako przedstawiciela NRL do **Rady Społecznej Specjalistycznego Centrum Medycznego w Polanicy-Zdroju**,

– **Dorotę Radziszewską** jako przedstawiciela NRL do **Rady Społecznej Kolejowego Sanatorium Uzdrowskiego** w Szczawnie-Zdroju,

– **Kazimierza Bryndala** jako przedstawiciela NRL do **Rady Społecznej Zespołu Przychodni Lekarskich Obwodu Lecznictwa Kolejowego** w Toruniu,

• **wyznaczyło** przedstawiciela NRL w **Sekcji Ginekologii i Położnictwa Europejskiej Unii Lekarzy Specjalistów**, którym został **prof. Leszek Pawelczyk** z Polskiego Towarzystwa Ginekologicznego.

UWAGA! Pełne teksty stanowisk i uchwał Prezydium NRL na stronie: www.nil.org.pl

Podziękowania dla konsultantów z ramienia NRL

Prezes **Konstanty Radziwiłł** wystosował podziękowania do uczestników spotkań konsultacyjnych w NFZ, którzy jako specjaliści poszczególnych dziedzin medycznych reprezentowali NRL. Byli to w zakresie: - **audiologii i foniatrii** – **prof. Henryk Skarżyński** z Instytutu Fizjologii i Patologii Słuchu w Warszawie, - **chirurgii naczyniowej** – **prof. Wiesław Stryga**, - **chorób płuc** – **dr Adam Radomyski** z Instytutu Gruźlicy i Chorób Płuc w Warszawie, - **chorób wewnętrznych** – **dr Piotr Szafran** ze Szpitala Morskiego w Gdyni, - **diabetologii** – **dr Anna Mikołajczyk-Swatko** z Wojewódzkiego Ośrodka Diabetologii i Chorób Metabolicznych w Łodzi, - **endokrynologii** – **dr Łukasz Wojnowski** z Lecznic „CITOMED” w Toruniu, - **ginekologii onkologicznej** – **dr Janusz Poznański** z Białostockiego Ośrodka Onkologicznego w Białymstoku, - **immunologii klinicznej** – **prof. Maciej Kurpisz** z Instytutu Genetyki Człowieka PAN w Poznaniu, - **nefrologii** – **prof. Olgierd Smoleński** z Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego im. L. Rydygiera w Krakowie, - **neurochirurgii** – **prof. Marek Zawirski** z Katedry Neurochirurgii UM w Łodzi, - **neurologii** – **dr Jacek Kossowski** z Beskidzkiej IL w Bielsku-Białej, - **onkologii i hematologii dziecięcej** – **dr hab. Walentyna Babwierz** z Polsko-Amerykańskiego Instytutu Pediatrii CM UJ w Krakowie, - **toksykologii** – **dr Krystyna Kochman** z Dolnośląskiej IL we Wrocławiu.

Iwona A. Raszke-Rostkowska
tel./fax (0-22) 851-71-48
tel. kom. 0-606-440-100
e-mail: iwona.raszke@hipokrates.org

Czym się różni majster?

Ryszard Kijak



Konfrontacja wynagrodzenia rezydentów z zarobkami specjalistów I i II stopnia („Czym się różni majster?”, „GL” nr 6/2005) wywołała wśród Czytelników żywe emocje, i nie ma się czemu dziwić.

fot. Marek Stankiewicz

Piotr Z. z Gdańska przeczytał mój artykuł ze zdumieniem i dał temu wyraz w liście, opublikowanym w „GL” nr 7-8/2005. Jednak nie doznałby zdumienia, gdyby dysponował faktami, a nie plotkami. A fakty są takie, że pensję rezydenta reguluje nie ustawa, a rozporządzenie ministra zdrowia z 6 sierpnia 2001 r. W żadnym wypadku nie obejmuje ono dyżurów, lecz dotyczy wyłącznie wynagrodzenia zasadniczego, finansowanego z puli ministerstwa. Za dyżury płaci bezpośredni pracodawca. Od rezydenta nie wymaga się zresztą – jak uważa Piotr Z. – ośmiu dyżurów w miesiącu, a tylko trzech. Jest więc w tym liście coś z pytania słuchacza do Radia Erewań: „Czy to prawda, że na placu Czerwonym w Moskwie rozdają samochody?” „Nie w Moskwie, a w Leningradzie, nie samochody, a rowe-

ry, i nie rozdają, a kradną” – odpowiedziało wówczas radio.

Dezinformację zawartą w liście Piotra Z. z Gdańska wychwycił inny Czytelnik, Witold M. fragmenty listu pozwolę sobie zacytować.

„W kilku zdaniach pana Piotra Z. zawarta jest merytorycznie niepoprawna informacja, którą popełnił pisząc o zasadach finansowania lekarzy odbywających specjalizację w ramach rezydentury. Mianowicie pisze on (a Wy w ślad za nim), że lekarz rezydent w swej pensji 1637 zł brutto ma już zapłacone za osiem dyżurów medycznych, a dyrektorzy szpitali płacą im za dyżury bo nie czytają ustaw. Rozporządzenie MZ dotyczące specjalizacji w ramach etatu rezydenckiego mówi wyraźnie o pensji miesięcznej wynoszącej 70 proc. przeciętnego miesięcznego wynagrodzenia w sektorze przedsiębiorstw brutto, bez dyżurów medycznych.

Poza tym chyba ciężko w tym kraju byłoby znaleźć idiotę, który pracowałby etatowo 40 godzin tygodniowo, następnie spędzał popołudnia i noce w szpitalu, w najlepszym razie 8 x 16 = 128 godzin (zakładając dyżury nieświęteczne) i brał za to ok. 900 zł netto.

Pan Piotr Z. myli najprawdopodobniej lekarzy rezydentów z lekarzami na stażu podyplomowym, którzy rzeczywiście mają w swojej pensji wliczone obecnie 6 (w roku poprzednim 8) dyżurów medycznych (towarzyszących). Ich pensja wynosi ok. 1300 zł netto!

Poza tym odczuwam niesmak po przeczytaniu artykułu «Czym różni się majster?». Mimo że autor Ryszard Kijak przestrzegwał w jego treści, że nie chce obrażać rezydentów, efekt jest taki, że każdy z nas rezydentów poczuł się bardzo nieprzyjemnie. Środowisko lekarskie jest wystarczająco podzielone i niespójne! Niepotrzebne są artykuły szczujące jednych na drugich, zwłaszcza że i czeladnik i majster zarabiają skandalicznie nędzne grosze!».

Ten list pozostawiłbym bez komenta-

rza, bo zawiera pewne konkrety, gdyby nie ów „niesmak z powodu szczucia”, i twierdzenie, że „każdy z rezydentów poczuł się nieprzyjemnie”. Takiej tezy nie można bowiem uogólniać. Nie każdy z rezydentów poczuł się nieprzyjemnie. Pracuję w szpitalu klinicznym, wraz z dużą grupą rezydentów, rozmawiałem z wieloma z nich i – odwrotnie niż pisze Witold M. – żaden z moich rozmówców tak się nie poczuł. Po prostu zrozumieli o czym pisałem. A pisałem nie o tym, żeby zabrać coś rezydentom, tylko o tym, żeby dać więcej specjalistom. Rezydentom zresztą też. Po prostu opisałem istniejącą sytuację, niezależnie od tego, czy się ona komuś podoba, czy nie. Czy gdybym napisał, że lis zżera kure, a żaba muchę – byłoby to szczuciem lisa przeciwko żabie?

Trudno tu więc mówić o szczuciu, a jeżeli już nawet, to nie przez dziennikarza opisującego fakty, a przez kreatorów rzeczywistości, czyli parlament i rząd. I tam należy adresować swój niesmak, protestując przeciwko podejmowaniu kontrowersyjnych decyzji, prowadzących do dezintegracji naszego środowiska zawodowego. Czyli przeciwko szczuciu. A że szczucie to okazuje się skuteczne, dowodzi kolejny list Witolda M., jaki otrzymałem od niego po wysłaniu mu powyższego komentarza:

„Cieszę się, że brednie wypisywane przez Piotra Z. z Gdańska zostały od razu zauważone i zostaną skorygowane, szkoda tylko, że nie przed drukiem. Co do moich odczuć dotyczących pańskiego artykułu z czerwcowego numeru «GL», musi Pan wiedzieć, że problemem nie jest rozumienie przesłania, które niosła jego treść. Zapewniam, że każdy z nas pojął o co Panu chodzi. Natomiast wypowiedź Pana przeczytali również «Majstrowie». Większość z nich doskonale rozumie, że rezydenci nie są «winni» temu, iż zarabiają 1637 zł brutto. Jednak część nie potrafi wznieść się poza pewien pułap myślowy i mówi nam prosto w oczy, że to skandal, iż zarabiamy jako rezydenci mi-

REKLAMA

REKLAMA

nimalnie mniej lub niekiedy minimalnie więcej niż lekarz ze specjalizacją (I st.). Ich myśli nie potrafią pobiec w kierunku tego, że pensje w publicznych ZOZ-ach powinny być nazywane jałmużnami. Nie rozumieją, że nie powinni na nas krzywo patrzeć, tylko swoje pretensje kierować nie pod ten adres. Wszyscy powinniśmy się starać, aby nasze zarobki przypominały godziwą zapłatę! Stąd moje wrażenie (potwierdzone faktami!), że taki artykuł – merytorycznie prawdziwy i zgodny ze stanem faktycznym – może wywołać tarcie na styku «czeladnik» – «majster». Z tym, że oczywiście taka osoba dla mnie już żadnym majstrem nie jest.”

No i tu znów mógłbym sobie oszczędzić komentarza, gdyby nie to, że mój Korespondent porównał swoje zarobki rezydenckie tylko do zarobków specjalistów z I stopniem. Jest jednak jeszcze gorzej. Świadczy o tym mail, jaki otrzymałem z Lublina, który jest sam w sobie komentarzem do cytowanego wyżej listu, a dotyczy zarobków specjalistów z II stopniem:

„W «GL» nr 6/2005 Ryszard Kijak pisze o zarobkach podobno wyjątkowo niskich w Białymstoku czy Kolnie. Pracując w Samodzielnym Publicznym Szpitalu im. J. Bożego w Lublinie, po 20 latach pracy, lekarz z II stopniem specjalizacji i doktoratem ma brutto 1205 zł. Konia z rzędem temu, kto poda przykład większego braku troski o pracownika. Myślę, że to swoisty rekord. Poważaniem (imię i nazwisko do wiadomości redakcji).”

No i czym się w takim razie różni wynagrodzenie dwójkowicza z doktoratem i 20-letnim stażem pracy od wynagrodzenia sfrustrowanego młodego lekarza, który swój list skierował tym razem nie do „GL”, a do OZZL? Poczytajmy, co pisze ten ostatni.

„Przesyłam fotkę, którą zrobiłem po ostatniej wypłacie 980 zł (ze względu na niecenzuralną treść, fotki nie możemy zamieścić – przyp. red.). Jestem uczestnikiem zaplanowanego przeze mnie badania klinicznego z podwójnie głupią próbą o kryptonimie «Nie kradnij». Nie biorę i nigdy nie wziąłem żadnych pieniędzy od moich pacjentów, utrzymują mnie rodzice emeryci. Wyniki badania ogłoszę niebawem, ale prognoza jest następująca: nie będą złodziejem i pracując na jednym pełnym etacie lekarskim NIE MOGĘ ŻYĆ W POLSCE. Zanim jednak wyjadę, proszę o informacje o ogólnym programie Związku: jaką strategię przyjął – czekamy i płacemy – jak to robi większość, czy konkretnie walczymy, łącznie z wyjazdem do Warszawy i posiedzeniem troszkę przed ministerstwem, żeby pokazać ludziom rzeczywistość, o której nie mają pojęcia.

Mój pomysł to akcja LEKARZ ŻEBRAK dla mediów nielekarskich (narzekanie w «Gazecie Lekarskiej» i naszych biuletynach jest bez sensu, bo wszystko zamyka się w naszym gronie, a średni Polak wie jedno: biorą i skóry sprzedają i jakimi autami jeżdżą! Konieczne jest pokazanie, że nie można żyć z takich pensji. Że jesteśmy zmuszani do wielogodzinnej pracy, że na unijne przepisy o czasie pracy nasi pracodawcy już mają sposób, a my znów jesteśmy na niekończącym się dyżurze, że nie wszyscy kradniemy i sprzedajemy L4, skóry i zaświadczenia rentowe. Że wielu z nas najchętniej by się powiesiło, bo stoi przed nami wybór: kradniesz, harujesz, lub zdychasz. Konieczny jest krzyk, a nie pisma! Co o tym myślicie? Pozdrawiam. R.S.”

Trudno się z R.S. nie zgodzić. I trudno nie zrozumieć jego desperacji. Jednak opisywanie nędznej rzeczywistości i biadolenie nad nią nic nie da, tak samo zresztą jak i zamieszczanie artykułów na ten temat w hermetycznej z natury rzeczy prasie branżowej. A naciski samorządu lekarskiego, Ogólnopolskiego Związku Zawodowego Lekarzy, i innych organizacji medycznych, nie robią na politykach żadnego wrażenia.

Są wszakże sposoby, aby coś zmienić w tym zakresie, pod warunkiem jednak, że zastosowane one zostaną w sposób powszechny. Np. OZZL z chęcią ogłosi i zorganizuje kolejną ogólnopolską akcję protestacyjną. Pod warunkiem jednak znalezienia szerokiego i aktywnego poparcia dla takiej idei. Bo czym innym jest czcze kwękanie w dyżurce, a czym innym stawienie problemowi czoła z otwartą przyłbicą.

Innym pomysłem jest energiczne zachęcanie lekarzy do wyjazdu za granicę, a nawet pomaganie im w tym. Im więcej z nas wyjedzie, tym większy deficyt powstanie w Polsce. A wtedy muszą się pojawić bodźce materialne, motywujące fachowców do pozostania w kraju. Gdy się pojawiają, wówczas ci, co wyjechali, będą mieli po co tu wrócić.

Dlatego izby lekarskie, które nie są przecież agendami rządowymi, tylko reprezentantami interesów naszej korporacji, muszą chronić lekarski rynek pracy przed dywersantami z zewnątrz. Naszym interesem jest pogłębianie deficytu kadrowego. Izby nie mogą więc „na lewo i prawo” wydawać tanim obcokrajowcom zezwoleń na wykonywanie w Polsce zawodu lekarza, bo jest to wbrew interesom członków, płacących składki. Jeśli gdziekolwiek pojawiłaby się tendencja do zbytnej liberalizacji w tym zakresie, powinna zostać skwitowana przy najbliższych wyborach izbowych.

Istotnym elementem w tej walce „o

swoje” byłyby też stworzenie wreszcie skutecznego lobby, wpływającego na podejmowanie korzystnych dla naszego środowiska decyzji politycznych.

A może i – co najważniejsze – musimy stanowczo żądać zreformowania systemu ochrony zdrowia w kierunku ubezpieczeniowo-rynkowym, z uwzględnieniem współpłacenia pacjenta, bo tylko taki model stwarza szansę na wytworzenie pewnych rezerw finansowych, pozwalających na podwyżki wynagrodzeń.

W systemie budżetowym, jaki faktycznie obowiązuje obecnie lub w paradyżetowym (proponowanym przez PiS), nigdy z żadnych rezerw nie skorzystamy. Wybijmy to sobie z głowy, i to raz na zawsze. Bo nawet gdyby w budżecie pojawiły się cudem jakieś wolne środki, to sprzątną je nam sprzed nosa kolejarze, stoczniowcy, energetycy czy górnicy. Oni mają argumenty, których my nie mamy. Wśród naszych argumentów nie ma bowiem niestety kamieni, śrub i stylisk kilofów. A szkoda, bo tylko takie narzędzia są skuteczne, co udowodniła w końcu lipca zadyma górników pod Sejmem RP.

A nam nikt sam z siebie nic nie da. Albo wywalczymy coś sami, albo dalej będziemy pozwalać na cyniczne wykorzystywanie z powodu szanowanej przez większość z nas etyki oraz pod pretekstem pełnienia przez nas misji i powołania.





Honoris causa dla polskiego chirurga

Prof. dr hab. n. med. Waldemar L. Olszewski z Instytutu Medycyny Doświadczalnej i Klinicznej PAN w Warszawie otrzymał tytuł doktora honoris causa Uniwersytetu w Genui. Uroczystość nadania tytułu odbyła się 19 lipca br.

foto: Marek Stankiewicz

Prof. Olszewski jest znanym w świecie medycznym chirurgiem, od 40 lat zajmującym się, poza chirurgią ogólną, naczyniową i transplantologią, badaniem funkcji układu limfatycznego w organizmie człowieka. Efekty jego prekursorskiej pracy pozwoliły dostrzec ogromną rolę tego układu, do niedawna niezbyt docenianą.

