

meritum

nr 1 luty 2011

magazyn lekarzy kujawsko-pomorskiej oil



14.12.2010 w Wojewódzkim Szpitalu Zespolonym w Toruniu odbyły się warsztaty urologiczne. Z chirurgami z tutejszej Kliniki współpracował dr Piotr Jarzemski, ordynator Oddziału Urologii Szpitala Uniwersyteckiego nr 2 w Bydgoszczy. Jego oddział od lat specjalizuje się w urologii laparoskopowej. Dr Jarzemski jest pionierem wprowadzenia w Polsce nowych technik operacji laparoskopowych, szczególnie laparoskopowej radykalnej nefrektomii, pomysłodawcą kursów i warsztatów laparoskopowych z urologii.

fol. Sławomir Blachowski



W numerze m.in.:

- **Finanse NFZ** str. 3
- **Lekarz jako świadek przed sądem** str. 7
- **Wino i medycyna** str. 9



Nowe BMW X3

www.bmw-dynamicmotors.pl



Radość z jazdy



RADOŚĆ MOŻE DAĆ CI WSZYSTKO.

Radość jest tak wszechstronna, jak Ty. Radość nie lubi poświęcać jednej przyjemności dla drugiej. Dlatego nowe BMW X3 powstało jako połączenie doskonałe: ma najlepsze w tej klasie silniki, imponuje osiągami i wnętrzem, które możesz kształtować według własnych potrzeb. Zachwyca sylwetką o perfekcyjnie opływowych kształtach, w tym – największym w segmencie bagażnikiem, tylną kanapą dzieloną w proporcji 40:20:40 i elastyczną przestrzenią bagażową. Właśnie to sprawia, że radość jest idealnym towarzyszem na każdej drodze. Wypróbuj nowe BMW X3 – w naszym salonie lub podczas jazdy próbnej.

NOWE BMW X3.

BMW EfficientDynamics
Mniejsza emisja. Większa radość z jazdy.

Dealer BMW
Dynamic Motors
ul. Fordońska 264
85-790 Bydgoszcz
Tel.: +48 52 339 51 10
www.bmw-dynamicmotors.pl



Kierunek Berlin

U progu Nowego Roku życzymy sobie, by był on lepszy od starego. Myśląc o sytuacji w ochronie zdrowia, takie życzenia są sensowne pod warunkiem, że mówiąc o „nowym” roku mamy na myśli rok, po którym można spodziewać się pozytywnych zmian, czyli na pewno nie rok bieżący. Karty na 2011 zostały bowiem rozdane już latem, odkąd wiadomo, że pieniędzy w systemie więcej nie będzie. W czasach kryzysu, który podobno nas nie dotyczy, pani minister Kopacz i prezes Paszkiewicz dumnie podkreślają, że szpitale i przychodnie dostaną tyle co przed rokiem. Z grubsza rzecz biorąc jest to prawda, bo kluczowe placówki w naszym regionie podpisały kontrakty kwotowo bardzo zbliżone do ubiegłorocznych. Ale utrzymanie finansowania na tegorocznym poziomie oznacza powiększenie i tak już mocno odczuwanej biedy. Bo wzrastają koszty leków i sprzętu, w górę idą ceny energii i obowiązkowych ubezpieczeń. Do tego dochodzi wzrost VAT-u i niepewna sytuacja na rynku walutowym. Nie ma więc szans na skrócenie kolejek do specjalistów. Trudniej będzie także dostać się na planową diagnostykę i leczenie szpitalne, bo NFZ dając szpitalom podobną ilość pieniędzy zwiększył finansowanie świadczeń nielimitowanych kosztem limitowanych. Gorszy rok dla pacjentów to gorszy rok dla nas. Płaca zasadnicza większości z nas pozostanie na poziomie ze stycznia 2008 co oznacza, że jej siła nabywcza będzie już o kilkanaście procent mniejsza. To tak jakby pozbawić nas miesięcznych poborów. Powszechne dziś zatrudnienie na kontrakcie daje pozory, że zarabiamy prawie tyle co na Zachodzie. „Prawie” robi różnicę. Wystarczy odjąć wynagrodzenie za czas przekraczający etat, porządną a nie minimalną składkę emerytalną i przekonamy się, że cudów nie ma. Nadal nasze płace zasadnicze są średnio 3-5 razy mniejsze niż w Europie Zachodniej. Przedłużający się spadek realnych dochodów może już w najbliższych latach spowodować, że zatamowana podwyżkami sprzed trzech lat fala emigracji lekarzy znów przekroczy stan alarmowy. O ile tuż po naszej akcesji do UE najpopularniejszymi celami lekarskich wędrówek „za chlebem” była Wielka Brytania oraz kraje skandynawskie, teraz palmę pierwszeństwa przejmą moim zdaniem Niemcy. Powodów jest kilka. Po pierwsze potrzeby naszego sąsiada. Niemieckie władze deklarują, że są gotowe przyjąć do pracy nawet 28 tysięcy lekarzy. To gigantyczna liczba. Z drugiej strony nie jest to nawet 10% lekarzy już teraz pracujących w Niemczech, a spowodowane starzeniem zapotrzebowanie na usługi medyczne tamtejszego społeczeństwa będzie dynamicznie rosło. Po drugie zamożność kraju leżącego na zachód Odry. Mimo dławiącego Europę i Stany Zjednoczone kryzysu niemiecka gospodarka rozpędza się. Tendencja ta z pewnością się utrzyma, bo bazą niemieckiego wzrostu gospodarczego jest silny przemysł, wsparty świetnie rozwiniętą infrastrukturą. Nic zatem nie zapowiada, by niemieckie kasy chorych musiały mierzyć się z problemami, z jakimi zmagają się NFZ. Po trzecie otwierający się pierwszego maja niemiecki rynek pracy dla Polaków. Co prawda polscy lekarze odkąd jesteśmy w Unii nie mają problemów z zatrudnieniem się w Niemczech, ale czekające nas za kilka miesięcy zmiany sprawią, że decyzja o przeniesieniu się za Odrę dla małżeństw, w których tylko jedna osoba jest lekarzem będzie dużo łatwiejsza. Po czwarte geograficzna bliskość. Pracując na terenie byłej NRD, gdzie najłatwiej znaleźć pracę, nie trzeba się martwić czy np. zdąży się na święta do Polski z powodu odwołanych lotów. Po piąte zmieniające się stereotypy. Sposób, w jaki Niemcy i Polacy wzajemnie się postrzegają zmienił się w ostatnich dwudziestu latach zdecydowanie na korzyść. Inna sprawa, że polscy lekarze zawsze mieli tam dobrą markę. Po szóste warunki pracy, zamieszkania i perspektywy. Rozpoczynającym pracę w Niemczech specjalistom proponuje się od 3,5 - 5 tys. euro brutto miesięcznie. Na pierwszy rzut oka nie jest to dużo. Są to jednak stawki wyjściowe, bez harówki w święta i wędrowania od gabinetu do gabinetu w dni powszednie. Poza tym niemiecki system podatkowy jest dużo bardziej przyjazny dla rodzin od naszego, a o tym jak sprawnie tamtejsze płace pracują na emeryturę wystarczy się przekonać spędzając urlop nad dowolnie wybranym ciepłym morzem. Na koniec osobiste wspomnienie. Będąc studentem spędziłem w Niemczech pół roku pracując w szpitalu. Przyznaję, nie jest łatwo przyzwyczaić się do wszechobecnej „germańskiej mowy”. Ale przynajmniej mogłem przekonać się jak przyjemnie mieszka się w kraju, gdzie nie trzeba się martwić, czy rządowi starczy pieniędzy na drogi, a rangę problemów ma spowodowane opadami śniegu ograniczenie prędkości pociągów do 200 kilometrów na godzinę tudzież apel Deutsche Post, by kartki na Boże Narodzenie wysłać przynajmniej na dwa dni przed Wigilią, bo w przeciwnym razie mogą nie dotrzeć na czas.

Sławomir Badurek
badurek@vp.pl

Pod rozważę

- Warto rozmawiać? str. 2

Ekonomia i medycyna

- Finanse Narodowego Funduszu Zdrowia str. 3, 4, 5

Nowe technologie

- Realizacja projektu e-zdrowie w województwie kujawsko-pomorskim str. 6, 7

Rzecznik Praw Lekarza

- Lekarz jako świadek przed sądem a obowiązek zachowania tajemnicy lekarskiej str. 7, 8

Pobocza medycyny

- Wino i medycyna str. 9

Terapia

- Leki nie działają u chorych, którzy ich nie biorą str. 10, 11

Z perspektywy

- Staż we wrocławskim szpitalu – impresje po 40 latach str. 12, 13, 14

Wspomnienie

- Dr Grażyna K. Pobłocka (1937 - 2010) str. 15

Delegatury

- Z Grudziądza str. 16, 17

Komunikaty

- str. 14, 17, 19, 20

Nowości wydawnicze

- str. 18

**XXVIII Okręgowy
Zjazd Lekarzy
odbędzie się
2 kwietnia 2011 r.
w Hotelu FILMAR,
w Toruniu.**

meritum

REDAGUJE KOLEGIUM:

lek. Sławomir Badurek

(redaktor naczelny)

dr n. med. Marian Łysiak

mgr Dominika Kisielewska

WSPÓŁPRACA:

Agnieszka Lis

mgr Elżbieta Wierzbowska-Umińska

mgr Anna Zielaskiewicz

Numer zamknięto 18.01.2011

Redakcja zastrzega sobie prawo redagowania tekstów, nie zwraca nadesłanych materiałów, nie odpowiada za treść zamieszczonych ogłoszeń i reklam.

Warto rozmawiać?



Rozpoczął się kolejny rok... Niestety nadal będziemy poruszać się w rzeczywistości, którą określa się często słowami starożytnej chińskiej klątwy: „obyś żył w ciekawych czasach”. Mam na myśli

perspektywę wprowadzenia w życie tzw. pakietu ustaw zdrowotnych, które zmieniają zasady funkcjonowania placówek służby zdrowia, szkolenia przed- i podyplomowego lekarzy, refundacji leków itd. Wiele o tym pisano i mówiono w środkach masowego przekazu i zapewne nawet osoby nie śledzące procesów legislacyjnych zdają sobie sprawę, że będzie to istotna zmiana w funkcjonowaniu opieki zdrowotnej w Polsce. Aby nam nudno nie było, to pamiętajmy jeszcze o kolejnym obowiązkowym ubezpieczeniu lekarzy, czy obowiązku (wg. mnie bezsensownym) posiadania od 1. maja kasy fiskalnej.

Wszystkie te innowacje budzą sprzeciw środowiska lekarskiego, niezależnie od tego czy medycy w momencie wypowiedzi reprezentują samorząd lekarski, związek zawodowy, czy też gremia związane z ośrodkami akademickimi. Pomimo takiej jednomyślności środowisk medycznych ich głos jest całkowicie pomijany i ignorowany przez rząd, posłów, senatorów i innych polityków. Można się zastanawiać dlaczego tak się dzieje. Czy to my tak się oderwaliśmy od otaczającej nas rzeczywistości, że argumenty, które przytaczamy i które dla nas są absolutnie racjonalne, dla innych są irracjonalne? Czy to jest przejaw arogancji władzy, która wszystko wie lepiej w myśl zasady: „dostałem kilka listów

w życiu, więc jestem ekspertem w dziedzinie filatelistyki”?

Na przełomie XIX i XX wieku powstało wiele nowych teorii dotyczących schorzeń somatycznych i psychicznych. W zasadzie każda koncepcja, którą udało się opisać, często w sposób pseudonaukowy, zyskiwała miano nowej jednostki chorobowej. Potem było już z górki – chorobę rozpoznawano i oczywiście leczono. Jedną z takich (jak dziś oceniamy – kuriozalnych) jednostek była drapetomania. Twórca tego pojęcia, Amerykanin Samuel A. Cortwright ok. 1850 r. badał „niezrozumiałe dążenie czarnoskórych mieszkańców Ameryki do wolności” i definiował jednostkę chorobową jako „chorobę afroamerykanów niecierpiących radości ze służenia białym panom”. Dziś drapetomanię Słownik Pojęć PWN określa jako: (ang. drapetomania) fikcyjna choroba psychiczna uważana za przyczynę ucieczek niewolników od ich panów; przykład nadużycia modelu medycznego w psychopatologii. By uznać, że rozpoznawanie tego schorzenia było nadużyciem i że jest to jednostka fikcyjna niezbędną była ewolucja świadomości społecznej, trwająca ponad 100 lat! Być może w tym tkwi sedno naszej stosunkowo małej skuteczności – niska świadomość (społeczeństwa i wywodzących się z niego elit) znaczenia ochrony zdrowia dla naszej przyszłości nie tylko w perspektywie czasowej najbliższych cykli wyborczych.

To tylko jedna z możliwych hipotez, ale są też inne czynniki, wg mnie bezspornie osłabiające skuteczność działań samorządu lekarskiego. Przykład: pod koniec ubiegłego roku Konwent Prezesów zaproponował wspólne działania mające na celu wzmocnienie pozycji Okręgowych Izb Lekarskich w czasie corocznych negocjacji

umów z Ministerstwem Zdrowia. Chodzi o kwoty przekazywane samorządowi w ramach refundacji kosztów za wykonywanie zadań przejętych od administracji państwowej (wydawanie praw wykonywania zawodu, działalność rzecznika odpowiedzialności zawodowej czy sądu lekarskiego). Dotychczas otrzymywaliśmy z MZ za ledwie od kilkunastu do 30-tu procent poniesionych wydatków. Były to kwoty narzucane jednostronnie przez MZ, bez negocjacji, waloryzacji, nieuwzględniające chociażby ilości spraw prowadzonych przez sąd czy biuro rzecznika. Po dyskusjach omawiających różne strategie postępowania Konwent Prezesów Okręgowych Izb Lekarskich zdecydował jednogłośnie, że wszystkie Izby odmówią solidarnie podpisania bieżących umów, gdyż dopiero wspólna akcja spowoduje, że MZ zauważy problem i partnera do rozmów. Tak też się stało i umowy w większości izb zostały podpisane dopiero ok. 15 XII, po spotkaniu 9 XII z panią minister E. Kopacz, zaproponowaniu przez stronę rządową zwiększenia refundacji o ok. 56% i deklaracji o powołaniu wspólnie z przedstawicielami delegowanymi przez NRL zespołu, który ma wypracować akceptowalny przez obie strony sposób naliczania wysokości refundacji. Można powiedzieć – sukces (pomimo, że uzyskane kwoty refundacji jeszcze nie przekraczają 50% ponoszonych przez Izby kosztów!). We mnie jednak pozostało poczucie porażki – 6 (!) Prezesów Okręgowych Izb Lekarskich bez racjonalnego uzasadnienia wcześniej podpisało umowy z MZ łamiąc wspólne ustalenia.

No comment...

Łukasz Wojnowski

Prezes Kujawsko-Pomorskiej

Okręgowej Izby Lekarskiej w Toruniu.

Z ŻAŁOBNEJ KARTY

Z głębokim żalem i szczerym smutkiem przyjęliśmy wiadomość o nagłej śmierci Naszej Koleżanki

Pani Doktor ANNY JASSOWICZ

lekarza stomatologa

Wspaniałego Człowieka i Przyjaciela, działacza samorządu lekarskiego, wieloletniej Przewodniczącej Komisji Senioratu i Samopomocy Kujawsko-Pomorskiej Okręgowej Izby Lekarskiej w Toruniu.

