



# ProMedico

PISMO ŚLĄSKIEJ IZBY LĘKARSKIEJ W KATOWICACH

czerwiec 2013 nr 204

ISSN 1232-8693



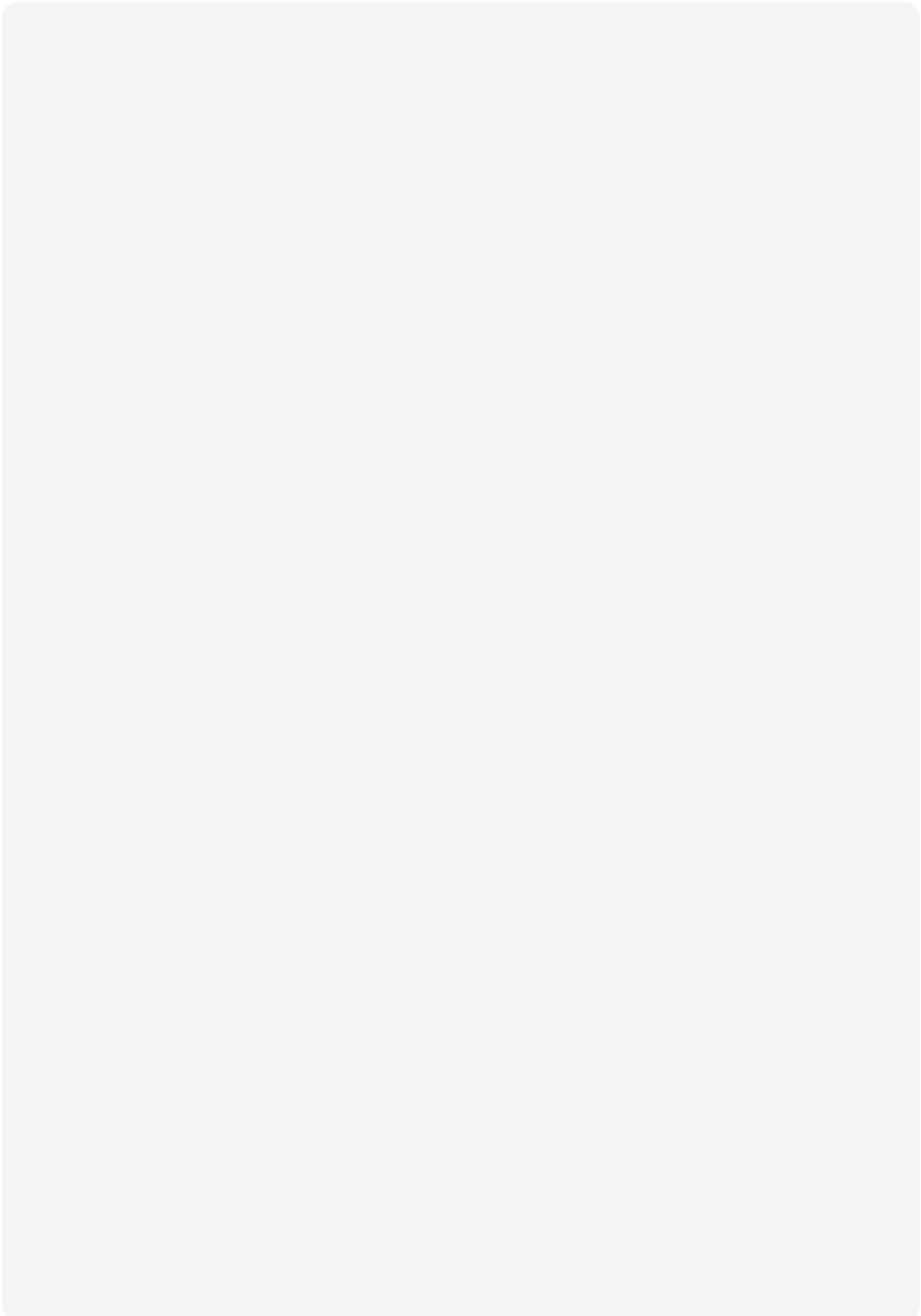
## Specjalizacje. Problemy młodych lekarzy

str. 10 - 17

► **O autonomii  
lekarza**  
str. 7

► **Stulecie  
polskiej ortopedii**  
str. 18

► **Dyskretna  
granica**  
str. 21





# Z mojego punktu widzenia

Jesienią odbędą się wybory samorządu lekarskiego VII kadencji. W rejonach wyborczych po raz pierwszy głosowaliśmy drogą korespondencyjną. Gorąco apeluję do Koleżanek i Kolegów, którzy nie skorzystali z tej formy wskazania swoich kandydatów na Delegatów, by oddali swój głos osobiście, w wyznaczonym w ich rejonie dniu wyborów. O terminach i miejscach wyborów informowaliśmy każdego listownie, na naszej stronie internetowej znajduje się kalendarz wyborczy i przewodnik, jak głosujemy, Okręgowa Komisja Wyborcza publikuje komunikaty, itd. – nic jednak nie zastąpi osobistego zaangażowania każdego z członków Śląskiej Izby Lekarskiej. To od Was tak naprawdę zależy kształt naszego samorządu. W powszechnych i bezpośrednich wyborach mamy możliwość wskazać tych, którzy będą jak najlepiej działać w naszym imieniu. Izba lekarska z oczywistych powodów nie jest i nie może być medium na wszystkie dotkliwe niedociągnięcia polskiego systemu zdrowia, ale, jak pisał Wyspiański: **„Musimy coś zrobić, co by od nas zależało, zważywszy, że dzieje się tak dużo, co nie zależy od nikogo”...**

Znowu wraca temat ustawy refundacyjnej, której nowe założenia opublikowane zostały przez Ministerstwo Zdrowia. Wprawdzie zamierza się odstąpić od niektórych mocno przez nas krytykowanych rozwiązań (jednoznacznie określa się, że lekarz nie będzie zobowiązany przy wypisywaniu antybiotyków do uprzedniego wykonania antybiogramu), ale nadal pozostaje budząca tak wiele wątpliwości zasada powiązania ordynacji lekarskiej z charakterystyką produktu leczniczego, a nie z aktualną wiedzą medyczną. Nie wspomina się także o rezygnacji z umów upoważniających do wypisywania leków refundowanych.

Będziemy oczywiście monitorować dalsze prace nad projektem nowelizacji, jej założenia są na razie zbyt ogólnikowe, by odnosić się do poszczególnych zapisów.

Minister Sprawiedliwości wydał długo przez nas oczekiwane rozporządzenia dotyczące wynagrodzeń biegłych w sprawach cywilnych i sprawach karnych, które nareszcie zmieniają archaiczne przepisy wynagrodzeń biegłych sądowych, krzywdzące nas w stosunku do biegłych z innych dziedzin, a oparte m.in. na rozporządzeniu z 1975 roku. Zmiany przyspieszyły orzeczenie Trybunału Konstytucyjnego, a w nowych rozporządzeniach uwzględniono uwagi złożone przez samorząd lekarski. Śląska Izba Lekarska od dawna zajmowała się tematem wynagrodzeń lekarzy – biegłych sądowych, które nie przystają w wielu sprawach do ponoszonego nakładu pracy. Dużą aktywność wykazuje powołany w maju 2010 roku. Zespół ds. orzekania i opiniowania sądowo-lekarskiego Okręgowej Rady Lekarskiej. Warto było walczyć, dziękuję!

Właśnie teraz, gdy oddajemy do druku kolejny, czerwcowy numer „Pro Medico”, przygotowuję się do wystąpienia podczas specjalnej sesji Sejmiku Województwa Śląskiego 20 maja, poświęconej m.in. problemom szpitali wojewódzkich. Do wyłącznych właściwości Sejmiku należy m.in. uchwalanie strategii rozwoju województwa oraz wieloletnich programów wojewódzkich, a jak często słyszymy, przedmiotem dużego zainteresowania radnych są obiekty sportowe i instytucje kultury. Mam więc nadzieję, że sprawy ochrony zdrowia również staną się rzeczywistym priorytetem, zwłaszcza, że sytuacja w jakiej się znaleźliśmy, wskazuje na potrzebę odważnych

decyzji. Decentralizacja NFZ, zarówno organizacyjna, jak i finansowa, rozdzielanie roli płatnika od organizatora ochrony zdrowia, ustalenie rzeczywistej odpowiedzialności za publiczny sektor, urealnienie koszyka świadczeń gwarantowanych czy wreszcie „odblokowanie” zamrożonej w 2009 r. na poziomie 9% składki zdrowotnej – to tematy, które są ciągle dyskusyjne, a czas ucieka. Rzeczywistym problemem jest dramatyczna sytuacja finansowa, szczególnie dotkliwa w województwie śląskim. W latach 2008-2010 otrzymaliśmy ponad 1,3 mld zł mniej, niż w tym okresie odprowadzono z województwa śląskiego z tytułu składki zdrowotnej. Wydatki w budżetach samorządów terytorialnych, przeliczone na jednego mieszkańca, sytuują województwo śląskie dopiero na 13 pozycji w kraju! Te liczby dokumentują naszą diagnozę problemów. Tak naprawdę ta prezentacja powinna trwać kilka godzin i zawierać kilkadziesiąt punktów, pokazujących cały szereg szczegółowych trudności, które „cegła po cegle” tworzą gruby mur pomiędzy lekarzem a leczeniem chorych.

Zbliża się czas urlopowych wyjazdów. **„Jesteśmy zalewani poradami, d o k a d p o d r ó ż o w a ć; m a ł o k t o m ó w i n a m, d l a c z e g o t o r o b i ć”** napisał szwajcarski pisarz i filozof Alain de Botton w „Sztuce podróżowania”. O turystyce mówimy potocznie, o podróży – metaforycznie. **„Podróżować to żyć”** – wskazywał Jan Christian Andersen. Życie Wam takich właśnie prawdziwych podróży, niezależnie od odległości w milach czy kilometrach od domu, wspaniałych przeżyć, refleksji, niezapomnianych spotkań i rzetelnego odpoczynku od trosk i obowiązków.

## W numerze:

Z mojego punktu widzenia	1	Specjalizacje młodych lekarzy. Konferencja	10
Felieton: „Święta polskie”	2	Wiem, że sobie poradzę	16
Komunikat Okręgowej Komisji Wyborczej	3	Stulecie polskiej ortopedii	18
Z działań samorządu	3	Lekarze biegli sądowi a ubezpieczenia społeczne	20
Kalendarium Prezesa ŚIL	4	Sztuka jest sztuka...	21
Z teki rzecznika	6	...cum grano salis	21
Publikacja wyroku Okręgowego Sądu Lekarskiego	7	„Okciem Eskulapa”	23
O autonomii lekarza	7	Sport	24
Kursy i konferencje	9	Wspomnienia	26
		Ogłoszenia i reklamy	30

# Święta polskie: czerwiec

„Święto niechaj świętem będzie, tak bywało przed tym wszędzie”

Jan Kochanowski

W czerwcu przypomina się o walce chorych na osteoporozę (24) cukrzycę (27) i przewlekłą niewydolność żylną (30).

21 – piątek, **pierwszy dzień lata** i najdłuższy dzień w roku, trwający 16 godzin i 46 minut, matematyka podsuwa, że noc w takim razie – najkrótsza. To czas słowiańskich obchodów magicznej i upojonej nocy **Kupały**, kupalnocki, Sobótki, związanych z letnim przesileniem słońca. Powszechnie wierzono, że osoby biorące czynny udział w sobótkowych uroczystościach przez cały rok będą żyły w szczęściu i dostatku. Wystarczy skakać przez ogniska, wróżyć z rumianku, kwiatów dzikiego bzu, z cząbrku i krzewu kocierpki. Tu mamy dobrze, bo najwięcej kocierpki rośnie na Śląsku. I koło Przemyśla.

23 – niedziela – w wigilię św. Jana Chrzciela – **Noc Świętojańska**. Puszczenie wianków po wodzie, nadzieje pańien na zamążpójście i tym podobne. Przypadkiem lub nie, ten dzień to także **Dzień Ojca**. W sztabuchach (informacja dla młodszych Czytelników: to były blogi, pisane przez dzieci w ozdobnych zeszytach) można znaleźć takie m.in. życzenia: „**Milczenie jest złotem, niech więc mówią kwiaty, każde mądre dziecko słucha swego taty**”. Tadeusz Różewicz pisał: „**Idzie przez moje serce stary ojciec...**” Mit ojca w polskiej literaturze najczęściej dotyczył jego nieobecności, zwykle był na wojnie, albo w pracy: „**Tato nie wraca; ranki i wieczory, We łzach go czekam i trwodze; Rozlały rzeki, pełne zwierza bory I pełno zbójców na drodze**” (A. Mickiewicz „Powrót taty”). Wszystkim Tatam w Dniu Dziecka (**1 czerwca**) niech zagra dziecięca kapela, z obrazu Makowskiego. **Tadeusz Makowski** urodzony w Oświęcimiu w 1882 r. (zm. w Paryżu w 1932 r.) pozostawił ponad 600 obrazów olejnych, w stylu będącym podsumowaniem kubizmu, malarstwa holenderskiego, naiwnego realizmu i polskiej sztuki ludowej. Najczęściej bohaterami jego obrazów były dzieci: małe figurki w spiczastych czapczkach, pokazane w nastrojowych scenach. „**Kapelę dziecięcą**” (olej na płótnie, na zdj. obok) namalował w 1922 r. Obraz znajduje się w zbiorach Muzeum Narodowego w Warszawie.

Kapela dzieci gra, ojcowie przyjmują życzenia, a my przygotowujemy godne tych świąt dania. Niezawodna kuchnia kresowa poleca: krupnik jęczmienny na półgęsku, kiszki czarne z hreczanej kaszy, leszcze pieczone na słoninie, kurczęta w potrawce z rakowym sosem. Do tego bliny z żytniej mąki pytlowej ze skwarkami i gęstą śmietaną. Na deser twaróg ze śmietaną, cukrem i cynamonem („Bluszcz” 1930 r. nr 23).

**14 czerwca** – polska premiera amerykańskiego filmu hinduskiego reżysera Shyamalana, tego od „Szóstego zmysłu” i „Znaków”. Opis dystrybutora „**1000 lat po Ziemi**” przypomina tekst piosenki Tercetu Egzotycznego „**zderzenie z asteroidem spowodowało uszkodzenie ich statku i muszą lądować na Ziemi, która jest dla nich nieznaną. Cypher jest ciężko ranny i Kitai musi odnaleźć latarnię, aby dać sygnał i wrócić na ich planetę**”. Równie egzotyczne są polskie seriale o polskich szpitalach np. „Lekarze”. Ten sam poziom abstrakcji, tylko efekty specjalne jakby słabsze.

Śląski **Teatr Bez Sceny** Andrzeja Dopierały przygotowuje na czerwiec: **21, 22 i 23** premierę „Noży w kurach” D. Harrowera,

gościnnie i na nietypowej scenie, bo w... Planetarium Śląskim. Reżyseruje Joanna Zdrada. Coś dla koneserów eksperymentów teatralnych, w których rzeczywistość wywraca się na nice, słowa odklejają się od rzeczy, wiedza przestaje być tożsama z widzeniem świata takiego, jakim jest. Może być intrygująco i niebanalnie.

Na koncertach pojawią się m.in. **Dead Can Dance** (w Zabrze) **Sting** (Oświęcim) metalowcy (Metalfest – Jaworzno) a w Sali Kongresowej sam doktor House, czyli Hugh Laurie i nowoorleański blues. Może zaśpiewa Muddy Waters? „**Well, my mother told my father, just before hmmm, I was born, I got a boy child's comin, He's gonna be, he's gonna be a rollin stone, Sure 'nough, he's a rollin stone, Sure 'nough, he's a rollin stone, Oh well he's a, oh well he's a, oh well he's a**”.

Najpopularniejsze imiona w czerwcu to: **Norbert, Leszek, Małgorzata, Antoni, Wanda, Jan**. Solenizantom życzymy, by nie tylko czas imienin upływał im radośnie, bez zmartwień, w zdrowiu i dobrym nastroju. ●

Grażyna Ogrodowska





## KOMUNIKAT nr 9 Okręgowej Komisji Wyborczej

Okręgowa Komisja Wyborcza uprzejmie przypomina Koleżankom i Kolegom, którzy nie oddali głosu drogą korespondencyjną, o możliwości oddania głosu osobiście w dniu wyborów. O terminach i miejscach wyborów informowaliśmy Państwa listownie.

Członek rejonu wyborczego głosujący osobiście oddaje głos poprzez wrzucenie karty do głosowania w nieoznakowanej kopercie do urny wyborczej i potwierdza oddanie głosu na liście członków rejonu wyborczego podpisem oraz pieczętką imienną. W przypadku braku pieczętki lekarz powinien okazać dokument tożsamości.

**Stanisław Borysławski**  
Przewodniczący  
Okręgowej Komisji Wyborczej



## PODZIĘKOWANIA

*Senior, z okazji ukończenia 90. roku życia, lekarz Zygmunt Beliczyński czuje się uhonorowany listem Śląskiej Izby Lekarskiej osobiście sygnowanym przez prezesa Izby dr. n. med. Jacka Kozakiewicza.*

Składam serdeczne podziękowanie członkom Okręgowej Rady Lekarskiej za opiekę i troskę o losy tej najstarszej grupy Koleżanek i Kolegów lekarzy, którzy z zaangażowaniem przez cały okres swojej pracy zawodowej nieśli lekarską pomoc chorym.

Ja nieustannie śledzę i doceniam pracę Śląskiego Samorządu Lekarskiego. „Pro Medico” jest moją obowiązkową lekturą, która dostarcza mi na bieżąco informacji o życiu środowiska lekarskiego naszego województwa.

Okręgowa Rada Lekarska w Katowicach z prezesem dr. Jackiem Kozakiewiczem wypełnia swoje zadania wzorowo, pomagając i chroniąc lekarzy Śląskiej Izby Lekarskiej w różnych trudnych sprawach zawodowych i życiowych. Dziękuję za list i gratyfikację 1000 złotych. Jest to koleżeński dar, przykład więzi środowiska lekarskiego.

Składam Panu Prezesowi dr. Jackowi Kozakiewiczowi i członkom Okręgowej Rady Lekarskiej życzenia pomyślności i owocnej pracy dla dobra lekarskiej społeczności

**Z wyrazami szacunku**  
**Zygmunt Beliczyński**

\*\*\*

Szanowny Pan  
Dr n. med. Jacek Kozakiewicz  
Prezes Śląskiej Izby Lekarskiej w Katowicach

Szanowny Panie Prezesie, Panie Doktorze, 20 marca br. wręczył Pan w Urzędzie Miasta w Chorzowie odznaczenie za 58 lat pracy w zawodzie lekarza mojemu mężowi Leszkowi Ogorzałowi. Ten dzień był dla niego wielkim świętem, był niezwykle dumny i szczęśliwy, że mógł z Pana ręk odebrać wyróżnienie za tyle lat w zawodzie, który kochał i któremu poświęcał się bez reszty do końca swoich dni, bo jeszcze w wielką środę przyjął w przychodni ponad trzydziestu pacjentów. Niestety, 1 kwietnia br. – w drugi dzień Świąt Wielkanocnych – mój mąż odszedł nagle, pozostawiając nas w wielkim smutku. W dniu jego pogrzebu, oprócz rodziny, przyszły się z nim pożegnać tłumy jego przyjaciół, lekarzy i pacjentów.

W tych ciężkich dla nas chwilach usłyszeliśmy wiele słów uznania dla jego osoby. W tym miejscu chcielibyśmy także Panu oraz Okręgowej Radzie Lekarskiej podziękować za piękne słowa w nekrologu umieszczonym na stronie internetowej Śląskiej Izby Lekarskiej. Niby kilka słów, a jakże trafna charakterystyka mojego męża, był dokładnie taki, jak Pan to ujął.

Zatem jeszcze raz dziękuję Panu za piękne słowa o moim mężu, a przede wszystkim za radość, jaką sprawił mi Pan, wręczając wyróżnienie w chorzowskim magistracie, kiedy to mogłam mu towarzyszyć wraz z córkami i jego ukochaną wnuczką, zaledwie 10 dni przed jego nagłym odejściem.

**Z wyrazami szacunku**  
**Helena Ogorzał**

## ► Kwietniowe posiedzenie ORL

Comiesięczne spotkanie członków Okręgowej Rady Lekarskiej w Katowicach rozpoczęło się od uczczenia minutą ciszy śp. prof. dr hab. n. med. **Rozalii Osuch-Jaczeńskiej**, zmarłej w wieku 91 lat, wybitnej pediatry i neonatologa. Laureatki „Wawrzynu Lekarskiego”, najwyższego odznaczenia nadawanego przez ŚIL. W dalszej części obrad prezes przedstawił m.in. podsumowanie spotkania prezesów okręgowych izb lekarskich, okręgowych rzeczników odpowiedzialności zawodowej i sędziów okręgowych sądów lekarskich, które zostało zorganizowane w dniach 19-21 kwietnia przez Dolnośląską Izbę Lekarską. Więcej na ten temat można przeczytać w „Kalendarium Prezesa Śląskiej Izby Lekarskiej”. ●

## ► Stanowiska komputerowe w dziale Prywatnych Praktyk

Od 1 kwietnia br. zgodnie z ustawą o działalności leczniczej wnioski o zmianę wpisu w księgach rejestrowych lub wnioski o wpis do rejestru praktyk można składać drogą elektroniczną, nie wychodząc z domu. Jeśli jednak ktoś z lekarzy lub lekarzy dentyków będzie miał problem z wypełnieniem kwestionariusza, może to zrobić w biurze Izby. Aby całą procedurę usprawnić, Prezydium ORL podjęło decyzję o zakupie dwóch dodatkowych zestawów komputerowych, które zostały zainstalowane w dziale prywatnych praktyk ŚIL. Dzięki temu lekarze mogą dogodniej i szybciej zarejestrować praktykę korzystając z pomocy pracowników biura. ●

## ► Audyt sprawozdania finansowego ŚIL

W kwietniu zakończyło się badanie sprawozdania finansowego Izby za 2012 r., które wykonała Firma Audytorska „Interfon” Sp. z o.o. z Krakowa. Audyt zakończył się oceną pozytywną. Biegły rewident bardzo dobrze ocenił sprawozdawczość Izby. W opinii sporządzonej przez rewidenta czytamy: „Naszym zdaniem, zbadane sprawozdanie finansowe, we wszystkich istotnych aspektach:

- przedstawia rzetelnie i jasno informacje istotne dla oceny sytuacji majątkowej i finansowej jednostki na dzień 31.12.2012 r., jak też jej wyniku finansowego za rok obrotowy od 01.01.2012 r. do 31.12.2012 r.,
- zostało sporządzone zgodnie z wymagającymi zastosowania zasadami (polityką) rachunkowości oraz na podstawie prawidłowo prowadzonych ksiąg rachunkowych,
- jest zgodne z wpływającymi na treść sprawozdania finansowego przepisami prawa i postanowieniami regulaminu Okręgowej Rady Lekarskiej.” ●

## ► Numery telefonów do biura ŚIL

Przypominamy, że od stycznia br. zmianie uległy numery telefonów do siedziby Izby. Obecnie wszystkie numery składają się z numeru kierunkowego (32) i czterech cyfr początkowych „60-44” oraz trzech cyfr przypisanych do poszczególnych komórek i stanowisk pracy. Ich wykaz publikujemy poniżej.

**(32) 60 44 200 – główny numer, informacja o numerach wewnętrznych izby**  
**(32) 60 44 257 – FAX**

- (32) 60 44 210 – Dział Rejestru Lekarzy
- (32) 60 44 220 – Dział Prywatnych Praktyk
- (32) 60 44 225 – Ośrodek Kształcenia Lekarzy
- (32) 60 44 230 – Składki
- (32) 60 44 235 – Dział Księgowy
- (32) 60 44 237 – Główna Księgowa
- (32) 60 44 240 – Biuro Okręgowego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej w Katowicach
- (32) 60 44 251 – Dyrektor Biura ŚIL
- (32) 60 44 253 – Sekretariat ŚIL
- (32) 60 44 254 – rezerwacja miejsc w Bazie Hotelowej „Pro Medico” w Warszawie
- (32) 60 44 260 – Redakcja Pisma „Pro Medico”
- (32) 60 44 265 – Zespół Radów Prawnych
- (32) 60 44 270 – Sekretariat Komisji: Bioetycznej, Konkursowej i Etycznej
- (32) 60 44 280 – Sekretariat Okręgowego Sądu Lekarskiego w Katowicach

oprac. **Anna Zadora-Świderek**  
 we współpracy z dr. **Andrzejem Postkiem**, sekretarzem ORL

# Kalendarium Prezesa Śląskiej Izby Lekarskiej

► **3.04.2013 – Spotkanie w Urzędzie Wojewódzkim z Ireneuszem Ryszkielem, dyrektorem Wydziału Nadzoru nad Systemem Opieki Zdrowotnej** dotyczący sposobów upowszechnienia wiedzy na temat poprawnych form informowania o zakresie i rodzaju udzielanych świadczeń zdrowotnych przez podmioty prowadzące działalność leczniczą, rejestrujące się zarówno u wojewody, jak i w Izbie Lekarskiej.