Według jego koncepcji, opartej na wynikach własnych badań potwierdzonych w innych ośrodkach, układ limfatyczny nie tylko zapobiega penetracji ustroju przez mikroorganizmy i w pewnym stopniu ogranicza wzrost nowotworów, ale także uczestniczy w procesie naprawy struktur własnych tkanek i zapobiega uczulaniu na własne antygeny uwalniane, np. z uszkodzonej mechanicznie tkanki. W ośrodku kierowanym przez prof. Olszewskiego zostały zapoczątkowane i są prowadzone pionierskie badania nad komórkami i białkami odpornościowymi limfy ze zmienionych zapalnie lub uszkodzonych mechanicznie tkanek. Współpracuje on m.in. z Narodowym Instytutem Zdrowia w Bethesda (USA), National Lymphedema Network w USA, Indyjską Narodową Akademią Nauk w Delhi, Uniwersytetem Polokwane w Republice Południowej Afryki.

Genueńska uczelnia od XVIII w. jest światowym centrum badań nad układem limfatycznym. Tytuł nadany przez jej Senat jest tym cenniejszy dla prof. Olszewskiego.

Prof. Waldemar Lech Olszewski studiował na Akademii Medycznej w Warszawie, którą ukończył w 1954 r. Specjalizację zrobił z chirurgii, następnie zajął się transplantologią i chirurgią naczyń układu limfatycznego. Stopień doktorski zdobył w 1962 r., habilitował się w 1968 r. Tytuł profesora otrzymał w 1978 r. Pierwszym miejscem jego pracy był Szpital Praski, później pracował w szpitalu klinicznym Akademii Medycznej, następnie w szpitalu MSWiA przy Wołoskiej. Równolegle pracował w placówce PAN, która pozwalała na prowadzenie badań naukowych. Obecnie jest kierownikiem zespołu w Zakładzie Transplantologii Instytutu Medycyny Doświadczalnej i Klinicznej PAN w Warszawie. W przeszłości pracował m.in. w Royal Postgraduate Medical School w Londynie, Harvard Medical School – Peter Bent Brigham Hospital w Bostonie i Norwegian Radium Hospital w Oslo.

Już w pierwszych latach pracy prof. Olszewski zafascynował się układem limfatycznym. Po 4 latach studiów nad nim zaprojektował i wykonał pierwsze w świecie zespolenie limfatyczno-żylne w zastojach limfatycznych. Stał się tym samym prekursorem mikrochirurgii naczyń limfatycznych. Zastój płynu tkankowego i limfy rozpoczyna proces niszczenia układu chłonnego, staje się przyczyną tzw. obrzęku limfatycznego, np. w kończynie.

Po latach badań jest już oczywiste, że układ chłonny bierze udział we wszyst-

kich procesach zachodzących w organizmie, także chorobowych. Dzięki rozwojowi technik chirurgicznych służących nanomedycynie można wejść w głąb tkanki, pobrać mikrokroplę płynu tkankowego i limfy i oznaczyć w niej 1500 białek, tym samym badać, co się dzieje w przestrzeni międzykomórkowej – początkowej części układu limfatycznego. Obecnie najdalej posunięta jest diagnostyka układu limfatycznego w kończynie, ale rozwija się także w chorobach jelit, wątroby, płuc.

Efekty pracy profesora zostały w latach osiemdziesiątych dostrzeżone przez WHO, która umożliwiła mu prowadzenie licznych badań porównawczych w Indiach, Japonii, Chinach, ostatnio w Republice Południowej Afryki. Zdaniem prof. Olszewskiego procesy chorobowe u ludzi żyjących w różnych warunkach, w innym środowisku ekologicznym przebiegają zupełnie inaczej. Profesor badał przede wszystkim choroby kończyn dolnych.

– Zmianami patologicznymi w kończynach zajmuje się wiele specjalności: ortopedia, neurologia, dermatologia, podologia, chirurgia naczyniowa, chirurgia ogólna – mówi prof. Olszewski. – Te poszczególne specjalności nie uwzględniają wiedzy innych, brak jest porozumienia. Pojawia się konieczność stworzenia nowej specjalizacji – nauki o chorobach kończyn, jestem jej promotorem. Liczba cierpiących na dolegliwości kończyn rośnie. Choroby te to: obrzęki zapalne, pourazowe, pochirurgiczne, związane z niewydolnością żylną, niewydolnością limfatyczną, po zakażeniach skóry. Tylko w Polsce jest ponad 100 tys. osób cierpiących na te schorzenia. Docenienie wagi tego problemu jest ograniczone, zwłaszcza u nas.

Obecnie leczymy raczej powikłania niż wczesne zmiany. A przecież ważne jest rozpoznanie etiologii tych chorób. Obrzęk jest objawem, a jego przyczyny szukamy w układzie limfatycznym. Badanie układu limfatycznego przy użyciu współczesnej aparatury daje ogromne możliwości diagnostyczne. W jednej kropli płynu można

Nominacje profesorskie dla przedstawicieli nauk medycznych

28 czerwca 2005 r. prezydent RP Aleksander Kwaśniewski wręczył nominacje profesorskie 12 przedstawicielom środowiska medycznego. Otrzymali je dr hab.: **Zbigniew Bartuzi** – Uniwersytet Mikołaja Kopernika w Toruniu, **Andrzej Bogusław Ciechanowicz** – Pomorska AM w Szczecinie, **Bogusław Frańczuk** – Akademia Świętokrzyska w Kielcach, **Marian Błażej Grzymisławski** – AM w Poznaniu, **Marek Romuald Hartleb** – Śląska AM w Katowicach, **Barbara Maria Iwańczak** – AM we Wrocławiu, **Krzysztof Jonderko** – Śląska AM w Katowicach, **Andrzej Kierzek** – AM we Wrocławiu, **Romuald Stanisław Maleszka** – Pomorska AM w Szczecinie, **Michał Jacek Matysiak** – AM w Warszawie, **Grażyna Odrowąż-Sypniewska** – Uniwersytet Mikołaja Kopernika w Toruniu, **Krystyna Irena Ossowska** – Instytut Farmakologii PAN w Krakowie, **Zofia Szczerkowska** – AM w Gdańsku. (IR)

określić typy komórek odpornościowych, rodzaj wytwarzanych białek. Wkrótce będziemy mogli z pobranego z przestrzeni międzykomórkowej płynu poznać przyczyny choroby.

Prof. Olszewski jest autorem licznych prac, większość z nich opublikował w zagranicznych czasopismach naukowych. Jest laureatem nagród: International Society of Lymphology (1973), Purkinje Society (1979), PAN (1981, 1985), Polskiego Towarzystwa Transplantologicznego (1989), Ministra Zdrowia (2004), im. J. Śniadeckiego, PAN (2004). Był prezydentem European Society for Surgical Research, Polskiego Towarzystwa Immunologii, International Society of Lymphology. Jest członkiem honorowym licznych towarzystw naukowych, m.in.: Towarzystwa Chirurgów Polskich, Japanese Surgical Society, Italian Angiological Society, Indian Medical Research Society, Korean Medical Society, Brazilian Phlebolympological Society i in.

Żona prof. Olszewskiego jest lekarzem w Akademii Medycznej. Dorosła córka mieszka w Wiedniu i ma dwoje dzieci. Pozazawodowe zainteresowanie Profesora, zrodzone w trakcie licznych wyjazdów zagranicznych, to badanie pochodzenia i porównywanie języków.

mkr

Solidarni z ofiarami terroru



Po lipcowym, bestialskim ataku muzułmańskich terrorystów w Londynie, w którym zginęły 62 osoby, w tym trzy nasze rodaczki, mieszkańcy stolicy składali kwiaty i zapalali znicze przed Ambasadą Brytyjską. Nie zabrakło też dowodów solidarności od warszawskich lekarzy.

Myśli numerowane fakty kontrolowane



Krystyna Knypl

Gospodarka lekowa to zbiór mitów prasowych, sztucznie wzbudzanych emocji oraz nerwowych decyzji w rytmie krok do przodu, dwa do tyłu.

foto: Marek Stankiewicz

Temat jest równie stary jak ubezpieczenia społeczne. W „Biuletynie Kas Chorych” z 1927 r. doradzano lekarzom: „(...) jest rzeczą zupełnie zbyteczną i nauką lekarską nieuzasadnioną zapisywanie w każdym przypadku zachorowania recepty (...)”. Podobno historia lubi się powtarzać.

Dokumenty przede wszystkim

W końcu 2004 r. złożyliśmy do mazowieckiego oddziału NFZ dokumenty w celu podpisania nowej umowy na wystawianie recept refundowanych. Mimo że zapowiadane jest wyłącznie elektroniczne nadzorowanie systemu, musieliśmy dostarczyć odnowioną kolekcję świadectw zawodowych, bo nadal „ważne co bumażne” (ważne to, co na papierze – ros.). Od czasu do czasu podpytywałam znajomych z NFZ, co się dzieje z receptami. Padały odpowiedzi sprowadzające się do stwierdzenia „spij spokojnie”. Nie popadałam w bezsenność.

Pod koniec maja 2005 r. spora grupa lekarzy otrzymała korespondencję powiadamiającą, że nie złożyli kompletu właściwych dokumentów. Po uzupełnieniu niedoborów i kilkugodzinnym oczekiwaniu w kolejce można było odebrać nową umowę oraz PIN i hasło dostępu do systemu drukowania recept z Internetu.

Internetem pod górkę

Skoro recepty będą dostępne tylko przez Internet, dlaczego nie można było przesłać stosownego zamówienia i dokumentów tą drogą? Poczytałam strony NFZ i powiało wielkim światem: od 16 maja można zgłaszać się drogą elektroniczną. Imię, nazwisko, PESEL... Wypełniałam rubryki z entuzjazmem i bez

pomyłek. Sprawa zacięła się przy wyborze miejsca zamieszkania. Na liście do wyboru pierwsze pojawiło się hasło „Abisynia” – odpada. Nie mieszkam, nie wybieram się, ale krzepiąco podziała na mnie świadomość, że koledzy zamieszkujący ten kraj i praktykujący w systemie umowy z NFZ na recepty refundowane nie zostali pominięci. Parę kliknięć i odnalazłam Warszawę. Jeszcze kilka rubryk i pojawiła się odsłona napawająca nadzieją, że wszystko da się załatwić *on line*: *potwierdzenie do systemu rejestracji SNRL*.

Radość trwała krótko, następny bowiem komunikat nakazywał wydrukować dokument, ostemplować pieczętką lekarską i dostarczyć go do stosownego oddziału NFZ. Trzeba się więc ruszyć od komputera. Ale które zgłoszenie jest ważniejsze? Jeżeli wszystko będzie odbywało się drogą elektroniczną, to może powinnam jednak wypełnić rubryki *on line*? A może nie trzeba? A co ma zrobić ktoś, kto nie posługuje się Internetem? Na razie nie jest to przecież ustawowo obowiązujący element wykształcenia lekarskiego. Choć sama kocham Internet namiętnie, szanuję odrębność uczuć wielu moich kolegów wybierających jako środek komunikacji telefon, list lub bezpośrednią wizytę.

Spotkanie z płatnikiem

Nieumówione wcześniej spotkanie dobrze jest zapowiedzieć telefonicznie. Postanowiłam tak zrobić. Pierwszy dzień czerwca, choć powszechnie uważany za dzień dziecka, dla mnie okazał się dniem dziecięcej naiwności. Od dziewiątej rano do prawie dwunastej próbowałam się dodzwonić do oddziału mazowieckiego NFZ. Kombinacja sygnału zajętości i pozostającego bez od-

zewu sygnału dzwonięcia była jedyną dostępną formą dźwiękowego kontaktu z płatnikiem i nadzorcą moich refundowanych ordynacji. Tego dnia na tym się skończyło, bo pacjenci czekali.

Najbliższego wolnego dnia pogałam do urzędu wydającego umowy na recepty refundowane. Koleżanka, która odebrała już swoją umowę, straszyla kilkugodzinnym oczekiwaniem. Rzeczywistość okazała się zaskakująco przyjazna. Z korytarzowych wieści wynikało, że notatka zamieszczona w stołecznej prasie skutecznie ożywiła proces wydawania umów. Ledwie usiadłam pod gabinetem i zdążyłam wymienić kilka wspomnień oraz wysłuchać zwierzeń o potrzebie opanowania Internetu, a już miły pracownik NFZ wydał mi stosowne dokumenty.

Specjalizacja: mały drukarz

Uważając się za osobę obytą z Internetem z entuzjazmem podjęłam próbę samodzielnego drukowania recept. Uznałam bowiem, że skoro wariant przewidujący zamawianie recept w drukarni nie był w moim budżecie planowany, to nie ma powodu tego zmieniać. Po około godzinie zmagania i konsultacji telefonicznych z biegłym w technice współmałżonkiem stałam się posiadaczką należytą porcji numerowanych recept, uzyskanych w wyniku jednorazowego dostępu do konta.

Moje pierwsze dzieło wykonane w ramach specjalizacji „mały drukarz” ma dwudziestocyfrowe numery (ale nie kolejne, lecz intrygująco losowe) oraz indywidualny kod kreskowy. Zdecydowałam się na wydrukowanie recept „z ekranu”, do czego potrzebowałam 30 czystych kartek. Porcja z jednorazowego dostępu to 90 recept.

Zanim zostałam producentką recept, musiałam kliknąć na regulamin i potwierdzić, że nie będę się domagała refundacji nabycia komputera, jego oprogramowania, drukarki, dostępu do Internetu, papieru i toneru.

Proste pytania, trudne odpowiedzi

Internet nie jest ulubionym medium wielu kolegów, zwłaszcza ze średniego i starszego pokolenia. Pytają, co mają począć. Doradzam pokochanie tego, co nieuniknione. Osobiście uważam, że człowiek jest istotą doskonałą dopiero wtedy, gdy zostanie połączony z komputerem, a ten z siecią, więc warto choćby z tego względu dążyć do doskonałości. Pozostaje pytaniem otwartym, co lekarz powinien umieć wykonywać manualnie i pojmować intelektualnie.

Jeżeli ktoś jest dobrym chirurgiem, to czy z równą biegłością powinien śmigać po Internecie? Czy jego zręczne palce powinny z tą samą sprawnością naciskać klawisze komputerowej klawiatury, czy może powinien być wolny od przyuczania się do klikania po ciężkim dniu wykonanymi operacjami?

Czy można czuć się zwolnionym z opanowania specjalności „mały drukarz”, jeżeli jest się wybitnym lekarzem? Czy można powierzać poufne informacje – PIN i hasło – osobom postronnym, które zajmą się komercyjnym drukowaniem recept?

Czy lekarze powierzający drukowanie recept będą informowani o sposobie zabezpieczeń w miejscu wykonania usługi? Czy rekomendowane punkty mają należyte zabezpieczenia swoich systemów? Czy ich strony internetowe zdobą znak kłódki oznaczający bezpieczne kontakty w sieci? Nic nie wiadomo w tej kwestii.

Prasa codzienna doniosła, że koszt refundacji leków w bieżącym roku wzrośnie o 80 mln zł. Zaintrygowała mnie ta dokładna wiedza. Ja jeszcze nie wiem co zaordynuję moim pacjentom i kto się do mnie zgłosi, a prasa codzienna ma już nie dość że prorocze, to jeszcze precyzyjne dane. A może te 80 mln zł to koszt wdrożenia systemu recept numerowanych?

Trochę igrzysk, trochę chleba

Znaną formą odwrócenia uwagi od swoich decyzji i zachowań jest głośne zawołanie: „Ludziska, patrzcie i dziwuj-

cie się jak on (ona) brzydko się zachowuje!” Oto wersja internetowa pisma dla lekarzy donosi, że na stronach jednego z oddziałów NFZ każdy lekarz będzie mógł sprawdzić, ile kosztują jego ordynacje i dokonać porównania z kosztami generowanymi przez innych kolegów. Między wierszami snuje się sugestia, że cnotą ma być leczenie za pół ceny. Rozsierzeni forumowicze obiecują założyć konkurencyjną stronę internetową, gdzie każdy będzie mógł sprawdzić, jakie koszty generują urzędnicy NFZ.

Zawsze można spojrzeć na świat okiem optymisty – mamy jeszcze wolność myślenia o leczeniu, jakie mogliśmy zastosować, jakie stosowaliśmy i jakiego nie zastosujemy... A może by tak wprowadzić myśli numerowane? Orwell zaciera ręce, a gra toczy się dalej. Skoro bramki są dwie, a piłka jest okrągła, jak stwierdził swego czasu słynny trener, to bez goli się nie obejdzie. Nie wykluczone, że już opracowano system rzutów karnych. Ktoś musi być wygrany i pochwalony za zwycięstwo. Remisy nie dają satysfakcji, wie to każdy organizator igrzysk. *Ave NFZ, doctores te salutant!*

krystyna.knypl@compi.net.pl

LXX-lecie

Katarzyna Strzałkowska

Kiedy odbywały się pierwsze wybory do Śląskiej Izby Lekarskiej – 5 maja 1935 r. w całym ówczesnym województwie śląskim pracowało pół tysiąca lekarzy. Dziś, po siedemdziesięciu latach Śląska Izba reprezentuje prawie piętnaście tysięcy lekarzy i jest jedną z najliczniejszych w Polsce.

Rok 1935 przyniósł oczekiwaną nie tylko przez samorząd lekarski, ale również przez parlamentarzystów – izbę lekarską na Śląsku, bez której, jak pisali posłowie do Wojewody Śląskiego „zapanowały nienormalne stosunki wśród lekarzy, brakowało czynnika posiadającego egzekutywę, któryby normował wszystkie zadania, cele i sposoby wykonywania zawodu lekarskiego”.

