

12 2007

Gazeta
ISSN 0867-0146
Lekarska
Pismo Izb Lekarskich

Egzemplarz bezpłatny



**Nokaut
przez
opt-out**



Taniec z gwiazdami

Premier Donald Tusk zapowiedział przestawienie z głowy na nogi organizacji ochrony zdrowia „Nie można dłużej szantażować lekarzy i pielęgniarek ich poczuciem odpowiedzialności i gotowością do nadzwyczajnych poświęceń” – mówił premier w swoim exposé. Pracownicy ochrony zdrowia doczekają się wreszcie godziwych wynagrodzeń – dodał. Deklaracja to może niezbyt oryginalna, gdyby nie to, że ten manewr ma być dokonany bez wzrostu publicznych funduszy. Młodzież lekarska ma przestać trząść się ze strachu przed LEP-em i widmem blokowania dostępu do specjalizacji. Deklaracji i zakłęb było zresztą znacznie więcej. Mit bezpłatnej służby zdrowia systematycznie pęka, wierzą w nią tylko naiwni obywatele i uciekający od realnej rzeczywistości politycy. Premier ani razu w całym wystąpieniu nie powiedział, że coś nadal będzie bezpłatne. Za to sporo opowiadał o konkurencyjności i faktycznych gospodarzach szpitali, którzy z dala od politycznego centrum decydują mądrzej i taniej. Ta nowa droga do skutecznej przebudowy wymaga, zdaniem premiera, zaufania obywateli i pokory wobec możliwości biurokracji centralnej. Zaufania to rządowi Tuska tylko pozazdrościć, wystarczy zerknąć na sondaże. A pokorze, odwadze i kompetencji nowych ministrów i urzędników przyjrzymy się tak samo bacznie, jak ich poprzednikom. W korowodzie obietnic, któremu akompaniowały już to oklaski, ochy i achy, już to ponure pomruki i harmider, premierowi przytrafił się nawet lapsus, kiedy powiedział, że „najlepiej obmyślony plan naprawy systemu ochrony zdrowia nie powiedzie się, jeśli zabraknie pacjentów... nie, pacjentów nie zabraknie – jeśli przy pacjentach zabraknie pielęgniarek i lekarzy”.

„Jestem gotowa pójść do piekła, by odwrócić ustawę z klauzulą opt-out” – tak skomentowała nowa minister zdrowia Ewa Kopacz swój pierwszy nie lada kłopot na urzędzie. Mające wejść w życie od stycznia zasady mówią, że lekarze mogą pracować 48 godzin tygodniowo. Zgodnie z nimi lekarzom należy się też 11 godzin nieprzerwanego odpoczynku. Do tych przepisów jest tzw. klauzula opt-out, która umożliwia dłuższą pracę. Nowa ustawa nie daje szans na ułożenie szpitalnego grafika dyżurów. Nawet zgoda pracownika tu nie pomoże – alarmują dyrektorzy szpitali. Rząd wymyślił, by o rok przesunąć wejście w życie ustawy, a to jest sprzeczne z prawem unijnym. Granie na nosie lekarzom może się bardzo smutno skończyć. W Nowym Sączu zapadły właśnie korzystne dla 29 lekarzy wyroki sądowe. Będzie zgoda lekarzy na pracę dłuższą, w zmianach odpowiednio, zgodne z naszymi postulatami, pensje zasadnicze – zapowiedział szef OZZL Krzysztof Bukiel. Związek chce, by kwestia ta została rozwiązana albo przez ustawę o płacach minimalnych, albo przez podpisanie układu zbiorowego pracy, albo przez podniesienie wyceny świadczeń medycznych.

Czy lekarze zgodzą się na dłuższą pracę za to samo wynagrodzenie? Na razie nikt nie ma skutecznej recepty. Ale sytuacja jest dość komfortowa, bo można dużo wywalczyć, nie robiąc nic. Nie można tylko dać się zastraszyć różnym luminarzom w szpitalach i klinikach, którzy pilnują tam wyłącznie swojego interesu. Oni zawsze domagają się reformy wszystkiego z wyjątkiem własnych bastionów konserwujących służalczość i nepotyzm. Tak naprawdę nikomu nie zależy, by lekarze dobrze zarabiali. Po pierwsze, nie ma aprobaty społecznej dla wysokich zarobków lekarzy. Po drugie, władza dobrze wie, że wraz ze wzrostem zarobków dramatycznie spada poddańczość. To niskie zarobki wciąż powodują, że lekarze pracują ponad siły, że zgadzają się na wszystko i nie chcą ryzykować utraty pracy. Jest okazja, aby z tym skończyć.

Marek Stankiewicz
naczelnny@gazetalekarska.pl

W numerze między innymi

Czas na nowo	4-11
Okiem Prezesa	5
Z Narodzenia Pana...	13
Nasi w parlamencie	14-16
Mobberator polski	20-21
Opieka farmaceutyczna	22-24
Przychodzi lekarz do prawnika	32-33
Lekarski sport	36-38
Kalendarz: kursy, szkolenia, zjazdy	41
Książki nadesłane	42-43
Praca: konkursy, zatrudnię, szukam	46-58
Ogłoszenia różne	59-60
Program TVN Med.	61

Biuletyn NRL



Zbieraj **punkty edukacyjne**
przez **Internet**

www.kursy.portalmed.pl

Największa baza ofert pracy dla lekarzy
www.praca.gazetalekarska.pl

Od 1 stycznia 2008 r. zmieniają się przepisy dotyczące czasu pracy lekarzy.

Wreszcie (środowisko walczyło o tę zmianę od dawna) dyżury zostały wliczone w czas pracy. Teoretycznie będzie lepiej – lekarze będą pracować mniej, pacjenci tym samym będą bezpieczniejsi. Niestety, zanoszą się na to, że pięknie będzie jedynie w teorii.

Zacznijmy od uporządkowania. Według znowelizowanej ustawy o zakładach opieki zdrowotnej (Dz. U. z 2007 r., nr 176, poz. 124) przeciętnie tygodniowa norma czasu pracy lekarza wyniesie 37 godz. 55 min. Może on zostać wydłużony do 48 godz., ale wtedy pracodawca ma obowiązek zapłacić medykowi nadgodziny. Warto jednak podkreślić, że pracodawca może polecić wykonywanie pracy w takim wymiarze. Ponadto kodeks pracy ustala 150-godzinny limit roczny nadliczbowek. Ale większość zakładów zwiększa go (maksymalnie do 416 godz. rocznie) po porozumieniu pracodawcy z organizacją związkową. Ale uwaga – do tego potrzebna jest zmiana regulaminu pracy. I oczywiście zgoda pracowników.

Zgodnie z normami UE

Przypomnijmy też krótko, że zmiany te wynikają z przyjętej przez Polskę Dyrektywy Unii Europejskiej 93/104/EC z 1993 r. Ustanawiała ona maksymalny tygodniowy wymiar czasu pracy na poziomie 48 godzin, z możliwością wyłączenia tego ograniczenia za zgodą pracownika (tzw. klauzula *opt-out*). Po raz pierwszy klauzula została wprowadzona na życzenie Wielkiej Brytanii, która borykała się – i nadal boryka – z brakiem lekarzy. Dlatego, mimo pierwotnych zapowiedzi, że po ok. 10 latach w całej wspólnocie medycy nie będą pracować dłużej niż 48 godz. na tydzień, do dziś dnia nie zniesiono tej klauzuli.

Lekarz potrzebny od zaraz

Polska także boryka się z brakiem lekarzy. Przez lata politycy nie zauważali, że jesteśmy krajem o jednym z najniższych wskaźników liczby lekarzy przypadających na tysiąc mieszkańców.

Według obliczeń Naczelnej Rady Lekarskiej, by zapewnić opiekę chorym i być

w zgodzie z nowym prawem, należałoby od stycznia zatrudnić w polskich szpitalach dodatkowo 30 tys. lekarzy.

Podobnymi danymi dysponuje również OZZL. Co ciekawe, inne dane podaje Ministerstwo Zdrowia, które wyliczyło, że w całej Polsce jest 15 tys. wolnych etatów. I na tyle wylicza zapotrzebowanie na kadrę po 1 stycznia. Chociaż np. ze wstępnych szacunków stołecznego ratusza wynika, że tylko w dziewięciu miejskich placówkach zabraknie ponad 500 lekarzy.

Dziś w polskich szpitalach pracuje ok. 70 tys. medyków. W dodatku kilka tysięcy co roku decyduje się na pracę za granicą. Średni miesięczny czas ich pracy to razem z dyżurami ok. 280 godz. Do standardów należą 24-godzinne dyżury, a nawet 48-godzinne – w weekendy. Teraz takie dyżury nie będą możliwe. Najbardziej poszukiwani są specjaliści anesteziolodzy, chirurdzy, kardiolodzy, radiolodzy, specjaliści chorób wewnętrznych i psychiatry.

– Dla małych placówek, które zatrudniają 3-4 lekarzy na oddziale, to będzie dramat, bo może się bardzo szybko okazać, że placówkę trzeba będzie zamknąć z powodu braku personelu – mówi Mieczysław Pasowicz, prezydent Polskiego Stowarzyszenia Dyrektorów Szpitali, „na co dzień” dyrektor krakowskiego szpitala im. Jana Pawła II.

Oddolna reforma?

Dyrektor Pasowicz nie jest w swoim zdaniu odosobniony. – Mówiąc pół żartem pół serio dostosowanie czasu pracy do norm unijnych może okazać się najlepszym sposobem na oddolne zorganizowanie sieci szpitali, bo wiele placówek po prostu przestanie istnieć – mówi Adam Kozierekiewicz, ekspert wydziału Ochrony Zdrowia Instytutu Zdrowia Publicznego Collegium Medium Uniwersytetu Jagiellońskiego.

Wszyscy podkreślają, że więcej lekarzy nie da się zatrudnić, bo ich po prostu nie ma – szczególnie w miejscowościach, gdzie nie ma akademii medycznych. – Na emigrantów, tak jak rozwiązała ten problem Wielka Brytania, też nie możemy liczyć – podkreśla Dariusz Hankiewicz,

dyrektor ZOZ-u w Radzynie Podlaskim. – Przede wszystkim dlatego, że nie jesteśmy w stanie zaproponować im dobrych zarobków, a warto pamiętać, że np. nasi czescy i słowaccy koledzy zarabiają więcej od nas, i to raczej Polacy jeżdżą do nich do pracy niż na odwrót. Z kolei Ukraińcy czy Białorusini, którzy by się zdecydowali na przyjazd do Polski, po akceptacji dyplomu i otrzymaniu pozwolenia na pracę na terenie UE, pewnie wcześniej czy później wybiorą kraj, który lepiej płaci.

Dyrektorzy nie ukrywają, że jedynym kołem ratunkowym jest klauzula *opt-out*. Przed jej pochopnym podpisywaniem ostrzega jednak lekarzy OZZL, który prowadzi akcję *nokaut przez opt-out* (piszemy o tym szerzej na str. 10).

Kto za to zapłaci?

Oprócz problemów kadrowych dyrektorzy placówek mają poważniejszą „zagadkę” – skąd wziąć pieniądze na zapłacenie za dodatkowe godziny pracy.

Z analiz przeprowadzonych przez Ministerstwo Zdrowia wynika, że koszt uznania czasu pełnienia dyżuru za czas pracy zwiększy koszty funkcjonowania szpitali o ok. 750 mln zł. Pytani przez nas dyrektorzy mówią jednak, że są to bardzo zaniżone rachunki. W dodatku ministerialni urzędnicy uważają, że jeśli znaczna część lekarzy pełniących dyżury medyczne wyrazi zgodę na zastosowanie wobec nich klauzuli *opt-out*, koszty powinny być znacznie niższe. Resort robiąc wyliczenia założył także, że w przypadku 1 godziny pracy w ramach pełnionego dyżuru w ciągu dnia wzrosłby jedynie o ok. 11 %, natomiast w nocy o ok. 21 %. Koszt pełnienia dyżuru w soboty, niedziele i święta nie będące dla pracownika dniami pracy, w dni wolne od pracy udzielone pracownikowi w zamian za pracę w niedzielę lub święto oraz w dni wolne od pracy wynikać z przeciętnie 5-dniowego tygodnia pracy nie uległyby zmianie. Oznacza to, że zmiana nie ulegną również stawki, jakie po podpisaniu klauzuli lekarze otrzymują za każdą godzinę pracy.

Już dziś wiadomo, że na takie rozwiązanie nie ma zgody w środowisku.

Odroczony wyrok?

Roczne *vacatio legis* wobec znowelizowanej ustawy o zakładach opieki zdrowotnej to pomysł minister **Ewy Kopacz** na rozwiązanie problemu czasu pracy lekarzy.

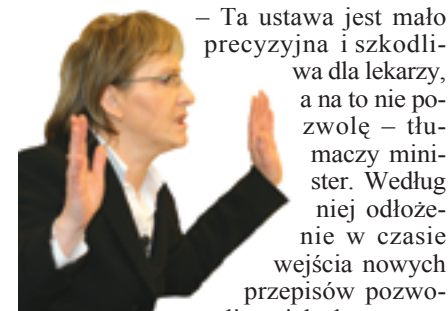


foto: Marek Stankiewicz

– Ta ustawa jest mało precyzyjna i szkodliwa dla lekarzy, a na to nie pozwolę – tłumaczy minister. Według niej odłożenie w czasie wejścia nowych przepisów pozwoli na ich doprecyzowanie i usunięcie wadliwych zapisów (o sprzecznościach i nieprecyzyjnych zapisach piszemy szerzej w tekście „(Nie)korzystna wieloznaczność”). Do tego pomysłu przekonywała środowisko podczas spotkań zarówno z przedstawicielami NIL, jak i OZZL. Jednak lekarze mówią wprost: jeśli nie obieca im się wyższych zarobków, to przesuwanie wejścia w życie ustawy nic nie da. – Doszliśmy do ściany, w systemie muszą się znaleźć większe pieniądze – mówi twardo Krzysztof Bukiel, przewodniczący OZZL. Warunkiem zgody związku na wydłużenie czasu pracy jest pensja w wysokości trzech średnich krajowych dla lekarza specjalisty. Jednak zdaniem nowej minister to nie w pieniądzech tkwi problem. – Każde pieniądze można utopić w tym systemie i nic się nie zmieni. Dlatego chce rozmawiać z kolegami lekarzami o reformie – podkreślała.

Na początek chce uruchomić szybką ścieżkę specjalizacji, umożliwić dyżurowanie rezydentom i dać podwyżki płac młodym lekarzom: 500 zł dla rezydentów i 430 zł dla stażystów. Udało nam się także dowiedzieć, że zostanie zwiększona liczba rezydentur. Jednak te kroki nie rozwiązują sprawy najważniejszej – braku lekarzy w szpitalach przy skróconym czasie pracy, a z zapowiedzi kolejnych rozmów i spotkań wynika tylko jedno: ministerstwo nie wie jak go rozwiązać, bo jedynym konkretnym pomysłem jest „zasilenie” kadr szpitalnych rezydentami i stażystami. Marek Balicki, były min. zdrowia, uważa, że zamiast *vacatio legis* wystarczy szybko doprecyzować zapisy ustawowe tak, by nie robić dodatkowego bałaganu. Jednak min. Kopacz uważa, że ten czas jest jej potrzebny. Oby tylko nie okazało się, że jest to strata czasu.

AK

Okiem Prezesa

Jest już Rząd, nowe kierownictwo Ministerstwa Zdrowia i, w chwili, gdy piszę ten felieton, nowy Premier wygłasza swoje *exposé*. Trzeba przyznać, że w ponad 3-godzinnej mowie aż 7,8% (ponad 14 minut) przypadło na problemy ochrony zdrowia. Usłyszeliśmy:

- „Planujemy naprawę systemu ochrony zdrowia, ale nie oferujemy Polakom rewolucji... **Będziemy kontynuować niektóre dobre, choć zaniechane projekty naszych poprzedników.** Odrzucimy to, co źle wróży powodzeniu planu naprawczego.
- **Przedstawimy Sejmowi projekt ustrojowej ustawy, całościowej ustawy o systemie ochrony zdrowia.** W tej dziedzinie zrobimy wszystko, aby celem nadrzędnym naszej polityki było zdrowie pacjenta.
- **Doprowadzimy do tego, aby placówki ochrony zdrowia, publiczne i niepubliczne, były traktowane jednakowo** i miały równe szanse konkurencji o kontrakty z instytucjami ubezpieczenia zdrowotnego. Konkurencyjność jest wypróbowaną metodą podniesienia jakości oferowanych świadczeń zdrowotnych. Konkurencja o kontrakty z poszczególnych funduszy ubezpieczeniowych szpitale i przychodnie zostaną przez ekonomię zmuszone do oferowania szerszego asortymentu świadczeń i ich wyższej jakości.
- **Obok sprawności całego systemu godziwe wynagrodzenia w ochronie zdrowia będą naszym priorytetem...** Poprzez system konkurencji wśród instytucji ubezpieczeniowych oraz świadczeniodawców doprowadzimy do wzrostu zarobków personelu medycznego.
- **Przekształcimy publiczne placówki ochrony zdrowia, które w przeważającej większości dzisiaj należą do samorządów, w spółki prawa handlowego.**
- Chcemy dokończyć zarzucony przez poprzedników proces restrukturyzacji publicznych placówek ochrony zdrowia. **Szpitala, które wykonały programy naprawcze w ramach pomocy publicznej i zachowują bieżącą równowagę finansową, będą mogły skorzystać z restrukturyzacji finansowej dawnych długów.**
- Geografia placówek ochrony zdrowia, a w szczególności tzw. **sieć szpitali zostanie ukształtowana przez wybór pacjentów dokonany na podstawie oceny poziomu danej placówki, a nie przez polityczne decyzje rządu centralnego.**
- **Dlatego będziemy chcieli podzielić Narodowy Fundusz Zdrowia na konkurujące między sobą instytucje ubezpieczenia zdrowotnego.** Chcemy, żeby nie urzędnik centralny, ale każdy obywatel decydował, jak wydaje i gdzie wydaje swoje przeciwieństwo pieniędzy na ochronę zdrowia.
- **Będziemy chcieli, a wymaga to odwagi i kompetencji, precyzyjnie określić zakres i wartość podstawowych świadczeń zdrowotnych, które przysługują ubezpieczonemu w ramach płaconej składki.** W sytuacji, w której powstawać będzie konkurencyjny rynek ubezpieczeń zdrowotnych, potrzebny będzie urząd nadzoru ubezpieczeń zdrowotnych, który będzie nadzorował i kontrolował instytucje ubezpieczeniowe.
- **Obok ubezpieczenia podstawowego będziemy także wprowadzali system ubezpieczeń dodatkowych obejmujących dobrowolną dopłatę do świadczenia podstawowego lub finansowanie świadczeń, które nie będą objęte podstawowym ubezpieczeniem zdrowotnym.**
- **Musimy zreformować politykę refundacji leków.** W świetle ostatnich zdarzeń okazuje się to potrzebą palącą... Chcemy przede wszystkim uwzględnić na liście leków refundowanych preparaty stosowane w rzadkich schorzeniach pediatrycznych. Ceny leków nie mogą odstraszać od ich stosowania, szczególnie tych pacjentów, którzy znaleźli się w dramatycznej sytuacji.
- **Ułatwimy otwieranie specjalizacji i uprościmy zasady ich uzyskiwania. Zbadamy szczegółowo celowość lekarskiego egzaminu podyplomowego w obecnej formie i rozważymy szybką jego modyfikację.**
- **Do naprawy systemu ochrony zdrowia zaprosimy ponad podziałami wszystkich chcących uczestniczyć w tym dziele. To jest wielkie społeczne i narodowe zadanie. Zaprosimy wszystkie środowiska zawodowe, ale zapraszamy w tej sprawie do pilnej współpracy także opozycję.**”

Niestety, nie ma nic na temat zwiększenia publicznych nakładów na ochronę zdrowia. W kontekście zapewnień Premiera o woli zmniejszenia podatków, zwiększenia wydatków publicznych (np. na wzrost wynagrodzeń nauczycieli) z jednoczesnym zmniejszaniem deficytu budżetowego trudne będzie zrealizowanie zwłaszcza obietnic wzrostu wynagrodzeń. Ale z naszą pomocą może i to uda się zmienić!

Wszystkim Koleżankom i Kolegom życzę radosnych Świąt Bożego Narodzenia i wielu dobrych dni w Nowym Roku.



(Nie)Korzystna wieloznaczność

Dorota Leszczyńska

Przesłanką do wprowadzenia zgodnych z dyrektywą unijną norm czasu pracy lekarzy było zrównanie warunków pracy w tym zakresie pracowników medycznych oraz osób pracujących na rzecz przedsiębiorstw z innych gałęzi gospodarki. Rozwiązanie to słuszne, ale jednoznacznych rozwiązań, które należałoby zastosować w praktyce – brak.

Kłopotliwy *opt-out*

Przeciętny tygodniowy czas pracy lekarzy ma wynosić 37 godz. 55 min. Okresem rozliczeniowym nie będzie, jak do tej pory, tydzień, ale miesiąc. W szczególnie uzasadnionych przypadkach, których ustawodawca nie precyzuje, czas pracy pracowników medycznych będzie można rozliczać w oparciu o okres trzymiesięczny. Rozwiązanie to jest korzystne z punktu widzenia pracy szpitala, ponieważ daje możliwość płynnego rozliczania czasu pracy lekarzy. W szpitalnictwie zamkniętym, gdzie istnieje konieczność zapewnienia opieki medycznej przez całą dobę, szef jednostki będzie mógł na podstawie kodeksu pracy – bez zgody lekarza – wydłużyć czas jego pracy maksymalnie do 48 godz. w tygodniu. Okresem rozliczeniowym w tym przypadku będzie jeden miesiąc. W szczególnie uzasadnionych przypadkach, których ustawodawca nie podaje, okres rozliczeniowy może być wydłużony do 4 miesięcy. Twórcy nowelizacji założyli jednocześnie, że w tygodniu pracuje się przeciętnie pięć dni. W rozkładzie dobowym czas pracy będzie wyglądał następująco: podstawowy wymiar dobowy to 7 godz. 35 min., który w uzasadnionych przypadkach będzie można wydłużyć do 12 godz.

Gdyby jednak okazało się, że przy takim systemie czasu pracy w szpitalu brakuje specjalistów, wówczas dyrekcja placówki może wystąpić do lekarzy z propozycją przejścia na tzw. system *opt-out*. Oznaczałoby to, że medyk w tygodniu pracowałby więcej niż 48 godz. Ile dokładnie? Zdania są podzielone. Padają liczby – 60, 72, 78. Skąd się one biorą? Nadrzędną zasadą przy ustalaniu wymiaru czasu pracy jest obowiązek uwzględnienia przysługującego lekarzowi okresu odpoczynku. Kodeks pracy mówi, że medykowi przysługuje 11 godz. na dobę i 35 godz. w tygodniu nieprzerwanego odpoczynku. I tutaj pojawiają się różne warianty przeliczeniowe.

Pierwszy. Jeżeli przyjmujemy, że w przeciętnie pięciodniowym tygodniu pracy le-

karz może pracować maksymalnie 12 godz. dziennie, to przemnożwszy te dwie wartości uzyskamy 60 godz. tygodniowo. Liczba 72, to efekt przeniesienia praktycznego rozwiązania funkcjonującego w państwach członkowskich na polski grunt. Ale niektórzy prawnicy uważają, że tym właściwym wymiarem byłby 78-godzinny czas pracy. Jeżeli bowiem przyjmujemy, że w tygodniu jest 168 godz. (7 dni przemnożone przez 24 godz.) i od tej wartości odejmiemy 55 godz. (11 godz. obowiązkowego nieprzerwanego dobowego odpoczynku przemnożone przez 5 dni roboczych) oraz 35 godz. obowiązkowego nieprzerwanego odpoczynku tygodniowego, wówczas otrzymamy owe 78 godz. pracy w tygodniu.

Należy też pamiętać, że do pracy w systemie *opt-out* lekarza zmusić nie można. Jeżeli jednak medyk zdecyduje się na takie rozwiązanie, wówczas swoją zgodę będzie zobowiązany złożyć na piśmie, a jego oświadczenie woli nie może budzić żadnych wątpliwości. Niepodjęcie pracy w systemie *opt-out*, według ustawowych zapisów, nie może być przesłanką do podejmowania przez pracodawcę jakichkolwiek działań dyskryminujących.

Elastyczny odpoczynek

Trudność z jednoznacznym określeniem wymiaru czasu pracy lekarza, który wyraził zgodę na klauzulę *opt-out*, to nie jedyna nieścisłość zawarta w nowych przepisach. Nie wiadomo jak właściwie odnieść się do pojęcia dyżuru medycznego. Ustawodawca operuje tym pojęciem w odniesieniu do różnych sytuacji prawnych, ale jednocześnie orzekł, że dyżur medyczny należy wliczyć do czasu pracy. Czy zatem mamy do czynienia z dyżurem, czy tylko z wydłużonym czasem pracy? Jeśli jednak przyjąć, że posługiwanie się określeniem dyżuru medycznego jest zasadne, to nie jest oczywiste jak długo powinien on trwać. Mec. Elżbieta Barcikowska-Szydło wychodzi z założenia, że jeżeli lekarzowi przysługuje 11 godz. nieprzerwanego odpoczynku na dobę, a podstawo-

wy czas pracy wynosi 7 godz. 35 min., to na dyżur pozostaje zaledwie 5 godz. 25 min. Natomiast według mec. Leszka Kubicza 11-godzinny czas odpoczynku można rozliczyć w kolejnej dobie. Dlaczego? Ponieważ w nowelizacji zapisano, że 11-godzinny odpoczynek przysługuje – po zakończeniu dyżuru, ale w ustawie nie zapisano jak długi jest dyżur. W praktyce może to oznaczać, że lekarz będzie pracował 24 godziny non stop, a przysługujący mu odpoczynek dobowy zostanie rozliczony w kolejnej dobie.

Nieuchronna praca zmianowa?

Lekarze, dyrektorzy placówek, jak również prawnicy dywagują też nad tym, czy nowe regulacje nie prowadzą prostą drogą do pracy zmianowej. Wówczas medycy, podobnie jak pielęgniarki, pracowaliby w systemie równoważnym – 12/12. Niby logiczne, ale czy słuszne? Lekarze podnoszą, że w takiej sytuacji trudno będzie zapewnić pacjentom właściwą pomoc lekarską. Bowiem, gdyby lekarze wykonywali pracę w tym systemie, to chorzy musieliby mieć kilku lekarzy prowadzących. Pytają: Kiedy mielibyśmy wymieniać się informacjami na temat procesu leczniczego pacjentów? Choć, zdaniem mec. Barcikowskiej, samym lekarzom praca zmianowa mogłaby przynieść wymierne korzyści.

