

Uwaga!

Okręgowa Rada Lekarska w Bydgoszczy zwołuje w dniu 29.03.2008 roku **XXV Okręgowy Zjazd Lekarzy Bydgoskiej Izby Lekarskiej**. (Uchwała nr 739/V/07 Okręgowej Rady Lekarskiej Bydgoskiej Izby Lekarskiej z dnia 29.11.2007 r.)

Okręgowa Rada Lekarska Bydgoskiej Izby Lekarskiej przyjmuje propozycje kandydatów do odznaczenia „**Zastużony dla Samorządu Lekarskiego**”. Zgłoszenia wraz z uzasadnieniem przyjmowane są w Sekretariacie Izby do 12.03.2008 r.

Wpisana już na dobre do lekarskiego kalendarza – Medyczna Noc w Operze tym razem wiosną – 11 kwietnia 2008 (szerzej – w „Pigułce”).

W NUMERZE

OPT-OUT	2, 5
NADZWYCZAJNY ZJAZD LEKARSKI	3-4
OBOWIĄZKOWE UBEZPIECZENIE OC	6
ŚWIATŁO NA PROBLEM	7-9
W SPRAWIE DOMU LEKARZA SENIORA	10-11
TAK MYŚLĘ	12-13
Z CM UMK	13-14
KONFERENCJE	15
SPOTKANIA W IZBIE	16-17
PNN x 200	18-19
W PIGUŁCE	20

Szanowne Koleżanki i Koledzy



Zgodnie z przewidywaniami początek roku przyniósł znowu gorące dni w ochronie zdrowia. Pojawiła się niepowtarzalna szansa na poprawę sytuacji finansowej lekarzy, przy wykorzystaniu wyłącznie drogi prawnej, w związku z nowelizacją Ustawy o Zakładach Opieki Zdrowia i implementowaniu prawa unijnego do prawa polskiego.

W większości szpitali naszego regionu doszło już do częściowych porozumień płacowych między pracodawcami a lekarzami. Nie są to jeszcze w pełni satysfakcjonujące rozwiązania, a dopiero początek drogi, ale z widocznym już światłem w tunelu. W związku z tym procesem nasuwa mi się jednak kilka refleksji:

- pozytywną kwestią jest niespotykana od dłuższego czasu w naszym regionie integracja lekarzy, którzy – pomimo niekiedy odmiennych interesów – potrafili wspólnie dochodzić swojego prawa do godnego wynagrodzenia

- negatywne jest to, że nadal dla wielu z nas wąski osobisty interes przestania interes ogółu środowiska; nadal wielu przełożonych, w tym również lekarzy, próbuje wykorzystywać swoje stanowisko do wpływania na decyzje swoich podwładnych w sposób nieformalny (przypominam, że całkowity zakaz niewolnictwa, dotyczący także kolonii, pierwsza wprowadziła Wielka Brytania 25 marca 1807, Liga Narodów w roku 1926 zakazała handlu niewolnikami, Arabia Saudyjska w 1962 r., Mauretania w 1981 r., a Polska formalnie w 2007r. – czyżby jednak ukryte niewolnictwo nadal trwało w ochronie zdrowia?)

- niepokojące są doniesienia z regionu o próbach podejmowanych przez pracodawców – również tych, którzy niedawno jeszcze byli naszymi kolegami z pracy; zamiany podwyżek zawartych w porozumieniach przez siebie podpisanych na faktyczne obniżki płac poprzez nieformalne kruczkę prawne, a niezgodne z zapisami ustawowymi, łamiąc tym porozumienia z lekarzami

- nie mogę się też pogodzić z przejściem na drugą stronę barykady – tj. na stanowisko wiceministra zdrowia – wiceprezesa NRL. Pomimo tego, że uzyskał wotum zaufania na ostatnim zjeździe – wyraźnie widzę zmianę w wyrażanych przez dr A. Włodarczyka opiniach; a jeszcze kilka dni przed nominacją przekonywał, że nie jest zainteresowany nowym stanowiskiem, wyrażał dezaprobatę dla nowo powołanego Prezesa NFZ, a teraz z nim współpracuje. Zobaczymy...

Reasumując: efekt ogólny gorącego początku roku jest raczej pozytywny, choć jako środowisko, musimy zachować ostrożność i czujność. To dopiero potyczka. Cała batalia przed nami....

Dariusz Ratajczak

Przewodniczący Regionu Kujawsko-Pomorskiego OZZL

BIULETYN BYDGOSKIEJ IZBY LEKARSKIEJ

Redakcja: e-mail: primum@bil.org.pl, tel. 0523460785

RADA PROGRAMOWA: Przewodniczący: dr n. med. Wojciech Szczęsny; wiceprzewodniczący: dr n. med. Witold Hryniewicz; członkowie Rady: prof. Aleksander Araszkiwicz, red.: mgr Agnieszka Banach, red. nac.: mgr Teodora Bogdańska, lek. Mieczysław Boguszyński, dr n. med. Małgorzata Czajkowska-Malinowska, lek. Józef Karwowski, dr n. med. Jerzy Kochan, dr n. med. Andrzej Martynowski, dr hab. n. med. Jan Styczyński.

CZEKAMY na Państwa opinie, uwagi i propozycje! Przewodniczący Rady Programowej: Wojciech Szczęsny, tel. 0602 395 654; redaktor naczelny: Teodora Bogdańska tel. 052 346 07 85, 0696 016 262; redaktor: Agnieszka Banach agnieszka.banach@hipokrates.org

WYDAWCA: Bydgoska Izba Lekarska, Bydgoszcz, ul. Powstańców Warszawy 11; telefony: 0523460084, 0523460780; Numer konta: PKO BP II O/Bydgoszcz 95102014750000830200191197; e-mail: bil@bil.org.pl; <http://www.bil.org.pl>

● Okręgowy Rzecznik Odpowiedzialności Zawodowej: e-mail: rzecznik@bil.org.pl, tel. 0523461257.

Próba sił zakończyła się pokojowo

Nieznosne poczucie coraz szybciej upływającego czasu zaczęło towarzyszyć dyrekcji od końca listopada. Pomimo naszych, ale nie tylko naszych ostrzeżeń, że nadciąga nowe prawo, całkowicie wywracające obecnie ustalone reguły czasu pracy, nikt w szefostwie szpitala nie sądził, że pociągnie to za sobą aż takie konsekwencje. Przepis, jak przepis, słyszeliśmy we wrześniu, gdy wejście w życie to zastanowimy się co zrobić – to właśnie mogliśmy wyczytać w ich spokojnych spojrzeniach. „Don't panic, doktorze, nie takie ustawy wprowadzaliśmy w życie i wszystko się ułożyło”. Ale, po pierwszych szkoleniach okazało się, iż modyfikacja grafiku prowadzi do zastraszających wniosków. W naszym szpitalu potrzeba „lekką” licząc około 150 lekarzy. Skąd ich wziąć? Jak zachęcić do pracy na etacie za średnio 2500 zł?

Wiedzieliśmy, że dla nas jest to niepowtarzalna okazja do tego, by powalczyć o znacząco wyższe zarobki, zarówno etatowe, jak i kontraktowe. 19 listopada zorganizowaliśmy zebranie ogólne lekarzy Szpitala Uniwersyteckiego w celu powołania Zespołu Negocyjnego. Chodziło o rezygnację z indywidualnego negocjowania przez lekarzy umowy w sprawie opt-out z dyrekcją szpitala. Muszę przyznać, że niepoślednią rolę w organizowaniu lekarzy odegrała dr Ola Kołodziejczak, której determinacja w późniejszych rokowaniach zrobiła duże wrażenie, także na dyrektorze.

Udało nam się jednak wówczas zebrać połączoną grupę kolegów, którą poprosiliśmy o podpisanie pełnomocnictw na rzecz uzyskania wstępnego porozumienia z dyrekcją, w celu wynegocjowania wzrostu naszych wynagrodzeń. Chcieliśmy połączyć rozmowy o wzroście płac etatowych z podwyżką kontraktów, głównie po to, aby nasza pozycja negocjacyjna była silniejsza.

Niestety, ta koncepcja legła w gruzach już na samym początku, ponieważ pomimo licznych deklaracji współpracy w postaci pełnomocnictw, koledzy – często w towarzystwie swoich szefów, biegali do gabinetu dyrektora negocjować swoje kontrakty w nadziei „ugrania” czegoś więcej niż poprzednicy. Gdy w końcu listopada chi-

rurdzy złożyli wypowiedzenia i poszli własną, niepewną drogą pełnej konfrontacji, sprawa stała się jasna. Trochę szkoda, ale cóż, życie...

Skupiliśmy się więc, chcąc nie chcąc, na czysto związkowej „robocie”, czyli negocjacjach płac etatowych. Nie było to łatwe, ponieważ początkowo propozycje wzrostu uposażeń dotyczyły głównie kontraktów i ta właśnie forma zatrudnienia wydawała się dyrektorowi panaceum na wszelkie „dolegliwości” ustawy dostosowującej polskie prawo do prawodawstwa Unii Europejskiej. Jednakże prawie 200 osób deklarujących chęć pozostania na etacie, nie sposób było pominąć. Wróciliśmy więc do tego nieszczęsnego opt-out-u. Wiele było przy tym emocji, tych dobrych i tych złych, zarówno w zespole negocyjnym, ze spotkania na spotkanie coraz mniej licznym, jak i pośród dyrektorskich głów. Nie obyło się bez oskarżeń o chęć destabilizacji, pograżenia szpitala w otchłani komorniczych windykacji, doprowadzenia do ewakuacji poszczególnych klinik. Z drugiej zaś strony, za naszymi plecami, dawały się słyszeć buńczuczne głosy o bezwarunkowej walce o trzy średnie krajowe już od dzisiaj, bez cienia nawet nadziei na kompromis, a także odsądzające nas od czci i wiary, za próby jakichkolwiek ustępstw.

Zaczęła się próba sił, wyrażona w pracy zmianowej, okropnie przez nas postrzeganej i wręcz nienaturalnej dla pracy z pacjentem. Radiologów zmuszano nawet do pracy na 5 zmian, wbrew wszelkim zasadom, nawet tych zapisanym w Regulaminie Pracy. Jednakże zdawaliśmy sobie sprawę z tego, że szpital tak długo „nie pociągnie” i za chwilę skończą się możliwości takiego „eksperymentu”.

Na szczęście ta próba sił zakończyła się pokojowo. Myślę, że zawarte porozumienie do końca nie satysfakcjonuje żadnej ze stron, ale tak to zwykle bywa z kompromisami. Oczywiście zdajemy sobie sprawę, że ugoda nie wyczerpuje do końca naszych roszczeń zawartych w postulatach sporu zbiorowego (dla lekarza po stażu, bez specjalizacji – młodszy asystent, rezydent: 2 średnie krajowe, dla lekarza z I stopniem specjalizacji: 2,5 średniej krajowej i dla lekarza z tytułem specjalisty: 3), ale rozumiemy też po części argumenty drugiej strony i trudną sytuację naszego szpitala. Myślę, że spełnienie tych ocze-

kiwań w okresie 2 lat to zupełnie rozsądna propozycja. Mam nadzieję, że również rządzący i wszyscy inni decydenci zdali sobie przy tej okazji sprawę, że skończył się definitywnie okres, kiedy lekarze i pielęgniarki ze swoich zarobków pokrywać będą koszty transformacji systemu ochrony zdrowia, w imię natychmiast przywoływanych zasad etycznych, chętnie egzekwowanych tylko od nas.

Krzysztof Dalke

*Katedra i Klinika Otolaryngologii
Szpitala Uniwersyteckiego CM UMK
Przewodniczący Międzyzakładowego
Oddziału Terenowego OZZL
przy CM UMK i Szpitalu
Uniwersyteckim im. Jurasza*

Od redakcji:

Lekarze ze Szpitala Uniwersyteckiego, 17 stycznia, podpisali ze swoją dyrekcją porozumienie gwarantujące rozłożone na okres dwóch lat podwyżki. Na jego mocy wynagrodzenie rezydenta będzie równe uposażeniu młodszego asystenta – wynagrodzenie zasadnicze ustalone przez MZ plus, po 3 roku specjalizacji, 9 proc. w każdym kolejnym roku. Asystent może liczyć na 3032 zł brutto, a starszy asystent do pięć lat po egzaminie specjalizacyjnym otrzyma 3800, po 5 latach – 4100 zł. To na razie pierwszy etap podwyżek. Kolejne rozmowy zaplanowano na maj. Lekarze w Szpitalu sprawują teraz dyżury w ramach tzw. opt-outu oraz niepublicznych zoz-ów.

Także w Wojewódzkim Szpitalu im. Bizuela lekarze doszli do porozumienia ze swoją dyrekcją (choć, jak się słyszy nie wszyscy są z ustaleń zadowoleni i zamierzają rozmawiać dalej). Tam stawki dyżurowe „kontraktowców” od 1 stycznia kształtują się od 500 zł brutto w dzień powszedni, 750 zł brutto w sobotę, niedzielę i dzień wolny dla młodszego asystenta, rezydenta, lekarza bez specjalizacji do 700 zł brutto za dyżur w zwykły dzień oraz 1500 zł brutto za dyżur w wolne dni dla starszych asystentów i lekarzy specjalistów. Minimalne uposażenia lekarzy etatowców to 2500 brutto dla młodszych asystentów i lekarzy bez specjalizacji, 3 tys. dla asystentów i lekarzy w trakcie specjalizacji oraz 4 tys. brutto dla starszych asystentów i lekarzy specjalistów. Tu także w maju strony mają powrócić do dalszych rozmów na temat wysokości wynagrodzeń.

(a.b.)

Nie będzie reformy służby zdrowia bez zasadniczo większych nakładów!

Warszawa
11-12 stycznia 2008 r.

IX
NADZWYCZAJNY
KRAJOWY ZJAZD
LEKARZY

NAZDWCZAJNY ZJAZD LEKARZY

11 i 12 stycznia obradował w Warszawie IX Nadzwyczajny Zjazd Lekarski. Medycy spotkali się, by ocenić dwa lata pracy samorządu lekarskiego na rzecz zmian w ochronie zdrowia i poprawy wynagrodzeń lekarskich oraz by podyskutować o aktualnych problemach środowiska lekarskiego.

■ **Pierwszy dzień** obrad minął lekarzom na ... oczekiwaniu na minister zdrowia Ewę Kopacz. Bezskutecznym. Mimo docierających do delegatów wieści, że pani Minister lada chwila się pojawi, bo właśnie jest u premiera na wspólnym spotkaniu z ministrem finansów (spekulowano nawet, że przywiezie ze sobą informację o dodatkowych nakładach na opiekę zdrowotną) – na spotkanie ze swoimi kolegami po fachu nie dotarła. W zastępstwie o ministerialnych pomysłach na reformę służby zdrowia, m.in. pakiecie trzech ustaw: o prawach pacjenta, o ubezpieczeniach dodatkowych i o zakładach opieki zdrowotnej, których poza prezesem NRL nikt z obecnych nie miał szans przeczytać, a i sam Konstanty Radziwiłł mówił, że i jemu udało się to tylko dzięki uprzejmości znajomego dziennikarza – opowiadał wiceminister zdrowia Marek Twardowski.

Radziwiłł surowo ocenił rządowe projekty: „W ustawie regulującej prywatyzację szpitali nie ma ani słowa o tym, jak zadłużone placówki powinny się przekształcać w spółki. Jak ma to zrobić np. szpital w Gorzowie z 300 mln długiem? Kto go pokryje? Długi szpitali to nie tylko kwestia złego zarządzania. Zadłużenie zakładu opieki zdrowotnej w Szydłowcu, którego dyrektorem była pani Ewa Kopacz było skutkiem złego zarządzania, czy niewystarczającej ilości środków” – pytał. Przeważnie nie dostrzegł też szef NRL, ani w ustawie o prawach pacjenta, która np. powołuje do życia kolejną instytucję czuwającą nad relacją lekarz-pacjent („czy to potrzebne?” – zastanawiał się), ani w projekcie o ubezpieczeniach dodatkowych: „Zawierają rozwiązania, które wejdą w życie za 40 lat. Wtedy państwo może przejąć za obywatela obowiązek płacenia składki” – krytykował. Szef NRL niepokoił się też szybkim trybem prac nad nowymi ustawami (mają wpłynąć jako projekty poselskie, co ma przyspieszyć tryb ich procedowania): „Co nagle, to po diable. Jakość nowych ustaw jest ważniejsza niż

czas – mówił – 2-3 miesiące nie zrobią różnicy. Chcemy dobrych rozwiązań systemowych na długie lata.”

„Cieszę się, że panu te ustawy się nie podobają. Mamy o czym dyskutować – odpowiadał Radziwiłłowi, Marek Twardowski – Będziemy wdzięczni za uwagi środowiska lekarskiego”.

Twardowski mówił też o założeniach ustawy, której nie mają nawet jeszcze dziennikarze, traktującej o tzw. koszyku świadczeń: nie-gwarantowanych – płatnych dla pacjenta, świadczeń częściowo gwarantowanych, częściowo płatnych i negatywnych – znajdują się tu procedury lecznicze, niezbadane, nieskuteczne, szkodliwe, niestosowane w Polsce. Procedury, które nie znajdują się w żadnym z wymienionych zakresów utworzą tzw. koszyk pozytywny, finansowany przez NFZ.

O tym, że ogromna ilość szpitali w Polsce ciągle ma kłopoty z wdrożeniem przepisów znowelizowanej ustawy o zoz-ach, a ich dyrektorzy ze swoimi lekarzami nie potrafią dojść do porozumienia, podczas pierwszego dnia nie rozmawiano, co natychmiast dostrzegł szef OZZL Krzysztof Bukiel. „Nie czuję się tu jak na lekarskim zjeździe – mówił – Nie ma atmosfery, którą wyczuwa się w szpitalach.”