Przewodniczącym Zarządu Izby został wówczas **Ignacy Nowak**. Wojna przerwała działalność izbą, w 1945 r. kierownictwo samorządowe przejął Kornel Michejda, następnie powstałej po wojnie Śląsko-Dąbrowskiej Izbie Lekarskiej przewodniczył Edward Hanke, rok po nim Kazimierz Golonka. Już wtedy Izba gromadziła nieruchomości z przeznaczeniem na własną siedzibę. Niestety w rozpoczętym w 1951 r. procesie likwidacyjnym cały majątek Izby został jej odebrany i przekazany państwu.

Od momentu likwidacji Izby, podobnie jak w innych częściach kraju, nasze środowisko lekarskie walczyło o jej reaktywację. Przyszła w 1989 r. stawiając przed działaczami utworzonej Okręgowej Izby Lekarskiej w Katowicach cel

nadrzędny: zorganizowanie sprawnej struktury. Postanowiono, że Śląska Izba Lekarska będzie działała poprzez delegatury terenowe; utworzono ich 26.

Okręgowa Rada Lekarska, pod przewodnictwem **Zygfryda Wawrzynka**, powołała 15 komisji problemowych, za decyzją Prezydium i Rady będą odbywały się w środy, utworzyła spółkę mającą na celu zarządzanie istniejącym już obiektem Domu Lekarza. Ówczesna siedziba znajdowała się przy ulicy Pocztovej, gdzie urzędowały: Biuro Śląskiej Izby Lekarskiej, Okręgowy Sąd Lekarski – pod przewodnictwem **prof. Władysława Nasilowskiego**, okręgowy rzecznik odpowiedzialności zawodowej – **prof. Tomira Naumayer-Sawaryn**. O działalności wszystkich organów Izby informował utworzony w pierwszej kadencji biuletyn „Medicus”, który znacząco rozwinął się w kolejnej kadencji, przyjmując nazwę „Pro Medico”.

Część drugiej kadencji upłynęła pod hasłem ogólnopolskiego protestu śro-



Kazimierz Golonka



Ignacy Nowak



Edward Hanke

dowiska lekarskiego, do którego Śląska Izba Lekarska przystąpiła ze szczególnym zaangażowaniem. Przewodniczącym akcji protestacyjnej został przewodniczący Okręgowej Rady Lekarskiej Wojciech Marquardt, wówczas przewodniczącym Sądu Lekarskiego był prof. Stanisław Nowak, natomiast okręgowym rzecznikiem odpowiedzialności zawodowej prof. Naumayer-Sawaryn, a po jej śmierci Stefan Kopocz.

Wtedy też, w 1995 r. Śląska Izba wykupiła na własność obiekt i grunt Domu Lekarza (powierzchnia obiektu wynosi ponad 2,6 tys.m²), udostępniła w nim pomieszczenia i zaczęła partycypować w kosztach utrzymania katowickiej filii Głównej Biblioteki Lekarskiej.

Trzecia kadencja, gdzie Radzie przewodniczył Wojciech Marquardt, Sądowi Lekarskiemu prof. Władysław Nasilowski, a rzecznikiem był Mieczysław Dziedzic – zbiegła się w czasie z podziałem terytorialnym kraju. Okręgowa Izba Lekarska przyjęła nazwę Śląskiej Izby Lekarskiej.

Kolejna reforma systemu ochrony zdrowia wymogła wiele czasochłonnych prac związanych z opiniowaniem aktów prawnych. Rozpoczęła też organizację konferencji i szkoleń przeprowadzanych w Domu Lekarza, dotyczących praw lekarza i pacjenta, powinności finansowych, dyżurów, zasad kontraktowania, restrukturyzacji ZOZ-ów, informatyki i innych. Szkolenia kontynuowano w obecnej, czwartej kadencji – odbyły się szkolenia z zakresu prawa, niepełnosprawności, współpracy lekarzy z mediami, a także kursy specjalistyczne



oraz zajęcia z języków obcych. W czwartej kadencji Radzie przewodniczy Maciej Hamankiewicz, Sądowi – prof. Władysław Nasilowski, rzecznikiem jest Stefan Kopocz.

W celu zapewnienia lekarzom szkolącym się w stolicy tanich miejsc noclegowych zakupiono pomieszczenia w Warszawie, które udostępniono już na początku 2005 r. Pierwszeństwo mają oczywiście lekarze ze Śląskiej Izby Lekarskiej, jednakże w ramach współpracy z innymi izbami – mogą z niego korzystać lekarze z całej Polski.

Z myślą o lekarzach emerytach i rencistach, dla których Śląska Izba cyklicznie organizuje wycieczki oraz spotkania okolicznościowe, w czwartej kadencji podjęto decyzję o zakupie nieruchomości przeznaczonych na Dom Lekarza Seniora.



wieranych przez lekarzy ubezpieczeniach.

Najwięcej pracy działającej w Śląskiej Izbie Lekarskiej poświęcają zadaniom statutowym, opinowaniu projektów ustaw i rozporządzeń, sprawom grup lekarzy oraz w sprawach indywidualnych wymagających niejednokrotnie negocjacji z władzami samorządowymi województwa czy przedstawicielami Narodowego Funduszu Zdrowia. Głos Śląskiej Izby coraz częściej słychać w mediach.

W czwartej kadencji w celu występowania „jednym głosem” na forum krajowym utworzono porozumienie trzech izb: Beskidzkiej, Częstochowskiej i Śląskiej.

Spełniając oczekiwania sporej grupy lekarzy zainteresowanych życiem kulturalnym Izba współuczestniczy od lat w organizacji festiwalu „Ave Maria”, koncertów „Sinfonii Varsovi” i innych przedsięwzięciach kulturalnych. Przy Izbie ukonstytuował się Zespół Muzykujących Lekarzy, który wystąpił m.in. na zorganizowanym przez Śląską Izbę w 2004 r. V Światowym Kongresie Polonii Medycznej. Ponadto Izba promuje lekarzy piszących, malujących, fotografujących. W 2003 r. Izba zorganizowała konkurs „Zapiski lekarza”, na który napłynęło prawie sto prac lekarzy z całej Polski. Najlepsze prace zostały wydane w odrębnej publikacji. Obecnie przygotowana jest publikacja podsumowująca 70 lat istnienia samorządu lekarskiego na Śląsku.

W 2001 r. Śląska Izba ustanowiła swoją odznakę „Pro Medico”, która jest przyznawana najbardziej zasłużonym dla środowiska lekarskiego.

Od początku istnienia Izby jednym z celów była szeroko rozumiana pomoc socjalna dla potrzebujących lekarzy. Lekarzom udzielane są zapomogi losowe, przyznawane są stypendia dla dzieci zmarłych lekarzy. Stworzono też lekarzom możliwość zaciągnięcia w Izbie pożyczki niskoprocentowanej oraz pożyczki na kształcenie. Od niedawna funkcjonuje przy Śląskiej Izbie Spółdzielnica Kasa Zapomogowo-Pożyczkowa.

Od lat Izba zajmuje się pośrednictwem w za-



W 2005 r. Śląska Izba Lekarska otrzymała „Odznakę Honorową za Zasługi dla Województwa Śląskiego” – nagrodę przyznaną jednostkom, które swoją działalnością na terenie województwa śląskiego przyczyniły się do gospodarczego, kulturalnego i społecznego rozwoju regionu.

• **Gaszenie pożaru kubeczkami wody.** „Ustawa o restrukturyzacji ZOZ-ów przynosi efekty” – twierdzi minister zdrowia Marek Balicki. Już ponad 300 publicznych ZOZ-ów złożyło wnioski o dotacje z budżetu państwa. Oznacza to, że jeden taki ZOZ otrzyma średnio przynajmniej 700-800 tys. zł – wyjaśnia minister zdrowia. A my proponujemy konkurs: na co zadłużony często na wiele milionów ZOZ wyda w pierwszej kolejności otrzymane 700 tys. zł? • **„NFZ zabija pacjentów”.** – twierdzi Krzysztof Demidowicz, dyrektor Szpitala Uniwersyteckiego w Bydgoszczy, który już zawiadomił o tym fakcie prokuraturę. „To, co wyprawia NFZ, to planowa eutanazja chorych” – dodaje i przedstawia prosty rachunek: z potrzebnych na leczenie immunosupresyjne u chorych po przeszczepach 6,3 mln zł jego placówka otrzymała z NFZ... 1,7 mln zł. A chorzy nie mogą czekać na „bilansowanie kwartałami”. • **Jeszcze nie rzeźka, ale silny strumyk...** Wnioski o wydanie zaświadczeń dot. kwalifikacji zawodowych (niezbędne do podjęcia pracy w innych krajach UE) złożyło już w izbach lekarskich ponad 3400 polskich lekarzy. • **„U nas nie szanuje się wiedzy”** – mówi 43-letni gastrolog z woj. lubuskiego, który od października rozpoczyna pracę w Niemczech. „System jest dziurawy, na wszystko brakuje pieniędzy, a pacjenci mają oczekiwania na poziomie Unii Europejskiej”

dokończenie na str. 28

Czy w specjalistycznym szpitalu nie obowiązuje?

Limit świadczeń

Relacje prasowe z procesów, które toczył Samodzielny Zespół Publicznych Zakładów Opieki Zdrowotnej im. prof. Jana Bogdanowicza w Warszawie, znany jako szpital dziecięcy przy ul. Niekleńskiej, z Mazowiecką Kasą Chorych, a potem Narodowym Funduszem Zdrowia, sposób referowania spraw i zapadłych wyroków sugerują, że w specjalistycznym szpitalu nie obowiązuje limit świadczeń ratujących życie i zdrowie, a NFZ nie może ograniczać ich liczby.

Wprzełożeniu na język ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych i umów zawieranych przez NFZ oznaczałoby to, że każda umowa z zakładem opieki zdrowotnej tak naprawdę nie określa ściśle ani ilości świadczeń, ani kwot, które przeznaczają się na ich sfinansowanie, w praktyce bowiem ZOZ będzie mógł wykroczyć poza postanowienia umowy.

Tymczasem wspomniana ustawa (art. 132, 136) nakazuje NFZ zawieranie umów, w których określi się zakres udzielanych świadczeń i kwotę zobowiązań Funduszu oraz wymaga zrównoważenia wpływów i wydatków NFZ (art. 118 ust. 4

i art. 123 ust. 1).

Z drugiej strony jest oczywiste, co potwierdza ustawa o zakładach opieki zdrowotnej, że udzielanie świadczeń zdrowotnych ratujących zdrowie, a przede wszystkim życie, jest obowiązkiem każdego ZOZ-u i żadne okoliczności nie usprawiedliwią ich nieudzielenia, niezależnie od tego czy pacjent jest ubezpieczony, czy też nie.

Sytuacja jest prostsza, acz niezbyt komfortowa dla szpitali, w przypadku osób nie posiadających ubezpieczenia. W zbyt wielu przypadkach obowiązek udzielenia świadczenia ratującego życie lub zdrowie nie idzie w parze z jego sfinansowaniem. Ustawodawca nałożył wprawdzie na ZOZ-y obowiązek udzielania świadczeń ratujących życie lub zdrowie, jednakże zaniedbał wskazać, kto za nie zapłaci.

Finansowanie udzielania takich świadczeń ubezpieczonym wydaje się prostsze. Powinno się ono odbywać w ramach umów zawartych przez ZOZ z NFZ. Sytuacja komplikuje się dopiero po wyczerpaniu przez ZOZ limitu świadczeń wynikających z umowy.

Ubezpieczonemu służy prawo, a ZOZ ma obowiązek udzielenia świadczenia ratującego życie lub zdrowie poza umownym limitem. Czy jednak NFZ obowiązany jest za nie w każdej sytuacji zapłacić? Według warszawskiego Sądu Okręgowego orzekającego w I instancji – tak. Zdaniem tego sądu, skoro szpital wykonał świadczenia, za które domaga się wynagrodzenia, a były one uzasadnione względami medycznymi i NFZ nie zakwestionował ich zasadności, to należy te wynagrodzenia zasądzić, stosując art. 752 i następnego Kodeksu cywilnego, które dotyczą tzw. prowadzenia cudzych spraw bez zlecenia.

Apelację wniesioną przez NFZ od wyroku Sądu Okręgowego Sąd Apelacyjny oddalił wywodząc, że:

- świadczenia spełniono wobec osób do nich uprawnionych, których merytorycznej zasadności nigdy nie kwestionowano,
- pozwany nie podjął stanowczych działań wskazujących, że zgłoszone przez powoda dodatkowo wykonane zabiegi nie zostaną uwzględnione przy realizacji zawartych umów,
- wszystkie zabiegi medyczne dotyczą obszaru procedur ratujących zdrowie i życie, które nie mogły być zrealizowane przez inne podmioty,
- trudna sytuacja finansowa pozwanego nie może zwolnić pozwanego, w tym przypadku Skarbu Państwa, od spełnienia obowiązków wynikających z przepisów prawa, jak tym bardziej z obowiązków przyjętych na podstawie umowy...

Kasacja do Sądu Najwyższego została oddalona, przy czym w ustnym - znanym z relacji w „Gazecie Prawnej” – uzasadnieniu sąd miał stwierdzić m. in., że NFZ nie może limitować świadczeń ratujących życie, a te z pewnością miały miejsce.

Lektura wyroków Sądów Okręgowo-

wego i Apelacyjnego nie napawa optymizmem, gdyby zainteresowani: NFZ i szpitale, chcieli w oparciu o ich treść kształtować na przyszłość swoje stosunki.

Przede wszystkim Sąd Apelacyjny nie odniósł się do kwestionowanej przez NFZ podstawy prawnej rozstrzygnięcia Sądu Okręgowego, art. 752 i nast. k.c.

A problemem tym należałoby się zająć choćby dlatego, że w okresie, w którym toczył się proces, Sąd Apelacyjny w Krakowie (sygn. sprawy I ACa 614/04, wyrok z dnia 10 czerwca 2004 r.) stwierdził, że przepisy Kodeksu cywilnego o prowadzeniu cudzych spraw bez zlecenia mają zastosowanie tylko wtedy, gdy łączący strony stosunek prawny nie jest uregulowany w łączącej je umowie lub w odrębnych przepisach.

Zatem gdyby proces toczył się przed sądem krakowskim, NFZ miałyby zupełnie inne szanse.

Jednakże takie rozbieżności w orzekaniu nie pozwalają przewidzieć jak przyszły spór o zapłatę za świadczenia „ponadlimitowe” może się zakończyć.

Istotną podstawą niekorzystnych dla NFZ wyroków Sądu Okręgowego, jak i Apelacyjnego, było uznanie, że nadwykonania dotyczyły świadczeń ratujących zdrowie i życie.

Gdyby w trakcie postępowania sądowego udowodniono, że tak było w istocie, uzasadnienie wyroku w tej części budziłoby mniejsze wątpliwości. Tymczasem w obydwu wyrokach nie ma ani słowa o przeprowadzeniu w tej materii postępowania dowodowego, zwłaszcza poprzez ogląd dokumentacji medycznej, dotyczącej poszczególnych przypadków, za które przyszło NFZ zapłacić.

Wynika z tego, że sądy przyjęły, iż chodziło o świadczenia ratujące życie i zdrowie bez jakichkolwiek dowodów. Niemniej uznanie, że w przyszłości

można będzie w każdej sprawie o nadwykonania uzyskać korzystny wyrok bez oparcia o dowody, wydaje się bardzo ryzykowne.

Na tę część uzasadnienia wyroku, w której jako pozwanego wskazuje się Skarb Państwa, opuścmy zasłonę miłosierdzia, podobnie jak na zarzuty o niekwestionowaniu przez NFZ zasadności udzielenia świadczeń, jak gdyby leczenie można było podejmować bez uzasadnienia.

Konkludując trzeba powiedzieć, że dotychczasowe wyroki sądów w sprawach o nadwykonania nie dają podstaw do przewidzenia, czego w przyszłości, w razie podobnych sporów, mogą się spodziewać ich strony - szpitale i Narodowy Fundusz Zdrowia.

Jak się wydaje, raczej trudno będzie uzyskiwać poparcie dla tezy, że nadwykonania stanowią prowadzenie cudzych spraw bez zlecenia.

Natomiast udowodnione przypadki udzielania świadczeń koniecznych ze względu na zagrożenie życia lub zdrowia ubezpieczonych mogą dawać podstawę do skutecznego ubiegania się o ich sfinansowanie, w tym przed sądami, mimo że nie zostały objęte umową.

Jednakże powinno się wtedy wykazać, że zawierając umowę szpital i NFZ przewidziały liczbę możliwych do udzielenia świadczeń planowanych, zachowując pewną rezerwę na sytuacje nagłe, wymagające udzielenia pomocy natychmiast, a „nadwyżka” świadczeń ratujących życie lub zdrowie wyniknęła na skutek wystąpienia okoliczności nie do przewidzenia, a nie np. w związku z celowym zwiększeniem przez szpital liczby zabiegów planowanych.