Mogliby ustalić grafik dyżurów w taki sposób, by nie kolidowały one z ich pracą w innych jednostkach, choćby prywatnych gabinetach. Ale droga do tego, według mec. Barcikowskiej, nie będzie ani prosta, ani szybka. W jej ocenie przejście na pracę zmianową, w rozumieniu przepisów prawa pracy, będzie oznaczało istotne pogorszenie warunków zatrudnienia. Wcześniej więc trzeba będzie spisać nowe regulaminy zakładowe, które muszą zatwierdzić związki zawodowe, a negocjacje zapewne potrwać jakiś czas, ale też konieczna będzie weryfikacja umów pracowniczych i w konkretnych przypadkach sporządzenie nowych.

dokończenie na str. 8

Na własną rękę

Agnieszka Katrynicz

Dyrektorzy szpitali alarmują. Po 1 stycznia, kiedy wejdą w życie przepisy dotyczące czasu pracy medyków, w polskich szpitalach może zabraknąć personelu.

Dyrektorzy nie ukrywają też rozgoryczenia. – Po raz kolejny decydeni zostawili nas samych z problemem – mówią. W efekcie w większości placówek trwa dziś gorączkowe układanie grafików i zmian regulaminów pracy. Ale na pytanie jak będzie wyglądała organizacja pracy po 1 stycznia 2008 r. żaden dyrektor nie jest w stanie odpowiedzieć. Z naszych ustaleń wynika, że w każdej placówce problem zostanie rozwiązany inaczej.

Przypomnijmy: dyrektorzy placówek mają do wyboru właściwie trzy wyjścia: kontrakty, zmianowy system pracy lub tzw. opcja *opt-out*, czyli lekarze pozostają na etatach, ale godzą się na pracę w nadgodzinach.

Tylko nie kontrakt

Jednak lekarze niechętnie godzą się na kontrakty. Średnio w szpitalach tylko 10 proc. pracowników medycznych zatrudnianych jest na tych zasadach. – Przeprowadziliśmy sondaż w naszym szpitalu i okazało się, że 70 % personelu chce mieć umowę o pracę, a nie kontraktów – potwierdza Dariusz Hankiewicz, dyrektor ZOZ w Radzynie Podlaskim, czło-

nek NRL. Tymczasem kontrakty wydają się najlepszym wyjściem, a Leszek Wojtowicz, dyrektor Pałuckiego Centrum Zdrowia, wręcz zaapelował, by lekarze wzięli od stycznia roczne bezpłatne urlopy i przez rok pracowali na kontraktach. Z jego wyliczeń wynika bowiem, że na kontrakcie lekarz będzie w stanie zarobić nawet 14 tys. zł przy 3-4 dyżurach w miesiącu. – Nie wiem skąd takie wyliczenia, bo ja mogę dać swoim lekarzom ok. 20 % więcej po przejściu na kontrakt – mówi Hankiewicz.

Wielu dyrektorów zachęca jednak swoich pracowników do przejścia na tę formę zatrudnienia. – Osoba na kontrakcie nie jest moim pracownikiem, więc nie obowiązuje mnie ustawa ograniczająca godziny pracy – wyjaśnia dr Janusz Siemaszko, dyrektor szpitala położniczego przy ul. Infanckiej w Warszawie.

Oprócz nielimitowanego czasu pracy kontrakt ma też inne wady. – Pracując na kontrakcie lekarz płaci sam za siebie składkę ZUS-owską, najczęściej tę najniższą, co może skutkować w przyszłości niską emeryturą – przestrzega Elżbieta Barcikowska-Szydło, radca prawny Warszawskiej Izby Lekarskiej. – Lekarz też sam bę-

dzie się musiał ubezpieczyć, co oznacza dla niego dodatkowe wydatki.

Są też dyrektorzy, którzy kontrakty zachowują tylko dla wybranej grupy medyków. – Na kontrakty przechodzą tylko najlepsi lekarze, do których mamy największe zaufanie – nie ukrywa Jacek Domejko, dyrektor szpitala „Latawiec” w Świdnicy. – To samodzielni fachowcy, dla których *opt out* nie jest tak bardzo atrakcyjny.

Precz ze zmianami

– Zmiany jakie zostały wprowadzone w ustawie o ZOZ właściwie zmuszają placówki do przejścia na zmianowy system pracy w trybie 12 godz. na 12 – mówi Elżbieta Barcikowska-Szydło. Jednak na zmiany nie chce się zgodzić większość lekarzy. – Mamy sygnały, że w większości placówek lekarze nie chcą zgodzić się na pracę zmianową – potwierdza Stanisław Kowarzyk, prezes Opolskiej Izby Lekarskiej. – Ale z drugiej strony są np. oddziały noworodkowe, które od dawna pracują w tym trybie i lekarze bardzo sobie ten system chwala.

Lekarze, którzy nie mieli okazji poprawić w takim systemie, podnoszą mnóstwo wątpliwości. Przede wszystkim nie wiadomo jaka w systemie zmianowym byłaby rola ordynatora. – Tak naprawdę placówka musiałaby przejść na system konsultancki – uważa Adam Kozierekiewicz, ekspert wydziału Ochrony Zdrowia Instytutu Zdrowia Publicznego Collegium Medicum Uniwersytetu Jagiellońskiego. Po drugie, przy zmianach utrudnione, a niektórzy lekarze mówią wprost, że niemożliwe byłoby zapewnienie całości opieki nad pacjentami, bo każdy chory musiałby mieć kilku lekarzy prowadzących. Po trzecie, ale nie mniej ważne, zmiany praktycznie wykluczają możliwość pracy lekarza na drugim

czy trzecim etacie. Nic dziwnego, że do redakcji „Gazety Lekarskiej” przychodzi listy takiej treści: „Nasza dyrekcja proponuje system 2 lub 3-zmianowy zamiast normalnej pracy i dyżurów kontraktowych. Jak się przed tym bronić? Przecież narazi to nas na straty finansowe co najmniej drugiej pensji. Nie ma też należytej obsady. Poza tym szpital to nie fabryka”.

Wyjście awaryjne?

Klauzula *opt-out*, która jest swoistym kołem ratunkowym, jest blokowana przez akcję OZZL. Prawnicy podkreślają też, że nie do końca wiadomo ile godzin może pracować lekarz, który taką klauzulę podpisze. Według różnych opinii prawnych czas pracy może wynosić wtedy 68 albo nawet 78 godz. maksymalnie. Nic dziwnego, że w niektórych placówkach chce obejść się nowe przepisy proponując lekarzom zatrudnionym na umowę o pracę kontraktowanie dyżurów. Tu jednak jest wiele wątpliwości prawnych czy taka forma jest dopuszczalna.

Inspekcja pracy mówi wprost: nie jest. – Gdyby była to umowa o pracę na jakąś niewielką część etatu, a reszta na kontrakt, to jako inspekcja pracy uznajemy to za niezgodne z przepisami. Nie może być bowiem dwóch umów łączących te same strony stosunku pracy – tłumaczy na łamach „Rzeczpospolitej” Dariusz Mińkowski, zastępca okręgowego inspektora pracy w Warszawie. – Dlatego w tym samym szpitalu lekarz nie może pracować przez 7 godz. i 35 min. na umowę o pracę, a potem pełnić dyżur na kontrakcie.

Ale kilku dyrektorów znalazło wyjście i z tej sytuacji. – W swoim szpitalu prowadzę rozmowy z lekarzami na temat kontraktów dyżurowych poprzez firmę zewnętrzną, bo lekarze nie chcieli sami założyć takiej fir-

my – tłumaczy Krzysztof Tuczapski, prezes zarządu Zamojskiego Szpitala Niepublicznego sp. z o.o., wiceprezes Ogólnopolskiego Stowarzyszenia Niepublicznych Szpitali Samorządowych.

W tym rozwiązaniu to firma zewnętrzna zatrudnia lekarzy, którzy przychodzą na dyżury, a więc nie ma sytuacji, że lekarz ma dwie umowy z tą samą placówką. Jednak i to rozwiązanie budzi wątpliwości, bo jednak oznacza, że lekarz nie będzie miał „należnych” mu 11 godz. odpoczynku na dobę.

Niejasne przepisy

Mieczysław Pasowicz, dyrektor krakowskiego Szpitala im. Jana Pawła II ma też inny problem. – Według ustawy jest grupa pracowników, która nie może pracować dłużej niż 5 godz. dziennie, czyli 25 godz. tygodniowo (wg ustawy o ZOZ są to m.in. radiolodzy, patolodzy, fizjoterapeuci – przyp. AK), nawet gdyby bardzo chcieli. W takiej placówce jak moja (krakowski Szpital Specjalistyczny im. Jana Pawła II to jeden z większych ośrodków leczenia chorób serca i płuc w Polsce. Szpital prowadzi kompleksową wysokospecjalistyczną diagnostykę chorób serca i naczyń – przyp. AK) brak radiologów może spowodować paraliż placówki, bo wątpię czy szybko znajdę kolejnych chętnych, bo specjalistów w tej dziedzinie brakuje – tłumaczy. Jego zdaniem te zapisy jest bezsensowny, gdyż nowoczesny sprzęt emituje minimalną ilość promieniowania, nie mówiąc już o tym, że żaden lekarz nie jest w stanie utrzymać się na godnym poziomie pracując 25 godz. tygodniowo. W dodatku, jeśli trzymać się kurczowo zapisów ustawowych, ta grupa pracowników nie może podpisywać *opt-out-u*. Wątpliwości prawników budzi też czy mogą oni przechodzić na kontrakty.

Odnaleźć równowagę

W tej chwili pewne jest tylko jedno – od decydentów lekarze dostali do rąk kartę przetargową w walce o wyższe wynagrodzenia. I to od lekarzy zależy, w jaki sposób się nią posłużą. Nie można zaprzeczyć, że za ciężką pracę należy się godziwe wynagrodzenie, ale pojęcie „godziwe” ma charakter relatywny. Dlatego patrząc na problemy, z którymi borykają się lekarze, nie należy zapominać, że nie funkcjonują oni w oderwaniu od rzeczywistości. A w uproszczeniu przedstawia się ona tak: możliwości finansowe placówek są ograniczone, a potrzeby lecznicze pacjentów znaczne.

Dorota Leszczyńska

(Nie)Korzystna wieloznaczność

dokończenie ze str. 6

Dwie strony kontraktu

Teoretycznie rozstrzygnięciem dwóch powiązanych ze sobą kwestii – norm czasu pracy lekarzy oraz zabezpieczenia medycznego pacjentów – mogłaby być rezygnacja z umów o pracę na rzecz umów cywilnoprawnych. Jakkolwiek praktyka pokazuje, że lekarze, którzy zdecydowali się na wykonanie tego kroku, są zadowoleni z poziomu osiągniętych zarobków, to jednak trzeba pamiętać, że również etat ma swoje zalety.

Kontrakt spisany na określony czas kiedyś wygasa i nie ma gwarancji, że po tym czasie zostanie przedłużony. Zaś pracownika zatrudnionego na umowę o pracę nie tak łatwo się pozbyć. Do tego dochodzą osłony socjalne, o których lekarz kontraktowy może jedynie pomarzyć oraz perspektywa zagwarantowanego świadczenia emerytalnego.

Z punktu widzenia młodego lekarza rozpoczynającego karierę zawodową ten argument może nie przedstawiać większej wartości, ale medyk, który ma zaledwie kilka lat do emerytury – kilka razy zada sobie pytanie, czy warta skórka za wyprawkę. Dlatego można by rozważyć opcję objęcia składką emerytalno-rentową umowy cywilnoprawnej.

Minister Kopacz w tej sprawie nie zajęła jeszcze jednoznaczne stanowisko,

choć przyznaje, że propozycja jest godna rozważenia. Zapowiada też konieczność znowelizowania nowych przepisów, w taki sposób, by zachować ducha dyrektywy unijnej przy jednoczesnym uwzględnieniu możliwości polskich szpitali. Przy tej okazji należałoby wyprostować wszelkie prawne nieścisłości, których w nowych przepisach nie brakuje.

Gotowość lepsza i gorsza

Niektórzy prawnicy mają też problem z definicją tzw. gotowości. Kodeks pracy stanowi, że czasem pracy jest czas, w którym pracownik pozostaje w dyspozycji pracodawcy w zakładzie pracy lub w innym miejscu wyznaczonym do wykonywania pracy. Mec. Barcikowska zadaje zatem pytanie: Jeśli lekarz siedzi w domu

Nokaut przez opt-out

Agnieszka Katrynicz

Od nowego roku w szpitalach może zabraknąć lekarzy, bo w życie wejdą nowe przepisy ograniczające czas ich pracy. – To świetna okazja, żeby stawiać dyrektorom twarde warunki finansowe – przyznają lekarze.

Dyrektorzy placówek mają do wyboru właściwie trzy wyjścia: kontrakty, zmianowy system pracy lub tzw. opcja *opt-out*, czyli lekarze pozostają na etatach, ale godzą się na pracę w nadgodzinach.

– Wszystkie warianty nie są niczym innym, jak obejściem prawa. Ale bez tego nie zapewnimy pacjentom bezpieczeństwa – mówi Grzegorz Stoiński, komendant szpitala wojskowego we Wrocławiu.

Cieszą się za to lekarze, bo teraz mogą stawiać swoim pracodawcom warunki. Specjaliści domagają się (średnio) trzech średnich pensji krajowych, czyli ok. 9 tys. zł na rękę.

Czas na godziwe zarobki

Sekretarz Dolnośląskiej Izby Lekarskiej



Jacek Chodorski, chirurg szpitala im. Marciniaka, otwarcie przyznaje, że nadszedł najlepszy czas na skuteczną walkę o godziwe zarobki. On sam dostrzega już zmia-

nę nastawienia dyrektorów do lekarzy. – Przez wiele lat słyszałem, że na Traugutta stoją tabuny bezrobotnych lekarzy. Teraz nasz dyrektor już tak nie mówi. Zrobił się grzeczny.

Dyrektorzy przyznają, że wprowadzenie nowych przepisów oznacza poważny wzrost kosztów pracy szpitali. Największe placówki będą musiały wydać na podwyżki po kilkanaście milionów złotych rocznie. Negocjacje płacowe z lekarzami są utrudnione, bo dyrektorzy nadal nie wiedzą, ile pieniędzy dostaną z NFZ w przyszłym roku.

Samorząd łączy siły

Przed podpisywaniem klauzul *opt-out* ostrzega OZZL, który zorganizował akcję nokaut przez *opt-out*. W niektórych rejonach poparły ją okręgowe izby lekarskie. Stało się tak np. w Łodzi, gdzie prezydium OIL zaapelowało do medyków, by nie podpisywali indywidualnie klauzuli *opt-out*, ale powierzyli reprezentowanie ich interesów wspólnej reprezentacji samorządu lekarskiego i związku zawodowego – korzystając ze wzorów upoważnień zamieszczonych na stronach OZZL.

„Nowelizacja ustawy o zakładach opieki zdrowotnej, wprowadzająca od 1 stycznia 2008 r. zmiany organizacji czasu pracy lekarzy, zmusza nas do ponownego upomnienia się o godziwe wynagrodzenie lekarzy” – głosi stanowisko Prezydium ORL.

Władze łódzkiego samorządu lekarskiego uważają, że generalną zasadą musi być zatrudnienie lekarza na zasadzie umowy o pracę, z dodatkowymi dyżurami medycznymi, a inne formy zatrudnienia, w szczególności tzw. kontrakty (umowy cywilnoprawne) są niezgodne z prawem.

Także prezydium Śląskiej Rady Lekarskiej zwróciło się do lekarzy, by nie podpisywali indywidualnie klauzuli *opt-out*, ale powierzyli reprezentowanie ich interesów wspólnej reprezentacji samorządu lekarskiego i związku zawodowego. Podkreślają, że nie należy zmarnować szansy jaką daje zmiana czasu pracy na wywalczenie godziwych zarobków.

– Teraz dyrektorzy stoją pod ścianą i wreszcie my możemy dyktować warunki – mówi wprost dr Sławomir Zimny, szef łódzkiego oddziału OZZL. – Jeśli pełnomocnictwa do negocjacji przekaże nam większość z jednego szpitala, wezwiemy dyrektora i go znokautujemy. I obiecujemy: w zamian za zgodę na *opt-out* załadamy 120 zł za każdą dodatkową godzinę spędzoną w pracy – dodaje dr Zimny.

Pod ścianą

Tymczasem dyrektorzy placówek podkreślają, że nie mają pieniędzy, by zapłacić takie stawki za dyżury. – Nie ma też mowy o płaceniu nadgodzin, bo żaden szpital tego nie wytrzyma – mówi Krzysztof Tuczański, prezes zarządu Zamojskiego Szpitala Niepublicznego sp. z o.o., wiceprezes Ogólnopolskiego Stowarzyszenia Niepublicznych Szpitali Samorządowych.

Dodatkowo z analiz Ministerstwa Zdrowia wynika, że uznanie czasu pełnienia dyżuru za czas pracy zwiększy koszty funkcjonowania wszystkich publicznych zakładów opieki zdrowotnej zaledwie o ok. 750 mln zł. Dyrektorzy mówią wprost – to wyliczenia wzięte z sufitu. I dodają, że przyszłoroczne kontrakty – wbrew zapowiedziom – nie są wcale większe, więc nie ma pieniędzy na zwiększenie zarobków.

Z kolei lekarze nie wykluczają kolejnych strajków. Robert Sikora, lekarz ze szpitala w Mielcu, uważa, że zmiany czasu pracy i idące za tym zwiększenie zarobków może spowodować nową falę protestów.

Mówią czytelnicy

Andrzej Barszczewski

SP ZOZ w Międzyrzeczu Podlaskim oddział położniczo-ginekologiczny – Środowisko na tyle potrafi się zmobilizować i zjednoczyć, że nie będzie zgody na *opt-out*. Jesteśmy zdecydowani, by przejść do prywatnych gabinetów. Mamy dobrą opinię, nie musimy pracować w szpitalu za 2 tys. zł miesięcznie. W prywatnym gabinecie za godzinę zarabiamy tyle, ile wynosi dniówka w publicznym ZOZ-ie. Kontrakty też nie byłyby dobrym rozwiązaniem, przynajmniej w tej chwili. Poczekamy i zobaczymy, w jakim kierunku pójdzie prywatyzacja ochrony zdrowia. Godząc się na umowy cywilnoprawne w tej chwili zamknęlibyśmy sobie w przyszłości furtę do ewentualnego partycypowania w udziałach spółek prawa handlowego.

Bogusław Drotlef

Wojewódzki Szpital Specjalistyczny w Radomiu, oddział chirurgii ogólnej – Lekarz to człowiek jak każdy inny; też ma prawo do odpoczynku i nie można go zmusić do pracy w nadgodzinach. W sytuacji kryzysu, z jakim obecnie mamy do czynienia w ochronie zdrowia ani system *opt-out*, ani praca na kontraktach nie rozwiążą problemu niedostatecznej liczby lekarzy. Nie dostrzegają tego nasi przełożeni, nie dostrzegają decydenci. Po raz kolejny odpowiedzialność za zły system próbuje się przenieść na lekarzy.

Marek Bogdański

Szpital Specjalistyczny św. Wojciecha Adalberta SPZOZ w Gdańsku oddział urazowo-ortopedyczny – Większość lekarzy obecnie zatrudnionych na umowę o pracę, przynajmniej na początku obowiązywania nowych przepisów, nie będzie zainteresowanych pracą powyżej 48 godz. Jeśli będą wyrażać zgodę na klauzulę *opt-out*, to za znacznie wyższe stawki za pracę w ponadlimitowym wymiarze. Żądania mogą sięgać dwu-, trzykrotności stawek, które otrzymują za pracę w 48-godzinowym wymiarze. Ale jeżeli zakłady zostaną zmuszone do wypłacania tak wysokich wynagrodzeń, to mogą nie wytrzymać tak znacznego obciążenia finansowego.

W konkretnych przypadkach sytuacja może wyglądać tak, że lekarz w macierzystej placówce będzie pracował maksymalnie 48 godz., a resztę czasu przeznaczoną na pracę będzie poświęcał innemu zakładowi, w którym zarobi godziwe pieniądze. Niektórzy uważają, że rozwiązaniem tego problemu byłyby umowy cywilnoprawne, ale kontrakty też mają swoje mankamenty. Są obciążone poczuciem niepewności o przyszłość. Po wygaśnięciu rocznego kontraktu dyrektor szpitala może nie podpisać ponownie umowy z tym samym lekarzem. Zaś z umowy o pracę zawartej na czas nieokreślony nie zwalnia się ot tak sobie; musi być do tego podstawa. Poza tym kontrakty nie gwarantują osłon socjalnych, co dla części lekarzy ma duże znaczenie.

Halina Bobrowska

hematolog, SP ZOZ nad Matką i Dzieckiem w Poznaniu oddział wewnętrzny-hematologiczny – Odnosząc się do sytuacji, w której dyżur jest wliczany do czasu pracy należy zapytać w jaki sposób zapewnić pacjentowi opiekę lekarską przez całą dobę siedem dni w tygodniu. Część szpitali będzie chciała obejść ten problem proponując lekarzom przejście na kontrakty. Taka tendencja będzie bardzo wyraźna zwłaszcza w mniejszych ośrodkach, gdzie trudno będzie zwiększyć liczbę lekarzy na oddziałach. W niektórych zakładach powiatowych już dyrektorzy dogadali się z lekarzami, którzy zdecydowali się zmienić prawną formę zatrudnienia. Zrobili to w imię dobra pacjenta. Należy przyznać, że okazali wielkoduszność. Ale nie wszyscy lekarze są zainteresowani kontraktami, ponieważ są przywiązani do bezpieczeństwa socjalnego.

Sytuacje w konkretnych placówkach różnią się od siebie. Są takie miejsca, gdzie dyrektorzy proponują kontrakt, a lekarze się nie zgadzają, ale zdarza się też, że to lekarze sygnalizują, iż woleliby przejść na umowę cywilnoprawną, a dyrektorzy oponują. Jeżeli jednak kontraktom powiemy nie, to pozostanie nam praca zmianowa lub *opt-out*. Ale problem z nowymi przepisami polega również na tym, że nie są one jednoznaczne.

zebrała Dorota Leszczyńska

NPL czyli moja Największa Pomyłka Lekarska

Roztocze – jeden z najpiękniejszych zakątków Polski. Wsie zagubione wśród pagórków i pól, wtulone w zielen, rozćwierkane ptactwem. Nie skalane cywilizacyjnym smogiem. Sielskie, anielskie od rozbuchanej wiosny przez lato po złotą jesień. W szarugi i roztopy toną w bagnistym bloku, które spod kół bryzga aż na dach grzęznącego samochodu. Otulone śnieżną pierzyną śpią. Odcięci od świata, zakopani w śniegu ludzie, do których nie zawsze dociera chleb, czekają wiosny.

I mnie, młodą lekarzkę z kilkuletnim stażem i kilkuletnim dzieckiem, zachwyciła uroda przygranicznej roztockańskiej rubieży i wsiąklam z kretesem w Gminnym Ośrodku Zdrowia w Ł., gdzie z okien mojego gabinetu widać było pływające łabędzie. Oprócz mnie w tymże ośrodku zdrowia pracowała ciut starsza koleżanka i znacznie starszy kolega pełniący funkcję kierownika. Na przełomie wieków postanowiliśmy wziąć sprawy w swoje ręce. Dyrektorem NZOZ-u został starszy kolega. Świeżo upieczony dyrektor wpadł na pomysł, żebyśmy poza świadczeniami POZ od 8.00 do 18.00 od poniedziałku do piątku we własnym zakresie świadczyli pomoc naszym pacjentom również w nocy, w soboty, niedziele i święta. System wyglądał następująco: od rana w poniedziałek do rana w następny poniedziałek dyżurowałam we wszystkie noce, w sobotę i niedzielę, a w dni powszednie chodziłam do pracy „normalnie”. Przez dwa tygodnie taki sam dyżur pełnili moi koledzy. Po dwóch tygodniach znowu obejmowałam dyżur. Prowadziłam wówczas dziennik. Odnalazłam dziś z niego kilka kartek.

Kama ma katar. Wstała rano niewyraźna, ale poszła na ósmą do szkoły. Pewnie znowu wracała ze szkoły bez czapki i szalika. Jak to drugoklasistka.

Pracuję od dziesiątej. Zdązę ugotować zupę, żeby sobie podgrzała, jak wróci po lekcjach.

Biegiem do przychodni. W poczekalni jak w ulu. Trudno precyzyjnie się do gabinetu.

Osiemnasta.

Co za ulga. Po przyjęciu osiemnastu pacjentów marzy się chwila oddechu.

Do widzenia, pani Steniu. Nareszcie odrobina spokoju – rzucam sprzątaczkę w pustej już poczekalni.

– Pani doktor, na spokój nie ma co liczyć. Godzinę temu przyszedł pacjent. Rozejrzął się powiedział, że za dużo ludzi, a po osiemnastej wezwie sobie doktora do domu. Skaranie boskie! – oburzyła się pani Stenia.

Do domu dotarłam w 10 minut.

Kuchenka zapaćkana. Kamie znowu wykipiła zupa.

Mamo! – słyszę wrzask. – Dobrze, że jesteś. A dzisiaj...

Rozjazgotowała się komórka.

Słucham, co się stało? – pytam.

Jestem chory – słyszę. – Może mam zapalenie płuc? Kaszlę, mam gorączkę, a sekretarka automatyczna w ośrodku powiedziała, że to pani doktor ma dzisiaj dyżur.

Pytam jeszcze o adres, dziecko uspokajam, że zaraz wrócę i jadę.

Ślisko. Śnieg. W bagażniku matiza mam saperkę (porządna szu a się nie mieści), na wypadek, gdybym ugrzęzła w zaspie. W torebce gaz na psy i komórka, żeby mieć łączność z pogranicznymi, gdybym wyłądownała w rowie. W takich okolicznościach ich pomoc i Land Rover są nieocenione.

Docieram na miejsce szczęśliwie. Bez poślizgu.