■ **Lekarze się doczekali** – wprowadzenie w piątek, ale w sobotni poranek przybyła do nich minister Kopacz. Niektórym na spotkaniu z najwyższą władzą w sektorze zdrowia się nie spieszyło: „Wczoraj my czekaliśmy cały dzień, niech dziś poczeka pani minister.” – mówili urażeni.



Fot. Krzysztof Dalke

„Czas na debatę się skończył. Albo zreformujemy system ochrony zdrowia, albo będzie już zupełnie niewydolny i w dalszym ciągu będziemy reformę służby zdrowia udawać” – mówiła Ewa Kopacz. Minister zdrowia zapowiedziała, żeby do planowanych reform włączyli się sami lekarze, proponując im udział w szczycie zdrowotnym, razem z premierem Donaldem Tuskiem, menadżerami zdrowia, związkami zawodowymi. „Zróbmy to razem, dla wspólnej satysfakcji, żebyśmy byli dumni z wykonywania zawodu lekarza, żeby nikt nam nie zarzucił, że działamy nieetycznie – mówiła – Nie pozwolę, aby ktokolwiek niszczył ten zawód i niszczył opinię o lekarzach.”

Głęboka reforma – tak, ale nie „w atmosferze przystawiania pistoletu do głowy, tak jak teraz dzieje się to w przypadku dyrektorów szpitali, podpisujących z lekarzami umowy ponad możliwości zakładu.”

Nie ma też na razie szans na większe nakłady na ochronę zdrowia. Minister zapowiedziała, że „nie będzie dosypywania pieniędzy do nieszczęsnego systemu”. „W 2006 r. NFZ miał 42 mld, w 2007 dysponował 47 mld zł. i nic na lepsze w systemie się nie zmieniło” – mówiła – Nie neguję, że dodatkowe środki są potrzebne, ale tylko w już usprawnionym systemie, albo równoległe z jego naprawą, gdy już będziemy wiedzieli, gdzie go zasilić. Obecny system jest w stanie pochłonąć każde pieniądze.”

Kopacz nie zgadza się też na współpłacenie pacjentów, a dodatkowe pieniądze do systemu zamierza wprowadzić m.in. przez dodatkowe ubezpieczenia. Może nie być to takie proste, ponieważ odmienne zdanie na ten temat ma prezydent Lech Kaczyński: „nie chcę, żeby kolejne pieniądze pochodziły z kieszeni obywateli” – mówił, dając do zrozumienia, że może ustawę zawetować. Głowa Państwa obawia się także, że przez takie ubezpieczenia, nierówności w dostępie do świadczeń medycznych mogą się pogłębić, bo nie każdego będzie stać na opłacenie sobie lepszego leczenia.

Kopacz zapowiedziała także decentralizację NFZ, mówiła o zmianach w jego funkcjonowaniu: „Fundusz nie może narzucać lekarzom jak mają leczyć, a jedynie płacić za dobrze wykonane i odpowiednio wycenione usługi medyczne”. Poinformowała także, że jeszcze w tym roku lekarzy rezydentów i stażystów czekają kolejne podwyżki.

Dokończenie na str. 4

Dokończenie ze str. 3

■ **Rządowe propozycje nie zachwyciły lekarzy: „Nie będzie reformy służby zdrowia bez zasadniczo większych nakładów** – mówił Konstanty Radziwiłł, a aplauz sali dowodził, że to nie tylko jego zdanie, ale wszystkich 500 delegatów – Powtarzanie, że system ochrony zdrowia to beczka bez dna i najpierw trzeba go uszczelnić, a potem dofinansować jest zupełnie pozbawione sensu.”

Lekarze uważają, że „niezwłocznie należy zwiększyć nakłady na ochronę zdrowia, aby jak najszybciej osiągnęły poziom 6 proc. PKB”, proponują podniesienie składki na ubezpieczenie zdrowotne z 9 do 13 proc., współpłacenie z jednoczesnym wprowadzeniem oston dla najuboższych, decentralizację płatnika oraz wprowadzenie tzw. otwartych kontraktów, czyli rezygnację z konkursu ofert.

Zdaniem samorządu lekarskiego priorytetem jest także poprawa lekarskich wynagrodzeń. Zjazd upoważnił nawet prezesa Radziwiłła do zawarcia z premierem tzw. paktu o nieagresji – porozumienia gwarantującego stopniowe osiągnięcie, w okresie nie dłuższym niż 2 lata, minimalnego poziomu zasadniczych wynagrodzeń dla lekarzy w wysokości dwu-



Fot. Krzysztof Dalke

krotnego średniego krajowego wynagrodzenia dla lekarza i lekarza dentystry bez specjalizacji oraz trzykrotności tego wynagrodzenia – dla lekarza i lekarza dentystry ze specjalizacją. Podpisanie takiego porozumienia pomiędzy lekarzami, a stroną rządową ma dać tej drugiej spokojny czas na reformę.

Zjazd zajął się też wotum nieufności wobec powołanego na stanowisko wiceministra

zdrowia Andrzeja Włodarczyka, który jednocześnie z funkcją ministerialną pełni obowiązki przewodniczącego warszawskiej Izby Lekarskiej oraz wiceprezesa Naczelnej Rady Lekarskiej. Sprawowanie tych funkcji jednocześnie, jak uważali niektórzy delegaci, może powodować „konflikt interesów”.

„Votum sprawiło mi ogromną przykrość – mówił nie kryjąc emocji Andrzej Włodarczyk – Jeśli je przegłosujecie, to złożę rezygnację, ale nie ze stanowiska przewodniczącego, tylko wiceministra. Jestem w Ministerstwie Zdrowia po to, by być waszym reprezentantem.” Ostatecznie wotum zostało odrzucone znaczną przewagą głosów – 212, za jego przyjęciem głosowało 35, a 31 delegatów wstrzymało się od głosu. „Takie sytuacje mogą się powtarzać” – mówił jeden z delegatów, wnioskując, by na przyszłość „opracować jasny zbiór zasad postępowania w sytuacji, kiedy wchodzi się do organów administracji państwowej, jednocześnie piastując funkcje w samorządzie.”

Agnieszka Banach

Materiały z IX Nadzwyczajnego Krajowego Zjazdu Lekarzy dostępne są na stronie: www.nil.org.pl

Uwaga!

Zmiany w ustawie o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych

Uprzejmie informuję, że w Dzienniku Ustaw Nr 166 z 2007 r. poz. 1172 opublikowana została ustawa z dnia 24 sierpnia 2007 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Powyższy akt prawny wprowadza szereg istotnych zmian w ustawie z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dziennik Ustaw Nr 210/2004 r. poz. 2135 ze zmianami).

Wobec licznych zapytań ze strony pacjentów i lekarzy kierowanych do Rzecznika Praw Pacjenta, a dot. regulacji prawnych w zakresie wydawania orzeczeń i zaświadczeń lekarskich, przytaczam poniżej **aktualne brzmienie art. 16. ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych:**

„1. Świadczeniobiorcy na podstawie ustawy nie przysługują:

- orzeczenia o zdolności do prowadzenia pojazdów mechanicznych oraz inne orzeczenia i zaświadczenia lekarskie wydawane na życzenie świadczeniobiorcy, jeżeli nie są one związane z dalszym leczeniem, rehabilitacją, niezdolnością do pracy, kontynuowaniem nauki, uczestnictwem dzieci, uczniów, słuchaczy zakładów kształcenia nauczycieli i studentów w zajęciach sportowych i w zorganizowanym wypoczynku, a także jeżeli nie są wydawane do celów pomocy społecznej, orzecznictwa o niepełnosprawności lub uzyskania zasiłku pielęgnacyjnego;
- świadczenia opieki zdrowotnej niezakwalifikowane jako gwarantowane.

2. Koszty badania, wydania orzeczenia lub zaświadczenia, na zlecenie prokuratury albo sądu, w związku z postępowaniem prowadzonym na podstawie odrębnych ustaw, są pokrywane z części budżetu państwa, której dysponentem jest, odpowiednio, Minister Sprawiedliwości, Pierwszy Prezes Sądu Naj-

wszego albo Prezes Naczelnego Sądu Administracyjnego.

3. Przepis ust. 2 nie wyłącza możliwości obciążenia strony postępowania kosztami badania lub wydawania orzeczenia lub zaświadczenia, o których mowa w tym przepisie, na podstawie odrębnych przepisów.

4. Koszty badania, wydania orzeczenia lub zaświadczenia, związanego z orzekaniem o niezdolności do pracy dla celów rentowych, ustalaniem uprawnień w ramach ubezpieczeń społecznych są finansowane przez podmiot, na którego zlecenie zostaje przeprowadzone badanie, wydane orzeczenie lub zaświadczenie.

5. Rada Ministrów określi, w drodze rozporządzenia, sposób i tryb finansowania kosztów, o których mowa w ust. 4., uwzględniając cel wydania orzeczenia lub zaświadczenia oraz przeprowadzenia badania.”

Mariola Tuszzyńska
Rzecznik Praw Pacjenta
Kujawsko-Pomorskiego Oddziału
Wojewódzkiego NFZ w Bydgoszczy



Zbigniew Kirkor

Klauzula opt-out jest dla lekarzy, a nie dla dyrektorów, wojewodów i ministrów. Jej siła polega na tym, że daje lekarzowi komfort podejmowania decyzji.

Lekarz odpowiada za chorego, nie za chory system

Trudno, nawet przebywając w znacznej odległości od kraju, nie angażować się emocjonalnie w to, co dzieje się obecnie w polskiej opiece zdrowotnej. Jak zwykle pozwolę sobie wtrącić swoje trzy grosze z perspektywy emigranta.

Powiem szczerze, że niedobrze mi się robi, gdy słucham kolejnego ministra zdrowia, który z niebываłym tupetem szafuje etyką lekarską, moralnością i innymi wzniosłymi wartościami, przeciwstawiając je jakże prymitywnym oczekiwaniom materialnym kolegów lekarzy. Jest to tym straszniejsze, iż skłonność do takiej taniej retoryki mają szczególnie ministrowie – lekarze...

Pani minister Kopacz oświadczywszy, że na spełnienie oczekiwań płacowych lekarzy brakuje bodaj sześć miliardów złotych, stwierdziła następnie, iż należy zapytać społeczeństwo, czy zgodzi się więcej płacić na opiekę zdrowotną (w tym kontekście: na pensje lekarzy...). Pani minister (a wcześniej wieloletni poseł) najwyraźniej stara się nie pamiętać, że urząd demokratyczny jest tak skonstruowany, że to wybrani przedstawiciele społeczeństwa podejmują decyzje w imieniu tegoż i (tak, tak...) biorą za nie odpowiedzialność... Dalej posunął się jedynie pan minister Dorn, mówiąc onegdaj, że się lekarzy wsadzi w kamasze... Tyle o ministrach.

Bardziej niepokoi mnie co innego. Lekarze w kraju słusznie uznali, że w związku z wejściem nowych uregulowań dotyczących czasu pracy, pojawiła się unikalna szansa zawalczenia o godziwe zarobki. To jest rzeczywiście ogromna szansa i warto byłoby jej nie zmarnować lub nie rozmienić na drobne. Czytając polską prasę i rozmawiając z kolegami odnoszę jednak wrażenie, że cały czas pokutuje błędny sposób rozumowania, sposób, jaki został w nas wpojony przez lata, gdy wmiawiano nam (i społeczeństwu), że poświę-

cenie lekarza jest tożsame z pracą za grosze, bez względu na porę dnia i nocy, piątek i świątek, a jakakolwiek wzmianka o wynagrodzeniu jest świadectwem moralnego zwyrodnienia. To gdzieś tkwi w nas głęboko i, niestety, daje znać o sobie, gdy pojawia się okazja walki o swoje.

Czytam, że walka idzie o podwyżkę pensji oraz wyższe stawki za godzinę dyżuru, w związku z tak zwanym opt-out. Mam jednak wrażenie, że podwyżka pensji schodzi gdzieś na plan dalszy, a tematem dominującym jest stawka godzinowa jako warunek podpisania klauzuli opt-out. To jest nieporozumienie! Ten sposób myślenia prowadzi do konserwowania dotychczasowego chorego systemu, w którym lekarz zarabia grosze za codzienną pracę, a dorabia na dyżurach pracując po osiemdziesiąt godzin tygodniowo. Proszę Państwa, przecież to nie o to chodzi! Istnieje obecnie niepowtarzalna szansa wywalczenia wreszcie godziwej pensji, która za 48 godzin pracy pozwoli na luksus dokonywania wyboru, czy chce się brać więcej dyżurów, czy nie. Proszę pamiętać, że klauzula opt-out jest dla lekarzy, a nie dla dyrektorów, wojewodów i ministrów. Jej siła polega na tym, że daje lekarzowi komfort podejmowania decyzji. Nie jest ona z pewnością narzędziem, przy pomocy którego można zmusić lekarza do pracy ponad miarę, nawet za większe, (ale czy rzeczywiście duże?) pieniądze. Aby jednak mieć swobodę wyboru, trzeba najpierw przyzwoicie zarabiać... Walka powinna iść więc o pensje, wreszcie godziwe i pozwalające na przyzwoite życie, i luksus podejmowania decyzji o dodatkowej pracy.

Oczywiście podniesie się krzyk, że na spełnienie oczekiwań lekarzy nie ma pieniędzy, że szpitale upadną, system się zawali, a ludzie będą masowo umierać u bram zamkniętych na głucho szpitali... Uważam, że powinniśmy pozostać głusi na te argumenty z jednego bardzo prostego powodu. Ponieważ to nie jest problem lekarza!!!

Czas sobie uświadomić tę prostą prawdę. Lekarz odpowiada za konkretnego pacjenta, a nie za chory system.

U słyszałem od jednej z koleżanek, że w jej szpitalu idzie głównie o to, by nie zarabiać mniej a nie więcej, bo przecież wiadomo, że nie ma pieniędzy i państwa nie stać na znaczące podwyżki. To jest absolutnie katastrofalny sposób myślenia! Po pierwsze wcale nie wiadomo, że pieniędzy nie ma. Tak twierdzą ci, którzy za te pieniądze odpowiadają. Odpowiadają oni również za to, by te pieniądze znaleźć, tak jak na przykład dla górników (dwa miliardy...). Po drugie taki sposób myślenia jest niczym innym jak konserwowaniem starego systemu.

Na zakończenie, jako że list jest z Anglii, jak to wygląda tutaj? Otóż przy podpisywaniu umowy o pracę podpisałem klauzulę opt-out. Co to znaczy w praktyce? To znaczy, że MOGE, jeśli chcę, pracować więcej niż 48 godzin. Cały system pracy i dyżurów jest oparty jednak na 48-godzinnym tygodniu pracy. Jeśli występują jakieś "dziury", można je wypełnić, zatrudniając lekarza, który podpisał klauzulę. Jest to oczywiście praca za dodatkowe pieniądze i całkowicie dobrowolna. Decyzja o pracy ponad owe 48 godzin należy wyłącznie do lekarza. I jeszcze jedno: nikt nie odwołuje się tu do świętej pamięci Hipokratesa... Po prostu rozmawiamy o wynagrodzeniu. To jest oczywiste. A etyka lekarska jest czymś osobistym, czymś, co jest ważne w kontakcie z pacjentem, a nie z dyrektorem; czymś, o czym nie dyskutuje się publicznie. Bo nie ma takiej potrzeby...

Trzymam kciuki.

Zbigniew Kirkor – 46 lat, absolwent AM w Gdańsku (rocznik 1987), specjalista anestezjologii i intensywnej terapii oraz leczenia bólu, w Anglii od trzech lat, miejsce pracy: Stoke Mandeville Hospital, Aylesbury, Buckinghamshire. Zainteresowania: fotografia, gotowanie, stare samochody, dobra lektura.

Obowiązkowe ubezpieczenie od odpowiedzialności cywilnej (OC) w służbie zdrowia

Ubezpieczenie dobrowolne omówione będzie w kolejnym numerze.

Od 9 stycznia 2008 r. zaczął obowiązywać przepis znowelizowanej 24 sierpnia 2007 r. ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, który nakłada na wszystkie placówki ochrony zdrowia i gabinety lekarskie udzielające świadczeń zdrowotnych obowiązek wykupienia ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej. Ma ono pokryć ewentualne szkody wyrządzone pacjentom w trakcie udzielania świadczeń medycznych.

Dotychczas obowiązek posiadania ubezpieczenia OC przez świadczeniodawców nie wynikał wprost z ustawy, tylko z warunków podpisywania kontraktów z NFZ. Był to jeden z warunków zawarcia umowy z funduszem.

Kiedy ubezpieczenie obowiązkowe?

Ubezpieczenie obowiązkowe reguluje *Rozporządzenie Ministra Finansów z dnia 23 grudnia 2004 r. w sprawie obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej podmiotu przyjmującego zamówienie na świadczenia zdrowotne* (Dz.U. z 2004 r. Nr 283 poz. 2825).

Ubezpieczeniem OC jest objęta odpowiedzialność cywilna podmiotu przyjmującego zamówienie na świadczenia zdrowotne za szkody wyrządzone przez działanie lub zaniechanie ubezpieczonego, w okresie trwania ochrony ubezpieczeniowej, podczas udzielania tych świadczeń, w których następstwie została wyrządzona szkoda.

Podstawą zawarcia ubezpieczenia obowiązkowego jest umowa o udzielanie świadczeń zdrowotnych zawarta pomiędzy przyjmującym zamówienie na świadczenie zdrowotne a udzielającym zamówienia.

Przyjmującym zamówienie na świadczenia zdrowotne jest:

- niepubliczny zakład opieki zdrowotnej,
- osoba wykonująca zawód medyczny w ramach indywidualnej praktyki lub indywidualnej specjalistycznej praktyki
- grupowa praktyka lekarska i grupowa praktyka pielęgniarek, położnych
- osoba legitymująca się nabyciem fachowych kwalifikacji do udzielania świadczeń zdrowotnych w określonym zakresie lub

w określonej dziedzinie medycyny, która dysponuje lokalem oraz aparaturą i sprzętem medycznym, odpowiadającymi wymaganiom przewidzianym dla zakładów opieki zdrowotnej, oraz spełnia warunki określone w przepisach o działalności gospodarczej.