Dr Paragraf



foto. Marek Stankiewicz

Trapią nas trzy groźne schorzenia: niski i niestabilny rozwój gospodarczy, niedoinwestowana edukacja i nauka oraz wciąż biedna i źle funkcjonująca służba zdrowia. Bez skutecznego ich leczenia nie wyjdziemy z biedy, nie dogonimy zamożnej Europy – przekonywał prof. Zbigniew Religa na spotkaniu z Prezydium NRL.

- komentuje wyjazdy polskich lekarzy Mariusz Witczak, szef zielonogórskiej izby lekarskiej. • **Polak potrafi.** Parlament Europejski chce, aby obywatele Unii pracowali maksymalnie 48 godzin tygodniowo (łącznie z dyżurami), czyli 192 godziny miesięcznie. „A ja pracuję łącznie z dyżurami... 370 godzin miesięcznie - śmieje się tymczasem dr Tomasz Łopaciuk, ortopeda z Żukowa. • **Takie imię zobowiązuje.** Watykan odmówił Szpitalowi Wojewódzkiemu z Poznania zgody na nadanie imienia Papieża Jana Pawła II. „Żaden szpital nie może zagwarantować, że będzie działać zgodnie z nauką Kościoła w dziedzinie ochrony życia ludzkiego” - czytamy w komunikacie przekazanym za pośrednictwem Archidiecezji Poznańskiej. • **Profesorowie Samoobrony.** Kierownik Kliniki Chorób Wewnętrznych Instytutu Hematologii i Transfuzjologii w Warszawie prof. Lech Konopka szefem komitetu wyborczego kandydata Samoobrony na prezydenta Andrzeja Leppera. Wcześniej lider Samoobrony zrezygnował ze współpracy z prof. Stanisławem Pasykiem, byłym dyrektorem Wojewódzkiego Ośrodka Kardiologii w Zabrzcu.

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

Serdecznie zapraszamy.

lek. Jarosław Kosiaty

redaktor naczelny portalu Esculap.pl

Dendrite International

www.esculap.pl, e-mail: jkosiaty@esculap.pl

List otwarty

Zwracamy się do wszystkich środowisk lekarskich zainteresowanych problemem osteoporozy o podjęcie publicznej dyskusji na temat wypracowania jednolitych zasad postępowania w diagnozowaniu i leczeniu osteoporozy.

Wiemy, że prowadzone są od wielu miesięcy przez Polską Fundację Osteoporozy, Polskie Towarzystwo Osteoartrologiczne i Wielodyscyplinarne Forum Osteoporozy przygotowania do opracowania standardów postępowania w osteoporozie, które umożliwią negocjacje z Narodowym Funduszem Zdrowia na temat właściwej refundacji diagnozowania i leczenia tej choroby. Nie znamy jednak jak dotąd nawet wstępnych efektów prowadzonych ustaleń. Pracując od wielu lat z chorymi na osteoporozę mamy świadomość szkodliwości braku opracowania schematu postępowania diagnostyczno-leczniczego. Efektem tego jest np. niezrozumiała polityka NFZ dotycząca refundacji leków.

Chcielibyśmy, aby Światowy Dzień Osteoporozy 20 października mógł stać się tą symboliczną datą, od której zaczęłyby funkcjonować wypracowane wspólnie przez nas zalecenia. Sukces zostanie odniesiony nie tylko przy akceptacji uzgodnień przez towarzystwa osteoporotyczne, ale i przy równoczesnej ich akceptacji i zrozumieniu przez lekarzy, którzy te zalecenia będą realizować. Jednym z warunków takiej akceptacji jest prostota schematów postępowania.

Przygotowując ustalenia należy odpowiedzieć na kilka podstawowych pytań:

1. Czy uzasadnione jest prowadzenie badań przesiewowych w diagnozowaniu osteoporozy?
2. Jeżeli tak, to u kogo i kiedy prowadzić badania przesiewowe?
3. Jakie metody stosować w badaniu osteoporozy, ze szczególnym zwróceniem uwagi na tzw. osiowe badanie densytometryczne i rolę tzw. badań obwodowych.
4. Jak interpretować wyniki badań dodatkowych, szczególnie badania densytometrycznego?
5. Jak ustalać kryteria kwalifikacji do leczenia?
6. Jakie są kryteria wyboru sposobu leczenia farmakologicznego?
7. Jak długo leczyć?
8. Jak ocenić skuteczność leczenia?

Mają one charakter wstępnego opracowania, pokazują przede wszystkim kierunek działania. Zamierzamy w najbliższym czasie przygotować propozycje standardów, które poddamy pod publiczną dyskusję. Pragniemy, aby obecne i późniejsze nasze uwagi mogły być uwzględnione przy przygotowaniu standardów postępowania w osteoporozie. Zainteresowane tematem osoby prosimy o przesyłanie uwag na adres: jprzedlacki@amwaw.edu.pl.

Warszawa, 8 czerwca 2005

Marek Bolanowski, Dariusz Chmielewski, Zenon Halaba, Piotr Leszczyński, Franciszek Pietraszkiewicz, Wojciech Pluskiewicz i Jerzy Przedlacki



Zdrowa waga, zdrowa kondycja

Już ponad miliard mieszkańców naszej planety ma nadwagę – alarmuje Światowa Federacja Serca. Ten międzynarodowy problem stale narasta i dotyczy również coraz częściej dzieci.



Partner Główny
Obchodów
Światowego Dnia Serca
w Warszawie

www.florainstitute.pl

BIURO
PROMOCJI
MIASTA
Urząd m. st.
Warszawy



Do czego prowadzi spożycie niezdrowego, wysoko energetycznego jedzenia o dużej zawartości tłuszczów i cukrów oraz brak aktywności fizycznej nie trzeba przypominać lekarzom. Trudno uwierzyć, że na świecie jest więcej kobiet z nadwagą niż z niedowagą. Utrzymując zdrową wagę i sprawność fizyczną możemy obniżyć czynniki ryzyka. Dlatego przewodnim tematem tegorocznego Światowego Dnia Serca, który odbywa się w niedzielę 25 września jest „Zdrowa waga, zdrowa kondycja”.

Światowy Dzień Serca jest najważniejszą organizowaną przez Światową Federację Serca imprezą, mającą na celu zwiększenie świadomości publicznej oraz promocję środków zapobiegawczych prowadzących do zmniejszenia ilości chorób sercowo-naczyniowych. Każdego roku impreza poświęcona jest określonemu zagadnieniu. Pod hasłem „Serce dla Życia” Światowy Dzień Serca obchodzony w tym roku w 100 krajach członkowskich Światowej Federacji Serca. Darmowe badania zdrowotne, wykłady, koncerty, konferencje naukowe

– to tylko niektóre atrakcje, jakie czekają nas tego dnia.

Otyłość brzuszna, zdaniem ekspertów, mierzona obwodem w pasie jest najprostszą metodą sprawdzania ryzyka chorób układu krążenia. Mężczyźni o obwodzie pasa powyżej 94 cm i kobiety powyżej 80 cm mogą spodziewać się ryzyka poważnych problemów układu krążenia prowadzących nawet do zawału serca.

Zdrowy styl życia znacznie redukuje ryzyko chorób a według najnowszych badań pierwsze pozytywne efekty mogą być już widoczne po 6 tygodniach. Utrzymanie zdrowej wagi polega na zbalansowaniu i dostosowaniu diety do wydatków energii. Dla dorosłej osoby 30-minutowy szybki spacer raz dziennie pomoże efektywnie zredukować ryzyko. Układając zrównoważoną, zdrową dietę należy wprowadzić wszystkie rodzaje owoców i warzyw, całą gamę produktów beztłuszczowych lub o obniżonej ilości tłuszczów, ryb, margaryn i olejów roślinnych ze słonecznika, kukurydzy czy oliwek.

ms

Acard

polpharma

SERVIER
Odkrycia dające nadzieję

Listy

Znieść monopol ubezpieczeń

Kolejne wybory za pasem. Mija także kolejny rok reformy służby zdrowia. Obiecywano polepszenie, a jest coraz gorzej. Obecnie ani prawica, ani lewica nie może już zwać niepowodzeń na przeciwników politycznych, ponieważ i jedni, i drudzy brali czynny udział w reformie. Zamiast jasnego zrozumiałego systemu finansowania leczenia mamy NFZ. Twór przesiąknięty biurokracją, tracący pieniądze na pensje armii urzędników i utrudniający bardzo dostęp do leczenia pacjentom.

Uważam, że tylko zniesienie monopolu ubezpieczeń zdrowotnych może zmienić sytuację. Ale politycy do tego nie dopuszczają. Utraciliby bowiem miliardy złotych, które bezkarnie można czerpać na różne cele bez zbędnych tłumaczeń.

Za kilka lat nie będzie już co reformować, bo rodzima służba zdrowia upadnie ostatecznie, a ludzie będą umierać lub leczyć się za granicą. Balicki i inni poprzedni ministrowie powinni za to stanąć przed sądem. Czy przyszły prawicowy rząd zlikwiduje NFZ i przywróci kasy chorych? Jestem pewien, że nie, bo następni przy żłobie również zadbają o swoje konta.

Krzysztof B., Rzeszów

Przychodzi lekarz do prawnika



Pytanie lekarza: Jakie przepisy dotyczą przechowywania dokumentacji w archiwum szpitalnym?

Odpowiedź prawnika: Kwestie dotyczące dokumentacji medycznej reguluje rozporządzenie ministra zdrowia z 10 sierpnia 2001 r. w sprawie rodzajów dokumentacji medycznej w zakładach opieki zdrowotnej, sposobu jej prowadzenia oraz szczegółowych warunków jej udostępniania (Dz. U. nr 88, poz. 966). Rozdział 5 przywołanego rozporządzenia (§ 45-52) określa szczegółowe zasady przechowywania dokumentacji medycznej.

Otóż zgodnie ze wskazanymi przepisami, dokumentacja wewnętrzna (historia zdrowia i choroby) przechowywana jest w zakładzie, w którym została sporządzona, natomiast dokumentację zewnętrzną (zalecenia, skierowania) przechowuje zakład realizujący zalecone świadczenie zdrowotne.

Sposób i miejsce przechowywania bieżącej dokumentacji wewnętrznej określają kierownicy poszczególnych komórek organizacyjnych w porozumieniu z kierownikiem zakładu opieki zdrowotnej.

Zakończona dokumentacja indywidualna wewnętrzna oraz zakończona dokumentacja zbiorcza wewnętrzna przechowywane są w archiwum zakładu opieki zdrowotnej, które powinno posiadać warunki zabezpieczające dokumentację przed zniszczeniem oraz dostępem osób trzecich. Za zapewnienie właściwych warunków organizacyjnych i technicznych przechowywania dokumentacji zapewniających jej poufność, zabezpieczających przed dostępem osób nie-

upoważnionych, zniszczeniem lub zgubieniem oraz umożliwiających jej wykorzystanie bez zbędnej zwłoki odpowiedzialny jest kierownik zakładu.

W szpitalu dokumentacja zgromadzona w archiwum jest skatalogowana na podstawie numeru książki głównej przyjęć i wpisów. Natomiast w przychodni dokumentację przechowuje się skatalogowaną na podstawie numeru kartoteki pacjentów (prowadzonej w układzie alfabetycznym, terytorialnym lub chronologicznym według dat urodzenia pacjentów).

A oto zasady dotyczące okresów przechowywania dokumentacji medycznej w archiwum zakładu opieki zdrowotnej:

1. Dokumentacja przechowywana jest w archiwum – generalnie – przez okres 20 lat, licząc od końca roku kalendarzowego, w którym dokonano ostatniego wpisu.
2. W przypadku zgonu pacjenta na skutek uszkodzenia ciała lub zatrucia – dokumentacja indywidualna pacjenta przechowywana jest przez okres 30 lat, licząc od końca roku kalendarzowego, w którym nastąpił zgon.
3. Zdjęcia rentgenowskie, przechowywane poza dokumentacją indywidualną wewnętrzną, są przechowywane przez okres 10 lat, licząc od końca roku kalendarzowego, w którym wykonano zdjęcie.
4. Skierowania na badania lub zlecenia lekarza są przechowywane przez okres 10 lat, licząc od końca roku kalendarzowego, w którym zrealizowano świadczenie będące przedmiotem skierowania lub zlecenia.

Po upływie wskazanych terminów dokumentacja archiwalna zostaje zniszczona. Dokumentacja powinna być zniszczona w taki sposób, który by uniemożliwił identyfikację pacjenta, którego dokumentacja dotyczyła.

Jednakże na wniosek pacjenta, jego przedstawiciela ustawowego, a w razie śmierci pacjenta – osoby przez niego upoważnionej do uzyskiwania dokumentacji w przypadku jego zgonu, dokumentacja indywidualna przewidziana do zniszczenia może zostać wydana wnioskodawcy za pokwitowaniem.

Cytowane rozporządzenie określa również, co dzieje się z dokumentacją medyczną w przypadku likwidacji zakładu opieki zdrowotnej. Zgodnie z postanowieniami rozporządzenia w takim przypadku dokumentacja archiwalna przekazywana do archiwum zakładu lub innego podmiotu wskazanego w rejestrze prowadzonym odpowiednio przez ministra właściwego do spraw zdrowia albo wojewodę. W przypadku, gdy zadania zlikwidowanego zakładu przejmuje inny zakład, to zakład ten przejmuje dokumentację bieżącą i archiwalną zakładu zlikwidowanego.

Pytanie lekarza: Czy II stopień specjalizacji daje uprawnienia do dodatkowego urlopu?

Odpowiedź prawnika: Pytanie nie precyzuje, o jaki urlop chodzi. Jeśli chodzi o urlop wypoczynkowy, to – w świetle przepisów prawa – lekarzom posiadającym drugi stopień specjalizacji



Skutecznie zapobiega niedoborom informacji

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

@esculap.pl

www.esculap.pl

DENDRITE

potrzebny portal medyczny



nie przysługuje dodatkowy urlop wypoczynkowy.

Natomiast jeśli chodzi o urlop szkoleniowy, to należy zwrócić uwagę, iż:

- a) Aktualnie specjalizacje lekarskie są jednostopniowe; nie ma specjalizacji drugiego stopnia. Lekarze, którzy posiadają specjalizację pierwszego stopnia mogą uzyskać specjalizację na zasadach przewidzianych w rozporządzeniu z 6 sierpnia 2001 r. w sprawie specjalizacji lekarzy i lekarzy stomatologów (Dz. U. nr 83, poz. 905, z późn. zm.) – § 3, § 33, § 34, § 36, § 37, § 41, § 42. Zgodnie z § 42 rozporządzenia lekarz posiadający I stopień specjalizacji, który dotychczas nie został zakwalifikowany do odbywania właściwej specjalizacji, może odbywać specjalizację wyłącznie w trybie: umowy o pracę albo w ramach płatnego urlopu szkoleniowego udzielonego przez pracodawcę w celu odbycia specjalizacji.
- b) Jeśli specjalizacja odbywana jest w ramach płatnego urlopu szkoleniowego (§ 7 rozporządzenia w sprawie specjalizacji), to zastosowanie znajdują przepisy rozporządzenia ministra edukacji narodowej oraz ministra pracy i polityki socjalnej z 12 października 1993 r. w sprawie zasad i warunków podnoszenia kwalifikacji zawodowych i wykształcenia ogólnego dorosłych (Dz. U. nr 103, poz. 472, z późn. zm.). Stosownie do § 9 przywołanego rozporządzenia pracownikowi podnoszącemu kwalifikacje zawodowe w formach pozaszkolnych przysługuje urlop szkoleniowy na udział w obowiązkowych zajęciach oraz zwolnienie z części dnia pracy. Wymiar urlopu szkoleniowego określony został szczegółowo w § 10 rozporządzenia. Jednak, ust. 6 tego przepisu stanowi, że pracownikowi, ze względu na specyfikę szkolenia, przysługuje urlop szkoleniowy na czas trwania obowiązkowych zajęć wynikających z określonych form doształcania lub doskonalenia w służbie zdrowia. Przepis ten dotyczyć będzie również lekarzy odbywających specjalizację.

opr. Magdalena Sender

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



Przedstawiam diskutowaną podczas konferencji pt. „Pytania etyczne dotyczące biotechnologii prenatalnej” problematykę związaną z komórkami macierzystymi, w tym dwa przeciwstawne poglądy, co do wytwarzania tych komórek z ludzkich embrionów. Podczas konferencji za wykorzystywaniem ludzkich embrionów jako materiału biologicznego do terapii opowiadał się prof. Wiesław Wiktor Jędrzejczak. Przeciwnie poglądy prezentował m. in. prof. Tadeusz Tołłoczko. Polski Kodeks Etyki Lekarskiej omawia ten problem w Art. 39a oraz Art. 45 pt. 2 i 3. Przedstawiam kolejno poglądy wyżej wymienionych autorów.

Jerzy Umiastowski

fot. Marek Stankiewicz

Komórki macierzyste czym są, a czym nie mogą być

Wiesław Wiktor Jędrzejczak

Kiedy uczestniczę w dyskusjach o komórkach macierzystych mam często wrażenie, że część uczestników nie odrobiła pracy domowej, tj. nie zgłębiła dokładnie problemu od strony biologicznej i dyskutuje o nadziejach, które nie mogą być spełnione i o zagrożeniach, których nie ma. To jest trochę tak, jakbyśmy dyskutowali o zagrożeniach podziału komórki od razu na trzy komórki potomne nie przyjmując do wiadomości, że nie ma technicznej możliwości triplikacji DNA, a tym samym komórka musi się dzielić na dwie. Rozumiem obawy laików wychowanych na filmach typu Frankenstein, ale dyskutując jako naukowcy zobowiązani jesteśmy do dyskusji o faktach i o tym, co z naszej wiedzy o nich wynika, a nie do dyskusji o naszych wierzeniach, fobiach i lękach.