Rodzinie Pani Doktor, przyjaciółom i bliskim

wyrazy głębokiego współczucia przekazuje

Łukasz Wojnowski, Prezes ORL oraz członkowie

Kujawsko-Pomorskiej Okręgowej Izby Lekarskiej w Toruniu.



Finanse Narodowego Funduszu Zdrowia

Sytuacja finansowa Narodowego Funduszu Zdrowia jest tematem nadzwyczaj często poruszanym w polskich mediach. Średnio raz w tygodniu omawiana jest kwestia nowego problemu medycznego lub jednostki ochrony zdrowia, na które Narodowy Fundusz Zdrowia daje za mało pieniędzy lub też nie daje ich wcale. Zainteresowanie tematem wyraźnie nasila się pod koniec roku, gdy prowadzone są negocjacje warunków umów na kolejne lata i świadczeniodawcy nie ukrywają niezadowolonych, rozgoryczonych czy wręcz zbulwersowanych propozycjami finansowymi Narodowego Funduszu Zdrowia.

Przedstawiciele NFZ nieodmiennie w takich sytuacjach tłumaczą się zbyt wolnym wzrostem przychodów – niewspółmiernym do wzrostu kosztów realizacji świadczeń zdrowotnych, stanowiących około 95% wydatków tej instytucji. Od ponad roku odpowiedzialnością za ten stan rzeczy obarcza się światowy kryzys finansowy, który powodując obniżenie wysokości wynagrodzeń i redukcję zatrudnienia pośrednio przekłada się na zmniejszenie wpływów ze składek zdrowotnych.

Wyjaśnienia przedstawicieli NFZ można bez trudu zweryfikować, gdyż szczegółowe plany finansowe Narodowego Funduszu Zdrowia na kolejne lata są udostępnia-

ne publicznie. Można w nich znaleźć informacje nie tylko o wysokości i strukturze planowanych przychodów i kosztów, ale także o sposobie ich podziału pomiędzy poszczególne oddziały wojewódzkie NFZ.

Bilans działalności finansowej Narodowego Funduszu Zdrowia w latach 2007 - 2010

Już pobieżna analiza przychodów i kosztów Narodowego Funduszu Zdrowia w ostatnich czterech latach pokazuje, że NFZ nie jest instytucją dochodową. Bilans działalności finansowej NFZ co roku zamyka się stratą – w 2010 roku strata osiągnęła poziom około 4% przychodów. Zatem Narodowy Fundusz Zdrowia faktycznie wydaje więcej pieniędzy niż otrzymuje i z roku na rok osiąga relatywnie coraz mniejsze przychody (Tab. 1.).

Zestawienie pokazuje wyraźne zatrzymanie tempa przychodów Narodowego Funduszu Zdrowia począwszy od 2009 roku. W roku 2008 NFZ uzyskał przychody wyższe aż o 20% od przychodów z roku 2007. W roku 2009 przychody wzrosły już tylko o 8% w porównaniu z rokiem poprzednim, a w 2010 roku różnica wyniosła zaledwie 2%. Jeżeli potwierdzi się prognozowana na 2011 rok kwota przychodów NFZ w wysokości 60 084 386 tysięcy zło-

tych to w porównaniu z minionym rokiem przychody wzrosną o jedyne 4%. Tak niewielki wzrost przychodów w najmniejszym stopniu nie przekłada się na lawinowo rosnące koszty wykonywania procedur medycznych i refundacji cen leków.

Wykazane w powyższym zestawieniu koszty rzeczywiste Narodowego Funduszu Zdrowia nie odzwierciedlają realnych kosztów funkcjonowania polskiego systemu zdrowotnego – są to bowiem tylko wydatki poniesione przez Narodowy Fundusz Zdrowia w danym roku, a jak wiadomo przy ograniczonych przychodach Narodowy Fundusz Zdrowia płaci tylko za to, za co musi zapłacić, czyli na przykład procedury ratujące życie czy chemioterapię. Wartość podpisywanych co roku kontraktów na świadczenie usług medycznych od lat jest w większym stopniu odzwierciedleniem sytuacji finansowej NFZ niż rzeczywistych potrzeb pacjentów i możliwości świadczeniodawców.

Plan finansowy Narodowego Funduszu Zdrowia na dany rok jest opracowywany i publikowany w drugiej połowie roku poprzedzającego. Jak pokazuje poniższe zestawienie, zarówno przychody jak i koszty rzeczywiste są rokrocznie większe od planowanych, przy czym na przykład w 2010 roku różnica kosztów była ponad siedmiokrotnie większa od różnicy przychodów, co zaowocowało wspomnianą wcześniej stratą na poziomie około 4% ubiegłorocznych przychodów NFZ (Tab. 2.).

Plan finansowy Narodowego Funduszu Zdrowia na rok 2011

Plan finansowy Narodowego Funduszu Zdrowia na rok 2011 zakłada 4% wzrost >>

Tab. 1. Bilans działalności finansowej Narodowego Funduszu Zdrowia w latach 2007-2010 (kwoty w tysiącach złotych)

	2007	2008	2009	2010
PRZYCHODY RZECZYWISTE	43 602 326	52 448 578	56 811 491	57 816 389
KOSZTY RZECZYWISTE	44 311 271	55 181 824	58 480 490	60 032 753
ZYSK / STRATA	-708 945	-2 733 246	-1 668 999	-2 216 364

Z ŻAŁOBNEJ KARTY

Z głębokim smutkiem i żalem przekazuję Państwu, że w dniu 15 stycznia 2011 r. zmarła nagle Pani Doktor Anna Jassowicz. Od chwili reaktywowania izb lekarskich, Pani Doktor związana była z działalnością samorządu lekarskiego. Początkowo – przez pierwsze trzy kadencje, zasiadała w Okręgowej Radzie Lekarskiej, była również członkiem Prezydium Rady. Przez wszystkie dotychczasowe kadencje, wybierana była delegatem na Okręgowe Zjazdy Lekarzy. Przewodniczyła Komisji Senioratu i Samopomocy naszej izby, otaczając opieką osoby chore i samotne.

Pani Doktor Anna Jassowicz była bardzo głęboko zaangażowana w pracę na rzecz le-

karzy seniorów. W ostatnich latach całą swoją energię wkładała w organizowanie wycieczek, spotkań noworocznych i wystaw obrazów autorstwa lekarzy. Bardzo oddana była idei budowy domu lekarza seniora. Bardzo często uczestniczyła w spotkaniach dotyczących spraw lekarzy emerytów, organizowanych przez Naczelną Izbę Lekarską w Warszawie, a także współpracowała z komisjami senioratu innych izb lekarskich.

Dla mnie oraz dla pracowników naszej izby lekarskiej Pani Doktor była przede wszystkim częstym i miłym gościem w siedzibie izby, nie tylko ze względu na pełnione funkcje. Wizyty te były przejawem jej troski o środowisko lekarskie, wynikiem

zainteresowania kondycją i problemami samorządu.

Postawa Pani Doktor Anny Jassowicz nie pozostała niezauważoną. Jej aktywność zawodowa i społeczna została uho-norowana licznymi odznaczeniami państwowymi, w tym dyplomami Ministra Zdrowia za wzorową pracę, oraz Ministra Oświaty, za zasługi dla oświaty, a także samorządowymi, m.in. odznaczeniem PRO GLORIA MEDICI.

Łączymy się w smutku z rodziną i wszystkimi przyjaciółmi Pani Doktor, która na zawsze pozostanie w naszej pamięci.

Łukasz Wojnowski

Tab. 2. Zestawienie przychodów i kosztów planowanych oraz rzeczywistych Narodowego Funduszu Zdrowia w latach 2007-2010 (kwoty w tysiącach złotych)

	2007	2008	2009	2010
PRZYCHODY PLANOWANE	41 505 057	48 943 784	56 543 994	57 465 879
PRZYCHODY RZECZYWISTE	43 602 326	52 448 578	56 811 491	57 816 389
RÓŻNICA	-2 097 269	-3 504 794	-267 497	-350 510
KOSZTY PLANOWANE	41 505 057	48 943 784	56 543 994	57 465 879
KOSZTY RZECZYWISTE	44 311 271	55 181 824	58 480 490	60 032 753
RÓŻNICA	-2 806 214	-6 238 040	-1 936 496	-2 566 874

Tab. 3. Planowana struktura przychodów Narodowego Funduszu Zdrowia w 2011 roku

WYSZCZEGÓLNIENIE	KWOTA (w tysiącach złotych)
PRZYCHODY ogółem – w tym:	60 084 386
Składka zdrowotna (ZUS + KRUS)	58 001 348
Dotacja z budżetu państwa na realizację zadań zespołów ratownictwa medycznego	1 730 500
Przychody ze składek z lat ubiegłych	125 000
Przychody wynikające z przepisów o koordynacji	101 000
Pozostałe przychody	126 538

Tab. 4. Planowana struktura kosztów Narodowego Funduszu Zdrowia w 2011 roku

WYSZCZEGÓLNIENIE	KWOTA (w tysiącach złotych)
KOSZTY ogółem – w tym:	60 084 386
Koszty świadczeń zdrowotnych	56 663 995
Koszty realizacji zadań zespołów ratownictwa medycznego	1 730 500
Koszty administracyjne	647 238
Obowiązkowy odpis na rezerwę ogólną	580 013
Koszt poboru i ewidencjonowania składek	114 905
Pozostałe koszty	347 735

przychodów NFZ w porównaniu z ubiegłym rokiem przy jednoczesnym utrzymaniu kosztów na niemal niezmiennym poziomie.

Dominującym źródłem przychodów Narodowego Funduszu Zdrowia są składki zdrowotne przekazywane za pośrednictwem ZUS i KRUS. Od 1 stycznia 2007 roku wysokość składki zdrowotnej wynosi 9% podstawy wymiaru. Oprócz składek budżet NFZ wzbogaca między innymi dotacja z budżetu państwa na realizację zadań zespołów ratownictwa medycznego oraz przychody wynikające z przepisów o koordynacji.

Spore kontrowersje wzbudza rozbieżność pomiędzy wysokością składek pobieranych od osób ubezpieczonych w Zakładzie Ubezpieczeń Społecznych a wysokością składek przekazywanych przez Kasę Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego. Osób ubezpieczonych w ZUS jest bowiem około czterokrotnie więcej niż osób ubezpieczonych w KRUS, a przekazują oni do Narodowego Funduszu Zdrowia prawie dwudziestokrotnie więcej pieniędzy – niemal 95% wszystkich składek. Jednak postulowana przez niektórych ekspertów reforma KRUS jako remedium na kłopoty finansowe Narodowego Funduszu Zdrowia

nie spotyka się z przychylnością rządzących (Tab. 3.).

W strukturze planowanych kosztów Narodowego Funduszu Zdrowia na pierwszy

plan wysuwają się koszty świadczeń zdrowotnych, które mają stanowić 94% wszystkich wydatków NFZ w 2011 roku. Około 3% budżetu pochłoną koszty realizacji zadań zespołów ratownictwa medycznego, na które jednak Narodowy Fundusz Zdrowia otrzymuje dotację celową z budżetu państwa. Tylko nieco ponad 1% kosztów stanowią koszty administracyjne związane z funkcjonowaniem Narodowego Funduszu Zdrowia – blisko połowę tej kwoty stanowią wynagrodzenia pracowników NFZ.

Ponad 580 milionów złotych Narodowy Fundusz Zdrowia planuje przeznaczyć w 2011 roku na obowiązkowy odpis na rezerwę ogólną. Taki zapis znajduje się w każdym kolejnym planie finansowym, jednak pomimo corocznych deklaracji co najmniej od 2007 roku nie przekazano na ten cel ani złotówki (Tab. 4.).

Rozdział środków finansowych NFZ w 2011 roku

Środki finansowe będące w dyspozycji Narodowego Funduszu Zdrowia są dzielone pomiędzy centralę i szesnaście oddziałów wojewódzkich NFZ. W gestii centrali NFZ leży zapewnienie rezerwy na koszty realizacji zadań wynikających z przepisów o koordynacji oraz rezerwy na pokrycie kosztów świadczeń zdrowotnych oraz refundacji cen leków.

Każdy oddział wojewódzki dysponuje zatem własnym budżetem na pokrycie kosztów świadczeń zdrowotnych i kosztów administracyjnych. O tym, ile pieniędzy otrzyma do swojej dyspozycji każdy z oddziałów wojewódzkich Narodowego Funduszu Zdrowia, decyduje wiele czynni-

Tab. 5. Planowane koszty świadczeń zdrowotnych w podziale na województwa w 2011 roku

LP	WOJEWÓDZTWO	KOSZTY ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH (W TYSIĄCACH ZŁOTYCH)	LICZBA LUDNOŚCI WOJEWÓDZTWA	KOSZTY ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH W PRZELICZENIU NA JEDNEGO MIESZKAŃCA
1	MAZOWIECKIE	8 356 065	5 222 167	1 600 zł
2	ŁÓDZKIE	3 853 500	2 541 832	1 516 zł
3	ŚWIĘTOKRZYSKIE	1 915 153	1 270 120	1 508 zł
4	DOLNOŚLĄSKIE	4 267 695	2 876 627	1 484 zł
5	LUBELSKIE	3 178 445	2 157 202	1 473 zł
6	ŚLĄSKIE	6 820 767	4 640 725	1 470 zł
7	ZACHODNIOPOMORSKIE	2 484 379	1 693 198	1 467 zł
8	KUJAWSKO-POMORSKIE	3 020 732	2 069 083	1 460 zł
9	PODLASKIE	1 722 945	1 189 731	1 448 zł
10	POMORSKIE	3 217 068	2 230 099	1 443 zł
11	WIELKOPOLSKIE	4 906 069	3 408 281	1 439 zł
12	LUBUSKIE	1 453 337	1 010 047	1 439 zł
13	MAŁOPOLSKIE	4 685 941	3 298 270	1 421 zł
14	PODKARPACKIE	2 937 791	2 101 732	1 398 zł
15	WARMIŃSKO-MAZURSKIE	1 993 695	1 427 118	1 397 zł
16	OPOLSKIE	1 427 958	1 031 097	1 385 zł
	RAZEM	56 241 540	38 167 329	

ków – nie tłumaczy to jednak sporych rozbieżności pomiędzy „najbogatszymi” a „najbiedniejszymi” województwami. Porównanie budżetów poszczególnych oddziałów NFZ umożliwia przeliczenie kosztów świadczeń zdrowotnych na mieszkańca województwa.

I tak w 2011 roku na leczenie jednego mieszkańca województwa mazowieckiego NFZ przeznaczy 1600 zł, a na mieszkańca województwa opolskiego – 1385 zł, czyli aż 13% mniej. Średnio na leczenie jednego mieszkańca naszego kraju Narodowy Fundusz Zdrowia zamierza przezna-

czyć w 2011 roku około 1460 zł – dokładnie tyle, ile zgodnie z planem przypadnie w udziale każdemu mieszkańcowi naszego województwa (Tab. 5.).

Planowane koszty świadczeń zdrowotnych w 2011 roku

Ponad 42% środków pieniężnych przeznaczonych na finansowanie kosztów świadczeń zdrowotnych w 2011 roku zostanie przekazane na leczenie szpitalne (około 6% tej kwoty stanowią koszty realizacji programów terapeutycznych). Kolejne 15% środków w tej grupie kosztów pochłonie refundacja cen leków. Około 13% środków zostanie przeznaczonych na finansowanie podstawowej opieki zdrowotnej, a ponad 7% – na finansowanie ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (Tab. 6.).