Udzielającym zamówienia na świadczenia zdrowotne jest:

- minister lub centralny organ administracji rządowej,
- wojewoda,
- jednostka samorządu terytorialnego
- samodzielny publiczny zakład opieki zdrowotnej.

Minimalna suma gwarancyjna obowiązkowego ubezpieczenia OC w odniesieniu do jednego zdarzenia, którego skutki objęte są umową ubezpieczenia OC, wynosi równowartość w złotych 46 500 euro w odniesieniu do:

- a) niepublicznych zakładów opieki zdrowotnej,
- b) osób wykonujących zawód medyczny w ramach indywidualnej praktyki lub indywidualnej specjalistycznej praktyki lekarskiej
- c) grupowej praktyki lekarskiej.

Od 9 stycznia 2008 r. ubezpieczenie obowiązkowe reguluje również *Rozporządzenie Ministra Finansów z dnia 28 grudnia 2007 r. w sprawie obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej świadczeniodawcy udzielającego świadczeń opieki zdrowotnej* (Dz.U. z 2008 r. Nr 3 poz. 10).

Przepisy rozporządzenia określają zakres obowiązkowego ubezpieczenia OC świadczeniodawcy udzielającego świadczeń opieki zdrowotnej za szkody wyrządzone przy udzielaniu świadczeń opieki zdrowotnej wykonywanych na podstawie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej i dotyczą podmiotów mających zawartą, lub ubiegających się o zawarcie z NFZ umowy (kontraktu) o udzielanie świadczeń zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych.

Na podstawie dotychczas obowiązującego stanu prawnego świadczeniodawcy udzielający świadczeń opieki zdrowotnej zawierali umowy ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej, zgodnie z regulacjami zawartymi w przepisach rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 października 2005 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie

świadczeń opieki zdrowotnej (Dz.U. Nr 197 poz. 1643). Wejście w życie w/w rozporządzenia spowodowało, iż umowy ubezpieczenia OC świadczeniodawców (zawierane obecnie w oparciu o ogólne warunki ubezpieczenia), będą zawierane w oparciu o przepisy przedmiotowego rozporządzenia, z uwagi na ich obowiązkowy charakter.

Świadczeniodawcą jest – zakład opieki zdrowotnej wykonujący zadania określone w jego statucie, grupowa praktyka lekarska, grupowa praktyka pielęgniarek lub położnych, osoba wykonująca zawód medyczny w ramach indywidualnej praktyki lub indywidualnej specjalistycznej praktyki; inna osoba fizyczna, która uzyskała fachowe uprawnienia do udzielania świadczeń zdrowotnych i udziela ich w ramach wykonywanej działalności gospodarczej; państwowa jednostka budżetowa, tworzona i nadzorowana przez Ministra Obrony Narodowej, Ministra Spraw Wewnętrznych i Administracji, Ministra Sprawiedliwości lub Szefa Agencji Bezpieczeństwa Wewnętrznego, posiadająca w strukturze organizacyjnej ambulatorium, ambulatorium z izbą chorych lub lekarza podstawowej opieki zdrowotnej; podmiot realizujący czynności z zakresu zaopatrzenia w środki pomocnicze i wyroby medyczne będące przedmiotami ortopedycznymi

Minimalna suma gwarancyjna ubezpieczenia OC wynosi równowartość w złotych 46 500 euro na jedno zdarzenie i 275 000 euro na wszystkie zdarzenia, których skutki objęte są umową ubezpieczenia OC, w odniesieniu do:

- a) zakładów opieki zdrowotnej
- b) osób wykonujących zawód medyczny w ramach indywidualnej praktyki lub indywidualnej specjalistycznej praktyki lekarskiej
- c) grupowej praktyki lekarskiej.

Jeżeli umowa ubezpieczenia OC została zawarta na dotychczas obowiązujących warunkach przed 09.01.2008 r., a okres, na jaki została zawarta, upływa po tym dniu, nową umowę ubezpieczenia OC zawiera się najpóźniej w ostatnim dniu okresu obowiązywania dotychczasowej umowy, nie później jednak niż w okresie 12 miesięcy od dnia 09.01.2008 r.

Jadwiga Jarząbkiewicz-Górniak
Radca prawny BIL

Światowy Dzień Nerki



Już po raz trzeci z inicjatywy International Federation of Kidney Foundations przy współudziale International Society of Nephrology obchodzony będzie Światowy Dzień Nerki. Zgodnie z założeniami organizatorów punktem kulminacyjnym obchodów będzie drugi czwartek marca. W 2008 roku Światowy Dzień Nerki obchodzony będzie 13 marca, w ponad 60 krajach.

Celem organizatorów Światowego Dnia Nerki jest uświadomienie społeczeństwu ogromnego znaczenia nerek – tego ZDUMIAJĄCEGO NARZĄDU, który utrzymuje nas przy życiu. Założeniem jest rozprzestrzenianie informacji, że choroby nerek są powszechne, szkodliwe i uleczalne. Problem różnych form uszkodzenia nerek dotyczy 1 na 10 dorosłych osób. Następnym nierozpoznaną chorobą jest postępująca niewydolność nerek, która ostatecznie wymagać będzie leczenia nerko zastępczego, oraz zwiększone ryzyko zgonu z powodu chorób układu sercowo-naczyniowego (jest 10 razy większe niż u osób zdrowych). Szacuje się, że przewlekła choroba nerek i choroby układu sercowo – naczyniowego będą przyczyną zgonów 36 milionów ludzi na świecie do 2015 roku. W związku z tym bardzo ważne jest wczesne

wykrywanie i leczenie chorób nerek, co pozwoli nie tylko zahamować ich progresję, ale również zmniejszyć częstość zdarzeń sercowo – naczyniowych.

Po raz pierwszy Katedra i Klinika Nefrologii, Nadciśnienia Tętniczego i Chorób Wewnętrznych Collegium Medicum UMK, wspólnie z konsultantem wojewódzkim ds. interny dr. n. med. Grzegorzem Pulkowskim uczestniczyła w promowaniu idei Światowego Dnia Nerki w 2007 roku. Wówczas, rozesłano do wszystkich ordynatorów oddziałów wewnętrznych województwa kujawsko-pomorskiego, materiały edukacyjne (suplement Medycyny Praktycznej na temat Postępowania w Przewlekłej Chorobie Nerek oraz płytę CD, która zawierała m.in. program do obliczania GFR wg skróconego wzoru wg MDRD). Wzór ten jest nadal dostępny na stronie internetowej www.nerka.cpro.pl.

W tym roku Katedra i Klinika Nefrologii, Nadciśnienia Tętniczego i Chorób Wewnętrznych w Bydgoszczy z Oddziałem Klinicznym Nefrologii Szpitala Zespołonego w Toruniu wspólnie z Katedrą i Zakładem Lekarza Rodzinnego Collegium Medicum UMK oraz Kujawsko-Pomorskim Oddziałem Wojewódzkim Kolegium Lekarzy Rodzinnych w Polsce, zorganizowała akcję skierowaną do lekarzy rodzinnych. Drogą pocztową rozesłane

będą materiały informacyjne (plakaty do praktyk lekarzy rodzinnych i ulotki dla pacjentów) oraz materiały edukacyjne dotyczące przewlekłej choroby nerek. Lekarze rodzinni w okresie od 25 lutego do 13 marca w czasie spotkań ze swoimi pacjentami szczegółowej niż dotychczas będą informować o chorobach nerek, ich ochronie, możliwościach diagnostycznych i ewentualnej terapii. Celem tych spotkań jest przede wszystkim uwrażliwienie społeczeństwa na rangę tego problemu, podkreślanie konieczności przeprowadzania systematycznych badań czynności nerek takich jak: badanie ogólne moczu, czy też ciśnienia tętniczego. Podsumowaniem udziału lekarzy rodzinnych w Światowym Dniu Nerki 2008 będzie specjalna sesja na X Kujawsko-Pomorskiej Konferencji Naukowej Lekarzy Rodzinnych „SPOŁECZNA ROLA MEDYCyny RODZINNEJ”.

Więcej na temat Światowego Dnia Nerki mogą Państwo znaleźć na stronie internetowej: www.worldkidneyday.com

*dr Dariusz Jałocha
dr med. Krzysztof Buczkowski
dr Joanna Wiechecka-Korenkiewicz
prof. dr hab. med. Jacek Manitius*

Dzień transplantacji

26 stycznia – dzień ustanowiony Dniem Transplantacji. Wówczas – 42 lata temu, w 1966 roku, w I Klinice Chirurgicznej Akademii Medycznej w Warszawie, dokonano pierwszej w Polsce pomyślnej transplantacji nerki. Operacja trwała 57 minut, a nerka natychmiast podjęła swoją czynność. Był to wtedy 621 taki zabieg na świecie (pierwszy miał miejsce w roku 1954). Narząd został pobrany od chorej po urazie mózgu, u której serce przestało pracować i nie udało się próba reanimacji. Na pobraniu nerki zgodę musiała wyrazić prokuratora.

Narząd otrzymała dziewiętnastoletnia uczennica szkoły pielęgniarskiej, Danusia M. W szpitalu przebywała od wiosny 1965 roku. Była cho-

ra nieuleczalnie – zadawnione, źle leczone zapalenie nerek doprowadziło ją do takiego stanu, że konieczne było przewlekłe dializowanie. Decyzję o przeszczepieniu podjął nefrolog Tadeusz Orłowski i chirurg Jan Nielubowicz. Chora zmarła dnia 16 lipca z powodu ostrego zapalenia trzustki (z prawidłową czynnością nerek!). W tych czasach nie było leków immunosupresyjnych – pacjentka przyjmowała bardzo duże dawki encortonu! (opracowane na podstawie książki Barbary Seidler pt. „Batalia o życie”, Iskry, Warszawa 1968, wspomnień prof. Liliany Gradowskiej i prof. Bogdana Michałowicza oraz materiałów od prof. Tadeusza Orłowskiego i prof. Jacka Szmidta).

Pytania dotyczące transplantacji:

Poniższe pytania dotyczące transplantologii zadali nam lekarze, a o odpowiedź poprosiliśmy specjalistów z dziedziny transplantologii klinicznej: prof. Zbigniewa Włodarczyka oraz dr hab. n. med. Jana Styczyńskiego.

■ Odpowiada dr hab. n. med. Jan Styczyński, adiunkt w Katedrze i Klinice Pediatrii, Hematologii i Onkologii

Kto może zostać dawcą szpiku: wiek i inne czynniki predysponujące oraz przeciwwskazania?

Honorowym, dobrowolnym dawcą „szpiku” (poprawnie: komórek hematopoetycznych) może być osoba pełnoletnia, zdrowa, w wieku do około 50–60 lat (górne kryterium

Dokończenie na str. 8

Dokończenie ze str. 7

wieku jest rozmaicie realizowane w różnych rejestrach). W przypadku rodzeństwa nie obowiązuje kryterium pełnoletności, jednakże na zabieg taki zgodę musi wyrazić sąd. W związku z wyjątkowością sytuacji ratowania życia, sądy nie czynią żadnych problemów.

Jak zgłosić chęć oddania szpiku?

Możliwości zostania honorowym dawcą szpiku w Polsce są zależne od funduszy przyznanych na ten cel przez Ministerstwo Zdrowia, lub pozyskanych od sponsorów przez instytucje zajmujące się prowadzeniem rejestrów dawców szpiku. W Polsce pozyskiwaniem dawców zajmują się Rejestry Dawców Szpiku prowadzone przez: Poltransplant (www.poltransplant.org.pl), NZOZ Medigen (www.medigen.pl), Instytut Hematologii i Transfuzjologii (www.ihit.waw.pl), Dolnośląskie Centrum Transplantacji Komórkowych (www.dctk.wroc.pl), Fundacja Urszuli Jaworskiej (www.fundacjauj.pl).

Wszystkie inne instytucje współpracują z wymienionymi. Problem z rejestrowaniem nowych dawców szpiku w Polsce, to kwestia finansowa związana z wykonaniem badań typowania HLA oraz badań wirusologicznych. Bydgoska Katedra i Klinika Pediatrii, Hematologii i Onkologii współpracuje w zakresie typowania HLA i dobierania dawców szpiku z NZOZ Medigen.

Co oznacza zgłoszenie chęci bycia dawcą szpiku?

Deklaracja chęci bycia dawcą szpiku kosztownego oznacza zgodę na oddanie 10 ml krwi na badanie antygenów zgodności tkankowej, wpisanie na komputerową listę będącą Rejestrem niespokrewnionych dawców szpiku oraz gotowość oddania szpiku kosztownego w przypadku gdy osoba chora, posiadająca identyczne antygeny HLA, będzie potrzebowała zdrowego szpiku.

Obecnie na świecie chęć bycia dawcą szpiku zadeklarowało ponad 11 milionów osób.

Jak wyglądają procedury związane z oddaniem szpiku – co się dzieje, kiedy zostaje się dawcą?

Chęć zostania dawcą szpiku deklaruje się przez wypełnienie formularza oświadczenia woli o wpisanie do rejestru dawców szpiku, który można znaleźć w internecie (www.poltransplant.org.pl). Po zarejestrowaniu danych osobowych w Rejestrze potencjalny dawca zostanie skierowany na badanie lekarskie. Po wykluczeniu przeciwwskazań, zostanie pobrana próbka około 10 ml krwi w celu oznaczenia antygenów HLA. Wszystkie wyżej wymienione informacje zostaną zarejestrowane, zgodnie z przepisami o ochronie danych osobowych. O zmianie decyzji odnośnie chęci oddania szpiku potencjalny dawca

powinien powiadomić niezwłocznie odpowiedni rejestr celem skreślenia go z listy dawców szpiku.

Jak przebiega pobranie szpiku?

W przypadku ustalenia, że w którymś z ośrodków zajmujących się przeszczepianiem szpiku znajduje się biorca posiadający identyczne antygeny HLA z dawcą z Rejestru, zidentyfikowany dawca zostanie powiadomiony o konieczności zgłoszenia się do tego ośrodka. Po wykonaniu końcowych badań potwierdzających dobry stan zdrowia i wykluczeniu nosicielstwa wirusów potencjalny dawca będzie proszony o wyrażenie zgody na pobranie szpiku do przeszczepienia. Pobranie szpiku poprzedza zawsze spotkanie informacyjne z kierownikiem Ośrodka Transplantacyjnego i lekarzem pobierającym szpik. Podczas spotkania potencjalny dawca otrzymuje dokładne informacje o technice pobierania szpiku, ewentualnych skutkach ubocznych pobrania i korzyściach dla biorcy. Wycofanie w tym okresie zgody dawcy na oddanie szpiku może stanowić dla chorego zagrożenie życia. Szpik do przeszczepienia pobiera się w szpitalu w znieczuleniu ogólnym. Istnieje też możliwość pobrania komórek z krwi obwodowej. To postępowanie jest jednak mniej korzystne dla biorcy, natomiast dla dawcy wiąże się z przyjmowaniem przez 4 dni leków pobudzających pracę szpiku kosztownego. Następnego dnia po oddaniu szpiku dawca może być wypisany do domu. Wszystkie badania dawcy oraz procedury związane z oddaniem szpiku są opłacane przez budżet państwa.

Czy oddanie szpiku może być niebezpieczne dla dawcy?

Pobranie i przeszczepienie szpiku odbywa się jedynie w upoważnionych Ośrodkach Transplantacji Szpiku według dokładnie określonych medycznych kryteriów. Zabieg pobrania szpiku do przeszczepu jest bezpieczny i nie stanowi żadnego zagrożenia dla zdrowia i życia dawcy. Komórki szpiku ulegają stałej regeneracji dzięki czemu ubytek szpiku zostaje bardzo szybko wyrównany. Przeszczepienie szpiku od niespokrewnionego dawcy jest anonimowe i nieodpłatne.

■ **Odpowiada dr hab. n. med. prof. CM UMK Zbigniew Włodarczyk, kierownik Katedry i Kliniki Transplantologii i Chirurgii Ogólnej CM UMK**

Jakie narządy, tkanki i komórki można pobrać po śmierci mózgowej człowieka?

Po śmierci mózgu człowieka można pobrać narządy, tkanki i komórki w celu przeszczepienia. Są to: serce, płuca, wątroba, trzustka, nerki, jelita, zastawki serca, rogówki, skóra i kości.

A jakie, kiedy śmierć nastąpiła np. w domu, ustało krążenie itp.?

Zgon w domu lub gdziekolwiek poza szpitalem ma charakter krążeniowo-oddechowy, a śmierć mózgu jest wtórna do zatrzymania krążenia. W takim przypadku rozpoznanie śmierci mózgu z przyczyn technicznych nie jest możliwe. Ponieważ po zatrzymaniu krążenia narządy i tkanki bardzo szybko ulegają destrukcji, nie jest również możliwe ich pobranie.

Jeżeli zgon krążeniowo-oddechowy nastąpił w szpitalu, możliwe jest pobranie serca na homografit zastawek oraz rogówek, skóry i kości, jednak pobranie powinno nastąpić nie później niż kilka – maksymalnie 12 godzin – po zatrzymaniu krążenia.

Jaka jest granica wieku do której u człowieka można pobierać narządy, tkanki, skórę, rogówkę itp.

Wiek graniczny nie jest tu wiekiem medycznym, lecz biologicznym – oceniane są wszystkie przeciwwskazania (np. zaawansowanie miażdżycy, cukrzyca, historia nadciśnienia). Pobranie serca po 60–65 roku życia wydaje się już mało prawdopodobne, ale nerki pobierano – i skutecznie przeszczepiano – od dawców w 8 dekadzie życia (czyli po 70 roku życia). Czasami w takim przypadku – jeżeli liczba czynnych nefronów w każdej nerce jest zmniejszona – możliwe i celowe jest przeszczepienie obu nerek jednemu biorcy.

Jak można zaznaczyć, że w przypadku śmierci mózgu chce się być dawcą?