Jeśli mówimy o klonowaniu zarodków ludzkich, to mówimy o dwóch różnych możliwościach teoretycznych: o tzw. **klonowaniu reprodukcyjnym**, którego celem jest wytworzenie zarodka, a następnie osobnika genetycznie identycznego z dawcą materiału wyjściowego oraz o tzw. **klonowaniu terapeutycznym**, którego celem jest uzyskanie różnego rodzaju komórek identycznych z dawcą materiału wyjściowego i niezbędnych do jego leczenia, w związku z chorobą polegającą na uszkodzeniu komórek, które pragniemy zastąpić.

Jako naukowiec nie wierzę w klonowanie reprodukcyjne człowieka – bo

nie sędzę, że może to dać jakiegokolwiek korzyści: siłą rodzaju ludzkiego nie jest jego jednorodność, a różnorodność genetyczna. To daje nam oporność na choroby i uzupełniające się talenty poszczególnych ludzi. Inaczej mówiąc naszą siłą jest to, że jesteśmy kundlami – że jesteśmy różnorodni. Do wytwarzania jednorodnych populacji osobników wcale zresztą nie potrzeba klonowania reprodukcyjnego. Można je również uzyskać w klasycznej reprodukcji. Polega to na kaziroidycznym kojarzeniu par. Potrzeba 21 pokoleń takiego kojarzenia, aby uzyskać całkowitą jednorodność genetyczną potomstwa. Robi się to powszechnie na myszach uzyskując szczepy wosbne. Osobniki tych szczepów są mniejsze, głupsze i bardziej podatne na choroby (w tym mają wiele chorób genetycznych) niż jakiegokolwiek mieszańce.

Komórki macierzyste zaczęły interesować naukowców, ponieważ istnieje wiele ciężkich chorób, dla których obecnie nie ma możliwości leczniczych, a jedyną hipotetyczną nadzieją jest ewentualne wykorzystanie komórek macierzystych do terapii, przy czym obecnie, tj. w roku 2005 to wykorzystanie opiera się na hipotezach i domniemaniach, a nie na wiedzy. Generalnie można to określić jako marzenia medycyny regeneracyjnej, marzenia, aby móc regenerować chore części ciała i aby móc to uzyskać z małej liczby komórek wyjściowych. Do tego celu mogą teoretycznie prowadzić trzy

drogi. Można takie komórki próbować uzyskać z zarodkowych komórek macierzystych. Można znaleźć źródła takich komórek w dorosłym organizmie, a znajdując pojedyncze takie komórki macierzyste w dorosłym organizmie trzeba jednocześnie opracować metodę ich ekspansji, czyli namnożenia poza organizmem, bo do terapii potrzebujemy milionów komórek. Można wreszcie próbować „przeźnicować” jedne komórki w inne. O ile równoległe trwają badania w każdym z tych kierunków, to największe szanse powodzenia wydają się być na kierunku pierwszym.

W tym momencie przechodzimy do pojęcia **klonu** jako potomstwa jednej komórki wyjściowej i do wyjaśnienia, co to jest **klonowanie**: chodzi o sytuację, w której z jednej komórki powstaje grupa komórek posiadających zasadnicze cechy wspólne (tj. przede wszystkim genotyp) pochodzące od pierwowzoru. Wszyscy jesteśmy klonami (i podobnie mówiący te słowa) – oczywiście nie jesteśmy klonami innych ludzi, ale jesteśmy unikalnymi klonami komórkowymi, bo każdy z nas jest potomkiem jednej komórki wyjściowej, czyli zygoty. Komórka macierzysta jest właśnie komórką wyjściową dla klonu.

Co to jest komórka macierzysta? Czym różni się od innych komórek? Tym, że jest zdolna ustanowić wytwa-



rzanie komórek potomnych, określonych rodzajów. Komórką macierzystą dla organizmu ludzkiego jest oczywiście zygota. Ale jest wiele innych rodzajów komórek macierzystych.

Jakie cechy szczególne musi mieć komórka, abyśmy mogli nazwać ją komórką macierzystą? Po pierwsze, musi mieć **zdolność do samoodnawiania**, czyli do wytwarzania następnych komórek macierzystych. W człowieku ma szansę przeżyć ok. 50 pokoleń komórek macierzystych, co daje teoretyczne szanse przeżycia przez człowieka ok. 120 lat. Drugą zdolność to **zdolność** takiej komórki **do różnicowania** we wszystkie komórki, dla których jest ona komórką macierzystą. Trzecia zdolność, to **zdolność do intensywnego rozmnażania się**. Ta zdolność musi być na tyle silna, aby pokryć zużywanie się komórek, które umierają przez okres życia danego organizmu.

Razem komórki tworzą **układ samoodnawiający się**. Komórki macierzyste zapewniają trwanie tego układu, a ich różnicowanie zapewnia stały dopływ komórek końcowych. Jeżeli chodzi o większość gatunków zwierzęcych, w tym o gatunek ludzki, to ma tu miejsce odnawianie się wyłącznie drogą płciową, czyli są tu gamety dwóch rodzajów i zygota, czyli pierwsza komórka macierzysta powstaje z ich zjednoczenia. W organizmie każdego z nas jest cała hierarchia komórek macierzystych. Na początku jest zygota i następnie jej bezpośrednio potomstwo, czyli blastomery, które są **pełnopotencjalnymi komórkami macierzystymi** – są to takie komórki, które są zdolne wytworzyć cały organizm oraz łożysko. Następny rodzaj komórek macierzystych to są **wielopotentjalne komórki macierzyste** – to są właśnie tzw. zarodkowe komórki macierzyste; one mogą wytworzyć cały organizm, ale nie są zdolne wytworzyć łożyska. Wreszcie istnieją **ograniczone komórki macierzyste**; to są takie komórki, które są zdolne wytworzyć jedną tkankę, np. tkankę krwiotwórczą.

Kiedy problem komórek macierzystych przestał być *science fiction*, a stał się realnym wyzwaniem zarówno medycyny, jak i etyki? Zaczęło się to 20 lat temu, kiedy okazało się, że z mysiego zarodka można wyizolować i utrzymać przy życiu wielopotentjalne komórki macierzyste, które później nazywano zarodkowymi komórkami macierzystymi. Ten stan wiedzy trwał do roku 1998, kiedy w czasopiśmie „Science” ukazała się praca o powtórzeniu tej

samej procedury na ludziach i jak na razie cała sprawa jest ograniczona do tych dwóch gatunków.

Czym różnią się zarodkowe komórki macierzyste od zygoty? – Zygota jest zdolna wytworzyć wszystkie komórki organizmu + łożysko, natomiast zarodkowe komórki macierzyste mogą wytwarzać wyłącznie komórki zarodka. Ponieważ obecnie nie znamy sposobu powstania człowieka bez udziału łożyska, komórki te nie mogą być bezpośrednio wykorzystane do klonowania reprodukcyjnego. Tak więc zarodkowe komórki macierzyste to są takie, które są zdolne wytworzyć wszystkie rodzaje komórek macierzystych dla poszczególnych tkanek, ale nie komórek łożyska.

Zarodkowe komórki macierzyste uzyskuje się w ten sposób, że zygota jest poddana rozwojowi poza organizmem do stadium blastocysty, która jest pęcherzykiem posiadającym zewnętrzną i wewnętrzną warstwę komórek i powstaje w tym rozwijającym się układzie zgrupowanie komórek warstwy wewnętrznej, z których może rozwinąć się cały organizm. Umieszczając te komórki w odpowiednich warunkach można je utrzymywać w tym stanie – to znaczy, że nie będą się dalej rozwijały. Oczywiście tutaj jest pytanie czy możemy pobrać komórki z warstwy wewnętrznej zarodka, skoro to powoduje jego zniszczenie? To pytanie musi być uzupełnione stwierdzeniem, że zarodek wykorzystywany do tego celu to zarodek, który jako niepotrzebny pozostał po próbach zapłodnienia pozaustrojowego i jest i tak przeznaczony do zniszczenia. Bo gdyby przyjąć to, co mówił prof. Zoll, że ta grupa komórek ma nieograniczone prawo do życia, to należałoby pobrać wszystkie istniejące nadliczbowe zamrożone zarodki i wszczepić je do narządów rodnych wszystkich dostępnych kobiet, aby dać im możliwość dalszego rozwoju. To jest po prostu niewykonalne, gdyż narusza niezbywalne prawa tych kobiet do integralności swojego organizmu, a inaczej zarodki po rozmrożeniu zginą i zostaną wylane do zlewu, czy to się komuś podoba, czy nie. Czy nie należy więc dać im jakiegoś sensu w tym ich istnieniu poprzez działanie dla być może uratowania życia innych ludzi? To wynika z faktu, że jeżeli komórki macierzyste wyprowadzić ze stanu uniemożliwiającego ich dalszy rozwój, to one zaczną się rozwijać w tzw.

dokończenie na str. 34

Komórki macierzyste

Czym są, a czym nie mogą być

dokończenie ze str. 33

ciałka zarodkowe, które przypominają rodzaj potworniaka. Jeżeli z tego wyizolować potrzebne w danym momencie komórki macierzyste, to mogą być użyte do wytwarzania komórek somatycznych, a więc np. krwiotwórczych, nerwowych itd. w zależności od tego, jaka jest potrzeba. Potencjalnie można by to wykorzystać do leczenia metodą przeszczepiania. Co jest takiego szczególnego w tych zarodkowych komórkach macierzystych, czym nie dysponujemy w odniesieniu do somatycznych (tkankowych) komórek macierzystych? Otóż mimo 30 lat pracy nad krwiotwórczymi komórkami macierzystymi nie udało się ich namnażać poza ustrojem. Natomiast komórki zarodkowe już obecnie można namnażać uzyskując różne

rodzaje komórek. Jednak kwestia możliwości praktycznego wykorzystania tych komórek jest ciągle mocno hipotetyczna, bo wprawdzie można te komórki namnażać, ale nie bardzo można sterować tym procesem dla otrzymania tych komórek, które są właśnie potrzebne dla określonego chorego. Następną zaletą zarodkowych komórek macierzystych jest to, że mogą być poddane terapii genowej. Jeżeli określony człowiek ma chorobę jednego genu, to można to naprawić wyprowadzając poza organizmem komórki, które mogłyby być wykorzystane w terapii.

Ta technologia fascynuje, ale jest daleka od zastosowania praktycznego. Jeżeli wziąć istniejące linie komórek macierzystych (których jest całkiem sporo), to powstaje problem, jeśli mamy to zastosować w terapii transplantacyjnej, to transplantowane komórki wymagają całkowitej zgodności tkankowej, a te linie mają niemal zawsze różne cechy antygenów zgodności tkankowej i nie są zgodne tkankowo z chorym. Nie będziemy nigdy mieli takiej zgodności, bo istnieje 5 miliardów możliwości. Można ten problem rozwiązać innymi metodami inżynierii genetycznej, np. metodą *knock in*, to znaczy poprzez zniszczenie chorego genu i wprowadzenie zdrowego genu w to miejsce. W tym momen-

cie dochodzimy do technologii klonowania terapeutycznego.

Klonowanie rozpoczyna się przeniesieniem jądra komórkowego. Do tego nie można wykorzystać zarodkowych komórek macierzystych. Takie zabiegi, polegające na przeniesieniu jądra komórkowego, można wykonywać tylko na stosunkowo dużych komórkach, a takimi komórkami są oocyty. Z oocyta usuwa się jądro komórkowe, a na to miejsce wprowadza się jądro komórki somatycznej.

Schemat klonowania terapeutycznego wygląda mniej więcej tak: jest oocyt dowolnej kobiety i jest komórka pacjenta, który ma być leczony, np. wymaga przeszczepienia szpiku, ale nie ma na całym świecie dla niego zgodnego dawcy. Z oocyta usuwa się jądro komórkowe, pobiera się jądro z komórki krwiotwórczej chorego i wprowadza do tego oocyta. Taką komórkę doprowadza się do stadium blastocysty i z tego wyprowadza się zarodkowe komórki macierzyste, a z nich z kolei krwiotwórcze komórki macierzyste, przydatne do terapii. Oczywiście pojawia się pytanie, w którym miejscu tego procesu powstaje człowiek. Moim zdaniem, w żadnym.

Podsumowując: terapia za pomocą komórek macierzystych jest obecnie daleka od bezpośrednich zastosowań,

W „Gazecie Lekarskiej” nr 7-8/2005 opublikowaliśmy część wygłoszonego podczas konferencji wykładu

prof. Tadeusza Tołłoczki

pt. **Homo homini res sacra**

zapowiadając, że zawarte w tym wykładzie pytania opublikujemy obecnie; prof. Tołłoczko zadał m.in. następujące pytania:

Wiele zależy od formułowania pytań. Pojawiają się pytania, na które nie ma racjonalnej odpowiedzi. I tak pytanie „Czy klonowanie ludzkich komórek w celu ratowania życia śmiertelnie chorych pacjentów może być wykonywane?” odzwierciedla fałsz, ponieważ świadomie i tendencyjnie pomija istotę zagadnienia jaką jest

śmierć ludzkiego zarodka. Pytanie to powinno brzmieć: Czy w celu ratowania zdrowia lub życia chorych jest moralnie dopuszczalne i usprawiedliwione zapoczątkowanie życia ludzkiego w drodze klonowania, a następnie wykorzystanie powstałego zarodka, powodując jego śmierć?

Człowiek czy jeszcze nie?

Jeśli embrion jest osobą, a nie tylko zlepkiem żywych komórek, to należy mu się prawo do życia. Gdyby natomiast embrion nie był osobą ludzką, to wówczas wykorzystanie go do doświadczeń byłoby wskazane. Jak widzimy los istoty ludzkiej może zależeć od definicji. *Co więc decyduje o tym, że stajemy się istotami ludzkimi? Czy początek życia istoty ludzkiej można wyznaczyć umownie, w dowolnie wybranym etapie rozwoju?* Przecież człowiek nie staje się człowiekiem, a embrion nie rozwija się „na człowieka”, lecz jako człowiek przechodzi przez różne fazy rozwoju.

W tym kontekście argumentacja, że tak zwane klonowanie terapeutyczne jest etycznie usprawiedliwione, jest kłamstwem terminologicznym i aksjologicznym. Bowiemy klonowanie terapeutyczne jest w rzeczywistości dla embrionu ludzkiego eutanatyczne.

Gdybym miał ograniczyć liczbę pytań do dwóch, to brzmiałyby one następująco: *Czy embrion człowieka jest dla nas „kims” czy „czymś”?* – *Czy embrion jest istotą podrzędną wobec osobnika dorosłego?* Przez klonowanie jestem zdolny powołać do życia nową istotę ludzką. Jak chcę i pozwalam jej żyć, to mówię o klonowaniu reprodukcyjnym. Jeśli jednak w fazie życia embrionalnego ją zabijam i komórki wykorzystuję, to dla spokoju sumienia nazywam to klonowaniem terapeutycznym. Czesław Miłosz napisał: „osaczyły nas chimery ludzkiego umysłu – ideologie oparte na pogardzie i przemocy zdominowały XX wiek”.

natomiast jest to kierunek badań, który daje nadzieję w tym miejscu, w którym żaden inny kierunek nadziei nie daje. Jakie to są nadzieje? Nadzieje z dziedziny medycyny regeneracyjnej oraz medycyny korekcyjnej. I wreszcie medycyna transplantacyjna – być może będziemy mogli wytwarzać poza ustrojem całe narządy – to jest już zupełnie hipotetyczne. Żaden z tych etapów wykorzystywania ludzkich komórek macierzystych nie osiągnął jeszcze powtarzalności, nie jest wcale potwierdzone, że to w ogóle będzie możliwe. Hipotezy mają granice.

Co rozstrzygnie problem komórek macierzystych; czy będzie to nauka, etyka czy prawo? Czy jeżeli jakiegokolwiek gremium wyrazi zgodę na używanie komórek macierzystych, a nauka nie potwierdzi tego, to będziemy to jednak stosować? Nie! Ale odwrotnie: jeżeli jakiegokolwiek gremium zabroni tych działań, a nauka opracuje metody dla leczenia nieuleczalnie chorych wykorzystujące te komórki, to i tak będziemy je stosować. I jestem przekonany, że również te osoby, które dzisiaj oponują przeciwko badaniom tych komórek, jeśli będą miały wnuka chorego na straszną chorobę, którą będzie można w ten sposób wyleczyć, to z tej możliwości skorzystają.