Województwo kujawsko-pomorskie na pokrycie kosztów świadczeń zdrowotnych w 2011 roku otrzyma 3 020 732 tysięcy złotych, czyli ponad 5% wszystkich środków przeznaczonych na ten cel w budżecie Narodowego Funduszu Zdrowia. Większość funduszy pochłonie leczenie szpitalne.

Chociaż Kujawsko-Pomorski Oddział Wojewódzki NFZ otrzyma w 2011 roku na finansowanie świadczeń zdrowotnych ponad 33 miliony złotych więcej niż w roku ubiegłym, to na leczenie szpitalne wstępnie zamierza przeznaczyć aż o 133 miliony złotych mniej niż w 2010 roku. Planowana kwota zostanie zapewne zwiększona w trakcie roku dzięki przesunięciu zaoszczędzonych środków z innych kategorii kosztów (między innymi z rezerwy na koszty świadczeń opieki zdrowotnej w ramach migracji ubezpieczonych), jednak dane te po raz kolejny pokazują rozdział między oczekiwaniami i potrzebami świadczeniodawców a możliwościami finansowymi Narodowego Funduszu Zdrowia (Tab. 7.).

Jednak jak wynika z porównania struktury kosztów świadczeń zdrowotnych w latach 2009 - 2011 w trzech wybranych województwach: mazowieckim, kujawsko-pomorskim i opolskim, nie tylko Kujawsko-Pomorski Oddział Wojewódzki NFZ został zmuszony do radykalnego ograniczenia środków finansowych przeznaczonych na leczenie szpitalne – najbardziej boleśnie odczują to szpitale w województwie opolskim, gdzie środki planowane na pokrycie kosztów leczenia szpitalnego w 2011 roku są aż o 15% mniejsze niż w roku ubiegłym (Tab. 8.).

Dominika Kisielewska

Tab. 6. Planowana struktura kosztów świadczeń zdrowotnych w 2011 roku

RODZAJE ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH	KWOTA (w tysiącach złotych)
Leczenie szpitalne	24 144 121
Refundacja cen leków	8 551 097
Podstawowa opieka zdrowotna	7 347 291
Ambulatoryjna opieka specjalistyczna	4 175 970
Pozostałe rodzaje świadczeń zdrowotnych	12 445 516
RAZEM	56 663 995

Tab. 7. Planowana struktura kosztów świadczeń zdrowotnych w województwie kujawsko-pomorskim w 2011 roku

RODZAJE ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH	KWOTA (w tysiącach złotych)
Leczenie szpitalne	1 281 807
Refundacja cen leków	494 467
Podstawowa opieka zdrowotna	410 258
Ambulatoryjna opieka specjalistyczna	227 342
Rezerwa na koszty świadczeń opieki zdrowotnej w ramach migracji ubezpieczonych	123 131
Leczenie stomatologiczne	94 822
Świadczenia zdrowotne kontraktowane odrębnie	93 203
Opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień	92 884
Rehabilitacja lecznicza	73 863
Świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze w ramach opieki długoterminowej	35 238
Zaopatrzenie w sprzęt ortopedyczny, środki pomocnicze i lecznicze środki techniczne	32 120
Lecznictwo uzdrowiskowe	28 698
Opieka paliatywna i hospicyjna	22 632
Koszty profilaktycznych programów zdrowotnych	7 896
Pomoc doraźna i transport sanitarny	2 270
Koszty świadczeń zdrowotnych z lat ubiegłych	101
RAZEM	3 020 732

Tab. 8. Porównanie struktury kosztów świadczeń zdrowotnych w wybranych województwach w latach 2009-2011 (kwoty w tysiącach złotych)

WOJEWÓDZTWO	ROK	KOSZTY ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH OGÓŁEM – w tym:	LECZENIE SZPITALNE	REFUND. CEN LEKÓW	PODST. OPIEKA ZDROW.	AMB. OPIEKA SPECJ.
MAZOWIECKIE	2009	8 520 883	4 212 242	1 171 509	986 908	668 123
	2010	8 767 738	4 332 075	1 271 147	988 451	672 800
	2011	8 356 065	3 955 783	1 138 382	997 000	647 374
KUJAWSKO-POMORSKIE	2009	2 948 260	1 423 827	420 823	405 438	218 376
	2010	2 987 487	1 415 670	474 445	402 188	216 470
	2011	3 020 732	1 281 807	494 467	410 258	227 342
OPOLSKIE	2009	1 383 784	641 732	195 232	187 351	105 084
	2010	1 418 022	674 442	196 306	183 987	102 787
	2011	1 427 958	570 095	203 300	180 827	101 000

Artykuł opracowano na podstawie informacji udostępnionych przez Narodowy Fundusz Zdrowia za pośrednictwem oficjalnego portalu internetowego: www.nfz.gov.pl

Realizacja projektu e-Zdrowie w województwie kujawsko-pomorskim

Jesienią 2009 roku Urząd Marszałkowski Województwa Kujawsko-Pomorskiego w porozumieniu ze szpitalami oraz jednostkami samorządu terytorialnego rozpoczął realizację Projektu „e-Zdrowie w Województwie Kujawsko-Pomorskim”. Realizacja Projektu w 75% zostanie dofinansowana ze środków Unii Europejskiej – w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Kujawsko-Pomorskiego na lata 2007-2013. Pozostałe 25% kosztów będzie stanowiło wkład własny uczestników Projektu.

Moduł e-Zdrowie jest częścią przedsięwzięcia pod nazwą: „eUsługi – eOrganizacja – pakiet rozwiązań informatycznych dla jednostek organizacyjnych Województwa Kujawsko-Pomorskiego”, który obejmuje trzy ważne dziedziny życia: edukację, kulturę oraz ochronę zdrowia i koncentruje się na dostarczaniu rozwiązań umożliwiających wykorzystywanie technologii teleinformatycznych do organizacji pracy oraz świadczenia usług z danej dziedziny. Jest też kontynuacją Projektu „Telemedycyna w województwie kujawsko-pomorskim – etap I”, który był realizowany w ramach Zintegrowanego Programu Operacyjnego Rozwoju Regionalnego i obejmował swoim działaniem szpitale wojewódzkie.

Cele strategiczne modułu e-Zdrowie

Pomysłodawcy Projektu wskazują pięć podstawowych celów, które zostaną osiągnięte dzięki realizacji modułu e-Zdrowie:

- zwiększenie dostępności do wyspecjalizowanych świadczeń medycznych dla mieszkańców małych miast i obszarów wiejskich,
- skrócenie czasu od rozpoznania (szybsza i poprawna diagnoza) do wdrożenia efektywnej metody leczenia,
- podniesienie jakości świadczonych usług medycznych poprzez wprowadzenie efektywniejszego przepływu informacji na terenie szpitali,
- obniżenie kosztów diagnozowania i leczenia,
- promocja elektronicznej komunikacji przy realizacji procedur i świadczeniu usług medycznych oraz ułatwienie dostępu do informacji i wiedzy medycznej.

Wymiana informacji na poziomie regionalnym i krajowym

W ramach realizacji Projektu „e-Zdrowie w Województwie Kujawsko-Pomorskim”

na poziomie lokalnym w jednostkach służby zdrowia zostaną wdrożone technologie informacyjno-komunikacyjne, zaś na poziomie regionalnym zostanie stworzony portal informacyjno-usługowy i regionalne repozytorium badań. Wdrożone w ramach Projektu rozwiązania technologiczne umożliwią szpitalom integrację zarówno z rozwiązaniem regionalnym (w ramach modułu e-Zdrowie), jak również z rozwiązaniem krajowym (Strategia e-Zdrowie Polska), a w przyszłości także z podobnym rozwiązaniem na poziomie europejskim.

Uczestnicy Projektu

Na liście partnerów (beneficjentów docelowych) Projektu e-Zdrowie znajdują się obecnie 24 szpitale z terenu województwa kujawsko-pomorskiego – 16 szpitali powiatowych i miejskich (w 18 lokalizacjach) oraz 8 szpitali wojewódzkich. System informacyjno-komunikacyjny utworzony w ramach realizacji Projektu e-Zdrowie ma mieć charakter otwarty, dlatego w określonym zakresie będą mogły z niego korzystać także inne ośrodki ochrony zdrowia, np. szpitale uniwersyteckie oraz szpital wojskowy.

Oprócz pokrycia wkładu własnego w wysokości 25% wartości inwestycji realizowanych na jego terenie, uczestnik Projektu jest zobowiązany do udostępnienia pomieszczeń oraz współdziałanie z wykonawcami realizującymi poszczególne zadania Projektu oraz do zapewnienia osiągnięcia określonych wskaźników Projektu i dostarczenia informacji o efektach Projektu w okresie monitorowania inwestycji do pięciu lat po jej zakończeniu.

Zarówno Samorząd Województwa jako lider Projektu, jak i poszczególni uczestnicy Projektu są zobowiązani do zapewnienia trwałości Projektu przez okres co najmniej pięciu lat od zakończenia jego realizacji – poprzez utrzymanie, rozwijanie i rozbudowywanie stworzonego systemu.

Zakres Projektu e-Zdrowie

W ciągu najbliższych dwóch lat w ramach Projektu zrealizowane zostaną cztery zadania, których efektem ma być przede wszystkim usprawnienie diagnostyki oraz umożliwienie konsultowania trudnych przypadków chorobowych na odległość, dzięki szerokopasmowym łączom interne-

towym i połączonym z nimi urządzeniom diagnostycznym oraz komputerom archiwizującym dane medyczne.

1. Modernizacja i rozbudowa infrastruktury teleinformatycznej szpitali biorących udział w Projekcie (uzupełnienie infrastruktury, serwery, sieci LAN) do stanu umożliwiającego efektywne przesyłanie danych medycznych zarówno na terenie szpitala, jak również pomiędzy jednostkami ochrony zdrowia. Infrastruktura ma umożliwić poprawne funkcjonowanie usług z zakresu telemedycyny. Sieci teleinformatyczne w każdej jednostce powinny spełniać obowiązujące w tym zakresie normy europejskie.

2. Dostarczenie sprzętu oraz oprogramowania umożliwiającego pozyskiwanie, archiwizację, dystrybucję oraz zarządzanie danymi medycznymi (wynikami badań, protokołami operacyjnymi, itp.) pacjentów korzystających z usług jednostek biorących udział w Projekcie – przede wszystkim przewidywane jest wyposażenie szpitali w aparaturę umożliwiającą cyfryzację diagnostyki rentgenowskiej oraz budowa archiwów diagnostyki obrazowej, na bazie których zostanie zorganizowane regionalne centrum zapewniające sprawne i kompetentne usługi w zakresie opisu obrazów diagnostycznych.

3. Modernizacja lub wdrożenie nowego szpitalnego systemu informacyjnego (HIS) na terenie każdej jednostki biorącej udział w Projekcie. System ten powinien być niezawodny oraz zapewniać bezpieczeństwo i poufność danych pacjenta. Powinien także charakteryzować się modułową budową, otwartą architekturą, zapewniać interoperacyjność oraz skalowalność w celu jego dalszej integracji z jednostkami nadrzędnymi na poziomie regionalnym, krajowym oraz europejskim. System HIS będzie zintegrowany z funkcjonującymi na terenie szpitala systemami dziedzinnymi obsługującymi między innymi finanse i administrację, pracownię radiologiczną, laboratorium, dystrybucję leków oraz archiwizację i dystrybucję danych obrazowych.

W szpitalach, w których funkcjonują już wdrożone aplikacje i oprogramowanie, przewiduje się możliwość uzupełnień i in-

tegracji z dostarczaniem w ramach modułu e-Zdrowie rozwiązaniami informatycznymi tak, aby spełniały one wszystkie obecnie wymagane międzynarodowe normy i standardy.

4. Utworzenie Regionalnego Centrum Danych Medycznych wraz z portalem internetowym dotyczącym e-Zdrowia (część zadania będzie współfinansowana z budżetu Regionalnego Ośrodka Społeczeństwa Informacyjnego). Regionalny portal e-Zdrowie będzie portalem informacyjno-usługowym poświęconym sprawom zdrowia, zawierającym kompleksowe informacje na temat funkcjonujących w regionie jednostek ochrony zdrowia, publikacje promujące zdrowy tryb życia, elementy o charakterze usługowym (np. dziennik diabetyka) oraz informacje, ostrzeżenia i terminarz wydarzeń związanych z tematyką zdrowotną.

Dominika Kisielewska

Dziękuję Panu Jerzemu Łapkiewiczowi z Departamentu Zdrowia i Nadzoru Właścicielskiego Urzędu Marszałkowskiego – koordynatorowi Projektu e-Zdrowie w Województwie Kujawsko-Pomorskim za pomoc w zebraniu materiałów do artykułu.

WYKAZ UCZESTNIKÓW PROJEKTU E-ZDROWIE:

1. Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Szpital Powiatowy w Aleksandrowie Kujawskim Sp. z o.o.
2. Centrum Onkologii im. prof. Franciszka Łukaszczyka w Bydgoszczy
3. Kujawsko-Pomorskie Centrum Pulmonologii w Bydgoszczy
4. Wojewódzki Szpital Obserwacyjno – Zakaźny im. T. Browicza w Bydgoszczy
5. Wielospecjalistyczny Szpital Miejski SPZOZ im. dr. E. Warmińskiego w Bydgoszczy
6. Wojewódzki Szpital Dziecięcy im. J. Brudzińskiego w Bydgoszczy
7. Zespół Opieki Zdrowotnej w Chełmnie
8. Szpital Powiatowy Sp. z o.o. w Chełmży
9. Szpital Powiatowy Sp. z o.o. w Golubiu-Dobrzyniu
10. Regionalny Szpital Specjalistyczny im. dr. Władysława Biegańskiego w Grudziądzu
11. Samodzielny Publiczny Specjalistyczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Inowrocławiu
12. Szpital Lipno Sp. z o.o.
13. Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Łasinie
14. Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Mogilnie
15. Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Radziejowie
16. Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Rypinie
17. Wojewódzki Szpital Dla Nerwowo i Psychicznie Chorych im. dr. Józefa Bednarza w Świeciu
18. Specjalistyczny Szpital Miejski im. M. Kopernika w Toruniu
19. Wojewódzki Szpital Obserwacyjno-Zakaźny w Toruniu
20. Wojewódzki Szpital Zespolony im. L. Rydygiera w Toruniu
21. Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Szpital Powiatowy w Tucholi
22. Szpital Powiatowy im. dr. Adama Gacy i dr. Józefa Łaskiego NZOZ w Więcborku
23. Szpital Wojewódzki we Włocławku
24. Pałuckie Centrum Zdrowia Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Żninie

• RZECZNIK PRAW LEKARZA •

Lekarz jako świadek przed sądem, a obowiązek zachowania tajemnicy lekarskiej



Problematyka tajemnicy lekarskiej jest materią dość skomplikowaną. Podstawową trudność stanowi znalezienie jakiejś definicji tego pojęcia, najlepiej rangi ustawowej.