Zgoda na oddanie narządów ma charakter oświadczenia woli. Oświadczenia takie można pobrać w każdym ośrodku transplantacyjnym lub na stronie www.przeszczep.pl, a następnie wypełnić i podpisać. Celowe jest, aby powiadomić o swojej decyzji najbliższą rodzinę.

W razie potrzeby kto może udzielić informacji na w/w tematy?

Informacji na temat transplantacji udzieli każdy ośrodek transplantacyjny (lista ośrodków na stronie www.przeszczep.pl lub www.poltransplant.org.pl)

Na obu stronach znajdują się również liczne informacje, możliwe jest również zadanie pytania jednemu z konsultantów.

Przygot. Agnieszka Banach

Czekamy na Państwa pytania, dotyczące różnych dziedzin medycyny i spraw z nią związanych!

W Waszym imieniu zadamy je lekarzom – specjalistom z różnych dziedzin medycyny, prawnikom, urzędnikom z Narodowego Funduszu Zdrowia, Ministerstwa Zdrowia i innych instytucji.

Adres: primum@bil.org.pl oraz agnieszka.banach@hipokrates.org lub – listownie na adres Bydgoskiej Izby Lekarskiej.

Żywienie dojelitowe w warunkach domowych – dla kogo?

Maciej Matczuk

Do napisania artykułu skłoniła mnie przypadkowa informacja o kimś, kto mógł żyć jeszcze długo, a nie doczekał się należytej pomocy...

„Przypadek” był typowy: stwardnienie zanikowe boczne z postępującą niewydolnością oddechową, nie wymagające jeszcze respiratoroterapii, ale z współistniejącymi zaburzeniami połykania, które doprowadziły do wyniszczenia – utraty 40 kg masy w ciągu kilku miesięcy u mężczyzny w średnim wieku i w rezultacie do śmierci głodowej. Lekarz rejonowy nie potrafił udzielić mu pomocy, prowadzący neurolog nie potrafił udzielić mu pomocy, ktoś z rodziny (nie związany z medycyną) wiedział, że istnieje coś takiego jak leczenie żywieniowe, jednak nie dotarł w odpowiednim czasie do ośrodka prowadzącego ten rodzaj terapii.

Żywienie dojelitowe w warunkach domowych jako odrębna procedura (5.10.00.0000050) istnieje w naszym kraju już ponad rok, jednak nie doczekała się do chwili obecnej należytego rozpowszechnienia. Obok województw w których sukcesywnie rośnie liczba pacjentów leczonych tą metodą, są takie (choćby nasze – kujawsko-pomorskie), gdzie do dziś NFZ nie stworzył możliwości kontraktowania, mimo istniejącego zapotrzebowania i obecności świadczeniodawców widzących potrzebę zajęcia się tą procedurą. Jak wynika z informacji otrzymanych w NFZ konkurs na udzielanie świadczeń w zakresie żywienia dojelitowego w warunkach domowych (zarówno u dzieci jak i dorosłych) zostanie ogłoszony w najbliższych tygodniach.

Jakie jest zapotrzebowanie na tę formę leczenia? Prawdopodobnie około 120 pacjentów na milion mieszkańców wymaga (odniosłoby korzyść z zastosowania) sztucznego żywienia dojelitowego warunkach domowych – liczbę tę przytaczam wg danych włoskich pochodzących z dość obszernej analizy – „Prevalence of home artificial nutrition in Italy in 2005...” L. Pironi i wsp. *Clinical Nutrition* (2007) 26, 123–132. Dane z innych krajów (literatura) na temat realizacji tego świadczenia w Europie są dość skąpe, jednak zbliżone do powyższych.

NFZ w punkcie 1.4 opisu procedury szacuje zapotrzebowanie na nią na „około 10 osób na milion mieszkańców (docelowo 100)” to „około 10” jest wynikiem błędnie rozumianej oszczędności. Cemu dziś 10, a jutro 100? Kogo dziś w takim razie kwalifikować, a komu odmawiać? Jako wykładnik realnych potrzeb można przyjąć liczbę chorych po udarach, z innymi chorobami powodującymi dysfagię, dzieci z wrodzonymi problemami neurologicznymi (mó-

zgowo porażenie dziecięce, mukowiscydoza, choroby spichrzeniowe i inne), liczbę znanych nam osobiście „na rejonie” wyniszczonych osób z odleżynami. Pewnym wskaźnikiem może być liczba założonych w województwie endoskopowych gastrostomii odżywczych-procedury coraz powszechniej stosowanej. Niemożność prowadzenia refundowanego przez NFZ żywienia dojelitowego w warunkach domowych jest po prostu niehumanitarna – skazuje chorych na powolną śmierć głodową – często w szpitalu, przybierającą różne maski: niewydolności krążenia, oddechowej, zapaleń płuc, dróg moczowych, demencji, generując niepotrzebne koszty nieskutecznego zresztą leczenia (chory niedożywiony jest wg piśmiennictwa nawet trzykrotnie droższy w leczeniu).

Odwadze problemu świadczy fakt, że niektóre Oddziały NFZ wyrażają zgodę na łączenie finansowania tej procedury z procedurami, z którymi łączenia nie przewiduje się (np. respirator w warunkach domowych).

Wskazaniem do żywienia dojelitowego w warunkach domowych u dorosłych jest na pierwszym miejscu dysfagia na tle chorób układu nerwowego, potem przyczyny onkologiczne, przewlekła niewydolność jelit i „inne”. U dzieci na pierwszym miejscu stawia się również choroby neurologiczne (w tym chyba najważniejsze mózgowo porażenie dziecięce), specyficzną grupę jaką stanowią chorzy na mukowiscydozę, niewydolność jelit, choroby onkologiczne i „inne”.

Żywienie dojelitowe w warunkach domowych zostało w naszym kraju wycenione na 8pkt/dzień leczenia. Nie jest to więc dramatyczne obciążenie budżetu Funduszu Zdrowia, natomiast przynosi ono oczywiście korzyści zarówno dla pojedynczego pacjenta, jak i w skali globalnej – zmniejszając koszty hospitalizacji, jej częstość, zużycie antybiotyków czy wreszcie stopień inwalidztwa – umożliwiając nawet czasem, w udokumentowanych przypadkach, powrót do aktywności zawodowej. Pamiętajmy wreszcie o czysto etycznym aspekcie: kierując chorego do ośrodka zajmującego się leczeniem żywieniowym w warunkach domowych możemy istotnie wpłynąć na jego jakość życia.

Zapraszamy 29.03.2008 r.

na zebranie

Towarzystwa Chirurgów Polskich
oddziału bydgosko-toruńskiego,
poświęcone obchodom
15-lecia powołania
Katedry i Kliniki Chirurgii Ogólnej
CM UMK w Bydgoszczy

Program zebrania:

- 10:00–10:15 Powitanie zebranych
- 10:15–10:30 Udział toksycznego działania reaktywnych form tlenu w patogenezie raka jelita grubego – dr med. Zbigniew Banaszkiwicz
- 10:30 – 10:45 Ocena stanu odżywienia chorych z rakiem jelita grubego – dr med. Krzysztof Tojek
- 10:45–11:00 Chirurgiczne leczenie chorych z wrzodziejącym zapaleniem jelita grubego – lek. Paweł Jarmocik
- 11:00–11:15 Współczesne zadania zespołu terapeutycznego w opiece nad chorym ze stomią jelitową – mgr Katarzyna Cierzniaowska
- 11:15–11:30 Dyskusja
- 11:30–12:15 Lunch
- 12:15–12:30 Ocena szyjnej blaszki miażdżycowej w skali szarości GSM – dr med. Arkadiusz Migdański
- 12:30–12:45 Możliwości i ograniczenia zastosowania stentgraftów aortalno-biodrowych w leczeniu tętniaków aorty brzusznej – dr med. Tomasz Grzela
- 12:45–13:00 Hemodynamika żył biodrowych i jej wpływ na ujście odpiszczelowo-udowe – dr med. Paweł Brazis
- 13:00–13:15 Zastosowanie kompresjoterapii w leczeniu owrzodzeń żylnych goleni – dr med. Maria T. Szewczyk
- 13:15–13:40 Rola wytycznych TASC II i wytycznych leczenia tętnic szyjnych w codziennej praktyce chirurgicznej – prof. Arkadiusz Jawień
- 13:40–14:00 Dyskusja

Okręgowemu Rzecznikowi Odpowiedzialności Zawodowej
dr n. med. Stanisławowi Prywińskiemu
serdeczne wyrazy współczucia z powodu śmierci

Ojca

składają:

Okręgowa Rada Lekarska, Zastępcy Okręgowego Rzecznika
Odpowiedzialności Zawodowej, Pracownicy BIL

Szanowne Koleżanki i Koledzy!

Realizując ustalenia XXIV Okręgowego Zjazdu Bydgoskiej Izby Lekarskiej (Rezolucja Nr 2, której treść przytaczamy w całości) przedstawiamy rozliczenie finansowe Fundacji Dom Lekarza Seniora. Zarówno Okręgowa Rada Lekarska, jak i Rada Fundacji, którą stanowi prezydium ORL, jest bardzo zaniepokojona dalszymi losami Fundacji i budową Domu Lekarza Seniora ze względu na bardzo niewielkie możliwości pozyskania funduszy, które pochodzą obecnie przede wszystkim z dobrowolnych składek i darowizn. Jak wynika z przedstawionego rozliczenia na dzień dzisiejszy przyspieszenie tempa prac nad adaptacją i budową domu jest niemożliwie ze względu na niewielkie fundusze będące w posiadaniu Fundacji. Bydgoska Izba Lekarska, która jest fundatorem i organem założycielskim Fundacji przekazała na jej cele bardzo znaczącą kwotę pieniędzy, które pochodzą głównie ze składek wszystkich członków naszego samorządu.

Biorąc pod uwagę dobro wszystkich naszych kolegów i tych starszych i tych młodszych, Rada Fundacji podjęła uchwałę o zmianie zapisu w punkcie statutu dotyczącym celów wydatkowania pieniędzy, które pozostaną po ewentualnej likwidacji Fundacji. Zależy nam na tym, aby opieką objąć wszystkich potrzebujących lekarzy – członków naszego samorządu niezależnie od wieku. Pragnę zapewnić, iż likwidacja Fundacji jest ostatecznością i nikomu z Okręgowej Rady Lekarskiej BIL nie zależy na tym, aby sprzedać zakupiony na ten cel budynek w Inowrocławiu.

Apeluję o dalsze wspieranie Fundacji darowiznami i odpisem 1% podatku na ten cel.

Radosława Staszak-Kowalska

Rezolucja nr 2 w sprawie Fundacji „Dom Lekarza Seniora”

XXIV Okręgowy Zjazd Lekarzy Bydgoskiej Izby Lekarskiej, przed decyzją o dalszym dofinansowaniu, zobowiązuje Fundację „Dom Lekarza Seniora” do przedstawienia sprawozdania finansowego z działalności fundacji oraz do przygotowania zestawienia kosztów zakupu i symulacji przystosowania do użytku budynku „Domu Lekarza Seniora”, a także kalkulacji kosztów i źródeł dochodów finansujących jego działalność po oddaniu do użytku.



Fundacja „DOM LEKARZA SENIORA” – rozliczenie finansowe

I. Rok 2004

Fundusz założycielski

– nieruchomość w Inowrocławiu – 250 000 zł

– wpłata BIL na Fundusz Podstawowy – 2500 zł

w tym kwota 52 000 zł ze sprzedaży mieszkania dr Filipowicz

II. Rok 2005

Przychody	
Darowizna BIL	44 182,95
Sprzedaż przed. oraz ods. z konta dr Filipowicz	15 088,42
Odsetki od lokat	1411,90
Zbiórki, wpłaty indywidualne	5742,50
RAZEM:	66 425,77

Koszty	
Czynsz	732,00
Wpisy KRS, ubezpieczenie budynku	1127,64
RAZEM:	1859,64
Dochód:	64 566,13

III. Rok 2006

Przychody	
Darowizna BIL	50 000,00
Wpłaty 1% podatku (238 osób)	23 631,59
Zbiórki	5323,83
Skarbonka	1818,56
Odsetki	4636,68
RAZEM:	85 410,66
Koszty	
Logo Fundacji	1300,00
KRS, czynsz, poczta, bank	1889,10
Bezp. budynku	315,00
Koordinacja prac projektowych, księgowość	10 400,00
RAZEM:	13 904,10
Dochód:	71 506,56

IV. 30.06.2007

Przychody	
Darowizny od osób fizycznych	10 836,52
Wpłaty 1% podatku (260 osób)	26 507,65
Odsetki	536,36
RAZEM:	37 880,53
Koszty	
Usługi bankowe, pocztowe, KRS itp., ogłoszenia	915,70
Czynsz	416,00
Kosiarka	502,63
RAZEM:	1834,33
Dochód:	36 046,62

V. Inwestycje:

Projekt wraz z pozwoleniem na budowę 80 170,53 zł

VI. Fundusze:

FIO Stabilnego Wzrostu 66 398,28 zł

Rachunek bankowy/kasa 28 246,22 zł

Sporządziła: Janina Kardacz



Do Okręgowej Rady Lekarskiej BIL

(25.10.2007)

Fundacja Dom Lekarza Seniora zwraca się z uprzejmą prośbą o przeanalizowanie problemu dalszych losów budowy Domu Lekarza Seniora. Wydaje się niemożliwym, aby bez stałych dotacji rocznych ze strony Izby Lekarskiej próbować kontynuować tę wielką inwestycję. Oczywiście liczymy na pomoc w postaci kwot 1% odliczanych od podatku, ale to kropla w morzu. Potrzeba jest znacznie większa. →

→ Przypomnienie

Bydgoska Izba Lekarska, która jest fundatorem Fundacji Dom Lekarza Seniora, zakupiła w 2004 roku nieczynne uzdrowisko w Inowrocławiu przy ul. Daszyńskiego 5 w odległości ok. 100 m od parku zdrojowego. Położenie niezwykle korzystne ze względu na klimatycznych. Po utworzeniu Fundacji BIL przeniosła własność nieruchomości na jej rzecz. Fundacja ma status użytku publicznego. Obecnie ukończyliśmy projekt modernizacji tego obiektu. Zaplanowaliśmy 31 szereg mieszkań pojedynczych jednopokojowych z łazienkami oraz 3 mieszkania 2-os o takim samym standardzie, które mogą służyć w przypadku braku kompletu stałych mieszkańców lekarzom jako miejsca uzdrowiskowe. Koszt modernizacji w przeliczeniu na 1 mieszkańca wynosi ok. 87–90 000,00 zł. Każdy metr w budynku został zagospodarowany łącznie z piwnicami gdzie ma być mała salka na zajęcia gimnastyczne z domowym sprzętem rehabilitacyjnym, z biblioteką, czytelnią itp. W tej kwocie zawiera się również zorganizowanie małego dwupokojowego „szpitalika” z osobną, dużą łazienką dla osób niepełnosprawnych, z całodobową opieką pielęgniarską. Budynek będzie posiadał windę. Bezwzględnie istnieje konieczność podwyższenia ostatniej kondygnacji zgodnie z wymogami budowlanymi dotyczącymi budynku z przeznaczeniem na ten cel.

Fundacja zgodnie ze statutem utrzymuje się głównie z darowizn. Zdajemy sobie jednak sprawę, że sami nie będziemy mogli sprostać temu zadaniu ze względu na zbyt małą ilość środków finansowych. Zaistniała propozycja, aby połączyć działalność fundacji lub stowarzyszeń mających ten sam cel. Tym bardziej, że zamierzamy wystąpić o dofinansowanie do Unii Europejskiej. Wystąpiliśmy z propozycją do Izby Lekarskiej w Gdańsku i Toruniu. Gdańsk jednak odmówił. Po rozmowach z Komisją Senioratu w Toruniu wiemy, że chęć jest, ale jakiegokolwiek decyzje również uzależniają od Rady Okręgowej, do której napisaliśmy, ale nie mamy jeszcze odpowiedzi. Wiążemy duże nadzieje ze zjazdem Polonii Lekarskiej, który ma się odbyć w Toruniu w 2009 r. Czy możemy tak długo czekać? Czy budynek nie zniszczy doszczętnie? Poza tym budowę należy rozpocząć do końca 2008, bo inaczej przepadną wszystkie zgody. Wszystkie „zgody” z rozmaitych instytucji czy urzędów. Chciałabym jednocześnie przypomnieć szanownym członkom Rady Okręgowej, że niedawno podjęli Państwo decyzję akceptującą rozbudowę naszej Izby. Trudno ocenić w jakim stopniu poprawi to funkcjonalność przerabianych pomieszczeń. Myślę, że niewiele, bo zjazdu i tak w nim nie urządzimy.

Mówi się, że robimy to z „zapasów „Izby. Czy części z tych zapasów nie można byłoby przeznaczyć chociaż na I etap budowy? Proszę jeszcze raz o przeanalizowanie problemu Domu Lekarza Seniora i potraktowanie go priorytetowo. Na ostatnim Zjeździe zadano mi szereg pytań, między innymi o koszty utrzymania tego domu. Niestety, nie jestem w stanie takiej odpowiedzi udzielić. Jest to po prostu niemożliwe. Kilka lat temu próbowałam to zrobić. Wtedy, kiedy ceny w innych Domach wynosiły od 1500 do 3000 tutaj oscyływały od 700 bez jedzenia do 1200 z jedzeniem.

W załączeniu przytaczamy rozliczenia finansowe Fundacji „Dom Lekarza Seniora”.

W imieniu Zarządu Fundacji Domu Lekarza Seniora
– Małgorzata Świątkowska

Protokół

z Posiedzenia Rady Fundacji „Dom Lekarza Seniora” z dnia 22.11.2007 r.

Posiedzenie Rady Fundacji „Dom Lekarza Seniora” otworzyła Przewodnicząca Rady Radostawa Staszak-Kowalska, która stwierdziła, że wszyscy członkowie Rady są obecni na posiedzeniu, w związku z czym może ono powziąć uchwały bez formalnego zwołania.