Pacjent leży w ciepłym łóżeczku. Kaszle od trzech dni, wysoka gorączka sięga 37,5 stopnia, a zapisane przeze mnie leki rodzina wykupi dopiero jutro, bo ktoś by po nocy i ślizgawicy ruszał się z domu.

Wracam do domu. Dziecko czeka. Obejrzało dobranockę i wreszcie chce pogadać. Przygotowuję kolację. Parzę herbatę.

Komórka znowu dzwoni.

Córenko, zjedz sama i uważaj na herbatę, bo gorąca. Po kolacji przebierz się w piżamkę – i znowu leć.

Dobrze, że tym razem niedaleko. Za godzinę jestem z powrotem. Kładę dziecko spać.

Porozmawiamy jutro – obiecuję, chociaż nie jestem pewna, że uda mi się dotrzymać słowa. Jutro też mam dyżur. Przytulam małą i...

Na równe nogi stawia mnie jazgot komórki. Chyba usnęłam.

Proszę powtórzyć – czwarta nieprzeznaczona noc daje o sobie znać. Nie jestem w stanie się skupić, boli mnie szyja. Patrzę na zegarek: pierwsza.

– Przecież mówię, że boli mnie ząb, a u nas zawiane i od wczoraj nie ma dojazdu – kobieta jest zirytowana.

Irytacja udziela mi się natychmiast.

Czego pani w związku z tym ode mnie oczekuje? – pytam. – Że wybije ten bolący ząb?

Poniosło mnie. Szybko się re ektuję.

Proszę wziąć jakąś tabletkę przeciwbólową. APAP albo Pyralgin. Nie ma pani uczulenia na Pyralgin? – pytam.

Nie – słyszę nadąsaną odpowiedź.

A jak droga się trochę poprawi, natychmiast do dentysty – kończę.

Wlokę się do łazienki. W wannie przyjemnie i ciepło. Komórka leży na parapecie. Kąpiel, piżama, może chwilę odpocznę.

Nie zdążyłam dojść do łóżka.

Znowu dzwoni. Tym razem wyjazd w najodleglejszy kraniec rubieży. Wychożę na podwórko. Samochód ledwie widoczny. Pada gęsty śnieg, coraz gęstszy. W pewnym momencie przestaje widzieć drogę. Jadę środkiem jezdni mając nadzieję, że w taką zadymkę o trzeciej nad ranem nikt poza mną nie będzie jechał drogą n-tej kategorii odśnieżania.

Dotarłam na miejsce. W domu pacjenta zeszło mi trochę.

Droga powrotna jest upiorna. Ślisko, nic nie widać. Sunę powolutku i tylko patrzę, czy już jestem w rowie czy jeszcze nie. Mam przecież naładowaną komórkę, a pogranicznicy dyżurują całą dobę – pocieszam sama siebie. Jakby co, mam w kieszeni dużego Marsa. Zawsze to solidna dawka energii nocą w śniegu i na mrozie.

Jeszcze nigdy nie jechałam tak długo.

Po piątej, w ubraniu, zwijam się w kłębek na łóżku. Zasypiam natychmiast.

Dwadzieścia po szóstej ze snu wyrzyna mnie dzwonek telefonu.

Pani doktor, boli mnie głowa. Czy mogę wziąć Pyralgin, skoro biorę leki od cukrzycy?

Tak – odpowiadam zdawkowo, żeby nie bluznąć. Mam ochotę cisnąć komórką o ścianę. Jestem zmęczona, nie mam siły. W zasadzie nie ma po co się już kłaść. Na ósmą idę do pracy, dziecko trzeba wyprawić do szkoły.

Wstaję, piję „szatana” bez cukru na „turbodoładowanie”. Rozglądam się po mieszkaniu. Koszmarny bałagan (cztery dni prawie mnie tu nie było). Spoglądam w lustro w łazience. Wyglądam nie lepiej niż moje mieszkanie.

Zaniedbane dziecko, ja, dom. Jeszcze trzy doby dyżuru i dwa tygodnie normalnego spania, co noc, a potem znowu tydzień bez spania i znowu... Zastanawiam się jak długo tak można, a przede wszystkim po co?

Dzisiejsze przebudzenie było okropne. Czuję się źle. Głowa waży tonę i bardzo boli. Pacjentów przyjmuję z wysiłkiem. Cóż, trudno intensywnie używać organu, który właśnie do użytku się nie nadaje.

Po pracy mam w planie pojechać na cmentarz i zrobić porządek na grobie dziadka. Jadę.

Na cmentarzu poczułam się jeszcze gorzej. Szybko kończę, zapalam znicz i wracam do samochodu. Mam wrażenie, że zaraz zemdleję. Wokół nie ma żywej duszy. Zastanawiam się, co robić.

Dziesięć kilometrów stąd mieszka mój ojciec – też lekarz. Jadę do niego z nadzieją, że się uda. Udało się. Jestem już na podwórku, ale na pierwsze piętro nie dam rady wejść. Naciskam klakson. Byle tylko był w domu. Był. Zszedł na dół i pomógł mi dostać się do mieszkania. Położyłam się natychmiast. Ojciec zmierzzył mi ciśnienie. 220/120.

Ja, stary hipotonik, nigdy w życiu takiego nie miałam. Przez popołudnie ojciec władował na moje 52 kilogramy 75 mg Captoprilu pod język. Ciśnienie ani drgnęło. Leżałam jak snopek. Rano poprawiło się, ale tylko na leżąco. W momencie, kiedy siadałam w łóżku, wysiłek był tak duży, że ciśnienie windowało się do 200. Zadzwoiłam do pracy, że nie przyjdę. Po dwóch dobach leżenia wszystko wróciło do normy. Dzwonek alarmowy zespołu przeciążenia.

I tak skończyły się całodobowe dyżury w naszym NZOZ-ie.

Uzyskałam odpowiedź na pytanie, jak długo człowiek może wytrzymać taki tryb życia.

Ja wytrzymałam pół roku.

Lekcja była kosztowna.

Zbyt kosztowna.

Małgorzata Stokowska-Wojda
lekarz rodzinny w Łaszczowie
pow. tomaszowski

Z Narodzenia Pana...

Narodziny są wielkim wydarzeniem. Mogą przyprawić o zawrót głowy, gdy się je dobrze świętuje.

Narodziny dzieciątka Jezus zapierają dech w piersiach, kiedy uświadamiamy sobie, że tę tajemnicę dobrze celebrujemy. Bo właśnie jest to wydarzenie – tajemnica wcielenia Syna Bożego. Tajemnica nieogarniona w swej głębi.

Wcielenie i Narodzenie dokonało się za sprawą Słowa posłanego przez Ojca. To, co wiemy o świecie, mieści się w granicach naszego języka, naszych słów. Są ludy, dla których rzecz nienazwana po prostu nie istnieje. W tym sensie zawsze na początku jest słowo. Bez niego nie da się ani opisać, ani poznać świata.

Właśnie za sprawą Słowa – *Logos* – Druga Osoba Trójcy Świętej zstępuje z wyżyn swego majestatu na ziemskie niziny, aby mogło dokonać się to, co dziś nazywamy Bożym Narodzeniem.

Z naszej, ludzkiej, strony Boże Narodzenie nie może być zastygłym gestem. Ono domaga się od nas realizacji i postawy aktywnej. Bo gdy *Bóg się rodzi*, a *moc truchleje*, człowiek zostaje bardzo dowartościowany w swej naturze.

Pięknie to wyraził św. Augustyn, biskup Hipony w jednym ze swoich ka-



zań (Sermo 128,1): *Aby człowiek mógł stać się Bogiem, Bóg stał się człowiekiem (Ut homo fieret Deus, factus est Deus homo)*. W tych słowach tkwi wielka godność lekarza.

Św. Augustyn utożsamia Boskie Słowo z „ciałem” ludzkim, a przez nie z człowiekiem. Te słowa są tak bliskie lekarzom, którzy z racji swego zawodu, a raczej powołania, jak mówił profesor i rektor warszawskiej Akademii Medycznej Śp. Jan Nielubowicz, pochylają się nad ludzkim ciałem i tym samym lekarz najbardziej dostrzega w ludzkim ciele godność chrześcijańską. Nie na wiele zda się najcenniejszy dar, jeśli ten, który go otrzymuje, operuje i leczy, nie jest świadomy jego wartości. Dotykając ciała stajesz się uczestnikiem Boskiej natury.

Dlatego należy zagłębić się w Słowa ewangelii: *W Nim jest życie, a życie jest światłością ludzi (...)* J.1,4.

Droży Lekarze. Hymn z Janowej Ewangelii proponuje nam zobaczyć świat oczami dziecka, które nie boi się przyjąć prawdy. Kiedy stoimy przy żłóbku, zaczynamy rozumieć, że odpowiedź na wielkie życiowe pytania ma twarz małego dziecka. Wydanego w nasze ręce, proszącego, byśmy wzięli za Nie odpowiedzialność. Bóg ludzki aż do granic, słabszy od ciebie w tym małym Dziecku, chce dziś ciebie zapytać o twój świat. O twój logos, o to, czego szukasz, za czym tęsknisz, co tak naprawdę chcesz w tym życiu mieć, co porządkuje twoje myśli, działania, co daje ci szczęście. W tym dziecku Bóg wszedł w twój niepokój i twoje poszukiwanie. Przyszedł na wyciągnięcie ręki, na odległość uśmiechu i łez. Rodzi się, mimo że słyszysz, iż dawno już umarł. Rodzi się i aby żyć, potrzebuje ciebie. On chce cię zaprosić do tego, byś patrzył na świat przez pryzmat Jego miłości.

*Z bliskości serc i modlitwy
Wasz duszpasterz*

ks. Józef

Posłowie

Bartosz Artukowicz (LiD), lat 36, pediatra, nauczyciel akademicki PAM w Szczecinie. W latach 2002-2007 radny miejski Szczecina. W wyborach do Sejmu zdobył 21 543 głosy. Na wniosek dzieci z placówek opiekuńczo-wychowawczych i ochrony zdrowia Międzynarodowa Kapituła przyznała mu w 2006 r. Order Uśmiechu.

Marek Balicki (LiD), lat 54, polski polityk, minister zdrowia w gabinetach Leszka Millera i Marka Belki. Wielokrotny poseł i senator. Z wykształcenia psychiatra i anestezjolog, absolwent AM w Gdańsku. W latach osiemdziesiątych działał w „Solidarności”, w czasie stanu wojennego internowany. Był dyrektorem szpitali Bielańskiego i Wolskiego w Warszawie. Znany z wyrazistych poglądów w sprawach aborcji i związków homoseksualnych. Zdobyl 19 034 głosy. Zona Bożena jest farmaceutką.

Czesław Jan Czechryra (PO), lat 53, pediatra. Ukończył studia na AM w Lublinie. Pracuje jako ordynator Oddziału Pediatrycznego w Koziennicach. Od wielu lat z sukcesami kieruje Fundacją „Zdrowe Dziecko”. Był radnym miasta i gminy Koziennice oraz radnym powiatu koziennickiego. Od 2006 r. zasiadał w sejmiku mazowieckim. W wyborach zdobył 6871 głosów.

Alicja Dąbrowska (PO), lat 51, lekarz rodzinny z Warszawy, o której mówi, że to miasto jej szczęśliwego dzieciństwa oraz pracowitej młodości. W 2003 r. ukończyła studia podyplomowe z marketingu i zarzą-

dzania. W polityce jest dopiero od 2002 r., kiedy została radną dzielnicy Praga Północ. W kadencji 2002-2006 była przewodniczącą komisji zdrowia i komisji budżetu. – Polityka jest dla mnie częścią życia, pozwala mi realizować swoje idee oraz pomagać innym ludziom – mówi o sobie.

Krzysztof Grzegorek (PO), lat 46, doktor medycyny, specjalista ginekolog-położnik, absolwent Łódzkiej AM. Od ukończenia studiów pracuje na oddziale położniczo-ginekologicznym w Zespole Opieki Zdrowotnej w Skarżysku-Kamiennej. W 1998 r. został ordynatorem oddziału, w 2005 r. dyrektorem całej placówki. W wyborach parlamentarnych w 2007 r. po raz drugi uzyskał mandat poselski, otrzymując 18 874 głosy.

Czesław Hoc (PiS), lat 53, endokrynolog, wybrany ponownie liczbą 10 746 głosów. Mieszka w Kołobrzegu, nadal czynnie wykonuje zawód, prowadzi Poradnię Endokrynologiczną w kołobrzskim szpitalu (w każdy poniedziałek). W sejmowej Komisji Zdrowia był sprawozdawcą ustawy o pomocy publicznej i restrukturyzacji ZOZ-ów i ustawy o Państwowym Ratownictwie Medycznym. Zona Irena, jest specjalistą pulmonologii dziecięcej.

Jarosław Kabulski (PO), lat 46, specjalista ginekolog-położnik, absolwent gdańskiej AM. Od 1999 r. jest dyrektorem Szpitala Powiatowego w Tucholi, a od 2002 r. prezesuje spółce, w którą przekształcono szpital. Prowadzi też własną praktykę lekarską oraz kieruje Związkiem Szpitali Powiatowych Województwa Kujawsko-Pomorskiego. Od 2006 r. zasiada w sejmiku woj. kujawsko-pomorskiego. W wyborach zdobył 7514 głosów.

Ewa Kopacz (PO), lat 51. Pochodzi z Radomia, mieszka w Szydłowcu. Ukończyła w 1981 r. studia na Wydziale Lekarskim AM w Lublinie. Posiada specjalizację drugiego stopnia w zakresie medycyny rodzinnej. Do 2001 r. kierowała Zakładem Opieki Zdrowotnej w Szydłowcu. W latach 1998-2001 była radną sejmiku mazowieckiego. Należała do Unii Wolności (kierowała strukturami tej partii w województwie radomskim). W poprzedniej kadencji przewodnicząca sejmowej Komisji Zdrowia. W tzw. gabinecie cieni PO (utworzonym 13 stycznia 2006 r.) powołano ją na rzecznika ds. zdrowia. Od 2006 r. kierowała Platformą Obywatelską na Mazowszu. W wyborach otrzymała 39 155 głosów. Obecnie minister zdrowia w gabinecie premiera Donalda Tuska.

Tomasz Edward Latos (PiS), lat 43, radiolog, absolwent AM w Poznaniu. Był działaczem: Chrześcijańskiej Demokracji – Stronnictwa Pracy, AWS. Radny Rady Miasta Bydgoszcz od 1998 r. Członek par-

tii PiS od 2002 r. Otrzymał 10 059 głosów. Jest mistrzem krajowym w brydżu sportowym.

Beata Małecka-Libera (PO), lat 53, doktor medycyny, specjalista laryngolog. Absolwentka ŚAM i studiów podyplomowych na UJ w Instytucie Zdrowia Publicznego na Wydziale Ochrony Zdrowia. W latach 2001-2002 była dyrektorem Szpitala Miejskiego w Dąbrowie Górniczej, a następnie Szpitala Specjalistycznego w Dąbrowie Górniczej. W wyborach parlamentarnych w 2007 r. po raz drugi uzyskała mandat poselski, otrzymując 20 877 głosów.

Mirosława Masłowska (PiS), lat 63, ukończyła PAM. Wybrana z okręgu szczecińskiego liczbą 8431 głosów. Przez wiele lat związana ze Specjalistycznym Zespołem Opieki Zdrowotnej nad Matką, Dzieckiem i Młodzieżą w Szczecinie (chirurgia dziecięca – II stopień specjalizacji), a następnie Wojewódzką Stacją Sanitarno-Epidemiologiczną w Szczecinie. Była radną Rady Miasta Szczecin. Od 1980 r. członek Niezależnego Samorządu Związku Zawodowego „Solidarność”.

Maciej Orzechowski (PO), lat 36, specjalista ginekolog-położnik w Szpitalu w Krotoszynie. Ukończył studia językowe w Londynie, a także na Akademii Ekonomicznej studia podyplomowe z zarządzania w służbie zdrowia. Pierwszy raz w parlamencie, uzyskał 14 940 głosów. Żonaty, ma dwóch synów. Od urodzenia mieszka w Krotoszynie.

Bolesław Piecha (PiS), lat 53, specjalista ginekolog-położnik. W 1983 r. ukończył studia na Wydziale Lekarskim ŚAM w Katowicach, zaś w 1999 r. studia podyplomowe z zarządzania i ekonomiki służby zdrowia w Akademii Ekonomicznej w Katowicach. Zaczynał karierę lekarską w Jastrzębiu Zdroju. Od 1984 r. związany z Rybnikiem, gdzie był dyrektorem Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego nr 3. Ostatnio był sekretarzem stanu w Ministerstwie Zdrowia w rządach Kazimierza Marcinkiewicza i Jarosława Kaczyńskiego. Autor programu PiS dotyczącego ochrony zdrowia. W latach dziewięćdziesiątych przyznał się do przeprowadzania aborcji oraz opowiedział o swoim nawróceniu. Obecnie jest obrońcą życia od momentu poczęcia do naturalnej śmierci i aktywnie działa w środowiskach Pro Life.

Elżbieta Radziszewska (PO), lat 49, absolwentka AM w Łodzi. Karierę lekarską rozpoczęła w Szpitalu Rejonowym w Piotrkowie Tryb. W 1988 r. została starszym

dokończenie na str. 16

Komisje Zdrowia

Sejmu RP:

Jarosław Duda (socjolog), **Janina Fetlińska** (mgr pielęgniarstwa), **Stanisław Gogacz** (prawnik), **Ryszard Górecki** (rektor AR-T w Olsztynie), **Stanisław Karczewski** (lekarz), **Norbert Krajczy** (lekarz), **Waldemar Kraska** (lekarz), **Michał Okła** (lekarz), **Zbigniew Pawłowicz** (lekarz), **Władysław Sidorowicz** (lekarz), **Henryk Woźniak** (ekonomista).

Senatu RP:

Dotychczasowy wiceminister zdrowia Bolesław Piecha (PiS) został wybrany na przewodniczącego senackiej Komisji Zdrowia. Komisja ustaliła, że przewodniczącą będzie miał czterech zastępców: **Beate Małecką-Libera** (PO, lekarz), **Marka Balickiego** (LiD, lekarz), **Damiana Raczkowskiego** (PO, prawnik z Białegostoku, startował z ostatniego miejsca na liście) i **Andrzeja Sośnierza** (PiS, lekarz, do niedawna szef NFZ). Komisję tworzy 35 senatorów.

Nasi w parlamencie

dokończenie ze str. 14

asystentem w Samodzielnym Szpitalu Regionalnym oraz w Poradni Kardiologicznej w Piotrkowie Tryb. W latach 1991-2001 pracowała jako lekarz w prywatnym gabinecie lekarskim w Piotrkowie Trybunalskim. Od 1997 r. w Sejmie RP, gdzie pełniła m.in. funkcję zastępcy przewodniczącego sejmowej Komisji Rodziny i Praw Kobiet. W wyborach parlamentarnych w 2007 r. po raz czwarty została posłem, otrzymując w okręgu piotrkowskim 33 480 głosów. Należała do Unii Demokratycznej i Unii Wolności. Od 2001 r. działa w Platformie Obywatelskiej. W gabinecie cieni PO była odpowiedzialna za sprawy kobiet i rodziny.

Zbigniew Eugeniusz Religa (PiS), lat 69, profesor medycyny, wybitny kardiochirurg i polityk. Senator RP III i V kadencji. Minister zdrowia w rządzie Kazimierza Marcinkiewicza, a następnie w rządzie Jarosława Kaczyńskiego. Jest autorem lub współautorem 136 prac naukowych oraz autorem kilku patentów. Kierował zespołem, który przeprowadził pierwszą w Polsce udaną operację przeszczepu serca. Jest też autorem projektu reformy systemu opieki zdrowotnej oraz inicjatorem akcji skonstruowania w pełni implantowalnej protezy serca (szerzej znane jako polskie sztuczne serce).

Andrzej Sośnierz (PiS), lat 56, specjalista neurolog, ukończył ŚAM w Katowicach. Ostatnio prezes Narodowego Funduszu Zdrowia. Karierę zawodową rozpoczęła w Obwodzie Lecznictwa Kolejowego w Katowicach. W latach 1991-1998 kierował Wydziałem Zdrowia w Urzędzie Wojewódzkim w Katowicach, a następnie był dyrektorem Śląskiej Regionalnej Kasy Chorych. Odszedł ze stanowiska w wyniku konfliktu z ministrem zdrowia w rządzie Leszka Millera Mariuszem Łapińskim. Za wdrożenie rejestru usług medycznych kierowana przez niego Śląska Kasa Chorych została nagrodzona tytułem „Lidera informatyki 2002”. W przedterminowych wyborach parlamentarnych w 2007 r. otrzymał 27 758 głosów.

Grzegorz Sztolcman (PO), lat 45. Ukończył studia medyczne w ŚAM w Katowicach. Następnie uzyskał specjalizację drugiego stopnia z zakresu chirurgii ogólnej. Od 1988 r. pracuje w Szpitalu im. Ludwika Rydygiera w Częstochowie, w 2003 r. objął funkcję dyrektora ds. lecznictwa Zespołu Szpitali Miejskich w Częstochowie, a od 2006 r. pełnił funkcję dyrektora 3 połączonych częstochowskich szpitali – Zespołu Szpitali Miejskich. W 2006 r. z ramienia Platformy Obywatelskiej został wybrany radnym sejmiku śląskiego, wtedy zrezygnował ze stanowiska dyrektora. Uzyskał 12 701 głosów.

Waldemar Wrona (PiS), lat 41, pierwszy raz w parlamencie, pomimo startu z odległego 28 miejsca na liście PiS. Jest dyrektorem Samodzielnego Publicznego Zespołu Opieki Zdrowotnej gminy Smyków. Uzyskał 2568 głosów. Dr Waldemar Wrona chce pogodzić pracę w Sejmie z leczeniem. „Zakładam, że uda mi się bywać tutaj dwa razy w tygodniu. Nie mam pojęcia, jak ustalę sobie czas pracy, ale wierzę, że da się pogodzić Sejm z leczeniem ludzi. Musi się dać – mówi. – Na razie jeszcze nie ochłonąłem z szoku, w jaki wprawił mnie telefon z informacją, że zostałem posłem” – dodaje ze śmiechem.

Jerzy Ziętek (PO), lat 51. Ukończył studia na Wydziale Lekarskim ŚAM w Katowicach, następnie uzyskał stopień doktora nauk medycznych. Do tej pory radny sejmiku województwa. Kandydując w okręgu katowickim otrzymał 11 886 głosów. Jest najmłodszym wnukiem gen. Jerzego Ziętka.

Senatorowie

Grzegorz Czelej (PiS), lat 43, doktor medycyny, lekarz dentysta, absolwent lubelskiej AM. W latach 1997-2001 członek Okręgowej Rady Lekarskiej w Lublinie. Obecnie nie pracuje w zawodzie. Jest właścicielem jednego z najprężniejszych wydawnictw medycznych w Polsce. Wydaje książki i czasopisma medyczne, w tym również podręczniki dla studentów medycyny. W Senacie ma zamiar oddać się pracy w Komisji Spraw Unii Europejskiej i Komisji Spraw Zagranicznych.

Stanisław Karczewski (PiS), lat 52, specjalista chirurg, absolwent warszawskiej AM. Od 1981 r. pracuje w szpitalu rejonowym w Nowym Mieście nad Pilicą. Jest ordynatorem Oddziału Chirurgicznego i dyrektorem tego szpitala. W 1989 r. był jednym z założycieli Komitetu Obywatelskiego w Nowym Mieście nad Pilicą. Przez kilka lat był przewodniczącym Komisji Zakładowej NSZZ „Solidarność”, radnym Powiatu Grójeckiego i Sejmiku Województwa Mazowieckiego. Żonaty, ma dwoje dzieci.

Norbert Jan Krajczy (PiS), lat 57, doktor medycyny, lekarz, polityk i samorządowiec, senator RP VII kadencji. Od 1991 r. jest dyrektorem nyskiego Zakładu Opieki Zdrowotnej. W latach 1998-2002 był przewodniczącym sejmiku opolskiego z ramienia Akcji Wyborczej Solidarność. Uzyskał 74 512 głosów.

Waldemar Kraska (PiS), lat 44, chirurg, zastępca ordynatora Oddziału Chirurgicznego szpitala w Sokołowie Podlaskim. Absolwent AM w Białymstoku. Żonaty, ma dwoje dzieci. Żona Ewa jest pediatrą. Zainteresowania to motoryzacja oraz sport, a w szczególności piłka nożna i tenis ziemny.

Rafał Muchacki (PO), lat 52. W 1984 r. ukończył studia na Wydziale Lekarskim ŚAM w Katowicach, następnie uzyskał specjalizację drugiego stopnia w zakre-

sie chirurgii onkologicznej. W 1998 r. został dyrektorem Szpitala Onkologicznego im. Jana Pawła II w Bielsku-Białej. Należy do Polskiego Towarzystwa Lekarskiego i Polskiego Towarzystwa Onkologicznego. W wyborach parlamentarnych w 2007 r. uzyskał mandat senatorski, otrzymując 118 120 głosów.

Michał Okła (PO) lat 54, ginekolog-położnik, absolwent AM w Białymstoku. Od 1977 r. związany zawodowo ze Skarżyskiem-Kamienną. W 1989 r., w wyniku konkursu, został dyrektorem Zakładu Opieki Zdrowotnej w Skarżysku-Kamiennej i funkcję tę pełnił do czerwca 2005 r. Od 2003 do 2005 r. pełnił funkcję wiceprzewodniczącego Związku Pracodawców Zakładów Opieki Zdrowotnej województwa świętokrzyskiego. W latach 1991-2005 był delegatem Świętokrzyskiej Izby Lekarskiej i zastępcą rzeczownika odpowiedzialności zawodowej. W latach 1990-1994 był radnym Rady Miasta Skarżysko-Kamienna, od 1998 do 1999 członkiem Zarządu Miasta i radnym powiatu skarżyskiego. W latach 2002-2005 był radnym Sejmiku Województwa Świętokrzyskiego. W Senacie VI kadencji był członkiem Komisji Spraw Emigracji i Łączności z Polakami za Granicą oraz Komisji Zdrowia. Żonaty, ma troje dzieci.

Zbigniew Pawłowicz (PO), lat 63. Doktor medycyny, chirurg. Ukończył studia w WAM w Łodzi, gdzie rozpoczął karierę lekarską. Od 1984 r. pracował w Wojskowym Szpitalu Klinicznym w Bydgoszczy na stanowisku ordynatora, następnie zastępcy komendanta i komendanta Szpitala. Od 1996 r. jest dyrektorem Regionalnego Centrum Onkologii w Bydgoszczy. W wyborach parlamentarnych zdobył 140 606 głosów.