Oczywiście należy wskazać w omawianym kontekście na ustawę z 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty (Dz. U. z 1997r., Nr 28, poz. 152 ze zm.), która w art. 40 ust. 1 mówi: **Lekarz ma obowiązek zachowania w tajemnicy informacji związanych z pacjentem, a uzyskanych w związku z wykonywaniem zawodu.**

W kolejnych ustępach wspomnianego przepisu wylicza się sytuacje, w których obowiązek zachowania tajemnicy lekarskiej zostaje uchylony, dzieje się tak w następujących przypadkach:

1) *tak stanowią ustawy;*

2) *badanie lekarskie zostało przeprowadzone na żądanie uprawnionych, na podstawie odrębnych ustaw, organów i instytucji; wówczas lekarz jest obowiązany poinformować o stanie zdrowia pacjenta wyłącznie te organy i instytucje;*

3) *zachowanie tajemnicy może stanowić niebezpieczeństwo dla życia lub zdrowia pa-* >>



cjenta lub innych osób;

4) pacjent lub jego przedstawiciel ustawowy wyraża zgodę na ujawnienie tajemnicy, po uprzednim poinformowaniu o niekorzystnych dla pacjenta skutkach jej ujawnienia;

5) zachodzi potrzeba przekazania niezbędnych infor-

macji o pacjencie lekarzowi sądowemu;

6) zachodzi potrzeba przekazania niezbędnych informacji o pacjencie związanych z udzielaniem świadczeń zdrowotnych innemu lekarzowi lub uprawnionym osobom uczestniczącym w udzielaniu tych świadczeń.

Już tylko z pobieżnej analizy powyższego tekstu, wysnuć można wniosek, że zarówno samo pojęcie tajemnicy lekarskiej, jak również odstępstwa od obowiązku jej dochowania mają charakter bardzo niesprecyzowany, żeby nie powiedzieć „głęboki”. Zauważyć też należy, że ustawa nie posługuje się w ani jednym miejscu pojęciem „tajemnica lekarska” lub „tajemnica zawodowa”.

Kodeks etyki lekarskiej (niemający rangi ustawowej) w art. 23 stanowi: **tajemnicą są objęte wiadomości o pacjencie i jego otoczeniu** uzyskane przez lekarza w związku z wykonywanymi czynnościami zawodowymi. Śmierć chorego nie zwalnia od obowiązku dochowania tajemnicy lekarskiej. Artykuł 25. dodaje: „Zwolnienie z zachowania tajemnicy lekarskiej może nastąpić: gdy pacjent wyrazi na to zgodę, jeśli zachowanie tajemnicy w sposób istotny zagraża zdrowiu lub życiu pacjenta lub innych osób, oraz jeśli zobowiązują do tego przepisy prawa”.

Z powyższego wynika, że Kodeks Etyki (stanowiony przez samych lekarzy), rozumie pojęcie „tajemnicy lekarskiej” szerzej niż ustawa (przygotowana przy udziale lekarzy) o zawodach lekarza i lekarza dentysty, bowiem do tajemnicy tej zalicza nie tylko informacje dotyczące samego pacjenta ale rozciąga ją także na „otoczenie” pacjenta.

Lekarz jako świadek

Lekarz jak każdy obywatel, może zostać wezwany do złożenia zeznań w charakterze świadka, zarówno przed sądem, jak i w trakcie postępowania przygotowawczego nadzorowanego lub prowadzonego przez prokuraturę.

Wezwany w charakterze świadka lekarz

ma obowiązek stawić się w określonym przez organ prowadzący postępowanie czasie i miejscu. Nieusprawiedliwione niewstawiennictwo na przesłuchaniu zagrożone jest karą pieniężną w wysokości do 10 000 zł oraz zatrzymaniem i przymusowym doprowadzeniem w celu złożenia zeznań (art. 285 kodeksu postępowania karnego – kpk).

Jak każdy obywatel, lekarz jako świadek ma prawo do odmowy składania zeznań jeśli oskarżony lub podejrzany jest dla niego osobą najbliższą czyli małżonkiem, wstępnym, zstępny, rodzeństwem, powinowatym w tej samej linii lub stopniu, osobą pozostająca w stosunku przysposobienia oraz jej małżonkiem, a także osobą pozostająca we wspólnym pożyciu (art. 180 kpk oraz art. 115§11 kodeksu karnego). Trzeba jednak podkreślić, że prawo do odmowy składania zeznań nie stanowi uzasadnienia do odmówienia stawienia się na wezwanie w charakterze świadka.

Świadek ma prawo do uchylenia się od udzielenia odpowiedzi na pytanie, jeśli udzielenie odpowiedzi mogłoby narazić jego lub osobę dla niego najbliższą na odpowiedzialność za przestępstwo lub przestępstwo skarbowe (art. 183 kpk).

Z prawa do odmowy składania zeznań świadek ma prawo skorzystać nie później niż przed rozpoczęciem pierwszego zeznania w postępowaniu sądowym. W takiej sytuacji poprzednio złożone zeznanie tej osoby nie może służyć za dowód ani być odtworzone (art. 186 kpk)

Zeznawanie co do faktów, stanowiących tajemnicę lekarską

Lekarz może być powołany na świadka i wezwany do złożenia zeznań, które materia swoją obejmują okoliczności stanowiące tajemnicę lekarską. W takiej sytuacji, lekarz może odmówić składania zeznań co do faktów objętych tajemnicą. Jego przesłuchanie w zakresie tych okoliczności, będzie możliwe dopiero po zwolnieniu lekarza z obowiązku dochowania tajemnicy zawodowej (art. 180 kpk).

Przesłuchanie lekarza co do faktów stanowiących tajemnicę lekarską możliwe jest tylko wówczas gdy jest to niezbędne dla dobra wymiaru sprawiedliwości a okoliczność nie może być ustalona na podstawie innego dowodu.

Zwolnienie lekarza od obowiązku zachowania tajemnicy lekarskiej może nastąpić wyłącznie decyzją sądu. W postępowaniu przygotowawczym prowadzonym przez policję lub prokuratora, sąd wydaje zezwolenie (lub odmawia jego wydania) na przesłuchanie lekarza co do okoliczności stanowiących tajemnicę za-

wodową na wniosek złożony przez prokuratora. Sąd podejmuje rozstrzygnięcie w przedmiocie takiego wniosku w terminie 7 dni od jego otrzymania. Jest to jednak termin instrukcyjny a więc taki, którego przekroczenie nie powoduje żadnych skutków prawnych.

Należy w tym miejscu podkreślić, że odmowa składania zeznań przez lekarza po zwolnieniu go z obowiązku zachowania tajemnicy jest odmową bezpodstawną, z czym wiąże się możliwość zastosowania wobec świadka kar porządkowych w tym w skrajnych wypadkach nawet kary aresztu (art. 287 kpk).

Wspomnieć należy także o tzw. niezupełnych bezwzględnych zakazach dowodowych czyli zakazach korzystania bez możliwości uchylenia, z określonego źródła dowodowego odnośnie do określonych okoliczności (cyt. za T. Grzegorzczak „Kodeks Postępowania Karnego – Komentarz”, Zakamycze 2005). Do takich zakazów zalicza się:

- zakaz przesłuchiwanie w charakterze świadków odnośnie wypowiedzi osoby z zaburzeniami psychicznymi co do popełnienia przez nią czynu zabronionego – osób zobowiązanych do zachowania tajemnicy stosownie do przepisów zawartych w ustawie z 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego (Dz.U. Nr 111, poz. 535 ze zm.)

- zakaz przesłuchiwanie lekarza udzielającego pomocy medycznej oskarżonemu na okoliczność oświadczenia oskarżonego, dotyczącego zarzucanego mu czynu ponieważ takie oświadczenie nie może stanowić dowodu (art. 199 kpk)

Podsumowując rozważania dotyczące tematu tajemnicy lekarskiej i zasad zwolnienia od obowiązku jej dochowania, należy zauważyć, że tajemnica lekarska należy (obok tajemnicy adwokackiej, radcy prawnego, notarialnej, doradcy podatkowego i dziennikarskiej) do najbardziej chronionych przez prawo. Przesłanki zwolnienia od obowiązku zachowania tej tajemnicy są precyzyjnie (biorąc pod uwagę rzeczywistość naszego systemu prawnego) określone. Głównym motywem takiego ujęcia tego zagadnienia jest okoliczność, że fakty objęte tajemnicą lekarską, stanowią bardzo często informacje odnoszące się do ściśle prywatnej a nawet intymnej sfery życia konkretnego człowieka. Każde system prawny powinien dbać o to, aby tego rodzaju informacje były chronione w szczególnie „szczelny” sposób.

Krzysztof Izdebski

Wino i medycyna

Pierwsze winnice pojawiły się w Polsce w XI wieku. Zakładane głównie przez benedyktynów i cystersów nie przetrwały jednak długo w trudnym klimacie. Kwaśne krajowe wino, wytwarzane w niewielkich ilościach nie mogło sprostać konkurencji miodów pitnych i piwa, a zagraniczne wina sprowadzano jeszcze w niewielkich ilościach. W XVI wieku importowane wino gości już nie tylko na królewskim stole. Szlachta coraz chętniej wybiera gronowe trunki i już w XVII wieku trudno wyobrazić sobie sarmacki stół bez węgryńskich, małopolskich, win reńskich czy chociażby francuskich. Wino służyło jednak nie tylko jak napój. Używano go jako barwnika, środka konserwującego, przyprawy czy kosmetyku. Swoje zastosowanie wino znalazło również w medycynie. Powstawały specjalne wina lecznicze, samo wino było składnikiem wielu lekarstw, nie wahało się również używać go do kąpieli leczniczych.

Wino nie było jednak lekarstwem dla każdego. Odradzano winną terapię dzieciom i młodzieży. Wino służyć miało starcom i flegmatykom gdyż pite z umiarem było lekarstwem na flegmę. Cholerykom wolno było pić jedynie rozcieńczone wino, które dzięki dodanej wodzie traciło moc.

Wino słodkie uważano za ciężkostrawne i powodujące powstawanie kamieni na nerkach. Wino mocne, określane jako męskie należało koniecznie rozcieńczać wodą. W XVIII-wiecznej encyklopedii Chmielowskiego czytamy, iż „najlepsze jest wino wonne, które przyjemne czystą krew mnoży, serce rozwesela, troski oddala, złość obraca, w dobroć, oziębłość w nabożeństwo; łakomstwo w szczodrość; pychę w pokorę; niedbałość w pilność; bojaźń w śmiałość”.

Proweniencja wina również miała duże znaczenie. Wina reńskie z czarnym bżem stanowiły doskonały napój – lek. Czerwone wina bordoskie dzięki zawartości garbników i tanin stosowane były często jako remedium na problemy żołądkowe.

We Francji przez wieki toczyły się naukowe dysputy na temat leczniczych właściwości wina. W IX wieku arcybiskup Reims, Hincmar poleca swemu przyjacielowi biskupowi Laon wina z Epernay w Szampanii jako doskonałe lekarstwo. Potwierdzenie szczególnych właściwości szampańskich win znajdziemy w poradniku medycznym *L'art de bien traiter* z 1674 r. Według niego wina z regionu Szampanii najmniej obciążają żołądek. Wina szampańskie konkurowały w tej sferze z burgundami. Kiedy w końcu XVII wieku wina szampańskie zyskują na popularności medycy z uniwersytetu w Beaune przytaczają dowody na to, iż to wina z Burgundii są zdrowsze i ich spożycie gwarantuje długowieczność. W 1706 r. na Uniwersytecie w Reims powstała rozprawa naukowa, która broni leczniczych właściwości win szampańskich. Dowodem na ich szczególne właściwości ma być mieszkaniec Reims, który dożył 118 lat pijąc lokalne wina. Kanonik Jean Godinot w traktacie o winach z 1718 r. uznał szare wina z Szampanii za najzdrowsze w całej Francji. Ich pozytywny wpływ na choroby stawów miało potwierdzić brak tej przypadłości u mieszkańców Szampanii.

Rywalizacja win szampańskich z burgundami odbywała się również na dworze królewskim we Francji. Przyczyną melancholii, którą odczuwał Ludwik XIV miały być wina z Szampanii. Jego lekarz Guy-Crescent Fagon zalecał zatem terapię wi-

nami z Burgundii. Szczególnie wartościowe miały być burgundy Vosne i Côte de Nuits. Ludwik XV zażywał win szampańskich jedynie w czasie obiadu, wieczorami zaś na jego stole gościły stare burgundy. Spór o to które z win, szampan czy burgund są zdrowsze toczył się jeszcze do początków XVIII wieku.

W Rzeczypospolitej wino szampańskie jak i burgundzie było niezwykle popularne, jednak ze względu na swą wysoką cenę nie tak powszechnie dostępne. W celach leczniczych stosowano częściej specjalne wina ziołowe. Przepisy na wina lekarskie, które zwano Hippocratica znajdziemy w poradniku Alexego Pandemontana. Wina te miały dość szerokie spektrum działania. Jedno z nich to „Wino dla starych ludzi, ziemie pożyteczne, Melancholikom, i flegmatykom, nerki i wszystko ciało rozgrzewa, puchnienie krwawnic tłumi, trawieniu pomaga, barwę dobrą czyni, wzrok wyiaśnia, dowcip ostrzy, siwizny powściąga”. Przyrządzano je następująco: „weźmi cynamonu wyborowego uncją iedną, imbiru, gałganu, tatarskiego ziele, balsamowego nasienia, balsamowych różdek, nardy indyjskiej, koptyniku, myrthowych iagod, każdego z tych po iedney dragmie. Mastyki, dwie dragmie, lukrecyey, rozynków, oboygą po pół uncyy, cukru ile potrzeba. Wszystko to dobrze potarszy, wmoż we cztery kwarty wina białego, precedź kilka razy”.

Wino miało lecznicze właściwości nie tylko jako napój. Compendium Medicum Auctum podaje przepis na kąpiel z lagru winnego, która miała wzmacniać ciało i leczyć z choroby stawów. Zalecano jednak by winna kąpiel nie trwała dłużej niż godzinę.

We wszelkich poradach medycznych, niezależnie od temperamentu chorego czy gatunku wina, przede wszystkim zalecano umiar!

Artykuł jest streszczeniem referatu wygłoszonego na konferencji pt. „Smak i historia. Metodologia, źródła, perspektywy”. zorganizowanego w Toruniu w dniach 28-30 września 2010 r. przez Instytut Historii i Archiwistyki UMK w Toruniu, Centrum Badań nad Historią i Kulturą Wyżywienia (stacja naukowa Polskiego Towarzystwa Historycznego), pod kierunkiem dr. hab. Jarosława Dumanowskiego, prof.UMK.

Dorota Lewandowska
Uniwersytet Mikołaja Kopernika w Toruniu
Uniwersytet Michel de Montaigne Bordeaux 3





Leki nie działają u chorych, którzy ich nie biorą

Fundacja na rzecz Wspierania Rozwoju Polskiej Farmacji i Medycyny została ustanowiona w listopadzie 2001 roku przez Zakłady Farmaceutyczne POLPHARMA S.A. z siedzibą w Starogardzie Gdańskim. Do jej podstawowych celów należy wspieranie rozwoju nauk farmaceutycznych i medycznych, propagowanie inicjatyw w zakresie nowych rozwiązań w dziedzinie farmacji i medycyny oraz popularyzowanie wiedzy z zakresu farmacji i medycyny w społeczeństwie.

W 2010 roku Fundacja przygotowała opracowanie „Polskiego pacjenta portret własny – raport o przestrzeganiu zaleceń terapeutycznych przez polskich pacjentów”, które zawiera raport z przeprowadzonego na zlecenie Fundacji badania opinii społecznej na temat postaw pacjentów wobec zaleceń lekarskich w terapii chorób przewlekłych i powiązane tematycznie z badaniem referaty – „Nieprzestrzeganie zaleceń terapeutycznych na świecie i w Polsce” autorstwa dra hab. n. med. Przemysława Kardasa oraz „Adherence, compliance, persistence – współpraca, zgodność i wytrwałość – podstawowy warunek sukcesu terapii” autorstwa prof. dra hab. med. Zbigniewa Gacionga i prof. dra hab. med. Piotra Kuny.