**Posiedzenie Prezydium Okręgowej Rady Lekarskiej w Katowicach.**

► **5.04 – Uroczysta promocja doktorska w Teatrze Nowym w Zabrze**, podczas której dr Jacek Kozakiewicz serdecznie pogratulował ukończenia studiów 69 doktorom i 12 doktorom habilitowanym z Wydziału Lekarskiego z Oddziałem Lekarsko-Dentystycznym w Zabrzu Śląskiego Uniwersytetu Medycznego. Prezes wyraził słowa uznania i podziękowania dla władz uczelni i całego grona nauczycieli akademickich za trud włożony w kształcenie młodych lekarzy, którym życzył dalszych osiągnięć zawo-

dowych, satysfakcji z dobrze wykonywanej pracy i wdzięczności zadowolonych pacjentów.

► **6.04 – XXXII Okręgowy Zjazd Lekarzy w Katowicach** ostatnie wspólne posiedzenie delegatów przed kończącym VI kadencję Zjazdem Sprawozdawczo-Wyborczym. Więcej informacji w majowym wydaniu „Pro Medico”.

► **8.04 – Wizyta w Radio eM**, rozmowa dotycząca aktualnych problemów ochrony zdrowia i środowiska lekarskiego.

► **Udział w posiedzeniu Komisji Bioetycznej.**

► **10.04 – Posiedzenie Prezydium Okręgowej Rady Lekarskiej w Katowicach.**

► **12.04 – Konferencja naukowo-szkoleniowa dla lekarzy biegłych sądowych, opiniujących w sprawach ubezpieczeń społecznych** zorganizowana w Śląskiej Izbie Lekarskiej przez zespół ds.

orzekania i opiniowania sądowo-lekarskiego. Udział w niej wzięli zainteresowani problematyką lekarze – biegli sądowi.

Wśród zaproszonych gości przybyli wiceprezes SO w Katowicach sędzia **Marce-**



foto: Anna Zadora-Świderek

**la Faska-Jagła** oraz zastępca dyrektora oddziału ZUS w Chorzowie mgr **Zofia Muczko**. Na program złożyły się wykłady sędziego wydziału ubezpieczeń społecznych, przedstawicieli ZUS oraz biegłego. Bardzo ciekawym punktem był wykład na temat odpowiedzialności zawodowej biegłego sądowego. W słowie wstępnym prezes ŚIL Jacek Kozakiewicz przypomniał, że lekarzem się „jest”, a biegłym „się bywa”, ►►►

►►► że biegli nie zawsze są traktowani z należytą atencją, zaś obowiązujące ustawodawstwo deprecjonuje wynagrodzenia biegłych za opiniowanie. Rysuje się jednak „światło w tunelu” – konsultowane są nowe ustalenia dotyczące wynagrodzeń, powodujące, że zapewne już w niedalekiej przyszłości dojdzie do poprawy w tym zakresie (więcej na temat konferencji na str. 20).

► **15.04 – Spotkanie z prezesem Regionalnej Izby Gospodarczej Tadeuszem Donocikiem**, podczas którego omówiono możliwości współpracy w zakresie wspierania działalności leczniczej prowadzonej przez indywidualnych lekarzy.

► **16.04 – Konferencja w Domu Lekarza pt. „Specjalizacja – nadzieje i problemy, przepisy, a rzeczywistość”** poświęcona problemom, z jakimi zmagają się młodzi lekarze tuż przed, lub w trakcie specjalizacji. Podczas spotkania przedstawiono wstępne wyniki ankiety przeprowadzonej za pomocą portalu społecznościowego Facebook, które wykazały omijanie przepisów prawa pracy i zmuszanie lekarzy do świadczenia pracy w nadgodzinach bez zapłaty lub na umowach kontraktowych. Problemem okazały się też niezbyt wysokie – w ocenie rezydentów – pensje, które skłaniają młodych lekarzy do szukania innego zajęcia. Prezes wskazał, że niektórzy dyrektorzy szpitali, kierując się troską o finanse, patrzą w zbyt krótkiej perspektywie. Rolą konferencji było więc uświadomienie decydującym za szkolenie i organizowanie pracy lekarzy w trakcie specjalizacji, jakie problemy napotykają młodzi medycy, a wyniki przeprowadzonej ankiety może stanąć się iskrą, która zapoczątkuje zmiany w sposobie kształcenia młodych lekarzy.

► **17.04 – Udział w pogrzebie śp. dr. Jana Ornowskiego**, byłego lekarza i oficera WP, specjalisty organizacji ochrony zdrowia, uczestnika Kampanii Wrześniowej 1939 roku, odznaczonego medalem GLORIA MEDICINAE. W swoim długim i pracowitym życiu pełnił funkcje: komendanta 106. Wojskowego Szpitala Garnizonowego w Gliwicach, dyrektora Woj. Wydz. Zdrowia i Opieki Społecznej w Katowicach (1958-1975), zastępcy dyrektora Instytutu Medycyny Pracy w Sosnowcu (1975-1993), woj. insp. Orzecznictwa Inwalidzkiego oddziału ZUS w Sosnowcu (1964-1993). Uroczystości pogrzebowe odbyły się w kaplicy na cmentarzu parafialnym przy Al. Mireckiego w Sosnowcu.

► **19-21.04 – IV spotkanie szkoleniowe z udziałem Okręgowych Rzeczników Odpowiedzialności Zawodowej, przewodniczących Okręgowych Sądów Lekarskich oraz Konwentu Prezesów w Piechowicach k. Szklarskiej Poręby.** Spotkanie dało możliwość kontynuacji

dialogu w przedmiocie najistotniejszych problemów samorządów lekarskich, m.in. w zakresie odpowiedzialności zawodowej, prawnych i finansowych aspektów bezpiecznego prowadzenia działalności przez lekarzy, problemów etycznych w medycynie, postępowania sądowego w sprawie odzyskania pieniędzy z Ministerstwa Zdrowia, przebiegu i zaawansowania akcji wyborczej w poszczególnych izbach, stosowanych zasad przeszkolenia lekarzy i lekarzy dentyistów po przerwie w wykonywaniu zawodu lekarza. Przedstawiono także uwagi wynikające z kontroli prowadzonych przez Urząd Kontroli Skarbowej. Okręgowy Rzecznik Odpowiedzialności Zawodowej, dr **Tadeusz Urban**, przedstawił wykład na temat „Taktyki postępowania OROZ w zakresie oceny spraw wpływających do kancelarii w świetle przesłanek o naruszenie art. 53 Ustawy o izbach lekarskich”. Interesujące wystąpienie miał dziekan Okręgowej Rady Adwokackiej we Wrocławiu **adw. Andrzej Malicki**, który poruszył temat odpowiedzialności dyscyplinarnej i karnej lekarzy za popełniony błąd medyczny. Spotkanie było dobrą okazją do merytorycznych dyskusji i poznania wzajemnych doświadczeń w rozwiązywaniu problemów dotyczących środowiska lekarskiego.

► **22.04 – Spotkanie w Śląskiej Izbie Adwokackiej z dziekanem ORA adw. Romanem Kuszmem oraz Okręgowym Rzecznikiem Odpowiedzialności Zawodowej dr. Tadeuszem Urbanem**, podczas którego dr Jacek Kozakiewicz podziękował Okręgowej Radzie Adwokackiej za docenienie jego działalności samorządowej

i uhonorowanie „**Diamentową Temidą 2013**”. Rozmawiano także o nowych formach współpracy obu samorządów zawodowych, m.in. dotyczących utworzenia zespołu ekspertów w różnych dziedzinach medycznych (rekomendowanych przez samorząd lekarski), a także współpracy z kancelariami adwokackimi.

► **23.04 – Spotkanie w Sport Klinice w Żorach**, poświęcone omówieniu kolejnych wspólnych przedsięwzięć sportowo-naukowych, m.in. planowanej na 6-7 września II Konferencji Naukowej „Medycyna i Sport” oraz towarzyszącej imprezie sportowej: Letniego Pucharu Polski Lekarzy i Farmaceutów w tenisie ziemnym.

► **24.04 – Posiedzenie Prezydium Okręgowej Rady Lekarskiej w Katowicach.**

► **Okręgowa Rada Lekarska w Katowicach.**

► **25-26.04 – Konwent Prezesów Okręgowych Rad Lekarskich oraz posiedzenie Naczelnej Rady Lekarskiej.**

► **29.04 – Kolejne spotkanie z Prezesem Regionalnej Izby Gospodarczej Tadeuszem Donocikiem**, dotyczące m.in. możliwych źródeł finansowania Muzeum Medycyny a także przedsiębiorczości lekarzy.

► **30.04 – Spotkanie z rektorem Śląskiego Uniwersytetu Medycznego prof. Przemysławem Jałowickim.** ●

Oprac.: Aneta Kuśnierz

Zakład Chorób Metabolicznych Kości przy Katedrze i Klinice Chorób Wewnętrznych, Diabetologii i Nefrologii Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach i Kolegium Lekarzy Rodzinnych w Polsce, Oddział Wojewódzki w Katowicach zapraszają na konferencję:

**„Dwie dekady diagnostyki osteoporozy na Górnym Śląsku – jak prawidłowo zdiagnozować i leczyć pacjenta z osteoporozą?”**  
która odbędzie się **6 września 2013 r. w Gliwicach**

w Centrum Edukacji i Biznesu „Nowe Gliwice”,  
ul. Bojkowska 37 (Aula Drewniana, Budynek nr 3)  
Kierownik naukowy: prof. dr hab. n. med. Wojciech Pluskiewicz

Konferencja jest organizowana z okazji dwudziestolecia istnienia na Górnym Śląsku diagnostyki osteoporozy. Jej celem jest przedstawienie aktualnego stanu wiedzy dotyczącej diagnozowania i leczenia pacjentów z osteoporozą lekarzom – praktykom. Grono wykładowców to wybitni znawcy zagadnień metabolizmu kostnego z różnych ośrodków akademickich, którzy przedstawiają state of art w tej dziedzinie tak, by każdy uczestnik otrzymał informacje przydatne w codziennej pracy z pacjentami.

Prosimy o zgłaszanie udziału w konferencji do 31.08.2013 r. i wypełnienie formularza zgłoszeniowego dostępnego na stronie: [www.pmr.org.pl](http://www.pmr.org.pl)





# „...w stanie ogólnym dobrym”

Opis przypadku

Pacjentka lat 61 została przyjęta na oddział kardiologii, gdzie przeszła operację serca. Wypisano ją do domu po 10 dniach hospitalizacji **w stanie ogólnym dobrym**. Po kolejnych 10 dniach nastąpiło ostre niedokrwienie prawej kończyny dolnej. Chora została przywieziona do kliniki chirurgii naczyniowej i zoperowana w trybie natychmiastowym. Po pięciu dniach została wypisana do domu **w stanie ogólnym dobrym**. W domu pojawiła się biegunka, wymioty, a następnie ponownie kłopoty z nogą. Pogotowie przewiozło pacjentkę do kilku szpitali, gdzie między innymi stwierdzono drożność naczyń kończyny dolnej. Docelowo pacjentka została umieszczona w oddziale chirurgicznym. Pacjentka czuła się coraz gorzej. Pojawiły się bóle w klatce piersiowej. Pacjentka zmarła.

Rzecznik prowadzący sprawę odmówił wszczęcia postępowania wyjaśniającego, w uzasadnieniu podniósł to, czego nie odzwierciedlała złożona skarga. Na oddział kardiologii pacjentka nie była przyjęta jako osoba zdrowa. Stwierdzano u niej stabilną chorobę wieńcową, ciężką stenozę zastawki aortalnej, umiarkowaną niedomykalność zastawki mitralnej, przewlekłą niewydolność serca NYHA II, stan po zawale mięśnia sercowego ściany dolnej, nadciśnienie tętnicze, hipercholesterolemię, stan po cholecysektomii, hiperrurykemię. Śródoperacyjnie stwierdzono u pacjentki porcelanową aortę i zaawansowaną miażdżycę tętnic wieńcowych z bardzo wąskimi obwodami. Ciężką stenozę zastawki mitralnej i unaczynienie serca naprawiono. Ale pozostałe schorzenia pozostały.

Czy na pewno **w stanie ogólnym dobrym** chora została wypisana z oddziału kardiologii, skoro dwa tygodnie później anesteziolog kwalifikujący ją do zabiegu operacyjnego udrożnienia tętnicy biodrowej wpisał „zabieg operacyjny ze średnim”, a następnie poprawił „dużym ryzykiem kardiologicznym”?

Rzecznik zadał pytanie – dlaczego przed dwoma tygodniami było dobrze, a teraz aż tak źle?

Po prostu to była nadal ciężko, ale to bardzo ciężko chora osoba.

Ponowny wypis ze szpitala „w stanie ogólnym dobrym” – czy na pewno?

Nie. Chirurgi naczyniowi byli zadowoleni

z efektów swojej pracy, czyli przywrócenia życia kończyny, a ocena w wypisie nie dotyczyła ogólnego stanu zdrowia pacjentki, a jedynie tego fragmentu, który związany był z wykonaniem konkretnej procedury. Na pewno najbardziej obiektywnie ocenił stan chorej anatomopatolog podczas sekcji zwłok. Już na samym początku widnieje wpis „miażdżycza uogólniona tętnic dużego stopnia, świeży zawał mięśnia sercowego ściany przedniej, tylnej i przegrody, rozległe blizny pozawałowe”. Analizując skargi zgłaszane do biura, a również przekazy medialne, odnoszę wrażenie, i nie jestem w tym odosobniony,

kazu pomiędzy lekarzami. Dzisiaj jest ulubioną lekturą pacjentów, czytają ją bardzo szczegółowo, zwracając uwagę na detale, do których my tak wielkiej wagi nie przywiązujemy lub zupełnie inaczej pojmujemy ich znaczenie. Zbyt często machinalnie oceniamy stan ogólny pacjenta jako dobry, bo stanowi on o możliwości wypisania go do domu lub poddania jakiemuś konkretnemu leczeniu. Jak w podanym przykładzie, określenie to odnosi się jedynie do wybranego tematu, nie opisując stanu zdrowia lub choroby pacjenta. Historie chorób z reguły zbyt lakonicznie odnoszą się do stanu ogólnego pacjenta, szczegó-

W rozumieniu wielu pacjentów leczenie powinno przebiegać bezproblemowo. Jeżeli tak nie jest, to znaczy, że ktoś, a najpewniej lekarz, nienależycie się starał lub po prostu popełniał same błędy.

że do szpitala generalnie przyjmuje się zupełnie zdrowych ludzi, którym wykonuje się jakieś dziwne procedury, głównie tym ludziom szkodzące. Ogólnie można przyjąć, że pacjenci zasadniczo w swoim rozumieniu, będąc zdrowymi, nie wiadomo czemu poddają się leczeniu. Uważają, że to leczenie powinno przebiegać bezproblemowo. Jeżeli tak nie jest, to znaczy, że ktoś, a najpewniej lekarz, nienależycie się starał lub po prostu popełniał same błędy. Nierzadko spotykam się na przykład z takimi sformułowaniami: „Nasza ukochana Mama mogła z nami być jeszcze wiele lat, gdyby lekarz nie popełnił błędu”. Mowa tu o dziewięćdziesięciokilkuletniej pacjentce, ciężko schorowanej, u której dobry Samarytanin podjął się kaskaderskiego wyczynu polegającego na przeprowadzeniu operacji ratującej życie. Oczywiście, dla większości lekarzy trudnym do pojęcia jest fakt, że nastąpiły takie czasy, iż ich praca, niejednokrotnie heroiczne poświęcenie, ma tak fatalny odbiór społeczny.

Zaczęliśmy mozolną pracę nad wypisywaniem „nowoczesnych dokumentacji medycznych”. Pełno tam rubryk, numerów, powielanych identyfikatorów, natomiast częstokroć brakuje treści. Nakazano nam pisanie dokumentacji medycznej po polsku, ponieważ nie stanowi ona już prze-

nie w odniesieniu do oceny przewidywanego ryzyka związanego z leczeniem. To w amerykańskich filmach często śmieszają nas sceny, kiedy lekarz informuje pacjenta lub rodzinę o tym, że szanse powodzenia nie przekraczają 17%!!! W tamtym kraju skalę trudności leczenia i możliwości wystąpienia powikłań znakomicie odzwierciedla wysokość rachunku lub kalkulacji kosztów leczenia. My, niestety, nie mamy nawyków do udokumentowania oceny ryzyka leczenia. Mamy jego świadomość, potrafimy go świetnie ocenić, natomiast nie przekazujemy go pacjentom, prawdopodobnie nie chcąc ich straszyć. I nie odnotowujemy niczego istotnego w dokumentacji. Zastanawiam się, czy nie byłoby zasadnym (trochę się tego boję, bo to kolejny papier) stworzenie karty ryzyka leczenia. Mam nadzieję, że dokument taki zmieniłby nasze nawyki i w przyszłości każdy z nas za normalne uznałby umieszczenie na wstępie historii choroby informacji o ryzyku. Może my sami, na przykład w ramach samorządu lekarskiego (aby nikt metodami urzędniczymi nie popsuł takiej idei), podjęlibyśmy się próby stworzenia takiej uniwersalnej karty oceny ryzyka leczenia. ●

Dr n. med. Tadeusz Urban  
Okręgowy Rzecznik  
Odpowiedzialności Zawodowej



# Publikacja wyroku Okręgowego Sądu Lekarskiego

## Zarządzenie Okręgowego Sądu Lekarskiego w Katowicach z dnia 06.02.2013 roku.

„Okręgowy Sąd Lekarski w Katowicach dnia 23.11.2012 roku rozpatrzył wniosek Okręgowego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej o ukaranie lek. dent. Barbary Ziemińskiej, urodzonej 28 lipca 1956 r. w Bytomiu, córki Mieczysława i Olgi, która w prowadzonym przez siebie NZOZ „Dental” Centrum Stomatologii Estetycznej w Zabrze przy ul. Wandy 7, nieprawidłowo wykonała prace protetyczne, jak również nie prowadziła dokumentacji medycznej pacjenta.

Sąd uznał obwinioną lek. dent. Barbarę Ziemińską za winną postawionych jej zarzutów i wymierzył karę:

- za nieprawidłowe wykonanie prac protetycznych – ograniczenie zakresu czynności w wykonywaniu zawodu lekarza dentystry na okres dwóch lat w zakresie leczenia protetycznego i karę pieniężną na cele społeczne, związane z ochroną zdrowia;
- za nieprowadzenie dokumentacji medycznej wymierzył karę nagany.

Równocześnie Sąd zarządził opublikowanie kary w biuletynie „Pro Medico” Śląskiej Izby Lekarskiej, której ukarana lekarka jest członkiem.”

### OKIEM PRAWNIKA:

Obowiązująca od 1 stycznia 2010 r. ustawa o izbach lekarskich wprowadziła w przepisie art. 84 możliwość zarządzenia przez sąd lekarski opublikowania orzeczenia w biuletynie okręgowej izby lekarskiej, której obwiniony jest członkiem.

Dotyczy to sytuacji, w której sąd orzekł jedną z następujących kar:

- zakaz pełnienia funkcji kierowniczych w jednostkach organizacyjnych ochrony zdrowia na okres od roku do pięciu lat,
- ograniczenie zakresu czynności w wykonywaniu zawodu lekarza na okres od sześciu miesięcy do dwóch lat,
- zawieszenie prawa wykonywania zawodu na okres od roku do pięciu lat,
- pozbawienie prawa wykonywania zawodu.

Wskazać należy, iż możliwość publikacji orzeczenia ma charakter fakultatywny, bowiem została pozostawiona decyzji sądu orzekającego. Sąd uznając za celowe zarządzenie publikacji orzeczenia, będzie miał na względzie potrzebę społecznego oddziaływania skazania, która bez wątpienia wiąże się z ciężarem gatunkowym przewinienia zawodowego i towarzyszącym przewinieniu okolicznościami oraz rodzajem orzeczonego wobec lekarza kar.

Fakt publikowania orzeczenia w piśmie Izby Lekarskiej pozwala na dotarcie informacji o karach do środowiska, w którym dany lekarz pracuje. Jest to przewidziany ustawą sposób dania satysfakcji pokrzywdzonemu oraz zakwestionowanie dobrego imienia, jakim dotychczas cieszył się skazany w opinii publicznej. Publikacja spełnia również funkcje prewencyjne, bowiem jest formą ostrzeżenia dla innych potencjalnych sprawców – takie są założenia tej formy kary. ●

**Katarzyna Różycka**  
aplikant radcowski

## 0 autonomii lekarza

### Jak pogodzić treść Przysięgi Hipokratesa z realiami ekonomicznymi?

W większości placówek medycznych kluje w oczy wywieszka: „Karta Praw Pacjenta znajduje się w...”, umieszczona z nakazu administracji czyli tzw. podmiotu leczniczego. Ta deklaracja respektowania szeroko rozumianej autonomii pacjenta pozostaje pustosłowiem, gdyż informowanie chorych, że mają jakieś prawa, nie oznacza, iż w danej placówce uprawnienia będą respektowane. Sama obietnica spełniania oczekiwań ma być substytutem realnych możliwości szpitala, a przekonywanie administracji, że uchroni ona przed uzasadnionymi roszczeniami pacjentów jest błędne.

„Karta Praw Pacjenta”, będąca kompilacją przepisów prawa, obiecuje chorym błogostan, ale rzeczywistość skrzeczy, gdyż ogromny jest rozdział pomiędzy nakładami środków publicznych na leczenie, a nieograniczonym spectrum tzw. gwarantowanych świadczeń.

Lekarska uczciwość wobec usługobiorców, tj. P.T. Pacjentów wymaga, aby poinformować o utrudnieniach w dostępności do nowoczesnych metod leczniczych z powodu braków sprzętowych, o odległych terminach oczekiwania na badania i leczenie, bo nie ma specjalistów, o wyczerpaniu się limitów narzuconych przez NFZ, etc. Tymczasem pielęgnuje się ustawową fikcję, że „ubezpieczony ma prawo do świadczeń zdrowotnych odpowiadających wymaganiom wiedzy medycznej” oraz przemilcza się orzeczenia Sądu Najwyższego o „obowiązku stosowania najlepszych metod leczenia przez publiczne placówki służby zdrowia, a zarządzenia administracyjne nie mogą wpływać na obniżenie wymagań i standardów funkcjonowania służby zdrowia”.

A może za sprawy zdrowia rodaków odpowiedzialni są tylko lekarze?

Tak zwana reforma opieki zdrowotnej niejako zdjęła ten obowiązek z lekarzy, gdyż świadczeniodawcą jest szpital, a lekarz jest jedynie wykonawcą czynności medycznych. Natomiast ordynator, nazywany przez dyrektorów „kierownikiem”, bądź „zarządzającym kontraktem”, został sprowadzony do roli policjanta, pilnującego, aby kontrakt został zrealizowany – o czym pisał prof. Umiański. Biorąc pod uwagę szczególną rolę lekarza i jego relację z pacjentem, zamiana tradycyjnych pojęć – lekarz i pacjent, a zastąpienie ich określeniami zaczerpniętymi ze sfery innych usług, jest dla lekarzy trudna do zaakceptowania.

Pomimo faktycznej „detronizacji” lekarzy, wynikającej z wprowadzonych przepisów prawa i tzw. urynkwienia opieki medycznej – reguły i tradycyjne pojmowanie zawodu, jako zawodu wolnego, jest związane z pełną odpowiedzialnością za pacjenta. Dlatego lekarze mają prawo się sprzeciwiać przyjmowaniu odpowiedzialności za wszystkie utrudnienia w procesie leczenia, które są narzucone przez regulacje w przepisach, także w przepisach najniższego rzędu, jakimi są zarządzenia dyrektorskie.

Kodeks Etyki Lekarskiej mówi, że: „lekarz nie powinien spełniać poleceń pracodawcy sprzecznych z zasadami etyki i deontologii lekarskiej”, a „mechanizmy rynkowe... wymagania administracyjne nie zwalniają lekarza z przestrzegania zasady, że największym nakazem etycznym jest dobro chorego.”

Dawniej zdrowie zależało od posiadanych indywidualnie pieniędzy, a obecnie zależne jest od środków publicznych, których stały niedobór w skali kraju nie zapewnia bezpieczeństwa zdrowotnego ogółu obywateli. Decydemtem w sprawach zdrowia stał się

ciąg dalszy na str. 8 ►►►

# O autonomii lekarza

ciąg dalszy ze str. 7 ▶▶▶

Narodowy Fundusz Zdrowia, który decyduje, co i w jakiej ilości jest potrzebne na danym terenie, biorąc na siebie zadanie podziału niewystarczających środków finansowych i dostarczenia usługobiorcom świadczeń na poziomie minimum.

Konsekwencją jest utrudniony dostęp do gwarantowanych świadczeń zdrowotnych, zadłużanie się szpitali, zaniżanie płac personelu medycznego i niekorzystne zmiany w strukturze zatrudnienia, tj. zastępowanie etatów umowami cywilnoprawnymi.

Powszechną „praktyką oszczędnościową” w szpitalach jest obarczanie najtańszego dla pracodawcy personelu, tj. rezydentów i lekarzy przed specjalizacją, obowiązkami leczniczymi, które powinny być wykonywane przez specjalistów. Odbywa się to najczęściej w sposób nieformalny, na podstawie presji lub ustnego polecenia przełożonego. Jakikolwiek błąd w postępowaniu lekarskim i roszczenia pacjentów mogą być cedowane na wykonawców czynności medycznych, a pracodawcy nie obawiają się zarzutu popełnienia błędu organizacyjnego, gdyż finansowe roszczenia są pokrywane z budżetu szpitala i nie dotyczą kadry kierowniczej, bądź też przeliczone są na bezbronnych wobec prawa lekarzy, którzy nie odważą się, aby żądać od zwierzchnika „polecenia na piśmie”.