Władysław Sidorowicz (PO), lat 62. W latach 1963-1968 studiował na Wydziale Lekarskim AM we Wrocławiu. W 1968 r. za udział w wydarzeniach marcowych był więziony, a następnie represjonowany poprzez zawieszenie w prawach studenta i zakaz kontynuowania studiów przez dwa lata. W 1971 r. ukończył studia na Wydziale Lekarskim AM w Łodzi. Następnie uzyskał specjalizację I i II stopnia z psychiatrii (1975, 1979). W 1975 r., z przyczyn politycznych, został odsunięty od pracy w AM we Wrocławiu. Silnie związany z „Solidarnością” i opozycją demokratyczną. Internowany od momentu wprowadzenia stanu wojennego do czerwca 1982 r. Działacz opozycyjnego podziemia, uczestnik obrad Okrągłego Stołu (1989 r.) w Zespole ds. Zdrowia. W 1991 r. był ministrem zdrowia i opieki społecznej w rządzie Jana Krzysztofa Bieleckiego. Współtwórca samorządu lekarskiego, a następnie przewodniczący Dolnośląskiej Rady Lekarskiej (1990-1992). W latach 1994-2003 pracował jako lekarz miejski oraz pełnił funkcję dyrektora Wydziału Zdrowia Urzędu Miejskiego Wrocławia. Żonaty, ma sześcioro dzieci.

opr. Marek Stankiewicz

VI Forum Szpitali Klinicznych

Między odpowiedzialnością a uprawnieniami

Tradycyjnie, jesienią w Poznaniu spotykają się dyrektorzy szpitali klinicznych w gronie osób zainteresowanych zarządzaniem w służbie zdrowia.

Już po raz szósty w dn. 18 i 19 października zgromadziło się w Poznaniu ponad dwieście osób, w tym dyrektorzy ponad trzydziestu spośród 47 szpitali klinicznych z wszystkich ośrodków kraju. Wyrazem ewolucji spotkań oraz wzrostu ich rangi była obecność także siedmiu prorektorów uczelni medycznych oraz siedmiu kanclerzy.

W forum odbywającym się we właśnie ukończonym imponującym Centrum Kongresowo-Bibliotecznym poznańskiego Uniwersytetu Medycznego w trzech sesjach przedstawiono „gorące tematy” naszych szpitali. Szczególną uwagę poświęcono zmianom legislacyjnym dotyczącym szpitalnictwa, rozważeniu skutków ewentualnie wprowadzanego nowego katalogu. Podejmowano pytania związane ze zmianą prawnych aspektów regulacji czasu pracy lekarzy, szukając dróg wyjścia z zaistniałej sytuacji prawnej. Próbowano szukać form działania poradni przyklinicznych, przedstawiono aspekty prawne oraz praktyczne badań klinicznych. Ciekawym wątkiem były sprawy związane z jakością udzielanych świadczeń, także w kontekście zakażeń szpitalnych oraz problemów z resterylizacją wyrobów medycznych.

Gośćmi spotkania byli m.in.: dr Andrzej Sośnierz – prezes Narodowego Funduszu Zdrowia, dr Waldemar Wierzbęba – prezes Agencji Oceny Technologii Medycznych, dr Leszek Sikorski – dyrektor Centrum Systemów Informacyjnych w Ochronie Zdrowia, mgr Elżbieta Buczkowska – prezes Naczelnej Izby Pielegniarek i Położnych. Dyskusji przewodniczyli dr hab. Maciej Kowalczyk oraz dr Jan Talaga, reprezentujący dyrektorów szpitali klinicznych.

W dniu poprzednim odbyło się spotkanie stowarzyszenia dyrektorów nad poznańską Maltą, a także wieczór Św. Łukasza – coroczna już poznańska tradycja świętowania dnia patrona służby zdrowia.

Podczas tego wieczoru swoją refleksją podzielił się prof. Marian Zembala w wykładzie „Medycyna moja pasja”. Z życzeniami dla środowiska medycznego zwrócił się arcybiskup ks. dr Stanisław Gądecki. Wieczór zakończono koncertem oraz tradycyjnym napojem, przygotowanym przez farmaceutów klinicznych, świętołuskówką.

Ewolucja poznańskich spotkań potwierdza wzrost zainteresowania tematyką oraz wzrost świadomości związanej z wyzwaniami szpitali klinicznych. Ukazują one konieczność nowych regulacji prawnych zapewniających bezpieczeństwo szpitali, przed którymi stoi trojaki wyzwanie: służba, nauczanie, nauka.

W wypełnianiu tej misji dominować powinno zaufanie, wspólna troska oraz stworzenie odważnej i rozważnej osi: rektor z władzami uczelni, ordynator – kierownik kliniki, pracownicy (współtwórcy przecież to dzieło) oraz dyrekcja szpitala. Szpital kliniczny ma szansę wypełniać swoją misję będąc i narzędziem uniwersytetu, i sprawnie zarządzanym przedsiębiorstwem. By sprostać konkurencji i wypełnić swoje działanie, musi być i jednym, i drugim. Jak podkreślano podczas dyskusji – kluczową sprawą jest znalezienie równowagi między odpowiedzialnością a uprawnieniami.

Szczepan Cofta



informuje

Rzecznik prasowy NRL

foto: Marek Stankiewicz

Prezydium NRL – 26 X 2007

Prezydium przyjęło stanowisko w sprawie projektu ustawy o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw. Prezydium, po zapoznaniu się z projektem, popiera i nie zgłasza uwag. Projekt zmiany ustawy stanowi realizację postulatów NRL dotyczących zwiększenia wymiaru składki na powszechne ubezpieczenie zdrowotne.

Delegowano:

– **Zbigniewa Węgrzyna** na spotkanie Rady ds. Doskonalenia Zawodowego UEMS (UEMS Advisory Council for CME), które odbyło się w Brukseli, w dniu 24.11.br.

Naczelna Rada Lekarska – 26 X 2007

NRL przyjęła informację w sprawie realizacji uchwał VIII Krajowego Zjazdu Lekarzy (obradujący w Warszawie w dn. 5-7.01.2005 r. podjął 19 uchwał). Dokument zostanie przedstawiony podczas IX Nadzwyczajnego Krajowego Zjazdu Lekarzy w styczniu 2008 r.

Przyjęto uchwałę w sprawie terminów posiedzeń NRL w roku 2008. Ustalono następujące terminy: 8 II, 4 IV, 27 VI, 12 IX, 7 XI, 12 XII.

NRL przyjęła uchwałę w sprawie ustalenia kosztów czynności przejętych od organów administracji rządowej. Ustalono założenia do ustalenia kosztów czynności przejętych od organów administracji rządowej. Na tej podstawie zostaną podjęte kroki w celu otrzymania tak wyliczonych kwot na podstawie refundacji.

NRL przyjęła stanowisko w sprawie zasad stwierdzenia zgonu. NRL, po zapoznaniu się z obwieszczeniem ministra zdrowia w sprawie kryteriów i sposobu stwierdzenia trwałego nieodwracalnego ustania czynności mózgu, stoi na stanowisku, iż stwierdzenie zgonu w każdej sytuacji należy do kompetencji lekarza lub lekarza dentystry. W większości sytuacji nie następujących trudności diagnostycznych czynności tej dokonuje się jednoosobowo w oparciu o tradycyjne kryteria. W sytuacjach szczególnych, zwłaszcza takich jak stwierdzenie zgonu w związku z pobieraniem narządów do przeszczepienia lub stwierdzenie zgonu osób hospitalizowanych w oddziałach intensywnej opieki medycznej (szczególnie, gdy stosowana jest aparatura sztucznie podtrzymująca pracę układu krążeniowo-oddechowego), należy stosować kryteria i procedury przyjęte w obwieszczeniu ministra zdrowia. Stwierdzenie zgonu w trybie opisanym w obwieszczeniu ministra zdrowia jest równoważne ze stwierdzeniem zgonu w sposób tradycyjny i brak jakichkolwiek przesłanek merytorycznych, aby przyjęte w obwieszczeniu kryteria stosować jedynie w sytuacjach, gdy stwierdzenie zgonu następuje w związku z pobieraniem narządów do przeszczepienia.

Prezydium NRL – 9 XI 2007

Prezydium zgłosiło uwagi w sprawie projektu rozporządzenia ministra zdrowia w sprawie sposobu ustalania i uiszczania opłat związanych z dopuszczeniem do obrotu produktu leczniczego. Zwró-

cono uwagę, że w rozporządzeniu brakuje rozróżnienia wysokości opłat od wniosków dla produktów leczniczych pochodzących z krajów UE i wniosków dla produktów, dla których Polska jest krajem referencyjnym, a także wniosków dla leków rejestrowanych tylko w Polsce. Ponadto obawę budzi ustanowienie tak wysokich opłat nałożonych rozporządzeniem na wytwórców leków. Jest to oczywiście uzasadnione faktem, iż Polska jest krajem referencyjnym, jednakże owe opłaty mogą stanowić poważne kwoty dla przyszłych krajowych wytwórców leków generycznych. Prezydium uważa, że Urząd Rejestracji Produktów Leczniczych nie powinien zajmować się rejestracją produktów homeopatycznych, ponieważ produkty te nie powinny mieć statusu podobnego do leków.

Prezydium odniosło się do projektów rozporządzenia w sprawie projektu rozporządzenia ministra zdrowia zmieniającego rozporządzenie w sprawie wykazu gwarantowanych świadczeń lekarza dentystry i materiałów stomatologicznych oraz rodzaju dokumentu potwierdzającego uprawnienia do tych świadczeń. Komisja Stomatologiczna NRL, w trosce o zdrowie jamy ustnej populacji, od lat wnioskuje o intensyfikację działań profilaktycznych oraz objęcie priorytetową opieką dzieci i młodzieży. Prezydium NRL z zadowoleniem przyjmuje fakt propozycji rozszerzenia katalogu świadczeń dla tej grupy pacjentów. Jednak każda zmiana poszerzenia katalogu świadczeń gwarantowanych powinna wskazać źródło środków finansowych na realizację zadań. Samorząd lekarski protestuje przeciwko przeliczeniu na świadczeniodawców kosztów korzystnych dla pacjentów zmian w katalogu świadczeń.

Delegowano:

– **Konstantego Radziwilla**, prezesa NRL, na posiedzenie Okrągłego Stołu dotyczące przyznawania uprawnień do wykonywania zawodów w ochronie zdrowia organizowane przez Światową Organizację Zdrowia (WHO) oraz Ministerstwo Zdrowia Azerbejdżanu, które odbędzie się w dn. 10-11.12.br. w Baku.
– **Konstantego Radziwilla**, prezesa NRL, na 21. Zgromadzenie Ogólne Czeskiej Izby Lekarskiej, które odbędzie się w Brnie, w dn. 24-25.11.br.
– **Annę Lellę**, wiceprezes NRL, oraz **Zdzisława Annusewicza**, członka Prezydium NRL, na posiedzenie ogólne Rady Europejskich Lekarzy Dentystrów (Council of European Dentists), które odbędzie się w Brukseli, w dniu 30.11.br.
– **Marka Szewczyńskiego**, pracownika Biura NIL, na międzynarodowe seminarium poświęcone rynkowi wewnętrznemu w zakresie ochrony zdrowia i jego wpływowi na systemy ochrony zdrowia państw członkowskich organizowane przez Europejski Instytut Administracji Publicznej (EIPA), które odbędzie się w dn. 29-30.11.br. w Mediolanie.

Konwent Przewodniczących ORL

– Bydgoszcz, 15-17 XI 2007 r.

Konwent dyskutował nad problemami związanymi z czasem pracy lekarzy. Uznano, że bez względu na formę zatrudnienia zgoda lekarzy na przedłużenie czasu pracy powinna być uzależniona przede wszystkim od uzyskania satysfakcjonującego wynagrodzenia nie niższego niż 40zł/godz. pracy. Równocześnie wyrażono sprzeciw wobec prób wprowadzenia dla lekarzy pracy zmianowej, która jest nie tylko niekorzystna dla lekarzy, ale stanowi zagrożenie dla pacjentów uniemożliwiając ciągłość opieki nad nimi.

Prezydium NRL – 21 XI 2007

Prezydium przyjęło projekt budżetu NIL na 2008 r. i przekazało go do NRL.

Z kalendarza Prezesa NRL

– Udział w debacie na temat problemów etycznych w ochronie zdrowia w Komitecie Etyki w Badaniach Naukowych PAN.
– Udział w posiedzeniu Stałego Komitetu Lekarzy Europejskich (CPME) w Brukseli.
– Udział w III Forum „Rynku zdrowia”.
– List do Trybunału Konstytucyjnego – w sprawie wystąpienia do Trybunału Konstytucyjnego z wnioskiem o zbadanie zgodności przepisów ustawy z 27 VII 2001 r. o diagnostyce laboratoryjnej.
– Udział w redakcyjnej dyskusji w „Gazecie Prawnej” nt. sytuacji powstającej w związku z wejściem w życie nowych przepisów dotyczących czasu pracy lekarzy.
– Udział w uroczystości wręczenia odznaczeń PTL.
– Spotkanie z abp. metropolitą warszawskim Kazimierzem Nyczem.
– List do Trybunału Konstytucyjnego – skarga w sprawie podatku dochodowego od osób fizycznych.
– Udział w „śniadaniu” Instytutu Globalizacji nt. problemu interwencjonizmu państw w światowym rynku leków.
– List do nowo wybranych lekarzy posłów i senatorów – gratulacje z okazji wyboru do Parlamentu i zaproszenie na spotkanie do siedziby NIL w celu omówienia podstawowych postulatów legislacyjnych środowiska lekarskiego.
– Udział w konferencji Ośrodka Bioetyki NIL nt. finansowania komisji bioetycznych.
– Spotkanie z przedstawicielami Ogólnopolskiego Komitetu Strajkowego (dr Julian Wróbel z Radomia).
– Udział w spotkaniu Polskiego Towarzystwa Neonatologicznego nt. nowych przepisów dot. czasu pracy lekarzy.
– Udział w posiedzeniu Rady Nadzorczej SKOK-u Izb Lekarskich.
– Udział w posiedzeniu Komisji Etyki NRL.
– Udział w konferencji programowej Polskiego Towarzystwa Prawa Medycznego w Krakowie.
– List do przewodniczących ORL w związku z napływającymi do NIL sygnałami o pobieraniu przez niektóre OIL od towarzystw naukowych i grup lekarzy opłat za wpis do rejestru podmiotów prowadzących kształcenie podyplomowe.
– Udział w spotkaniu z parlamentarzystami lekarzami w NIL.
– Udział w posiedzeniu Konwentu Przewodniczących ORL.
– List do Ewy Kopacz w związku z nominacją na ministra zdrowia.
– List do Donalda Tuska w związku z objęciem stanowiska premiera RP.
– Udział w gali Sukces Roku 2007 w Ochronie Zdrowia.

Spotkania Komisji NRL

Spotkanie Ośrodka Bioetyki NRL miało miejsce 31 października i było poświęcone zasadom finansowania polskich komisji bioetycznych. Przedstawiono stan faktyczny dotyczący finansowania komisji bioetycznych działających w Polsce. Na podstawie opinii wyrażonych w dyskusji zdecydowano o opracowaniu wspólnego stanowiska w odniesieniu do zmian przepisów prawnych w zakresie finansowania komisji bioetycznych. Po opracowaniu dokumentu i zaakceptowaniu przez wszystkich uczestników spotkania zostanie on przesłany do przewodniczących wszystkich działających w Polsce komisji bioetycznych.

Tomasz Korkosz

tel.: 022-559-13-27, 0602-218-710

faks: 022-559-13-26

e-mail: t.korkosz@hipokrates.org

REKLAMA

REKLAMA



Mobberator polski

Krystyna Knypl

Zachowanie szefów wobec podległych lekarzy w wielu polskich oddziałach szpitalnych jest niewłaściwe i w wysokim stopniu naganne.

foto: Marek Staniewicz

Obfita korespondencja, jaka napłynęła od Kolegów z kraju i zagranicy po moim poprzednim artykule: „Porozmawiamy o mobbingu” („GL” nr 10/2007), spowodowała, że powracam do tego tematu po raz drugi, ale z pewnością nie ostatni. W naszym środowisku obraz wzajemnych relacji między szefem i podwładnym jest ciemny niczym malowidła niderlandzkich mistrzów. Jednak na każdym z tych dzieł możemy zobaczyć niewielkie wprowadzie, ale zawsze światło.

Takim światłem w mrocznym świecie mobbingu są rozmowy. Nie są to z pewnością rozmowy łatwe i wielu z nas musi nauczyć się mówić o swoich doznaniach i przeżyciach z przeszłości oraz właściwie reagować na bieżące zdarzenia. Z kolei osoby stosujące mobbing muszą nauczyć się trudnej sztuki partnerskiej rozmowy, pozbywając się nawyku ranienia innych ludzi i deptania godności współpracowników.

Internet prawdę ci powie

Dane europejskie mówią, że mobbing dotyka 9% pracowników, tymczasem badania CBOS-u szacują to zjawisko na 17% polskiej populacji pracowniczej. Mimo intensywnych starań nie znalazłam żadnych danych o częstotliwości mobbingu w środowisku lekarskim. Poszukując dróg oszacowania tego zjawiska zaproponowałam dr. Jarkowi Kosiakowi zamieszczenie anonimowej ankiety na łamach portalu Esculap.pl. Droga mailową zwróciłam się do kilkuset Kolegów z prośbą, aby wzięli udział w ankiecie i dyskusji.

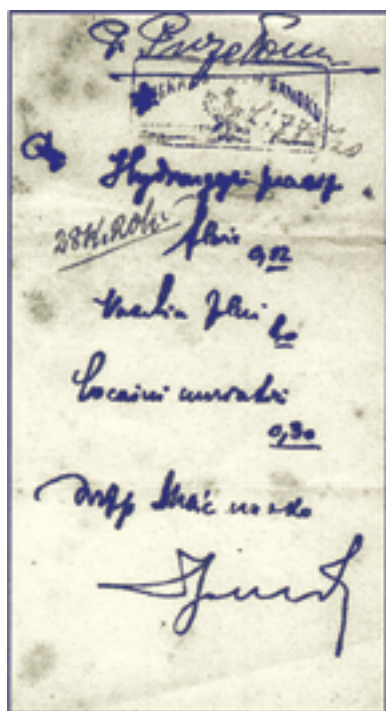
Już pierwszego dnia zadzwonił do mnie Czytelnik z Kanady, chcący opowiedzieć mi o swoich przeżyciach doznanych w wyniku mobbingu, który miał miejsce ponad 40 lat temu! Jak więc trwałe i bolesne muszą być rany, jeżeli odczuwamy je po dziesięcioleciach! Odezwali

się też Czytelnicy z Republiki Czeskiej i Wielkiej Brytanii. Geografia tej korespondencji jasno pokazuje, że dziś nikt nie musi dożywotnie znosić złego zachowania zarówno ze strony szefa, jak i roszczeniowego pacjenta. Może więc nadejść taki czas, że nie będzie kim pomiatać ani u kogo się leczyć. Wprawdzie Koledzy pracujący za granicą w dyskusji na stronach Eskulapa zwracają uwagę, że możliwości lekarzy cudzoziemców w zakresie obrony przed mobbingiem są o wiele mniejsze niż miejscowych, ale jednak istnieją. BMJ opublikował w 1999 r. informację, że angielski profesor o międzynarodowej renomie w dziedzinie badań nad astmą za mobbingowe zachowania wobec młodszego asystenta i nakłanianie go do naruszenia protokołu prowadzonego badania klinicznego został skreślony z listy praktykujących lekarzy i pozbawiony prawa wykonywania zawodu.

Czy w Polsce byłoby możliwe, aby renomowany hierarcha medyczny został pozbawiony prawa wykonywania zawodu? Taka ewentualność wydaje się absurdalna i oderwana od realiów, jednak we wspomnianym angielskim przypadku działały mechanizmy zewnętrznego i prawdziwie niezależnego audytu menedżerskiego, jaki ma zawsze miejsce w protokołach prowadzenia badań klinicznych. Można więc wysunąć tezę, że dopóki polskie oddziały kliniczne, instytutowe czy szpitalne nie będą poddane zewnętrznym audytom sprawdzającym styl i metody zarządzania, dopóty będą one siedliskiem bezprzykładnej samowoli lekarzy-mobberów.

Obraz z ankiety

Na podstawie danych z ankiety internetowej i wypowiedzi pod nią można wysnuć wniosek, że zarządzający przeciętnym polskim oddziałem powinien się nazywać nie ordynator, lecz... mobberator. Osobnik ten rozpoczyna dzień od wrzasków na odprawie, a podczas obchodu publicznie krytykuje pracę swoich asystentów. Skupienie się wyłącznie na tematyce medycznej to dla takiego typu za mało, więc rozszerza swoje niewybredne komentarze na inne obszary – nieprzyjaźnie komentuje wygląd asystentek, ich wiek i stan cywilny. „Kiedy się wreszcie odchudzisz?” – woła publicznie do lekar-



Recepta „Apteki pod Orłem” z 1936 r., stempel apteki, kier. mgr Hrabar.

Rozszyfruj receptę – obchodzimy pierwsze urodziny!

Na zamieszczoną przed rokiem pierwszą propozycję rozszyfrowania recepty nadesłało setki listów elektronicznych i ten stan utrzymuje się nieprzerwanie do chwili obecnej. Pamiętam dokładnie czas tuż przed Wigilią Bożego Narodzenia, gdy odpisywałam na maile w wolnych chwilach pomiędzy lepieniem pierogów! Z zadziwiającą łatwością rozszyfrowywali Koledzy prawidłowe nazwy zaordynowanych leków z większością zamieszczonych recept. Szacunkowo oceniam, że ok. 10% nadsyłanych odpowiedzi była jednak nietrafna; choćby ostatnio przedstawiona receptę na ametril niektórzy z Czytelników odczytali jako amaryl! Niewątpliwie znajomość nazw firmowych czyni rozszyfrowanie łatwiejsze. Laureatem kolejnej edycji naszego konkursu zostaje dr Adam Kulesza z Zambrowa w woj. podlaskim.

Dziś zadanie ekstremalnie trudne – recepta pochodzi sprzed II wojny światowej i jest wystawiona na lek składany, nie ma więc mowy o zgadnięciu na podstawie teoretycznej znajomości nazw leków. Receptę zaczerpnęłam z wydanej w 2007 r. w Sanoku monografii „Sanok w dawnej Galicji i Lodomerii na starej pocztówce i fotografii” autorstwa Borysa Łapiszcza. Ponieważ otrzymuję korespondencję zarówno od lekarzy, jak i farmaceutów, liczę, że ktoś pamiętający dawną recepturę będzie w stanie odczytać zamieszczoną receptę; oczywiście liczę też na głosy Kolegów lekarzy zaprawionych w trudnej sztuce rozszyfrowywania recept.

Czekam na propozycje rozwiązania, pod adresem: krystyna.knypl@compi.net.pl

Czytelnicy „Gazety Lekarskiej” o mobbingu

Przytaczam fragmenty otrzymanych listów. Postanowiłam nie ujawniać danych osobowych moich korespondentów. Opisywane fakty mówią więcej niż imiona i nazwiska.

- *Gdy pewna lekarka została zastępcą dyrektora szpitala, nie było dnia, abym nie została poniżona, zastraszona lub obrażona.*
- *...w trakcie jednego ze spotkań mówiono o konieczności zbadania środowiska medycznego w aspekcie mobbingu. Okazało się jednak, że nikomu to się nie udało – nie zgadzali się dyrektorzy, ordynatorzy, wreszcie bali się sami lekarze. (...) bogowie nie chcą słuchać krytyki na swój temat.*
- *Miałam 3 miejsca pracy i to szczęście, że nigdy nie czułam się mobbingowana. Może nie zagrażałam nikomu w jego karierze?*
- *Wszyscy analizują jak na jakość opieki wpływają relacje lekarz-pacjent. Czy ktoś zastanawiał się jak mogą na nią wpłynąć relacje lekarz-lekarz?*
- *Mobbing w środowisku lekarskim można przyrównać do tzw. fali w wojsku, tyle że po zaliczeniu roli kota w wojsku każdy osiąga niezależność. U nas znaczna większość lekarzy pozostaje kotem do emerytury.*
- *Mam wrażenie, że w środowiskach cieszących się dużą estymą społeczną (prawnicy, lekarze, naukowcy) panuje zмова milczenia na temat szyskan. Natomiast mobbing w firmach prywatnych też się zdarza, jest jednak dobrze opisany i są opracowane metody jego ograniczania i zwalczania.*

Ankieta wypełniana anonimowo przez internautów portalu Esculap.pl

Czy zetknąłeś się z zachowaniami mobbingowymi?

- wobec ciebie – 66,00% odpowiedzi twierdzących
- wobec kolegów – 20,30% odpowiedzi twierdzących
- nie spotkałem / spotkałam się – 12,00% odpowiedzi twierdzących
- nie wiem co to mobbing – 1,55% odpowiedzi twierdzących

ki. Jest też ciekaw, kiedy wyjdzie ona za mąż. Gdy dla odmiany asystentka jest zamężna, publicznie snuje przypuszczenia na temat terminu ciąży. Co tu dużo mówić, na oddziale zabiegowym kobieta to zawalidroga dla mobbera. Daje więc upust swojej złości, używając na określenie asystentki wulgaryzmów ginekologicznych: „C... nam tu nie trzeba”. Ma też polski mobber medyczny wiele beztróski w swych działaniach – zwolnienie z pracy lekarki mającej ciężko chorą matkę na utrzymaniu to dla niego najłatwiejsza de-

cyzja personalna. Sadystycznego mobbera spotkamy bardzo często w specjalnościach zabiegowych, gdzie jego ulubioną bronią jest odsuwanie swej ofiary od operacji, a tym samym wydłużanie czasu specjalizacji podwładnego lekarza.

Mobbing panoszy się równie bezczelnie na oddziałach niezabiegowych, nie wyłączając psychiatrii, której pracownicy zdawałoby się powinni dobrze rozumieć, na czym polega zjawisko psychicznego dręczenia drugiego człowieka. Gdy pani ordynator potrzebuje etatu dla swojej córki, która to latorośl psychiatrię wysłała z mlekiem matki, nie zawaha się rozpętać bezprzykładnej burzy mobbingowej wobec osoby domniemanie stojącej na przeszkodzie osobliwie pojmuwanemu rodzinnemu szczęściu. Problem nepotyzmu panoszącego się ze szczególnym natężeniem w ośrodkach akademickich to inny temat rzeka, dodajmy rzeka o mętnym nurcie.