Tę zmianę postawy w konfrontacji z nieszczęściem doświadczanym osobście już dzisiaj wykorzystują różni oszuści. Oto w Kijowie istnieje prywatna firma, która twierdzi, że już dysponuje metodą leczenia komórkami macierzystymi z ludzkich zarodków. Firma ta wstrzykuje chorym homogenizowane tkanki płodów z aborcji. Przed polskimi kościołami rodzice chorych dzieci zbierają pieniądze na zabiegi w tej firmie. Jakoś nie widzę krucjaty przeciwko tym działaniom, mimo że łamią one znacznie więcej zasad moralnych niż badania naukowe nad zarodkowymi komórkami macierzystymi. I co więcej, te działania są bez sensu, są sprzedawaniem fałszywej nadziei oraz narażaniem chorych dzieci na dodatkowe ryzyko wszczęcia nowotworu lub choroby wirusowej. Jak osoby, które dzisiaj chcą zabronić w Polsce naukowcom badań nad komórkami macierzystymi (choć nikt się w Polsce obecnie nie zajmuje ludzkimi zarodkowymi komórkami macierzystymi) – jak ci ludzie chcą walczyć z takimi działaniami jak w Kijowie, jeśli nauka nie dostarczy im argumentów?

Wiesław Wiktor Jędrzejczak

Przesiedlenia

Zygmunt Wiśniewski



Zdumiewać musi stosunek władzy ludowej do lekarzy. Inteligencja była jej klasowo obca z samej definicji, traktowano ją jednak z dużym różnicowaniem. Artystów, a zwłaszcza pisarzy, zjednywano finansowo i kokietowano zaszczytami, bo byli, co zwykle cytowano za Maksymem Gorkim, „inżynierami dusz”.

Dla lekarzy zniewolenie zaczęło się 14 czerwca 1949 r., kiedy to minister zdrowia wydał rozporządzenie w sprawie ogólnych norm ilościowych lekarzy dopuszczonych do wykonywania praktyki lekarskiej. Rozporządzenie to wzmocniono drugim rozporządzeniem „w sprawie ustanowienia list lekarzy i lekarzy dentystów przekraczających normę ilościową”.

Uzasadnieniem wprowadzenia rozporządzeń były znane dysproporcje w rozmieszczeniu lekarzy. W Warszawie i Krakowie na jednego lekarza przypadało 500 mieszkańców, natomiast na obszarach wiejskich ok. 25 tys.

„Różnice te – pisał w połowie 1949 r. dr Walenty Titkow, dyrektor Departamentu Kadr w Ministerstwie Zdrowia – powstały na skutek anarchicznej gospodarki kapitalistycznej w służbie zdrowia”.

Opinia o rzeczywistości była prawdziwa, natomiast wnioski przerażające. „W miastach, gdzie stan faktyczny przekracza normę, zostały powołane komisje społeczne, które wytypowały lekarzy przekraczających normę. Lekarze ci w ciągu 6 miesięcy będą musieli miasta te opuścić i przenieść się do miejscowości, gdzie normy nie są wypełnione. Około 400 lekarzy z Warszawy, Krakowa, Gdańska, Łodzi i Poznania przeniesie się do miejscowości, gdzie albo wcale nie ma lekarzy, albo jest ich za mało”.

Dokumenty, zachowane w skromnych wymiarach, nie pozwalają ocenić skuteczności akcji przesiedleń. Prawdopodobnie zawiodła, ponieważ 7 marca 1950 r., już w formie ustawy, zdecydowano, że „absolwenci szkół średnich, szkół zawodowych oraz szkół wyższych (...) mogą być zobowiązani do pracy w oznaczonym uspołecznionym zakładzie pracy”. Rozwiązanie to znane będzie pod nazwą „nakazów pracy”.

Odtąd o miejscu zatrudnienia absolwentów akademii medycznych decydowały uczelniane komisje społeczne. Ówczesne komisje społeczne miały tę ce-

chę, że dominowały w nich tzw. czynniki społeczne. Okólnik ministerialny określał ich skład następująco: I. Komisji przewodniczy delegat Ministerstwa Zdrowia. W jej skład wchodzi: profesor akademii delegowany przez senat, delegat ZAMP (Związku Akademickiej Młodzieży Polskiej), delegat Podstawowej Organizacji Partyjnej PZPR, delegat Centralnej Rady Związków Zawodowych oraz delegat Związku Zawodowych Pracowników Służby Zdrowia.

I ta ustawa nie przyniosła spodziewanych, radykalnych skutków. Minęło znów kilka lat i w roku 1957 wymyślono nową akcję administracyjną pod nazwą „etatyżacji”. Sprowadzała się ona do definicji: jeden etat – jeden lekarz we wskazanym miejscu.

Ograniczono liczbę etatów w dużych miastach, zwiększono na prowincji. Rozwiązanie to miało jednak jeden feler – zobowiązywało administrację terenową do przydziału mieszkań zatrudnionym lekarzom. A mieszkań brakowało. Spółdzielczość mieszkaniowa dopiero raczkowała, budownictwo komunalnego nie było, startowało budownictwo przyzakładowe, ale to rzadko było zlokalizowane poza miejskimi centrami przemysłowymi.

Koło niemożności zamykało się. Od 1949 r. minęło już prawie 10 lat, a lekarze woleli skromne pensyjki w miastach, gdzie mieli możliwość praktyki szpitalnej i dostęp do kształcenia niż vegetację w wiejskich ośrodkach zdrowia.

W roku 1957 praktykowało już w Polsce 23 tys. lekarzy. Od roku 1957 dla absolwentów istniał zakaz rejestrowania się w dużych miastach.

A skutek?

Pisała o nim „Trybuna Ludu” w połowie 1959 r.: „W samej Warszawie, w której istnieje surowy zakaz rejestracji lekarzy, w jednym 1958 r. przybyło ich 242”.

Paradoks opisany prze „Trybunę Ludu” tłumaczył się tym, że byli „równi” i „równiejsi”. System partyjno-biurokratyczny, tworząc wyjątki (na ogół

nie pisane), pozwalał omijać każdy przepis. Ludzie zarządzający polską służbą zdrowia żyli jakby w dwóch światach. W jednym tworzyli coraz surowsze prawo administracyjne, w drugim – kiedy dotyczyło to rodziny, przyjaciół lub ludzi osadzonych w hierarchii władzy – załatwiali sprawy „na telefon”.

Opisaną 10-letnią historię wymuszania na lekarzach, aby układali swoje życie pod dyktando władzy, można by uznać za zabawę w policjantów i złodziei, gdyby nie złamane życiorysy, rozbite rodziny i niespełnione ambicje zawodowe.

Ale ideologia raz jeszcze przegrała z życiem.

P.S.: W okresie opisywanym w „Kartkach” na określenie pracowników opieki zdrowotnej używa się określenia „służba zdrowia”. W ostatnich latach nazwa ta popadła w nieład.

Na fali wyzbywania się PRL-owskiej terminologii „służbę zdrowia”, jako zużytej i źle kojarzącej się z tzw. minionym okresem, zastąpiono „ochroną zdrowia”. W publicystyce spotkałem się nawet z uzasadnieniem, że „służba” kojarzy się ze „służalnością”, a więc tym, czego w latach pięćdziesiątych i późniejszych oczekiwano od lekarzy. Ludzi używających tego określenia (często z nawyku lub przejęzyczenia) piętnowano nawet jako tkwiących mentalnie w przeszłości. Problem jednak w tym, że ta przeszłość jest znacznie odleglejsza niż się niektórym wydaje. U zarania II Rzeczypospolitej, a więc w roku 1918 powołano Ministerstwo Zdrowia Publicznego. Przetrwało ono zaledwie do roku 1924, kiedy ze względów oszczędnościowych je zlikwidowano. I wtedy jako centralny organ kierujący sprawami zdrowia została powołana Generalna Dyrekcja Służby Zdrowia.

Ta proweniencja powinna nobilitować, a nie napiętnować. Określenie „ochrona zdrowia” funkcjonuje, co prawda, oficjalnie, ale nie jest ani udane, ani powszechnie akceptowane. Może więc przywrócić do łask „służbę zdrowia”, która ma tak historycznie zdrowe korzenie?

Z. W.

Ewa Teslar nie żyje

16 sierpnia br. zmarła w Paryżu dr Ewa Teslar, jedna z najwybitniejszych przedstawicielek francuskiej Polonii lekarskiej.

Ewa była jednym z członków-założycieli Stowarzyszenia Lekarzy Polskiego Pochodzenia we Francji (AMOPF). Ofiarnie działała w nim od 1989 r. W latach 2000-2003 była prezesem stowarzyszenia, a następnie Prezesem Honorowym. Drogi nasze zetknęły się w okresie stanu wojennego w Polsce, kiedy otworzyliśmy w Paryżu Poradnię Polską, która roztoczyła opiekę nad 30 tys. Polaków zablokowanych we Francji. Całkowicie bezpłatna poradnia działała przez 3 lata i przyjęła kilka tysięcy chorych. Ewa była jednym z głównych filarów tej poradni poświęcając 2-3 przedpołudnia w tygodniu na przyjęcie polskich chorych.

Poświęcała Ewa masę swojego czasu Polsce, Polakom i Polonii. Była autorką i duszą programu szkolenia lekarzy rodzinnych w Polsce, nad którym pracowała od 1994 r. Ewa była autorką wielu tekstów pedagogicznych (podręcznik szkoleniowy dla wykładowców medycyny rodzinnej, autor licznych modułów pedagogicznych itd.).

Umarła odważnie, pracując do ostatniej chwili. Będzie nam Jej brakowało.

Piotr Konopka, Paryż



foto. Marek Stankiewicz

Ojcowie Karmelici Bosi

zapraszają na

Rekolekcje

dla Pracowników Służby Zdrowia,

które odbędą się w dniach
od 8 XII (czwartek, g. 18.00)

do 11 XII 2005 r. (niedziela, g. 14.00)
w Domu OO. Karmelitów Bosych w Sopocie

Temat:

„Kazanie na Górze – antytezy”

o. Julian Ilwicki, OCD

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

Bliższych informacji udziela:
o. Julian Ilwicki, tel.: 0605-828-267

Redaktor naczelnej „Służby Zdrowia”

Oli Gielewskiej

wyrazy współczucia z powodu śmierci

OJCA

składają

Prezes Naczelnej Rady Lekarskiej
i redakcja „Gazety Lekarskiej”



SKOK

Izb
Lekarskich



URLOP ZE
SKOK FAMILY TOURS

ZASTRZYK GOTÓWKI DLA LEKARZY

Kwota pożyczki (PLN)	Okres spłaty	Wysokość raty miesięcznej (PLN)
20 000	36 m-cy	od 635,78
30 000		od 953,67
40 000		od 1271,02
50 000		od 1589,45

Prowizja od 1,9%

Oprocentowanie rzeczywiste od 16,76%

Porozmawiaj z doradcą SKOK IL:

Infolinia: **0 801 88 88 11***

*Połączenie w cenie rozmowy lokalnej

TUNEZJA NA WRZESIEŃ

Hotel 2* i 3* HB od 1099 PLN
Hotel 3* HB od 1119 PLN
Hotel 4* HB od 1309 PLN
Hotel 3* i 4* AI od 1239 PLN

TUNEZJA NA PAŹDZIERNIK

Hotel 2* i 3* HB od 819 PLN
Hotel 3* HB od 869 PLN
Hotel 4* HB od 899 PLN
Hotel 3* i 4* AI od 1019 PLN

EGIPT

Hotel 2* i 3* HB od 1479 PLN
Hotel 3* AI od 1779 PLN
Hotel 4* HB od 1669 PLN
Hotel 3* i 4* AI od 1999 PLN

Zachęcamy również do skorzystania z ofert wyjazdu do Bułgarii, Turcji, Chorwacji, Grecji, Hiszpanii, Polski ...

Informacje u doradców SKOK IL

www.skokil.pl

- **10-11.09., 1-2.10., 5-6.11., 3-4.12.** Szkolenia dla lekarzy **wyjżdżających do pracy w Wielkiej Brytanii** (*pisanie CV, rozmowa rekrutacyjna, kod kulturowy*) – Szkoła Języka Angielskiego EUROLINK www.eurolink.edu.pl. Uczestnictwo należy wcześniej potwierdzić tel. (0-81) 740-88-81 lub e-mail: eurolink@eurolink.edu.pl
- **22.09.** Sala Wykładowa Centrum Onkologii – Instytutu, ul. Roentgena 5, Warszawa. II Konferencja Naukowo-Szkoleniowa z cyklu: **Czerniak skóry – postępy w diagnostyce i leczeniu**. Konferencji będzie towarzyszyć spotkanie **EORTC Melanoma Group** (23-24.09.br.). Koszt uczestnictwa 130 zł. Uczestnikom konferencji przysługuje 8 pkt edukacyjnych. Komitet organizacyjny: Klinika Nowotworów Tkanek Miękkich i Kości, Centrum Onkologii – Instytut, ul. Roentgena 5, 02-781 Warszawa, tel. (0-22) 643-93-75, fax 643-97-91, e-mail: miesaki@coi.waw.pl, dr n. med. Zbigniew I. Nowecki. Informacje: <http://www.coi.waw.pl/miesaki>
- **1.10.** Łódź. Konferencja: **Nowoczesna diagnostyka kardiologiczna**. Koszt: do 10.09. – 30 zł (na konto), na miejscu – 40 zł. Konto: Stowarzyszenie Forum Kardiologów, PKO BP IV Oddział Łódź 69-1020-3378-0000-1002-0102-0775. Zgłoszenia: II Katedra i Klinika Kardiologii UM w Łodzi, Szpital im dr. Wł. Biegańskiego, 91-347 Łódź, Kniaziewicz 1/5, tel./fax (0-42) 653-99-09/251-60-15, www.lodz.ptkardio.pl/diagnostyka, e-mail: drozd@ptkardio.pl
- **2-6.10.** Jurata. **Psychoterapia w onkologii – warsztaty szkoleniowe Programu Simon-tona**. Organizator: Medrec, tel. (0-71) 347-82-15, 0501-62-39-59, www.simonton.pl, e-mail: programsimontona@wp.pl
- **6-7.10.** Warszawa. Oddział żywienia Kliniki Pediatrii IP-CZD organizuje ogólnopolską konferencję naukowo-szkoleniową: **Powikłania żywienia pozajelitowego i dojelitowego**. Informacje i formularz zgłoszeniowy: www.czd.waw.pl, komitet org.: tel. (0-22) 815-12-20, fax (0-22) 815-12-12, e-mail: mlysz@yaho.com
- **6-8.10.** Centrum Olimpijskie w Warszawie. II Międzynarodowy Kongres PT **Traumatologii Sportowej: Urazy tkanek miękkich w sporcie**. Informacje: Polskie Towarzystwo Traumatologii Sportowej, ul. Broniewskiego 89, 01-876 Warszawa, tel. (0-22) 550-22-74, fax 550-22-99, e-mail: ptts@ptts.org.pl, www.ptts.org.pl
- **6-8.10.** Kraków. EUPROBIO 2005. Europejska konferencja na temat **probiotyków i ich zastosowania**. Konferencja kierowana jest do środowisk medycznych, w tym lekarzy **ginekologów, alergologów**. Zgłoszenia: <http://confer.uj.edu.pl/euprobio/rejestracja.html>, Informacje: Sekretariat Konferencji: Magdalena Kliś-Suwala Centrum Innowacji, Transferu Technologii i Rozwoju Uniwersytetu, ul. Straszewskiego 25/3, 31-113 Kraków, tel. (0-12) 429-80-60, fax 422-60-18, e-mail: euprobio@uj.edu.pl, <http://confer.uj.edu.pl/euprobio/index-pl.html>
- **10-14.10.** Kraków. „Kana -Centrum” Krakowskie Centrum Szkoleniowe organizuje ultrasonograficzny kurs: **Diagnostyka USG narządu ruchu**. Informacje: Katarzyna Strzepak, tel. 0502-092-478
- **13.10.** Kraków. Aula AWF, Al. Jana Pawła II 78, godz. 9.00-19.00. Konferencja pod honorowym patronatem abp Stanisława Dziwisza, metropolity krakowskiego, kard. Franciszka Macharskiego: **Karol Wojtyła – Jan Paweł II. Miłośnik gór i przyrody**. Komitet naukowy: prof. Zdzisław Jan Ryn, tel. (0-12) 424-8752, e-mail: mzryn@cyf-kr.edu.pl. Komitet Organizacyjny: AWF, Al. Jana Pawła II 78, 31-571 Kraków, e-mail: wxmarsza@cyf-kr.edu.pl, tel. (0-12) 683-12-27
- **14-15.10.** Szczecin. Klinika Neurologii PAM w Szczecinie pod patronatem PT Udaru Mózgu organizuje VI Interdyscyplinarne Forum Udarowe: **Pozamajądźczone przyczyny udaru mózgu**. Potwierdzenie uczestnictwa do 30.09. Koszt 100 zł – do 30.09. i 130 zł po 30.09. Konto: 06-1090-1492-0000-0001-0053-7752 Bank Zachodni WBK S.A. III O/Szczecin, z dopiskiem „Klinika Neurologii”. Za udział pkt edukac. Informacje: <http://sci.pam.szczecin.pl/~kkneurol>. Komitet org.: Katedra i Klinika Neurologii PAM, ul. Unii Lubelskiej 1, 71-252 Szczecin, tel. (0-91) 425-32-51, 425-32-59, fax 425-32-60, e-mail: forumudarowe@wp.pl
- **14-15.10.** Bydgoszcz. Konferencja naukowo-szkoleniowa: **Nowe techniki w chirurgii przepuklin szczie powłoki jamy brzusznej**. Organizator: Katedra i Klinika Chirurgii Ogólnej i Endokrynologicznej, Collegium Medicum im. L. Rydygiera w Bydgoszczy, Uniwersytetu Mikołaja Kopernika w Toruniu, www.zjazd.hernia.pl. Adres Biura Organizacyjnego: ul. Marii Skłodowskiej-Curie 9, 85-096 Bydgoszcz, tel./fax (0-52) 585-40-16, e-mail: biuro@hernia.pl
- **17-21.10.** Ośrodek „Transportowiec” w Bielsku-Białej. Szkolenie kończące się państwowym egzaminem na uprawnienia **Inspektorów Ochrony Radiologicznej w pracowniach RTG** stosujących aparaty rentgenowskie o energii promieniowania do 300 keV w celach medycznych (zgodnie z Dz. U. nr 188/2003, poz. 1847). Informacje: EkoAtom, tel. 0-601-773-751, tel./fax: (0-65) 520-53-87, www.ekoatom.pl
- **20.10.** Katowice. Kurs: **Osteoporoza i nowotwory piersi – ważne problemy współczesnej medycyny – współpraca lekarzy różnych specjalności** (8 pkt). Akredytacja ŚIL w Katowicach. Patronat: Zakład Chorób Metabolicznych Kości ŚAM, PT Onkologiczne, PT Medycyny Rodzinnej. Kursowi będzie towarzyszyć akcja obejmująca bezpłatne konsultacje lekarskie i badania profilaktyczne pacjentów w wybranych miastach Górnego Śląska. Biuro organizacyjne: Medyczne Szkolenia Podyplomowe Pakt, Katowice, ul. Kopernika 8/2, tel./fax (0-32) 251-22-64 (godz. 9.00-17.00), 0601-423-243, www.msp-pakt.med.pl
- **28-30.10.** Pałac Mierzęcin, woj. lubuskie (www.PalacMierzecin.pl). Zakład Endo-
- krynologii Ginekologicznej AM w Białymstoku, Klinika Ginekologii AM w Białymstoku, Klinika Rozrodczości i Ginekologii PAM w Szczecinie, Klinika Niepłodności i Endokrynologii Rozrodo AM w Poznaniu przy współpracy Serono Symposia International organizują kurs: **Leczenie niepłodności – stymulacja owulacji i inseminacje**. Zgłoszenia: Klinika Rozrodczości i Ginekologii PAM w Szczecinie, tel./fax (0-91) 425-33-12, e-mail: ivf@sci.pam.szczecin.pl
- Centrum Edukacji **Ultrasonograficznej CEDUS**. Kursy szkoleniowe. Uczestnicy otrzymują certyfikaty i punkty edukacyjne OIL oraz PTU i PLTR. Informacje: www.cedus.edu.pl, CEDUS, ul. Fałata 2/22, 02-534 Warszawa, tel/fax 646-41-56, 646-41-50, e-mail: kursy@cedus.edu.pl
- ESDENT NZOZ. Szkolenia dla lekarzy **stomatologów**. Informacje: ul. Pomarańczowa 8, 54 - 058 Wrocław, tel. (0-71) 353-83-51, tel./fax 354-02-17, www.ede.pl biuro@ede.pl
- Mazurska Szkoła **Ultrasonografii i Ginekologii**. Szkolenia dają prawo do punktów edukacyjnych izby lekarskiej. Informacje i zapisy: Marlena Boroń, 12-200 Pisz, ul. Leśna 18, tel./fax (0-87) 423-36-57, tel. kom. 504-075-804, e-mail: usg@usg.pisz.pl, www.usg.pisz.pl
- Medyczne Szkolenia **Podyplomowe PAKT**. Kursy. Informacje: www.msp-pakt.med.pl, e-mail: pakt.pakt@wp.pl tel. (0-32) 251-22-64,
- Roztoczańska Szkoła **Ultrasonografii**. Kursy. Informacje: www.usg.com.pl, tel. (0-84) 638-80-90, 638-55-12
- Wielkopolska Szkoła Diagnostyki Obrazowej. Praktyczne kursy **ultrasonograficzne**. Zajęcia i zakwaterowanie w ośrodku szkoleniowym w Puszczykowie k. Poznania lub w okolicach. Nr konta: 92-1090-1362-0000-0000-3612-1908. Szkolenia dają prawo do punktów edukacyjnych izby lekarskiej. Zapisy: Wielkopolska Szkoła Diagnostyki Obrazowej, tel./fax (0-61) 819-25-00, tel. kom. 0603-762-041, e-mail: obraz@obraz.pl, www.obraz.pl
- Dolnośląska Szkoła **Ultrasonografii**. Szkolenia podstawowe Informacje i zgłoszenia: Wrocławskie Centrum Promocji, ul. Śniadeckich 10, 51-604 Wrocław, tel. (0-71) 348-39-66 lub 0606-350-328, e-mail: r.baran@neostrada.pl, <http://www.usg.webd.pl/>
- Medical Tribune Polska. Szkolenia dla lekarzy **POZ**, lekarzy **rodzinnych**, lekarzy specjalizujących się w **chrobach wewnętrznych** oraz wszystkich zainteresowanych daną tematyką. Informacje i rezerwacja miejsc: 0-800-12-02-93 (linia bezpłatna), e-mail: apd@m-t.pl, www.m-t.pl