Przykładem ograniczania dostępności do świadczeń zdrowotnych była ustawa o refundacji leków, skonstruowana na ustawie o ubezpieczeniu w NFZ: „zaopatrzenie w leki przysługuje ubezpieczonemu na podstawie recepty wystawionej przez lekarza, który zawarł z Funduszem umowę...”. Po protestach Sejm wprowadził usunął drakońskie kary w nowelizacji ustawy, czyli „zdjął kajdanki z rąk lekarzy”, ale NFZ tylko „kajdanki naoliwił”, bo złagodzone kary za recepty pojawiły się w przepisach niższego rzędu. Symptomatyczny jest też fakt, że nowe przepisy prawne w końcowych artykułach zawierają sankcje karne dla lekarzy.

Protest „pieczętkowy” wielu organizacji lekarskich był odpowiedzią na represyjne przepisy, ale uderzył rykoszetem w pacjentów, którzy z dwojga złego mogli wybrać: albo miesiącami oczekiwać na wizytę do specjalisty w publicznej służbie zdrowia, albo pogodzić się z faktem, że porada w prywatnym gabinecie będzie się wiązała ze 100% odpłatnością za recepty. Osobnym problemem są niezgodne z aktualną wiedzą medyczną administracyjne ograniczenia stosowania leków refundowanych.

Poza niechęcią do wypisywania recept, pojawiła się nowa jednostka chorobowa, która dotknęła lekarzy: lęk przed leczeniem, jako forma uzależnienia od zdolności płatniczych oddziału NFZ, gdyż obecnie lekarze nie mają dylematów, jak leczyć pacjenta, ale mają wątpliwości, czy dana terapia zostanie sfinansowana przez płatnika?

Lekarz doskonale wie, co jest dobre dla pacjenta, i nie ma w tym zakresie wątpliwości natury etycznej. Natomiast deontologia nie wyjaśnia, jak należy postępować, gdy piętrzą się bariery i błędy organizacyjne.

Osobiście zetknąłem się z tym problemem, kiedy do mojego gabinetu dotarł pacjent z niewydolnością oddechową i sinicą w przebiegu odmy objawowej. Po uzgodnieniu z lekarzem dyżurnym miejsca w klinice, wezwałem karetkę pogotowia do przewiezienia chorego w trybie pilnym. Dyrektor pogotowia (który przyczynił się do upadku kilku placówek służby zdrowia w województwie), obarczył mnie kosztami transportu, za który musiałem zapłacić. Stosowanie przepisów zastępuje niektórym procesy lekarskiego, a więc logicznego myślenia.

„Lęk przed leczeniem” jest też naturalną reakcją na nowelizację ustawy o prawach

ludzi w komisji, bo „ordynator nie musi leczyć, ale powinien realizować kontrakt”.

W ustawie o działalności leczniczej określono, że stosuje się „minimalne normy zatrudnienia pielęgniarek”, co oznacza balansowanie na granicy bezpieczeństwa, przede wszystkim pacjentów, ale też lekarzy. Wynika z tego, że oszczędności przesłaniają rozsądek, a pacjenci nie mogą liczyć na troskliwą opiekę.

Problemy ochrony zdrowia w Polsce są powszechnie znane, ale formy ich rozwiązywania są bardzo często niezrozumiałe. Dla nieprofesjonalnego obserwatora życia społecznego, politycznego, gospodarczego, rzeczywistość jest tak pełna sprzeczności, że bardzo trudno jest zrozumieć toczące się procesy i doszukać się w nich logiki, posługując się prostym, przyczynowo-skutkowym sposobem myślenia. Nie sprawdza się więc zasada Hegla, że „wszystko, co rzeczywiste, jest rozumne” – pisze prof. **Szczepan Łukaszewicz** w „Pożytkach z filozofii”.

Powszechne i niezrozumiałe zjawisko tzw. zadłużania się szpitali wynika z przeprowadzonego w NFZ minimalizowania i niedoszacowania rzeczywistych kosztów poszczególnych procedur medycznych. Szpitale, nawet wieloprofilowe, będą uni-

Biorąc pod uwagę szczególną rolę lekarza i jego relację z pacjentem, zamiana tradycyjnych pojęć – lekarz i pacjent, a zastąpienie ich określeniami zaczerpniętymi ze sfery innych usług, jest dla lekarzy trudna do zaakceptowania.

pacjenta, zgodnie z którą o niepożądanym zdarzeniu medycznym ma decydować komisja z symbolicznym udziałem przedstawicieli zawodów medycznych, choć jej orzeczenia mogą być bardzo dotkliwe finansowo dla lekarzy kontraktowych. Dlatego lekarze nie podejmują się metod leczenia o podwyższonym stopniu ryzyka, czyli nie oferują chorym pełnego wachlarza usług medycznych.

Nowe rozporządzenie ministerialne o konkursach ordynatorskich całkowicie omija ocenę merytoryczną kandydatów dokonywaną przez nadzór merytoryczny, gdyż w składzie komisji pominięto specjalistów wojewódzkich z danej dziedziny. O powołaniu ordynatora decydować będzie tylko dyrektor, mający zawsze większość swoich

kać przyjmowania chorych na „kosztochłonne”, bądź źle wycenione jednostki chorobowe. Na oddziałach chirurgicznych szybciej można ustalić termin przyjęcia młodej pacjentki z żyłakami kończyn dolnych, niż chorego z ropniakiem opłucnej czy powikłaniami zapalenia trzustki. Dochodzi do zamierzonej selekcji pacjentów jeszcze przed przyjęciem ich do leczenia. Określenia „selekcja” użyłem tutaj celowo, gdyż budzi ono emocje. Podobny sprzeciw moralny lekarzy jest uzasadniony, gdy uwzględnimy doktrynę medycyny katastrof zalecającą, aby nie wykorzystywać sił i środków służb ratowniczych w odniesieniu do ofiar wypadków masowych, które nie rokują przeżycia. Rachunek ekonomiczny ma decydować o tym, czy przedłużać o kilka miesięcy życie pa-

►►► cjęta onkologicznego, czy też te środki przeznaczyć na inne cele. Wątpliwości czy zastosowane środki są proporcjonalne do oczekiwanych korzyści, stanowią dylemat dla lekarza.

„Każdy lekarz, jeśli ma do wyboru życie lub zdrowie człowieka, albo poprawność ekonomiczną, wybierze to pierwsze, nawet, gdyby miał ryzykować utratę pracy” – uważa prof. Łukaszewicz, ale dyrektor dużego szpitala klinicznego, nieżyjący już dr **Jerzy Kurkowski** napisał: „Istnieje ścisła zależność pomiędzy warunkami pracy, a stopniem

torze usług medycznych – 70-80% i więcej. Można wysnuć wniosek, uwzględniając wynagrodzenie personelu lekarskiego i pielęgniarskiego, które wynosi znacznie poniżej średniej krajowej, (która obecnie wynosi ok. 4 tys. zł), że „produkt finalny” szpitali, czyli zdrowie i życie obywateli, jest wyceniany bardzo nisko przez decydentów finansujących opiekę medyczną.

Jak pogodzić treść Przysięgi Hippokratesa z realiami ekonomicznymi?

Retoryczne jest pytanie, czy wobec narzu-

lu lat problemów, związanych z brakiem odpowiednich nakładów finansowych na funkcjonowanie systemu ochrony zdrowia. Zdaniem Delegatów, taka sytuacja wpływa negatywnie na sposób leczenia pacjentów, ograniczając im dostęp do właściwej terapii, a także pozbawiając wielu lekarzy odpowiednich warunków udzielania świadczeń medycznych, zgodnie z ich najlepszą wiedzą i doświadczeniem. Śląscy lekarze zaapelowali również do ministra zdrowia i prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia o zniesienie obowiązku zawierania przez lekarzy umów upoważniających ich do wystawiania recept na leki refundowane. „Wskazać należy, iż uprawnienie lekarzy i lekarzy dentyistów do wystawiania recept wynika z istoty wykonywania zawodu lekarza i nie powinno wiązać się z innymi obowiązkami, w tym z koniecznością zawierania dodatkowych umów.” – czytamy w Apelu Zjazdu. W części oficjalnej Zjazdu prezes Okręgowej Rady Lekarskiej w Katowicach **Jacek Kozakiewicz**, podsumował miniony rok działalności samorządu. W swoim wystąpieniu prezes szczególnie podkreślał konieczność obrony godności zawodu lekarzy i lekarzy dentyistów. Wyrzcił także sprzeciw wobec obarczania lekarzy coraz większą odpowiedzialnością, przy braku właściwych warunków dla wykonywania ich zawodu. Zwrócił również uwagę na problemy młodych lekarzy, którzy przystępują do szkolenia i egzaminu specjalizacyjnego. ●

**Mieczysław Dziedzic**

Rachunek ekonomiczny ma decydować o tym, czy przedłużyć o kilka miesięcy życie pacjenta onkologicznego, czy środki przeznaczyć na inne cele. Wątpliwości czy zastosowane środki są proporcjonalne do oczekiwanych korzyści, stanowią dylemat dla lekarza.

przestrzegania zasad deontologicznych przez lekarza”. Obawa przed zadłużeniem się oddziału, co może oznaczać redukcję personelu i utratę pracy, presja administracji i przełożonych – wywierają wpływ na decyzje lekarskie.

W bardzo dobrych przedsięwzięciach biznesowych fundusz płac wynosi ok. 10% zysku, w średnich – około 30-40%, a w sek-

canych nam ograniczeń, jesteśmy zdolni do wypełniania obowiązków zawodowych? – czego domaga się i oczekuje od nas każdy przedstawiciel społeczeństwa.

#### **Post Scriptum:**

XXXII Okręgowy Zjazd Lekarzy wystosował kilka apeli, w tym adresowany do Prezesa Rady Ministrów i parlamentarzystów RP w sprawie pogłębiających się od wie-

## Śląska Izba Lekarska w Katowicach zaprasza na **KURSY I KONFERENCJE**

► **13.06.2013 (czwartek) godz. 15.30**  
**Kurs doskonalący**  
**„KURS PIERWSZEJ POMOCY DLA PERSONELU POMOCNICZEGO GABINETÓW LEKARSKICH I ZAKŁADÓW LECZNICZYCH”**

Program kursu dostosowany do programu szkoleń dla lekarzy. Czas trwania: wykład – 4 godziny dydaktyczne, ćwiczenia – 7 go-

dzin dydaktycznych. Odpłatność za udział w kursie wynosi 250 zł

► **14.06.2013 (piątek) godz. 15.30**  
**Kurs doskonalący**  
**„AKADEMIA UMIEJĘTNOŚCI SPOŁECZNYCH.**  
**STRES I WYPALENIE ZAWODOWE W PRA-CY LEKARZA”**

► **29.06.2013 (sobota) godz. 9.30**  
**Kurs doskonalący**  
**„DIAGNOSTYKA HOLTEROWSKA DLA LEKARZY – INTERPRETACJA ARYTMII, NIEDOKRWIENIA, DODATKOWE ANALIZY POMOCNE W OCENIE RYZYKA NAGŁEGO ZGONU”**  
Kierownik naukowy dr hab. n. med. Krzysztof Szydło

Kursy i konferencje odbędą się w Domu Lekarza w Katowicach przy ul. Grażyńskiego 49a  
Uczestnik otrzymuje punkty edukacyjne zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 6 października 2004 r. w sprawie sposobu dopełnienia obowiązku doskonalenia zawodowego lekarzy i lekarzy dentyistów (Dz.U. Nr 231 poz. 2326).

Zgłoszenia można przysłać elektronicznie na formularzu zgłoszeniowym umieszczonym na stronie [www.izba-lekarska.org.pl](http://www.izba-lekarska.org.pl) w zakładce KURSY, SZKOLENIA, KONFERENCJE lub telefonicznie pod numerem telefonu 32 60 44 225.



**Młodzi lekarze coraz głośniej zaczynają mówić o swoich problemach związanych z kontynuowaniem nauki, pracą zawodową czy zdobywaniem specjalizacji. Dyskusja rozpoczęta na początku tego roku we Wrocławiu (z udziałem przedstawicieli naszego samorządu) była z powodzeniem kontynuowana podczas spotkania zorganizowanego przez Śląską Izbę Lekarską.**

## Z punktu widzenia młodych lekarzy



foto: Anna Zadora-Świderek

Konferencja „Specjalizacja – nadzieje i problemy, przepisy a rzeczywistość”, która odbyła się 16 kwietnia w Domu Lekarza, zgromadziła tłumy zainteresowanych. Swoje racje przedstawili na niej zarówno młodzi medycy, jak i doświadczeni luminarze medycyny oraz prawnicy i przedstawiciele administracji publicznej.

– *W dobie permanentnego deficytu w ochronie zdrowia miejsca rezydentkie stają się dla większości lekarzy praktycznie jedynym sposobem zdobywania specjalizacji* – mówił prezes ORL w Katowicach, dr **Jacek Kozakiewicz** jednocześnie przytaczając dane pokazujące znaczny deficyt miejsc rezydentkich w stosunku do ogólnej liczby miejsc szkoleniowych. – *Taka tendencja utrzymuje się przynajmniej od kilku lat. Na przykład w 2011 roku zaledwie niecałe 43 procent ogólnej liczby miejsc specjalizacyjnych stanowiły rezydentury, w ubiegłym roku już tylko nieco ponad 39 procent* – powiedział prezes Kozakiewicz, rozpoczynając tym samym dyskusje o bolączkach systemu kształcenia specjalizacyjnego.

– *Brak wynagrodzenia dla kierowników specjalizacji, brak dostępu do pytań po zakończeniu egzaminu specjalizacyjnego, kwalifikacje do specjalizacji tylko o charakterze wojewódzkim, a nie ogólnopolskim* – kontynuował przedstawianie problemów dr **Maciej Hamankiewicz** – prezes NRL.

Te same zagadnienia, lecz bardziej dosadnie i obrazowo, pokazując rzeczywistość polskiego lekarza, który zdobywa specjalizację, przedstawił dr **Rafał Sołtysek**, przytaczając cytaty z anonimowych ankiet otrzymanych przez Komisję Młodych Lekarzy od blisko 130 medyków.

– *Problemy młodych lekarzy w związku z odbywaniem specjalizacji można podzielić na dwie grupy. Pierwsza z nich dotyczy programów i realizacji kształcenia, natomiast druga przestrzegania ich praw pracowniczych* – dr Sołtysek podsumowywał zebrany przez Komisję materiał.

Szukając sposobu rozwiązania bulwersujących młodych lekarzy kwestii prof. **Jan Duława**, prorektor ds. nauki SUM a jednocześnie konsultant wojewódzki z zakresu chorób wewnętrznych, zaape-

lował, by nie poprzestawać na opisywaniu problemów w sposób anonimowy.

– *Mogę zapewnić, że jeżeli ktoś z państwa przyjdzie do mnie, a jeszcze lepiej napisze, że u niego w pracy dzieje się źle pod względem przestrzegania zasad specjalizacji, to ja wystąpię o odebranie temu ośrodkowi akredytacji. Bez wahania to zrobię. Tylko muszę mieć zgłoszenie, taka ankieta mi nie wystarczy* – zapewniał profesor.

Niektóre wątpliwości dotyczące sposobu odbywania specjalizacji udało się rozwiązać już w trakcie konferencji, inne, w szczególności te dotyczące merytorycznej zawartości programów specjalizacji, pozostały jedynie zasygnalizowane. Lekarka na rezydenturze z kardiologii zwróciła uwagę na brak możliwości spełnienia warunków szkolenia.

– *Mamy obowiązek asysty do 30 zabiegów ablacji; skąd tyle ich znaleźć? Trzeba by jeździć po wszystkich ośrodkach w kraju, żeby tego dokonać w ciągu dwumiesięcznego stażu.*

Podniosła także kwestię kursów odbywanych w ramach szkolenia: – *Kursy ze zdrowia publicznego są obowiązkowe w programie specjalizacji z kardiologii, a nie ma kursu z echokardiografii. Tak samo kursów z zupełnej podstawy czyli EKG, czytania holterów, z takich rzeczy, którymi będzie się zajmował każdy lekarz, niezależnie, czy będzie pracował w szpitalu, czy przychodni. My nie wiemy, do kogo się mamy zwrócić z tym problemem* – kontynuowała swoją wypowiedź.

Kwietniowa konferencja udowodniła, że takie spotkania są potrzebne. Wymiana myśli i poglądów, ale też doświadczeń, między lekarzami z wieloletnim stażem, a ich młodymi kolegami, pozwala na zdefiniowanie najważniejszych problemów i sprecyzowanie konkretnych postulatów zmierzających do usprawnienia systemu kształcenia podyplomowego. A to nie byłoby możliwe, gdyby lekarze, ci młodzi, i ci starsi, nie potrafili ze sobą rozmawiać i nawzajem się słuchać. Ich wspólny głos to większa szansa na dotarcie do decydentów niż rozproszona aktywność nawet największej liczby lekarzy działający indywidualnie. To właśnie samorząd lekarski winien zapewniać warunki do dialogu pomiędzy różnymi grupami środowiska lekarskiego.



**dr Jacek Kozakiewicz, prezes Okręgowej Rady Lekarskiej w Katowicach**

– Dostępność do specjalizacji jest niewystarczająca. Zaspokojenie przez Ministerstwo Zdrowia zapotrzebowania lekarzy na odbywanie specjalizacji w ramach rezydentury oscyluje w województwie śląskim w granicach 50 procent, np. w 2011 – wyniosło blisko 59 procent, a w 2012 – zaledwie nieco ponad

54 procent. Jest to wynikiem permanentnego niedofinansowania całego systemu ochrony zdrowia. Ale problemem jest także stale zmieniające się otoczenie prawne. Często bywa tak, że lekarze rozpoczynają specjalizację, gdy obowiązuje jedno prawo, kontynuują, gdy uchwała się nowe, a kończą ją zgodnie z jeszcze innymi zasadami. Dzisiaj politycy, decydenci, niestety nie myślą o przyszłości, ciągle dominuje „zabia perspektywa”. W wielu sprawach decydujące są wykresy, słupki, i to, czy szpital się bilansuje, czy przynosi zyski, czy straty. Tematy dotyczące poziomu kształcenia i to, kto będzie miał leczyć chorych za dziesięć czy dwadzieścia lat mało kogo interesują. A przyszłość rysuje się w czarnych barwach. Lekarze specjaliści są coraz starsi np. w Śląskiej Izbie Lekarskiej ginekolodzy i położnicy powyżej 50. roku życia stanowią 69,6% ogólnej liczby lekarzy tej specjalności. Odpowiednio pediatrów powyżej 50. roku życia jest 63,8%, neonatologów – 58,5%, geriatrów 56%, a chirurgów blisko 51%. Najgorsza sytuacja panuje jednak w takich specjalnościach, jak otolaryngologia dziecięca, gdzie 87,5% posiadających ją lekarzy ukończyło 50. rok życia, chirurgia klatki piersiowej – 84,6%, zdrowie publiczne – 83%, seksuologia – ponad 71% czy otorynolaryngologia – 70%. Te liczby nie dotyczą jednak tylko Śląska. Podobny obraz struktury wiekowej lekarzy specjalistów dotyczy całej Polski. I niestety nic nie wskazuje na to, aby coś miało się tu zmienić. Jako samorząd lekarski podejmujemy starania również finansowe, by ułatwić lekarzom odbywanie szkolenia specjalistycznego. W ubiegłym roku we współpracy z SUM udało nam się zorganizować kursy atestacyjne z chorób wewnętrznych i pediatrii. W tym roku na jesieni odbędzie się ich druga edycja.



**dr Maciej Hamankiewicz, prezes Naczelnej Rady Lekarskiej**

– Naczelna Izba Lekarska aktywnie uczestniczy w procesach legislacyjnych dotyczących kształcenia podyplomowego lekarzy, w tym dotyczących specjalizacji lekarskich. W nowych przepisach jest wiele wadliwych rozwiązań, między innymi: brak dostępu do pytań egzaminacyjnych po zakończonym egzaminie, brak instancyjnej kontroli

prawidłowości postępowań kwalifikujących do odbycia specjalizacji czy brak ogólnopolskiego charakteru kwalifikacji. Niezbędne jest stwarzanie dogodnych warunków finansowych i organizacyjnych dla lekarzy robiących specjalizację, kierowników specjalizacji oraz podmiotów, w których odbywają się szkolenia. Tymczasem obcinanie przez Ministerstwo środków na rezydentury zmierza w odwrotnym kierunku. Ponadto sytuacja demograficzna w kraju przekłada się także na sytuację demograficzną w środowisku lekarskim – dla przykładu, w ponad 20% specjalizacji nie ma ani jednego lekarza poniżej 35. roku życia, z kolei co czwarty specjalista wykonujący zawód ma powyżej 60 lat. Parafrazując tytuł konferencji – w rzeczywistości nadzieja nas nie opuszcza, ale przepisy stwarzają przede wszystkim problemy.



**prof. Jerzy Kruszewski, przewodniczący Komisji Kształcenia Podyplomowego NIL, członek NRL**

– Już od kilkunastu lat uczestniczę w spotkaniach z młodymi lekarzami. Zauważam, że podnoszone w tym czasie problemy są bardzo do siebie podobne. Dlatego w NRL około 2005 roku powstał pomysł, żeby coś zrobić z nowo wprowadzonym wówczas systemem specjali-

zacji. Chcieliśmy wyjść naprzeciw postulatом młodych lekarzy, żeby szybciej dochodziło do uzyskania specjalizacji. Wtedy to powstał pomysł modułowego kształcenia specjalizacyjnego. Niestety w toku wieloletnich prac nad szczegółami pojawiały się nowe okoliczności i pomysły, które bardzo zagmatwały prostotę pierwotnych założeń. Przede wszystkim zlikwidowano staż – moim zdaniem była to bardzo zła decyzja i powstał problem, co zrobić z tym lekarzem, który kończy studia, ma dyplom, ale nie odbył stażu i chce się specjalizować. Jak długo ma trwać moduł podstawowy, czy dwa lata, jak sądziliśmy wcześniej, czy może trzy lata, by uzupełnić brak stażu? Zaczęły się trwające do dziś dyskusje w tej sprawie. Projekt rozporządzenia wprowadzającego nowy system został w końcu 2011 roku przesłany do konsultacji. Przewidywał on powstanie wielu nowych specjalizacji. Opiniujący zgłosili do tego projektu prawie pięćset poprawek. W efekcie powstało rozporządzenie o specjalizacjach, które budzi wiele kontrowersji. System specjalizowania się lekarzy został uszczegółowiony, nie pozwala na indywidualne podejście, jeszcze bardziej niweluje relacje mistrz – uczeń.

W ostatnich 10 latach medycyna bardzo się zmieniła. Osiemdziesiąt procent czasu pracy lekarza zajmuje biurokracja. Słuchałem wielokrotnie skarg lekarzy stażystów, że pracując w szpitalach są wykorzystywani właściwie do prowadzenia dokumentacji, że mają bardzo mało czasu, żeby się szkolić merytorycznie, uczestniczyć w zabiegach, operować itd. Niestety w obecnych czasach nie ma już odwiecznego sporu, czy medycyna jest nauką, czy sztuką. Staje się rzemiosłem zaliczanym do sfery usług. Jakość tych usług ma być „wystandaryzowana”, za co należy się zapłata, jeśli poprawnie wystawi się rachunek. Tu nawet ci lekarze, którzy są bardzo skrupulatni i z pietyzmem wypełniają formularze, z poczuciem wagi tych czynności i tak mogą mieć problemy. Właściwie nikt nie rozlicza nas z merytoryki, o którą tak bardzo walczył młodzi lekarze. Kontrolerzy NFZ, którzy sprawdzają naszą działalność, ograniczają się tylko do formy, a na tej płaszczyźnie rządzi zasada, że nie ma takiego dobrego uczynku, za który by nie można ukarać. Zawód lekarza przestaje być tym wymarzoną, gdzie jest miejsce dla Judymów, mistrzostwa, intelektu. Staje się rzemiosłem, a wg znanej opinii jednego z dyrektorów oddziału NFZ, lekarze nie wystawiają recept, tylko faktury, a jak należy to robić, opisane jest w ustawie o przedsiębiorczości. Chciałbym nadal pracować jako lekarz tak, jak mnie uczyli moi mistrzowie. Ale jaki współczesny ekonomista czy prawnik zrozumie przesłanie salus aegroti suprema est, skoro „bo to co nas podnieca to się nazywa kasa”? Kiedyś liczył się chory człowiek, pieniądze potem. Powoli przyzwyczajamy się do podwójnej etyki, z jednej strony Hippokrates, z drugiej kupiectwo. Takie są czasy. Cieszę się słuchając waszych głosów zbieżnych z moimi poglądami. To dowodzi, że nie są one wyrazem tylko moich sentymentów. Czy kiedyś wróci ta stara medycyna, szczytne hasła, relacja mistrz-uczeń, o których wielu z Was tu mówiło? Obawiam się, że nie za mojego życia, chociaż byłbym szczęśliwy, gdybym się mylił. Sporo od Was zależy.