Wiek jest świetnym punktem zaczepki dla mobbera. Doświadczony lekarz będący podwładnym młodego mobbera to głupi dinozaur, który zna tylko stare, nic niewarte metody leczenia. Mobber ubóstwia swój folwark restrukturyzować – to magiczne słowo pozwala pozbyć się każdego niewygodnego lekarza z oddziału czy przychodni. Wszystko to czyni w poczuciu dużej bezkarności – nikt go nie zwolni, nie napiętnuje, wszak na sąsiednim oddziale czy w klinice siedzi podobny typ.

Czy lekarze szefowie w niegodny sposób poniżają swoich kolegów lekarzy to „polska norma”? Czy jedyne co frapuje lekarza na stanowisku to zbijanie kasy i ustawianie sukcesji po sobie? Czy rezydencja obwieszona dziełami sztuki i superbryka to szczyt marzeń, skutecznie wypierający chęć cieszenia się autentycznym szacunkiem kolegów?

Czy można coś zmienić?

Wielu kolegów zabierających głos na forum Eskulapa wyraża pesymistyczne opinie, że żadna zmiana nie jest możliwa. Anachroniczne folwarki z epoki feudalnej niszczą nasze środowisko emocjonalnie i zawodowo. Pierwszym etapem do zmiany jest rozmowa o patologii. Musimy mieć odwagę rozmawiać o mobbingu w naszym środowisku, bo przecież gorzej już nie będzie. Wyrażam nadzieję, że koledzy funkcyjni zdobędą się na odwagę i zabiorą głos w dyskusji. Na zamiatanie pod dywan tego niezwykle nabrzmiałego problemu niech nikt nie liczy – wierzę, że nadchodzi pora gruntownych porządków.

Czekam jak zawsze na listy, pod adresem: krystyna.knypl@compi.net.pl

Opieka farmaceutyczna

GAZETA
FARMACEUTYCZNA

Jaka? Dla kogo? Dlaczego?

Gazeta
Lekarska

Na temat opieki farmaceutycznej pisaliśmy w pierwszych latach transformacji ustrojowej, kiedy kształtował się nowy model polskiego aptekarstwa. W bliskich nam krajach Europy Zachodniej opieka farmaceutyczna traktowana była wówczas jako element szeroko rozumianej opieki medycznej. Dla polskich aptekarzy była to *terra incognita*.

Dziś opieka farmaceutyczna jest u nas przedmiotem seminariów na wydziałach farmaceutycznych, tematem konferencji i kongresów, szkoleń aptekarskich oraz publikacji konsekwentnie prezentowanych także na łamach naszego pisma.

Doradztwo farmaceutyczne to jedno, opieka farmaceutyczna – drugie. Doradztwo jest coraz szerzej praktykowane, opieki farmaceutycznej jeszcze nie mamy. Ale jest pierwszy program pilotażowy. Właśnie go przedstawiamy. I stawiamy pytania: jaka opieka farmaceutyczna, dla kogo i dlaczego? Odpowiadają na nie wybitni przedstawiciele świata farmacji i medycyny, aptekarze i lekarze. Te dwa zawody łączy pacjent. W definicjach opieki farmaceutycznej na plan pierwszy stawia się potrzeby lekowe pacjenta, zapewnienie bezpiecznej farmakoterapii w ciągłym procesie usług świadczonych przez aptekarza. Od definicji do praktyki. Jesteśmy na tym etapie. Jest więc czas, aby mówić, jak ta praktyka powinna wyglądać w naszych polskich warunkach. Różne są punkty widzenia. W październikowym numerze „Gazety Farmaceutycznej” zamieściliśmy publikację prof. Tadeusza Chruściela, rozpoczynając w ten sposób dyskusję.

W naszym modelu opieki zdrowotnej pacjent ma lekarza pierwszego kontaktu. Czy może mieć także aptekarza pierwszego kontaktu? Czy powinien mieć takiego aptekarza? Bezdyskusyjne jest to, że na linii aptekarz – lekarz niezbędna jest współpraca zarówno w doradztwie farmaceutycznym, jak i w opiece farmaceutycznej. W badaniach przeprowadzonych niedawno wśród słuchaczy wydziału farmaceutycznego jednej z akademii medycznych, w odpowiedziach większości studentów szykujących się do dyplomu, a więc i do pracy za pierwszym stołem w aptece, bardzo mocno akcentowano potrzebę współpracy pomiędzy farmaceutami a lekarzami. Zapraszamy więc do dyskusji aptekarzy i lekarzy. Łamy „Gazety Farmaceutycznej” są do Państwa dyspozycji.

Andrzej Wróbel
prezes Naczelnej Rady Aptekarskiej

Pojęcie „opieki farmaceutycznej” może być różnie rozumiane. Niektórzy twierdzą, że jej elementem jest już sama uprzejma obsługa pacjenta w aptece. Pewnie tak, jednak w ocenie naszego samorządu do tego pojęcia należy podchodzić w dużo szerszym kontekście. Dyspensowanie leku wykracza bowiem daleko poza jednorazową czynność, którą wykonuje się w aptece sprzedając dany lek. **Farmaceuta dobrze przygotowany merytorycznie, powinien roztaczać opiekę nad całym procesem farmakoterapii prowadzonej wobec pacjenta.**

Oczywiście, wiąże się to ze ścisłą współpracą z lekarzem prowadzącym szczególnie gdy dotyczy to leków wydawanych na receptę. Należy pamiętać jednak, że część tych porad może być związana również z wydawanymi preparatami OTC czy suplementami diety. Spotykane jest to często w przypadku tzw. chorób sezonowych jak np. przy przeziębieniu, alergii, gdzie wiedza i fachowość farmaceuty w zupełności wystarczą do udzielenia pierwszej pomocy pacjentowi i wsparcia przeciążonych pracą lekarzy.

W tym miejscu należy podkreślić bardzo jednoznacznie, że w sprawowaniu opieki farmaceutycznej absolutnie nie chodzi o to, aby aptekarz wkraczał w kompetencje lekarza. Farmaceuta ma być ogniwem wspomagającym jego pracę, odciążającym od cięższych przypadków chorobowych.

Ponadto taka opieka może wiązać się również z propagowaniem oświaty zdrowotnej. Działania prozdrowotne, które nie wiążą się bezpośrednio z procesem leczenia, wręcz zapobiegają powstaniu sytuacji, zmuszającej pacjenta do korzystania z wizyty u lekarza. Służy temu w aptece dostęp do odpowiedniej literatury, jak również do fachowych porad dotyczących zdrowego stylu życia, zapobiegania drobnym, acz dokuczliwym dolegliwościom typu – ból głowy, katar, uczulenie itp. W skrócie można to określić jako opiekę i doradztwo, bardzo często niepowiązane ze sprzedażą leku.

Wykonywanie dodatkowych czynności w aptece jak pomiar wzrostu pacjenta, masy ciała, ciśnienia krwi, pobieżnej oceny jego ogólnego stanu zdrowia itp. – przy zastosowaniu tzw. metod nieinwazyjnych, może służyć do wstępnej selekcji pacjentów. Ta wstępna selekcja pozwala skierować dużo trafniej pacjenta

do określonego gabinetu lekarza pierwszego kontaktu lub specjalisty. Taką rolę widzę już od teraz w aptece, nie czekając na „odpowiednie dyrektywy”.

Aptekarz może, wręcz powinien, chronić pacjenta przed negatywnymi skutkami polipragmacji, jednoczesnego stosowania wielu leków o podobnym działaniu. Może to dotknąć np. pacjenta wykupującego wszystkie zapisane przez lekarzy farmaceutyki, na które ma recepty z kilku gabinetów lekarskich. Badania wielu firm monitorujących rynek leków wykazują, że coraz więcej chorych nie wykupuje wszystkich przepisanych na receptach preparatów, bo ich na to po prostu nie stać. Tutaj również widzę rolę farmaceuty, który może być doradcą w doborze tańszego zamiennika np. często leku generycznego. Farmaceuta ma do tego prawo (a w świetle obecnie przepisów – nawet obowiązek) i nie widzę przeszkód, żeby z tego nie korzystał.

To wszystko są dodatkowe czynności, obowiązkowe i nieobowiązkowe, które można wykonywać w aptece. Dzisiaj jednak aptekarz jest zbyt bardzo uzależniony od tego ile i za ile sprzeda. To marża uzyskiwana ze sprzedaży leków decyduje o jego egzystencji. Na własny koszt musi się szkolić, rozwijać działal-

ność gospodarczą, utrzymywać rodzinę. **Moim marzeniem byłoby zminimalizowanie zależności aptekarza od ceny sprzedawanego leku.** Ba, w skrajnym przypadku – nawet od marży tak, żeby sprzedawał, szczególnie leki refundowane, w cenach hurtowych. Myślę, że NFZ byłby bardzo z tego rad. W ten sposób oszczędziłby na refundacji, a dodatkowo w wyniku sprawowanej przez aptekarza opieki farmaceutycznej – na kosztach ewentualnych hospitalizacji powikłań wynikających z niekorzystnych interakcji niektórych preparatów w organizmie pacjenta.

Mając powyższe na względzie to właśnie ubezpieczalniany płatnik powinien uczestniczyć w finansowaniu opieki farmaceutycznej sprawowanej w aptekach. Uważam, że **należy wprowadzić kategorię dodatkowego wynagrodzenia aptekarzy w postaci ustalonej opłaty manipulacyjnej czy administracyjnej** (nazwa jest tu kwestią drugorzędą), która zawierałaby w sobie standaryzowaną wartość świadczonej usługi farmaceutycznej.

Należy powołać odpowiedni zespół farmakoekonomistów, technologów, farmakologów, klinicystów itp., który w sposób jednoznaczny określiłby wartość danych czynności i procedur aptekarskich na wzór tego, co uczyniono w przypadku praktyki lekarskiej. Myślę, że unormowanie tych spraw miałoby bardzo znaczący wpływ na ogólny obraz naszego rynku farmaceutycznego. Ukrócone byłyby w ten sposób w „światku aptekarskim” wszelkie wojny cenowe. Pacjent wychodząc z gabinetu lekarskiego, nie musiałby już robić przeglądu ofert poszczególnych aptek, w poszukiwaniu najtańszego leku, siedłby po prostu do najbliższej z nich, aby jak najszybciej stosować zaleconą farmakoterapię.

Miałem nadzieję, że jeszcze w tym roku powstanie również ustawa o zawodzie farmaceuty, gdzie te zapisy, definicje byłyby zawarte w jeszcze szerszym zakresie. Powtarzając za dr. Jerzym Łazowskim, znawcą tego zagadnienia w środowisku aptekarskim: „opieka farmaceutyczna jest wszechstronnym procesem poznawczym, wymagającym nawiązania dobrych i stale podtrzymywanych kontaktów z pacjentem i lekarzem, gromadzeniem danych, łączenia ich z posiadaną wiedzą, podejmowania decyzji, prowadzenia dokumentacji oraz samodoskonalenia zawodowego. Wymaga systematyczności, konsekwencji, dyscypliny i dobrej organizacji pracy”.

Zrozumiałe więc, że **opieka farmaceutyczna wymaga kompletnej zmiany**

sposobu myślenia i mentalności zawodowej. Jest to wieloletni proces, wymagający konsekwencji i wytrwałości. Zdajemy sobie sprawę, że musimy budować tzw. wartość dodaną w naszym zawodzie tak, aby aptekarz nie był, jak czasem się żartobliwie mówi, wyłącznie sprzedawcą z wyższym wykształceniem. (mh)

Konstanty Radziwiłł
prezes Naczelnej Rady Lekarskiej

Będę zapewne „niepoprawny politycznie” w swoich opiniach, ale **nie widzę dziś potrzeby wprowadzenia do praktyki aptecznej jakiejś nowej, szczególnej, odrębnej, prowadzonej według specjalnego wzorca opieki farmaceutycznej nad pacjentem.** Niestety, to określenie pojawiło się już w przepisach, mimo że nie ma dotychczas oficjalnej definicji opieki farmaceutycznej. Grozi to kaskadą nieporozumień. A zatem, co to jest opieka farmaceutyczna?

W rozmowie z „Gazetą Farmaceutyczną” mówiłem niedawno i dziś to powtarzam, że **współpraca lekarzy i aptekarzy w imię zachowania dobrego zdrowia pacjenta i jakości jego życia jest niezbędna.** Mówię to jako prezes Naczelnej Rady Lekarskiej, ale także jako lekarz praktyk. W mojej praktyce lekarza rodzinnego mam dobre kontakty z aptekarzami, nie wyobrażam sobie, aby mogło być inaczej. Linia telefoniczna jest otwarta w obie strony. Interwencja aptekarza w każdej sprawie jest bardzo cenna. Oznacza, że nie automatycznie, ale z uwagą i pełną odpowiedzialnością patrzy się w aptecę na ordynację lekarską. Że wydawany lek, dawka i jego stosowanie jest pod dodatkową kontrolą ze strony farmaceuty. Myślę, że wielu lekarzy i aptekarzy tak właśnie współpracuje. Jest to niepisana zasada wykonywanych przez nas zawodów, utrwalona tradycją. Decyduje o tym interes pacjenta jako nadrzędna powinność i etyka naszych zawodów, autonomicznych w swoich działaniach, ale podporządkowanych temu samemu celowi, z tego samego powodu i wobec tego samego pacjenta, którego zdrowie zostało zagrożone chorobą.

Pytanie na dziś dotyczy moim zdaniem jakości współpracy na linii lekarze – aptekarze. **Tempo życia, ciągłe zmiany w organizacji służby zdrowia, nieudane reformy, kryzysy i dramaty pacjentów, których jesteśmy świadkami, nie sprzyjają rozwijaniu współpracy pomiędzy lekarzami i aptekarzami, wspólnym spotkaniom i roz-**

dokończenie na str. 24

mowom na temat nowych leków, nowoczesnych terapii i potrzeb zdrowotnych pacjenta. A to powinno być podstawą naszej współpracy. Zasada powinna być otwarcie na kontakty zawsze wtedy, gdy jedna ze stron uznaje to za niezbędne. Każdy gabinet lekarski i każda apteka może współdziałać na tej linii. I w imię dobra każdego pacjenta, co chciałbym szczególnie podkreślić.

Jeśli opieka farmaceutyczna – jak słyszę – miałaby polegać na bardziej aktywnym i samodzielnym uczestnictwie aptekarzy w procesie farmakoterapii, to pytam: jak są do tego przygotowani merytorycznie, a przede wszystkim praktycznie, aptekarze? Z całym szacunkiem dla wiedzy aptekarzy na temat leku, są pierwszymi i niekwestionowanymi w tej dziedzinie specjalistami, ale przecież mówimy o czymś znacznie szerszym niż doradztwo „okienkowe”, które często jest powierzchowne choćby dlatego, że nie ma zapewnionej dyskrecji i intymności dla rozmowy z pacjentem o jego dolegliwościach. A więc drugie pytanie: czy nasze apteki mają warunki dla prowadzenia kontroli i sprawowania pieczy nad całością procesu farmakoterapii pacjenta? Skargi pacjenta wskazujące na interakcje lekowe, czy działania niepożądane wymagają przeprowadzenia wywiadu medycznego i nie tylko. Także badania, czy też diagnostyki. Nie ma problemu lekowego jako takiego. Jest chory pacjent, którego leczy lekarz. Pochopne decyzje mogą drogo kosztować. Myślę tu także o rozszereżeniach pacjentów wobec decyzji aptekarskich. Dla dobrej wzajemnej komunikacji pomiędzy lekarzami i aptekarzami, co jeszcze raz chciałbym podkreślić, jest potrzebne i niezbędne, wiele mogą zrobić oba środowiska działając na poziomie izb okręgowych. Do takich działań zachęcam gorąco i lekarzy i aptekarzy. (oe)

prof. Jerzy Woy-Wojciechowski
prezes Polskiego Towarzystwa Lekarskiego

Świat się zmienia i każde pokolenie staje przed innymi wyzwaniami. Nie tak dawno aptekarze wedle recepty lekarskiej i własnej wiedzy sporządzali pigułki, maści, mikstury i nalewki, dziś mamy bogactwo wspaniałych produk-

tów leczniczych o udowodnionej klinicznie skuteczności, zarówno tych innowacyjnych, jak i generycznych. W laboratoriach naukowych tworzy się nowoczesne leki na poziomie molekularnym, powstają leki dostosowane do genomu człowieka. Lekarze i aptekarze szkolą się w ramach dokształcania ustawicznego, by nadażyć za postępem nauk medycznych i farmaceutycznych. Dla praktyki obu tych zawodów jest to niezbędne. Celem jest bezpieczna, skuteczna i efektywna farmakoterapia z punktu widzenia interesów pacjenta, ale podkreśla się przecież także aspekt ekonomiczny przekładający się na wydatki na leki z pieniędzy publicznych i z prywatnych kieszeni obywateli. Dziś mówimy o opiece farmaceutycznej. Można by to nazwać nową specjalnością w praktyce aptekarskiej. Aptekarze dużo na ten temat mówią, czy powinni mówić o tym także lekarze? Uważam, że wspólnie powinniśmy o tym rozmawiać. **Współpraca lekarzy i aptekarzy w imię dobra pacjenta ma u nas długą tradycję. W słowie „lekarz” zawarte jest słowo lek. To dobry punkt wyjścia wyznaczający te współpracę.**

W mojej praktyce lekarskiej bardzo sobie cenię kontakty z aptekarzami. Mówiłem o tym na licznych spotkaniach ze środowiskiem lekarskim. Tu, w Warszawie, w Klubie Lekarza, przy kominiku, w pięknym starodawnym wystrój wnętrza, w otoczeniu obrazów pędzla cenionych mistrzów (kto był, ten wie) urządzaliśmy „Wieczory z Alembikiem” (to nazwa średniowiecznej nalewki o właściwościach leczniczych), na których spotykali się lekarze i aptekarze. Był czas na merytoryczną dyskusję, na występ artystyczny i na prywatne rozmowy. Zabrakło nam tylko sponatorów. Dziś słyszę, że ten, czy tamten dyrektor szpitala odmawia zorganizowania spotkania szkoleniowego dla lekarzy bojąc się być posądzonym o jakieś tajemne powiązania z jakąś firmą farmaceutyczną. No, właśnie! Tego się doroiliśmy i doczekaliśmy. Ale wracajmy do opieki farmaceutycznej.

Nie zdradzę chyba tajemnicy, a jeśli to w dobrej wierze, mówiąc, że Polskie Towarzystwo Lekarskie i Polskie Towarzystwo Farmaceutyczne są po wstępnym słowie odnośnie wspólnych działań, które, jak należy sądzić, będą miały wpływ na jakość doradztwa aptecznego dla pacjenta i będą sprzyjać temu, co nazywa się opieką farmaceutyczną. Z inspiracji i pod patronatem obu towarzystw mogłyby się odbywać na przykład wspólne lekarsko-aptekarskie szkolenia i prezentacje na temat nowych leków i nowoczesnych metod terapeutycznych, przedstawiane przez ekspertów, w obiektywnym ujęciu, poparte dowodami naukowymi. Żeby być obiektywnym w przekazie tej informacji, nie mogę nie dodać, że inicjatywa spotkania na wysokim szczeblu PTL i PTF wyszła od „Gazety Farmaceutycznej”, od pani redaktor naczelnej – Ewy Dux-Prabuckiej.

Okolo 90 proc. chorób leczonych jest zachowawczo, gros leków ordynowanych jest w lecznictwie otwartym i nabywanych w aptekach. To pokazuje cały problem i farmakoterapii i farmakoeconomiki. Jeśli aptekarze chcą dziś podjąć wyzwanie dla podwyższenia jakości opieki nad pacjentem, zgodnej z dobrą praktyką apteczną, to chwala im za to. (oe)

Zofia Ulz
Główny Inspektor Farmaceutyczny

Opieka farmaceutyczna przede wszystkim jest praktyką polegającą na tym, że indywidualny pacjent znajduje się w centrum zainteresowania aptekarza. Wymaga ona od farmaceuty ścisłej współpracy nie tylko z pacjentem, ale także z jego lekarzem, płatnikiem, jakim jest NFZ, oraz z instytucjami promującymi zdrowie. Rola, jaką ma do spełnienia farmaceuta, jest nie do przecenienia choćby z tego względu, że to on zwykle jest ostatnim ogniwem w terapii, niejednokrotnie skomplikowanej i często zalecanej przez lekarzy różnych specjalności. Opieka farmaceutyczna świadczona przez aptekarza to nie tylko działania prowadzące do zapobiegania chorobom, ale także ocena, monitorowanie i modyfikowanie spożycia leków po to, aby zapewnić, że terapia za pomocą wydanych medykamentów będzie bezpieczna i skuteczna.

Rozwijając opiekę farmaceutyczną zwiększamy szansę nie tylko na zahamowanie pogarszania się stanu zdrowia społeczeństwa, ale także na jego realną poprawę w przyszłości. Znaczne zwiększenie zużycia leków w Polsce spowodowane m.in. agresywną reklamą to problem, w którego rozwiązaniu może pomóc dobrze zorganizowana i wpisana w codzienną pracę aptekarzy opieka farmaceutyczna. Właściwie rozumiana opieka farmaceutyczna nie niesie w sobie żadnych zagrożeń.

Nie tylko powinniśmy, ale naszym obowiązkiem jest promować opiekę farmaceutyczną w Polsce. Nie stać nas na to, żeby jej nie było. (kiwi)

„Gazeta Farmaceutyczna”, 11/2007

Naj-LEP-si w Polsce

W jesiennej edycji Lekarskiego Egzaminu Państwowego najlepszy wynik – 178 punktów spośród wszystkich zdających w kraju uzyskała **Magdalena Czuba**, absolwentka wrocławskiej Akademii Medycznej (identyczny wynik zdobył **Lech Rogulski** z Częstochowy). Miesiąc wcześniej **Liliana Szyszka**, absolwentka Pomorskiej Akademii Medycznej w Szczecinie najlepiej w Polsce zdała Lekarsko-Dentystyczny Egzamin Państwowy.



Pasjonująca medycyna sądowa

Rozmowa z **Magdaleną Czuba**
– 178 punktów LEP

- **Zawsze była pani prymuską?**
– Medycynę skończyłam ze średnią ponad 5. Lubię się uczyć, a poza tym... nie mam telewizora, co chyba sprzyja skupieniu. Chociaż nie uważam, abym była kujonem.
- **A kiedy zaczęła się pani uczyć do LEP-u?**
– We wrześniu siadłam do pytań z poprzednich lat. Poza tym w czasie stażu,

Wolę prostować niż borować

Rozmowa z **Lilianą Szyszka**
– 175 punktów LDEP

- **Ciężko było na LDEP-ie?**
– Nie było łatwo, muszę to przyznać. Wiele pytań wykraczało poza obowiązującą, podręcznikową wiedzę. Mam wrażenie, że ich autorzy ułożyli je tak, aby nas zagiąć, pokazać jak wiele jeszcze nie umiemy. Ja zaczęłam się przygotowywać do LDEP-u już w styczniu, a pełną parą kułam od maja.
- **Co sprawiło pani największą trudność?**
– Paradoksalnie moja ukochana ortodoncja! Właśnie z tego działu dosta-

który odbywałam w Wojskowym Szpitalu Klinicznym we Wrocławiu, mieliśmy zaliczenia z każdego działu medycyny. To pomagało w zdobywaniu wiedzy, chociaż muszę przyznać, że staż dał mi przede wszystkim szansę na zdobycie wielu umiejętności praktycznych. Nauczyłam się np. intubacji, cewnikowania, robiłam drenaż jamy opłucnej. Mogłam wiele zobaczyć na salach operacyjnych. Nie byłam tylko „młodą do mierzenia ciśnienia czy wypełniania kart wypisowych”.

- **Na LEP-ie było jakieś trudne dla pani, zaskakujące pytanie?**
– Owszem, głównie z medycyny ratunkowej i anestezjologii. Ja głowiłam

łam najmniej punktów. Podobnie wypadli moi koledzy. To były najtrudniejsze pytania.

- **W poprzednich edycjach egzaminu młodzi dentyści skarżyli się na zbyt wiele pytań z medycyny ogólnej, teraz też tak było?**
– Nie odniosłam takiego wrażenia. Wydaje mi się, że proporcje były zachowane i test sprawdzał całą naszą wiedzę, chociaż w sposób oczywisty głównie stomatologiczną. Ale były też pytania z ratownictwa i prawa medycznego.
- **Staż pomógł w przygotowaniu się do LDEP-u?**
– W moim przypadku tak, bo odbywałam go na uczelni i mogłam ciągle konsultować trudne pytania z pracownikami AM. Nie miałabym tak komfor-

się np. nad pytaniem o rodzaje i kolejność ośrodków, do których należy kierować pacjentów z 90-procentowymi porażeniami ciała, którzy byli uczestnikami katastrofy. Nie wiem też do dziś czy dobrze odpowiedziałam na pytanie o pierwiastek, którego najczęściej brakuje ludziom. Czy to miał być magnez, selen, potas czy żelazo...

- **Plany na przyszłość?**
– Medycyna sądowa! To moja pasja. Już na studiach działałam w kole naukowym, teraz jestem na studiach doktoranckich z tej dziedziny. Praca z „mniej żywymi pacjentami” wydaje mi się niezwykle interesująca.

towej sytuacji, gdybym zaliczała staż w innym ośrodku. Poza tym stażyści spotykali się systematycznie, zwykle po zakończeniu zajęć z poszczególnych działów, np. ze stomatologii zachowawczej i dzielili się swoimi doświadczeniami, przygotowywaliśmy opisy ciekawych przypadków. To było bardzo cenne.

- **„Ukochana ortodoncja” – co to znaczy?**
– To dziedzina, którą chcę się zajmować w przyszłości. Jestem już na studiach doktoranckich i zgłębiam wiedzę na ten temat. Poza tym wiąże się to z pracą z dziećmi, a ja bardzo lubię małych pacjentów.

rozmawiała **Anna Augustowska**
fot. **Marek Stankiewicz**

Do Lekarsko-Dentystycznego Egzaminu Państwowego w sesji jesiennej 2007 r. przystąpiło w całym kraju 849 lekarzy stażystów, uzyskując średnio 139,6 punktu. Maksymalny wynik wśród stażystów wyniósł 175, a minimalny 41 punktów. Sześćdziesięciu lekarzy stażystów nie uzyskało minimum niezbędnego do zdania egzaminu. Minimum to wyniosło 111 punktów. Wśród 134 zdających lekarzy z prawem wykonywania zawodu średni wynik wyniósł 125,5 punktu (minimum – 68, a maksimum – 165). Maksymalna liczba możliwych do zdobycia punktów wyniosła 198 – 2 zadania zostały unieważnione przez Komisję Egzaminacyjną.