O tym, jak istotnym problemem – nie tylko z medycznego, ale także ekonomicznego punktu widzenia – jest nieprzestrzeganie przez pacjentów zaleceń terapeutycznych świadczą przytoczone we wstępie do opracowania słowa dra hab. n. med. Przemysława Kardasa, z których wynika, że prawie 50% polskich pacjentów nie stosuje przepisanych leków zgodnie z zaleceniami. W konsekwencji pojawia się konieczność korzystania przez tych pacjentów z dodatkowych porad lekarskich, dodatkowych badań

diagnostycznych i procedur leczniczych z hospitalizacjami włącznie, co pociąga za sobą ogromne wydatki w systemie zdrowotnym – według ostrożnych szacunków sięgające kwoty 6 miliardów złotych rocznie.

Metodologia badania opinii społecznej

Badanie opinii społecznej na temat postaw Polaków wobec zaleceń terapeutycznych w terapii chorób przewlekłych przeprowadziła we wrześniu i październiku 2009 roku agencja Pentor Research International. Były to badania zarówno jakościowe – zrealizowane w grupach dyskusyjnych i w wywiadach indywidualnych, jak i ilościowe – przeprowadzone przy pomocy sondażu na reprezentatywnej próbie Polaków.

W badaniu jakościowym wzięli udział przedstawiciele środowiska medycznego (lekarze rodzinni, lekarze specjaliści – kardiolodzy, diabetolodzy i psychiatry, pielęgniarki środowiskowe, aptekarze) oraz pacjenci cierpiący na choroby przewlekłe (choroby układu krążenia, cukrzyca, depresja, schizofrenia) i członkowie rodzin osób przewlekłe chorych.

Podejście lekarzy do kwestii przestrzegania zaleceń przez pacjentów

Badanie koncentrowało się na określeniu i wyjaśnieniu przyczyn różnych postaw pacjentów wobec zaleceń lekarskich. Dla potrzeb badania przyjęto szeroką definicję zaleceń lekarskich, która obejmowała zalecenia dotyczące nie tylko przyjmowania leków, ale także przestrzegania określonej diety i dokonania zmian w stylu życia pacjenta.

Badanie ujawniło jednak, że zarówno pacjenci, jak i większość lekarzy za najważniejsze uważają zalecenia farmakologiczne, zaś rekomendacje dotyczące diety czy aktywności fizycznej traktują jako możliwy, ale nie konieczny element terapii. Takiemu postrzeganiu zaleceń pozafarmakologicznych przez pacjentów sprzyja fakt, iż zarówno efekty stosowania się do nich, jak i konsekwencje braku ich stosowania nie są wyraźnie odczuwalne w krótkim okresie czasu.

W oparciu o różnice w podejściu lekarzy do przestrzegania zaleceń przez ich pacjentów badacze wyróżnili dwie postawy: pobłażliwą i restrykcyjną.

Postawa pobłażliwa częściej charakteryzuje lekarzy rodzinnych niż lekarzy specjalistów. Twierdzą oni, że pacjenci rzadko w pełni stosują się do zaleceń lekarza i akceptują tę sytuację, a za sukces uważają już samo stosowanie się pacjentów do zaleceń farmakologicznych. Ta grupa lekarzy czuje się bezsilna wobec niewspółpracujących pacjentów i uważa, że nie ma wpływu na stosowanie się pacjentów do zaleceń związanych z dietą czy aktywnością fizyczną – w myśl zasady, że pacjent jest dorosły i sam za siebie odpowiada, więc do niczego nie można go zmusić.

Postawa restrykcyjna jest reprezentowana w mniejszości i częściej charakteryzuje lekarzy specjalistów, traktujących nieprzestrzeganie zaleceń lekarskich przez pacjentów jako problem, któremu należy przeciwdziałać. Zdaniem lekarzy cechujących się postawą restrykcyjną pacjent powinien bezwzględnie stosować się do wszystkich zaleceń lekarza – zarówno farmakologicznych, jak i dotyczących stylu życia. Dlatego też podczas rozmów z pacjentami lekarze starają się podkreślać ważność zaleceń dotyczących diety i aktywności fizycznej.

Stopień stosowania się do zaleceń farmakologicznych

Z uzyskanych w trakcie badania deklaracji na temat sposobu przyjmowania leków przez osoby przewlekle chore wynika, iż:

- 65% osób przewlekle chorych w pełni stosuje się do zaleceń farmakologicznych i zawsze przyjmuje wszystkie zalecone dawki,
- 25% pacjentów przyjmuje leki regularnie, ale 14% chorych zdarza się zmieniać zaleconą dawkę, a 11% od czasu do czasu zdarza się pominąć pojedynczą dawkę,
- 4% chorych przyznaje, że często zdarza im się pominąć pojedynczą dawkę leku,
- 6% pacjentów przyjmuje leki sporadycznie w przypadku wystąpienia objawów choroby.

Jednak nawet w grupie osób przewlekle chorych, które zadeklarowały systematyczne zażywanie zaleconych leków, część badanych przyznała, że zdarzyło im się modyfikować zaleconą terapię, czyli zmniejszać lub zwiększać dawkę leku, czasowo odstawiać lek bez konsultacji z lekarzem lub całkowicie przerywać leczenie.

Spośród wszystkich osób przewlekle chorych biorących udział w badaniu – zarówno przyjmujących leki systematycznie, jak i sporadycznie:

- 25% czuło się po lekach na tyle dobrze, że uznało się za zdrowych lub podleczone i zaprzestało ich stosowania,
- 21% czuło się gorzej po zażyciu leku (działania uboczne) i zdecydowało się je odstawić bez konsultacji z lekarzem,
- 20% samodzielnie zmniejszyło lub zwiększyło dawkę swoich leków,
- 8% przerwało leczenie na jakiś czas z powodu problemów z uzyskaniem recepty od lekarza.

Jednocześnie równie często zdarzają się wśród pacjentów cierpiących na choroby przewlekle sytuacje wykorzystania tylko części przepisanego opakowania lub też wykorzystania tylko niektórych z przepisanych leków. I tak spośród wszystkich ankietowanych osób przewlekle chorych:

- 31% wykorzystało tylko część opakowania przepisanego przez lekarza,
- 25% wykorzystało tylko jeden lub tylko niektóre z przepisanych leków,
- 22% wykorzystało tylko kilka opakowań z wielomiesięcznej lub wieloletniej terapii przepisanej przez lekarza, po czym przerywało przyjmowanie leków.

Kluczowe czynniki wpływające na stopień stosowania się pacjentów do zaleceń lekarskich

Badacze wyróżnili trzy grupy czynników, które mają wpływ na stopień stosowania się do zaleceń lekarza:

- czynniki leżące po stronie pacjenta,
- czynniki leżące po stronie środowiska medycznego,
- czynniki związane z chorobą.

Czynniki leżące po stronie pacjenta

Do czynników wpływających na przebieg terapii leżących po stronie chorego badacze zaliczyli między innymi osobowość pacjenta, jego wiek i płeć oraz tryb życia, postawę pacjenta wobec choroby i potrzeby leczenia oraz wobec leków, postawę otoczenia i rodziny pacjenta, zaufanie do środowiska medycznego i poziom wiedzy o konsekwencjach choroby.

Na podstawie wyników badania można stwierdzić, że kluczowym czynnikiem decydującym o różnicach w podejściu pacjentów do zaleceń lekarskich jest ich postawa wobec choroby oraz świadomość długotrwałego leczenia. Pacjenci, którzy przejawiają prawidłową postawę wobec leczenia i postrzegają chorobę jako problem do rozwiązania, są pozytywnie zmotywowani do regularnego stosowania leków i zmiany stylu życia zgodnie z zaleceniami. Chorych w młodszym wieku motywuje do leczenia chęć bycia osobą aktywną i samodzielną, mogącą realizować swoje pasje i marzenia. Osoby starsze motywuje chęć bycia potrzebnym i przydatnym dla swoich najbliższych.

Z kolei pacjenci, którzy postrzegają swoją chorobę jako wyrok, a długotrwałe leczenie oznacza dla nich konieczność podporządkowania całego życia chorobie, są zazwyczaj nastawieni negatywnie do terapii i nie wierzą w skuteczność leczenia. Takie podejście prowadzi często do rezygnacji lub bagatelizowania choroby, a także do oporu wobec zaleceń lekarskich – ich odrzucenia lub modyfikowania w wygodny dla siebie sposób.

Czynniki leżące po stronie środowiska medycznego

Wśród czynników leżących po stronie lekarza czy środowiska medycznego badacze wyróżnili podejście lekarza do pacjenta i jakość relacji lekarz – pacjent, a także dostęp do lekarza, częstość i czas

trwania wizyt, dostęp do badań medycznych oraz koszty terapii.

W tej grupie czynników za najważniejszą uznano jakość relacji lekarz – pacjent. Zdaniem autorów raportu to właśnie lekarz powinien chcieć współpracować z pacjentem i dbać o to, aby chory w jak największym stopniu stosował się do jego zaleceń. Jak wynika z deklaracji ankietowanych pacjentów lekarze spełniają te oczekiwania – większość chorych przewlekle otrzymuje zazwyczaj dokładne wskazówki odnośnie dawkowania leków, jest zachęcana przez swojego lekarza do regularnego ich przyjmowania, a także informowana o korzyściach płynących z systematycznego leczenia.

Ogromne znaczenie dla przestrzegania zaleceń terapeutycznych ma kwestia zaufania pacjenta do lekarza. Jak pokazały wyniki badań, zaufanie pacjenta przekłada się bezpośrednio na regularność przyjmowania leków. Wśród osób chorych przewlekle, które systematycznie zażywały leki aż 68% ufa swojemu lekarzowi i nie zasięga opinii u innych lekarzy, a 28% ufa swojemu lekarzowi, ale czasem zasięga opinii u innych lekarzy. Natomiast wśród pacjentów modyfikujących terapię lub przyjmujących leki nieregularnie tylko 43% bezgranicznie ufa swojemu lekarzowi, 46% darzy swojego lekarza zaufaniem, ale zasięga także opinii innych lekarzy, a 11% ma wiele wątpliwości co do opinii swojego lekarza lub wcale mu nie ufa.

Czynniki związane z chorobą

Czynniki wpływające na przebieg terapii, które są uzależnione od choroby pacjenta, to między innymi czas trwania choroby i moment jej wykrycia, występowanie odczuwalnych objawów choroby oraz efektów i skutków ubocznych leczenia, a także poziom skomplikowania schematu terapeutycznego oraz przebyta hospitalizacja.

Wart zauważenia jest wpływ sytuacji kryzysowych w przebiegu choroby na podejście pacjenta do terapii – nagle załamania zdrowotne skutecznie uświadamiają chorym konsekwencje nieprzestrzegania zaleceń lekarskich i przynajmniej na jakiś czas skutkują systematycznością w zażywaniu leków i radykalną zmianą stylu życia.

Dominika Kisielewska

Pełny tekst opracowania „Polskiego pacjenta portret własny – raport o przestrzeganiu zaleceń terapeutycznych przez polskich pacjentów” dostępny jest na stronie internetowej Fundacji: www.polpharma.pl/fundacja

Staż we włocławskim szpitalu – impresje po 40 latach



Szpital we Włocławku, 1969 r., fot.: Krzysztof Jabłoński

Do Włocławka ze studiów na poznańskiej Akademii Medycznej wróciłem pod koniec sierpnia 1969 r.

Zgodnie z obowiązującymi przepisami dwuletni staż podyplomowy byłem zobowiązany podjąć w okresie trzech miesięcy od uzyskania dyplomu lekarza.

Na terenie miasta funkcjonowały dwa szpitale, z których jeden mógł pełnić rolę medycznego skansenu od zaraz. Zresztą po ostatecznym jego zamknięciu pozostały po nim zdewastowane budynki, które straszą do dnia dzisiejszego i chyba jeszcze długo będą pełnić taką rolę – bo ponoć mają wartość historyczną!

Drugi był szpitalem nowym, wielospecjalistycznym, funkcjonującym dopiero od 6 lat. I w tym szpitalu przy ul. Wienickiej 49 w dniu 1 września 1969 roku rozpocząłem dwuletni staż podyplomowy.

Przystępowałem do pracy pełen optymizmu, naładowany pozytywnymi doświadczeniami uzyskanymi w trakcie praktyk klinicznych na Akademii Medycznej w Poznaniu – znanej z wysokiego poziomu nauczania. Nie przyjmowałem też do wiadomości, że koledzy z którymi przyjdzie mi współpracować w szpitalu, mogą zasadniczo różnić się od tych, z którymi szczerze się przyjaźniłem na studiach. Byłem nie tylko niepoprawnym optymistą, ale i idealistą, co prawdopodobnie miałem zapogra-

nowane w genach. Sam zresztą fascynowałem się genetyką, próbując dzięki niej zrozumieć postępowanie i zachowanie ludzi oraz prawidłowości w otaczającym nas świecie.

Jednakże już pierwsze tygodnie pracy w tym szpitalu wymusiły na mnie zasadniczą korektę tych wyobrażeń.

Dwuletni staż podyplomowy obejmował praktykę półroczną na czterech podstawowych oddziałach szpitala, tj. chirurgii, internie, ginekologii i położnictwie oraz pediatrii.

Zwyczajem tego środowiska było godne uczczenie pierwszego miesiąca pracy. Moja pierwsza pensja na stażu wynosząca 1.310 zł, niestety, nie wystarczyła na sfinansowanie dobrego obiadu dla trzech osób, z dwoma najbliższymi kolegami z pracy, w miejscowej restauracji kategorii II o wdzięcznej nazwie „Kosmos”. Obiad składał się z przystawek, trzech dań i pół litra popularnego jarzębiaku. Brakującą kwotę dowiózł mi szwagier swoją „wypasioną” Syrenką 104.

Staż rozpocząłem od chirurgii. Pierwsze miesiące stażu na tym oddziale przekonały mnie, że ordynator nie tylko powinien być dobrym fachowcem, ale jednocześnie nie może być zbyt łagodny dla personelu lekarskiego i pielęgniarskiego. Takim był właśnie **dr med. Tadeusz Ślaski**, którego łagodność, dobroduszość oraz łatwość niekiedy przesadnie wykorzystywali niektórzy jego asystenci.

Nie zapomnę jednego z dyżurów, który pełniłem z panem ordynatorem. Był on wtedy już po sześćdziesiątce i miał zwyczaj o ok. godz. 23.00 udawać się na spoczynek, biorąc pod pachę swoją charakterystyczną pidżamę. Ambicją każdego drugiego dyżuranta było niebudzenie ordynatora tak długo jak to tylko było możliwe. O godzinie pierwszej w nocy przywieziono mężczyznę z raną ciętą małżowiny usznej. Po prostu połowa małżowiny bezwładnie zwisała po cięciu ostrym narzędziem, co się zdarzyło w trakcie libacji alkoholowej. Pielęgniarka zabiegowa spojrziała na mnie bacznie, a ja ambitnie postanowiłem nie budzić ordynatora. Nie byłem wtedy jeszcze biegły w szyciu ran, podobnie jak w szyciu czegokolwiek, ale na szczęście miałem na dyżurze doświadczoną pielęgniarkę zabiegową, która sprawnie kierowała moimi niezgrabnymi ruchami przy zszywaniu nieszczęsnego ucha. Ręce moje – jeszcze niepewne – lekko drżały, ale rozpoczęte zadanie trzeba było skończyć. Pacjent nawet dobrze zniósł ten zabieg, będąc od kilku godzin znieczulony w sposób naturalny i najprostszy wysokoprocentowym trunkiem.