# Z punktu widzenia młodych lekarzy

ciąg dalszy ze str. 11 ►►



**Ireneusz Ryszkiewicz – dyrektor Wydziału Nadzoru nad Systemem Opieki Zdrowotnej Śląskiego Urzędu Wojewódzkiego**

– Znamy problemy młodych lekarzy, bo to my wysyłamy do ministerstwa zapotrzebowanie na miejsca rezydentur. Ich liczba jest niedostateczna, nie można jednak powiedzieć, że województwo Śląskie jest pokrzywdzone jeśli chodzi o przyznawanie rezydentur. Co sesję sprawdzamy, jak

sytuacja prezentuje się globalnie, czyli ile przydziela się rezydentur na poszczególne województwa i w żaden sposób tu nie odbiegamy od średniej. Problemem jest to, że w skali kraju liczba rezydentur nie odpowiada zgłaszanemu zapotrzebowaniu, o czym stale informujemy Ministerstwo Zdrowia. Było postępowanie w roku 2010, gdy zapotrzebowanie na rezydentury zostało zrealizowane w stu procentach, ale od roku 2011 to zapotrzebowanie zaspokajane jest na zdecydowanie niższym poziomie, co najwyraźniej ma związek z sytuacją budżetu państwa. Uważam, że dużym sukcesem m.in. wszystkich komisji ds. młodych lekarzy jest fakt, że w przyznawaniu miejsc specjalizacyjnych kierujemy się obiektywnymi kryteriami, a nie uznaniem. Oczywiście pojawiają się zarzuty, że czasami są to zmarnowane pieniądze na kogoś, kto do danej specjalizacji nie ma żadnych predyspozycji, ale i tak mimo niedoskonałości tego sposobu kwalifikacji jest on najbardziej rzetelny, przejrzysty i uczciwy. W procesie składania zapotrzebowania na rezydentury i na miejsca pozarezydentur uczestniczą konsultanci wojewódzcy, choć ostateczna decyzja i tak należy do Ministerstwa Zdrowia. Dlatego zdarza się, że składając wniosek o 40 rezydentur dostaje się jedną. Konsultanci wojewódzcy współuczestniczą także w opiniowaniu jednostek, które chcą stworzyć miejsca specjalizacyjne. W tej chwili nie ma konsultanta, który stawiałby sztuczne bariery, aby jakiś ośrodek nie miał pozytywnie zaopiniowanego tego wniosku. W naszej gestii nie leży natomiast interweniowanie w sprawach prawa pracy, czy urealnienia programów specjalizacji.



**Jolanta Wrońska – kierownik Oddziału ds. Kształcenia Podyplomowego Pracowników w Ochronie Zdrowia – Śląskie Centrum Zdrowia Publicznego**

– Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 2 stycznia 2013 r. w sprawie specjalizacji lekarzy i lekarzy dentyistów wprowadziło następujące zmiany w kształceniu podyplomowym:

1. Wniosek o odbywanie szkolenia specjalizacyjnego w wybranej dziedzinie medycyny lekarz składa w formie wniosku elektronicznego, oddzielnie dla trybu rezydentury i dla trybu pozarezydenturkiego, do właściwego wojewody, w terminach do dnia 28 lutego – na postępowanie kwalifikacyjne przeprowadzane od dnia 1 marca do dnia 31 marca, albo do dnia 30 września – na postępowanie kwalifikacyjne przeprowadzane od dnia 1 października do dnia 31 października.
2. W przypadku złożenia wniosku o rozpoczęcie szkolenia specjalizacyjnego w trybie rezydentury oraz wniosku o rozpoczęcie szkolenia specjalizacyjnego w trybie pozarezydenturkiego lekarz do wniosku dołącza oświadczenia, w którym wskazuje tryb odbywania szkolenia specjalizacyjnego w przypadku zakwalifikowania się na to szkolenie w dwóch trybach.
3. Po wydrukowaniu i podpisaniu wniosku, lekarz przesyła go w formie papierowej do wojewody – nie później, niż w terminie 3 dni od końcowego terminu złożenia wniosku w formie elektronicznej.
4. Lekarz ubiegający się o odbywanie szkolenia specjalizacyjnego może być w danym terminie dopuszczony do postępowania kwalifikacyjnego tylko w jednej dziedzinie medycyny i tylko w jednym województwie.
5. Wojewoda kieruje lekarza do odbywania szkolenia specjalizacyjnego w wybranej przez lekarza jednostce organizacyjnej, uwzględniając wynik postępowania kwalifikacyjnego, z wyjątkiem lekarzy zakwalifikowanych do odbywania szkolenia specjalizacyjnego w trybie pozarezydenturkiego, tj. umowa o pracę z podmiotem prowadzącym szkolenie specjalizacyjne i w ramach poszerzenia zajęć programowych stacjonarnych studiów doktoranckich o program specjalizacji – którzy zostają skierowani w pierwszej kolejności.
6. Lekarze, którzy korzystają z urlopu macierzyńskiego lub ze zwolnienia lekarskiego, a zostali zakwalifikowani do odbywania specjalizacji, otrzymują dokumenty w terminie późniejszym bezpośrednio po zakończeniu wyżej wymienionych nieobecności.
7. Lekarz, który odbywa szkolenie specjalizacyjne w trybie rezydentury, może zmienić miejsce odbywania szkolenia specjalizacyjnego nie wcześniej, niż po upływie jednego roku, chyba że jednostka organizacyjna, w której lekarz odbywa szkolenie specjalizacyjne, uległa likwidacji lub przestała spełniać wymagania ustawy.
8. Lekarz, w terminie 7 dni od dnia zaliczenia szkolenia specjalizacyjnego przez kierownika specjalizacji, zawiadamia kierownika jednostki szkolącej oraz właściwego wojewodę o zakończeniu tego szkolenia.
9. Lekarz zawiadamia o każdorazowym przedłużeniu okresu odbywania szkolenia specjalizacyjnego właściwego wojewodę.
10. Regulamin postępowania kwalifikacyjnego w paragrafie 4 wprowadził zmianę punktacji za egzamin specjalizacyjny w zakresie odpowiedniej specjalizacji I lub II stopnia albo PES.

Oprac.: A.Z-Ś

**Cytaty pochodzą z anonimowych ankiet zamieszczonych na facebookowym profilu Komisji ds. Młodych Lekarzy ŚIL. Na ankiety odpowiedziało 128 lekarzy.**

**Opisane sytuacje NIE DOTYCZĄ wszystkich miejsc specjalizacyjnych**

**– tematyka i czas trwania kursów obowiązkowych:**

„Kursy ograniczają się zwykle do prezentacji tematów, które bez problemu można znaleźć w materiałach źródłowych”

**– dostępność kursów obowiązkowych:**

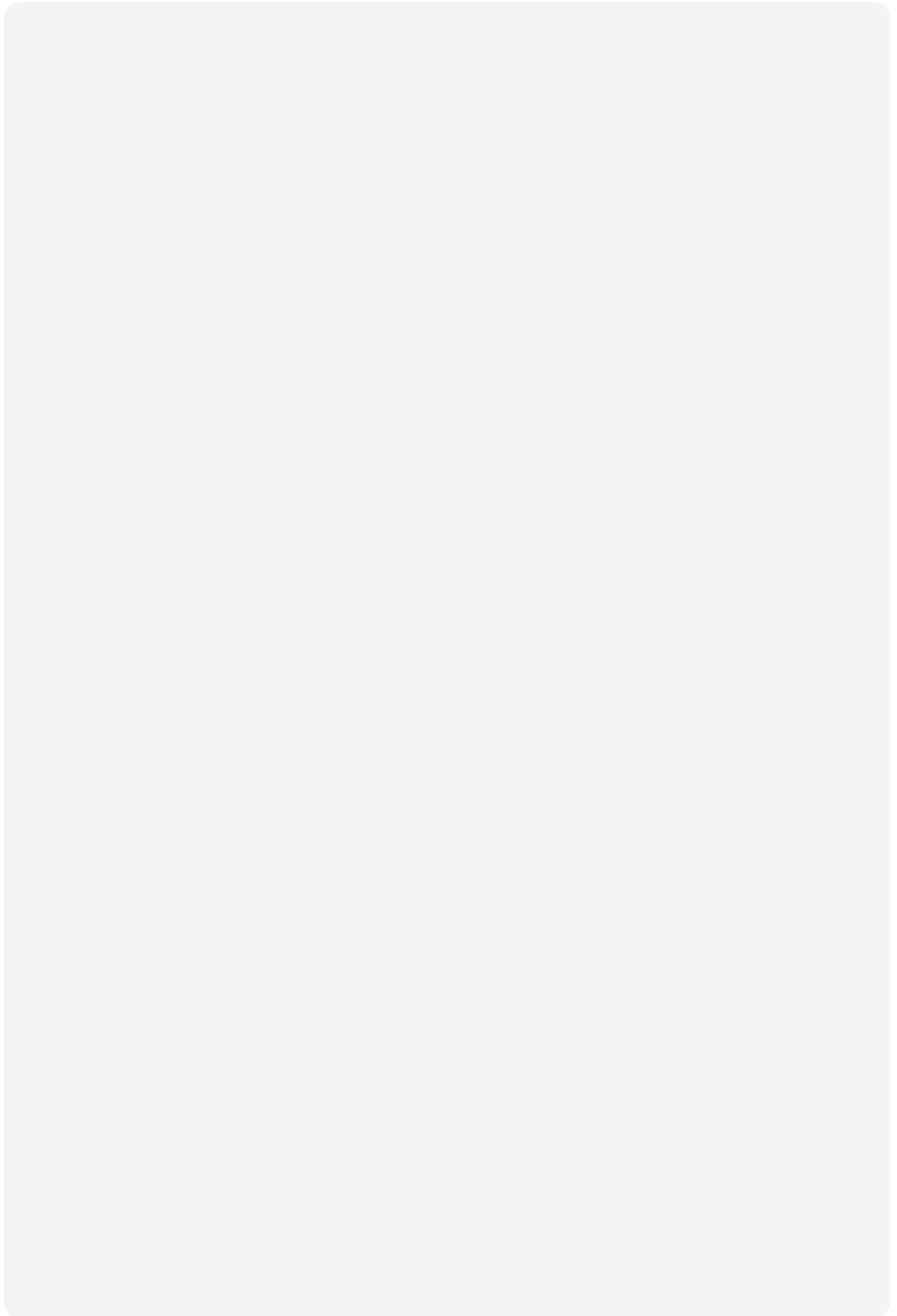
„Dlaczego musimy być zmuszani wyjeżdżać do Warszawy, Wejherowa, Poznania, żeby zaliczyć obowiązkowy bezpłatny kurs?”

**– wymagane procedury, niejednokrotnie nie odpowiadają realiom pracy:**

„Mam zrobić 10 trepanacji czaszki na miesięcznym stażu!!!! Chyba wezmę młotek”. „Nie wykonuję wszystkich procedur, jakie są ujęte w programie specjalizacji – kierownik mówi „sam szukaj sobie takich pacjentów”.



Reklama



# Z punktu widzenia młodych lekarzy

ciąg dalszy ze str. 12 ►►►

## – pogarsza się nadzór nad kształceniem lekarzy:

„Na oddziale nie ma wystarczającej ilości specjalistów, prowadzi to do tego, że nowych rezydentów nie ma kto szkolić, czyli niewiele jeszcze umieją, pracujemy prawie samodzielnie”.

## – staże cząstkowe bywają przerywane bądź skracane:

„W trakcie kursu zdarza się, że jesteśmy wzywani do pracy, nie można wysłuchać kursu do końca”.

## – utrudnienia w realizacji procedur zabiegowych:

„Program specjalizacji jest fikcyjny, wymagane jest wykonanie samodzielnych zabiegów, które, jak mam szczęście, obejrzę będąc na stażu klinicznym. Niewielu lekarzy w trakcie specjalizacji w ogóle zaczyna operować, a część z nich nigdy tego nie dostąpi. Najgorsze, że wszyscy o tym wiedzą i udają, że tak ma być. My, lekarze w trakcie specjalizacji, także bierzemy w tym udział. Wstyd...”

## – organizacja dyżurów lekarskich:

„W pierwszym roku specjalizacji byłem zmuszony do odbywania dyżurów w ramach wolontariatu. W ciągu ponad (...) lat specjalizacji jestem zmuszany do wypracowywania około 10 nadgodzin tygodniowo, do darmowej pracy w poradni (...)”.

## – Państwowy Egzamin Specjalizacyjny

„Z 86 lekarzy, którzy przystąpili do egzaminu specjalizacyjnego z anestezjologii, zdało jedynie 13 (rok 2013) lub sytuacja z roku 2008, gdy egzaminu nie zaliczyło 48% lekarzy internistów. Czy egzaminy te były zorganizowane w sposób właściwy?”

## – przerwa między Państwowym Egzaminem Specjalizacyjnym, a okresem zakończenia specjalizacji:

„Mam być bezrobotny pół roku, bo kończę specjalizację i tyle czasu zostaje mi do najbliższego egzaminu? Nikt mnie nie zatrudni w tej sytuacji (kim jestem? ani specjalistą, ani specjalizującym się)”.

## – sygnały o przekraczaniu limitu godzin pracy i nie respektowaniu nadgodzin:

„Nadgodziny... coś takiego przecież nie istnieje bo „czas spędzony dłużej w pracy to nasz problem z organizacją...” i nie ma o czym rozmawiać...”

## – wynagrodzenia młodych lekarzy:

„Choć sytuacja uległa poprawie – nie są satysfakcjonujące i nie ulegają rocznej rewaloryzacji (np. rezydenci)”. „Lekarze podnoszą wysokość swoich wynagrodzeń przez pracę w wielu miejscach oraz pozbawiając się osłon socjalnych (tzw. „kontrakty”), przekraczając limity tygodniowe godzin pracy”.

## – dyskryminacją ze względu na płeć:

„Jestem kobietą ciężarną, szpital dopiero po interwencji PIP- u zdecydował o przyznaniu dodatku wyrównawczego, a następnie „zmusił” mnie do wzięcia L4 pomimo dobrego samopoczucia”, „Najpierw doktorat POTEM dzieci, Pani doktor!” ●

Opracowanie na podstawie prezentacji  
dr. Rafała Sołtyśka,  
przedstawionej na konferencji

## ► Konferencja Młodych Lekarzy... co z tego wyniknie?

### Kto prawdę mówi, ten niepokój wszczyina...

C. K. Norwid

Podstawą do organizacji konferencji „Specjalizacja – nadzieje i problemy, przepisy a rzeczywistość” były ankiety oceniające realia pracy młodych lekarzy. W ankietach tych zebraliśmy szereg uwag dotyczących poprawy metodyki kształcenia oraz respektowania praw pracownika – lekarza w trakcie specjalizacji. Podsumowując, przedstawiam poniżej poruszone problemy i wynikające z nich postulaty:

#### 1. Poprawa procesu kształcenia lekarzy

a) tematyka i czas trwania kursów obowiązkowych – **chcemy zmiany tematyki niektórych kursów i nowych, potrzebnych nam szkoleń (np. USG, ratownictwa, UKG);**

b) dostępność kursów obowiązkowych jest za mała – **chcemy kursów na Śląsku;**

c) program specjalizacji, w tym wymagane procedury, niejednokrotnie nie odpowiadają realiom pracy (niektóre wy-

magane procedury trudno jest wykonać w obowiązującej ilości w czasie trwania specjalizacji) – **chcemy realnych wymagań praktycznych;**

d) pogarsza się nadzór nad kształceniem lekarzy (rola kierownika specjalizacji) – **chcemy, by Mistrz miał dla nas czas, by nie był przeciążany pracą;**

e) staże cząstkowe bywają przerywane bądź skracane ze względu na braki kadrowe w szpitalach macierzystych – **chcemy respektowania koniecznego czasu na naukę!**

f) zgłaszane są nam utrudnienia w realizacji procedur zabiegowych – **chcemy mieć możliwość nauki praktycznej w pełnym i wymaganym zakresie!**

g) organizacja dyżurów lekarskich staje się rosnącym problemem – **chcemy jasnych zasad dyżurowania lekarza w trakcie specjalizacji;**



Dr Rafał Sołtysek.

h) Państwowy Egzamin Specjalizacyjny – czy organizowany jest w sposób właściwy? **Chcemy uczciwego systemu oceniania naszych umiejętności oraz możliwości odwołania się od, naszym zdaniem, niesprawiedliwych ocen;**

i) odstęp czasowy między Państwowym Egzaminem Specjalizacyjnym a okresem zakończenia specjalizacji stwarza niejednokrotnie znaczne trudności w zatrudnieniu (np. lekarz kończy etat rezydentki a jeszcze nie jest specjalistą) – **chcemy, by problem ten rozwiązano np. przedłużeniem rezydentury.**

#### 2. Respektowanie praw pracownika

a) Z niepokojem odbieramy sygnały o przekraczaniu limitu godzin pracy i **nie-respektowaniu nadgodzin;**

b) **Płace** młodych lekarzy – choć sytuacja uległa poprawie – nie są satysfakcjonujące i nie ulegają rocznej rewaloryzacji (np. ►►►

rezydenci). Lekarze podnoszą wysokość swoich wynagrodzeń przez pracę w wielu miejscach oraz pozbawiając się osłon socjalnych (tzw. „kontrakty”), przekraczając limity tygodniowe godzin pracy.

### Chcemy uczciwych warunków pracy i godnej płacy zarówno podczas specjalizacji jak i po jej zakończeniu.

c) czy spotykamy się z **dyskryminacją kobiet?** Analizy wymagają sytuacje, gdy dla kobiet „nie widzi się miejsca w zespole lekarskim” (dane m.in ze specjalizacji zabiegowych) a zając się ciążą jest traktowane przez pracodawcę jako zło konieczne. **Chcemy wykorzenienia takich, patologicznych, postaw.**

\*\*\*

Oceniając Konferencję wystawiam (**duże!**) **PLUSY** i małe minusy:

**PLUS nr 1** – olbrzymim sukcesem jest to, że bodaj po raz pierwszy zebraliśmy się tak licznie, by radzić o tak trudnych i drażliwych sprawach (**czyli umiemy jednak być RAZEM**).

**PLUS nr 2** – pokazaliśmy, że nie boimy się prawdy, chcemy zmian i wszyscy już chyba

mamy dość „zamiatania pod dywan” (czyli dojrzelśmy do odrzucenia tego co złe).

Minusy:

– nie do końca umiemy jeszcze prowadzić ze sobą merytoryczny dialog (strach z jednej, a paternalizm z drugiej strony). Do tego atmosfera konferencji okazała się zbyt „sztywną” i nie sprzyjała rozmowie.

– ponarzekaliśmy – nie proponując rozwiązań, a nie o to przecież chodzi („koń jaki jest każdy widzi”).

Potrzeba też zmian postaw niektórych Młodych typu „co i kiedy nam poprawicie?” zamiast „co możemy razem poprawić i jak to zrobić?” (trzeba wziąć odpowiedzialność w swoje ręce, bo nikt za nas tej pracy nie wykona). Postawa niektórych Starszych typu „nie da się” czy „za moich czasów było gorzej” też utrudniać może efektywną pracę („Ducha nie gościć!”).

Na zakończenie, dwie refleksje. Pierwsza: jesteśmy raczej zgodni, że program specjalizacji i warunki pracy lekarzy w trakcie specjalizacji wymagają poprawy i zmian. Druga, że zamiast zmian, możemy zabrnąć w ślepią uliczkę konfliktu pokoleń, która doprowadzi nas do ugrzęźnięcia całej ini-

cyjatywy w martwym punkcie.

Przypominam trzy złote myśli, by uniknąć powyższego błędu:

„Każde pokolenie wyobraża sobie, że jest inteligentniejsze od poprzedniego i mądrzejsze od tego, które po nim nastąpi.” (George Orwell)

„Młodsze pokolenie jest filarem, starsze – przeszłem.” (John Steinbeck)

oraz:

„Do tego, by mądrze się działo, potrzebne są młode ręce i stare głowy.”

Pamiętając o tym, trzeba teraz dobrze spożytkować owoce naszego spotkania np. powołując w ramach każdej specjalizacji grupy składające się z Młodych i ich Mistrzów, w tym konsultantów wojewódzkich, by opracować szczegółowe propozycje zmian (czekam na zgłoszenia potencjalnie zainteresowanych, a także na inne propozycje!).

Bardzo dziękuję wszystkim, którzy na konferencje przyjechali oraz tym, którzy pomogli ją zorganizować! Zobaczycie, że warto było! ●

W imieniu Komisji ds. Młodych Lekarzy  
**Rafał Sołtysek**

## ► Słów kilka o konferencji poświęconej lekarzom odbywającym specjalizacje lekarskie

Zespół Radców Prawnych ŚIL w trakcie Konferencji „Specjalizacja – nadzieje i problemy, przepisy a rzeczywistość” przedstawił temat „Prawnych aspektów kształcenia podyplomowego, ze szczególnym uwzględnieniem specjalizacji – prawa, obowiązki, przywileje”.

Punktem wyjścia dla prezentacji było pokazanie podstaw prawnych regulujących sytuację lekarza w trakcie specjalizacji. Ta bowiem może rodzić wiele niejasności i uzależniona jest od tego, kiedy dany lekarz został zakwalifikowany do odbywania szkolenia specjalizacyjnego (czy nastąpiło to przed czy po 1 lipca 2011 r.). I tak, w zależności od wskazanego wyżej kryterium, stosować możemy następujące akty prawne:

– Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 20 października 2005 r. w sprawie specjalizacji lekarzy i lekarzy dentyków (w stosunku do lekarzy zakwalifikowanych do odbywania specjalizacji przed 1 lipca 2011 r.),

– ustawę z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentystry (w stosunku do lekarzy zakwalifikowanych do odbywania specjalizacji po 1 lipca 2011 r.),

– Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 2 stycznia 2013 r. w sprawie specjalizacji lekarzy i lekarzy dentyków (stosowane

po raz pierwszy do postępowania kwalifikacyjnego w marcu 2013 r.).

Omówione zostały tryby realizacji specjalizacji – najpopularniejszy – rezydentura oraz pozostałe – nierezydenturki (umowa o pracę, płatny urlop szkoleniowy, umowa cywilnoprawna oraz poszerzenie zajęć programowych stacjonarnych studiów doktoranckich).

Poruszone zostało również zagadnienie podziału specjalizacji w związku z wejściem w życie od 9 stycznia 2013 r. nowego Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 2 stycznia 2013 r. w sprawie specjalizacji lekarzy i lekarzy dentyków, w którym doprecyzowano nowy – modułowy system szkolenia specjalizacyjnego. W stosunku do poprzednio obowiązującego rozporządzenia z 2005 r., które przewidywało szkolenie w podstawowych i szczegółowych dziedzinach medycyny, nowe rozporządzenie dzieli szkolenie na moduły: podstawowy (w zakresie chirurgii ogólnej, chorób wewnętrznych, otorynolaryngologii, patomorfologii i pediatrii), specjalistyczny i jednolity (zalicza się tutaj 28 specjalizacji lekarskich i wszystkie lekarsko-dentystyczne). W starym rozporządzeniu przewidziano 68 specjalizacji lekarskich (w tym 40 w dziedzinach podstawowych

i 28 w szczegółowych dziedzinach medycyny) oraz 9 specjalizacji lekarsko-dentystycznych. Nowe rozporządzenie zawiera wykaz 77 specjalizacji lekarskich (dodano 10 nowych specjalizacji, tj.: choroby płuc dzieci, endokrynologię ginekologiczną i rozrodczość, endokrynologię i diabetologię dziecięcą, gastroenterologię dziecięcą, intensywną terapię, medycynę lotniczą, medycynę morską i tropikalną, nefrologię dziecięcą, pediatrię metaboliczną i perinatologię, a wykreślono medycynę transportu) i tak jak dotychczas – 9 specjalizacji lekarsko-dentystycznych. Szkolenie modułowe, które jak wynika z informacji zamieszczonych na stronie internetowej Ministerstwa Zdrowia, będzie zastosowane najwcześniej od postępowania kwalifikacyjnego w październiku 2013 r. Opóźnienie związane jest z koniecznością opracowania nowych programów specjalizacji.

Analizując prawa, obowiązki i przywileje lekarza w trakcie specjalizacji, pokazano je poprzez porównanie sytuacji lekarza specjalizującego w zależności od trybu, w jakim realizuje specjalizację. W zakresie praw lekarza odbywającego rezydenturę wyróżniono następujące zagadnienia: szczególną regulację umowy o pracę, sposób finansowania – wynagrodzenie oraz przypadki i sytuacje, w których istnieje



## Słów kilka o konferencji...

ciąg dalszy ze str. 15 ►►

możliwość przedłużenia okresu trwania specjalizacji. Do obowiązków lekarza rezydenta został zaliczony obowiązek realizacji programu specjalizacji, w tym odbycia kursów i staży kierunkowych, pełnienia dyżurów medycznych w liczbie określonej programem specjalizacji oraz złożenia kolokwium. Jako przywilej lekarza rezydenta uznano szczególnie tryb rozwiązania umowy o pracę oraz gwarancję wynagrodzenia za pracę. Lekarze odbywający specjalizację w pozostałych trybach, w porównaniu do lekarzy rezydentów, mają takie same obowiązki (te bowiem pokrywają się i są jednolite w stosunku do wszystkich lekarzy odbywających specjalizację), prawa natomiast – kształtują się odmiennie od tych, które zagwarantowane są rezydentom i różnią się w zależności od danego trybu (dla przykładu inne prawa ma lekarz na podstawie umowy o pracę a inne lekarz w ramach umowy cywilnoprawnej). Odnośnie przywilejów – nie można wyróżnić tak znaczących, jak w przypadku realizacji specjalizacji w trybie rezydentury. Przedstawione zagadnienia zostały, w wielu przypadkach, skonfrontowane w wynikami ankiet przeprowadzonych wśród lekarzy odbywających szkolenie specjalizacyjne.