Przewodnicząca przedstawiła porządek obrad obejmujący:

1. Przedstawienie sprawozdania finansowego za okres od 2004 do 30.06.2007 r.
 2. Podjęcie decyzji w sprawie publikacji w/w sprawozdania w Biuletynie BIL zgodnie z decyzją Okręgowego Zjazdu Lekarzy.
 3. Podjęcie uchwały w sprawie zmiany § 29 statutu Fundacji.
- Porządek obrad został przyjęty jednogłośnie, bez uwag i uzupełnień, nikt z obecnych nie zgłosił sprzeciwu ani co do odbycia posiedzenia, ani

co do porządku obrad. W związku z powyższym Przewodnicząca stwierdziła, że Posiedzenie Rady jest ważne i władne podjąć uchwały przewidziane porządkiem obrad – na podstawie § 16 ust. 7 statutu.

Ad. 1. Księgowa p. Janina Kardacz przedstawiła sprawozdanie finansowe za okres od początku działalności Fundacji do dnia 30.06.2007 r. Rada Fundacji zaakceptowała przedstawione sprawozdanie bez uwag. W dyskusji nad sytuacją finansową fundacji stwierdzono, że fundacja nie jest w stanie pozyskać odpowiednich funduszy w celu prowadzenia dalszej budowy Domu Seniora i proponuje Okręgowej Radzie Lekarskiej rozpatrzenie ewentualnej możliwości sprzedaży zakupionej nieruchomości.

Ad 2. Rada podjęła decyzję o publikacji przedstawionego sprawozdania w Biuletynie BIL.

Ad. 3 Posiedzenie Rady Fundacji w głosowaniu jawnym podjęło następującą uchwałę:

Uchwała Nr 1

Rada Fundacji „Dom Lekarza Seniora” działając na podstawie § 15 ust. 3 c) statutu Fundacji uchwała, co następuje:

1. Zmienić § 29 statutu Fundacji „Dom Lekarza Seniora”, który otrzymuje nowe następujące brzmienie:

„Majątek Fundacji pozostały po jej likwidacji przekazuje się Fundatorowi – Bydgoskiej Izbie Lekarskiej, który zgodnie z treścią art. 5 ust. 4 w związku z art. 1 ustawy o fundacjach, przeznaczy go na opiekę i pomoc społeczną.”

2. Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

W głosowaniu oddano 7 głosów, w tym: 7 za uchwałą, 0 przeciw uchwale, 0 wstrzymujących się.

Koleżanki i Koledzy!

27 grudnia minęło 7 lat od nagłej śmierci Pani doktor Ireny Filipowicz, która przekazała cały swój dobytek na rzecz Domu Lekarza Seniora. Dzięki temu darowi nasza inicjatywa budowy Domu Lekarza Seniora nabrała realnych kształtów. Przez 7 lat – krok po kroku – uparcie posuwaliśmy się w tych działaniach do przodu. Ciągłe jednak za wolno, aby rozpocząć remont i adaptację położonego tuż przy obiektach sanatoryjnych i parku zdrojowym w Inowrocławiu domu, zakupionego na ten cel.

To były trudne lata, lata walki o pieniądze, chwile zniechęcenia i braku wiary. Nadal nie chcemy się poddawać, bo wiemy, że idea jest słuszną, ale...

25 października 2007 przekazaliśmy pismo do Rady Okręgowej, które przytaczamy. Odzewem na to była uchwała Rady Fundacji z 22 listopada 2007r., wprowadzająca zmianę w paragrafie 29 statutu, dotyczącą przeznaczenia środków zgromadzonych na koncie Fundacji Domu Lekarza Seniora po jej likwidacji. Trzeba przyznać, że nie oczekiwaliśmy takiego rozwiązania. Wręcz nie dopuszczamy nawet myśli o jej likwidowaniu.

Poniżej przytaczamy § 29 Statutu Fundacji, co do którego Rada Fundacji na zebraniu w dniu 22 XI 2007 podjęła uchwałę w sprawie propozycji zmiany.

Dotychczas brzmi:

Majątek Fundacji pozostały po jej likwidacji przekazuje się, z zastrzeżeniem art. 5 ust. 4 ustawy o fundacjach, Fundatorowi – Bydgoskiej Izby Lekarskiej, ale winien być przeznaczony na rzecz lekarzy seniorów emerytów i rencistów zgodnie z intencją ofiarodawców.

Obecnie zaproponowano

Majątek Fundacji pozostały po jej likwidacji przekazuje się Fundatorowi – Bydgoskiej Izbie Lekarskiej, który zgodnie z treścią art. 5 ust. 4 w związku z art. 1 ustawy o fundacjach przeznaczy go na opiekę i pomoc społeczną.

Zarząd Fundacji Dom Lekarza Seniora nie wyraził na to zgody.

Uważamy, że dotychczas lekarze przekazywali pieniądze w formie darowizny, dobrowolnych składek, 1%, lub w formie stałego opodatkowania się na rzecz budowy Domu Lekarza Seniora, a nie z przeznaczeniem na cele społeczne całej społeczności lekarskiej. Chciałabym zaznaczyć również, że śp. Irena Filipowicz pierwsza fundatorka tegoż domu przekazała testamentem cały swój dobytek na rzecz budowy tego domu i poprawę sytuacji bytowej lekarzy emerytów i rencistów.

W imieniu Zarządu Fundacji – Małgorzata Świątkowska

„In vitro” veritas

W poniższym artykule przedstawiam swoje prywatne poglądy, które jednak – jak mi wiadomo – są zgodne z poglądami wielu szanowanych przeze mnie ludzi a także wielu moich przyjaciół. Zdając sobie sprawę z polemicznego charakteru tematu chętnie podejmę dyskusję.

(W.S.)

W ostatnich dniach i tygodniach przez media przetoczyły się informacje o planowanym przez nową panią minister zdrowia współfinansowaniu przez państwo leczenia niepłodności za pomocą tzw. technik „in vitro”. Podobnie jak słynny temat aborcji zaczyna on budzić emocje. Wypowiadają się autorytety medyczne (zależnie od poglądów religijnych) oraz hierarchowie Kościoła (raczej unisono).

Zawsze zastanawiał mnie jeden fakt. Otóż prawie codziennie daje się słyszeć lub czytać, że Polska to kraj katolicki, gdzie 95% to ludzie głęboko wierzący i narzucanie im np. Karty Praw Podstawowych to spiszek masońsko-liberalno-żydowski- (tu można wpisać dowolną grupę społeczno-narodową), mający zabić zdrową substancję narodu. Spróbujmy zatem przyrzeć się temu bliżej. Jeśli istotnie mamy tak wysoki odsetek szczyrych wyznawców rzymskiego katolicyzmu, a jak mi wiadomo inne wyznania chrześcijańskie (również Świadkowie Jehowy) odrzucają a priori możliwość aborcji i „in vitro” to pozostanie nam grupa kilkuset tysięcy niewierzących lub wyznających inne bardziej „egzotyczne” religie. Te ostatnie (zwłaszcza wschodnie) też odrzucają wspomniane działania. Pozostaje więc do prawdy mała grupa radykałów nie wierzących w nic. Ilu z nich jest w okresie prokreacyjnym i na problemy ze spółdzeniem potomstwa? Kilkuset? Kilkudziesięciu? Zapewne mało. Dochodzę więc do konstatacji, że problemy te w moim kraju nie powinny w ogóle istnieć lub stanowić kazuistykę wartą publikacji. A jednak tak nie jest. Polacy lubią wybierać z magisterium Kościoła tylko to co im w danej chwili odpowiada (vide współżycie przedmażeńskie itp.). Wolałbym więc aby w dyskusji nie używano owego argumentu „głębokiej narodowej wiary”, gdyż jest on niezwykle łatwy do obalenia. Dla mnie wiara to zobowiązanie do przestrzegania **wszystkich** jej zasad.

O problemie aborcji może tylko kilka zdań. Po pierwsze historyczna walka z antykoncepcją i szermowanie argumentami

o „poniżeniu” kobiety poprzez założenie prezerwatywy budzi mój niesmak i choć może nie powinna, śmiech. Pominąwszy środki wczesnoporonne, konia z rzędem temu kto przekona mnie o istnieniu fundamentalnej różnicy pomiędzy obliczeniem z kalendarzyka momentu „w którym można bezpiecznie” a założeniem prezerwatywy.

Po wtóre zgadzam się z argumentem, że blastula, morula czy zygota są etapem rozwoju człowieka. Zarówno ja jak i PT Czytelnicy nimi byliśmy. Jednak moim skromnym zdaniem istnieje chyba różnica pomiędzy kilkudziesięcioma komórkami a dorosłym zwierzęciem powiedzmy z rządu Primates, które prawdopodobnie też mają świadomość swego bytu. Te jednak zabijamy bez dyskusji filozoficznych, nie zawsze w szlachetnych celach badań naukowych.

„Obrońcy życia” zyskali (zwłaszcza po upadku komuny) wielu działaczy w osobach ginekologów, którzy do tego okresu wykonywali po kilka aborcji dziennie. Oficjalnie doznali iluminacji niczym Szawel u wrót Damaszku. Ten jednak usłyszawszy głos Pana i przeistoczywszy się w Pawła wyrzekł się dóbr doczesnych. Może się mylę, ale nie słyszałem aby nasi neofici dokonali podobnego czynu. Ich wille i konta pozostały, jak mi wiadomo nienaruszone. Ci mniej znani nadal „bezboleśnie przywracają miesiączki” z dobrym zyskiem (proponuję przejrzeć ogłoszenia w bydgoskich gazetach).

Niepłodność jest określona przez **ICD-10** (International Classification of Diseases) jako choroba: N97 – niepłodność kobieca; N46 – niepłodność męska.

Powołaniem lekarza jest leczenie choroby. Poniższe cytaty zaczerpnąłem z portalu „Prawda o „in vitro” <http://www.informacje.int.pl/in-vitro>, będący internetową witryną „Naszego Dziennika”. Kilku cytowanych tam autorów (a wśród nich prof. Chazan) powołuje się na fakt, że „Zapłodnienie pozaustrojowe nie jest metodą leczenia niepłodności, jest to metoda obejścia problemu”, gdyż pary pozostają nawet po szczęśliwym rozwiązaniu niepłodne. Trudno się nie zgodzić. Przypomnę jednak może tylko, że powiedzmy taka sobie hemodializa idealnie wpisuje się w ową definicję. Nie wspomnę nawet o leczeniu paliatywnym. Czyste obejście problemu!

Z owego portalu internauta dowie się, że ponad milion żyjących „dzieci z próbki” cierpi na tzw. „Zespół Osoby Ocalonej”. Oprócz nich cierpią na to schorzenie dzieci, które miały podlec aborcji. Otóż jak czytamy tam: „Skoro rodzice lub lekarz wybrali je do życia, to wydaje się im, że ci sami lu-

dzie mogą zdecydować o tym, kiedy mają umrzeć. I odwrotnie – mogą chcieć same decydować o życiu kolejnego pokolenia. Dzieciom z Zespołem Osoby Ocalonej trudno jest ukształtować swoją tożsamość. Mogą być niepewne, kim naprawdę są i po co istnieją. Z badań wynika, że osoby te z jednej strony obawiają się śmierci, a z drugiej spodziewają się, iż umrą śmiercią nagłą. Są przekonane, że ich życie nie będzie sukcesem i że będzie bardzo ciężkie. Wierzą, że ostatecznie spotka je jakaś nagła zagłada, a ich życie będzie pasmem udręk i ciężarów”. Koszmar, nie życie!

Niestety nie mogę zweryfikować tych strasznych doniesień, gdyż nie znam takiego człowieka. Może dlatego, że większość z nich popełniła już samobójstwo nie mogąc pogodzić się z faktem bycia „innym”. Trochę to dziwne, bo w innych źródłach czytałem, że są to raczej normalni ludzie dziś już studiujący i mający własne rodziny.

Dowiadujemy się też, że dzieci poczęte w sposób wspomagany mogą być ofiarami wielu groźnych zespołów chorobowych prowadzących do nieuchronnego kalectwa lub śmierci. Jeżeli nawet założymy, że autorzy w sposób uczciwy przedstawili wszystkie doniesienia na ten temat (nie znalazłem tam doniesień mówiących coś przeciwnego), dziwi fakt owej troski. Wszak według „obrońców życia” każde dziecko nawet z ciężkimi uszkodzeniami wykrytymi w czasie życia płodowego, a także z ciężą zagrożającą życiu matki winno się urodzić.

Próżno w owym portalu szukać wypowiedzi osób, które zostały rodzicami w wyniku „in vitro” i mają zdrowe, normalne dziecko. Prosta uczciwość każdego człowieka, a zwłaszcza katolika nakazywałby ich przedstawienie. Może się mylę, ale tak mi się zdaje.

Jakie argumenty świadczą zdaniem twórców portalu przeciw „in vitro” ? Przypomnę je z moim komentarzem:

1. lekceważenie Boga i stworzonych przez Niego praw.

Nie każdy wierzy w Boga chrześcijan lub w ogóle nie wierzy, co (mam nadzieję również w opinii twórców portalu) nie odbiera mu godności człowieka i prawa o stanowieniu o sobie.

2. wykroczenie przeciwko I przykazaniu Dekalogu poprzez przypisywanie sobie władzy stwórczej („bezkompromisowa wola posiadania dziecka za wszelką cenę staje się uzurpacją”)

Przypomnę, że Bóg nakazał Pierwszym Rodzicom czynienie sobie ziemi poddanej i rozmnażanie się. Rozwój nauki i nowe jej możliwości są realizacją owego nakazu.

3. traktowanie ciała ludzkiego, będącego świątynią Ducha Świętego, wyłącznie jako zespołu narządów przeznaczonych do dowolnych manipulacji (nie każdy sposób reprodukcji jest godny człowieka)

Jak w punkcie 1.

4. ujmowanie życia ludzkiego w kategoriach hodowli degraduje człowieka do rzędu istot nierozumnych.

Moim zdaniem rozwój człowieka w łonie matki z własnego materiału genetycznego nie jest hodowlą, zaś takie stawianie problemu jest obrazą ludzi myślących inaczej niż redaktorzy „Naszego Dziennika”

5. desenzytyzacja, czyli unieważnienie ludzkiego sumienia, daltonizm etyczny.

Czy miłość i pragnienie posiadania dziecka jest sprzeczne z sumieniem i etyką? Z moją nie.

6. brak poszanowania wolności poczętego dziecka, jego autonomii, osobowej niepowtarzalności, prawa do miłości od poczęcia.

Nie wiem o co chodzi z wolnością dziecka. Szczerze mówiąc też nie miałem okazji zapytać mojej córki przed jej poczęciem czy chce się urodzić. Czy dziecko z probówki nie

jest niepowtarzalne? Czy rodzice w czasie 9 miesięcy ciąży i późniejszego życia odmówią owemu upragnionemu dziecku miłości, ponieważ jest „in vitro”?

7. dewaluacja aktów małżeńskich poprzez rozerwanie jedności dwóch zasadniczych celów współżycia seksualnego, tj. wyrażania miłości i przekazywania życia.

Czy każdy akt seksualny człowieka kończy się poczęciem? Czy rodzice oczekujący dziecka „in vitro” przestają się kochać?

8. naruszenie jedności i wierności małżeńskiej, zwłaszcza przy zapłodnieniu nasieniem dawcy.

Wydaje mi się, że wierność małżeńska jest pojęciem dotyczącym uczucia do obcego człowieka i współżycia pozamałżeńskiego nie nasienia, którym zapłodniono sztucznie kobietę. W tym momencie dziecko jest „w połowie” małżeństwa. Dziecko adoptowane jest genetycznie obce.

9. deprecjacja powołania małżeńskiego i rodzicielskiego.

Wręcz przeciwnie to jego realizacja, tylko za pomocą metod jakie zapewnia współczesny rozwój cywilizacyjny.