Do Lekarskiego Egzaminu Państwowego przystąpiło 2028 lekarzy stażystów. Średni wynik wśród stażystów to 145,3 punktów, maksymalny – 178 punktów. Siedemdziesięciu lekarzy stażystów nie uzyskało minimum niezbędnego do zdania egzaminu. Minimum to wyniosło 110 punktów. Maksymalna liczba możliwych do zdobycia punktów wyniosła 196 – 4 zadania zostały unieważnione przez Komisję Egzaminacyjną. Wśród 256 zdających lekarzy z prawem wykonywania zawodu, średni wynik wyniósł 126,2 punktów (minimum – 73, a maksimum 167).

Liderzy medycyny 2007

20 listopada 2007 r. w Sali Wielkiej Zamku Królewskiego w Warszawie wręczono statuetki i dyplomy przyznane w prestiżowym dorocznym plebiscycie wydawnictwa TERMEDIA „Liderzy Medycyny”.

Celem konkursu jest uhonorowanie i nagrodzenie osób oraz podmiotów, które w 2007 r. odniosły sukces w ochronie zdrowia. Promowanie liderów i ich dokonań sprawia, że stają się oni przykładem dla innych – przekonuje Janusz Michalak, redaktor naczelny „Menedżera Zdrowia”.

Tytuł **Człowieka Roku 2007 w Ochronie Zdrowia** przypadł **prof. Henrykowi Skarżyńskiemu**, otolaryngologowi, twórcy i dyrektorowi warszawskiego Instytutu Fizjologii i Patologii Słuchu oraz Międzynarodowego Centrum Słuchu i Mowy. Przypomnijmy, że prof. Skarżyński jako pierwszy na świecie wykonał operację wszczepienia implantu ślimakowego w częściowej głuchocie u osoby dorosłej, a następnie u dziecka, dając szansę na zdecydowaną poprawę jakości życia u tych chorych.

W kategorii **Menedżer Roku 2007 w Ochronie Zdrowia – SPZOZ** zwyciężką została **Krystyna Mickiewicz** ze Szpitala Klinicznego im. H. Święcickiego Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu. Wyróżnienia otrzymali: Adam Borowicz, SP Szpital Kliniczny Nr 1 w Lublinie oraz Władysław Krzyżanowski, Szpital Powiatowy SPZOZ w Ostrowi Mazowieckiej.

W kategorii **Menedżer Roku 2007 w Ochronie Zdrowia – NZOZ** zwyciężył **Krzysztof Tuczapski** z Zamojskiego Szpitala Niepublicznego. Wyróżniono Andrzeja Michalskiego, ZOZ Szpital Położniczo-Ginekologiczny Ujastek w Krakowie oraz Renatę Jażdż-Zaleską

z Powiatowego Centrum Zdrowia SA w Kluczborku.

W kategorii **Lider Roku 2007 w Ochronie Zdrowia – Zdrowie Publiczne** triumfowała **prof. Stanisława Golinowska** z Zakładu Ekonomiki Zdrowia i Zabezpieczenia Społecznego Collegium Medicum UJ w Krakowie.

W kategorii **Lider Roku 2007 w Ochronie Zdrowia – Działalność Edukacyjno-Szkoleniowa** doceniono wysiłki i sukcesy **Medycznej Platformy Edukacyjnej TVN MED w Warszawie**. Wyróżnieniem mogą się poszczycić MBA – Zarządzanie i Ekonomika Technologii Medycznych Wyższej Szkoły Przedsiębiorczości i Zarządzania im. Leona Koźmińskiego w Warszawie oraz Podyplomowa Szkoła Kardiologiczna w Warszawie.

W kategorii **Lider Roku 2007 w Ochronie Zdrowia – Działalność Charytatywne** zwyciężyła **Fundacja Anny Dymnej Mimo Wszystko** oraz program **Przyjaciele Jelonka – wiedzieć, rozumieć, poznawać** realizowany przez firmę Janssen-Cilag Polska Sp. z o.o. i Fundację Przyjaciółka.

W kategorii **Lider Roku 2007 w Ochronie Zdrowia – Media – Dziennikarstwo Informacyjne i Edukacyjno-Społeczne** triumfował **Zbigniew Wojtasiński** z tygodnika „Wprost”, a wśród wyróżnionych obok Piotra Kościelnika z „Rzeczpospolitej” i Krzysztofa Michalskiego z Polskiego Radia znalazła się nasza koleżanka Ewa Gwiazdowicz, szefowa „Pulsu”, miesięcznika warszawskiej izby lekarskiej.

ms



foto. Marek Stankiewicz

Szpital Pluszowego Misia

21 listopada sala gimnastyczna szkoły podstawowej przy ul. Syreny w Warszawie zamieniła się w szpital.

A wszystko z powodu VII Finału Projektu Szpital Pluszowego Misia organizowanego przez Europejskie Stowarzyszenie Studentów Medycyny działające przy warszawskiej Akademii Medycznej.

Studenty medycyny wcielili się w lekarzy różnych specjalności, zaadaptowali salę gimnastyczną na prowizoryczny szpital z gabinetami i salami operacyjnymi. Była i rejestracja, i poczekalnia. Wszystko po to, aby sala gimnastyczna maksymalnie przypominała prawdziwy szpital.

W Szpitalu Pluszowego Misia pluszak był pacjentem, a przedszkolak jego rodzicem. Zabawa spodobała się dzieciom. Maluchy przychodziły ze swymi podopiecznymi do lekarzy – studentów, z różnymi problemami: od bólu głowy, przez złamania, aż po różnego rodzaju urazy narządów wewnętrznych. Ci przeprowadzali z nimi wywiad, a następnie badanie fizykalne, podczas którego dzieci zapoznawały się z działaniem m.in. stetoskopu. Maluchy przekonywały się, że takie badania lekarskie nie są bolesne.

– Każdy człowiek boi się tego, czego nie zna. Kiedy dzieciom wyjaśni się, dlaczego proces diagnostyczny przebiega w ten, czy inny sposób, zlikwiduje to u nich lęk i pozwoli lepiej zrozumieć to, co ich czeka u prawdziwych lekarzy. Przyjmując rolę rodziców dzieci stają się bardziej odpowiedzialne za swoje pluszaki, dzięki czemu łatwiej jest im zrozumieć, że do lekarza nie chodzi się za karę, tylko po to, by uzyskać pomoc – tłumaczy koordynator lokalny tegorocznej akcji **Katarzyna Sokół** z EMSA.

– Akcja zorganizowana jest w ten sposób, aby, przy zachowaniu zasad dobrej zabawy, wiernie oddawała rzeczywistość. Dzięki temu udaje się zrealizować cele projektu: dzieci oswajają się z widokiem personelu medycznego, poprzez to zmniejsza się u nich strach spowodowany widokiem białego fartucha. Dla studentów jest



foto. Jacek Parsa

to z kolei jedyna szansa zdobycia doświadczenia w kontakcie z najbardziej wymagającym i dociekliwym pacjentem, jakim jest dziecko – wyjaśnia **Marta Wojtach**, rzeczniczka warszawskiej Akademii Medycznej, przy której działa EMSA.

Finał akcji Szpital Pluszowego Misia EMSA odbywa się dwa razy do roku – na wiosnę i na jesień. W każdym finale bierze udział kilkaset dzieci i kilkudziesięciu studentów. Projekt Szpital Pluszowego Misia objął patronatem m.in. rektor AM prof. Leszek Pączek.

ms

REKLAMA

REKLAMA

Przychodzi lekarz do prawnika



Czy lekarz podejmujący czynności lecznicze spoza zakresu własnej specjalności naraża się na odpowiedzialność?

Zgodnie z art. 10 Kodeksu Etyki Lekarskiej lekarz nie powinien wykraczać poza umiejętności zawodowe przy wykonywaniu czynności leczniczych. Jeśli zakres czynności medycznych wykracza poza dziedzinę, w której lekarz jest specjalistą, powinien on zasięgnąć opinii odpowiedniego lekarza specjalisty.

Z kolei art. 37 Ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentystry (tj. Dz. U. 2005, nr 226, poz. 1943) stanowi, że w razie wątpliwości diagnostycznych bądź terapeutycznych lekarz z własnej inicjatywy, lub na wniosek pacjenta, powinien zasięgnąć opinii właściwego lekarza specjalisty lub zorganizować konsylium lekarskie.

Z powołanych przepisów wynika zasada, że lekarz powinien działać ściśle w ramach swojej specjalności. Jeżeli lekarz pomimo wątpliwości występujących w procesie leczenia nie skorzysta z prawa do konsultacji, podjęte przez niego działania lecznicze będą oceniane jak czynności podjęte przez specjalistę w danej dziedzinie.

Lekarz, który wyrządzi pacjentowi szkodę w wyniku działań podjętych poza zakresem własnej specjalności, może ponieść odpowiedzialność cywilną, karną i zawodową.

Szkoda wyrządzona pacjentowi może przyjąć postać na przykład rozstroju zdrowia, uszkodzenia ciała, a nawet zagrożenia życia.

Odpowiedzialność cywilną za szkodę wynikającą z niewykonania lub niewłaściwie wykonanego zobowiązania (np. szkodę w postaci rozstroju zdrowia) mogą ponieść lekarze, którzy:

- prowadzą indywidualną praktykę lekarską,
- działają na własny rachunek w zakładzie opieki zdrowotnej,
- wykorzystują zaplecze medyczne ZOZ-u, którego nie są pracownikami,

- są współnikami w spółce cywilnej,
- udzielają świadczeń zdrowotnych w nagłych przypadkach. Przykładem udzielenia świadczeń zdrowotnych w nagłych przypadkach jest udzielenie pomocy ofiarom wypadku drogowego przez lekarza będącego świadkiem wypadku.

Warto podkreślić, że odpowiedzialności cywilnej z tytułu niewykonania lub niewłaściwego wykonania zobowiązania (odpowiedzialność *ex contractu*) nie ponoszą, między innymi, lekarze zatrudnieni w publicznych i niepublicznych zakładach opieki zdrowotnej oraz lekarze zatrudnieni w spółkach z ograniczoną odpowiedzialnością.

O odpowiedzialności karnej można mówić w sytuacji, gdy skutkiem działania poza zakresem danej specjalności będzie, na przykład, błąd diagnostyczny lub terapeutyczny. Skutkiem błędu, za który lekarz może ponieść odpowiedzialność karną, jest uszkodzenie narządów ciała, rozstrój zdrowia lub śmierć pacjenta.

Lekarz, który działając poza zakresem własnej specjalności naraża pacjenta na rozstrój zdrowia, uszkodzenie ciała lub utratę życia, może ponieść, obok odpowiedzialności cywilnej i karnej, także odpowiedzialność zawodową. Wynika to z faktu, że każdy pacjent, któremu lekarz udziela świadczeń zdrowotnych, może wystąpić do rzecznika odpowiedzialności zawodowej ze skargą dotyczącą naruszenia przez lekarza zasad etyki i deontologii zawodowej. Jeżeli rzecznik odpowiedzialności zawodowej uzna na podstawie zgromadzonego materiału dowodowego, że skarga pacjenta, bądź jego najbliższej rodziny, jest zasadna, kieruje wniosek o ukaranie do sądu lekarskiego. Sąd lekarski może natomiast orzec w stosunku do lekarza, który działając poza zakresem własnej specjalności naraził pacjenta na szkodę karę: upomnienia, nagany, zawieszenia prawa wykonywania zawodu lub pozbawienia prawa wykonywania zawodu.

Warto podkreślić, że obowiązek działania w zakresie danej specjalności nie jest jednoznaczny z zakazem podejmowania czynności spoza zakresu tej specjalności w sytuacjach niecierpiących zwłoki lub nagłych przypadkach. W niektórych sytuacjach podjęcie działania poza zakresem własnej specjalności należy do obowiązków lekarza. Dotyczy to przypadków, w których lekarz powinien zastosować schematy praktycznego postępowania, czyli wdrożyć czynności, które w danej sytuacji powinny być wykonane lub zlecone przez lekarza bez względu na to, jaka jest jego specjalizacja i czy dotyczy ona ściśle choroby pacjenta. Konieczność zastosowania schematów praktycznego postępowania obrazuje poniższy przykład.

Do lekarza podstawowej opieki zdrowotnej trafia pacjent z kilkuletnim wywiadem i rozpoznaniem cukrzycy typu II. W wyniku analizy badania podmiotowego i badań laboratoryjnych lekarz stwierdza pojawienie się objawów choroby wieńcowej, niewydolności nerek oraz rozchwianie cukrzycy. Najbliższy możliwy termin wizyty u diabetologa lub hospitalizacji w specjalistycznym oddziale wynosi sześć tygodni. W przedstawionej sytuacji lekarz jest zobowiązany do wdrożenia postępowania terapeutycznego i monitorowania jego skuteczności. Działanie poza zakresem własnej specjalności jest w tym przypadku niezbędne do zapobiegnięcia negatywnych skutków dla życia i zdrowia pacjenta. W przypadkach nagłych i niecierpiących zwłoki niepodjęcie czynności leczniczych spoza zakresu danej specjalności naraża lekarza na odpowiedzialność cywilną i karną, i zawodową.

Ubezpieczenie OC na kontrakcie – obowiązek czy dobrowolny wybór?

Zgodnie z art. 35 ust. 1 pkt 2 ustawy o zakładach opieki zdrowotnej z 30.08.1991 r. (tj. Dz. U. 2007 r., nr 14, poz. 89, ze zm.) publiczny zakład opieki zdrowotnej może zawrzeć kontrakt (udzielić zamówienia) na świadczenia zdrowotne z lekarzem prowadzącym indywidualną lub indywidualną specjalistyczną praktykę lekarską. Lekarz „przyjmujący zamówienie” musi zawrzeć obowiązkowo umowę ubezpieczenia OC, najpóźniej na dzień przed rozpoczęciem wykonywania zakontraktowanych świadczeń. Umowa musi zostać zawarta na cały okres wykonywa-

nia świadczeń zdrowotnych (art. 5 ustawy o ubezpieczeniach obowiązkowych z 22.05.2003 r., Dz. U. 2003 r., nr 124, poz. 1152, ze zm. – dalej UoUO).

Ubezpieczenie Odpowiedzialności Cywilnej (OC) obejmuje odpowiedzialność cywilną *ex contractu* (kontraktową) i *ex delicto* (deliktową) lekarza. Odpowiedzialność kontraktowa dotyczy kwestii związanych z niewykonaniem lub niewłaściwym wykonaniem umowy zawartej między pacjentem a lekarzem (np. odpowiedzialność za niewłaściwe wykonanie zabiegu, które skutkuje rozstrojem zdrowia pacjenta). Odpowiedzialność deliktowa łączy się natomiast z popełnieniem czynu niedozwolonego przez lekarza (np. odpowiedzialność za niezgodne z prawem uchylenie tajemnicy lekarskiej).

W przypadku wyrządzenia przez lekarza szkody w wyniku rażącego niedbalstwa (polegającego na przykład na wdrożeniu leczenia bez uwzględnienia wyników badań zleconych wcześniej) lub pod wpływem alkoholu bądź środków odurzających, zakład ubezpieczeń społecznych może dochodzić od lekarza zwrotu kwoty ubezpieczenia (art. 11 ust. 4 UoUO), która w chwili obecnej wynosi 46 500 € w odniesieniu do jednego zdarzenia wyrządzającego szkodę.

Warto podkreślić, że jeżeli lekarz nie zawrze umowy ubezpieczenia w ciągu 30 dni od daty podpisania kontraktu, Samodzielny Publiczny ZOZ może rozwiązać z nim kontrakt bez wypowiedzenia (§ 15 pkt 12 Rozporządzenia w sprawie umowy o udzielenie zamówienia na świadczenie zdrowotne z 13.07.1998 r., Dz. U. 1998 r., nr 93, poz. 592).

Niezawarcie umowy ubezpieczenia naraża lekarza również na poniesienie pełnej odpowiedzialności finansowej za szkodę wyrządzoną pacjentowi.

W razie zgłoszenia roszczenia o odszkodowanie lekarz powinien poinformować o tym fakcie zakład ubezpieczeń. Obowiązkiem lekarza jest także poinformowanie pacjenta o tym, że może dochodzić odszkodowania bezpośrednio od zakładu ubezpieczeń.

Odszkodowanie wypłacane pacjentowi nie przekracza górnej granicy ubezpieczenia OC, które wynosi 46 500 €.

Justyna Zajdel

Zakład Prawa Medycznego UM w Łodzi

Artykuły ukazują się przy współpracy wydawnictwa Progress, wydawcy „Prawa w Medycynie” i medycznych atlasów multimedialnych – www.progress.med.pl

Skąd się brali doktorzy? (2)

Zygmunt Wiśniewski

Skąd się brali doktorzy wszech nauk lekarskich?

W 1872 r. nastąpiła radykalna zmiana egzaminów na Wydziale Lekarskim Uniwersytetu Jagiellońskiego. W kronice UJ zmiana ta została odnotowana i uzasadniona.

Zmiana ta była radykalna, o ile w miejsca dawnych stopni doktora medycyny, chirurgii, magistra położnictwa i okulistyki zaprowadziła tylko jeden stopień: doktora wszech nauk lekarskich.

Znany krakowski lekarz, profesor Collegium Medicum UJ, T. Popieła omawiając przemiany toku studiów na Uniwersytecie Jagiellońskim zauważa, że praktyka ta rozmięła się z potrzebami społecznymi. Społeczeństwo potrzebowało coraz większej liczby dobrze wykształconych lekarzy znających się na wszystkim, czyli ogólnych, a niekoniecznie specjalistów.

Odnotujemy więc, na razie w oderwaniu od wprowadzonego tytułu doktora wszech nauk lekarskich, że zmiana toku studiów i sprawdzianu końcowego miała na celu wykształcenie lekarza dobrze przygotowanego do leczenia ogólnego.

W Austrii, odmiennie niż w Niemczech, problem ten rozwiązano drogą administracyjną, wprowadzając na wydziałach lekarskich tamtejszych uniwersytetów obowiązek egzaminów końcowych, będących sprawdzianem wiedzy niezbędnej w praktyce lekarza ogólnego. Wymagania te doprecyzowano i podwyższono w kolejnych latach, wydając odpowiednie przepisy i zalecenia.

Najpełniej wymagania stawiane kandydatom na doktorów wszech nauk lekarskich na uniwersytetach austriackich, a więc także galicyjskich w Krakowie i we Lwowie, sformułowane są w rozporządzeniu ministra wyznań i oświaty Cesarstwa Austriackiego z 1903 r.

Do uzyskania doktoratu wszech nauk lekarskich i do związanego z nim uprawnień do wykonywania wszystkich gałęzi praktyki lekarskiej potrzeba, aby kandydat ukończył należycie przynajmniej 10 półroczy, jako zwyczajny uczeń wydziału lekarskiego i złożył pomyślnie trzy egzamina ścisłe (rygorozą).

Czego wymagano na tych egzaminach (rygorozach)?

Na rygorozum pierwszym, do którego można było przystąpić po zaliczeniu czterech półroczy, profesorowie egzaminowali z następujących przedmiotów: biologii ogólnej, fizyki dla medyków, chemii dla medyków, anatomii, histologii i fizjologii. Z każdego z tych przedmiotów należało uzyskać wynik co najmniej dostateczny.

Do egzaminu drugiego mógł przystąpić student, który zaliczył rygorozum pierwsze i uczęszczał na wydział lekarski przynajmniej przez sześć półroczy. Musiał się wykazać wiedzą „zadowalającą”, czyli uzyskać przynajmniej stopnie dostateczne z następujących przedmiotów: patologii anatomicznej i histologii, patologii ogólnej i doświadczalnej, farmakologii i receptury, medycyny wewnętrznej, pediatrii, psychiatrii i neuropatologii.

Egzamin trzeci obejmował: chirurgię, położnictwo i ginekologię, okulistykę, dermatologię i syfilis, higienę oraz medycynę sądową. Był to sprawdzian zarówno teoretyczny, jak i praktyczny, a więc rozłożony w czasie i odbywający się w kontakcie z pacjentami.

Wymóg ostatni był bardzo rygorystyczny:

Jeżeli kandydat przy trzecim powtórzeniu przy wszystkich egzaminach, które ma zdawać, nie otrzymał stopnia „dostatecznego”, jest wykluczony na zawsze od dalszych studiów lekarskich, jako też od osiągnięcia stopnia doktora nauk lekarskich na jakimkolwiek uniwersytecie w państwie, jako też od uzyskania go na podstawie dyplomu osiągniętego za granicą.

Przepisy eliminowały miernoty. Preferowały też zdawanie egzaminów za pierwszym podejściem poprzez opłaty: 120 koron za pierwsze rygorozum, 130 za drugie i 140 za trzecie.

W ślad za wysokimi wymaganiami poszły tytuły. Tytuł z dyplomu uniwersyteckiego *doctor medicinae universae*, bo tak brzmiał w oryginalnej, łacińskiej wersji, przetłumaczono na *doktor wszech nauk lekarskich*, chociaż możliwe było przyjęcie skromniejszej jego wersji: *doktor medycyny ogólnej*.

Tytuł, który, oderwany od wymienionych okoliczności historycznych, wydaje się dyktantom najbardziej nobilitującym – był po prostu tytułem

zawodowym równym pojęciu „magistra”, a później „lekarza”.

Wzorem uniwersytetów austriackich nazewnictwo to przejęły także polskie uniwersytety w Krakowie i we Lwowie. Tytuł ten stanie się z czasem powodem nieporozumień, skłaniających środowisko lekarskie do protestów przeciwko późniejszemu wprowadzeniu tytułu zawodowego „lekarza”.

Rzeczywistość dla doktorów wszech nauk lekarskich była jednak nieubłagana. Nobilitujący pozostawał w dalszym ciągu tytuł doktora medycyny. W świadomości pacjentów, na ogół laików, utrwalił się jednak dodatkowo jako tytuł lekarza: doktora.

Lekarze i doktorzy w Polsce niepodległej

Władze odrodzonego państwa polskiego podjęły od początku wysiłki w kierunku unifikacji programów nauczania medycyny, wymagań egzaminacyjnych oraz nazewnictwa absolwentów wydziałów lekarskich uniwersytetów.

Polska niepodległa odziedziczyła po zaborach dwa uniwersytety galicyjskie (w Krakowie i we Lwowie) oraz Uniwersytet Warszawski i Uniwersytet Stefana Batorego w Wilnie. W 1918 r. utworzono Katolicki Uniwersytet Lubelski, bez wydziału lekarskiego oraz Uniwersytet Poznański (1919) z wydziałem lekarskim.

W Polsce, na progu niepodległości, praktykowali więc lekarze po studiach na uniwersytetach w Krakowie i we Lwowie. Ci mieli dyplomy doktorów wszech nauk lekarskich. Absolwenci wydziałów lekarskich uniwersytetów w Warszawie i Wilnie nie byli liczni, ponieważ uczelnie te kształciły ograniczoną liczbę studentów medycyny. Studia dalsze, doktorskie i specjalistyczne odbywali za granicą, na ogół w Rosji i w Niemczech. Funkcjonował tam tradycyjny system uzyskiwania doktoratów medycznych poprzez przedstawienie rozprawy naukowej i jej obrony. W Wielkopolsce, na Pomorzu i na Śląsku lekarze-Polacy byli na ogół absolwentami uniwersytetów niemieckich, w których regułą było kończenie studiów w stopniu doktora medycyny.

Państwo polskie stanęło przed dwoma zagadnieniami: uporządkowania ty-

tułów i przypisanych do nich praw oraz przed ujednocnieniem studiów lekarskich i przysługujących po nich tytułów.

Już w 1920 r. w ustawie o szkołach akademickich stwierdzono, że *stopnie naukowe są dwa: niższy i wyższy. Stopniem wyższym we wszystkich szkołach akademickich jest stopień doktora, który można otrzymać po uzyskaniu stopnia niższego, złożeniu egzaminów doktorskich, przedstawieniu pracy naukowej.*

Ustawa dotyczyła wszystkich kierunków akademickich, a więc uniwersyteckich, politechnicznych i innych, i zakładała, zapewne, ich zróżnicowanie w zależności od kierunków studiów. Nazewnictwo to wykształci się poprzez rozporządzenia niższego szczebla. Na uniwersytetach będzie to tytuł magistra (mgr), na politechnikach – inżyniera (inż.), a na wydziałach medycznych lekarza (lek.).

Ustawa z 1920 r. nie pojawiała się w próżni. Sytuacją zastaną były trwające studia na wydziałach lekarskich uniwersytetów w Krakowie i we Lwowie. Ich absolwentom, studiującym w oparciu o przepisy austriackie, zapewniano tytuły doktorów wszech nauk lekarskich. Unifikacja studiów i tytułów, przewidziana początkowo na kilka lat, ciągnęła się w Krakowie i we Lwowie po lata trzydzieste, budziła opory i sprzeciwy. W latach dwudziestych także absolwenci Wydziału Lekarskiego UW otrzymywali tytuły doktorów wszech nauk lekarskich.

W 1928 r. Ministerstwo WRiOP ogłosiło przepisy, które miały uregulować kwestię „doktoratów starego typu”. Rozporządzenie to stanowiło, iż absolwenci studiów medycznych *otrzymują dyplom lekarski, który stanowi dowód ukończenia studiów uniwersyteckich i uprawnia do ubiegania się o stopień doktora medycyny.*

Rozporządzenie to obejmowało jednak dopiero przyszłych studentów, bo ci, którzy już studiowali, mieli dalej prawo ubiegania się o tytuły doktorów wszech nauk lekarskich. Nie koniec na tym. Organizacje studenckie na wydziałach lekarskich podjęły akcje w obronie dotychczasowych tytułów. Ostatni lekarze z tytułami doktorów wszech nauk lekarskich opuścili wymienione uniwersytety na początku lat trzydziestych XX w.