Jako ostatnie zagadnienie omówiono najczęstsze pytania i tematy, z którymi lekarze w trakcie specjalizacji zgłaszają się osobiście lub telefonicznie do Zespołu Radców Prawnych. Za jeden z kluczowych tematów uznano zawieranie w umowach rezydenckich postanowień dot. obowiązku odpracowania w danym podmiocie leczniczym po odbyciu specjalizacji określonego okresu czasu. Przedstawiono również problematykę możliwości rozwiązania umowy o pracę z rezydentem wyłącznie w przypadkach określonych w ustawie/rozporządzeniu. Poruszono również temat realizacji programu specjalizacji, który wiąże się z koniecznością odbywania poszczególnych staży i kursów poza miejscem pracy oraz odbywania dyżurów medycznych.

Jednocześnie, z uwagi na fakt, iż każdy przypadek lekarza zgłaszającego się po poradę prawną należy rozpatrywać indywidualnie, w razie sytuacji wywołujących wątpliwości bądź niejasności, prosimy o kontakt telefoniczny lub osobisty w biurze ŚIL. ●

**Katarzyna Różycka**  
aplikant radcowski

# Wiem, że sobie poradzę

Życie młodego lekarza w trakcie specjalizacji nie jest usłane różami. Już samo rozpoczęcie specjalizacji w wymarzonej dziedzinie medycyny graniczy z cudem.



http://tvtropes.org

Mimo wciąż rosnącej średniej wieku specjalistów w Polsce, nikomu nie zależy na zwiększaniu liczby miejsc. Ostatecznie lekarz bez specjalizacji mniej chętnie wyjedzie na Zachód, nie będzie dopominał się większej pensji... Powodów jest pewnie więcej, a zamysły Ministerstwa Zdrowia jak dotąd pozostają nieodgadnione. Reasumując: masz szczęście, jeśli w ogóle otworzy się miejsce i pojawi się cień szansy.

### ► Jak w szpiegowskim filmie...

Mając dobry wynik z LEP-u/LEK-u być może uda się zdobyć jedno z nielicznych miejsc rezydenckich, mając gorszy – pozostaje tryb pozarezydencki (zupełnie abstrakcyjny wolontariat lub nieosiągalna umowa o pracę). Ilość miejsc w poszczególnych trybach jest, niczym w szpiegowskim filmie, ujawniana w przededniu składania dokumentów. Jeszcze do niedawna trzeba było od razu zdecydować się na którąś z opcji, obecnie system poszedł młodym lekarzom na rękę – mogą startować w dwóch trybach równocześnie. Tak jakby umowa o pracę była w ogóle czymś dostępnym – w większości przypadków umów o pracę dana specjalizacja jest raczej cechą dziedziczną, niż kwestią wyboru – dla osób o tak wspaniałym zestawie genów z reguły już w momencie kończenia studiów, a kto wie czy nie wcześniej, znane jest dalsze miejsce pracy, a także zapewnione słodkie poczucie bezpieczeństwa.

Pozostałym szarym obywatelom, takim jak ja, pozostaje tryb rezydencki, a wraz z nim walka o miejsce.

Kwestią zupełnie odrębną jest zasadność uznania wyniku LEP-u jako dobrego kwalifikatora – ostatecznie wielu znanych mi świetnych operatorów, ujmując to delikatnie, miała problemy z rozwiązywaniem testów. Ale skoro nie wszystko da się zmienić, trzeba się dostosować.

### ► Kształcenie w anonimowym tłumie

Jeśli już uda się dostać na rezydenturę, pozostaje poszukiwanie miejsca, w którym będzie można ją realizować. Wbrew logice, wybór jest tu wysoce zawężony. Promowane są ośrodki kliniczne, szpitale uniwersyteckie, ponieważ – zdaniem specjalistów z CMKP – tylko tam proces kształcenia może przebiegać w sposób właściwy. Małe szpitale, oddziały miejskie z reguły nie posiadają miejsc specjalizacyjnych. Jakiśkolwiek próby zmiany tego stanu rzeczy są skazane na porażkę. Mnie udało się rozpocząć specjalizację w trybie rezydenckim w oddziale miejskim. Oddział mój posiada tylko jedno miejsce specjalizacyjne. Liczba zabiegów, profil oddziału, a także zapotrzebowanie na młodą kadrę oraz chęć pomocy ze strony starszych kolegów – wszystko to umożliwiłoby kształcenie większej liczby osób, jednak wielokrotne apele o zwiększenie ilości miejsc spełzły na niczym. Zdaniem Komisji do spraw ►►

kształcenia przy CMKP powodem odmowy jest „zbyt mała liczba zabiegów, zbyt mała liczba porodów”. Według mnie 2000 porodów rocznie i 500 zabiegów dzielone przez 2-3 młodych lekarzy, to w dalszym ciągu więcej, niż 3000 porodów kliniki dzielone przez 20... Ale widać kształcenie w anonimowym tłumie cechuje lepszą jakość. Małe jednostki zmuszone są swoich młodszych asystentów delegować do miejsc posiadających do tego uprawnienia. Tworzy to patologiczną sytuację, w której część oddziałów może i zdecydowała się zatrudnić młodego lekarza na etacie, jednak świadomość, iż przez ponad 70% czasu będzie on stacjonował poza jednostką macierzystą, pobierając wynagrodzenie, skutecznie je do tego zniechęca.

### ► Rezydentura – jedyna szansa

Jedyna szansa to rezydentura – szpital nie płaci, więc może i nie odmówi. Wszystko to okazuje się jednak być fikcją. Coraz częstsze są przypadki odmowy realizowania rezydentury – szpitale nie chcą ponosić kosztów socjalnych. Zwłaszcza jeśli lekarz ma podwójnego pecha i na dodatek jest kobietą. Ryzyko macierzyństwa jest w tym przypadku nie do udźwignięcia przez administratorów. Ostatnie zmiany w urlopach macierzyńskich jeszcze dodatkowo skomplikowały sprawę. Kto o zdrowych zmysłach, nawet za darmo (koszty rezydentury w większości ponoszą Urzędy Marszałkowskie), przyjmie do pracy kobietę, która będąc w wieku rozrodczym pewnie zdecyduje się na ciążę i wypadnie z obrotu na dwa lata? Szczególnie, jeśli w odwodzie jest męski kandydat, nawet jeśli gorzej rokujący. Znamy mi są przypadki, gdy koleżankom odmawiano miejsca, ponieważ „w oddziale jest już wystarczająco dużo bab”. Pikanterii sprawie dodaje jeszcze kwestia pracy podczas ciąży.

Coraz częściej spotykam sytuacje, w której ciężarne lekarki zmuszane są do realizowania zwolnień lekarskich. Jednej z moich koleżanek, również na rezydenturze, oznajmiono, iż jej wybór jest prosty: albo „idzie na L4, albo zostanie przesunięta do pracy w sekretariacie”. Wybór rzeczywiście był prosty: 9 miesięcy pracowałyby jako sekretarka, a następnie przez 9 miesięcy po ukończeniu płatnej rezydentury program specjalizacji realizowałyby za darmo. Jest to szczególnie bolesne, ponieważ jako środowisko medyczne powinniśmy wspierać się w takich sytuacjach, a nie rzucać sobie kłody pod nogi.

### ► Koniec rezydentury i co dalej?

Zupełnie innym ekstremum jest kwestia nadużywania taniej siły roboczej. Wiele jest szpitali, które uczyniły z rezydentów podstawę funkcjonowania swoich oddziałów. Na kilkunastu pracujących w danej jednostce lekarzy, 60% i więcej to rezydenci bez żadnych perspektyw. Za pięć lat przyjdzie

kolejne pokolenie rezydentów, a obecnym z przykrością się podziękuje. Coraz częściej koniec rezydentury to strach o jutro. Od momentu zakończenia rezydentury do przystąpienia do egzaminu (a piszę z premedytacją przystąpienia, bo opcja zdanie egzaminu jest wielce wątpliwa) większość lekarzy zostaje na lodzie. Jeśli mają dodatkowe źródła dochodu – mają z czego żyć, jeśli nie, płacą niższą składkę członkowską dla izb lekarskich. Nikogo nie interesuje ich przyszłość. Mimo braku specjalistów w Polsce, nie ma też dla nich ofert pracy. Jediną opcją pozostają umowy kontraktowe, które być może są dobrze płatne, ale wiążą się dla młodych lekarzy z ogromnym ryzykiem. Małe doświadczenie to większe

Znamy mi są przypadki, gdy koleżankom odmawiano miejsca, ponieważ „w oddziale jest już wystarczająco dużo bab”.

ryzyko błędu – większe ryzyko rozszczeń. Często koledzy zdają sobie z tego sprawę, gdy okazuje się, że ich ubezpieczenie nie pokrywa takiej kwoty. Zasadnym wydaje się zachęcanie szpitali do kontynuowania współpracy z lekarzem, który w danej jednostce uzyskał swoje uprawnienia, przecież jest to specjalista, który w najwyższym stopniu zapoznał się ze specyfiką pracy oddziału. Na dziś nie ma jednak metody rozwiązania tego impasu. Kolejny fakt, który trzeba zaakceptować: kończysz rezydenturę – zostajesz z niczym.

### ► Kontakt z OROZ zapewniony

Następnym problemem jest kwestia dyżurów. Program specjalizacji zakłada, iż każdy specjalizujący się lekarz ma obowiązek odbywania trzech dyżurów miesięcznie. Niestety, pojęcie dyżuru nie jest definiowane. Są ośrodki, w których dyżur to praca od 15.00 do 21.00 – mniejsze koszty, a obsada zapewniona – i tak za niewielki dodatek młody rezydent spędza w szpitalu 48 godzin, od poniedziałku do piątku. Inną interpretacją jest praca w systemie równoważnym – niby dyżur, ale nie do końca lub proste ujęcie sprawy: chcesz dyżurować – poszukaj sobie innego miejsca. Niestety, brak dyżurów jest przez większość odczuwany dość boleśnie, jeśli chodzi o kondycję finansową. Część moich kolegów stara się pomagać sobie pracami dorywczymi: w krwiodawstwie, w poradniach, NOL-ach – czy jeśli mają mniej wyobraźni – w karetce. Pieniądzy jakby więcej, ale czasu brak i szybki kontakt z rzecznikiem odpowiedzialności zawodowej zapewniony.

### ► Staże specjalizacyjne – kwestia irracjonalna

Jeśli już uda się dopiąć w ten lub inny spo-

sób budżet i poświęci się specjalizacji 5 czy 6 lat życia, rzuca się w oczy zupełnie irracjonalna kwestia staży specjalizacyjnych. Chcąc nie chcąc, zmuszani jesteśmy do dłuższych lub krótszych wizyt w ośrodkach akredytowanych dla podniesienia swoich kwalifikacji. Pech chce, że tych ośrodków w naszym województwie jest niewiele. Dla przykładu: dwutygodniowy staż w dziedzinie diagnostyki laboratoryjnej można realizować w Radomiu, Kaliszu i Białymstoku. Zupełnie pominięto lokalne ośrodki, które wielokrotnie oferują kształcenie na najwyższym światowym poziomie. W gestii konsultantów wojewódzkich i urzędu marszałkowskiego leży zmiana zaistniałego stanu rzeczy – zachęcanie

kierowników zakładów i ordynatorów do podejmowania trudu uzyskania akredytacji, wiąże się to przecież z podnoszeniem prestiżu oraz umożliwia nawiązywanie tak niezbędnych w dzisiejszych czasach przyjacielskich stosunków.

### ► Kolaż dobrych i złych chwil

Jednak czas specjalizacji mija szybko. Większość z nas budzi się z przerażeniem pod koniec tego czasu – na horyzoncie egzamin, a za nami kolaż wszystkich tych chwil: złych i dobrych. O sobie mogę powiedzieć, że miałam szczęście – trafiłam dobrze. Jestem dozwolnie wdzięczna swoim kolegom za pomoc i wsparcie w trudnych chwilach, za to, że zechcieli dzielić się ze mną swoją wiedzą i doświadczeniem. Nauczylili mnie z pewną dozą czarnego humoru podchodzić do kolejnych złotych rozwiązań, poruszać się w gąszczu formularzy, zestawień i analiz, które, jak się wydaje, stały się ostatnio główną gałęzią medycyny. Być może jestem już z pokolenia świadczeniodawców, ale od swoich mentorów nauczyłam się lojalności i pokory. Z niejakim spokojem więc spoglądam w przyszłość. Znam biegle dwa języki obce, uczę się dwóch kolejnych, zdobywam wszystkie możliwe uprawnienia i certyfikaty, a aktualnie funkcjonujący system ochrony zdrowia stanowi najlepszy na świecie kurs przetrwania. Świat stoi przede mną otworem. Patrzę w przyszłość i wiem, że sobie poradzę, ale nadziei na to, że coś się zmieni – już nie mam. ●

### Lekarka w trakcie specjalizacji z położnictwa i ginekologii

imię i nazwisko autorki do wiadomości Redakcji



# Stulecie polskiej ortopedii



**Bez Nich nie byłoby teraźniejszości, bez nas nie będzie przyszłości...**

Czy jeden wiek dla rozwoju specjalności medycznej, to czas wystarczający, aby osiągnąć wysoki poziom naukowo-dydaktyczny i leczniczy oraz rywalizować z najlepszymi Ośrodkami Urazowo-Ortopedycznymi na świecie? Czy są powody do zadowolenia i dumy z przynależności do Społeczności Ortopedów i Traumatologów oraz reprezentowania jednej z najtrudniejszych dyscyplin chirurgicznych? Czy rozliczając historię i tempo rozwoju mamy prawo powiedzieć, że kolejne pokolenia lekarzy wykorzystają całkowicie szansę i zrobiły wszystko, aby umiejscowić polską ortopedię i traumatologię w czołówce światowej? A może dopiero osiągnięcia ostatnich lat i wysoki poziom tej specjalności w obecnych czasach upoważnia nas do współzawodniczenia o wysokie miejsce wśród największych mistrzów?

Zafascynowani aktualnym postępowaniem i olbrzymim przyspieszeniem w ostatnim czasie, zwłaszcza w zakresie profilaktyki występowania schorzeń wrodzonych i nabytych oraz ich wczesnej diagnostyki, rozwoju technik operacyjnych, przede wszystkim małoinwazyjnych, a także nowatorskich rozwiązań materiałowo-konstrukcyjnych implantów w tej dziedzinie, często zapominamy, że jej zdobycze stanowią naturalną konsekwencję i wynik wielu dokonań okresu minionego. Osiągnięcia współczesnej traumatologii również trudno przecenić, zwłaszcza w aspekcie biologii, biotolerancji i biofunkcjonalności stosowanych zespołów operacyjnych oraz możliwości leczenia pacjentów coraz starszych.

Trudno dzisiaj odpowiedzieć sobie na pytanie, czy w 1741 r. **Nicolas Andry**, prof. med. Uniwersytetu w Paryżu, publikując podręcznik „*Ortopedia, czyli sztuka zapobiegania i poprawiania zniekształceń ciała u dzieci*” i wprowadzając to określenie po raz pierwszy, wiedział, że zapoczątkuje powstanie nowej, ogólnoswiatowej specjalności medycznej? Ale ten świat ortopedia, a później i traumatologia, zdobywały w poszczególnych krajach w zróżnicowanych wręcz etapach dziejowych. Współczesna polska ortopedia, zanim

stała się samodzielną i odrębną dyscypliną medyczną, która wniosła do dorobku światowego istotny wkład, przez kilkadziesiąt lat kształtowała się oraz poszukiwała właściwego kierunku rozwoju oraz odrębności w kilku ośrodkach w Polsce. Ośrodki te znane z osiągnięć w zakresie chirurgii ogólnej, wkrótce stały się miejscem powstawania polskich szkół ortopedycznych. Chirurgia była ich źródłem inspiracji, podobnie zresztą, jak w innych krajach europejskich, skąd napływały wzorce. Jednym z najprężniejszych regionów, powstałych na przełomie XIX i XX wieku, stał się Lwów i działający tam Wydział Lekarski Uniwersytetu im. Jana Kazimierza. Od początku miejsce to miało szczęście do jednostek wybitnych, po-

funkcję kierownika Katedry i Kliniki Ortopedycznej Akademii Medycznej. W 1996 r. Śląska Akademia Medyczna włączyła profesora do grona doktorów honoris causa. Szczególne zasługi dla rozwoju tej specjalności w naszym regionie oddali: prof. **Gabriel Wejsflog** (ryc. 2), **Janusz Daab** (ryc. 3), **Stanisław Konzal** (ryc. 4), **Izabela Szwarznowiecka** (ryc. 5) oraz **Andrzej Tokarowski** (ryc. 6). Wcześniej, w 1946 r., władze województwa podjęły decyzję o stworzeniu Szpitala w Piekarach Śląskich, który miał zapewnić leczenie następstw wypadków w przemyśle górniczym i hutniczym, a także urazów w budownictwie i transporcie. 3 marca 1948 r. nastąpiło oficjalne otwarcie Instytutu Chirurgii Urazowej im. Tadeusza Kościuszki.

„Feci quod potui, faciant meliora potentes” –  
zrobiłem, co mogłem, kto potrafi,  
niech zrobi lepiej...

cząwszy od **Ludwika Rydygiera**, przez **Hilarego Schramma**, na **Adamie Grucy** kończąc. Z odpowiednim szacunkiem należy docenić zrozumienie konieczności oddzielenia się chirurgii narządu ruchu od innych dyscyplin chirurgicznych. Utworzenie pierwszego Szpitala Ortopedycznego w Poznaniu w 1913 r., który po 10 latach stał się pierwszą Kliniką Ortopedyczną w Polsce, zapoczątkowało niezmiernie dynamiczny rozwój tej dziedziny i utrwaliło przekonanie, że właśnie ta specjalność jest ważną i integralną częścią nauk medycznych o znaczeniu podstawowym. Za twórców polskiej ortopedii uważa się profesorów: **Ireneusza Wierzejewskiego**, wspomnianego Adama Grucę i **Wiktora Dege**.

Na wielką ortopedię śląską musieliśmy czekać aż do roku 1952, kiedy to prof. **Marian Garlicki** (ryc. 1) został kierownikiem Katedry i Kliniki Chirurgii Ortopedycznej w Bytomiu Śląskiej Akademii Medycznej oraz konsultantem wojewódzkim. W latach 1954-1957 pełnił funkcję rektora. W 1966 r. wrócił do Warszawy, aby objąć

Powstanie Polskiego Towarzystwa Ortopedycznego i pierwszy Zjazd Naukowy PTO w Poznaniu przypada na rok 1928. Powołanie Towarzystwa miało na celu skupienie wszystkich ortopedów, jak również wywieranie wpływu motywującego na ich działalność naukową. Oprócz ortopedów i chirurgów, zrzeszało w swoich kręgach również fizjologów oraz patologów narządu ruchu. W okresie międzywojennym specjalizacja z ortopedii cieszyła się dużym zainteresowaniem ze strony młodych lekarzy. Głównymi centrami ortopedycznymi były: Poznań, Lwów, Warszawa i Kraków. W Polsce problemy związane z rozwojem dysplazją i zwichnięciem stawu biodrowego stanowiły temat programowy II Zjazdu Polskiego Towarzystwa Ortopedycznego jako 14 Sekcji XIII Zjazdu Lekarzy i Przyrodników Polskich, który odbył się 27.09.1929 r. w Wilnie. Po wysłuchaniu referatów wygłoszonych przez Dege, Grucę, Grobelskiego i Zarembe, we wnioskach końcowych podkreślono szczególne znaczenie wczesnego rozpoznawania i leczenia tej wady oraz konieczność objęcia badaniami profilaktycznym wszystkich noworodków



## Profesorowie



Ryc. 1. Marian Garlicki  
1908-2002



Ryc. 2. Gabriel Wejsflog  
1908-1992



Ryc. 3. Janusz Daab  
1918-1988



Ryc. 4. Stanisław Konzal  
1927-1994



Ryc. 5. Izabela Szwarnowiecka  
1928-1983



Ryc. 6. Andrzej Tokarowski  
1934-1998

▶▶▶ na drodze organizacyjnej. W Gdyni w lipcu 1946 r. miał miejsce VII Zjazd Naukowy – pierwszy powojenny. W słowie wstępnym Prezes Towarzystwa – prof. Gruca powiedział m.in.: „**Towarzystwo nasze zaczyna bodaj gorzej niż od początku, bo zaczyna od gruzów**”. Referaty programowe dotyczyły leczenia uszkodzeń wojennych oraz leczenia gruźlicy stawu biodrowego. Obok wspomnianego prof. Grucy, w Towarzystwie zaszczytne funkcje pełnili m.in.

w innym wymiarze. Niezmienna pozostaje najważniejsza wartość: dobro chorego! Jeśli towarzyszą jej poczucie honoru i przyzwoitości, przestrzeganie wartości moralno-etycznych, skromność i uczciwość, rzetelność i pracowitość, starania o rozwój naukowy i chirurgiczny, dążenie do podwyższania własnych umiejętności zawodowych i zdobywania wiedzy, a następnie jej przekazywanie młodszemu kolegom, propagowanie i popularyzowanie

ośrodkami urazowo-ortopedycznymi na świecie.

2. Przynależność do Społeczności Ortopedów i Traumatologów oraz reprezentowanie jednej z najtrudniejszych dyscyplin chirurgicznych jest z pewnością powodem do zadowolenia i dumy, albowiem zapewnia nam członkostwo w elitarnej grupie społecznej i nadaje zawodową tożsamość.

3. Rozrachunek z historią i tempem rozwoju wypadka bardzo korzystnie, a kolejnym pokoleniom lekarzy należy się szacunek i uznanie za umiejscowienie polskiej ortopedii i traumatologii w czołówce światowej. Można w tym miejscu sparafrazować słowa wypowiediane przez konsulów rzymskich przy przekazywaniu urzędu następcy: „feci quod potui, faciant meliora potentes” – zrobiłem, co mogłem, kto potrafi, niech zrobi lepiej.

4. Osiągnięcia ostatnich lat i wysoki poziom tej specjalności w obecnych czasach potwierdza znaczenie dziedzictwa poprzednich pokoleń i dynamiczny rozwój współczesnej ortopedii i traumatologii oraz upoważnia nas do współzawodniczenia o wysokie miejsce pośród największych mistrzów. ●

**Prof. dr hab. n. med Damian Kusz**  
Prezes Zarządu Głównego Polskiego  
Towarzystwa Ortopedycznego  
i Traumatologicznego  
Katedra i Klinika Ortopedii  
i Traumatologii Narządu Ruchu,  
Górnośląskie Centrum Medyczne,  
SP Szpital Kliniczny nr 7 SUM

Podręcznik z 1741 r. prof. Nicolasa Andry, „Ortopedia, czyli sztuka zapobiegania i poprawiania zniekształceń ciała u dzieci” zapoczątkował powstanie nowej, ogólnoswiatowej specjalności medycznej.

profesorowie: **Dega, Raszeja, Wierzejewski, Wolszczan i Zaremba.**

Każde pokolenie miało swoich mistrzów i własne autorytety. Wielu naszym czcigodnym poprzednikom przyszło żyć w tak ekstremalnych czasach, że trudno to sobie nawet wyobrazić. Każdy rejon i zakątek Polski miał swoje dramaty oraz nieszczęścia, zarówno w okresach wojen, jak i w latach powojennych. Ale to bez ich odwagi, ofiarności i dzielności nie byłoby współczesnej ortopedii i traumatologii. Mamy to szczęście, że teraźniejszość jest inna, chociaż również niełatwa, lecz

osiągnięć naszej specjalności w kraju i na świecie, to możemy być spokojni. Wyznaczymy przyszłość!

**Zakładając, że zawarte na wstępie tego opracowania pytania, stanowią „cele pracy”, to na podstawie przeprowadzonej analizy, możemy przyjąć następujące wnioski:**

1. Osiągnięcia polskich ortopedów i traumatologów w mijającym stuleciu upoważniają do stwierdzenia, że nasza specjalizacja osiągnęła wysoki poziom naukowo-dydaktyczny i leczniczy oraz może zdecydowanie rywalizować z najlepszymi

# Lekarze biegli sądowi, a ubezpieczenia społeczne

12 kwietnia 2013 w siedzibie Śląskiej Izby Lekarskiej odbyła się Konferencja naukowo-szkoleniowa dla lekarzy biegłych sądowych opiniujących w sprawach ubezpieczeń społecznych.

W słowie wstępnym prezes ORL **Jacek Kozakiewicz** przypomniał, że lekarzem się jest, a biegłym się bywa, a biegli nie zawsze są traktowani z należytą atencją, zaś obowiązujące ustawodawstwo deprecjonuje wynagrodzenia zbiegłych za opiniowanie, ale rysuje się „światło w tunelu” – konsultowane są nowe ustalenia dotyczące wynagrodzeń i powodujące, że zapewne już w niedalekiej przyszłości dojdzie do poprawy w tym zakresie.

Dr n. med. **Ryszard Szozda** wskazał na miejsce opiniowania biegłych w łańcuchu postępowania, od zachorowania i wydania zaświadczenia lekarskiego przez lekarza leczącego, poprzez postępowanie przed ZUS i sądy powszechne. Przypomniał przy tym, że pomimo wszystkich racji, ZUS jest stroną w postępowaniu o ustalenie prawa do renty lub odszkodowania, zaś biegły sądowy jest pomocnikiem sądu w jego działaniu (w przypadku ubezpieczeń społecznych odwoławczym od decyzji organu rentowego), a co za tym idzie, nie staje (i stawać nie powinien) po żadnej ze stron (ani ZUS ani osoby skarżące). Przypomniał także, że opinia biegłego jest jednym z dowodów – aczkolwiek bardzo istotnym – w każdej sprawie, przy czym ostateczna decyzja w formie wyroku należy do sądu powszechnego.