opr. (u)

e-mail: u.bakowska@gazetalekarska.pl

Krzysztof Makuch



W XXVI Mistrzostwach Świata Medyków (World Medical and Health Games), które odbyły się w dn. 2-9 lipca w Alicante, uczestniczyła dwukrotnie mniejsza niż w latach ubiegłych reprezentacja polskich lekarzy. Ale to nie obawa przed rozjuszonym bykiem, lecz odległość i wciąż ogromne jak na lekarskie budżety koszty ograniczyły udział naszych sportowców.

Do dynamicznie rozwijającego się Alicante położonego w malowniczym regionie Hiszpanii Costa Blanca przyjechało 3 tysiące medyków z 37 krajów. Uroczystość otwarcia WMHG poprzedziła defilada uczestników. Barwny korowód z narodowymi flagami, który przeszedł ulicami miasta do portu robił duże wrażenie. Nie mniej-

szcze poziom zawodów, który zaowocował wieloma wspaniałymi wynikami, co przy upałach dochodzących do 40 stopni C świadczy o wysokich umiejętnościach i trafionej formie medyków. I choć o medale w tym roku było wyjątkowo trudno, nasi reprezentanci powrócili z tarczą.

Najwyżej należy ocenić lekkoatletów, których wyniki były miłą niespodzianką. Tym razem królem biegni został Daniel Bzowski, debiutant na WMHG i zarazem

najmłodszy z Polaków. Daniel, stażysta w I Szpitalu Wojskowym w Lublinie, zdobył 4 złote medale (800 m, 1500 m, 5000 m, półmaraton) nokautując rywali. Trudno się dziwić, gdyż urodzony we Lwowie Daniel uprawia bieganie od szkoły podstawowej w Lubyicy Królewskiej, poprzez klub Tomosovia w Tomaszowie Lubelskim. W latach 1997-1998 był członkiem kadry narodowej juniorów, a swoje sukcesy kontynuował na studiach łącząc sport z nauką, o czym może świadczyć średnia (4,65) na zakończenie studiów. Należy życzyć Danielowi porównywalnej formy na LEP-ie i wygranej batalii o rydenturę z neurologii.

Biegowym multimedalistą został Jacek Łabudzki, lekarz rodzinny z Sandomierza, zdobywając fantastycznym finiszem złoto na 1500 m, srebro na 800 i cross country, brąz na 5000 m i w półmaratonie z doskonałymi czasami. Najlepszy zeszłoroczny sprinter Robert Roma-

nek musiał zadowolić się dwoma srebrami na 100 i 400 m i 4 miejscem na 200 m. Medalowy dorobek na stadionie uzupełnili Miśka Przyłuska, szcześcińska anestezjolog – sztafeta 4x100 m (srebro) oraz Sebastian Gajlewicz (Novartis) z Olsztyna w rzucie oszczepem (brąz). Miśka zdobyła jeszcze srebrny medal na pływalni 100 m stylem klasycznym, a jej 4 miejsce 100 m stylem dowolnym oraz 5 miejsca na bieżni na 800 i 1500 m zostały osiągnięte z lepszymi niż w ubiegłym roku wynikami.

Wielkim pechowcem lekkoatletycznego stadionu został Jurek Starzyk, krakowski endokrynolog, z 4. miejscami w pchnięciu kulą, rzutem dyskiem i oszczepem. Na szczególne wyróżnienie zasługują brązowe medale Bogdana Ostapowicza, dentysty z Sollingen (Niemcy), jednego z najstarszych uczestników WMHG – w biegu na 100 m oraz w tenisie stołowym.

Życie doktora Ostapowicza nierozzerwalnie łączy się ze sportem. Absolwent wrocławskich uczelni AWF i AM, gimnastyk, ciężarowiec, akrobata, tenisista, zawodnik i trener, który nie opuszcza żadnej imprezy sportowej medyków i polonij-



Golf w Binowie



W dn. 21-22 maja na 18-dołkowym polu golfowym (par 72) zostały rozegrane V Mistrzostwa Polski Lekarzy w Golfie w kategoriach brutto i netto kobiet oraz brutto mężczyzn.



Wyniki: Brutto kobiet: 1. Ewa Duda – 95, 2. Danuta Cieślak-Marcinkowska – 100, 3. Maria Sowa – 115, 4. Agnieszka Predko-Engel – 121, 4. Katarzyna Buryan-Marosz. **Netto kobiet:** 1. Ewa Duda – 67, 2. Danuta Cieślak-Marcinkowska – 78, 3. Maria Sowa – 79, 4. Agnieszka Predko-Engel – 89, 5. Katarzyna Buryan-Marosz – 108. **Brutto mężczyzn:** 1. Andrzej Szmít – 86, 2. Artur Śliwiński – 94, 3. Marek Nowakowski – 94, 4. Piotr Kasprzak – 99, 5. Rafał Przybylski – 101, 6. Włodzimierz Ponto – 102, 7. Wojciech Grzelak – 109, 8. Włodzimierz Senger – 112, 9. Andrzej Kleinert – 116, 10. Waldemar Truszkiewicz – 117, 11. Paweł Maciejczak – 117, 12. Bronisław Pałys – 119, 13. Cezary Turostowski – 120, 14. Mirosław Nienartowicz – 122, 15. Marek Wichrowski – 123, 16. Bogdan Adamek – 125, 17. Andrzej Kobielski – 126, 18. Tomasz Hamera – 128, 19. Jerzy Szymczak – 138, 20. Andrzej Marcinkiewicz – 158, 21. Przemysław Dydyć – 163.



Tekst i fot. Maciej Mroźewski





nych, pięciokrotny medalista II Igrzysk Lekarskich w Zakopanem.

Równie trudno o medale było w tym roku na pływalni, stąd 3 medale srebrne chirurga z Łodzi Jacka Śmigielskiego (50 m motylkowym, 100 m dowolnym, sztafeta), uzupełnione brązowym medalem (100 m klasycznym) oraz 4 miejscem (200 m zmiennym) są war-

te podkreślenia. 4 medale wypluwała Iwona Damjanowicz (srebrne 400 i 800 m dowolnym, brązowe 200 m zmiennym oraz w sztafecie), 2 Krzysztof Kawecki z Bydgoszczy (srebro w sztafecie i brąz 200 m zmiennym) oraz Grzegorz Kamiński z

Warszawy (brąz 100 m dowolnym oraz 50 m grzbietowym). Dzielnie, choć bez medali pływali Dorota Wiesiołek i Jurek Starzyk. Pierwszą damą z jedynym kobiecym złotym medalem została Bożena Kędzierska, dentystka z Pułtuska (złoto w tenisie ziemnym w grze deblowej), uzupełnionym brązem w singlu. Bożence niewiele zabrakło do medalu na 400 m i pewnie gdyby nie kolizja terminów zawodów na stadionie i korcie jej dorobek medalowy byłby większy.

Ogromnego pecha na kortach w Alicante goszczących w ubiegłym roku półfinalistów pucharu Davisa, miała Agnieszka Widziszowska, którą kontuzja

pozbawiła medalu. Dorobek medalowy na korcie uzupełnił Stefan Rykowski, urolog ze Sztokholmu, pracujący wcześniej

w Warszawie. Etatowym złotym medalistą na szermierczych planszach jest dentysta, specjalista z ortodoncji Andrzej Drelich z Lublina (2 złota: floret i szabla). Dwa medale zdobyli nasi judocy: Grzegorz Gawryś srebro, a Maciej Niedźwiecki brąz. Honoru naszych cyklistów bronił Janusz Lewandowski z Koniakowa zdobywając w kolarstwie

górkim brązowy medal. 8 medali zdobyli nasi tenisiści stołowi.

Złoto w prestiżowej najsilniej obsadzonej kategorii B zdobył Walenty Kolcow, absolwent gdańskiej AM, pokonując w finale 3:1 Włocha Francesco Sabato, późniejszego zwycięzcę turnieju open.

Wala urodzony w Wilnie był wielokrotnym medalistą i reprezentantem Litwy i obecnie łączy sport ze specjalizacją z kardiochirurgii w Gdańsku. Do złota w parze z Grzegorzem Winkielem zdobył srebro w deblu. Grzegorz, ginekolog z Obornik Śląskich (aktu-

alny mistrz Polski lekarzy) zdobył jeszcze 2 medale brązowe w singlu i w deblu + 45 z Krzysztofem Makuchem. Dorobek rodzinny Winkielów powiększyła żona Grzegorza Ewa w mikście i jest to zapewne pierwszy medal mistrzostw świata zdobyty przez pracownika Narodowego Funduszu Zdrowia.

W grach zespołowych polskich barw bronili siatkarze. Drużyna Wojskowego Szpitala Klinicznego w Bydgoszczy wzmocniona na pozycji libero Dominiką Leśniewicz obroniła na hali brązowy medal, a zdekompletowanej drużynie Polish Medical Chamber z Dar-

kiem Czaprowskim i Sebastianem Gajlewiczem z Novartis wspomaganej przez Maćka Jachymia-

ka i zawodników z Włoch i Słowenii przypadło miejsce piąte. Jeszcze lepiej wypadli nasi siatkarze w piłce plażowej zdobywając na 37 drużyn srebro (MCH Bydgoszcz) i 4 miejsce (Novartis: Czaprowski, Gajlewicz, Ciuńczyk). Najbardziej aktywnym zawodnikiem był Maciej Jachymiak z Nowego Targu, który walczył na tenisowych kortach, boisku piłkarskim z drużyną portugalską, siatkarzami PMCH, a na koniec z sukcesem i brązowym medalem z węgierskimi koszykarzami drużyny Magor.

Nasz występ w Hiszpanii, mimo nielicznej ekipy, należy uznać za udany. Doskonała organizacja i gościnność gospodarzy podkreślających 3-milionowy dochód dla turystyki są warte rozważenia czy nie pokusić się o organizację WMHG w Polsce. A już od 7 do 11 września w Zakopanem III Ogólnopolskie Igrzyska Lekarskie z udziałem lekarzy z innych krajów. Zapowiada się wspaniała impre-



za sportowa i integracyjna. To już pora, abyście i Wy spróbowali swoich sił. Do zobaczenia.

Pozdrowienia z wakacji

W dn. 22-26 czerwca na Mazurach bawili anestezjolodzy z Mazowsza. Pływali jachtami Tango 780 sport po Wielkich Jeziorach Mazurskich.

Nowoczesne, osmiometrowe łódki z potężnym żaglem to przyjemność i komfort żeglowania. W regatach zwyciężyła załoga z Makowa Mazowieckiego ze sternikiem Marcinem Zawadowskim, przed Przasnyszem z Józefem Reznem i Warszawą z Piotrem Orliczem.

Zabawę połączono ze szkoleniem o najnowszych algorytmach terapii płynowej we wstrząsie, z udziałem konsultanta krajowego prof. Ewy Mayzner-Zawadzkiej. Najważniejsze, że dopisała pogoda. Było wietrznie i słonecznie, czyli żeglarsko.



Szampan dla zwycięzczy

Józef Reznier

Zjazdy koleżeńskie

Wydział Lekarski AM Kraków, rocznik 1980

W dn. 7-9 X, z okazji 25 rocznicy ukończenia studiów, zjazd koleżeński w WZW „Kościelisko” w Zakopanem. Przewidywany koszt uczestnictwa 350 zł. Nr konta PKO BP S.A.: 12-1020-4955-0000-7802-0072-6695, hasło „Zjazd koleżeński”. Potwierdzenie zgłoszeń: kol. Ewa Krupa, tel./fax (0-14) 621-44-44, kol. Iwona Braty-Szott, tel. 0601-519-426, kol. Witold Solarz, tel. 0601-414-654 oraz e-mail: sowitek@interia.pl

Wydział Lekarski ŚAM, rocznik 1969-1975

W dn. 14-16 X w Hotelu „Wilga” w Ustroniu kolejny zjazd, tym razem po 30 latach od ukończenia studiów. Zgłoszenia z aktualnymi adresami: Komitet Organizacyjny Zjazdu Absolwentów ŚAM, rocznik 1969-75, ul. Bocianów 12/2, 40-522 Katowice, dr Ewa Grzesiak-Kubica, e-mail: sam1975@op.pl, Ewa, Andrzej, Leszek, Stefan.