W tym samym czasie absolwenci wydziałów lekarskich uniwersytetów w Warszawie, Wilnie i Poznaniu otrzymywali po skończonych studiach i zdanych egzaminach tytuły zawodowe lekarzy. Siłą tradycji, przewody doktorskie otwierali najczęściej na uczelniach zagranicznych. Ci nowi doktorzy medycyny stanowili też kadre naukową i dydaktyczną rozwijających się wydziałów lekarskich polskich uniwersytetów.

REKLAMA

REKLAMA

Odznaczenia Gloria Medicinae

26 października br., jak co roku, w Pałacu na Wodzie w Łazienkach Królewskich w Warszawie odbyła się uroczystość wręczenia odznaczeń PTL.



Medalem Gloria Medicinae odznaczono dziesięciu lekarzy. Byli to: prof. Jerzy Szaflik, prezes NRL Konstanty Radziwiłł (za 2005 rok), prof. Hilary Koprowski (USA), dr med. Anna Formanowicz, dr Helena Pyz (Indie), prof. Irena Kaszewska-Jabłońska, dr med. Antoni Sydor, dr Maria Gross, dr Krystyna Podgórska (Międzylesie), prof. Irena Ponikowska, prof. Aleksander Skotnicki i dr Beata Zawadowicz.

Pięć osób, nie będących lekarzami, ale ściśle związanych ze służbą zdrowia otrzymało odznaczenie Zasłużonemu PTL: ks. Józef Jachimczak, krajowy duszpasterz służby zdrowia; Bożena Walter, prezes Fundacji TVN wraz z zespołem Fundacji „Nie jesteś sam”, mgr Irena Rej, prezes Polskiej Izby Farmaceutycznej, red. Ewa Dux-Prabucka, naczelna „Gazety Farmaceutycznej” i red. Ewa Gwiazdowicz oraz Zespół Redakcyjny miesięcznika warszawskiej OIL „Puls”. Uehonorowano też takie osobowości świata medycznego jak: prof. Jadwiga Słowińska-Srzednicka, dyrektor CMKP; prof. Jerzy Naskalski, zastępca redaktora naczelnego „Przeglądu Lekarskiego”; prof. Władysław Pierzchała, redaktor naczelny „Wiadomości Lekarskich”; prof. Eugeniusz Butruk, gastroenterolog; dr med. Maciej Piróg, dyrektor Centrum Zdrowia Dziecka; prof. Marek Krawczyk,

chirurg transplantolog; prof. Janusz Waszewska, również chirurg transplantolog; prof. Zbigniew Lew-Starowicz, seksuolog; dr Elżbieta Romaniuk-Michalska, lekarz ZOZ oraz lekarz chirurg i zarazem niezwykle zasłużony kombatanat dr med. Andrzej Zaorski. Odznaką Bene Meritus uehonorowano dwie osoby. Byli to: prof. dr Marek Kwiatkowski, dyrektor Łazienek Królewskich oraz lekarz i zarazem bohaterski kombatanat ostatniej wojny i Powstania Warszawskiego dr med. Witold Sikorski. Piętnastu studentów akademii medycznych z całej Polski aktywnie działających w studenckich kołach naukowych, obecnych na wręczaniu odznaczeń i medali, dostało uroczyste oświadczenie zapewniające im włączenie ich do PTL-u z chwilą uzyskania dyplomu lekarza.

Uroczystość uświetnił chór Vars Cantabile, a Poloneza As-dur wykonał Piotr Kopczyński, student AM w Warszawie.

Polskie Towarzystwo Lekarskie, Organizacja Pożytku Publicznego, dziękuje pracownikom firmy Roche Polska za dar serca na rzecz Domu Lekarza Seniora w Warszawie, działającego pod patronatem PTL.

opr. u

III Ogólnopolski Motocyklowy Zlot Lekarzy „DoctoRRiders”

Lekarz-motocyklista, motocyklista-lekarz



Impreza cieszy się coraz większą popularnością wśród miłośników motocykli w „białym kitlu”. W 2005 r. na I Zlot do Pabianic zjechało zaledwie 43 lekarzy-motocyklistów, w ubiegłym roku już 120. Tym razem pobiliśmy rekord! 174 motocykle oraz 243 uczestników mówi samo za siebie.

Wpiątek, 31 sierpnia, tradycyjnie rejestracja uczestników, zakwaterowanie, pierwsze spotkania i rozmowy ze znajomymi, a wieczorem grill, koncert oraz Walne Zgromadzenie Członków Klubu. Ale jak się później okazało w sobotni poranek dojechali jeszcze brakujący „jeźdźcy”. W huku silników i obstawie policji – też motocyklowej – pojechaliśmy do Łodzi. Jadąc całą szerokością Alei Jana Pawła II dojechaliśmy na parking hipermarketu Real, gdzie o godz. 11.30 rozpoczął się pokaz ratownictwa medycznego. Z rozbitego wraku strażacy wydobyli dwóch rannych, którzy po zabiegach reanimacyjno-resuscytacyjnych dr Renaty Wareżak-Kuciel i grupy ratowników powrócili do „świata żywych” – jeden z nich to fantom! Pokaz ten wzbudził duże zainteresowanie wśród kupujących w hipermarkecie łodzian.

Powrót do Pabianic i uroczysta parada przez centrum miasta. Po wspólnym

obiedzie rozpoczęła się część konkursowa Zlotu. Nie udało się rozstrzygnąć konkursu w kategorii „Najgłośniejszy motocykl”, gdyż dwa osiągnęły po 101dB. W pozostałych konkursach w kategoriach „Wolna jazda” i „Siłowanie na rękę” udało się wyłonić triumfatorów i triumfatorów. W godzinach wieczornych rozdano nagrody dla zwycięzców konkursów, uehonorowano zasłużonych, a później już tylko zabawa do rana przy ognisku i koncert zespołu Blue Haze.

Zlot nasz nie ma charakteru międzynarodowego, ale zatacza coraz szersze kręgi. Po raz pierwszy dojechał do nas lekarz ze Szwajcarii, zdobywając nagrodę w kategorii „Najdłuższa przejechana trasa”.

Dla lekarzy-motocyklistów trzydniowy zlot w Pabianicach to najważniejszy weekend w roku. Niezależnie od pogody z każdym rokiem przybywa chętnych do spotkania się, aby choć na chwilę ode-

brać się od pracy, w której na co dzień spotykamy się z zagrożeniem życia, a walka o zdrowie i życie pacjenta jest naszą nadrzędną wartością. Wszyscy szczególnie cenią niepowtarzalną atmosferę i zwyczajnie na Zlocie. Wielu zaraża swoją pasją rodziny i znajomych. Mówią o swoich maszynach: pasja, miłość, sposób na życie. Impreza każdego roku przyciąga uwagę mieszkańców Pabianic, Łodzi oraz mediów.

Klub Motocyklowy „DoctoRRiders” powstał przy łódzkiej Okręgowej Izbie Lekarskiej w listopadzie 2005 r. Obecnie liczy 119 członków i 27 sympatyków. Mamy nadzieję, że w najbliższym roku przekroczy magiczną liczbę 200 osób.

Do zobaczenia za rok na IV już Zlocie, oczywiście w Pabianicach.

Zarząd Klubu „DoctoRRiders”

Nie medale tu się liczą...

...tu się liczy udział nasz. Te słowa refrenu hymnu igrzysk napisanego przez radomski zespół Kliper prawdziwie oddawały atmosferę tegorocznych, już V Igrzysk Lekarskich w Zakopanem. Nie przeszkodziła uczestnikom zawodów nietypowa zimowa pogoda, lekarskie strajki, a rywalizacja o medale odbywała się w duchu *fair-play*.

Do Zakopanego zjechała rekordowa liczba lekarzy sportowców, by rywalizować w 20 dyscyplinach, w kilkudziesięciu konkurencjach i kategoriach wiekowych. Szczególnie cieszył liczny udział w zawodach lekarskich dzieci oraz osób towarzyszących. Pomysł nowotarskich lekarzy Izy i Maćka Jachymiaków zorganizowania lekarskiej olimpiady w stolicy Tatr z roku na rok zyskuje nowych zwolenników. Wspañie integruje środowisko lekarskie.

Za prawdziwych herosów należy uznać triathlonistów. Przepłynięcie 750 m w lodowatej wodzie Zalewu Czorszyńskiego, 20-kilometrowa jazda na rowerze oraz 5-kilometrowy bieg to nie lada wyczyn. Wśród 13 śmiałków były aż cztery panie z najlepszą, rezydentką Międzyleskiego Szpitala Specjalistycznego w Warszawie, Agnieszką Bolesta, która uzupełniła swój dorobek medalowy (6) na szosie i na bieźni.

Z trudnymi warunkami poradzi sobie również lekkoatleci zdopingowani postawą najstarszego uczestnika igrzysk, 75-letniego warszawskiego kardiologa Eugeniusza Rudnickiego i ogromnym zaangażowaniem dzieci rywalizujących na bieźni. W deszczu ze śniegiem rywalizowali w wyścigu na czas kolarze. Z podobną, choć bez śniegu, pogodą zmagali się kolarze górscy, a na osłodę już bez deszczu walczyli o medale w wyścigu na malowniczej trasie wokół Niedzicy.

Na pogodę nie mogli narzekać pływacy konkurujący na COS-owskim basenie. W swoich kategoriach królowały Małgorzata Sawa, Joanna Stępień-Giełło, Ewa Zimna-Walendzik, a wśród panów Grzegorz Stanek i Krzysztof

Każmierczak oraz dzieci Adaś Stanek i Julia i Bartek Iwańscy. W rywalizacji sztafet izb lekarskich wygrała drużyna medalistek mistrzostw świata ze Szczecina, przed izbami: śląską i podkarpacką. W sztafetach rodzinnych złoto zdobyła rodzina Sawów z Radomia (Martynka, Albert i Małgorzata) przed rodziną Stanków (Wojtkiem, Adamem i Grzegorzem) oraz Irańskich (Julką, Marcinem i Bartkiem). Również na terenie COS-u rywalizowali w licznej obsadzie i na wysokim poziomie badmintoniści; najwięcej medali zdobyli Joanna Kaszuba (3 złote) i również po 3, ale mniej szlachetnego koloru Jarek Dójczyński, Wojciech Błoński, Andrzej Lewczuk.

Największe wrażenie zrobił najstarszy z zawodników ginekolog z Wałbrzycha Zenon Ziemkiewicz, który czynnie uprawiał badminton w latach sześćdziesiątych i powrócił do tej dyscypliny po 25-letniej przerwie i operacji by-passów. W trójboju siłowym niepokonany mistrz świata z Maroka Jurek Starzyk zdeklasował rywali. W debiutującym na igrzyskach squaszu tytuły w klatkach hotelu Belvedere zdobyli Małgorzata Pietras, Mariusz Dereń, Andrzej Tomczak. W poszukiwaniu lepszej pogody na Słowację udali się golfiści, by rozegrać turniej rodzinny, który zakończył się zwycięstwem Beaty i Roberta Zawadzkich przed Sylwią i Arturem Czekerdowskimi oraz Maciejem i Michałem Kozłowski. Siatkarzy plażowych przywitał śnieg na boisku przy hotelu Kasprowy, dlatego zdecydowano rozegrać zawody w Nowym Targu tworząc niejako nową dyscyplinę: „plażową halówkę”. Złote medale zdobyli w kategoriach: *open* – Rafał Pustelnik i Michał Leśnikowski, powyżej 45 – Zbigniew Surowiec i Krzysztof Makuch, pań – Elżbieta i Alicja Buszkiewicz, *mixtów* – Anna i Michał Leśnikowscy, a największym pechowcem z największą liczbą rozegranych meczy Przemek Rosak (dwukrotnie 4 miejsce).

W nocnym brydżu grający mieli okazję rywalizować z krakowskim arcymistrzem i sławą polskiego brydża Andrzejem Wilkoszem. W szachach

najlepszy był Robert Adamek, a wśród dzieci Benjamin Stecula, a w scrabble ojciec Beniamina Leszek. Na strzelnicy najlepiej radzili sobie Ela Buszkiewicz i Przemysław Chemiczewski.

Tradycyjnie ogromne emocje towarzyszyły grom zespołowym. W „błotnistym” turnieju piłkarskim zwyciężyła drużyna Krakowa, uczestników mistrzostw świata medyków w Maroku, pokonując drużynę izby warszawskiej 2:1. Mistrzowie wystąpili w składzie: Piotr Marszałek, Łukasz Ozga, Krzysztof Sroka, Maciej Łabęcki, Robert Bala-wender, Łukasz Strzpek, Tomasz Rewer, Piotr Sterkowicz, Damian Dalkowski, Dariusz Para. W koszykówce złote medale zdobyli koszykarze z Grodna rewanżując się za zeszłoroczną porażkę drużynie warszawskiej. Czego nie udało się warszawskim piłkarzom i koszykarzom zrobili to siatkarze pokonując w finale dotychczas niepokonaną drużynę Poznań-Częstochowa po *tie-breaku* 2:1. W drużynie złotych medalistów z Warszawy wystąpili: Michał Frybes, Marek Kozłowski, Jerzy Leszczyński, Piotr Kalinowski, Zbigniew Surowiec, Bartłomiej Grabowski, Paweł Gliniak, Krzysztof Makuch. Po raz pierwszy rywalizowały na igrzyskach drużyny żeńskie, a historyczne złote medale zdobyły poznanianki wygrywając w *tie-breaku* z drużyną Lublina, odrabiając straty z wyniku 9:14. W drużynie poznańskiej wystąpiły Alicja i Elżbieta Buszkiewicz, Monika Ciesielska, Hanna Winiarska, Katarzyna Kuczyńska, Anna Leśniowska.

Warto podkreślić doskonałą atmosferę w czasie sportowych zmagania i wieczornych dekoracji medalistów oraz radość naszych milusińskich dumnie pozujących na podium do pamiątkowych zdjęć. Oby takich jak te zakopiańskie spotkania było więcej!

Zachęcamy do odwiedzenia witryny internetowej NIL www.hipokrates.org i współtworzenia strony poświęconej lekarskiemu sportowi.

Krzysztof Makuch
krzysztofmakuch@hipokrates.org

Unia Polskich Pisarzy Lekarzy

Już 40 lat!



W październiku br. minęła 40 rocznica założenia stowarzyszenia lekarzy uprawiających twórczość literacką. Organizacja ta, pod nazwą Unia Polskich Pisarzy Medyków, została powołana na Zjeździe Założycielskim obradującym w Radziejowicach w dn. 8-9.10.1967 r.

W gronie jego członków-założycieli było wielu wybitnych ludzi pióra związanych z medycyną, m.in. Jerzy Pomianowski, Jerzy Lutowski, Stanisław Sterkowicz, a także światowej sławy pisarz, klasyk literatury *science fiction*, Stanisław Lem. Wśród pierwszych członków Unii nie brakowało też luminarzy polskiej medycyny, jak profesorowie Julian Aleksandrowicz, Bolesław Górnicki, Henryk Gaertner, Witold J. Kapuściński, Maciej-Wit Rzepecki.

Celami tej organizacji, które nie uległy zmianie do dnia dzisiejszego, było m.in. kultywowanie tradycji literackich w polskim środowisku medycznym oraz pogłębianie związków między medycyną i humanistyką. Początkowo Unia, działająca pod patronatem Związku Zawodowego Pracowników Służby Zdrowia, skupiała nie tylko piszących lekarzy, ale także innych pracowników służby zdrowia. Uległo to zmianie w latach osiemdziesiątych, gdy UPPM zmieniła nazwę na obecną – Unia Polskich Pisarzy Lekarzy. Członkiem Unii może zostać każdy polski lekarz lub lekarz dentysta legitymujący się opublikowanym dorobkiem literackim odpowiedniej jakości. UPPL zrzesza ok. 80 członków – wyłącznie absolwentów wyższych uczelni medycznych.

Kolejnymi prezesami UPPM/UPPL byli: Jerzy Pomianowski (1967-69), Grzegorz Fedorowski (1970-71), Jerzy Lutowski (1971-76), Witold Kapuściński (1977-78), Marcin Łyskanowski (1979-83), Piotr Muldner-Nieckowski (1983-89), Barbara Szeffer-Marcinkowska (1990-2003) i Marek Pawlikowski (od 2003 r.). UPPL współpracuje ze swoim międzynarodowym odpowiednikiem – Światową Unią Pisarzy Lekarzy (Union Mondiale des Ecrivains Medecins, UMEM) i była w roku 2000 gospodarzem Kongresu UMEM, który obradował w Łodzi (w 1973 r. UPPM była organizatorem Kongresu UMEM w Warszawie).

W 40-lecie UPPL obradowała w Łodzi, w dn. 12-14.10.br., w siedzibie Łódzkiej OIL. Odbył się wówczas Walny Zjazd UPPL, w czasie którego miała miejsce uroczysta sesja poświęcona 40-leciu UPPL. Barbara Szeffer-Marcinkowska wygłosiła referat o dziejach Unii, a Mirosława Kuchciak-Brancewicz i Jerzy Andrzejczak przypomnieli twórczość nieżyjących członków UPPL recytując ich utwory poetyckie.

Walny Zjazd nadał wyróżnienia za zasługi dla Unii. Tytuł honorowy Przyjaciela UPPL otrzymał prof. Jerzy Poradecki z Uniwersytetu Łódzkiego, który wielokrotnie służył Unii jako krytyk literacki, a członkostwem honorowym wyróżniono Bożenę Klejny i Barbarę Szeffer-Marcinkowską.

Walny Zjazd wybrał także Zarząd na kolejną kadencję w składzie: Marek Pawlikowski (prezes), Barbara Szeffer-Marcinkowska i Jarosław Wanecki (wiceprezesi), Maria Człapińska (sekretarz), Jerzy Andrzejczak (skarbnik), Joanna Czajkowska-Słasko i Mirosława Kuchciak-Brancewicz. W skład Komisji Rewizyjnej weszli: Jacek Danowski (przewodniczący), Eugeniusz Depta i Maria Rafalska-Wojciechowska, a Sądu Koleżeńskiego Zbigniew Kostrzewa (przewodniczący), Bogdan Rybak i Krysztyna Borysewicz-Charzyńska.

Marek Pawlikowski



Agnieszka Bolesta na mecie triathlonu

Sędziowie się szkolą

Ostatni weekend listopada na doskonaleniu umiejętności i wymianie poglądów spędziło w Krakowie 70 sędziów sądów lekarskich szczebla naczelnego i okręgowego.

Wielka odpowiedzialność i na wskroś szlachetna misja każe nam stale studiować prawo i podpatrywać warsztat zawodowych prawników – komentowali niemal chórem potrzebę takich spotkań. O tym, co szkodzi autorytetowi sądów mówił Waldemar Żurek, zawodowy sędzia z Krakowa. Czy sąd lekarski ma być teatrem czy miejscem do poszukiwania prawdy obiektywnej? Czy do sądu powinien wkradać się pomruk gazet i ulicy? Dlaczego sąd nie może dawać sobie skakać po głowie lub być „niańką egzekutywy”? Bądźcie niezawisli nawet, a może przede wszystkim od samych siebie – apelował sędzia Żurek.

O wymogach prawnych i najczęstszych problemach praktycznych podczas przygotowywania uzasadnienia orzeczeń opowiadała mec. Anna Wyszyńska-Wypych. Autorską ocenę nowelizacji przepisów dotyczących odpowiedzialności zawodowej lekarzy przedstawiła prof. Eleonora Zielińska. Podstawy orzekania kary w trybie odpowiedzialności zawodowej przypomniął długoletni szef NSL Romuald Krajewski. Całość nadzorował i prowadził spotkanie Jerzy Nosarzewski. **ms**

fol. Marek Stankiewicz



Radzili w Kazimierzu Dolnym

Radcy prawni działający w okręgowych izbach lekarskich w Polsce spotkali się w październiku na trzydniowych obradach w Kazimierzu Dolnym. W dn. 18-20 października br. odbyło się tu V Forum Radców Prawnych.

Wykład „Uchwały samorządu lekarskiego w świetle przepisów Kpa”, który wygłosił sędzia WSA w Lublinie Jacek Czaja, rozpoczął obrady. Dyskutowano także o zmianach w organizacji czasu pracy w ZOZ-ach, które zaczną obowiązywać od stycznia 2008 r. (ze szczególnym uwzględnieniem zmian dotyczących dyżurów lekarskich). Wstęp do dyskusji na ten temat, a także dyskusję prowadziła Alicja Lemieszek, radca prawny LIL.

Dr Ładysław Nekanda-Trepka, sekretarz ORL w Warszawie przedstawił propozycje zmiany w ustawie o zawodach lekarza i lekarzy dentyści, a Katarzyna Godlewska, radca prawny Warmińsko-Mazurskiej Izby Lekarskiej w Olsztynie poprowadziła dyskusję na temat interpretacji przepisów w zakresie pobierania opłat za wpis do rejestru podmiotów prowadzących kształcenie podyplomowe lekarzy i lekarzy dentyistów.

Obrady zakończyła dyskusja poświęcona skutkom, jakie niesie za sobą nowa definicja wykonywania zawodu lekarza, którą poprowadziła Alicja Lemieszek. **aa**

Kalendarz kursy, szkolenia, zjazdy

• **12.01.2008 r.** Warszawa. Katedra i Klinika Chorób Wewnętrznych, **Diabetologii i Nefrologii** SUM w Katowicach oraz Katedra i Klinika Chorób Wewnętrznych, Endokrynologii i Diabetologii CSK MSWiA w Warszawie, pod patronatem PTD zapraszają na konferencję: **Nowości w cukrzycy**. 8 pkt. edukac. Informacje i zgłoszenia: EVMACO, ul. Batorego 25, 31-135 Kraków, tel. 012-429-69-06, faks 012-423-41-92, www.nowosciwukrzycy.evmaco.pl

• **26.01.2008 r.** Warszawa. PTD, PTN, PTT, pod patronatem Rektora AM w Warszawie, organizują I Sympozjum Naukowe: **Nefropatia cukrzycowa – etiopatogeneza, obraz kliniczny i leczenie**. 8 pkt. edukac. Informacje i zgłoszenia: EVMACO, ul. Batorego 25, 31-135 Kraków, tel. 012-429-69-06, faks 012-423-41-92, e-mail: evmaco@evmaco.pl, www.nefropatiacukrzycowa.evmaco.pl

• **7-10.02.2008 r.** Ustka. Sekcja **Dermatologiczna** PTA, Klinika Dermatologiczna AM w Gdańsku i Oddz. Pediatryczny Szpital. Woj. w Słupsku zapraszają na IV konferencję naukowo-szkoleniową z cyklu: **Zimowe Warsztaty Edukacyjne Sekcji Dermatologicznej PTA**. Tematy: *Homeopatia czy medycyna oparta na faktach? Choroby alergiczne i zawodowe skóry. Wyprysk atopowy. Pokrzywki. Nowe leki w terapii dermatoz alergicznych. Leki biologiczne w leczeniu łuszczycy. Wielonienasycone kwasy tłuszczowe omega-3 w medycynie. Znaczenie bariery naskórkowej i jej właściwej pielęgnacji. Rola czynników zakaźnych w etiologii chorób alergicznych. Jakość życia w chorobach alergicznych i dermatologicznych. Pokaz przypadków*. Konferencja adresowana jest do lekarzy **alergologów, dermatologów, pediatrów i rodzinnych**; pkt. edukac. Koszt uczestnictwa: 500 zł (członkowie Sekcji 300 zł). Konto: PTU Kinga, BPH PBK S.A. filia Słupsk 85 1060 0076 0000 4050 5002 6848, dopisek Ustka 2007. Noclegi: rezerwacja indywidualna: Pensjonat Jantar, Ustka ul. Wczasowa 14, www.jantar.ta.pl kom. 603-182-828, tel. 059-814-40-93, faks 059-814-42-87, e-mail: jantar@ta.pl, zniżki dla uczestników Warsztatów (hasło PTA). Zgłoszenia: dr hab. n. med. Roman Nowicki prof. nzw. AM, przew. Sekcji Dermatologicznej PTA, Katedra i Klinika Dermatologii, Wenerologii i Alergologii AM w Gdańsku, ul. Dębinki 7, 80-211 Gdańsk, tel. 058-349-25-90, 058-349-25 86 (faks i sekretariat), 0501-032-994, e-mail: mnowicki@amg.gda.pl

Mazowiecka Szkoła **Ultrasonografii**. Kursy w 2008 r.:

- **28.02.-2.03.** – **Echokardiografia płodowa** - kurs dla zaawansowanych. – **Echokardiografia w kardiologii**.
- **14-16.03.** **Diagnostyka dopplerowska w położnictwie i ultrasonografia w ginekologii**.
- **4-6.04.** **Ultrasonografia jamy brzusznej w aspekcie klinicznym**
- **11-12.04.** – **Nieplodność - diagnostyka i leczenie w prywatnej praktyce lekarskiej**. – **Echokardiografia płodowa**. – kurs do Dyplomu Skriningowego Badania Serca Płodu.
- **25-27.04.** **Ultrasonografia w urologii**.
- **9-11.05.** **Echokardiografia w kardiologii**.
- **16-18.05.** **Diagnostyka wad wrodzonych i ultrasonografia w ginekologii z ultrasonografią sutka**.
- **27-29.06.** **Diagnostyka dopplerowska w położnictwie i ultrasonografia w ginekologii**.
- **4-06.07.** **Ultrasonografia jamy brzusznej w aspekcie klinicznym**.

• Zapraszamy również na jednodniowe kursy praktyczne w grupach 4-5-osobowych.

Szczegóły: www.mszu.pl. Programy kursów i zapisy: www.mszu.pl, mazowiecka@mszu.pl, tel. 0602-122-513

• **10-12.04.2008 r.** Zakopane. Sekcja **Pediatryczna** PTD oraz PTD zapraszają na XI Konferencję **Cukrzyce Typu 1**. Informacje i zgłoszenia: EVMACO, ul. Batorego 25, 30-116 Kraków, tel. 012-429-69-06, faks 012-423-41-92, e-mail: evmaco@evmaco.pl, www.11konf-polpediab.evmaco.pl

• **9-10.05.2008 r.** Tarnowskie Góry. V Sympozjum Naukowe Polskiego Towarzystwa **Rehabilitacji Neurologicznej**. Temat wiodący: **Urazy czaszkowo-mózgowe i wielonarządowe – jeden z najtrudniejszych problemów współczesnej rehabilitacji**. Podczas sympozjum odbędzie się specjalna sesja historyczna poświęcona 160 rocznicy urodzin **Karla Wernickego**. Informacje: www.repty.pl – link: Polskie Towarzystwo Rehabilitacji Neurologicznej.