Po pierwszym w życiu zabiegu chirurgicznym – byłem pełen obaw, co do skuteczności swojego, nieporadnego jak mi się wydawało, dziergania igłą. Jakaż była jednak moja radość, kiedy po kilkunastu dniach dostrzegłem swego pacjenta w zatłoczonym autobusie miejskim. „Wcale nie jestem takim złym krawcem” – pomyślałem wtedy z dumą. Małżowina uszna wyglądała bowiem tak, jakby jej nikt nigdy nawet nie drasnął.

Na początku lat 70. w szpitalach powiatowych nie było jeszcze podziału na chirurgię ogólną i urazowo-ortopedyczną, dlatego chirurdzy byli wszechstronnie przygotowani i wykonywali również poważne zabiegi po urazach kończyn, głowy i kręgosłupa. Jednym z rutynowych zabiegów była korekcja złamanej szyjki kości udowej najczęściej wykonywana u starszych pacjentów. W czasie jednego z takich zabiegów z przejęciem asystowałem doświadczonemu chirurgowi, który pełnił funkcję z-cy ordynatora. Moja rola ograniczała się do trzymania haków, co w istotnym stopniu poprawiało pole operacyjne

chirurgowi. Drugą podstawową moją czynnością była uchwycenie w pozycji poziomej kończyny po zabiegu operacyjnym oraz trwanie w tej pozycji po jej zagipsowaniu aż do czasu utwardzenia gipsu.

Długo pamiętałem jeden z takich zabiegów, kiedy trzymanie zagipsowanej kończyny mężczyzny ważącego powyżej 100 kg, z niezrozumianych powodów przeciągało się. Zwykle już po ok. 10 - 15 minutach korzystałem z pomocy głównego operatora, który przejmował ode mnie tę kończynę i układał ją na odpowiednim wyciągu. Tym razem moje oczekiwanie zbliżało się już do godziny i wyglądało na to, że nie mogę liczyć na żadną pomoc. Jak się okazało chirurgi i pielęgniarki w komplecie opuścili salę operacyjną, udając się na zasłużoną kawę. O mnie wszyscy zapomnieli. Na szczęście jedna z pielęgniarek – instrumentariuszek po godzinie przypadkowo znalazła się na sali operacyjnej, ratując efekt udanego zabiegu operacyjnego, w sytuacji kiedy moje ręce zapewne dłużej nie wytrzymałyby tego nadmiernego ciężaru.

Po tym niespodziewanym doświadczeniu uznałem, że na stażu lekarskim dodatkowo powinny być wprowadzone obowiązkowe zajęcia na siłowni!

W czasie stażu na chirurgii często wracałem do domu dość późno, będąc bardzo senny po dość pokaźnej dawce eteru, którą wchłaniałem w trakcie znieczulania operowanych pacjentów. Lekarz stażysta był zwykle wykorzystywany do znieczulania za pomocą eteru deponowanego na maskę umieszczoną na twarzy pacjenta. Wtedy nie było jeszcze wyszkolonych anesteziologów, ani odpowiednich aparatów do znieczulania.

W tym okresie z powodu braku lekarzy w lecznictwie otwartym, będąc lekarzem stażystą, byłem dodatkowo zatrudniony w Przychodni Lekarskiej przy ul. Chłodnej – w najbardziej niebezpiecznej dzielnicy Włocławka, usytuowanej w samym sercu dzielnicy „Kokoszka” – nie cieszącej się najlepszą sławą. Była to pierwsza moja praca w lecznictwie otwartym. Popołudniami i często wieczorami, w drodze powrotnej, z duszą na ramieniu musiałem przemierzać zaniedbane uliczki tej niebezpiecznej dzielnicy. Sytuacja ta uległa diametralnej zmianie, kiedy udzieliłem skutecznej porady lekarskiej pacjentce, która okazała się być mamą jednego z ważniejszych chłopców w tej dzielnicy. Od tej pory miałem już zagwarantowane pełne bezpieczeństwo. Również mojej Syrence 105 parkowanej pod Przychodnią w przyszłości już nic nie zagrażało.

Trudno gdybać, ale wolę nie dociekać, w jakiej byłbym sytuacji, gdyby moja porada lekarska udzielona Mamusi ważnego

w hierarchii dzielnicy mojego opiekuna była nieskuteczna! O tym dobitnie mogłem się przekonać kilka lat wcześniej, jeszcze w liceum, kiedy odprowadzałem do domu swoją sympatię, która mieszkała właśnie w tej dzielnicy przy ul. Polewki – tuż za ówczesnym przejazdem kolejowym.

W tym czasie podjąłem również dyżury w Pogotowiu Ratunkowym mieszczącym się w koszmarnych pomieszczeniach przy ulicy Przedmiejskiej. W godzinach nocnych, w jednej obszernej sali, drzemali wszyscy w komplecie pracownicy pogotowia, niezależnie od pełnionej funkcji i płci. I tak obok dyżurnego lekarza leżał kierowca, ewentualnie sanitariusz lub położna. Demokracja była pełna – wszyscy dyżuranci mieli podobne nędzne i upokarzające warunki pracy, nie mówiąc o zarobkach. Już sama jazda karetką pogotowia była w niemałym stopniu niebezpieczna dla personelu, nie mówiąc o chorym, ponieważ dostosowane do pełnienia tej funkcji pojazdy marki Fiat 125p combi miały zabójczy dla zdrowia feler. Wydobywające się z rury wydechowej spaliny cofały się do kabiny karetki. Pamiętam, że po dłuższych trasach wracałem odurzony i oszołomiony, a koledzy znani z czarnego dowcipu tłumaczyli mi, że miałem namiastkę tego, co odczuwali w pierwszej fazie zagazowywania – przy zbrodniczym wykorzystaniu spalin z rur wydechowych pojazdów samochodowych – więźniowie i Żydzi w hitlerowskich obozach koncentracyjnych w Chełmie i Sobiborze.

Trudno też było mi zrozumieć pewne (genialnie proste) usprawnienia w pracy pogotowia ratunkowego w czasie nasilenia zachorowań grypowych. Najprawdopodobniej chodziło tu o ochronę samego personelu przed zachorowaniem, bo niczym innym nie można było tłumaczyć postępowania jednego z lekarzy dyżurnych (znanego z dużego poczucia humoru i nie tylko), który za pośrednictwem wyciągniętej ręki, przez niewielkie okienko w drzwiach pogotowia, wydawał każdemu zgłaszającemu się pacjentowi z gripą złożony lek w opłatkach, składający się z... aspiryny i witaminy C!

Po kilku miesiącach zgłosiłem się do wygłaszania referatów dotyczących profilaktyki, organizowanych przez Towarzystwo Wiedzy Powszechnej we Włocławku. Referaty te były dość dobrze opłacane, bo za 45-minutowe wystąpienie otrzymywałem 144 zł, czyli tyle samo ile płacono za 5-godzinny popołudniowy dyżur w pogotowiu ratunkowym. Referaty te wygłaszałem między innymi dla więźniów w Zakładzie Karnym w Mielęcinie i to w niezwyklej scenerii. Zebrani w świetlicy wszelakiej

maści bandyci, złodzieje, sutenerzy i mordercy byli zmuszeni do wysłuchania moich referatów na temat szkodliwości picia alkoholu, palenia papierosów i zagrożeń związanych z chorobami wenerycznymi. W oczach moich słuchaczy będących od wielu lat za kratami, którzy musieli wysłuchiwać takich banałów, widziałem wściekłość, ale i bezsilność. Wygłaszając te referaty, na szczęście dla mnie, byłem otoczony przez uzbrojonych po zęby strażników więziennych.

Po pół roku trafiłem na drugi, 6-miesięczny staż, tym razem na oddział wewnętrzny I, kierowany od kilku miesięcy przez nowego ordynatora **dr. Czesława Sipowicza** – dobrego fachowca, człowieka uczciwego i wrażliwego, który obiektywnie i sprawiedliwie oceniał swoich współpracowników. Jednocześnie, pan ordynator dość trudno znosił wszelkiego rodzaju pojawiające się problemy i zewnętrzne naciski wychodzące z dyrekcji szpitala lub od władz administracyjno-partyjnych.

Muszę przyznać, że sytuacja w tym oddziale stała się dla mnie ważnym doświadczeniem i była w przyszłości ostrzeżeniem, kiedy poważnie myślałem o ordynaturze. W okresie półrocznego stażu w oddziale wewnętrznym faktycznie wykonywałem obowiązki asystenta, za co pozytywnie byłem oceniany przez ordynatora oraz niejednokrotnie otrzymywałem ciasteczka i cukiereczki od samej pani doktor – z-cy ordynatora, która wyróżniała się charakterystycznym, gustownym kokiem oraz swoimi wpływami u dyrektora i w wydziale zdrowia. Ta niespodziewanie spływająca na mnie słodycz pani doktor, w opinii starszych i doświadczonych kolegów była zapowiedzią nie najlepszych dla mnie perspektyw w niedalekiej przyszłości. Jak się okazało, moi doświadczeni koledzy, niestety, nie mylili się.

Zdając sobie sprawę, że nie posiadam predyspozycji do specjalności zabiegowych, podjąłem starania o etat w tym właśnie oddziale – co miało zmaterializować się zaraz po ukończeniu stażu we wrześniu 1971 roku.

Następne pół roku to praktyka w oddziale ginekologiczno-położniczym, którym kierował ordynator **dr med. Leon Wołodźko** – świetny operator, lekarz z dużym doświadczeniem klinicznym zdobytym w Akademii Medycznej w Łodzi, wyróżniający się charakterystycznym akcentem pochodzącym z ukochanego i często wspomnianego Wilna. W oddziale tym pełniłem również dyżury, za którymi nie przepadałem, natomiast głównym moim zajęciem

>>

było znieczulanie pacjentek do zabiegów operacyjnych na nowo pozyskanym przez szpital aparacie „Hirana” – za co niejednokrotnie chwalił mnie sam ordynator. Nie zamierzałem jednak zostać anestezjologiem, a obowiązki te wykonywałem tylko z powodu częstej niedyspozycji etatowego anestezjologa zatrudnionego w tym oddziale.

W tych czasach nie było jeszcze badania ultrasonograficznego, które umożliwia precyzyjną ocenę ciąży mnogiej. Na jednym z dyżurów, podczas którego przygotowywano się do rozwiązania ciąży bliźniaczej, doświadczony ginekolog znany ze swojego specyficznego poczucia humoru, po odbiorze drugiego bliźniaczego dziecka nagle donośnym głosem krzyknął do położnych i salowych: – Zgasić światło! Jedna z salowych rzuciła się do kontaktu i bez namysłu wykonała polecenie doktora, co spotkało się z salwą śmiechu u pozostałego personelu. Okazało się, że pan doktor zażartował sobie ze wszystkich, bowiem w drogach rodnych kobiety rodzącej pojawiło się kolejne dziecko – trzecie... No, idą pewnie do światła! – tłumaczył, rozbawiony tym, że udał mu się żart.

Kolejne i ostatnie pół roku stażu podyplomowego – to staż w oddziale dziecięcym kierowanym przez panią **dr Ewę Przybyszewską** – kobietę wielce zasłużo-

ną – była bohaterką sanitariuszką Powstania Warszawskiego. Była to osoba z dużym doświadczeniem życiowym i zawodowym, o silnej osobowości, całe życie bezpartyjna i chyba jedyny ordynator w szpitalu, który autentycznie nie bał się nomenklaturowego dyrektora (jego ocenę z rozmysłem wolę pominąć!).

W pediatrii pracowały prawie same kobiety, dlatego jak tylko pojawił się na stażu mężczyzna, traktowany był na specjalnych warunkach. Pani dr Ewa Przybyszewska od początku uznała, że i tak nie zrobi ze mnie pediatry, dlatego już po dwóch miesiącach wyraziła zgodę na moje oddelegowanie na oddział wewnętrzny, gdzie czekał na mnie w niedalekiej przyszłości etat młodszego asystenta.

Dwuletni staż we wrocławskim szpitalu wyposażył mnie w istotne umiejętności praktyczne. Pomimo braku szczególnych zdolności manualnych przydatnych w specjalnościach zabiegowych – podczas stażu na chirurgii samodzielnie wykonałem appendektomię, a podczas stażu na położnictwie i ginekologii wielokrotnie po odebraniu porodu wykonywałem nieskomplikowane zabiegi poporodowe.

Krótki z założenia pobyt na pediatrii wiązał się jednak z pewnymi brakami diagnostyczno-terapeutycznymi ujawniają-

cymi się podczas dyżurów w Pogotowiu Ratunkowym – czego nie omieszczała mi publicznie wytknąć na zatłoczonym przystanku autobusowym przed szpitalem ordynator pediatrii pani dr Ewa Przybyszewska.

Ale za to przedłużony staż na internie, dzięki właśnie pani dr Ewie Przybyszewskiej, gwarantował mi nie tylko etat w oddziale wewnętrznym, ale również niezłe przygotowanie praktyczne przydatne w dodatkowej pracy w Poradni Rejonowej i Pogotowiu Ratunkowym.

Solidne podstawy z interny wyniosłem już z poznańskiej Akademii Medycznej, będąc na roku, który przez cztery lata studiów klinicznych był szkolony z interny przez znakomitego internistę i erudyte – **prof. Kazimierza Jasińskiego**.

Te podstawy wiedzy internistycznej bardzo mi się przydały w przyszłości podczas stażów specjalizacyjnych pod kierunkiem życzliwych i profesjonalnych ordynatorów **dr. Czesława Sipowicza i dr. Jana Wieczorkowskiego**. Pozwoliło mi to uzyskać specjalizację z chorób wewnętrznych I i II stopnia odpowiednio w roku 1974 i 1977 oraz z kardiologii w roku 1980 – tzn. w najkrótszym możliwie czasie.

dr n. med. Wiesław Nowakowski

- KOMUNIKATY -

Zapraszamy na kursy do Ciechocinka

19 marca 2011:

Problemy interpretacji obrazów radiologicznych w wadach rozwojowych zębów, resorpcjach, zmianach zapalnych i pourazowych. Prawo atomowe w gabinecie stomatologicznym.

Wykładowcy: dr n.med. Lesław Jacek Pypec – Adiunkt Zakładu Stomatologii Wieku Rozwojowego Uniwersytetu Medycznego w Łodzi, dr n. med. Maciej Wilamski – Centrum Radiologii w Łodzi.

16 kwietnia 2011:

Diagnostyka i leczenie dysfunkcji układu ruchowego narządu żucia.

Wykładowca: dr n. med. Halina Ey-Chmielewska – Adiunkt w Zakładzie Protetyki Uniwersytetu Medycznego w Szczecinie.

Kursy organizuje Włocławskie Stowarzyszenie Lekarzy Stomatologów pod patronatem Kujawsko-Pomorskiej Okręgowej Izby Lekarskiej. Informacje i zgłoszenia na stronie internetowej www.stomatologia.edu.pl lub telefonicznie: (54) 231-51-57, 694-724-871.



Okręgowa Izba Lekarska w Szczecinie
jest organizatorem pierwszej edycji
MIĘDZYNARODOWEGO KONKURSU
PIOSENKI AMATORSKIEJ
LEKARZY ŚPIEWAJĄCYCH
„Musica mores confirmat”,
który odbędzie się w Szczecinie
w dniach 13-15 maja 2011 r.
Szczegółowe informacje znajdują Państwo na stronie
internetowej OIL w Szczecinie www.oil.szczecin.pl

ŚLĄSKA IZBA LEKARSKA OGŁASZA:

II Ogólnopolski Konkurs Fotograficzny Lekarzy.