Pani sędzia **Mariola Szmajduch** – przewodnicząca VIII Wydziału Pracy i Ubezpieczeń Społecznych Sądu Okręgowego w Gliwicach, przedstawiła ogólną wiedzę „procesową” niezbędną dla biegłych wydających opinie dla potrzeb sądów i wskazała na część możliwych „zgrzytów” mogących pojawić się na linii sąd – biegły. Przedstawiciele ZUS omówili istotne z punktu widzenia Organu rentowego i biegłych problemy.

Dr **Piotr Winciunas** – zastępca dyrektora Departamentu Orzecznictwa Lekarskiego Centrali ZUS, omówił problem odpowiedzialności zawodowej lekarza biegłego sądowego. Przypomniał

Reklama

o rodzajach odpowiedzialności lekarzy w odniesieniu do prawa – od Konstytucji poczynając a na Kodeksie Etyki Lekarskiej kończąc. Wskazał na miejsce biegłych w łańcuchu orzecznictwa i kar, omówił projekt zmian legislacyjnych dotyczących wprowadzenia swoistego immunitetu dla orzekających biegłych i lekarzy orzeczników oraz problemy związane z umyślnym i nieumyślnym poświadczaniem nieprawdy.

Dr n. med. **Janina Zdrzałek** – główna Lekarka Orzecznik Oddziału ZUS w Chorzowie, przedstawiła prezentację na temat analizy najczęstszych zmian w orzekaniu o niezdolności do pracy dokonywanych przez sądy powszechne na podstawie opinii biegłych sądowych. Ujawniła, że sądy często dają wiarę opiniom biegłych, którzy zmieniają ustalenia komisji lekarskich, wskazując na generalnie rozumiane uzasadnienia tego typu problemów – z czym w wielu przypadkach nie można się jej zdaniem zgodzić. Podniosła także konieczność ujednolicenia interpretacji pojęć funkcjonujących w orzecznictwie i stosowanie systemów orzekania identycznych dla orzeczników i biegłych, pozwoliłoby na istotną redukcję niekorzystnych dla ZUS wyroków sądowych. Przedstawiła także statystyki dotyczące tego problemu.

Dr n. med. **Zbigniew Okoń**, zastępca przewodniczącego Komisji Lekarskich ZUS, dokonał analizy przykładów rozbieżnych wniosków biegłych w odniesieniu do orzeczeń komisji lekarskich, co powoduje jego zdaniem coraz częstsze uchylanie decyzji Zakładu wydawanych na podstawie orzeczeń komisji lekarskich, z czym Jego zdaniem także nie można się zgodzić.

Dr **Krystyna Nowak**, przewodnicząca Komisji Lekarskich, podsumowała niejako całość przedstawionych przez przedstawicieli ZUS też wskazując, podobnie jak przedstawiciele Izby, że wszyscy – czy to biegli sądowi czy orzecznicy – są lekarzami, obowiązują nas te same przepisy i zasady etyczne a orzecznictwo lekarskie powinno być jedno. W trakcie dyskusji poruszono szereg jednostkowych problemów, istotnych dla lekarzy opiniujących, a prezes ORL zadeklarował, że problemy takie, o ile wystąpią, zawsze winny doczekać się rozwiązania, a organy Izby zawsze będą służyć w takich sprawach pomocą. Zaapelował, aby biegli zgłaszali swoje problemy.

W Konferencji udział wzięły także wiceprezes Sądu Okręgowego w Katowicach, zajmująca się między innymi biegłymi sądowymi – sędzia **Marcela Faska-Jagła** oraz zastępca dyrektora O/ZUS w Chorzowie mgr **Zofia Muczko**.

Było to w zasadzie jedno z pierwszych spotkań tego typu – i miejmy nadzieję, że nie ostatnie. Organizator, to znaczy Zespół orzekania i opiniowania sądowo-lekarskiego zachęca wszystkich lekarzy biegłych sądowych do śledzenia łamów „Pro Medico”, strony internetowej naszej Izby oraz do zgłaszania problemów i wniosków dotyczących pracy lekarzy biegłych sądowych. ●

**Dr n. med. Ryszard Szozda**  
Przewodniczący Zespołu orzekania  
i opiniowania sądowo-lekarskiego

# Sztuka jest sztuka, ważne, by w NFZ zgadzało się

Gdzie są granice wykorzystywania przez pracodawcę naszego dyplomu lekarskiego i prawa wykonywania zawodu? Nie mówię tu o naszej wiedzy lekarskiej, ale o kilku kartkach papieru. Jedna z nich to dyplom ukończenia uniwersytetu medycznego. Druga to niewielka niebieskiej książeczka: prawo wykonywania zawodu.

Jestem specjalistą anestezjologii i intensywnej terapii od siedmiu lat. W zeszłym roku zdobyłam tytuł specjalisty medycyny paliatywnej. Jednak nie o moje specjalizacje tu chodzi, a o prawo wykonywania zawodu.

Pragnę opisać historię wykorzystania mojej niebieskiej książeczki.

Pracuję w szpitalu miejskim, w jednym z zagłębiowskich miast, w oparciu o umowę o pracę, w pełnym wymiarze godzin. Żadnego „opt – out”. Wszystkie czynności lekarskie, jakie wykonuję na terenie szpitala, opierają się na dyplomie lekarza specjalisty anestezjologii i intensywnej terapii. Znieczulam, reanimuję, leczę ból. Pewnego dnia, będąc na dyżurze, zostałam poproszona do przyszpitalnej nocnej i świątecznej pomocy lekarskiej. Szybko zbiegłam z ratownikiem medycznym do miejsca wezwania, bo wezwanie anestezjologa zawsze oznacza stan zagrożenia życia jakiegoś człowieka.

Jakież było moje zdziwienie, kiedy okazało się, że powodem wezwania była kontrola NFZ dotycząca spełniania wymogów

kontraktu. Kontroler NFZ odliczył – lekarzy trzech. „O co w tym wszystkim chodzi? Co znaczy trzech lekarzy, jak ja jestem w zespole reanimacyjnym?”

Po nitce do kłębka...

W pierwszej kolejności skierowałam pismo do NFZ z pytaniem, gdzie jestem wykazana jako „realizator świadczeń”.

Zdziwienie numer dwa dosięgło mnie w chwili czytania odpowiedzi z NFZ:

„...w bazie Śląskiego OW NFZ jest Pani wykazana jako realizator świadczeń w następujących zakładach:” – tu pełna nazwa mojego zakładu pracy wraz z adresem i wyszczególnienie:

1. Poradnia leczenia bólu (raz w tygodniu) – zgadzam się, najszersza prawda.
2. Zakład opiekuńczo-leczniczy – moje oczy rozszerzyły się dość znacznie.
3. Poradnia lekarza Podstawowej Opieki Zdrowotnej – dech mi zapało.

Nigdzie nie realizuję świadczeń jako starszy asystent Oddziału Anestezjologii!

Dyrekcja i administracja szpitala, zajmująca się kontraktowaniem, nie widzą żadnego problemu.

Anestezjologa można przypiąć wszędzie, bo tak naprawdę to nigdzie go nie widać pod czapką i maską. Anestezjolog pracujący, tak jak ja, w szpitalu, gdzie nie ma intensywnej terapii, nie ma swoich pacjentów, więc może mieć pacjentów z innych oddziałów, choćby na papierze, tylko dla potrzeb kontraktu z NFZ.

Cała sytuacja zmusiła mnie do pisania oficjalnych pism. Zostałam wykreślona jako lekarz udzielający świadczenia w POZ, niestety, dopiero po interwencji NFZ, bo moje pismo do dyrekcji z prośbą o wykreślenie, zostało zlekceważone. NFZ czasami jest naszym dużym sprzymierzeńcem...

Wciąż jeszcze jestem fikcyjnie wykazana w zakładzie opiekuńczo-leczniczym. Wojna z dyrekcją trwa.

Moje drogie Koleżanki i Koledzy, lekarze wszystkich specjalności, nie tylko anestezjologodzy, sprawdzajcie w NFZ, gdzie jesteście wykazani jako realizatorzy świadczeń, bo może się okazać czasami, że niekoniecznie tam, gdzie pracujecie. ●

**Marzena Swoboda-Dzideczek**

...cum grano salis

## Dyskretna granica

Anestezjologodzy się wyżyliwiają:

– *Kiedy pacjent jest skutecznie zwiotczony do zabiegu operacyjnego?*

– *Gdy wypadają mu z bezwładnej ręki dowody wdzięczności, które przeznaczył dla chirurga – odpowiadają sami sobie.* Chirurdzy zaś odgryzają się, mówiąc, że pacjent nie przyszedł do szpitala, aby się znieczulać, ale żeby się operować.

Zakończył się proces dr. Mirosława G., przedstawianego jako łapówkarz czy wręcz hiena lekarska, pozbawiająca życia pacjentów, a sędzia Tuleya, omawiając wyrok, wywołał burzę medialną z dwóch powodów.

Po pierwsze: z uwagi na metody stosowane w śledztwie. Odnoszę się z rezerwą do asocjacji sędziego z okresem stalinizmu, gdyż kryptonim nadany dochodzeniu w sprawie prof. G. oraz innym sprawom

śledczym przeciwko lekarzom (od nazwiska hitlerowskiego zbrodniarza wojennego), dotyczy wcześniejszego okresu historycznego. Bezgraniczne oburzenie wywołał fakt kojarzenia wszystkich polskich lekarzy z pracą na rampie w Auschwitz-Birkenau jednego z największych przestępców wobec ludzkości. Z tego powodu prezes Naczelnej Rady Lekarskiej wydał specjalne oświadczenie, ale czy ktoś z kolegów usłyszał słowo: przepraszamy! – od premiera, ministra sprawiedliwości lub z Centralnego Biura Antykorupcyjnego?

Drugi powód burzy medialnej po wyroku, to usilne starania, aby zdefiniować – czym jest łapówka? Wszyscy podjęli ogólnonarodową dyskusję na temat: co jest, a co nie jest łapówką dla lekarza. W końcu jednogłośnie ustalono, że lekarzowi, jako dowód wdzięczności, można dać, co naj-

wyżej – tanie wino, ewentualnie skromne kwiatki (sędzia Tuleya mówi, że tylko jeden kwiatek).

Środowisko lekarskie zamilkło, jakby połknęło żabę, bo o czym tu mówić? Sąd orzekł, że dr G. brał, a właściwie wręczał mu. Jego nazwisko nadal jest wymieniane w codziennych modlitwach dziękczynnych świadków oskarżenia, tj. wielu pacjentów doktora. I niech tak zostanie. Jednocześnie sąd ustalił, że dr G., ani nie wymuszał, ani nie uzależniał. Czy tak trudno odróżnić łapówkę, jako korupcję, próbę przekupstwa, od gestu wdzięczności czy specyficznej formy podziękowania?

Dający i biorący razem balansują na cienkiej linii, a brak równowagi pomiędzy tym, co trzeba dać, bo tak dyktuje wewnętrzne przekonanie, a tym, co można wziąć – spowoduje bolesne spotkanie

# Dyskretna granica

ciąg dalszy ze str. 21 ►►

z kodeksem karnym. Ta dyskretna granica przebiega na styku pacjent – lekarz, pomiędzy pełnym zaufaniem, a sumiennością zawodową.

Wyrok niezawisłego sądu nie powinien być negowany, a zabieranie głosu zawsze jest niezręczne i może narazić na lawinę zarzutów ze wszystkich stron, które nie rozumieją intencji. W tym miejscu trzeba umieścić ramkę z anonsem „Redakcja nie podziela poglądów Autora”.

Zawsze uważałem, że osoba przyjmująca korzyści w zamian za coś, co może zrobić, ale nie chce (*plenipotent*) – jest przeciwieństwem osoby wręczającej, która chce, ale nie może (*impotent*). Warunkiem sine qua non, aby przyjąć, że mamy do czynienia z łapówką, jest wręczenie jej osobie, która z racji pełnienia funkcji może coś załatwić. Butelka koniaku wręczona asystentowi, od którego nie zależy ani ordynacja leków, ani konsultacja, ani termin operacji... – nie może być traktowana jako łapówka. Indywidualnie należy interpretować sytuację, jeżeli prezent wręcza się osobie decyzyjnej (*totipotentnej*, czyli wszystko mogącej), np. ordynatorowi.

Nie jest prawdą, że lekarze czyhają, aby otrzymać korzyści materialne od pacjentów. Jest to jeden z powszechnie obowiązujących w sfrustrowanym społeczeństwie i trudnych do weryfikacji mitów, podobnie jak to, że wszystkie psy mają pchły, a nad Bałtykiem nigdy nie ma słońca. Opowia-

Nie jest prawdą, że lekarze czyhają, aby otrzymać korzyści materialne od pacjentów. To jeden z powszechnie obowiązujących w sfrustrowanym społeczeństwie i trudnych do weryfikacji mitów, podobnie jak to, że wszystkie psy mają pchły, a nad Bałtykiem nigdy nie ma słońca.

ania pod tytułem: „ile dałem lekarzowi” z rzeczywistością nie mają nic wspólnego; poprawiają jedynie samopoczucie pacjenta, wzbudzają podziw rodziny za dbałość o zdrowie oraz powszechne uznanie, zmieszane z niedowierzaniem, wśród oczekujących w lekarskiej poczekalni.

Tuż po stażu wielokrotnie wyręczałem starszych kolegów, którzy byli znudzeni wykonywaniem powtarzanych co kilka dni punkcji opłucnej u chorego z mesotheliomą. Po kolejnej, pan Winićjusz (doskonale pamiętam) wsunął mi do fartucha 100 zł. Moje, wówczas święte oburzenie, skwitował: – *To znaczy, że niedługo umrę...*

– a ja uciekłem do dyżurki. Pech chciał, że na oddział wrócił mój Adiunkt (koniecznie z dużej litery), przeprowadził dochodzenie przesłuchując s. Zosię – opatrunkową i pacjenta, który przyznał się, że zdeptał moją lekarską godność. Zakończeniem incydentu były słowa Adiunkta:

– *Stary, umierający człowiek przez ciebie płacze... Czy za 100 zł – warto było?*

Niedorzeczne jest pozbawianie pacjentów prawa do wdzięczności, instytucjonalne wyznaczenie jej zakresu, zabranianie pojmowanego na swoisty, indywidualny sposób wyrażenia: „dziękuję”, które często stanowi pierwszoplanową potrzebę człowieka, który odzyskał zdrowie.

Dobrowolnie poddając się karze, przypominam sobie egzotyczne łapówki:

1. Jadowna żmija zygzakowata – przyniósł ją do pogotowia pacjent, którego ukąsiła. Wypuściłem ją na Muchowcu.
2. Talon na „malucha” – od lektora Komitetu Wojewódzkiego PZPR. Przez długie lata oszczędzałem z pensji 1700 zł – aż stracił ważność.
3. Zdjęcie lotnicze panoramy Zabrza 60 x 40 cm, z centralnie położonym PSK-1 – od pilota, którego mamę operowałem.
4. Badyle modnej wówczas yukki, przywieszzone z tropików, z których wylazł całkiem zwawy skorpion. Może przyplątał się, a może dlatego, że rana po wycięciu tłuszczaka długo ropiała?
5. Białe sandały – od senatora RP, który za-

uważył, że mam zdeptane, szpitalne drewniaki. Czekały w szafie, aż urosnie mi stopa, bo są o dwa numery za duże.

6. Najtańszy koniak Maxime – w nylonowej reklamówce, na której dnie była fikuśna bielizna pacjentki. W domu tłumaczeniu się nie było końca.

Ale najwyższą wartość ma kolekcja autopotretów moich małych pacjentów – w szpitalnym łóżeczku, z czerwonym opatrunkiem na brzuszku, z nogą w gipsie, wśród lasu kroplówek, a dedykowanych kredkowymi kulfonami: „dla pana D.”

Ministerstwo Zdrowia w kolejnych przepi-

sach udowadnia, że traktuje lekarzy jak potencjalnych przestępców, ale dotychczas nie sporządziło listy zwyczajowych podarunków, których przyjęcie nie pociągałoby sankcji karnych. Z pewnością jest to niewybaczalna luka w prawodawstwie. Minister wypowiedział się zdecydowanie przeciw jakimkolwiek „dowodom wdzięczności” ze strony pacjentów. W ogólnokrajowej debacie na temat wyrażania wdzięczności lekarzowi, wypowiedział się też państwowy urzędnik praw obywatelskich uznając, że może to być filizanka Rosenthala, więc niekoniecznie flaszka lub rośliny.

Obecnie strach przyjąć od pacjenta cokolwiek. Kolejne pudełko czekoladek „Merci”, może spowodować u nieustająco odchudzających się lekarek taki skok RR, że wdzięczność przełoży się na udar, a co za tym idzie – lekarski wakat w poradni. Każdego zabiegowca, który ośmieli się przyjąć i dotknąć gołymi rękami kwiatków, powinien natychmiastowo objąć zakaz wstępu na Blok Operacyjny, bo im dorodniejsze chabazie, tym większe ryzyko, że zawierają zarodniki Clostridium.

W sprawie dr. G. sąd uznał, że z punktu widzenia prawa niedopuszczalne są, bo stanowią namacalne korzyści materialne – wszelkie prezenty rzeczowe, np. humidor (kasetka na cygara). Taka łapówka, dla niepalącego dr. G., powinna być karana z całą surowością prawa... dla wręczającego (8-10 lat pozbawienia wolności). Podobnie jak czekoladki dla „puszystych” lekarek.

Kwotowy dowód wdzięczności jest zależny wprost proporcjonalnie od zamożności pacjenta. Kwiatki mogą być nawet droższe od wręczanej łapówki, czego dowodem jest informacja prokuratury w Jędrzejowie, że na podstawie donosów przedstawiono ordynatorowi zarzut przyjęcia od 28 osób łapówek w łącznej wysokości ok. 490 zł.

Niedawno w czasie lotu na trasie Gdańsk – Londyn pogorszył się stan zdrowia jednej z pasażerek, a objawy mogły przypominać zawał mięśnia sercowego, lecz absolwentka Imperial College of London, „będąc młodą lekarką” dzielnie trzymała rękę na pulsie, bo innymi metodami diagnostyki nie dysponowała. Mimo to zadecydowała, jak kapitan boeinga 747: – Lecimy dalej! Powrót na lotnisko w Gdańsku to koszt paliwa lotniczego za kilkudziesiąt tysięcy euro, a za podjęcie ryzyka zawodowego pani doktor otrzymała od przewoźnika Wizz Air łapówkę? dowód wdzięczności? – w postaci Coca Coli (dwa euro).

Co to jest łapówka? Pieniądz? Przecież idąc na łatwiznę i aby uniknąć chybionego upominku (np. trzeci iPod, któryś laptop) ►►



▶▶▶ często dajemy chrześniakowi kopertę. Przestępstwo?

Niektórzy uważają, że problem odwiedzania się lekarzom przestał istnieć, od kiedy Fenicjanie wynaleźli pieniądź, ale nadal traktuje się tę formę „dziękowania” za wysoce naganną. Na razie brakuje sensownych pomysłów, w jaki sposób zapobiec moralnemu klinczowi.

Wprawdzie nieostrożne jest porównywanie naszego zawodu z innymi, ale przecież od kelnera nie zależy kolor barszczu, ani krwistość steku, a mimo to dziękujemy mu, dopisując do rachunku przyjęte powszechnie 10-15% należności za usługę gastronomiczną. A może dbając o absolutną transparentność relacji pacjent – lekarz, należy przyznać możliwość dopisywania 10% typu do rachunku dla NFZ od każdej wykonanej usługi medycznej? Oczywiście, jeżeli takie wyraźne życzenie zgłosi wyleczony chory: – „Wnioskuje, aby do rachunku za świadczenie zdrowotne finansowane ze środków publicznych, ze zgromadzonych przeze mnie na koncie NFZ funduszy, dodać 10% dla lekarza, który mnie operował”. W ten sposób można uniknąć kryminalnego zjawiska dziękowania lekarzom, a nawet zrezygnować z wypłacania przez podmiot leczniczy godowych pensji dla białego personelu.

Do chwili, gdy nie zostaną jasno określone nowe, rewolucyjne reguły w tym względzie, to moim zdaniem, należy stosować się do zasady **Seneki Młodszego** (3-65 rok p.n.e.): „**Ludzie płacą lekarzowi za wiedzę, ale za serce – pozostają jego dłużnikami**”. Spuśćmy zasłonę wyrozumiałego milczenia na to, jak ma być regulowany dług względem lekarza, bo NFZ nie wydaje się być wiarygodnym depozytariuszem weksli wystawianych przez pacjentów za pracę, a tym bardziej... za serce lekarzy. ●

**Mieczysław Dziedzic**

PS  
**Porzućmy konwencję felietonu, którego dowcipkowość (?) stanowi wyższą formą oburzenia, niż rzeczowa dyskusja z bezimiennymi propagatorami mitu o lekarskich łapówkach. Treść Kodeksu Etyki Lekarskiej jest nam wszystkim znana.**

**Z perspektywy rzecznika odpowiedzialności zawodowej stwierdzam, że skargi na lekarzy przyjmujących korzyści majątkowe stanowią zaledwie ułamek procenta. Tak więc, zjawisko łapówkarstwa w obszarze: rzeczywisty pacjent – statystyczny lekarz – występuje marginalnie. Natomiast eksterytorialnie, czyli poza faktyczną sferą działania służby zdrowia – jest sztucznie rozdęte do granic absurdu, stanowiąc temat zastępczy, maskujący niewydolność systemu opieki zdrowotnej.**

# „Okiem Eskulapa”



foto.: Anna Zadóra-Świderek

*Biorąc pierwszy raz udział jako juror konkursu fotograficznego dla lekarzy byłam ogromnie zaskoczona wysokim poziomem nadesłanych zdjęć. Prace obejmowały trzy kategorie: „Lekarz, pacjent – współodczuwanie”, „Zwierzęta wokół nas”, „Detal w architekturze”. W każdej z tych kategorii było zdecydowanie dużo dobrych prac o interesującej kompozycji i emocjonalnym, ciepłym spojrzeniu na świat. Dlatego decyzje o wyborze trzech nagrodzonych prac w każdej z kategorii były trudne. Najmocniej obsadzoną kategorią była „Zwierzęta wokół nas”. Pierwszą nagrodę w tej kategorii przyznano jednogłośnie. Oświetlony nos psa wciśnięty w betonowy płot wzruszył wszystkich jurorów. Była to już trzecia edycja tego konkursu świadcząca o rosnącym zainteresowaniu. Zdjęcia były profesjonalne, o bardzo dobrej jakości i dopracowaniu technicznym.*

**Prof. Ewa Zawadzka**

## Komisja Kultury ORL w Katowicach - informacja z posiedzenia Jury III Ogólnopolskiego Konkursu Fotograficznego „Okiem Eskulapa”

W dniu 19 kwietnia 2013 r., odbyło się spotkanie jury konkursu Fotograficznego w składzie:

prof. Ewa Zawadzka – artysta plastyk  
Katarzyna Łata-Wrona – prezes ZPAF w Katowicach, artysta fotografik, artysta plastyk  
Jerzy Łakomski – artysta fotografik.

Udział wzięło 85 autorów, którzy nadesłali ponad 300 prac; do wystawy zakwalifikowano 84.

### Zwycięzcy Konkursu:

**w kategorii I:** „Lekarz, pacjent – współodczuwanie”

I miejsce: **Krystyna Skupień**, Rybnik –

„Rozmyślania szpitalnej pacjentki”

II miejsce: **Stanisław Mysiak**, Katowice –

„Dotyk”

III miejsce: **Łukasz Kulak**, Libiąż, „Neonatus”

**w kategorii II:** „Zwierzęta wokół nas”

I miejsce: **Jacek Stypuła**, Kielce „XXX”

II miejsce: **Justyna Kotas-Strzoda**, Katowice „Czapla”

III miejsce: **Agata Filipczyk-Kwieduk**, Kołobrzeg „Kiedyś stąd wyjdę”  
**w kategorii III** „Detal w architekturze”

I miejsce: **Przemysław Szczepanek**, Brzesko „Dachy”

II miejsce: **Stanisław Mysiak**, Katowice „Odpływ”

III miejsce: **Justyna Kotas-Strzoda**, Katowice „Czarny i biały”.

### Wyróżnienia:

Wyróżnienie ZPAF Oddział Śląski – **Janusz Wojnicki**, Niemcy „Resurrectio”.

### Wyróżnienia, dyplomy:

– **Maciej Służalek**, Sosnowiec „W sieci”

– **Krzysztof Suchnicki**, Wrocław „pierwszy śnieg”

– **Leszek Sonecki**, Sosnowiec „Strażnicy Świątyni Skalnej Dambulla Sri Lanka”. ●

# Hokej bez kontuzji

## Rozmowa z doktorem Mateuszem Hanslikiem, lekarzem kadry narodowej hokeistów na lodzie



fot.: Joanna Wójcik

### Joanna Wójcik: W jaki sposób został Pan lekarzem kadry narodowej hokeistów?

**Mateusz Hanslik:** Szczęśliwym trafem dla Polskiego Związku Hokeja na Lodzie prezesem został Piotr Hałasik, człowiek z naszej Ziemi Śląsko-Dąbrowskiej, który zaangażował do pracy osoby, które zna i którym ufa. Prezes zdecydował się postawić na osoby w jego ocenie sprawdzone, tak znalazłem się w kadrze.