Można dyskutować o „nadliczbowych” zarodkach. To jest problem i z tym się zgadzam. Jednak przypomnę, że wiele zarodków podlega samoistnemu poronieniu przy całkowitej niewiedzy partnerów. Moim zdaniem należy dążyć do doskonalenia metod „in vitro”, które zapewnią być może zmniejszenie lub wyeliminowanie „nadliczbowych” embrionów. Tylko nauka nieskrępowana przez ideologię jakiegokolwiek maści może doprowadzić do owego celu, który Bóg nakazał Adamowi i Ewie. Człowiek ma wolną wolę, którą jak chcą wierzący dał im sam Bóg. Niech więc wybierają to, co im nakazuje sumienie. Państwo powinno moim zdaniem pomagać chorym, a niepłodność jest chorobą dla niektórych gorszą od raka. Bowiem na raka się umiera zostawiając potomstwo, często będąc trzymanym za rękę przez syna czy córkę. W przypadku niepłodności nie zostawia się swojego śladu na ziemi. Tą ostatnią uwagę polecam szczególnie przemysłowemu czytelnikom „Naszego Dziennika”

Wojciech Szczepny

Doktoraty

Dziekanat Wydziału Lekarskiego Uniwersytetu Mikołaja Kopernika
w Toruniu Collegium Medicum im. Ludwika Rydygiera
w Bydgoszczy informuje, że niżej wymienione osoby dnia:
19.12.2007 r. i 16.01.2008 r. uzyskały stopień naukowy dr. n. med.:



■ **Arkadiusz Zapała** z ZOZ Gruzlicy i Chorób Płuc w Chęcinach dn. 19.12.2007 r. uzyskał stopień dr. n. med. w zakresie medycyny
tytuł rozprawy: „Aktywność enzymów frakcji lizosomalnej komórek wątroby i nerki myszy podczas cukrzycy alloxanowej”
promotor: prof. zw. dr hab. Adam Kołataj z PAN w Warszawie
recenzenci: prof. dr hab. Bronisław Zachara, em. CM UMK, prof. zw. dr hab. Tadeusz Wilczok ze Śl.UM w Katowicach

■ **Agnieszka Garstecka** z SP Dziecięcego Szpitala Klinicznego w Warszawie dn. 19.12.2007 r. uzyskała stopień dr. n. med. w zakresie medycyny

tytuł rozprawy: „Badanie cytogenetyczne u pacjentów z wrodzonymi wadami ucha zewnętrznego”

promotor: prof. dr hab. Stanisław Betlejewski, em. CM UMK
recenzenci: prof. dr hab. Olga Haus, CM UMK, prof. dr hab. Michał Grzegorowski z UM w Poznaniu

■ **Magdalena Trzcinińska** ze Szpitala Uniwersyteckiego w Bydgoszczy dn. 19.12.2007 r. uzyskała stopień dr. n. med. w zakresie biologii medycznej

tytuł rozprawy: „Dysfunkcje poznawcze u dzieci z nerwiakowłókniakowością typu 1 w ocenie neuropsychologicznej”

promotor: prof. dr hab. Alina Borkowska, CM UMK
recenzenci: dr hab. Agnieszka Maryniak, Inst.-Pomnik CZDz w Warszawie, prof. dr hab. Wojciech Służewski z UM w Poznaniu

■ **Barbara Ruszkowska** z Kat. Patofizjologii dn. 19.12.2007 r. uzyskała stopień dr. n. med. w zakresie biologii medycznej
tytuł rozprawy: „TAFI i inne parametry układu fibrynolizy we krwi kobiet w okresie okołomenopauzalnym stosujących Hormonalną Terapię Zastępczą”

promotor: dr hab. Danuta Rość, prof. UMK, CM UMK
recenzenci: dr hab. Roman Kotzbach, prof. UMK, CM UMK, prof. dr hab. Janusz Kłoczko z AM w Białymstoku

■ **Rafał Czarnecki** z Kat. i Klin. Pediatrii, Alergologii i Gastroenterologii dn. 19.12.2007 r. uzyskał stopień dr. n. med. w zakresie medycyny

tytuł rozprawy: „Ocena stężenia melatoniny i innych parametrów stresu oksydacyjnego u dzieci i młodzieży w wybranych chorobach przewodu pokarmowego”

promotor: prof. dr hab. Mieczysława Czerwionka-Szaflarska, CM UMK

recenzenci: dr hab. Kornelia Kędzióra-Kornatowska, prof. UMK, CM UMK, prof. dr hab. Krystyna Karczewska, em. Śl. UM Katowicach

■ **Joanna Kitkowska** z Katedry i Zakładu Chemii Ogólnej dn. 19.12.2007 r. uzyskała stopień dr. n. med. w zakresie biologii medycznej

tytuł rozprawy: „Poszukiwanie nowych inhibitorów enzymów biorących udział w przemianach nukleozydów i nukleotydów”

Dokończenie na str. 14

Dokończenie ze str. 13

- promotor:** prof. dr hab. Marcin Damiński, CM UMK
recenzenci: dr hab. Konrad Misiura, prof. UMK, CM UMK, prof. dr hab. Ryszard Gawinecki z Uniw. Technol.-Przyrodn. w Bydgoszczy
- **Katarzyna Kolossa** z Wojewódzkiego Szpitala im. dr J. Bizuela w Bydgoszczy dn. 19.12.2007 r. uzyskała stopień dr. n. med. w zakresie medycyny
tytuł rozprawy: „Aktywność Reumatoidalnego Zapalenia Stawów seronegatywnego i seropozytywnego a zmiany w górnym odcinku przewodu pokarmowego ze współistniejącą bądź nie kolonizacją *Helicobacter pylori*”
promotor: prof. dr hab. Zbigniew Bartuzi, CM UMK
recenzenci: prof. dr hab. Mieczysława Czerwionka-Szaflarska, CM UMK, prof. dr hab. Marian Grzymiński z UM w Poznaniu
- **Krzysztof Pławski** z Centrum Onkologii w Bydgoszczy dn. 19.12.2007 r. uzyskał stopień dr. n. med. w zakresie medycyny
tytuł rozprawy: „Wczesna analiza ryzyka zajęcia regionalnych węzłów chłonnych i przerzutów odległych u chorych na niezawansowanego raka sutka w zależności od wybranych czynników kliniczno-patologicznych”
promotor: dr hab. Roman Makarewicz, prof. UMK, CM UMK
recenzenci: dr hab. Wojciech Zegarski, prof. UMK, CM UMK, dr hab. Leszek Miszczyk z Centrum Onkologii w Gliwicach
- **Wojciech Kaźmierczak** z Katedry i Kliniki Otolaryngologii dn. 19.12.2007 r. uzyskał stopień dr. n. med. w zakresie medycyny
tytuł rozprawy: „Ocena przydatności wybranych testów przedsondowych w postępowaniu diagnostycznym i leczniczym u chorych z niewydolnością tętnic kręgowych i podstawnej”
promotor: prof. dr hab. Małgorzata Tafil-Klawe, CM UMK
recenzenci: dr hab. Katarzyna Pawlak-Osińska, CM UMK, dr hab. Ireneusz Rzewnicki z AM w Białymstoku
- **Łukasz Sielski** z Kat. i Klin. Ortopedii i Traumatologii Narządu Ruchu dn. 19.12.2007 r. uzyskał stopień dr. n. med. w zakresie biologii medycyny
tytuł rozprawy: „Porównanie wyników leczenia u pacjentów po endoprotezoplastyce stawu biodrowego rehabilitowanych w warunkach szpitalnych i ambulatoryjnie”
promotor: dr hab. Wojciech Hagner, prof. UMK, CM UMK
recenzenci: prof. dr hab. Krystian Żołyński, CM UMK, dr hab. Krystyna Książkowska-Orłowska, prof. Inst. Reumat. w Warszawie
- **Beata Haor** z Kat. i Zakł. Pedagogiki i Dydaktyki Pielęgniarskiej dn. 19.12.2007 r. uzyskała stopień dr. n. med. w zakresie biologii medycyny
tytuł rozprawy: „Ocena stanu funkcjonalnego osób w starszym wieku, pozostających pod opieką medyczną Zakładów Opieki Zdrowotnej Włocławka i Bydgoszczy”
promotor: dr hab. Danuta Rość, prof. UMK, CM UMK
recenzenci: prof. dr hab. Irena Ponikowska, CM UMK, dr hab. Maria Głowacka, prof. UM w Poznaniu
- **Leokadia Rezmerska** z Kat. i Zakł. Pedagogiki i Dydaktyki Pielęgniarskiej dn. 19.12.2007 r. uzyskała stopień dr. n. med. w zakresie biologii medycyny
tytuł rozprawy: „Znaczenie działalności Polskiego Stowarzyszenia Diabetyków dla wsparcia chorych na cukrzycę i ich rodzin”
promotor: dr hab. Danuta Rość, prof. UMK, CM UMK
recenzenci: prof. dr hab. Irena Ponikowska, CM UMK, dr hab. Maria Głowacka, prof. UM w Poznaniu
- **Łukasz Korenkiewicz** z Kat. i Zakł. Patomorfologii Klinicznej dn. 16.01.2008 r. uzyskał stopień naukowy dr. n. med. w zakresie medycyny
tytuł rozprawy: „Ocena przydatności badań immunohistochemicznych MLH1, MSH2, MSH6 i PMS2 raków jelita grubego, jako metody skriningowej do diagnostyki chorych podejrzanych o dziedzicznego niepolipowatego raka okrężniczo-odbytniczego (HNPPC)”
promotor: prof. zw. dr hab. Jan Domaniewski, CM UMK
recenzenci: prof. dr hab. Arkadiusz Jawień, CM UMK, prof. dr hab. Jan Lubiński z PAM w Szczecinie
- **Krzysztof Szachta** ze Szpitala Matopaot w Toruniu dn. 16.01.2008 r. uzyskał stopień naukowy dr. n. med. w zakresie medycyny
tytuł rozprawy: „Badanie przydatności autofluorescencji indukowanej światłem linii 337 nm impulsowego lasera azotowego w rozpoznawaniu zmian śluzówki żołądka”
promotor: dr hab. Marek Jackowski, prof. UMK, CM UMK
recenzenci: dr hab. Stanisław Molski, prof. UMK, CM UMK, prof. dr hab. Roman Herman z CM UJ w Krakowie
- **Bartosz Misterek** z Kat. i Klin. Urologii Ogólnej, Onkologicznej i Dziecięcej dn. 16.01.2008 r. uzyskał stopień naukowy dr. n. med. w zakresie medycyny
tytuł rozprawy: „Wpływ doxazosyny na ekspresję receptorów błonowych indukujących apoptozę w pierwotnej hodowli komórek nabłonkowych stercza, u chorych z łagodnym rozrostem gruczołu krokowego”
promotor: prof. dr hab. Zbigniew Wolski, CM UMK
recenzenci: dr hab. Jan Styczyński, CM UMK, prof. dr hab. Andrzej Borówka z CMKP w Warszawie

Kolejny budynek dla Collegium Medicum

Budynek po internacie Szkół Chemicznych przy ul. Łukaszczyka 1 decyzją prezydenta Bydgoszczy i za akceptacją Rady Miasta zostanie nieodpłatnie przekazany Collegium Medicum UMK. Adaptacja pomieszczeń na przyszłe potrzeby uczelni – wydział połoźnictwa oraz radiologii – wyniesie około 2 mln zł.

Za tym, by internat stał się własnością uczelni głosowało 16 radnych, sprzeciw zgłosiło 8 z nich, a 5 wstrzymało się od głosu. „Zagospodarowanie budynku na cele dydaktyczne, to dobry pomysł, ale czemu budynek przekazuje się Collegium Medicum UMK, a nie Uniwersytetowi Kazimierza Wielkiego?” – burzył się Marek Graalik (PiS).

„Rozmawiałem na temat tego budynku z prof. Józefem Kubikiem, rektorem UKW, ale nie był zainteresowany. Ta uczelnia planuje skoncentrować wszystkie swoje obiekty w centrum miasta, wokół ul. Chodkiewicza, aż do byłej szkoły kolejowej” – odpowiadał prezydent Konstanty Dombrowicz.

Radny Piotr Król (PiS) przekonywał, że Ratusz musi zdecydować, którą uczelnie chce wspierać, bo pomagać dwóm nie jest w stanie. Jego zdaniem: „Miasto powinno ogłosić przetarg na budynek, a uzyskane pieniądze przekazać UKW, na budowę miasteczka uniwersyteckiego”. Jednak takie rozwiązanie nie znalazło uznania większości rajców – 13 było przeciwnych, 10 głosowało za przyjęciem uchwały w tej sprawie, 5 wstrzymało się od głosu.

Uniwersytetowi Mikołaja Kopernika zarzucano także, że prowadzi wobec UKW „nieprzyjemną politykę” otwierając podobne, jak bydgoska uczelnia, kierunki. „Skąd wiadomo, że w budynku po internacie rzeczywiście będą wydziały Collegium Medicum?” – niepokoił się Piotr Król.

Uspokajał go prezydent Dombrowicz: „Żeby się przed tym zabezpieczyć, można będzie zawrzeć zapis pozwalający wykorzystać budynek tylko dla celów CM.”

Wcześniej, jesienią 2007, miasto przekazało Collegium Medicum budynek po byłym przedszkolu przy ul. Sandomierskiej 16. (ab)

I Zjazd Polskiego Towarzystwa Badań nad Otyłością był – pod wieloma względami – bardzo ciekawym wydarzeniem, nie tylko naukowym. Po pierwsze, był to pierwszy zjazd Polskiego Towarzystwa Badań nad Otyłością, po drugie poruszał tematykę, tak często i świadomie pomijaną przez lekarzy, a po trzecie odbyły się na nim warsztaty SCOPE, umożliwiające uzyskanie tytułu międzynarodowego specjalisty od otyłości, o czym szerzej w poniższym artykule. Mam nadzieję, że i Państwa zainteresuje ta tematyka.

Nowe spojrzenie na otyłość i zespół metaboliczny

Relacja z I Zjazdu Polskiego Towarzystwa Badań nad Otyłością

Paweł Rajewski

W dniach 27–29 września 2007 roku w Poznaniu odbył się I Zjazd Polskiego Towarzystwa Badań nad Otyłością. Wzięto w nim udział prawie 2000 tysięcy uczestników, lekarzy wielu specjalności medycznych, przede wszystkim internistów, diabetologów, pediatrów i lekarzy rodzinnych, którzy na co dzień spotykają się w swoich praktykach lekarskich z problemami otyłego pacjenta.

W programie zjazdu znalazły się liczne sesje plenarne z udziałem znakomych wykładowców z Polski i z zagranicy, sesje referatowe, plakatuowe, sesje firm farmaceutycznych. Sesje problemowe zostały podzielone na kilka grup tematycznych – praktyczne aspekty leczenia cukrzycy w otyłości, etiopatogeneza otyłości – od genetyki do kliniki, otyłość wieku rozwojowego, otyłość a ryzyko sercowo – naczyniowe, nowe horyzonty w leczeniu otyłości, zmiany narządowe w otyłości, problemy psychiatryczne, psychologiczne i chirurgiczne, praktyczne aspekty diagnostyczne. Również moderowane sesje plakatuowe podzielono według zagadnień na sześć grup oraz grupę prezentacji prac naukowych kół studenckich – patofizjologię otyłości, choroby towarzyszące otyłości, epidemiologia, psychologiczne aspekty otyłości, leczenie otyłości, otyłość wieku rozwojowego. Przewodniczącą Komitetu Naukowego, a zarazem prezesem Polskiego Towarzystwa Badań nad Otyłością została prof. dr hab. med. Barbara Zahorska – Markiewicz, a przewodniczącą Komitetu Organizacyjnego prof. dr hab. med. Danuta Pupek – Musiałik z Katedry i Kliniki Chorób Wewnętrznych, Zaburzeń Metabolicznych i Nadciśnienia Tętniczego Uniwersytetu Medycznego im. K. Marcinkowskiego w Poznaniu. Wykłady inauguracyjne wygłosili prof. dr hab. med. Ewa Małeczka – Tendera (Wpływ mediów na kształtowanie nawyków żywieniowych u dzieci) oraz prof. Arya Sharma (Do health professionals understand obesity?).

Tematem przewodnim zjazdu było nowe spojrzenie na otyłość jako chorobę, z uwzględnieniem etiopatologii, epidemiologii oraz leczenia i powikłań we wszystkich grupach wiekowych oraz na szeroko pojęty zespół metaboliczny.

Wiele uwagi poświęcono problemowi organizacji krajowych oraz lokalnych programów, projektów skutecznej prewencji i leczenia otyłości, podkreślając że powinny one obejmować już dzieci w jak najmłodszym wieku, najlepiej przedszkolnym. Miałyby one za zadanie pro-

mować zdrowy styl życia, zachęcać do regularnego wysiłku fizycznego i prawidłowego odżywiania. Wydaje się konieczne utworzenie nowej specjalizacji lekarskiej obesitologii, która w sposób holistyczny zajmowałaby się otyłymi pacjentami – zdanie to było wypowiedziane wielokrotnie podczas trwania obrad i zapewniano, że w niedalekiej przyszłości taki projekt trafi do Ministerstwa.

Podkreślono, że w ostatnich latach daje się zaobserwować lawinowy wzrost ludzi z nadwagą i otyłością i jeśli w porę poprzez modyfikację zachowań prozdrowotnych nie zahamuje się tego procesu, za kilka lat będzie można mówić o prawdziwej epidemii, a właściwie pandemii tego zjawiska. Ocenia się, że w Polsce 50–60% osób dorosłych oraz 15–20% dzieci i młodzieży ma nadmierną masę ciała. Sama otyłość występuje u około 20% dorosłych oraz 5% dzieci i młodzieży – to najnowsze statystyki, cytowane jeszcze wielokrotnie przez prelegentów.

Szczególnie ciekawy był moderowany wykład (Otyłość jako problem interdyscyplinarny), z udziałem konsultantów krajowych i prezesów wielu towarzystw naukowych m.in.: prof. Andrzeja Milewicza, prof. Danuty Pupek-Musiałik, prof. Jacka Sieradzkiego, prof. Grzegorza Opolskiego, prof. Krzysztofa Narkiewicza, prof. Ewy Małeczki-Tendery, prof. Zbigniewa Gaciągę, którzy starali się usystematyzować najnowsze wytyczne dotyczące praktycznego podejścia do chorych z zespołem metabolicznym i otyłością, szczególnie w skojarzeniu z cukrzycą typu 2 czy nadciśnieniem tętniczym.

Dużą atrakcją zjazdu oraz nobilitacją dla organizatorów była możliwość zorganizowania, zamkniętych, certyfikowanych, warsztatów SCOPE (Specialist Certificate Of Obesity Professional Education) pod patronatem Światowego Towarzystwa Badań nad Otyłością, którym przewodniczył prof. Stephan Rossner ze Szwecji. Swoje wykłady wygłosili również prof. dr hab. med. Barbara Zahorska – Markiewicz (Jaką dietę zalecać w kuracji odchudzającej w oparciu o dane naukowe) oraz prof. dr hab. med. Jacek Sieradzki (Kliniczne problemy postępowania z otyłymi chorymi na cukrzycę). W ostatnim dniu obrad uczestnicy otrzymali certyfikaty uczestnictwa i po 11 punktów edukacyjnych.

Udział w tego typu warsztatach stanowi jeden z elementów umożliwiających zdobycie tytułu Narodowego lub Europejskiego Specjalisty

Leczenia Otyłości. SCOPE został wprowadzony jako wspólny projekt w celu określenia międzynarodowego spójnego stanowiska, co diagnozowania i leczenia tego schorzenia. Potrzeba utworzenia tego typu warsztatów zaistniała po Konferencji ds. Otyłości zorganizowanej przez ministerstwa zdrowia państw Unii Europejskiej w Kopenhadze w 2002 roku oraz odpowiedzi 24 krajów przez Grupę Roboczą Europejskiego Towarzystwa Badań nad Otyłością – EASO (European Association for the Study of Obesity), które wykazały konieczność poprawy leczenia i diagnozowania otyłości. Pierwsze warsztaty SCOPE odbyły się w 2003 roku podczas XII Europejskiego Kongresu Badań nad Otyłością, w 2004 roku zaczęto rejestrować członków SCOPE, a w 2005 roku wprowadzono projekt ciągłej edukacji akredytowanej przez SCOPE, w 2007 roku rozpoczęto kursy on-line.