AM we Wrocławiu, rocznik 1948-1953

17 IX spotkanie koleżeńskie absolwentów rocznika 1948-53 AM we Wrocławiu. Opłata za uczestnictwo od absolwenta/osoby towarzyszącej 150 zł. Wpłaty na konto Dolnośląskiej Izby Lekarskiej we Wrocławiu: 17-1540-1030-2001-7753-6075-0001, do 10 IX, z dopiskiem „Zjazd Koleżeński 1953”. Informacje: Sekr. DIL we Wrocławiu, tel. (0-71) 798-80-50 oraz dr Marian Wolek, tel. 322-80-28.

Wydział Stom. AM we Wrocławiu, rocznik 1980

15 X spotkanie koleżeńskie z okazji XXV rocznicy ukończenia Wydziału Stom. AM we Wrocławiu. Opłata za uczestnictwo od absolwenta/osoby towarzyszącej 200 zł. Wpłaty na konto Dolnośląskiej Izby Lekarskiej we Wrocławiu: 17-1540-1030-2001-7753-6075-0001 do 30 IX, z dopiskiem „Zjazd Koleżeński 1980”. Panie prosimy o podanie nazwiska obecnego oraz z okresu studiów. Informacje: sekretariat DIL we Wrocławiu, tel. (0-71) 798-80-50 oraz dr Barbara Kotowska (0504-205-699) i dr Bożena Kłosińska (0605-268-729). Za Komitet Organizacyjny: Elżbieta Brońska, Alicja Dziwiątkowska, Bożena Kłosińska, Andrzej Komorski, Barbara Kotowska.

Wydział Lekarski i Stomatologii ŚAM, rok 1955

Absolwenci są proszeni o zgłoszenie swojego udziału w uroczystości odnowy dyplomu (50 lat) podczas Inauguracji Roku Akademickiego 2005/2006 5 X 2005 r. o godz. 10.00 w sali Centrum Kultury w Katowicach, pl. Sejmu Śląskiego 2. O godz. 9.00 odbędzie się Msza św. dziękczynna w Katedrze Chrystusa Króla w Katowicach. Zgłoszenia Wydział Lekarski – kol. Ziuta Niemciewicz, 43-100 Tychy, ul. Nowokościelna 74, tel. (0-32) 227-24-25; Oddział Stomatologii – kol. Barbara Sakowska 41-200 Sosnowiec, ul. Małachowskiego 10/5, tel. (0-32) 266-25-79. Informacje: w biurze organizacji i zarządzania ŚAM, p. Jerzy Wójcik, tel. 208-35-79. Zyga Wawrzynek, Stowarzyszenie Wychowanków ŚAM

u.bakowska@gazetalekarska.pl

Zjazdy koleżeńskie w Internecie www.absolventus.pl

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

sport@gazetalekarska.pl

IV Mistrzostwa Polski „MEDYKÓW” w Strzelectwie Sportowym

Klub Strzelectwa Sportowego „FENIKS” w Węgrowie oraz Lekarski Klub Strzelecki „DZIEWIĄTKA” przy OIL w Warszawie zapraszają lekarzy, osoby związane z szeroko pojętą medycyną oraz sympatyków służby zdrowia w dn. 1-2.10.br na IV Mistrzostwa Polski „MEDYKÓW” w Strzelectwie Sportowym. Zawody zostaną przeprowadzone w konwencji open (wspólnie dla kobiet i mężczyzn). Przewiduje się przeprowadzenie następujących konkurencji strzeleckich: pistolet standardowy (małokalibrowy) 20+20+20, pistolet centralnego zapłonu 10+10, karabinek sportowy 20. Warunkiem uczestnictwa jest dokonanie zgłoszenia: 07-100 Węgrów, ul. Bohaterów Warszawy 10; tel. (0-25) 691-73-08, 792-45-59, 0606-120-892; faks 691-73-08; e-mail: radek97@poczta.fm oraz wniesienie opłaty startowej na rzecz organizatora w wysokości 100 zł. Udział mogą brać zawodnicy dysponujący własną bronią sportową, można również skorzystać z broni organizatora. Atrakcyjne nagrody. Możliwość zakwaterowania przed i po zawodach.

Z Olsztyna do Poraja

W dn. 28-29 maja odbył się 4 Ogólnopolski Rajd Rowerowy Lekarzy organizowany przez Okręgową Izbę Lekarską w Częstochowie.



Udział wzięło ok. 200 uczestników: lekarzy wraz z rodzinami, z całego kraju. Rajd z Olsztyna do Poraja przebiegał dwiema trasami: 35- i 55-kilometrowej długości. Każdej grupie towarzyszył przewodnik PTTK. Na mecie w Poraju odbyło się spotkanie integracyjne przy grillu. Dzieci miały możliwość uczestniczenia w licznych zabawach na świeżym powietrzu, nagradzanych drobnymi nagrodami. Najmłodszy uczestnik rajdu zostali uhonorowani medalami. Dodatkową atrakcją imprezy, która na stałe wpisała się w kalendarz rajdu, było zwiedzanie w niedzielę 29 maja klasztoru na Jasnej Górze. Pod opieką paulina o. Szymona kolejny raz obejrzeliliśmy Bibliotekę Jasnogórską, obcując z XV-wiecznymi białymi krukami.

Tomasz Klimza, fot. Mariusz Janikowski i Paweł Rakus

Regaty 2005

W dn. 11-12 czerwca rozegrano II Mistrzostwa Izb Lekarskich w Żeglarskim – klasa Omega.

Kolejny raz entuzjaści żeglarskiego sportu spotkali się w Szczecinie w gościnnej Marinie Jacht Klubu AZS-Szczecin. Uczestniczyło 14 załóg, w tym z Olsztyna, Opola, Poznania, Katowic, Bielska-Białej, Torunia i Piły. Po zakończeniu biegów w dniu pierwszym wieczorem część załóg wybrała się na Wały Chrobrego, aby obejrzyć atrakcje wielkiej marynistycznej imprezy Dni Morza w Szczecinie. Zawody zaszczylił swoją osobą prezes Naczelnej Rady Lekarskiej kol. Konstanty Radziwiłł, również zapalony żeglarz, który nie omieszkał sprawdzić swoich umiejętności na naszym akwenie. Organizatorów płci pięknej ucieszyła obecność pań żeglarek, które wyróżniono nagrodami specjalnymi.

Wyniki 1. SZCZECIN – Paweł Rawski, Maciej Sz wajkiewicz, Radosław Turowski; 2. KATOWICE – Jacek Madejski, Ryszard Michalik, Jacek Węglorz; 3. ŁÓDŹ – Ryszard Golański, Piotr Tume, Andrzej Marciniak; 4. SZCZECIN – Jarosław Gotembiewski, Sebastian Kwiatkowski, Paweł Studnicki; 5. POZNAŃ – Ryszard Szeszycki, Paulina Chałupka, Mariusz Łaciński; 6. ŁÓDŹ – Paweł Susłowski, Jerzy Puzio, Paweł Machała; 7. POZNAŃ – Mariusz Magoń, Dariusz Borowiak, Maciej Waligórski; 8. SZCZECIN – Jacek Siwulski, Zbigniew Grelecki, Waldemar Mazur; 9. SZCZECIN – Mirosław Halczak, Marcin Śledź, Maciej Lewandowski; 10. OLSZTYN – Waldemar Krupa, Zbigniew Gugnowski, Paweł Szpilewicz; 11. BIELSKO BIAŁA – Krzysztof Niespał, Bogusław Pławek, Przemysław Pławek; 12. OPOLE – Piotr Jastrzębski, Tomasz Sochański, Bogusław Lorenc; 13. OPOLE – Dominika Car, Anna Adamska, Andrzej Operacz; 14. TORUŃ – Leopold Gibas, Paweł Talarek, Sebastian Chyłyński.

Halina Ey-Chmielewska, Halina Teodorczyk, fot. M. Mroźewski, H. Teodorczyk



A.B.E. Marketing

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



Clinical Gastrointestinal Endoscopy (książka i DVD)
red.: **Gregory G. Ginsberg, Michael L. Kochman, Ian D. Norton, Christopher J. Gostout.**
Wyd. **Saunders**, VI 2005, str. 896, il. 1200, cena kat. 146,00 GBP

Obszerne źródło informacji przeznaczone dla szkolących się endoskopistów i lekarzy z dużym doświadczeniem i praktyką zawodową, którzy chcą poszerzyć swoją wiedzę w zakresie najnowszych technik.

Opracowanie przygotowane przez zespół ekspertów, pionierów oraz twórców technik endoskopowych ostatnich lat. Książka zawiera obrazy endoskopowe oraz sekwencje wideo wyjaśniające skomplikowane procedury diagnostyczne i terapeutyczne. Cyfrowy zapis danych umożliwia wykorzystanie zgromadzonego materiału ilustringacyjnego we własnych prezentacjach multimedialnych. Omawiane są: diagnostyka i leczenie m.in. choroby refluksowej, infekcji, stanów zapalnych, chorób czynnościowych i nowotworów przewodu pokarmowego.

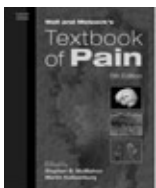
**Green's Operative Hand Surgery e-edition,**

Text with Continually Updated Online Reference,
2-Volume Set (książka i DVD), wyd 5

red.: **David P. Green, Robert N. Hotchkiss, William C. Pederson, Scott W. Wolfe**

wyd. **Churchill Livingstone**, III 2005, c. 335,00 GBP

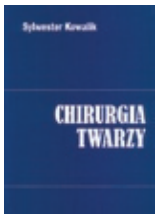
Piąte wydanie najpopularniejszego kompendium wiedzy z zakresu chirurgii ręki stanowi połączenie książki w tradycyjnym drukowanym formacie z zaawansowaną technologią multimedialną, która umożliwiła stałą aktualizację zawartej wiedzy w oparciu o Internet. Nowy międzynarodowy zespół autorów prezentuje najnowsze techniki chirurgiczne, zarówno otwarte, jak i endoskopowe. Światowej klasy specjaliści na łamach książki dyskutują m.in. właściwy dobór sposobów operacji, ocenę pacjenta przed operacją, spodziewane wyniki leczenia i odpowiednie instrumentarium. Nowe rozdziały dotyczą chirurgii stawu łokciowego, przeszczepów skórnych, artroskopii stawu nadgarstkowego, chirurgii rekonstrukcyjnej przedramienia.

**Wall and Melzack's Textbook of Pain**, 5th edition

red.: **Stephen McMahon, Martin Koltzenburg**
wyd. **Churchill Livingstone**, VIII 2005, str. 1280, il. 1125, c. kat. 209,00 GBP

Leczenie bólu zaczyna stanowić w chwili obecnej oddzielną i coraz bardziej ważną dziedzinę medycyny, która wykorzystuje osiągnięcia wielu innych działów nauki i techniki. Opracowanie uaktualnione adresowane jest do specjalistów (neurologów, anezjologów), lekarzy rodzinnych i internistów naukowców zajmujących się bólem od strony nauk podstawowych.

Podzielona na trzy części książka (zagadnienia podstawowe, problemy kliniczne oraz aspekty terapeutyczne) opisuje neurofizjologię, psychologię i klinikę wszystkich zespołów bólowych, w tym bólów krzyża, bólu nowotworowego, bólów głowy, a nawet dolegliwości bólowych w położnictwie. Szeroko i praktycznie potraktowano aspekty terapeutyczne – farmakologię, chirurgię, elektrostymulację, fizjoterapię i psychologię w leczeniu bólu.

Ponadto nadesłano:**Chirurgia twarzy**

pod red. **Sylwestra Kowalika**
wyd. I, 2005, wyd. **PHU „Medop”**, 37-464 Stalowa Wola, ul. Rozwadowska 32, tel. (0-15) 642-23-69, 0605-830-564, e-mail: chirurgia@chirurgiatwarzy.pilicka.pl, www.chirurgiatwarzy.pilicka.pl, str. 446

Publikacja zawiera następujące rozdziały: chirurgia powłok twarzy, operacyjne leczenie nowotworów skóry twarzy, chirurgia ślinianek,

chirurgia nosa zewnętrznego, operacje osteoplastyczne twarzy, chirurgia stawu skroniowego, rekonstrukcja żuchwy, urazy twarzoczaszki, guzy kości twarzowej, operacyjne leczenie nowotworów powiek, chirurgia oczodołów, wolne mikrozespólone przeszczepy, ropnie i ropowice, tracheotomia, czynniki wpływające na gojenie się rany skóry twarzy, piśmiennictwo.

Astma i alergia.

Postępowanie z dziećmi.

Kompletny program, który ma pomóc dziecku w prowadzeniu pełnego i aktywnego życia

Allen J. Dozor, Kate Kelly

łum. **Adam Tuz**

Poznań 2005, **Dom Wydawniczy REBIS**,

60-171 Poznań, ul. Żmigrodzka 41/49, tel. (0-61) 867-47-08, fax 867-37-74, e-mail: rebis@rebis.com.pl, www.rebis.com.pl, str. 470

Autor, profesor pediatrii i ordynator oddziału pulmonologii dzieli się z czytelnikami swoim wieloletnim i bogatym doświadczeniem. Popularyzuje wiedzę o zasadach postępowania z dziećmi chorymi na astmę umożliwiającą im prowadzenie pełnego i aktywnego życia. Dotyczy to m.in. ustalania celów indywidualnego leczenia dla każdego dziecka. Dobra lektura dla lekarzy prowadzących takie dzieci, którzy mogą w rozmowach z rodzicami ustalać właściwy dla danego pacjenta tok leczenia.

**Jesteś tym, co jesz.**

Dieta, która zmieni twoje życie

Gillian McKaith.

łum. **Tomasz Norbert.**

wyd. I, Poznań, **Dom Wydawniczy REBIS**,

60-171 Poznań, ul. Żmigrodzka 41/49, tel. (0-61) 867-47-08, fax 867-37-74, e-mail: rebis@rebis.com.pl, www.rebis.com.pl, str. 470

Autorka – ciesząca się międzynarodowym uznaniem dietetyczka kliniczna, dyrektorka znanej poradni w Londynie. Treść publikacji najlepiej odda cytaty ze wstępu: „W tej książce... chodzi o uświadomienie sobie pewnych spraw, przyswojenie pewnej wiedzy. Jeśli nauczę cię tego i przekonam do przejścia na właściwe rodzaje żywności, wejdiesz na najlepszą drogę do tego, żeby być szczupłym, zdrowym i zadowolonym z życia”. Co najważniejsze bez stosowania diet i ograniczeń, jedząc smacznie, ale stosując pewne proste reguły dobrego odżywiania i trybu życia można osiągnąć pożądane efekty. To wszystko podane w przyjemnej w odbiorze formie graficznej.

**Wybrane umiejętności medyczne**

Artur Mierzecki, Maciej Godycki-Ćwirko

Łódź 2005, **Wydawnictwo „Aktis”**,

90-139 Łódź, ul. Narutowicza 94/15,

tel./fax (0-42) 678-07-77, str. 182

Publikacja broszurowa. Opisy czynności praktycznych opatrzone prostymi rycinami różnorodnych zabiegów odznaczających się różnym stopniem trudności w ich wykonywaniu. Przeznaczona dla lekarzy rodzinnych. Zapoznaje ich z praktyczną, czysto techniczną stroną zabiegu. Obejmuje 83 przypadki przedstawiające pospolite urazy lub rzadsze przypadki, w których prawidłowe postępowanie często pozwoli uniknąć większych urazów lub nawet ratuje życie pacjenta.

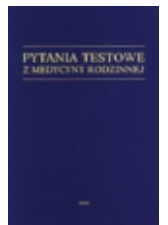
**Pytania testowe z medycyny rodzinnej**

nakł. **„Lekarz Rodzinny”, Wydawnictwo „Aktis”**,

90-139 Łódź, ul. Narutowicza 94/15, tel./fax (0-42) 678-07-77,

str. 168

Pytania testowe z programu edukacyjnego „Lekarza Rodzinnego” i Kolegium Lekarzy Rodzinnych w Polsce. Dotyczą artykułów opublikowanych w 2004 r. Program akredytowany i zalecany przez Kolegium Lekarzy Rodzinnych w Polsce i przez Okręgową Izbę Lekarską w Łodzi.

**Domowe Vademecum.**

Wszystko co powinniśmy wiedzieć o lekach w domowej apteczce.

mgr farm. **Justyna Pujdak-Osiek,**

prezes Unii Farmaceutów

nakł.: **Unia Farmaceutów – Właściciele Aptek,**

00-591 Warszawa, ul. Klonowa 6, Warszawa 2005, str. 48

Poradnik w prosty sposób zapoznaje z podstawowymi zasadami stosowania i przechowywania leków. Składa się z 16 rozdziałów, z których każdy odpowiada na jedno z najczęściej zadawanych przez pacjentów aptekarzom pytań. Broszura wydana w ramach Ogólnopolskiego Programu na Rzecz Bezpiecznego Stosowania Leków, bezpłatnie rozdawana w aptekach.



opr. md