Konkurs przeprowadzony będzie w następujących kategoriach:

1. „Oczy widzą serce czuje”.
2. „Człowiek w obiektywie”.
3. „Istota szczegółu”.



Każdy lekarz może zgłosić do 3 powiększeń w formacie nie mniejszym niż 15x21 i nie większym niż 30x40 cm.

Każda praca powinna być opatrzona na odwrocie godłem. Do zdjęć należy dołączyć opatrzoną godłem kopertę zawierającą dane autora zdjęć. Osoby, które chcą z powrotem dostać swoje zdjęcia, muszą dołączyć zaadresowaną kopertę zwrotną ze znaczkiem.

Prace należy nadsyłać od 1.01.2011 do 30.04.2011 roku na adres: Śląska Izba Lekarska, ul. Grażyńskiego 49a, 40-126 Katowice (z dopiskiem: II Ogólnopolski Konkurs Fotograficzny Lekarzy w Katowicach).

Uroczystość wręczenia nagród oraz wystawa prac na terenie ŚIL odbędzie się 3 czerwca 2011 roku (piątek).

Regulamin konkursu dostępny na stronie internetowej: www.izba-lekarska.org.pl



Dr Grażyna K. Pobłocka

(1937 - 2010)

Grażyna Pobłocka z domu Czerenkiewicz, urodziła się 28.07.1937 r., w miejscowości Wolna pow. Baranowicze w rodzinie Sergiusza Czerenkiewicza, nauczyciela i matki Czesławy z domu Godyckiej-Ćwirko.

Świadectwo dojrzałości uzyskała w Liceum Ogólnokształcącym w Nieszawie w roku 1955. Studiowała na Wydziale Lekarskim Akademii Medycznej we Wrocławiu w latach 1955/56 - 1961/62.

Roczny staż podyplomowy rozpoczęła we Wrocławiu oddelegowana do akcji V.V., albowiem był to czas epidemii ospy w tym mieście (1963 - 1964).

1 września 1964 r. została zatrudniona przez Miejską Przychodnię Obwodową w Toruniu i skierowana do pracy na stanowisku lekarza – Kierownika Przychodni przykładowej T.P.Cz „Merinotex” w Toruniu. Była pierwszym lekarzem odpowiedzialnym za działalność leczniczą i profilaktyczną.

Wobec dynamicznie rozwijającego się zakładu podjęła działania związane z koniecznym powiększeniem bazy lokalowej Przychodni oraz szkoleniem personelu fachowego.

W roku 1969 r. uzyskała specjalizację z medycyny przemysłowej. W roku 1972 skierowana została na stanowisko kierownika Przychodni Międzyzakładowej Zakładu Włókien Chemicznych „Elana”. W związku z szybkim rozwojem medycyny przemysłowej i koniecznością poszerzenia działalności profilaktycznej wynikającej z występujących zagrożeń środowiska pracy zorganizowała w Przychodni Z.W.Ch „Elana” konieczne pracownie diagnostyczne specjalistyczne.

Działalność organizacyjną łączyła z równoczesnym świadczeniem usług medycznych. Dnia 15 marca 1974 r. została

powołana na stanowisko z-cy dyrektora ds. leczenia w Zespole Opieki Zdrowotnej im. M. Kopernika w Toruniu, a od 1 grudnia 1975 r. na stanowisko dyrektora.

W 1975 roku uzyskała specjalizację z medycyny społecznej, a w roku 1977 specjalizację II stopnia z organizacji ochrony zdrowia.

Zespół Opieki Zdrowotnej którym kierowała w latach 1975 - 1980 zatrudniał około 1500 pracowników zabezpieczając opiekę leczniczą i profilaktyczną mieszkańców miasta Torunia i okolicznych gmin w zakresie: 1. Leczenia szpitalnego, 2. Ambulatoryjnego leczenia specjalistycznego, 3. Podstawowej opieki zdrowotnej zarówno dla chorych dorosłych jak i dzieci, 4. Wiejskiej opieki zdrowotnej, 5. Leczniczej i profilaktycznej opieki zdrowotnej w zakresie przemysłowej służby zdrowia.

Po utworzeniu Przemysłowego Specjalistycznego Zespołu Opieki Zdrowotnej – Zarządzeniem Wojewody Toruńskiego nr 41/80 z dniem 15.12.1980 r. została powołana na dyrektora tej jednostki. Jej zadaniem było zabezpieczenie usług profilaktyczno-leczniczych 65 tysięcy pracowników objętych opieką przez 25 przychodni przy- i międzyzakładowych w Toruniu. Do zakresu Jej obowiązków należała działalność konsultacyjna i nadzorcza przychodni przemysłowej służby zdrowia w całym województwie.

W roku 1990 aktywnie uczestniczyła w sympozjum w Instytucie Medycyny Pracy w Łodzi odnośnie potrzeby zmian w organizacji przemysłowej służby zdrowia i ukierunkowanie jej zgodnie z wytycznymi Konwencji 161 Międzynarodowej Organizacji Pracy z roku 1985.

W 1992 roku wraz z powołanym zespołem opracowała program reform przemysłowej służby zdrowia w województwie toruńskim. Program został zatwierdzony przez Wydział Zdrowia Urzędu Wojewódzkiego w Toruniu. Głównym celem programu reformy była zmiana kierunku działalności P.S.Z. z leczniczo-profilaktycznego na profilaktyczny z zabezpieczeniem świadczeń profilaktycznych wszystkim zatrudnionymi i młodocianym.

Z dniem 31.08.1999 r. przeszła na emeryturę, kontynuując pracę w niepełnym wymiarze godzin. Pracę podjęła w Urzędzie

dział Marszałkowskim na stanowisku Głównego Specjalisty (1999 - 2003) oraz w Przychodni Rehabilitacyjnej Spółdzielni Inwalidów im. Kilińskiego oraz w Przychodni Medycyny Pracy WOMP nr 2 na stanowisku lekarza POZ i lekarza medycyny przemysłowej.

Poza pracą zawodową na pierwszym planie stawiała rodzinę. Angażowała się z pomocą nie tylko wśród najbliższych. Była osobą pogodną i asertywną. Chętnie podróżowała. Odpoczywała w czasie wędrówek pieszych w górach, kochała Pieniny. Lubiła zwierzęta.

Zmarła 24 czerwca 2010 roku, została pochowana w Toruniu na cmentarzu św. Jerzego przy ul. Gałczyńskiego.

Miała troje rodzeństwa: siostrę Danutę Zielińską (na emeryturze), brata Jerzego Czerenkiewicza (na emeryturze) oraz siostrę Bożennę Sobocińską – dyrektora oddziału banku.

W 1959 roku wyszła za mąż za Kazimierza Pobłockiego – inżyniera, absolwenta Politechniki Wrocławskiej. W 1961 roku wzięła do siebie na wychowanie 11-letnią siostrę Bożennę. W roku 1965 urodziła syna Gerarda.

Gerard Pobłocki jest magistrem inżynierem, absolwentem Politechniki Gdańskiej.

Za zasługi w pracy zawodowej i społecznej odznaczona została:

Srebrnym Krzyżem Zasługi – 12.07.1978
Złotym Krzyżem Zasługi – 30.03.1983
Odznaką za zasługi dla województwa toruńskiego – 24.02.1984
Honorową Odznaką i Medalem Pamiątkowym NFOZ – 02.1988
Krzyżem Kawalerskim Orderu Odrodzenia Polski – 09.06.1988
Odznaką „Zasłużony dla Torunia” – 14.11.1988
Odznaką Honorową PCK III stopnia – 21.09.1989
Odznaką Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej
„Za wzorową pracę w służbie zdrowia”
Odznaką Honorową PCK II stopnia – 25.05.1995
Krzyżem Oficerskim Orderu Odrodzenia Polski – 04.12.2003

Dr Pobłocka mieszkała ostatnio w Toruniu przy ul., Krasieńskiego 115a.

Marian Łysiak

Wigilijne spotkanie

18 grudnia ubiegłego roku w sali hotelu „Rad” mieliśmy okazję do uczestnictwa w tradycyjnym już corocznym spotkaniu opłatkowym organizowanym od lat z inicjatywy naszej Delegatury Izby Lekarskiej. Okazja ta jest jedną z coraz rzadszych w naszym środowisku możliwości spotkania się z lekarzami, w tym stomatologami, pracującymi w różnych miejscach – w szpitalu, przychodniach POZ w Grudziądzu i Łasinie, NZOZ-ach, prowadzących własne gabinety. Niezawodną grupą uczestniczącą w uroczystości są nasi Koledzy Emeryci.

Z radością należy przyjąć fakt, że w ostatnim spotkaniu wzięło udział tak wielu z nas, co w poprzednich latach nie było częstym zjawiskiem. Trzeba było dostawiać krzesła! Może wreszcie uda się przełamać jakiś trudny do wytłumaczenia opór i wszyscy odpowiedzą na zaproszenie. Naprawdę zawsze wszyscy się pomieszczą, a atmosfera spotkania z pewnością zaskoczy niejednego opornego.

Tym razem spotkał nas zaszczyt nie lada, gościliśmy Prezesa Naczelnej Rady Lekarskiej – Macieja Hamankiewicza. Oka-

zał się bardzo serdecznym, bezpośrednim człowiekiem, który skierował do nas słowa nieklamanego zachwytu nad naszym zażytkowym miastem i nowoczesnym szpitalem. Ujawnił przy tym swoje pasje historyczne, opowiadał o bliskim jemu – jako mieszkańcowi Śląska – i nam – Księdzu Władysławowi Łędze, którego imię nosi grudziądzkie muzeum.

W czasie spotkania po raz pierwszy wystąpił też publicznie chór „Medycy i przyjaciele”, zyskując łaskawą życzliwość zebranych, którym wkrótce udzielił się świąteczny nastrój i wspólnie ze wszystkich ust zabrzmiał gromki śpiew kolęd. „Kolędę dla nieobecnych” odśpiewaliśmy mając w pamięci Doktora Waldemara Świtakowskiego, który opuścił nas 18 października 2010 roku.

Doniosłą częścią uroczystości było wręczenie przez dr. Łukasza Wojnowskiego, Prezesa ORL w Toruniu, Brylantowych Laurów Medycznych zasłużonym Lekarzom – Seniorom, którzy od 50 lat pracują w naszym zawodzie. Wyróżnieni zostali:



od lewej: dr Wiesław Umiński – Przewodniczący Delegatury Izby Lekarskiej w Grudziądzu, dr Łukasz Wojnowski – Prezes K-P OIL w Toruniu, dr Halina Lisik, dr Tadeusz Lisik, dr Józef Smolarz, dr Wacław Pałczyński, dr Henryk Rodziewicz



Chór „Medycy i przyjaciele”



Maciej Hamankiewicz
– Prezes Naczelnej Rady Lekarskiej



od lewej: dr Jan Jakubiak, dr Henryk Danielewicz, dr Stanisław Makulec z małżonką, żona dr Jana Jakubiaka i dr Piotr Danielewicz

Pani dr Halina Lisik – specjalista pulmonolog dziecięcy,

Pani dr Halina Ziejka – specjalista pediatra,

Pan dr Tadeusz Lisik – specjalista urolog,

Pan dr Wacław Pałczyński – specjalista reumatolog,

Pan dr Henryk Rodziewicz – specjalista patomorfolog,

Pan dr Józef Smolarz – specjalista chorób wewnętrznych.

Joanna Nowacka-Apiyo
fot. Ewa Umińska

Wokół grudziądzkiego szpitala

Nowy Rok powitał nas w szpitalu zmianami kadrowymi na ważnych stanowiskach.

Decyzją dyrektora powołano nowego koordynatora Oddziału Neurologii – został nim Pan dr nauk medycznych Robert Bonnek, dotychczas pracujący w Bydgoszczy, zaś nowym koordynatorem Zakładu Patomorfologii został Pan dr nauk medycznych Paweł Grochowski, od lat pracujący w tym Zakładzie jako starszy asystent.

Tym samym rozstaliśmy się z jakże zasłużonymi na tych stanowiskach lekarzami – Panią dr Teresą Olejnik oraz Panem dr. Bogdanem Henrykiem Rodziewiczem. Oboje przez kilkadziesiąt lat pełnili funkcję ordynatorów oddziałów naszego szpitala i nieodłącznie będą się z nimi kojarzyć. Cieszyć się będą nadal naszym szacunkiem nie tylko jako dobrzy lekarze i nauczyciele kilku pokoleń medyków, ale także jako humaniści, ludzie związani z kulturą naszego miasta, działacze społeczni. Uczestniczą w wielu wydarzeniach kulturalnych, bardzo często można ich zobaczyć w teatrze czy na koncercie, na otwarciach wystaw, prelekcjach. Dbają o czystość polszczyzny, nie zapomnieli, w przeciwieństwie do wielu z nas, skomplikowanych łacińskich sformułowań. I także za ten szeroko rozumiany humanizm i erudycję należy się im głębokie uznanie. Chapeaux bas!

Mamy nadzieję, że nieraz jeszcze skorzystamy z doświadczenia starszych kolegów, bo nie rozstają się na dobre ze szpitalem.

Joanna Nowacka-Apiyo

Lekarskie pasje pozalekarskie

Wydarzeniem na naszym lokalnym rynku wydawniczym było w grudniu 2010 pojawienie się nowej ważnej pozycji historyograficznej pt. „Twierdza Grudziądz”. Szczegółowe opracowanie, pięknie wydane przez Wydawnictwo Kalamarski, jest gratką dla entuzjastów historii Grudziądza i dziejów obronności. Radością napawa fakt, że współautorem tego opasłego tomu jest nasz kolega, lekarz z Oddziału Kardiologii – Włodzimierz Grabowski, od wielu lat pasjonat fortyfikacji. Wraz z nim pracowali nad monografią Mariusz Żebrowski – historyk, Jakub Franczuk i Piotr Nowiński.

Joanna Nowacka-Apiyo

- KOMUNIKATY -

Polskie Towarzystwo Lekarskie i Polskie Towarzystwo Diabetologiczne

Zaprawaszają na konferencję naukowo-szkoleniową nt. „Insulinoterapia w stanach zagrożenia życia”, która odbędzie się 18 lutego br. o godz. 17 Hotel „Bulwar” w Toruniu „Insulinoterapia w stanach zagrożenia życia”

Wszystkim uczestnikom tradycyjnego spotkania opłatkowego serdecznie dziękuję za wyjątkowo ciepłą atmosferę spotkania oraz liczną frekwencję. Ta sytuacja motywuje mnie do podejmowania kolejnych „wyzwań” w naszej Delegaturze.

Pragnę serdecznie podziękować kol. Zuzannie Nagórskiej-Rolewicz za zorganizowanie przy naszej Delegaturze chóru „Medycy i przyjaciele”, Pani mgr sztuki Gizeli Łazickiej – Zastępcy Dyrektora Państwowej Szkoły Muzycznej w Grudziądzu za prowadzenie chóru oraz Panu mgr. sztuki Tomaszowi Kwiatkowskiemu – Dyrektorowi Państwowej Szkoły Muzycznej w Grudziądzu za oprawę muzyczną podczas występu chóru na spotkaniu opłatkowym. Sądję, że wszyscy uczestnicy spotkania, którzy mieli możliwość słuchania pięknych kolęd w wykonaniu chóru przyłączają się do tych podziękowań.