Podsumowując, głównym przesłaniem I Zjazdu Towarzystwa Badań nad Otyłością było zaznajomienie szerszej grupy lekarzy ze skalą problemu jaki stanowi otyłość, a przede wszystkim jej powikłania pod postacią zaburzeń gospodarki węglowodanowej, w tym cukrzycy typu 2, lipidowej czy zaburzeń układu sercowo-naczyniowego oraz zapoznanie lekarzy z metodami diagnostyki i leczenia tego schorzenia.

I Zjazd Towarzystwa Badań nad Otyłością był niewątpliwie wyjątkowy pod wieloma względami, mianowicie: bo był pierwszy, bo towarzyszyły mu międzynarodowe warsztaty SCOPE, bo poruszał tematykę dla wielu lekarzy obcą, nieznaną i celowo kierowaną na dalszy plan, bo pokazał że otyłość to choroba i można, a wręcz trzeba z nią walczyć.

Uważam, że przedstawione podczas zjazdu zagadnienia zachęca lekarzy do działania i zaprezentowania swoich osiągnięć na kolejnym – II Zjeździe Towarzystwa Badań nad Otyłością w 2008 roku.

Paweł Rajewski

*Wielospecjalistyczny Szpital Miejski
w Bydgoszczy, Oddział Chorób
Wewnętrznych i Nefrologii*

Większość prezentowanych prac zostało wydanych w czasopiśmie *Endokrynologia, Otyłość i Zaburzenia Przemiany Materii* / 2007; 3(2) / wydawanym przez wydawnictwo *Via medica* z Gdańska, które objęło nad konferencją patronat medialny.

Te zaczarowane dni...

Dokończenie ze str. II okładki

Była także tradycyjna zbiórka pieniędzy, tym razem jednak nie na Dom Lekarza Seniora, ale w odpowiedzi na apel naszej Izby – na leczenie dr. Macieja Polaka. A udało się nam zebrać 1780 zł, co jak na możliwości finansowe seniorów, to niezłe.

Na zakończenie spotkania złożyliśmy organizatorom, tj. Komisji Socjalnej BIL i jej niestrudzonemu przewodniczącemu, dr n. med. Henrykowi Osińskiemu, gorące podziękowania. Szczególnie, że praca tej komisji jest coraz trudniejsza, głównie z powodu malejącej liczby jej członków (jakże boleśnie odczuwany jest ostatnio brak śp. dr. Tadeusza Grazdy). Niestety, chętnych do pracy społecznej jest coraz mniej a „stare kadry” powoli się wykruszają.

Także zainteresowanie i uczestniczenie w działalności naszej Izby jest chyba również coraz mniejsze, co uwidoczniło się w skromniejszym niż zwykle udziale jej członków na tegorocznej uroczystości gwiazdkowo-norocznej Izby (18.01) „wspartej” obecnością jedynie trzech „oficjeli” naszego regionu, w osobach: prze-

wodniczącej Rady Miasta, p. Doroty Jakuty, przewodniczącej Izby Pielęgniarek i Położonych, p. Ewy Kowalskiej i dyrektora Kujawsko-Pomorskiego NFZ, dr. n. med. Andrzeja Puryckiego.

A uroczystość była przemiła, taka naprawdę „domowa”, uatrakcyjniona występem uczniów Państwowego Zespołu Szkół Muzycznych im. A. Rubinsteina w Bydgoszczy pod ojcowskim przewodnictwem prof. Wojciecha Pośpiecha. Piękne głosy solistów i towarzyszącego im zespołu, piękne kolędy (do śpiewu których my także okresowo się włączaliśmy), kilka pieśni z wielkiego repertuaru – za ten piękny koncert dziękujemy tej obiecującej młodzieży i ich nauczycielom z całego serca.

Potem była, jak zwykle, tradycyjna lampka wina, kawa, ciasteczka, wzajemne życzenia i wspólne gawędy... i żal, że było nas tak mało – podobno częściowo z powodu „konkurencyjnej” uroczystości urządzanej w tym samym czasie przez prezydenta Bydgoszczy z okazji 80-tej rocznicy wyzwolenia Bydgoszczy...

A jednak przecież żal!

H. Grzybowska-Rogulska
Klub Lekarza Seniora

Współpracujące z Komisją Kultury, Sportu i Turystyki OIL w Warszawie BIURO PODRÓŻY „KWATOUR”, s.c – organizator wielu wyjazdów dla lekarzy, ul. Gąbińska 9/37, 01-703 WARSZAWA, tel./fax (22) 834 84 71, e-mail: kwatour@op.pl, członek Warszawskiej Izby Turystyki przygotowało dla Członków Samorządu Lekarskiego:

10-dniowy wyjazd do Hiszpanii i Portugalii – samolotem w terminie: 18–27. 04. 2008.

W programie zwiedzanie najciekawszych zabytków Hiszpanii i Portugalii; Sanktuarium w Fatimie i półtoradniowy wypoczynek nad Atlantykiem w wyjeździe weźmie udział Ks. Prałat Roman Indrzejczyk były długoletni Krajowy Duszpasterz Służby Zdrowia, Kapelan Pana Prezydenta Rzeczypospolitej Polskiej, który w Kaplicy Objawień Sanktuarium w FATIMIE odprawi Mszę Św. w intencji Uczestników.

Cena: 3.850 zł (zawiera VAT): samolot, autokar, hotele, wyżywienie, ubezpieczenie, pilot. Informacje i zgłoszenia: Biuro „KWATOUR”, tel./fax (22) 834 84 71, e-mail: kwatour@op.pl

Klub Lekarza Seniora zaprasza!

Klub lekarza Seniora zaprasza na interesujące „muzyczne” spotkanie:

• **5 marca 2008, godz. 15** – doktor Marian Geppert opowie o ostatnich latach Fryderyka Chopina

Serdecznie zapraszamy!

Zapraszamy!

■ **Wernisaż Mieczysława Tomasika 23 lutego 2008**

Muzeum Farmacji apteki „Pod łabędziem” i Autor zapraszają na wystawę pt. „Zasłużone postacie bydgoskiej farmacji i medycyny oraz migawki z historii Rzeczypospolitej Polskiej w malarstwie doktora Mieczysława Tomasika”. Wernisaż 23 lutego 2008 o godzinie 12.00 – Bydgoszcz ul. Gdańska 5 (wejście od ul. Drukarskiej).

■ **24–27 lutego 2008**

24 lutego-27 lutego 2008 o godz 18.00 w Kościele Najświętszego Serca Jezusowego – rekolekcje dla Środowisk Twórczych. Nauki będzie głosił Ksiądz dr Kazimierz Wójtowicz Zmartwychwstańiec z Krakowa, dyrektor wydawnictwa „Alleluja”, autor wielu publikacji.

■ **10 kwietnia 2008**

Wieczór poetycko-muzyczny

10 kwietnia 2008 (czwartek) o godz 17.00 Bydgoska Izba Lekarska organizuje kolejny wieczór poetycko-muzyczny (o programie wieczoru poinformujemy w kolejnym numerze). Zapraszamy do siedziby Bydgoskiej Izby Lekarskiej – Bydgoszcz, ul. Powstańców Warszawy 11

■ **Nadal w Izbie**

„Włoskie klimaty” – wystawa fotografii doktora Dariusza Jałochy

Wystawa obejmuje fotografie wykonane w czasie podróży do Włoch i na Sycylię (2006 r.). Autor unikał fotografowania znanych obiektów i miejsc, chcąc skupić się na znalezieniu i utrwaleniu typowych włoskich klimatów. Pokonując sześć tysięcy kilometrów w ciągu 30 dni wykonał ponad siedem tysięcy zdjęć. Kilkadziesiąt z nich – można obejrzeć w Izbie. Zapraszamy!

■ **11 kwietnia 2008**

Medyczna Noc w Operze!!!

(str. 1 i 20)

STRONY WWW 50% TANIEJ!

WhiteRed Partner w ramach umowy z Bydgoską Izbą Lekarską gwarantuje dla Lekarzy i Pracowników Izby wykonanie stron www za połowę ceny (cennik znajduje się na www.whiteredpartner.pl)

PROFESJONALNIE I SZYBKO!

WhiteRed Partner

ul. Hallera 9/lok. 215 • 86-100 Świecie • tel./fax (052) 5626231/32
biuro@whiteredpartner.pl • www.whiteredpartner.pl

Śladami Świętej Rodziny

*Ty co uciekłeś do Egiptu
gdy Herod krzychał wszędzie
rozumiesz nasze polskie
jakoś to będzie.*

ks. Jan Twardowski

W grudniowe popołudnie (12 grudnia 2007), w ten radosny czas świątecznego oczekiwania, wybraliśmy się z prof. Arkadiuszem Jawieniem na wędrowkę po Ziemi Świętej. Przedziwny to obszar, niezwykle, z powodu swego położenia między Azją, Afryką i Europą, zróżnicowany zarówno pod względem składu swej ludności, języka, jak i gospodarczym, kulturowym, klimatycznym, a także religijnym.

Tu, na terenie obecnej Palestyny, wykształciły się trzy wielkie monoistyczne systemy religijne o zasięgu światowym: judaizm, którego początki sięgają II w. p. n. e., a jego wyznawcom, po wielu zawirowaniach historii, udało się w 1948 r. ponownie utworzyć państwo izraelskie; islam – twórcą, którego w VII w. n. e. był Mahomet, działający początkowo w mieście Mekka, skąd w 622 r. zmuszony był uciekać do Medyny i ta właśnie data uznana jest powszechnie za początek ery muzułmańskiej oraz chrześcijaństwo, powstałe także na terenach obecnej Palestyny, a które bardzo szybko rozprzestrzeniło się na cały obszar znajdujący się we władaniu Cesarstwa Rzymskiego.

I właśnie na drodze naszej wędrowki elementy związane z tymi trzema religiami stały się ze sobą przeplatały. Z wielkim wzruszeniem odwiedziliśmy miejsca, gdzie współczesność sąsiaduje na co dzień ze Starym i Nowym Testamentem. Idąc śladami Świętej Rodziny przemierzaliśmy szmat drogi z Egiptu, Domu Niewoli, z jego zapyłonym, brudnym Kairem i miejscami związanymi z pobytem Świętej Rodziny – do Ziemi przez Boga Obiecanej. Wędrując przez Pół-



foto: M. Tomasik

wysep Synajski nie ominęliśmy Góry Mojżesza, gdzie Prorok otrzymał od Boga słynne kamienne tablice z wrytym na nich Dekalogiem i skąd podziwialiśmy wspaniały wschód słońca i słynny „krzak gorejący” (niestety był „wygaszony”).

Potem granica egipsko-izraelska z bardzo ścisłą kontrolą (broń, narkotyki, pornografia), dobre drogi z metalowymi... motylami wzdłuż nich i przyjaźni Izraelczycy. Po drodze – Morze Czerwone, zapadliśko Morza Martwego (najgłębsza, licząca 399 m. depresja na świecie), miasto Cezarea Nadmorska, znana z pobytu św. Piotra i Pawła oraz słynna Masada, w której do tej pory żołnierze izraelscy składają przysięgę, że „Masada już nigdy nie upadnie”, (miasto niegdyś uległo Rzymowi, a jego mieszkańcy popełnili zbiorowe samobójstwo).

Byliśmy także w Nowej i Starej Jerozolimie z wielokrotnie burzoną i odbudowywaną świątynią Salomona, zwiedziliśmy szereg miejsc kultowych chrześcijaństwa: Wieczernik, Ogród Oliwny, Drogę Krzyżową, bazylikę Grobu Pańskiego, bazylikę Zwiastowania w Nazarecie oraz bazylikę Narodzenia w Betlejem z gwiazdą betlejemską w posadzce w miejscu narodzin Chrystusa. A wszędzie spotykaliśmy się z polonikami w postaci wot, tablic, witraży umieszczonych głównie przez dawnych żołnierzy gen. Andersa oraz podziwialiśmy ze wzruszeniem oryginał tablicy dokumentujący historyczne zdarzenie jakim był pobyt w mieście Cezarea Poncjusza Piłata!

To była wzruszająca, przedświąteczna podróż, ilustrowana bogato pięknymi slajdami, za którą Panu Profesorowi serdecznie dziękujemy. A to już trzecie z Nim spotkanie w naszym klubie! Ale my nie uznajemy powiedzenia, że... „do trzech razy sztuka” i... czekamy na następne, co nam Profesor solennie przybiecał.

Halina Grzybowska-Rogulska
Klub Lekarzy Seniora

Prosimy o 1%



Koleżanko i Kolego Lekarzu!!!

W zeznaniu rocznym podatkowym możesz odliczyć od należnego podatku 1% i przekazać go na rzecz Fundacji DOMU LEKARZA SENIORA, która jest fundacją pożytku publicznego. Odbędzie się to w sposób niezwykle uproszczony.

Należy wpisać w pozycji darowizna:

Fundacja Dom Lekarzy Seniora. Bydgoszcz, ul. Powst. Warszawy 11.

KRS 0000223048 – kwotę przelewu.

Resztę zrobi za Ciebie Urząd Skarbowy. Włączmy się wszyscy w budowę naszego, lekarskiego DOMU, miejsca, które kiedyś może być także, Twoją bezpieczną przystanią. Życie upływa tak szybko i niesie ze sobą tyle niewiadomych.

Nowości z księgarni

INTERNETOWA KSIĘGARNIA MEDYCZNA
IKAMED

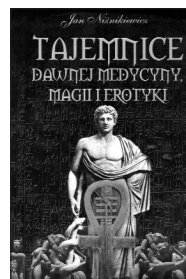
ul. Świętokrzyska 73, 80-180 Gdańsk

TEL: (+48 58) 320 94 53,

FAKS: (+48 058) 320 94 60

e-mail: sprzedaz@vmgroup.pl

www.ikamed.pl

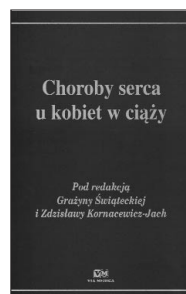


Tajemnice dawnej medycyny, magii i erotyki

Jan Niżnikiewicz
Cena Ikamed: 127,00 zł
ISBN: 9788360945681
wydawca: Bookmarket
rok wydania: 2007 Gdańsk
format: 235x305
332 stron
oprawa twarda

Jest to publikacja popularnonaukowa, przedstawiająca mało znane obszary dawnej medycyny, oraz jej powiązania z szamanizmem i magią, zarówno w kontekście mitologiczno-religijnym, jak i historyczno-kulturowym. Autor w ciekawy i ujmujący sposób opisuje praktyki i zwyczaje lecznicze oraz wierzenia ludności trzynastu różnych cywilizacji

„Tajemnice dawnej medycyny, magii i erotyki” Jana Niżnikiewicza mogą stanowić przepiękny i elegancki prezent – dla każdego, kto interesuje się związkami medycyny z magią... i miłością, a także dla tych wszystkich, którzy chcieliby zastanowić się przez chwilę nad historią ludzkich poczynań. Dodatkowo jest to piękny album z kolorowymi zdjęciami i rycinami, wszystko ukazane na kredowym papierze, zamknięte w twardej oprawie i szyte nićmi.



Choroby serca u kobiet

Wydanie II
Cena Ikamed: 57,80 zł
Grażyna Świętecka,
Zdzisława Kornacewicz-Jach
ISBN13: 9788375550061
wydawca: Via Medica
– Wydawnictwo Medyczne
rok wydania: 2007 Gdańsk
format: 150x236
592 stron
oprawa miękka

W ostatniej dekadzie ubiegłego wieku wzrosło zainteresowanie chorobami serca u kobiet. Przez długi czas wyniki badań dotyczących chorób serca i obserwacji, które przeprowadzono wśród mężczyzn, odnoszono w tej samej mierze do kobiet i nie analizowano ich w odniesieniu do płci. Większość prób klinicznych, stanowiących obecnie podstawę standardów leczenia chorób układu krążenia, obejmowała mężczyzn. Kobiety były z nich wyłączone dla „czystości” obserwacji lub stanowiły znaczącą mniejszość. Tymczasem okazało się, że istnieją odrębności dotyczące epidemiologii, rozpoznawania, patomechanizmu i przebiegu, a także rokowania w chorobach serca u kobiet. Również oddziaływanie organizmu kobiety na leki może być odmienne.



Dwie stówki

Właśnie odebrałem telefon od red. Bogdańskiej, która przypomniała mi o tym, że najbliższy numer „Primum” to 200. W nawale zdarzeń jakie miały ostatnio miejsce, a w których *nolens volens* musiałem uczestniczyć, po prostu prawie o tym zapomniałem. Przypomniałem też sobie spotkanie – bodaj z okazji 100 numeru – jakie odbyło się jeszcze w starej siedzibie Bydgosko-Pińskiej Izby Lekarskiej. Było wesoło, uroczyście (grał chyba nawet jakiś zespół). Niestety, obawiam się, że „dwusetka” będzie mnie uroczysta. W ostatnich miesiącach musieliśmy walczyć o utrzymanie choćby status quo naszego pisma. Po prostu ekonomia.