### W PZHL pracuje Pan od niespełna roku. Jakie są relacje między Panem – lekarzem, a hokeistami z kadry?

Zawodnicy, których poznałem, są młodymi, otwartymi ludźmi. Dobra współpraca zawiązała się od samego początku.

Hokeiści są zupełnie innymi sportowcami, niż na przykład piłkarze, którzy więcej czasu przeznaczają na kreowanie swojego wizerunku, niż treningi. Tak przynajmniej wynika z moich osobistych obserwacji. Większość piłkarzy chce wyglądać jak Ronaldo, a hokeiści to są sportowcy, którzy bardzo ciężko trenują i pracują. Jeśli miałbym wybrać jakiś sport, który w swoim charakterze jest najbliższy lekarzom ortopedom, to wybrałbym na pewno hokej na lodzie. I ortopedzi, i hokeiści bardzo ciężko pracują, dlatego znajdujemy wspólny język i potrafimy się porozumieć.

### A sami hokeiści – są bardziej przyjaciółmi czy rywalami?

Rywalizacji nie widać. Na pewno jest tak, że zawodnicy trzymają się między sobą, tak jak są rozlokowani w klubach. Klubowa przynależność determinuje ich przyjaźnię, sprawia, że funkcjonują w swoim kręgu. Inaczej natomiast wygląda sytuacja bramkarza, który jest zawsze trochę z boku, taka jest natura jego roli sportowej. Jest on zawodnikiem niezależnym i chodzącym swoimi ścieżkami. Dobrze to widać w czasie rozgrzewki przed meczem, tzn. napastnicy, obrońcy, zawodnicy grają w piłkę wszyscy razem,

a bramkarz zakłada słuchawki i sam odbija piłkę, nie kontaktuje się z innymi. Inaczej się rozgrzewa, potrzebuje więcej własnej przestrzeni. Bramkarz nie jest graczem zespołowym, on walczy sam.

### Jakie są najczęstsze kontuzje hokeistów?

Hokeiści mają bardzo dużo różnych kontuzji, są to urazy takie jak wstrząśnienie mózgu, urazy kolana czy barku. Przyczyną tego jest fakt, że w hokeju jest dozwolona gra barkiem. Można wchodzić ciałem, można kogoś zepchnąć na bandę, co nie jest karane. Stąd urazy barku, pomimo tego, że hokeiści mają ochraniacze, są bardzo częste. Innymi powszechnymi kontuzjami są urazy rąk, ponieważ krążek pędzi z prędkością 160 km/h i jest twardy, nawet jak uderzy w rękawicę, to może złamać palce. Na ostatnim zgrupowaniu grało dwóch hokeistów

### szony wykluczyć jakiegoś zawodnika z meczu z powodów medycznych? Jak reagował zawodnik i trener?

Zdarzyło się to kilkakrotnie. Było tak, ponieważ szanse na to, żeby zawodnik zagrał na 100%, były niewielkie. Lekarze zawsze starają się informować o tym trenera na tyle wcześniej, aby mógł wybrać innego zawodnika w miejsce kontuzjowanego. To czasem staje się źródłem konfliktu między trenerem a lekarzem kadry. Trener chciałby mieć wszystkich zawodników zawsze gotowych do walki, a tak nie zawsze się dzieje. Tym bardziej, że obecnie jest nim człowiek, który zdobył Mistrzostwo Świata z reprezentacją Rosji, a tam są zupełnie inne warunki prowadzenia sportu wyczynowego. W Rosji na każde miejsce jest tysiąc chętnych i tam ludzie chcą grać nawet połamany nogami. Zupełnie inna mentalność sportowa i kul-

Stoję bardzo blisko bandy i oglądając mecz, kibicuję ze wszystkich sił. Napięcie i stres są tak ogromne, że po meczu bolą mnie wszystkie mięśnie, chociaż jestem tylko obserwatorem, nie graczem.

ze świeżymi urazami. Jeden z nich grał na mistrzostwach sześć tygodni po złamaniu palca ręki. Do rzadszych urazów należy kontuzja stawu skokowego, ale również się zdarza.

### W jaki sposób współczesna medycyna może przyspieszyć proces rekonwalescencji?

Tu właśnie pojawia się dość znaczący problem. Współcześni pacjenci, sportowcy, także hokeiści, często korzystają z porad Internetu. Chcą dowiedzieć się czegoś na temat rehabilitacji. W Internecie niestety jest wiele półprawd, opisane są cudowne metody, które jednak nie przekładają się na praktykę medyczną. Hokeistom wydaje się, że im więcej zrobi się badań, tym szybciej wrócą do zdrowia. Trudno im wytłumaczyć, że każdy uraz, „potrzebuje czasu”. Często trzeba bardzo dosadnie tłumaczyć, że nie ma cudownej tabletki, która wyleczy ich od razu.

### Czy zdarzyło się kiedyś, że był Pan zmu-

turowa. Tam trener mawia, że „jak zawodnik ma ręce i nogi, to może grać”. W Polsce tak nie jest. Sportowcy mają zaplanowaną karierę i ich życie nie kończy się na jednym meczu, co trener nie zawsze rozumie, bo jest wychowany w zupełnie innym środowisku.

### A może ten konkretny trener, który nie jest z naszego kraju, nie do końca rozumie naszą naturę sportową?

Zaufanie buduje się z każdym miesiącem i z każdym zgrupowaniem. Trener musi wiedzieć, że jeśli lekarz mówi, że zawodnik nie zagra za dwa tygodnie, to nie zagra, bo nie będzie w stanie. Chodzi tu o powody medyczne. Ale to w bardzo dużej mierze zależy od samego zawodnika, bo jeden zawodnik z trzytygodniowym złamaniem może grać i jest w stanie podjąć się takiego wyzwania, a inny nie. Są zawodnicy, którzy mają silniejszą psychikę i są ci ze słabszą.

### Czy w hokeju występuje doping?

W hokeju doping praktycznie nie istnieje. To nie jest taki sport, jak kolarstwo, podnoszenie ciężarów, gdzie wiadomo, że doping się stosuje. Nigdy nie spotkałem się z tym problemem w hokeju.

**Lek. Mateusz Hanslik** pracuje jako lekarz rezydent w Samodzielnym Publicznym Szpitalu Miejskim w Sosnowcu, na Oddziale Chirurgii Urazowo-Ortopedycznej. Jest absolwentem Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach, studia ukończył w 2006 r. Od 2012 r. pełni funkcję lekarza polskiej kadry narodowej hokeistów.

## ▶▶▶ **Trenowanie hokeja rozwija wiele umiejętności fizycznych. Jakie są, z medycznego punktu widzenia, największe „korzyści” dla organizmu, płynące z uprawiania tego sportu?**

W hokeju jest tu bardzo wiele elementów, które się składają na sukces zawodnika. Jest to szybkość i „spryt ogólny”. Jeśli zawodnik ma solidną budowę, to nie jest to do końca dobre, bo jest co prawda silny, ale nie zwinny. Z racji tego, że w hokeju potrzebny jest właśnie ten spryt i zwinność, to sport ten należy do takich, które rozwijają wszechstronnie. Jeżdżenie na łyżwach rozwija dolną połowę ciała, a dochodzące do tego równoczesne dwuręczne operowanie kijem, rozwija górne partie ciała. Hokej to sport bardzo symetryczny. Na pewno można go nazwać ogólnorozwojowym, przez co jest doskonały dla dzieci.

Dodatkowo hokej kształtuje wolę walki, odwagę, umiejętność kooperacji. Jest to sport bezpieczny i niezwykle rozwijający pod wieloma względami.

## **Czy w takim razie budowa fizyczna nie ma znaczenia w hokeju?**

Przewaga fizyczna nie jest potrzebna do zwycięstwa dlatego, że my, jako reprezentacja, przegrywamy z Japończykami, którzy grają w grupie wyższej, są wyżej sklasyfikowani, a nie są to zawodnicy o potężnym wyglądzie. Hokeista nie musi ważyć wiele, liczy się nie siła mięśni, ale siła charakteru. Wielokrotnie rozmawiałem o tym z Wiaczesławem Bykowem, czyli z historią hokeja, żywą legendą tego sportu. On zawsze mówi, że w tym sporcie liczy się zawziętość, siła charakteru, a nie mięśnie. Jak zawodnicy nie czują tego, że mogą pokonać przeciwnika, to najczęściej właśnie przegrywają.

## **Lekarz sportowy musi być interdyscyplinarny i posiadać wiedzę z różnych dziedzin medycyny. A w hokeju?**

Moim zdaniem najlepiej, by był to ortopeda, ponieważ najczęstszymi kontuzjami są

urazy kostno-stawowe. Z moich informacji wynika, że w innych kadrach narodowych lekarzami są również ortopedzi, podobnie i u nas.

## **Czym jest dla Pana funkcja trenera kadry?**

To jest bardzo fajna przygoda. Świetna odskocznia od codziennej pracy w szpitalu, gdzie trzeba ostro pracować. Jestem bardzo zadowolony z tego, co robię, poznałem wielu interesujących ludzi i na pewno dowiedziałem się więcej o sporcie. Poza tym mecze mojej reprezentacji są dla mnie niezwykle przyjemnym przeżyciem.

## **Śmiało można powiedzieć, że jest Pan również zagorzałym kibicem?**

Stojąc bardzo blisko bandy i oglądając mecz, kibicuje się ze wszystkich sił. Napięcie i stres są tak ogromne, że po meczu bolą mnie wszystkie mięśnie, chociaż jestem tylko obserwatorem, nie graczem. W międzyczasie trzeba jeszcze patrzeć na zawodników siedzących na ławce, bo oni meldują czy coś się dzieje. Często nie widać podczas meczu, że ktoś miał jakiś poważny uraz, bo krządek często tak szybko uderzy, że nie jesteśmy w stanie dostrzec, że zawodnik doznał urazu. Cały czas trzeba kontrolować sytuację, zdarza się, że trzeba wbiec na lodowisko i pomóc zawodnikowi. W czasie zatrzymania gry lekarz ma prawo wejść na lodowisko i pomóc poszkodowanemu.

## **A jak lekarze interweniują na lodowisku? Wjeżdżają na łyżwach?**

Przeważnie w butach, a jeśli ktoś ma zaburzenie równowagi, to hokeiści odprowadzają lekarza do miejsca na lodowisku i z wrotem do bandy.

## **Jakby Pan skomentował mecz Polska – Ukraina w Doniecku?**

W polskiej lidze nie ma takich meczów, które sprawiają tyle radości i wywołują taki smutek, jak ten mecz, który był ostatnio z Ukrainą. Widać tam było typowo polskie cechy:

jest 2:0 dla naszych zawodników w pierwszej części meczu i odpuszczamy, bo sądzimy, że już wygraliśmy... Po dwóch golach dla nas były trzy gole Ukraińców. Myślę, że nie wynikało to z braku doświadczenia czy z braku walki, po prostu po dwóch golach trzeba było dalej atakować bramkę przeciwnika. Trzecia część była również znakomita, nasi zawodnicy pokazali bardzo dużą determinację, niestety zabrakło już czasu. Trener powiedział, że zawodnicy przerazili się tym, że mogli wygrać z Ukrainą i chyba trochę w tym racji jest. Za mało są oswojeni z tym, że się wygrywa, a za bardzo przywykli do tego, że się przegrywa. W Stanach, w Kanadzie, wszyscy zawodnicy są ciągle formowani na zwycięzców, niestety w Polsce jest pielęgnowany mit antybohatera, kogoś, kto przegrywa. (Przyp. redakcji: Polska przegrała w Doniecku z Ukrainą 3:4 (2:0, 0:3, 1:1) w spotkaniu mistrzostw świata Dywizji 1B. Stawką był awans na zaplecze Elity. Mecz odbył się 20. 04. 2013 r.)

## **I dlatego w Polsce hokej nie jest tak silny jak za granicą?**

W Polsce hokej jest miarą siły państwa, jego organizacji i zasobności. Nie da się zbudować hokeja na jednym doskonałym zawodniku, tak jak w niektórych sportach indywidualnych. Nie pomaga nam również fakt, że mamy tak mało lodowisk krytych. Czechy, Słowacja nie są krajami dużo bogatszymi od Polski, a tam hokej jest bardzo mocny. Słowenia, która gra w ekstraklasie światowej, jest krajem dwumilionowym i tam potrafili zorganizować świetnie hokej. Brak infrastruktury, czyli lodowisk oraz brak promocji sportu wśród dzieci – to główne przyczyny polskiej porażki w hokeju. Jest to niezbędny klucz do tego, aby zbudować reprezentację.

## **Serdecznie dziękuję za rozmowę i życzę sukcesów w pracy i na lodowisku. ●**

**Joanna Wójcik**

współpraca Grażyna Ogródowska

Komunikat



**Uprzejmie informujemy, że projekt Śląskiej Izby Lekarskiej „Pro Doctore - Projekt Wspierający Rozwój Kadr Medycznych w Województwie Śląskim” współfinansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego uzyskał pozytywną ocenę Komisji Oceny Projektów i na mocy uchwały Zarządu Województwa Śląskiego został przyjęty do realizacji. W ramach projektu w ciągu dwóch lat zorganizowanych zostanie 16 edycji kursów specjalizacyjnych „Zdrowie Publiczne”.**

**W kursach będą mogli uczestniczyć lekarze i lekarze dentyści zamieszkali, bądź zatrudnieni na terenie województwa śląskiego.**

**Kursy będą bezpłatne.**

**Projekt rozpocząć się 1 kwietnia 2013 roku.**

**Szczegółowe informacje będą dostępne na stronie internetowej Śląskiej Izby Lekarskiej: [www.izba-lekarska.org.pl/productore](http://www.izba-lekarska.org.pl/productore)**



# Śp. Profesor Rozalia Osuch-Jaczewska (1921-2013)

Lekarz pediatra, neonatolog, prof. dr hab. med. Urodziła się 18.07.1921 r. we wsi Łukowa, w pow. biłgorajskim, w rodzinie Jana, rolnika i Agnieszki z d. Karczek. Szkołę powszechną ukończyła w rodzinnej miejscowości, w 1934 r. rozpoczęła naukę w Gimnazjum Humanistycznym w Tomaszowie Lubelskim, przerwana w 1939 r.

Była sanitariuszką i łączniczką wywiadu oddziałów partyzanckich AK, działających w Puszczy Solskiej na Zamojszczyźnie. Brała udział w wielu partyzanckich akcjach bojowych.

Po wojnie kontynuowała naukę w Liceum Humanistycznym w Zamościu, gdzie w 1945 r. otrzymała świadectwo dojrzałości. W 1946 r. rozpoczęła studia na Wydz. Lekarskim AM w Poznaniu; absolutorium uzyskała w 1951 r. We wrześniu 1949 podjęła pracę w Klinice Położniczo-Ginekologicznej AM w Poznaniu (Oddz. Noworodków i Wcześnieaków) na stanowisku asystenta bez dyplomu.

Dyplom uzyskała 26.06.1952 w AM w Poznaniu. Nakazem pracy skierowana została do Wojewódzkiego Wydziału Zdrowia w Katowicach i podjęła pracę w I Klinice Chorób Wewnętrznych ŚAM w Zabrze i w ambulatorium kopalni. W 1954 r. została zatrudniona w II Klinice Położnictwa i Ginekologii ŚAM w Bytomiu, na stanowisku asystenta na Oddziale Noworodków i Wcześnieaków. W latach 1954-1967, obok pracy w ŚAM, miała wykłady w Państwowej Szkole Medycznej Położnych w Bytomiu i w Filii UJ w Katowicach. Równocześnie pracowała jako lekarz w Poradni Dziecięcej w Rogoźniku. W 1955 uzyskała specjalizację I st. w zakresie chorób wewnętrznych, a w 1958 I st. w zakresie pediatrii, zostając kierownikiem Oddziału Noworodków i Wcześnieaków II Kliniki Położnictwa i Ginekologii ŚAM.

W 1960 r. awansowała na stanowisko st. asystenta. W 1962 r. uzyskała II st. specj. z pediatrii, a w 1966 mianowana została adiunktem. W tym roku została st. dr. n. med. na Wydz. Lekarskim ŚAM, na podstawie dysertacji „Wpływ przebiegu ciąży, porodu i warunków środowiska na stan noworodka i dalszy rozwój dziecka”, wykonanej pod kier. doc. Henryka Skałby. W 1974 została przeniesiona z Bytomia do II Kliniki Położnictwa i Ginekologii ŚAM w Katowicach Ligocie, gdzie zorganizowała Oddział Noworodków i Wcześnieaków ze stanowiskami intensywnej terapii noworodkowej. W lutym 1981 uzyskała st. dra hab. na podstawie ogólnej oceny dorobku naukowego i przedłożonej Radzie Wydziału Lekarskiego w Katowi-

cach rozprawy „Noworodek wysokiego ryzyka w aspekcie badań klinicznych, biochemicznych i hormonalnych”. W 1982 została kierownikiem Kliniki Neonatologii ŚAM w Katowicach Ligocie. W 1988 r. uzyskała II st. specjalizacji w zakresie neonatologii. W 1990 Prezydent RP nadał Pani docent tytuł prof. n. med. powołana została też na stanowisko prof. nadzw. w ŚAM. Jej działalność naukowo-badawcza koncentrowała się na przyczynach, profilaktyce i leczeniu zakażeń wewnątrzmacicznych, wadach wrodzonych, wcześniactwie, uszkodzeniach ośrodkowego układu nerwowego płodu i noworodka oraz na profilaktyce niedorozwojów umysłowych powstałych u dzieci w następstwach skażenia środowiska. Po raz pierwszy w Polsce wprowadziła leczenie operacyjne przepuklin oponowo-rdzeniowych u noworodków w pierwszej dobie życia (pracę na ten temat ogłosiła w 1954 r.). W 1974 r. jako pierwsza w Polsce opublikowała wyniki badań nad bliźniakami, na podstawie których wykazała, że drugi bliźniak rodzi się w gorszym stanie, częściej występują u niego wady wrodzone, wyższa jest umieralność i gorszy jego rozwój w porównaniu z bliźniakiem pierwszym. Badania te wpłynęły na zmianę prowadzenia porodów bliźniaczych. Po raz pierwszy wprowadziła (1955 r.) leczenie choroby hemolitycznej metodą wymiennego przetaczania krwi i przeszkoliła w tym zakresie lekarzy regionu górnośląskiego. Była autorką 23 artykułów, w tym 4 opublikowanych w czasopiśmie zagranicznych i współautorką 67, w tym 8 opublikowanych w czasopiśmie zagranicznych. Była współautorką rozdziału w skrypcie B. Hager-Maleckiej „Postępowanie w częściej spotykanych chorobach u dzieci”, (1972) i autorką rozdziału w „Neonatologii” pod red. D. Łozińskiej i I. Twardowskiej, (1993), członkiem komitetu redakcyjnego „Klinicznej ginekologii i perinatologii” oraz red. i wydawcą kwartalnika „Górnośląski Biuletyn Neonatologiczny” (od 1992). Zorganizowała dwa Ogólnopolskie Sympozja Neonatologiczne: „Dojrzałość płodu i noworodka” (Katowice 1976) i „Wady wrodzone płodu i noworodka” (Katowice 1992). Współpracowała z VI Wydz. PAN w Komisji Rozwoju Człowieka (od 1970) i z wieloma tow. naukowymi: Pol. Tow. Perinatologicznym (przewodnicząca Sekcji Neonatologicznej Oddz. Śl. od 1968, czł. ZG Sekcji Neonatologicznej od 1970), czł. Międzynarodowego Tow. Badań nad Bliźniakami (od 1972), czł. Polsko-Amerykańskiego Tow. Neonatologicznego (od



1986). Była promotorem prac doktorskich, autorką wielu recenzji doktorskich, habilitacyjnych i innych.

Na Jej dorobek dydaktyczno-wychowawczy składają się ćwiczenia i wykłady z położnictwa i ginekologii, nadzór nad specjalizacjami z zakresu pediatrii i neonatologii (pod Jej kierunkiem specjalizacje uzyskało ponad 60 lekarzy), organizacja szkoleń podyplomowych.

Pełniła obowiązki konsultanta woj. (1968), a następnie specjalisty rejonowego ds. neonatologii (1991). Przyczyniła się do unowocześnienia oddziałów noworodkowych przez wprowadzenie systemu matka-dziecko (umożliwiającego karmienie noworodków piersią na żądanie) i powstania nowych ośrodków zapewniających wysoki poziom opieki nad noworodkami, m.in. w 1977 r. zainicjowała powołanie Oddziału Patologii Noworodka w Instytucie Pediatrii ŚAM w Zabrze (przemianowanego na Klinikę Patologii Noworodka) oraz Oddziału Infekcyjnej Patologii Noworodka w Szpitalu Dziecięcym w Świętochłowicach Śl. Wniosła duży wkład w powstanie i rozwój na Górnym Śląsku wielospecjalistycznej opieki nad noworodkiem w toku jego rozwoju. Wprowadziła w oddziałach noworodkowych nowoczesną metodę reanimacji i intensywnej terapii noworodka. Od 1990 r. była czł. Komisji Zdrowia Sejmiku Śląskiego i czł. Rady Nadzorczej w Woj. Zespole Ochrony Zdrowia Matki, Dziecka i Młodzieży w Katowicach. Pomimo przejścia z dniem 30 lipca 1991 r. na emeryturę kontynuowała działalność zawodową, naukową i społeczną. Była współorganizatorem Polsko-Szwajcarskiego Programu „Matka i Dziecko”, w jego ramach uczestniczyła przy rozdziale aparatury monitorującej i diagnostyczno-terapeutycznej dla katowickich szpitali oraz w organizacji dziesięciu międzynarodowych konferencji naukowo-szkoleniowych z udziałem przedstawicieli blisko 30 krajów z całego świata. Prowadziła działalność charytatywną jako czł. Krajowego Funduszu na Rzecz Dzieci oraz jako założycielka i prezes Fundacji Pomocy Noworodkom Śląska (1990), mającej na celu podniesienie poziomu



opieki medycznej nad noworodkami poprzez szkolenie lekarzy neonatologów (stypendystów Children's Medical Care Foundation) w renomowanych ośrodkach europejskich i amerykańskich. Członek Zarządu Klubu 9. pułku piechoty Legionów AK Ziemi Zamojskiej przy 27. Dywizji Wołyńskiej AK w Warszawie (od 1978), Zarządu Okr. Śląskiego Światowego Związku Żołnierzy AK (1989), a od

1991 Zarządu koła tegoż związku w Katowicach. Wspierała aktywnie powstanie NSZZ „Solidarność”, działalność Związku w środowisku akademickim. Odznaczona m.in.: Medalem Wojska (trzykrotnie), Krzyżem AK, Krzyżem Partyzanckim, Krzyżem Kawalerskim OOP, Złotym Krzyżem Zasługi, Odznaką „Za wzorową pracę w służbie zdrowia”, Odznaką „Za zasługi w walce z kalectwem”. W 2011 r. uhonorowana zo-

stała najwyższym wyróżnieniem śląskiego samorządu lekarskiego – „Wawrzynem Lekarskim”.

Zmarła 19 kwietnia 2013 r., pochowana w Łukowej k. Biłgoraja, miejscu swego urodzenia, gdzie spędziła ostatnie lata swego życia.

**dr hab. n. med. Małgorzata Baumert  
dr n. med. Jacek Kozakiewicz**

opracowano na podstawie biografii znajdującej się w Śląskim Uniwersytecie Medycznym

## W stulecie śmierci Doktora Józefa Czajkowskiego (1857-1913)

Wśród znacznej liczby przedstawicieli zawodu lekarskiego godnych pamięci potomnych jest wielu. Jednakże nie jest łatwą sprawą dokonać wyboru wybitnych postaci, bowiem trzeba odpowiedzieć sobie na pytanie, jakimi cechami powinien odznaczać się lekarz aby można go uznać za wybitnego lub zasłużonego? Zapewne oprócz subiektywnych ocen istnieją również i obiektywne. Do tych ostatnich należą odkrycia i osiągnięcia naukowe oraz ich prezentowanie w literaturze fachowej. Do nich można zaliczyć też mistrzostwo wykonywanej pracy, zdolności nauczania oraz wychowania następców i to co składa się na stworzenie szkoły lub stylu pracy. Tak więc jedną z podstawowych ocen lekarzy podobnie jak w innych dziedzinach jest ich wiedza.