Centrum Leczenia **Bólu i Akupunktury** im. Prof. Zbigniewa Garnuszewskiego SPZOZ w Warszawie organizuje szkolenie w zakresie akupunktury dla lekarzy. Kurs odbywa się pod merytorycznym nadzorem Polskiego Towarzystwa Akupunktury. Pierwsze zajęcia zaplanowane są na **19-20.01.2008 r.** Informacje i zapisy w sekretariacie Centrum w Warszawie przy ul. Winnickiej 10 lub telefonicznie: 022-824-78-65, 022-824-78-66 w godz. 8.00-14.00.

Roztoczańska Szkoła **Ultrasonografii** zaprasza na kursy podstawowe praktycznej ultrasonografii w 2008 r. Informacje na stronie www.usg.com.pl

Krakowskie Centrum Szkoleniowe „KANA-Centrum”. Kursy **medyczne**. Informacje: www.kanacentrum.pl

Medyczne Szkolenia **Podyplomowe** PAKT, 40-064 Katowice, ul. Kopernika 8/2. Kontakt: medycznesympozja@msp-pakt.med.pl, www.msp-pakt.med.pl, tel./faks: 032-251-22-64. Zgłoszenia na kursy i konferencję przyjmowane są telefonicznie bądź mailowo.

Centrum Edukacji **Ultrasonograficznej** CEDUS – kursy: ul. J. Bruna 32, 02-535 Warszawa, tel. 022-646-41-56, kursy@cedus.edu.pl, www.cedus.edu.pl

Dolnośląska Szkoła **Ultrasonografii** (r. zał. 1993), ul. Śniadeckich 10, 51-604 Wrocław, tel. 071-348-39-66, 0606-350-328, www.usg.webd.pl, r.baran@neostrada.pl. **Szkolenia z diagnostyki ultrasonograficznej i diagnostyki cytologicznej**. Nr w rej. podmiotów prowadzących kształcenie podyplomowe lekarzy i lekarzy dentyistów DIL: 69-000032-001-0000

Mazurska Szkoła **USG i Ginekologii** – kursy. Zapisy: 0504-075-804, www.usg.pisz.pl, usg@usg.pisz.pl

Roztoczańska Szkoła **Ultrasonografii** – kursy podst. i doskonalące praktycznej ultrasonografii w 2007 i 2008 r. Info: www.usg.com.pl

Kursy **Medyczne** Skolamed. Zgłoszenia: e-mail: tel. 081-534-71-48, faks 081-534-71-50, medyczne@paiz.com.pl. Pkty edukac. Info: www.szkolenia-medyczne.com.pl.

Wielkopolska Szkoła Diagnostyki Obrazowej zaprasza na praktyczne kursy **ultrasonograficzne**: podstawowe i doskonalące. Prawo do pkt. edukac. izby lek. Nr konta: 92 1090 1362 0000 0000 3612 1908. Zapisy: tel./faks 061-819-25-00, tel. 603-762-041, www.obraz.pl, e-mail: obraz@obraz.pl

u.bakowska@gazetalekarska.pl

VI Ogólnopolska Wystawa Malarstwa Lekarzy

W Klubie Lekarza OIL w Łodzi, jak co roku w styczniu, organizowana jest Ogólnopolska Wystawa Malarstwa Lekarzy. Koleżanki i Kolegów zainteresowanych udziałem w Wystawie zapraszamy do przesłania swych prac do **Okręgowej Izby Lekarskiej w Łodzi (93-005 Łódź, ul. Czerwona 3) do 30 grudnia 2007 r.** Prace mogą być wykonane w dowolnych technikach i formatach i opatrzone następującymi danymi: tytuł, imię i nazwisko autora, rodzaj jego specjalizacji oraz miejscowość zamieszkania. Przyjmujemy maksymalnie 4 prace od 1 autora ze względu na ograniczenia powierzchni wystawienniczej. Wernisaż Wystawy odbędzie się **20 stycznia 2008 r. (niedziela) o godz. 17.00 w Klubie Lekarza w Łodzi przy ul. Czerwonej 3**, a Wystawa potrwa **do 25 stycznia 2008 r.** Serdecznie zapraszamy autorów i wszystkich zainteresowanych twórczością lekarzy. Kontakt: **Grażyna Rzepecka-Koniarek lub Iwona Szelewa**, tel. **042-683-17-93 w. 110**, faks **042-683-13-78**, adres internetowy: **biuro@oil.lodz.pl**

Elsevier Urban & Partner, Sp. z o.o.

50-011 Wrocław, ul. Kościuszki 29, tel. 071-330-61-61
Zamówienia: e-mail: tel. 042-680-44-09, faks 042-680-44-86
elsevier@azymut.pl, www.elsevier.pl

Zollinger. Atlas zabiegów chirurgicznych

Robert M. Zollinger jr, Robert M. Zollinger sr
ilustracje: Marita Bitans, Jennifer Smith, Carol Donner,
Mildred Coddling, Paul Fairchild oraz William Ollila
tłum. Zespół

wyd. I. Wrocław 2007, str. 470.

VIII wydanie, poszerzone o 11 rozdziałów, zawiera aktualne prezentacje zabiegów chirurgii ogólnej przeprowadzonych przy użyciu i bez-
piecznymi technikami oraz zabiegów wykorzystujących laparoskopię, stap-
lery, nowe biomateriały i obrazowanie radioizotopowe. W obecnym i poprzednich wy-
daniach poświęcono b. dużo uwagi problemom dotyczącym szkolenia z chirurgii ogólnej
oraz odpowiedzialności chirurga za chorego i przeprowadzoną operację. Podręcznik prze-
znaczony dla chirurgów ogólnych o wysokich kwalifikacjach.

Ultrasonografia naczyń obwodowych

Abigail Thrush, Timothy Hartshorne
red. wyd. I pol. Wiesław Jakubowski
Wrocław 2007, str. 236

Celem książki jest ułatwienie zrozumienia teoretycznych i praktycznych za-
sad diagnostyki ultrasonograficznej naczyń krwionośnych. Przedstawiono
też podstawy teorii naukowych i technologicznych dotyczących zasad ultraso-
nografii. Opisano swoiste zaburzenia występujące w układzie tętniczym i
żylnym, a także techniki służące do ich różnicowania. Omówiono przykłady
prawidłowych i nieprawidłowych obrazów dopplerowskich oraz sposoby ich interpretacji.

KTG

Susan M. Gauge, Christine Henderson
współpr. Andrew Symon
red. wyd. I pol. Jerzy Florjański
seria: *To Proste*, Wrocław 2007, str. 280

Podręcznik przeznaczony dla lekarzy specjalizujących się w po-
łożnictwie i ginekologii oraz lekarzy rodzinnych i studentów me-
dycyny, a także położnych. Zawiera opis czynników fizjologicznych wpływających na zmie-
ność częstości akcji serca płodu i przedstawia zasady oceny klinicznej uzyskiwanych zapisów
KTG oraz możliwości okresowego osłuchiwania akcji serca płodu. Podaje przykłady praw-
idłowych i nieprawidłowych zapisów kardiograficznych wraz z ich interpretacją.

Ortopedia Nettera

Walter B. Green
ilustr. Frank H. Netter
red. wyd. I pol. Artur Dziak
Wrocław 2007, str. 440

Podstawowy podręcznik patofizjologii, diagnostyki i terapii chorób ukła-
du mięśniowo-szkieletowego. Adresowany do lekarzy praktyków, stu-
dentów medycyny, fizjoterapeutów, osteopatów, lekarzy opieki pod-
stawowej, ortopedów, lekarzy rodzinnych i specjalistów pomocy doraź-
nej. Przedstawia strukturę i funkcję oraz patofizjologię narządu ruchu. Zawiera wiele prak-
tycznych informacji, które mogą być wykorzystane w diagnostyce i terapii. Ułatwia zro-
zumienie złożoności zjawisk patologii narządu ruchu.

Atlas chirurgii naczyń

Christopher K. Zarins, Bruce L. Gewertz
ilustr. Kathy Hirsch
red. wyd. I pol. Waldemar Kostewicz
Wrocław 2007, str. 286

Przedstawiono najczęściej wykonywane rodzaje operacji naczyniowych.
W stosunku do poprzedniej edycji rozszerzono rozdziały o nowe aspekty
operacyjnego leczenia poszczególnych chorób. Zamieszczono nowe roz-
działy dotyczące operacji tętniaków aorty brzusznej wykonywanej metodą
wewnątrznaczyniową. Wstęp do każdego rozdziału opatrzone informacjami na temat natural-
nego przebiegu i oceny choroby, rozpoznania oraz wskazań do operacji. Skoncentrowano się
na praktycznych aspektach leczenia, dzięki czemu publikacja jest przydatna dla chirurgów na-
czyniowych, ale i dla chirurgów o innych specjalizacjach, w których polu operacyjnym znaj-
dują się naczynia. Liczne ryciny wzbogacają tekst i ułatwiają jego zapamiętanie.

Stomatologia estetyczna

Irfan Ahmad
red. wyd. I pol. Stanisław Suliborski
Wrocław 2007, str. 204

Publikacja łączy uzasadnienie naukowe z praktyką kliniczną. Omawia
kolejne etapy wykonywania estetycznej rekonstrukcji zębów w nastę-
pujących rozdziałach: Ocena, planowanie i leczenie; Triada zdrowia,
funkcjonalności i estetyki; Przegląd systemów pełnoceramicznych;
Analiza koloru i odcienia; Nadbudowy i wkłady koronkowo-korzenio-
we; Preparacja zęba; Tymczasowe uzupełnienia terapeutyczne; Wyciski biologiczne;
Przyrządki prac protetycznych; Cementowanie prac oraz systemy wiążące z zębami.

Rezonans magnetyczny w praktyce klinicznej

Val M. Runge
red. naukowa I wyd. pol. Marek Sasiadek
Wrocław 2007, str. 512

Podręcznik do nauki obrazowania metodą rezonansu magnetycz-
nego. Tekst podzielono na rozdziały dotyczące poszczególnych obsza-
rów anatomicznych. W ostatnich dwóch rozdziałach zawarto informac-
je nt. środków kontrastowych oraz angiografii rezonansu magnetycz-
nego ze wzmocnieniem kontrastowym. Duży nacisk położono na jed-
nostki chorobowe często spotykane w praktyce klinicznej.

Endodoncja

Clemens Bargholz, Dirk Hör, Christoph Zirkel
współpr. Rudolf Beer
red. wyd. I pol. Zbigniew Jańczuk
Wrocław 2007, str. 440

Publikacja informuje o najnowszych technikach i metodach postępowa-
nia podczas leczenia endodontycznego. Adresowana do tych, którzy szu-
kają praktycznych wskazówek skutecznego leczenia.

Wydawnictwo Continuo

53-505 Wrocław, ul. Lelewela 4 p. 325, tel./faks 071-791-20-30,
tel. 0601-774-733 e-mail: wydawnictwo@continuo.wroclaw.pl,
www.continuo.wroclaw.pl

Wybrane zagadnienia z praktyki lekarza rodzinnego

Kardiologia, nefrologia, diabetologia, gastroenterologia,
pediatria, psychiatria, okulistyka (T. 10.)
pod red. Andrzeja Steciwko i Agnieszki Mastalerz-Migas
Wrocław 2007, str. 200, cena 22 zł.

Tom zawiera: Leczenie nerkozastępcze – przeszłość i perspektywy; Po-
stępowanie nefarmakologiczne w chorobach nerek; Wybrane zagadnie-
nia kardiologiczne u chorych z przewlekłą chorobą nerek w wieku po-
deszłym; Współczesne metody leczenia nadciśnienia tętniczego; Wpływ
inwazyjnych i nieinwazyjnych metod leczenia na ryzyko zgonów chorych z ostrym obrzę-
kiem płuc; Postępowanie ze starszym chorym z nowo rozpoznaną cukrzycą; Gryźbice prze-
wodu pokarmowego; Popromienne uszkodzenia przewodu pokarmowego; Megacolon toxi-
cum; patofizjologia, diagnostyka, leczenie; Hemoroidy jako problem diagnostyczny i lecz-
niczy; Psychogenne zaburzenia odżywiania w praktyce lekarza rodzinnego; Konieczność
oceny rozwoju dziecka w praktyce lek. rodzinnego; Postępowanie z dzieckiem o zaburzo-
nym rozwoju w praktyce lek. rodzinnego; Niepożądane odczyny poszczipienne – prawda
czy anegdota?; Antykoncepcja u progu XXI w.; Alergiczne choroby oczu z perspektywy
lekarza rodzinnego; Ultrasonograf stetoskopem XXI w.?

Dziecko i jego środowisko

Promocja zdrowia i profilaktyka chorób w pediatrii
pod red. Iwony Pirogowicz i Andrzeja Steciwko
Wrocław 2007, str. 148, cena 22 zł

Tom zawiera: Badania prenatalne; Profilaktyka porodów przedwz-
snych; Profilaktyka hipotrofii płodowej i wcześniactwa jako aktywna
forma realizacji praw dziecka; Profilaktyka zakażeń wewnątrzmacicz-
nych; Konflikt matczyno-płodowy; Profilaktyka konfliktu serologicz-
nego w zakresie czynnika Rh; Optymalne warunki rozwoju wcześniaków w
środowisku domowym jako profilaktyka zaburzeń rozwojowych; Kiła wrodzona – aspekty
medyczne, prawne i statystyczne; Neurodiagnostyka – podstawowym badaniem noworo-
dków; Profilaktyka w pediatrii – zdrowy styl życia dzieci; Profilaktyka chorób atopowych;
Rozwój mowy u dziecka i sposoby jego stymulacji – profilaktyka wad wymowy; Ampu-
tacja i ciężkie wielotkankowe uszkodzenia kończyn u dzieci – problemy lecznicze; Pro-
filaktyka chorób zębów i przyzębia – dlaczego nigdy nie jest za wcześnie; Grypa i jej po-
wikłania szczególnie u dzieci – zarys profilaktyki grypy; Szczepienia ochronne – znacze-
nie profilaktyki zakażeń HPV; Zaburzenia zachowania u dzieci i młodzieży; Profilaktyka
i wykrywanie uzależnień wśród dzieci i młodzieży.

Wydawnictwo Lekarskie PZWL

00-251 Warszawa, ul. Miodowa 10.
Zamówienia (tel. 022 695 44 80, faks 695 44 87, infolinia 0801 142 080,
www.pzwl.pl, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, 00-950 Warszawa 1,
skr. poczt. 379) realizowane są za zaliczeniem pocztowym
(7 zł, zamówienia powyżej 150 zł – bezpłatnie). Realizacja: 3 dni robocze.
Pełna oferta: www.pzwl.pl oraz Katalog Wydawnictwa.

Podstawy żywienia klinicznego

red. nauk. Luboś Sobotka
współred.: Simon P. Allison, Peter Fürst, Rémy Meier,
Marek Pertkiewicz, Peter Soeters
red. nauk. wyd. pol. Teresa Korta, Małgorzata Łyszkowska
Warszawa 2007, str. 494.

Publikacja zawiera podst. informacje z zakresu żywienia klinicznego, a tak-
że zapoznaje z najnowszymi osiągnięciami naukowymi i doświadczeniem
klinicznym współautorów. Główne tematy: niedożywienie, fizjologia i bio-
chemia żywienia, żywienie dojelitowe i pozajelitowe, substraty stosowane w żywieniu pozaje-
litowym i dojelitowym, monitorowanie leczenia żywieniowego, leczenie żywieniowe dostoso-
wane do choroby, powikłania leczenia żywieniowego. Publikacja stosowana jest w działaniach
edukacyjnych Europejskiego Tow. Żywienia Klinicznego i Metabolizmu (ESPEN).

ABC reumatologii

red. nauk. Michael L. Snaith
red. nauk. tłum. prof. dr hab. n. med. Anna Filipowicz-Sosnowska
Warszawa 2007, str. 170

Kompendium wiedzy o chorobach reumatologicznych. Przedstawiono czę-
sto występujące miejscowe choroby układu mięśniowo-szkieletowego oraz
choroby układowe i ich patogenezę. Omówiono czynności i badania od
momentu zarejestrowania choroby przez lekarza podstawowej opieki do
wysokospecjalistycznego oddziału reumatologicznego z uwzględnieniem
roli pielęgniarek specjalistycznych, psychoterapeutów i grup edukacyjnych. Liczne ilustracje,
tabele i zestawienia uzupełniają treść. Publikacja zawiera także zasady leczenia rehabilita-
cyjnego, edukacji pacjentów oraz wskazania do interwencji ortopedycznej.

Ponadto nadesłano:

Kore. O chorych, chorobach i poszukiwaniu duszy medycznej

Andrzej Szczekliki, wstęp: Adam Zagajewski
Społeczny Instytut Wydawniczy Znak, 30-105 Kraków,
ul. Kościuszki 37, www.znak.com.pl, bezpł. infolinia 0800 130 082
Autor „Katharsis”, książki przetłumaczonej na kilka języków, w ostatnim
dziesięcioleciu był najczęściej cytowanym na świecie polskim autorem w
piśmiennictwie z medycyny i biologii. Jego zainteresowania badawcze
koncentrują się wokół chorób serca i płuc. Jednocześnie rozporządza dużą
wiedzą z różnych dziedzin humanistyki. Przyjaciół artystów, znany ze swych występów w
Piwnicy pod Baranami. W swoich rozważaniach o życiu i medycynie Profesor łączy wra-
żliwość humanisty z wiedzą medyczną. Poznał ludzkie cierpienie i wie wszystko o najnow-
szych odkryciach w dziedzinie biologii molekularnej. Dlatego patrzy na medycynę ze świa-
domością jej ograniczeń. Z jednej strony następuje wielki postęp wiedzy, który prowadzi do
coraz większego opanowywania choroby, z drugiej – na drodze tego postępu pojawiają się
zagadki, które utrudniają zrozumienie przyczyn. Dzięki tej publikacji „przeciętny zjadacz
chleba” zaczyna głębiej rozumieć, czym żyje medycyna i jakie są jej dylematy.

Lekarze i izby lekarskie w Drugiej Rzeczypospolitej Szkice dokumentalne i historyczne

Zygmunt Wiśniewski
wyd.: Naczelna Izba Lekarska, Warszawa 2007, str. 416
Z benedyktyńską pracowitością zgromadził autor dokumenty, na podsta-
wie których odtworzył świat medycyny polskiej w czasach II RP. Dowia-
dujemy się jak była ona organizowana od podstaw po uzyskaniu niepod-
ległości. Budzi nasz szacunek bezmiar wysiłku, jaki włożono, aby medycyna
polska stała się nowoczesną, przystającą do modelu obowiązującego
w Europie, dziedzina państwowej aktywności. Jak dużo wysiłku kosztowało zorganizowanie
środowiska lekarskiego, bieżące problemy i trudności, dyskusje nad kształtem, obrazują lic-
ne cytaty z dokumentów i gazet. Kopalnia wiedzy o powstających instytucjach służby zdro-
wia, samorządu lekarskiego, forach dyskusyjnych i o zasadach, którymi powinien odznaczać
się zawód lekarza. Jak społeczeństwo włączało się w żywe polemiki o kształt zawodu lekarza
i organizacji służby zdrowia. Występują w nich też uznawane obecnie za nowoczesne sposo-
by rozwiązania. Łączy je wszystkie ogromne zaangażowanie społeczne ludzi, którzy tworzyli
kształt medycyny polskiej. Warto, aby wszyscy, którzy chcą coś naprawić w medycynie pol-
skiej, zapoznali się z tą publikacją, w której znajdują problemy do przemyślenia.

opr. md

Wydział Lekarski, Oddział Pediatryczny i Stomatologiczny AM we Wrocławiu rocznik 1963

Spotkanie koleżeńskie z okazji 45 rocznicy ukończenia AM we Wrocławiu,
7.06.08 r. (sob) we Wrocławiu. Opłata za uczestnictwo: absolwent – 200 zł,
os. tow. na bankiecie – 150 zł. Wpłaty na konto Dolnośląskiej Izby Lekarskiej we
Wrocławiu: 17-15401030-2001-7753-6075-0001 do 31.03.08 r. z dop. „Zjazd
1963”. Panie prosimy o podanie nazwiska obecnego oraz z okresu studiów.
Informacje: **Ludwika Sadowska, tel. 071-348-47-33, 0692-051-337; Patrycja Malec, DIL we Wrocławiu, e-mail: patrycja.malec@dilnet.wroc.pl, tel. 071-79-88-068**. Za Komitet Organizacyjny Alicja Kędzia, Ludwika Sadowska

Absolwenci AM we Wrocławiu rocznik 1967

Spotkanie koleżeńskie z okazji 40 rocznicy ukończenia AM we Wrocławiu, w
dn. 16-18.05.2008 r. Hotel Nasz Dom w Polanicy-Zdroju. Opłata za uczest-
nictwo od absolwenta/od os. tow.: pt-nd z nocl. – 400 zł, sb-nd z nocl. – 300 zł,
pt-nd bez nocl. – 250 zł, pt-sb z nocl. – 200 zł. Wpłaty na konto Dolnoślą-
skiej Izby Lekarskiej we Wrocławiu: 17-15401030-2001-7753-6075-0001 do
29.02.2008 r. z dopiskiem „Zjazd 1967”. Panie prosimy o podanie nazwiska
obecnego oraz z okresu studiów. Informacje: **Patrycja Malec, DIL we Wrocławiu, tel. 071-79-88-068, e-mail: patrycja.malec@dilnet.wroc.pl**. Za Komitet Organizacyjny Irma Grenik-Sieklucka, Dorota Ryszkowska, January Sieklucki, Krystyna Stępniewska, Ziemisław Stępniewski, Danuta Zytkiewicz-Jaruga

Absolwenci AM we Wrocławiu rocznik 1978

Spotkanie koleżeńskie z okazji 30 rocznicy ukończenia AM we Wrocławiu, w
dn. 23-25.05.2008 r. Hotel Nasz Dom w Polanicy-Zdroju. Opłata za uczest-
nictwo od absolwenta/od os. tow.: pt-nd z nocl. – 400 zł, sb-nd z nocl. – 300 zł,
pt-nd bez nocl. – 250 zł, pt-sb z nocl. – 200 zł, grill (bez nocl.) – 100 zł. Wpła-
ty na konto Dolnośląskiej Izby Lekarskiej we Wrocławiu: 17-15401030-2001-
7753-6075-0001 do 29.02.2008 r. z dopiskiem „Zjazd AM 1978”. Panie pro-
simy o podanie nazwiska obecnego oraz z okresu studiów. Informacje: **Ryszard Sciborski, tel. 0601-713-154, e-mail: sciborski@poczta.onet.pl; Patrycja Malec, tel. 071-79-88-068, e-mail: patrycja.malec@dilnet.wroc.pl**. Za Komitet Organizacyjny Ryszard Sciborski

Absolwenci Wydziału Stomatologicznego AM we Wrocławiu rocznik 1988

Spotkanie koleżeńskie z okazji 20 rocznicy ukończenia AM we Wrocławiu, w **dn. 20-21.09.2008 r. Hotel Nasz Dom w Polanicy-Zdroju**. Opłata za uczest-
nictwo od absolwenta/od os. tow.: sb-nd z nocl. – 300 zł, sb-nd bez nocl. – 200 zł.
Wpłaty na konto Dolnośląskiej Izby Lekarskiej we Wrocławiu: 17-15401030-
2001-7753-6075-0001 do 31.03.2008 r. z dopiskiem „Zjazd 1988”. Panie pro-
simy o podanie nazwiska obecnego oraz z okresu studiów. Informacje: **Małgorzata Staszyńska, tel. 0508-190-549; Patrycja Malec, DIL we Wrocławiu, tel. 071-79-88-068, e-mail: patrycja.malec@dilnet.wroc.pl**. Za Komitet Organizacyjny Jolanta Czado, Małgorzata Kaczowska-Staszyńska

Absolwenci Wydziału Lekarskiego AM we Wrocławiu rocznik 1988

Pierwsze po studiach spotkanie koleżeńskie z okazji 20 rocznicy ukończenia
Wydz. Lekarskiego AM we Wrocławiu, w **dn. 26-28.09.2008 r. Hotel Nasz Dom w Polanicy-Zdroju**. Opłata za uczestnictwo od absolwenta/od os. tow.: pt-nd z nocl. – 400 zł, sb-nd z nocl. – 300 zł, pt-nd bez nocl. – 250 zł, pt-sb z nocl. – 200 zł, grill (bez nocl.) – 100 zł. Wpłaty na konto Dolnośląskiej Izby Lekarskiej we Wrocławiu: 17-15401030-2001-7753-6075-0001 do 30.06.2008 r. z dopi-
skiem „Zjazd 1988”. Panie prosimy o podanie nazwiska obecnego oraz z okre-
su studiów. Informacje: **Patrycja Malec, DIL we Wrocławiu, tel. 071-79-88-068, e-mail: patrycja.malec@dilnet.wroc.pl**. Za Komitet Organizacyjny Katarzyna Jędrzejewska-Jurga, Małgorzata Sztajer-Marciniak

Wydział Lekarski, Oddział Pediatrii i Stomatologii AM w Warszawie rocznik 1968

Spotkanie koleżeńskie z okazji 40 rocznicy ukończenia studiów i otrzymania
dyplomu lekarskiego **21.06.2008 r.** Ze względu na ograniczoną liczbę miejsc
prosimy o niezwłoczne zgłaszanie się. Informacje: **Piotr Luboiński (lekar-
ski i pediatria), tel. 022-617-18-62, 0508-083-492; Zofia Gola-Podkowiń-
ska (stomatologia), tel. 022-756-71-41 – wieczorem**.

u.bakowska@gazetalekarska.pl

ZJAZDY KOLEŻEŃSKIE W INTERECIE – www.absolwentus.pl

SERWIS POMOCZE PAŃSTWU ZORGANIZOWAĆ ZJAZD ABSOLWENTÓW.
PRZYJAZNY UKŁAD I ERGONOMICZNA BUDOWA UMOŻLIWIĄ SZYBKIE WYSZUKANIE
INFORMACJI ORAZ DODANIE INFORMACJI O NOWYM ZJEZDZIE.

Narty w Alpach Francuskich

Samolot do **Grenoble**, zakwaterowanie wysoko w górach, przy trasach
narciarskich; wyjazdy w **marcu 2008**.
Zgłoszenia: **kwatour@op.pl** – organizator wielu wyjazdów dla lekarzy.