Ale dość biadolenia. Spójrzmy zatem wstecz. Redaktor Teodora Bogdańska! Bez niej nie byłoby takiego pisma i to jest dogmat niepodważalny. Dziś dzielnie i profesjonalnie

wspomaga ją Agnieszka Banach. Dalej ludzie, którzy tworzyli gazetę od podstaw: dr Andrzej Martynowski, prof. Arkadiusz Jawień, członkowie Rad Programowych i wreszcie Autorzy tekstów i zdjęć. Nie sposób wymienić wszystkich. Wymienić kilku, obrażą się inni. Nie mogę jednak pominąć dr. Mieczysława Boguszyńskiego niestrudzonego kronikarza bydgoskiej służby zdrowia, czy dr Grzybowskię, która także wiele pisze o historii i utrwała ją poprzez spotkania lekarzy-seniorów. Niech mi wybaczą Ci, których pominąłem. Wszystkim dziękujemy z całego serca. To Wasza praca jest podstawą istnienia Primum.

Pewnie moglibyśmy być jeszcze lepsi. Przeglądając każdy numer, zastanawiam się o czym mogliśmy jeszcze napisać. Czego zabrakło, a co było niepotrzebne. Zawsze opinia Czytelników była i jest najważniejsza. Poniżej więc proszę o komentarze, życzenia, recenzje. Piszcie też o rzeczach ważnych w poszczególnych środowiskach. Izba to nie tylko

Bydgoszcz czy Collegium Medicum. Ważne i piękne rzeczy dzieją się też w mniejszych ośrodkach. Jednak musimy wiedzieć o tym.

Pamiętam, kiedy przyszedłem pierwszy raz – jeszcze na ulicę Chodkiewicza – z jakimś tekstem i, o dziwo, został on opublikowany. Potem moje wizyty stawały się coraz częstsze. Rozmawialiśmy w gronie redakcji o formie i przyszłości pisma. Dziś, kiedy pełnię zaszczytną funkcję Przewodniczącego Rady Programowej, chciałbym tylko, aby każda Koleżanka i Kolega czekali na „Primum non Nocere” jak na przyjaciela, który raz w miesiącu wpada na małą kawę. Ot tak, pogadać, pożalić się, a może i pomarzyć o lepszej przyszłości.

Z głębokim szacunkiem dla wszystkich, którzy w jakikolwiek sposób przyczynili się do wydania dwustu numerów naszego biuletynu

Wojciech Szczęsny
Przewodniczący Rady Programowej PNN

Perspektywa 200: *primum non nocere*

● Przesłość

Jestem absolwentem roku 1989. Od prawie 18 lat pracuję w tym samym miejscu, chociaż już z niejednego pieca jadłem chleb. Od początku biuletyn „Primum Non Nocere” towarzyszył mi zawsze w mojej pracy zawodowej. Po moim wyjeździe na obóz rehabilitacyjny z dziećmi onkologicznymi do Irlandii w 1996 r., napisałem swój pierwszy artykuł do PNN. Jestem z tego dumny, bo uważa się (i są na to dowody), że PNN jest jednym z dwóch najlepszych biuletynów lekarskich w Polsce. Podobno lubelski „Medicus” jest lepszy.

● Teraźniejszość

Od prawie 18 lat każdy dzień jest dniem przełomowym dla polskiej medycyny. Ciągłe coś się dzieje, nie zawsze z korzyścią dla zainteresowanych. Wyjazdy lekarzy za granicę są pośrednim dowodem dyskretnego lekceważenia naszego środowiska zawodowego przez władze. W ostatnich wyborach 2007 wybraliśmy normalność. Mamy nadzieję, że ta normalność będzie też dotyczyła środowiska medycznego. U wrót nowego roku, szansą na normalność dla lekarzy być może stanie się unijna dyrektywa tzw. „48”. Chociaż początki, jak zwykle, są bardzo trudne.

● Przyszłość

Marzy mi się, żeby PNN było nadal miesięcznikiem. Tematy są, potrzeby są, a nikt nie ma co miesiąc urlopu, albo dwóch miesięcy urlopu w lecie. Marzy mi się, żeby każdy numer był dwukrotnie grubszy niż obecnie, żeby było więcej tematów, a nawet więcej ogłoszeń i reklam. Tematy są – żeby tylko lekarze chcieli pisać o nich: O swojej pracy, o swoich sukcesach, swoich dokonaniach, o swojej codziennej normalności, o sobie. O szpitalach uniwersyteckich, o szpitalach wojewódzkich i miejskich, o przychodniach i o NZOZ-ach. Ci którzy zajmują się pracą naukową – o swoich odkryciach, o swoich sukcesach, o swojej pracy w towarzystwach naukowych. Chciałbym znaleźć w PNN informacje o posiedzeniach naukowych i szkoleniowych Towarzystw specjalistycznych. Miło byłoby przeczytać o pracy, obserwacjach i zarządzeniach konsultantów regionalnych, wojewódzkich i krajowych, o ich działalności, o plusach i minusach, wadach i zaletach sytuacji w dziedzinach, które reprezentują. Każdy wnikliwy czytelnik znalazłby coś dla siebie. Może lepiej uczyć się na przykładach oraz błędach już popełnionych, a niekoniecznie popełniać nowe.

Kierownicy klinik i ordynatorzy oddziałów mogliby pisać o swoich klinikach i oddziałach, o życiu codziennym oddziałów, o swojej pracy i o swoich sukcesach. Lekarze z poradni

rejonowych, rodzinnych, specjalistycznych, o tym co się dzieje u nich, na przykład – ilu pacjentów przyjęli i dlaczego tak wielu. Marzy mi się, żeby stażyści pisali o swoich nadziejach i obawach, związanych z poznawaniem pracy w medycynie „z drugiej strony”, przygotowaniem się do LEP-u i do samodzielnej pracy zawodowej. Chciałbym, żeby w PNN swój udział mieli studenci. Oni mają bardzo wiele tematów: o swojej nauce, praktykach, wyjazdach, stażach, konferencjach, o działalności naukowej, o tym jak widzą lekarzy, w tym również swoich nauczycieli.

Dużo mieliby do powiedzenia przedstawiciele parlamentu: o sejmie, o senacie, o nowościach, o komisjach zdrowia, o zgłaszanych projektach, o losach tych projektów, dlaczego jest tak, a nie inaczej. Marzeniem moim jest, aby parlamentarzyści odpowiadali lekarzom na ich problemy i wątpliwości, żeby wyjaśnili dlaczego przed wyborami mówi się inaczej niż po wyborach.

Na łamach PNN na pewno znajdzie się też miejsce dla przedstawicieli samorządowych, dla członków komisji zdrowia, dla przedstawicieli NFZ. Tam wszędzie są lekarze. Tam wszędzie dociera nasz biuletyn: „Primum Non Nocere”.

Jan Styczyński
Członek Rady Programowej

Zapraszamy do Adrii

Na Czytelników „Primum non nocere” czeka 16 biletów do kina! Można je wykorzystać na dowolnie wybrany film. Czekamy na telefony 15 lutego w godz. od 9–11. Tel. (052) 346 00 84.

Ponadto z kuponem, który drukujemy niżej, bilet do kina Adria na każdy film kosztuje tylko 10 złotych! Zapraszamy!

KINO TEATR ADRIA
Wkrótce w ADRII:

KABARETOWA SCENA KINA ADRIA ZAPRASZA:

ŁOWCY.B
21 lutego 2008 godz. 20:30
(i ew. 18:00) cena: 35zł

KABARETOWA SCENA KINA ADRIA ZAPRASZA:

NEONOWKA
6 marca 2008 godz. 20:30
(i ew. 18:00) cena: 35zł

W LUTYM NA EKRANIE:

08-14.02 ACROSS THE UNIVERSE, JESZCZE RAZ	OPRÓCZ TEGO:
15-21.02 KARAMEL, REZERWAT	ASTERIX NA OLIMPIADZIE
22-28.02 KSIĘŻNICZKI, XY	BUTELKI ZWROTNE
29-05.03 CHŁOPIEC Z ŁATAWCEM	OSTROŻNIA POZADANIE
	MOTYL I SKAFANDER

www.kineadria.pl tel. 52 371 27 39

KUPON bilet za 10 zł
PRIMUM NON NOCERE

DORADCA PODATKOWY

mgr inż. Sławomir
Jacek Rogalski

(nr wpisu na listę krajową – 05537)

• **prowadzenie rozliczeń podatkowych kontraktów lekarskich – stała umowa**

- rozliczenia z ZUS-em
- rozliczenia roczne
- doradztwo podatkowe

BIURA

Fordon, ul. Duracza 16a/1
tel. 344 36 34

Błonie, ul. Szubińska 15
tel. 37 307 87

tel. kom. 0602 386 581

e-mail: rogalski@box.net.pl

DO WYNAJĘCIA GABINETY LEKARSKIE

Fordon obok Lidla i Hypernowej
tel. (052) 344 36 34

Mój jest ten kawałek podłogi!...

„Mądrość mędrców i doświadczenia całych wieków zawierają się w cytatach.”

Benjamin Disraeli

Poezja – wznuszenie i powiew, który
w trzech kropkach mieszka za przecinkiem
Czesław Miłosz



Szanowne Koleżanki i Koledzy!

Biorąc do ręki ostatni numer naszego biuletynu, zauważyłem kątem oka cyfrę 199!

Przecież w ręku mam już sto dziewięćdziesiąty dziewiąty numer naszego periodyku! Następnym będzie nosił „śliczny” numer 200!

Ile to już lat, kiedy pismo nasze dociera do Waszych rąk Mili Czytelnicy?

Ile to już lat pozwoliliście mi być razem z Wami?

Pamiętam jak zaczynałem przed laty, pisząc „wstępniaki” zawierające informacje, „co w naszej Izbie piszczy” z czasem przechodząc do tematów ogólniejszych. Do których to „natchnienia” szukałem w cytatach mądrych ludzi lub w poezji. Tłumaczy to dzisiejsze podwójne motto!

Całkowicie podpisuję się pod stwierdzeniem wielkiego polityka dziewiętnastowiecznej Wielkiej Brytanii, że mądrości szukać należy w cytatach. Zgadzam się także z wypowiedzią naszego poety, że poezji szukać należy w tych trzech kropkach po przecinku! Jak często i jak wiele mają one do powiedzenia!

Nowy numer będzie dla mnie numerem refleksyjnym. Zaznaczyłem, bowiem swoją obecność prawie we wszystkich numerach. Stawiam sobie pytanie – czy to czasami dla mnie już nie wystarczy? Tym bardziej, że docierają do mnie słuchy, iż biuletyn jest zbyt drogi, że należy wydawać go rzadziej, względnie zrezygnować z koloru. Smutno się robi człowiekowi na duszy, tym bardziej, gdy dociera wiadomość, że Koledzy z Olsztyna z wielką „pompą” uczcili setny numer swego biuletynu. Przypomina mi się tu anegdota usłyszana z ust profesora jednej z gdańskich uczelni. Tenże profesor bawił na zaproszenie w Moskwie, kiedy to hucznie obchodzono 60-lecie Wielkiego Października. Widząc potężny plakat wychwalający zdobycze tegoż, zadał pytanie gospodarzowi, co on na to? Usłyszał odpowiedź „no, sześćdziesiąt lat – i wystarczy!”

Może i u nas ktoś szykuje odpowiedź „dwieście numerów i wystarczy”?!
A może sam sobie jeszcze raz zadam pytanie – czy to już nie wystarczy?

Chyba, że powtórzę za Agnieszką Osiecką:

„Nie mów „pas”, jeszcze czas
Na wytworną rezygnację;

Jeszcze masz w sobie gaz,

Jeszcze możesz raz mieć rację!”

Jak uważacie Miłe Koleżanki i Szanowni Koledzy, mam nie mówić sobie jeszcze „pas”?

Tym to oto pytaniem, w stylu prawie hamletowskim, kończę

Wasz

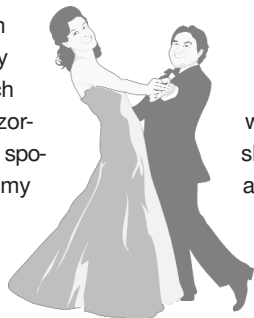
A. Martynowski



Medyczna Noc w Operze tym razem wiosną



11 kwietnia 2008 – to termin tegorocznej „Medycznej nocy w Operze”. Z przyczyn niezależnych od organizatorów nie udało się zorganizować corocznego lekarskiego spotkania w czasie karnawału. Prosimy więc o zarezerwowanie sobie terminu wiosennego i zapewniamy, że nie będziecie Państwo roz-



czarowani – planujemy bardzo atrakcyjny program artystyczny. Zaproszenia dostępne będą w siedzibie Bydgoskiej Izby Lekarskiej od 1 marca 2008. O szczegółach poinformujemy w kolejnym numerze „Primum non nocere” oraz na stronie www Bydgoskiej Izby Lekarskiej.

PRACA

NZOZ Przychodnia „Okole”, pl. Chełmiński 5 w Bydgoszczy zatrudni **lekarza chorób wewnętrznych** lub **medycyny rodzinnej** do pracy w lecznictwie podstawowym. Tel. (052) 321 49 35, nzozoekole@orange.pl

NZOZ nawiąże współpracę z **lekarzem stomatologiem** i **lekarzem ortodontą** wykonującym aparaty stałe. Tel. 502 029 249.

Dyrekcja Centrum Medycznego „Zachód”, ul. Grunwaldzka 138 w Bydgoszczy zatrudni **specjalistę ginekologa**. Forma zatrudnienia jak i warunki płacowe do uzgodnienia. Tel. (052) 320 79 58.

NZOZ „Elmed” zatrudni **lekarza ginekologa** w pełnym wymiarze godzin pracy lub nie. Placówka posiada dobrze wyposażony gabinet lekarski oraz gabinet USG. Świadczymy usługi komercyjne oraz posiadamy umowę z NFZ. Godziny pracy są do ustalenia. Za interesowane osoby proszę o kontakt z działem administracji: NZOZ „ELMED”, ul. Kartowicza 3–5, 85-092 Bydgoszcz, tel. (052) 346 11 99 lub 602 618 727.

NZOZ Przychodnia „Ogrody” Bydgoszcz, ul. Ogrody 21 zatrudni **lekarza rodzinnego** lub **lekarza z I stopniem specjalizacji z chorób wewnętrznych**. Tel. (052) 361 07 21.

Gminna Przychodnia w Sadkach, ul. Mickiewicza 7, 89-110 Sadki zatrudni **lekarza rodzinnego, ogólnego** lub **internistę** do pracy w podstawowej opiece zdrowotnej. Prosimy o kontakt telefoniczny: (052) 385 07 11 lub 606 794 746.

NZOZ „Lekarz Rodzinny”, ul. Planu 6-letniego 40 w Bydgoszczy zatrudni **lekarza** do pracy w poz w niepełnym wymiarze godzin. Kontakt: 601 540 861.

Centrum Stomatologiczne Bart-Dental, Bydgoszcz, Bałtycka 68 poszukuje do współpracy **lekarzy stomatologów** (NFZ + prywatna praktyka). Warunki pracy i płacy do uzgodnienia. Tel. (052) 345 22 31, 510 034 930.

NZOZ Przychodnia „Rąbin” Sp. z o.o. ul. Kleeberga 1 w Inowrocławiu zatrudni **lekarza ze specjalizacją medycyny rodzinnej** lub **internistę** do pracy w POZ – w poradni ogólnej. Warunki pracy i płacy do uzgodnienia. Prosimy o kontakt osobiście lub telefonicznie pod nr (052) 35 39 453.

Spółdzielnia Pracy Lekarzy Specjalistów SANITAS zatrudni **lekarzy wykonujących badania USG** w Przychodni Specjalistycznej w Bydgoszczy i Inowrocławiu. Informacje i zgłoszenia pod tel. (052) 322 40 72.

WYNAJMĘ

Do wynajęcia – gabinety lekarskie w Praktyce Lekarza Rodzinnego przy ul. Gajowej 17 w Bydgoszczy. Kontakt: 0 603 334 530.

SPRZEDAM

Sprzedam lekarzowi lub jego rodzinie działkę 600 m² – 1,1 ha w Gzinie, gmina Dąbrowa Chełmińska. Media: prąd, wodociąg, ogrodzona z 3 stron, dobry dojazd (przy drodze), z dobrym, lekarskim sąsiedztwem. Niedrogo. Tel.: 0606 648 541, 0604 881 633, (052) 324 82 37.

Zaproszenia dla Czytelników do Teatru!

- **17.02 Motortown** Simona Stephensa
- **19.02 Przebudzenie wiosny** Franka Wedekinda
- **24.02 Pchła Szachrajka** Jana Brzechwy

Czekamy na telefony 15 lutego od godz. 9–11. Tel. 052 346 00 84, Ewa Langner.

Repertuar luty 2008

+PB

TEATR POLSKI BYDGOSZCZ

- **15** Simon Stephens **Motortown** Mała Scena TPB godz. 20.00
- **16,17** Simon Stephens **Motortown** Mała Scena TPB godz. 17.00, 20.00
- **18** Frank Wedekind **Przebudzenie wiosny** Duża Scena TPB – spektakl kameralny godz. 20.00
- **19** Frank Wedekind **Przebudzenie wiosny** Duża Scena TPB – spektakl kameralny godz. 17.00, 20.00
- **20** Elfriede Jelinek **O zwierzętach** Duża Scena TPB godz. 20.00
- **21** Elfriede Jelinek **O zwierzętach** Duża Scena TPB
- **22** godz. 19.00
Tomasz Gwinciński koncert solo
Na niebie, na ziemi, projekcja filmu, reżyseria Maciej Cuske
Pierwszy dzień, projekcja filmu, reżyseria Marcin Sauter
- **24** Jan Brzechwa **Pchła Szachrajka** Mała Scena TPB godz. 15.00, 17.30
- **26, 27, 28** Jan Brzechwa **Pchła Szachrajka** Mała Scena TPB godz. 10.00
- **28** Stanisława Przybyszewska, Paweł Łysak, Łukasz Chotkowski **Sprawa Dantona** Duża Scena TPB Próba otwarta godz. 18.00
- **28** Stanisława Przybyszewska **Sprawa Dantona** projekcja filmu Duża Scena TPB Mozaika + TPB godz. 20.00
- **29** Jan Brzechwa **Pchła Szachrajka** Mała Scena TPB godz. 10.00

Repertuar może ulec zmianie