Drugim i jakże ważnym w ocenie lekarza jest zachowanie i realizacja przypisanych temu zawodowi zasad deontologicznych objętych pojęciem etyki. Większość znawców tego zagadnienia a i w społecznym odczuciu uważa się, że wiedza i etyka tworzą lekarza. Istotnym uzupełnieniem wiedzy i etyki jest zaangażowanie lekarza w działalność na rzecz społeczeństwa, jego udział w tworzeniu i rozwijaniu ponadczasowych wartości humanistycznych, patriotycznych itp. Wymienione cechy sprawiają, że przedstawiciele społeczeństwa, a w tym korporacje zawodowe niejako samorzutnie dokonują ocen i uznają lekarza za godnego promocji społecznej w postaci nadawania godności, tytułów i odznaczeń. Na przestrzeni ponadstuletniej historii Zagłębia Dąbrowskiego, kilku już pokoleniom jego mieszkańców swoimi umiejętnościami i sercem służyło i służy kilkuset lekarzy. Wśród nich zapewne byli i są postaci co najmniej zasłużone, ale i wybitne. Jakże powyższym wywodom odpowiada treść nekrologu dr. Józefa Czajkowskiego, opublikowanego w „Gazecie Zagłębia”, dnia 23 maja 1913 r. gdzie napisano:

„Niezależnie od zasług, położonych na polu naukowej medycyny i w codziennej praktyce lekarskiej śp. dr Czajkowski przykładł swą rękę wszędzie, gdzie zaczynał pracę społeczną potrzebował wsparcia i pomocy. Człowiek – założyciel wielu insty-

tucji sosnowieckich, każdej z nich w miarę sił i czasu, jakim rozporządzał poza rozległą praktyką lekarską, chciał służyć i służył. Jednym z towarzyszy, któremu poza miejscową szkołą polską szczególną życzliwość i współpracownictwo okazywał, był Dom Ludowy w Sosnowcu; jako prezes tej instytucji od chwili jej założenia wspierał radą i pomocą, głębiej wnikając w celowość zadań oświatowo-kulturalnych stowarzyszeń dla ludu. Cichy, nie szukający rozgłosu, czynił wiele dobrego, o czym jedynie wiedzieli i wiedzą jedynie towarzysze w pracy społecznej. Wybitne zalety charakteru i serca zjednały zmarłemu powszechną opinię człowieka nad wyraz prawego i dobrego – jakich nie mamy za wielu. Ludzkość utraciła jednostkę, która przyczyniła się do wzbogacenia wiedzy lekarskiej nowymi zdobyczami, społeczeństwo polskie – dobrego syna swej ojczyzny, mieszkańcy Zagłębia – doświadczonego i wybitnego lekarza, pozostała rodzina – znanego i ukochanego Męża i Ojca.  
Cześć Jego pamięci!

\*\*\*

Luka wytworzona przez śmierć dr. Czajkowskiego, długo przez ogół odczuwana będzie. Uważamy, że tracąc takich ludzi winniśmy tworzyć pomnik ich pamięci i stawić. Stwórzmy fundację imienia dr. n. med. Józefa Czajkowskiego, której odsetki niechaj będą darowane na cel tej samej walki, jaką zmarły wytrwale prowadził; na leczenie w uzdrowiskach krajowych dotkniętych lub zagrożonych gruźlicą niezamożnych mieszkańców Zagłębia. Rzucamy myśl, którą, w naszym przekonaniu, przy pomocy szerszego ogółu mieszkańców Zagłębia zrealizować winno miejscowe Towarzystwo Lekarskie”.

Józef Czajkowski urodził się w 1857 r. w Łomży, tam ukończył gimnazjum. Studia lekarskie odbył w Akademii Medyko-Chirurgicznej w Petersburgu. Przez dwa lata pracował jako lekarz pułkowy w Kursku, a następnie pięć lat jako ordynator Szpitala Wojskowego w Charkowie. Tam doktoryzował się na podstawie pracy pt. „Drobnoustroje narządu oddechowego oraz ich znaczenie w etiologii niektórych zachoro-

wań tych narządów”. W następnych latach pracował w Iłży, skąd w 1890 roku przybył do Sosnowca, obejmując posadę naczelnego lekarza Towarzystwa Sosnowieckiego Kopalń Węgla i lekarza naczelnego szpitala na Pogoni „Na Lepiankach” powstałego w 1859 r., (po II wojnie światowej szpital dziecięcy nr 3 przy ul. Świerczewskiego a później Grota Roweckiego dziś nieistniejący, na tym miejscu stoi budynek Uniwersytetu Śląskiego). Czajkowski był lekarzem praktykiem i naukowcem, zajmował się m.in. chirurgicznym leczeniem schorzeń jamy brzusznej w tym ropnych schorzeń powłok brzusznych. W szpitalu stworzył pracownię bakteriologiczną, tu wytwarzał surowice lecznicze przeciw gruźlicy, tyfusowi. Wyniki leczenia surowicami prezentował m.in. na wydziale lekarskim Uniwersytetu Jagiellońskiego. Opublikował 20 prac, w tym 18 w języku polskim. Wśród nich należy wymienić pionierskie opracowanie „Zatrucie cynkiem” oraz „Hutnictwo cynkowe i jego wpływ na powstanie chorób zawodowych robotników jemu oddanych”. W pracach tych wyraźnie rozgraniczył objawy zatrucia cynkiem od zatrucia ołowiem; (dotychczas nie różniano tych dwóch stanów). W medycynie światowej zyskał uznanie za pracę „O leczeniu swoistym reumatyzmu oraz kilka uwag o etiologii tego cierpienia”. Jako pierwszy podkreślił udział paciorkowców w chorobie reumatycznej, uszkodzeniu serca i nerek. Oddawał się również pracy społecznej; był jednym z inicjatorów powstania Domu Ludowego w Sosnowcu i Towarzystwa Miłośników Sztuki Polskiej. W organizacjach tych pełnił funkcję prezesa. Był współzałożycielem Szkoły Handlowej, uczestniczył czynnie w tworzeniu „Piechura” w miejsce zamkniętego przez władze carskie „Sokoła”.

J. Czajkowski należał do grona założycieli pierwszego na naszym terenie Towarzystwa Lekarskiego w Częstochowie powstałego w roku 1901. Należy pamiętać, że były to czasy rozbioru Polski. Zagłębie, Sosnowiec i Częstochowa leżały z dala od ośrodków akademickich, a trzeba było dokształcać się, tworzyć podwaliny wymiany myśli; doświadczeń i wzbogacaniu wiedzy

ciąg dalszy ze str. 27 ►►►

lekarzy. Świadomość ważności szkolenia i wzajemnego doszkalania, kształtowania postaw etycznych prezentowane przez wybitnego lekarza Władysława Biegańskiego z Częstochowy znalazła wielkie wsparcie dr Józefa Czajkowskiego. J. Czajkowskiego wybrano zastępcą doktora Władysława Biegańskiego, którego świat lekarski, a i akademicki, określał mianem „profesora bez katedry”. W kilka lat później bo w roku 1907 dr Czajkowski został prezesem Sosnowieckiego Oddziału Towarzystwa Lekarskiego Częstochowskiego, co uznano za początek istnienia Towarzystwa Lekarskiego Zagłębia Dąbrowskiego. Funkcję prezesa tego Towarzystwa dr Czajkowski pełnił do śmierci. Zmarł w Krakowie 22 maja 1913 r. Jego piękną mogiła z piaskowca znajduje się na cmentarzu w Sosnowcu przy Al. Mireckiego (opodal głównej alei, idąc do kaplicy cmentarnej po prawej stronie od głównego wejścia). W roku 1932 w XXV-lecie To-

warzystwa Lekarskiego Zagłębia Dąbrowskiego prof. Uniwersytetu Jagiellońskiego Roman Nitsch zaprezentował szczegółowo dorobek zawodowy i naukowy nieżyjącego już od 20 lat doktora J. Czajkowskiego. W swoim odczycie podkreślał walory osobiste oraz zawodowe, a przede wszystkim osiągnięcia warsztatu naukowego lekarza pracującego na prowincji. Wykład profesora Nitscha utwierdził zebranych kolegów lekarzy o wartości dr. Czajkowskiego jako badacza i naukowca. Znaczna część lekarzy pamiętała swojego prezesa, wzorowy stosunek do kolegów lekarzy, opinie pacjentów i społeczeństwa.

W roku 1992 Zarząd Sosnowieckiego Koła Polskiego Towarzystwa Lekarskiego powziął uchwałę o utworzeniu Nagrody im. dr. Józefa Czajkowskiego dla młodych wybijających się lekarzy.

W roku 1997 staraniem Zarządu Koła PTL wybito pamiątkowy medal z podobizną

Józefa Czajkowskiego, a na murach Katedry Sosnowieckiej zawieszono granitową tablicę upamiętniającą dr Czajkowskiego i lekarzy ofiary wojen i zawodu. Tablicę tę podczas jubileuszu 90-lecia Towarzystwa Lekarskiego Zagłębia Dąbrowskiego odsłoniли lekarze Adam Proń i Mieczysław Stokłosa, a poświęcił Sekretarz Episkopatu Polski ks. bp dr Tadeusz Pieronek w asyście biskupów sosnowieckich ks. dr. Adama Śmigiełskiego i ks. dr. Piotra Skuchy oraz władz miasta i licznie zebranych lekarzy i mieszkańców. Od roku 1997 Zarząd Sosnowieckiego Koła PTL odznacza zasłużonych lekarzy medalem im. dr. J. Czajkowskiego. Medal ten otrzymali w kolejności lekarze: Emilian Kocot, Jan Ornowski, Józef Rybka, Wiesław Miller, Jan Zębała, Wojciech Koss, Danuta Wysocka, Krzysztof Brożek, Magdalena Klimczyk-Dobrosz.

**Emilian Kocot**

## Śp. Doktor Jan Ornowski (1918-2013)

### Jedno słowo: miłość...

Pół wieku i dziesięć lat – trudno opowiedzieć wszystko, ale właściwie życie dr. Ornowskiego można by podsumować jednym słowem; „miłość”. Jeżeli o niej mówimy, trzeba to uzasadnić.

Ta miłość była przede wszystkim poświęcona rodzinie, która zawsze była u Niego na pierwszym miejscu. Bywało różnie, czasy były ciężkie, służbę wojskową trzeba było łączyć z pracą lekarza, „służba nie drużba”, nie było łatwo. Czasami pracowaliśmy po 56 godzin bez przerwy, mimo ciężkich czasów podołał temu trudowi. Wszystkie wakacje spędzał z rodziną, wyjeżdżali na wieś, razem chodzili na grzyby, zresztą żona, Pani Halina Ornowska, była mistrzem w sztuce znajdowania prawdziwków.

Drugą miłością była ojczyzna, własny kraj. Jako lekarz, a może właśnie dlatego, był humanistą kochającym swój kraj, jego historię, którą znał doskonale, jak i całą Europę. Mógł dyskutować na każdy temat. Nie tylko na teoretycznych wiadomościach historycznych opierała się ta miłość do ojczyzny, ale przede wszystkim kochał zabytki sztuki, piękno, które w naszym kraju tak bogato jest rozsiane. Zbierał te wiadomości i obrazy historii. Kiedy tylko miał wolny czas, jeździł po Polsce i robił fotografie starych pałaców, dworów, kościołów, wieża, gdzie jest ołtarz z XVII w., gdzie portret Matki Boskiej z XVI w. i to wszystko dokumentował. Jeździł do najdalszych zakątków kraju. Wieczorami wywoływał filmy, robił odbitki i segregował. Proszę sobie wyobrazić, choć może się to wydać niewyobrażalne, że do ostatnich chwil tych zdjęć uzbierało się 150 tysięcy! Są

posegregowane, skatalogowane, ujęte przez dr Ornowskiego spisem powiatami. W przyjacielskiej rozmowie, gdy był już ciężko chory, martwił się „co będzie z tymi zdjęciami?” i wtedy ustaliliśmy, że zdjęcia trzeba będzie przekazać w ręce kogoś, kto mógłby kompetentnie ten zbiór utrzymać. Za Jego zgodą postanowiliśmy, że cała ta wspaniała kolekcja dokumentująca istniejącą i nie istniejącą już czasami pomniki historii, będzie częścią biblioteki jednej z wyższych uczelni na terenie Polski, gdzie jest już przygotowane na to miejsce, a zatem ten wielki zbiór będzie dostępny w przyszłości dla potomności jako „zbiór Pana Doktora Jana Ornowskiego”. To była ta druga miłość.

A trzecia miłość, to miłość do ludzi, których w braterski sposób traktował, wiedział czego oni będą potrzebowali. Był przy tym pogodnym, jowialnym gawędziarzem. Wiedział, że zdrowiu ludzi mogą pomóc tylko wykwalifikowani lekarze. Tak szczęśliwie się złożyło, że został kierownikiem wojewódzkiego Wydziału Zdrowia. Za czasów generała Ziętka przez 16 lat zarządzał służbą zdrowia w woj. katowickim. Doktor Ornowski wiedział, że będą potrzebne szpitale, a w nich wysoko wykwalifikowani lekarze. W tym czasie rozwijała działalność Śląska Akademia Medyczna. On zrozumiał, że budująca się Akademia wymaga pomocy i nawiązał bardzo ścisłą współpracę między władzami wojewódzkiej służby zdrowia, a Śląską Akademią Medyczną (dzisiejszym Uniwersytetem Medycznym). Gdyby nie współpraca doktora Ornowskiego, rozwijająca się Akademia Medyczna nie byłaby w stanie osiągnąć tego stopnia, jaki dzisiaj reprezentuje. Wielcy



Profesorowie, jak prof. prof. Gibiński, Japa, Gasiński (ojciec chirurgii na Śląsku) oraz Rektorzy ŚIAM mieli oparcie w wojewódzkim Wydziale Zdrowia, dzięki dr. Janowi Ornowskiemu.

Proszę sobie wyobrazić, że dr Ornowski, mając budynek przy ul. Reymonta należący do Wydziału Zdrowia, odstąpił go Klinice Hematologii prof. Japy. Klinice, która była potrzebna na Śląsku, zaczęła się rozwijać w Zabrze i nie miała lokum, Przeniósł się do urzędów, a sam zrezygnował z budynku na rzecz Śląskiej Akademii Medycznej. Do dziś jest przy ul. Reymonta 6-8 Klinika Hematologii i Transplantologii Szpiku i Poradnia Specjalistyczna. Stworzył sieć 25 Poradni Specjalistycznych w ramach utworzonej Przychodni Wielospecjalistycznej związanych z poszczególnymi Klinikami ŚIAM, pomagał klinikom, dodając etaty dla asystentów, dostarczając sprzęt do badań, aparaturę. Zakładał nowe szpitale i rozpoczynał budowy. Gdyby nie dr Ornowski, nie byłoby Ligoty, nie byłoby Szpitala św. Barbary Sosnowiec-Dąbrowa Górnicza, nie byłoby Wojewódzkiego Szpitala w Tychach, olbrzymiego Szpitala w Ustroniu i Szpitala Reumatologicznego tamże. Powstał znany Ośrodek Leczenia Oparzeń, do którego zjeżdżają się z całej Polski ludzie poparzeni. Nie byłoby również Szpitala Górniczego i Kardiologii w Katowicach-Ochojcu. ►►►

Przez 16 lat, gdy był kierownikiem wojewódzkiego Wydziału Zdrowia, nie miał miejsca żaden konflikt czy wystąpienie przeciwko lekarzom, i odwrotnie, lekarzy „contra” pacjentom. Dr Ornowski wszystko brał na siebie i na czas gasił powstające gdziekolwiek zarzewie nieporozumienia. Umiął te problemy rozwiązać sam, radykalnie, ku dobru pacjentów i środowiska lekarskiego.

Gdy przeszedł na emeryturę zdobył się na luksus, mianowicie kupił sobie Fiata 126p, taki „wspaniały samochód”, z którego był dumny. Mógł nim dojeżdżać na krańce najmniejszych powiatów, ażeby dalej fotografować i to uznał za swój życiowy sukces. Sądzę, że teraz na tego Fiata 126p prowadzonego przez Doktora Ornowskiego czeka św. Piotr, wysoko unosząc bramę...

Tymi słowami chcę pożegnać doktora nauk medycznych, specjalistę chorób wewnętrznych, pułkownika Wojska Polskiego w stanie rezerwy, Doktora Jana Ornowskiego.

**Prof. dr hab. n. med Tadeusz Petelenz**  
(Na podstawie mowy wygłoszonej podczas uroczystości pogrzebowych)

## Śp. Doktor Witold Helis (1949-2003)

### Pro memoria

Minęło 10 lat od śmierci Pana Doktora Witolda Helisa, już 10 lat. Pan Doktor nie zdążył się z nami pożegnać, odszedł nagle, pełniąc dyżur w Szpitalu Dziecięcym w Jastrzębiu Zdroju, w szpitalu, który sam stworzył, który był jego drugim domem. Mój pierwszy kontakt z Doktorem miał miejsce w czasie studiów. Zajęcia z pediatrii odbywały się pod czujnym okiem Pana Doktora, pełniącego obowiązki ordynatora Kliniki Neurologii Dziecięcej w Katowicach Załężu. Doktor miał zwyczaj weryfikować wiedzę studentów na początku zajęć, kto przebrnął przez definicje, centyle, klasyfikacje wirusów, cykl Krebsa, różnicowanie, ten szczęśliwiec miał dostęp do małych pacjentów. Nie każdy Asystent umiał tak jak On, dzielić się wiedzą, przemyśleniami, doświadczeniem. Kiedy po studiach trafiłam na staż podyplomowy do Jastrzębia Zdroju znowu spotkałam Pana Doktora. Od dwóch lat był ordynatorem Szpitala Dziecięcego. To był mały szpitalik w starym, przedwojennym budynku sanatoryjnym, w którym niestety mogły być leczone tylko dzieci do drugiego roku życia. Miejsce to było

jednak szczególne, bo w tych naprawdę spartańskich warunkach Pan Doktor wprowadzał, utrzymywał standardy leczenia na najwyższym poziomie. Był bardzo wymagającym Szefem, ale też świetnym Nauczycielem. Nic dziwnego, że prowadził do specjalizacji wielu młodych lekarzy, nie tylko z Jastrzębia. Cierpliwie tłumaczył, wyjaśniał wątpliwości, dzielił się swoim doświadczeniem, cieszył się, kiedy wniośki z prac naukowych pokrywały się z naszymi, gdy wizytując Poradnie Dziecięce mógł pochwalić lekarza za dobrą pracę, a czasem też wytknąć merytoryczne błędy. Ambicją Doktora Helisa było, by Jastrzębie – miasto młodych ludzi, miało swój pełnoprofilowy Szpital Dziecięcy. Były lata 80., chyba najgorszy okres dla inwestycji. W tych trudnych czasach krok po kroku wybudował duży szpital, nadał mu imię Janusza Korczaka, wyposażył w najnowocześniejszą na tamte czasy aparaturę. W 2002 roku szpital przyjął pierwszych pacjentów. Pan Doktor znowu mógł zająć się „swoimi” dziećmi – jego pasją były te z problemami neurologicznymi, ich kartoteki w poradni konsultacyjnej, którą



prowadził, były coraz grubsze, a Pan Doktor nadal cieszył się każdym rozwiązaniem problemem zdrowotnym. Przepracował w swoim szpitalu jedenaście lat. O ile praca z dziećmi i ich rodzicami, ciągle samokształcenie, wyjazdy na sympozja naukowe sprawiły Mu przyjemność, o tyle znalezienie się w nowych realiach ekonomicznych było przyczyną wielu trosk. Do tego dołączyły się jeszcze problemy zdrowotne, o których nie lubił mówić, a które na wiele dni wyłączały Go z życia zawodowego. Wielką radością Doktora była córka Magda, bardzo zdolna i ambitna, niestety przekazanie jej pediatrycznej praktyki nie powiodło się, została świetną anglistką. Nie dane było też Doktorowi poznać swojego pierwszego wnuka. Pan Doktor nie zdążył się z nami pożegnać, odszedł nagle, pełniąc dyżur w Szpitalu Dziecięcym w Jastrzębiu Zdroju.

**dr Elżbieta Babicz-Noga**

Z wielkim żalem informujemy, że 4 maja 2013 roku w wieku 76 lat zmarła

śp. lek. **Zofia Gackowska-Klement**

Absolwentka Śląskiej Akademii Medycznej w Katowicach, wieloletni pracownik Kliniki Radiologii w Zabrze i Zespołu Opieki Zdrowotnej w Mikołowie oraz Kierownik Pracowni Diagnostyki Obrazowej Szpitala w Murckach

Rodzina

Z wielkim żalem przyjęliśmy wiadomość, że w wieku 91 lat zmarła

śp. prof. dr hab. n. med. **Rozalia Osuch-Jaczevska**

wybitny Lekarz i Nauczyciel,  
prawy człowiek niosący pomoc wszystkim potrzebującym,  
niestrudzona w służbie dla Ojczyzny,  
odznaczona Krzyżem Armii Krajowej,  
wspierająca powstanie NSZZ „Solidarność”.

Specjalista chorób wewnętrznych, pediatrii i neonatologii,  
twórczyni śląskiej szkoły neonatologii, wieloletni konsultant wojewódzki,  
prezes fundacji Pomocy Noworodkom Śląska,  
współorganizator Polsko-Szwajcarskiego Programu „Matka i Dziecko”,  
uhonorowana Medalem i Statuetką Programu.  
Nagrodzona w 2011 roku „Wawrzynem Lekarskim”,  
najwyższym wyróżnieniem przyznawanym przez Śląską Izbę Lekarską.

Rodzinie, Najbliższym i Przyjaciółom  
składamy wyrazy serdecznego współczucia

Jacek Kozakiewicz  
wraz z Okręgową Radą Lekarską w Katowicach

Szanownej Pani Ordynator Oddziału Neurologii  
Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego Nr 4  
w Bytomiu, dr **Annie Piekarskiej-Konstanty**

słowa wsparcia i wyrazy głębokiego współczucia  
w trudnych chwilach po stracie

**Mamy**

składa zespół pracowników Oddziału



## Śląski Uniwersytet Medyczny

### Absolwenci rocznika 1953

W związku z jubileuszem 65-lecia  
powstania naszej Uczelni  
uprzejmie proszę absolwentów  
pierwszego rocznika (dyplom w 1953 roku)  
o zarejestrowanie się  
w Dziekanacie Wydziału Zabrzeńskiego  
u Pani Julity Prabuckiej  
do dnia 31 sierpnia 2013 r.

Adres dziekanatu: 41-800 Zabrze pl. Traugutta 2,  
tel. 32 3705266, e-mail: kkpzabrze@sum.edu.pl

Stowarzyszenie Wychowanków  
Śląskiego Uniwersytetu Medycznego  
Prezes Maria Gajecka-Bożek

## II OTWARTE MISTRZOSTWA ŚLĄSKA LEKARZY W TENISIE ZIEMNYM

26-28 lipca 2013 r.  
Tychy  
korty Tennis Team.  
Szczegółowe informacje  
na stronach internetowych:  
[www.pstl.org](http://www.pstl.org),  
[www.tennisteam.com.pl](http://www.tennisteam.com.pl),  
fb, :tennisteam  
i pod nr tel. 601 447 521  
Organizator:  
Adam Dyrda

## Studia Podyplomowe - Prawo w ochronie zdrowia

Kierownik studiów podyplomowych: prof. dr hab. Teresa Dukiet-Nagórska  
Studia podyplomowe „Prawo w ochronie zdrowia” prowadzone są wspólnie  
przez Uniwersytet Śląski, Śląski Uniwersytet Medyczny i Śląską Izbę Lekarską.

Studia służą poprawie orientacji w zakresie przepisów prawa medycznego,  
wyznaczających m.in. ramy wykonywanego zawodu,  
a także orientacji w podstawowych przepisach innych dziedzin prawa.  
Zajęcia będą prowadzone w formie wykładów połączonych z zajęciami  
o charakterze warsztatów.

Szczegółowe informacje dotyczące rekrutacji dostępne są na stronach internetowych:  
[www.wpia.us.edu.pl/podyplomowe-studia-prawo-w-ochronie-zdrowia](http://www.wpia.us.edu.pl/podyplomowe-studia-prawo-w-ochronie-zdrowia) oraz  
[www.izba-lekarska.org.pl](http://www.izba-lekarska.org.pl)

Jednocześnie informujemy, że punkt informacyjny znajduje się również w siedzibie  
Śląskiej Izby Lekarskiej w Katowicach przy ul. Grażyńskiego 49a  
tel. 32 60 44 225 (w godzinach pracy izby)

Komplet wymaganych dokumentów:

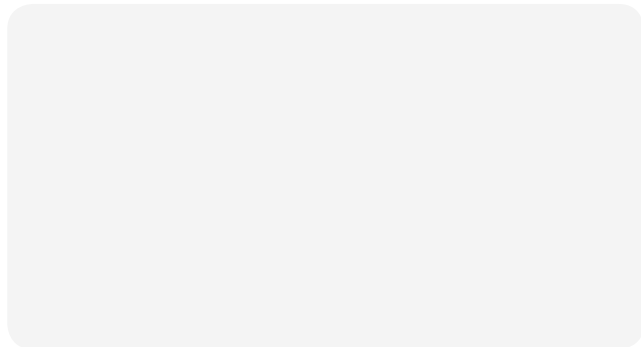
- podanie o przyjęcie na studia podyplomowe
- zdjęcie
- odpis dyplomu
- ksero dowodu osobistego

Wszyscy chętni będą mogli składać wskazane komplety dokumentów.  
w następujących terminach:

od 3 czerwca 2013r. do 14 czerwca 2013 r. (poniedziałek - piątek godz.10.00 - 15.00)  
od 1 lipca 2013r. do 5 lipca 2013 r. (poniedziałek - piątek godz. 10.00 - 15.00)  
od 2 września 2013 r. do 13 września 2013 r.

Miejsce składania dokumentów: Wydział Prawa i Administracji Katowice, ul. Bankowa 11B  
pok. 1.27, tel. 359-16-98 mail: [marta.wilk@us.edu.pl](mailto:marta.wilk@us.edu.pl)  
Limit miejsc: 75 osób. Decyduje kolejność zgłoszeń

Reklama



## szukam pracy

*Lekarz otolaryngolog i lekarz medycyny pracy szuka dodatkowego zatrudnienia w Tychach i najbliższej okolicy; tel. 604 544 204*

*Specjalista laryngolog szuka pracy w Katowicach; tel. 606 13 12 43*

*Ginekolog szuka dodatkowej pracy w poradni K; tel. 603 168 299*

Reklama