Specjalne podziękowania przekazuję także kol. Joannie Nowackiej-Apiyo za wspaniałe teksty i redakcję naszego „Kącika Delegatury” w biuletynie „Meritum”.

Chciałbym poinformować Państwa, że w najbliższym czasie planujemy zorganizować spotkanie z Panią mgr prawa, dr n. med. Justyną Zajdler z Katedry Prawa Medycznego w Warszawie, które poświęcone będzie aktualnym tematom z zakresu prawa medycznego.

Wiesław Umiński

- KOMUNIKATY -

PRACA

NZOZ nawiąże współpracę
z lekarzem stomatologiem
502-029-249

Z WŁOCŁAWKA

06.12.2010 podczas **spotkania mikołajkowo-świątecznego**, zorganizowanego w kawiarni Tradycja we **Włocławku**, Brylantowym Laurem Medycznym za 50 lecie pracy zawodowej i godną postawę lekarza uhonorowani zostali:

lek. Lech Bramorski,
lek. Krystyna Darska-Litwińska,
lek. Romuald Kacznów,
lek. dent. Aurelia Makarewicz,
lek. Mirośław Makarewicz,
lek. dent. Adam Szyda
(w imieniu Pana dr. Laur odebrała żona),
lek. Teresa Makiela-Urbaczka.

Oprócz wyżej wymienionych lekarzy Brylantowy Laur Medyczny został przyznany Pani dr Barbarze Magnowskiej, Panu dr. Andrzejowi Kunklowi i Panu dr. Janowi Wieczorkowskiemu, którzy nie mogli wziąć udziału w spotkaniu.

1981-1986

ABOSLWENCI AMG STOMATOLOGII ROCZNIK 1981-1986 spotkanie po 25 latach

Miejsce: Hotel Marina w Gdańsku
Termin: 4 czerwca 2011 roku
Koszt: impreza 150 zł od osoby, nocleg (pokój 2-osobowy) – 300 zł, DJ – 1500 zł za noc.

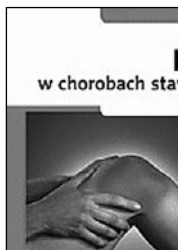
Wpłaty na konto:
Gabriela Rak-Kundzicz,
60 1050 1764 1000 0022 1197 1649
z dopiskiem „XXV-lecie dyplomatorium”
tel. 600 954 950 (Gabrysia Rak)
tel. 795 459 727 (Darek Kutella)

Miło nam poinformować, że 23 listopada 2010 roku nominację profesorską z rąk Prezydenta Rzeczypospolitej Polskiej otrzymał prof. dr hab. n. med. Marek Jackowski. Profesor Marek Jackowski jest kierownikiem Katedry Chirurgii Ogólnej, Gastroenterologicznej i Onkologicznej CM UMK, mieszczącej się w Wojewódzkim Szpitalu Zespolonym w Toruniu.



Ze zbiorów Kancelarii Prezydenta RP

Termedia sp. z o.o. Książki do nabycia na www.termedia.pl
ul. Kleeberga 2, 61-615 Poznań, Tel./faks: +48 61 656 22 00



BÓL W CHOROBACH STAWÓW

pod redakcją Witolda Tlustochowicza

Format 165 x 235 mm, liczba stron 160, oprawa miękka, ISBN: 978-83-62138-39-5

Ból w chorobach stawów pod red. Witolda Tlustochowicza to nowoczesna i przejrzysta pozycja skierowana nie tylko do reumatologów czy ortopedów. W sposób bardzo kompetentny i równocześnie przystępny przybliży Czytelnikowi problem walki z bólem w takich grupach schorzeń, jak przewlekłe zapalenia stawów, choroba zwyrodnieniowa stawów, zespoły przeciążeniowe układu ruchu oraz fibromialgia. Książka ta wychodzi naprzeciw oczekiwaniom lekarzy praktyków na publikację na temat bólu w chorobach stawów.

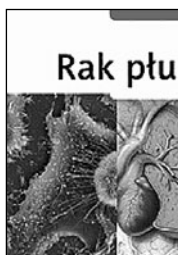


PODSTAWY NEUROLOGII z opisami przypadków klinicznych

pod redakcją Urszuli Fiszer i Małgorzaty Michałowskiej

Format B5, liczba stron 296, oprawa twarda, ISBN: 978-83-62138-40-1

Książka stanowi praktyczne kompendium współczesnej wiedzy na temat diagnostyki i leczenia najczęściej występujących chorób i zespołów chorobowych w neurologii. W części ogólnej zostały przedstawione zasady badania neurologicznego, charakterystyczne objawy i zespoły chorobowe oraz dwie podstawowe metody badań diagnostycznych: badania neuroobrazujące i elektro-encefalografię. W części szczegółowej zostały omówione najczęściej występujące zespoły chorobowe, w tym udary mózgu, bóle głowy, padaczka, zespoły otępienne, choroby układu pozapiramidowego, choroby demielinizacyjne, choroby zakaźne, neuroonkologia, choroby nerwowo-mięśniowe, urazy czaszkowo-mózgowe i bóle kręgosłupa. W odniesieniu do każdego zespołu zgodnie z przyjętym schematem przedstawiono dane epidemiologiczne, podstawy diagnozy i kwalifikacji oraz zasady farmakoterapii. Bardzo interesującym i ważnym elementem książki jest przedstawiana w każdym rozdziale analiza przypadków klinicznych oraz dyskusja dotycząca zasad rozpoznawania i leczenia.



RAK PŁUCA

pod redakcją Jerzego Kołodziejaka i Marka Marciniaka

Format B5, liczba stron 248, oprawa miękka, ISBN: 978-83-62138-31-9

Książka ta przeznaczona jest dla szerokiej rzeszy odbiorców: lekarzy różnych specjalności i studentów medycyny. Staraliśmy się zebrać w niej aktualne informacje niezbędne w codziennej praktyce lekarskiej i klinicznej. Rak płuca jest głównym nowotworem złośliwym na świecie zarówno pod względem zachorowalności, jak i umieralności, a także śmiertelności – stosunek umieralności do zachorowalności wynosi 0,87. Innymi słowy – jest to nowotwór o bardzo złym rokowaniu, występujący u ludzi w pełni aktywności zawodowej i społecznej, a w związku z tym każdy lekarz ma z tą groźną chorobą do czynienia. Tylko postępowanie wg zasad opartych na najnowszych odkryciach i ustaleniach może poprawić te smutne statystyki. Resekcja, pomimo znacznego postępu innych metod, nadal pozostaje głównym

sposobem postępowania i jedynym dającym realną szansę wyleczenia. Leczenie chirurgiczne raka płuca wymaga odpowiedniego kwalifikowania chorych, określenia rozległości choroby, wybrania dostępu operacyjnego, ustalenia zakresu wycięcia oraz wskazań do leczenia uzupełniającego, miejscowego lub systemowego. Przekazujemy Czytelnikom książkę będącą kompendium wiedzy niezbędnej do podejmowania racjonalnych decyzji w diagnostyce i leczeniu raka płuca.

Wydawnictwo Lekarskie PZWL sp. z o.o. www.pzwl.pl

ul. Domaniewska 41, 02-672 Warszawa, tel. 22 695 40 33, fax 22 695 40 32

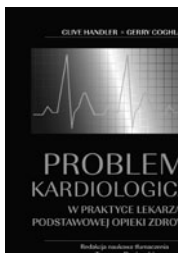


TESTY SPIROERGOMETRYCZNE w praktyce klinicznej; Ewa Straburzyńska-Migaj

ISBN 978-83-200-4008-1, wydanie I, format: 14,5 x 20,5 cm, 210 stron, 56 ilustracji, 59 tabel, oprawa miękka, cena katalogowa 49 zł

Badania spiroergometryczne (wysiłkowe badania sercowo-płucne, tzw. CPET) są powszechnie wykonywane na całym świecie jako podstawowe badanie w ocenie chorych z niewydolnością serca. Dzięki temu badaniu można ocenić reakcje organizmu podczas dynamicznego wysiłku o wzrastającej intensywności. W sposób zwięzły i nowoczesny przedstawiono wiadomości dotyczące techniki wykonywania badania, wskazania i interpretację wyników na podstawie piśmiennictwa i bogatego doświadczenia autorki.

Publikacja adresowana do kardiologów, pulmonologów, internistów, specjalistów medycyny sportowej i rehabilitacji oraz fizjoterapeutów.



PROBLEMY KARDIOLOGICZNE w praktyce lekarza podstawowej opieki zdrowotnej,

Clive Handler, Gerry Coghlan

Tytuł oryginału: Management of Cardiac Problems in Primary Care, z jęz. ang. tłumaczyła Julita Zalewska

Redakcja naukowa tłumaczenia: Tomasz Pasierski

ISBN 978-83-200-3959-7, wydanie I, format 16,5 x 23,5 cm, 432 strony, 11 ilustracji, 20 tabel, oprawa miękka, cena katalogowa 99 zł

W książce zawarte są zasady postępowania w opiece podstawowej w przypadkach chorób kardiologicznych. Omówione są zasady zbierania wywiadu, badania fizykalnego oraz postępowanie w najczęstszych jednostkach chorobowych, jak nadciśnienie, niewydolność serca, choroba wieńcowa, choroby naczyń obwodowych, choroby zastawek i arytmie. Omówione są choroby serca m. in. u kobiet w ciąży, osób w starszym wieku, problemy seksualne u mężczyzn z chorobami serca. Przedstawione są badania diagnostyczne i testy czynnościowe.

Książka jest przeznaczona dla lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej, w tym dla lekarzy rodzinnych.

SERDECZNIE ZAPRASZAMY do wzięcia udziału w konferencjach
i kursach medycznych organizowanych w Toruniu

■ 19 marca

KURS dla LEKARZY STOMATOLOGÓW:

"Problem zmiany zgryzu u pacjentów leczonych protetycznie
i ortodontycznie." poprowadzi Prof. Stefan Baron

TORUŃ, Hotel FILMAR ul. Grudziądzka 45

■ 13-14 maja



XI Ogólnopolska Konferencja Medycyny Paliatywnej

"HOSPICIUM 2011"

IX OGÓLNOPOLSKIE FORUM ONKOLOGII I PSYCHOONKOLOGII

TORUŃ, Aula UMK, ul. Gagarina 11

■ 23-24 września



XV Ogólnopolskie Sympozjum Diabetologiczne

"DIABETICA EXPO 2011"

IX Ogólnopolskie Forum Profilaktyki i Leczenia Otyłości

TORUŃ, Aula UMK, ul. Gagarina 11

■ 21-22 października

XVII OGÓLNOPOLSKA KONFERENCJA STOMATOLOGICZNA

XVII Targi Stomatologiczne

EXPODENT 2011

TORUŃ, Aula UMK, ul. Gagarina 11



ORGANIZATOR:

CENTRUM KONFERENCJI i Wystaw EXPO-ANDRE

ul. PROSTA 19/7, 87-100 TORUŃ

TEL.: (56) 657-35-05, 652-20-66, TEL. KOM.: 506-134-579,

FAX. (56) 657-35-06, E-MAIL: BIURO@ANDREHZ.NEOSTRADA.PL,

WWW.EXPO-ANDRE.PL

ZAPRASZAMY do TORUNIA!

Z ŻAŁOBNEJ KARTY

Pani Doktor
MAŁGORZACIE TORUŃSKIEJ
wyraży szczerego współczucia
z powodu śmierci

MATKI

składa Kujawsko-Pomorska
Okręgowa Izba Lekarska

Z ŻAŁOBNEJ KARTY

Panu Doktorowi
PAWŁOWI WUDARSKIEMU
wyraży szczerego współczucia
z powodu śmierci

OJCA

składa Kujawsko-Pomorska
Okręgowa Izba Lekarska

Z ŻAŁOBNEJ KARTY

Panu Dr. Jarosławowi Pikusowi
i Pani Dr Ewie Pikus
wyraży szczerego współczucia
z powodu śmierci

OJCA i TEŚCIA

składa Kujawsko-Pomorska
Okręgowa Izba Lekarska

Z ŻAŁOBNEJ KARTY

Panu Doktorowi
ANDRZEJOWI KUNKLOWI
wyraży szczerego współczucia
z powodu śmierci

MATKI

składa Kujawsko-Pomorska
Okręgowa Izba Lekarska

Z ŻAŁOBNEJ KARTY

Z głębokim żalem zawiadamiamy,
że w dniu 29 listopada 2010 r.
zmarł

**Pan Doktor
ANDRZEJ GAŚOWSKI**

Wyraży szczerego współczucia
Rodzinie Pana Doktora
oraz Przyjaciołom
składa Kujawsko-Pomorska
Okręgowa Izba Lekarska

Z ŻAŁOBNEJ KARTY

Panu Doktorowi
JERZEMU MASZEWSKIEMU
wyraży szczerego współczucia
z powodu śmierci

MATKI

składa Kujawsko-Pomorska
Okręgowa Izba Lekarska

Z ŻAŁOBNEJ KARTY

Pani Dr Ewie Hapyn oraz
Panu Dr. Stanisławowi Hapynowi
wyraży szczerego współczucia
z powodu śmierci

MATKI i TEŚCIOWEJ

składa Kujawsko-Pomorska
Okręgowa Izba Lekarska

Z ŻAŁOBNEJ KARTY

Pani Profesor
IRENIE PONIKOWSKIEJ
wyraży szczerego współczucia
z powodu śmierci

MĘŻA

składa Kujawsko-Pomorska
Okręgowa Izba Lekarska

Z ŻAŁOBNEJ KARTY

Z głębokim żalem zawiadamiamy,
że w dniu 22 grudnia 2010 r.
zmarł Pan Doktor

STANISŁAW DĄBEK

Wyraży szczerego współczucia
Rodzinie Pana Doktora
oraz Przyjaciołom
składa Kujawsko-Pomorska
Okręgowa Izba Lekarska

Z ŻAŁOBNEJ KARTY

Pani Dr Ewie Hapyn
i Panu Dr. Stanisławowi Hapynowi
wyraży głębokiego,
szczerego współczucia
z powodu śmierci

MATKI i TEŚCIOWEJ

składają Koleżanki i Koledzy Lekarze
ze Szpitala Dziecięcego w Toruniu

Z ŻAŁOBNEJ KARTY

Z głębokim żalem
zawiadamiamy,
że w dniu 15 stycznia 2011 r.
zmarła

**Pani Doktor
ANNA JASSOWICZ**

lekarz stomatolog
zasłużony
dla lecznictwa dziecięcego.
Wyraży szczerego współczucia
Rodzinie Pani Doktor
oraz Przyjaciołom
składa
Zarząd Oddziału Polskiego
Towarzystwa Stomatologicznego
w Toruniu

Z ŻAŁOBNEJ KARTY

Pani Doktor
MAŁGORZACIE GAŚOWSKIEJ
wyraży szczerego współczucia
z powodu śmierci

OJCA

składa Kujawsko-Pomorska
Okręgowa Izba Lekarska

Z ŻAŁOBNEJ KARTY

Panu Ordynatorowi
PAWŁOWI WUDARSKIEMU
wyraży szczerego współczucia
z powodu śmierci

OJCA

składają pracownicy
Oddziału Chorób Płuc
Wojewódzkiego Szpitala
Zespolonego w Toruniu

Z ŻAŁOBNEJ KARTY

Pani Doktor
WANDZIE DROZDOWSKIEJ-USOWICZ
wyraży szczerego współczucia
z powodu śmierci

OJCA

składa Kujawsko-Pomorska
Okręgowa Izba Lekarska



Program do gabinetu **firmy Syriusz**
GRATIS!

Przyjazne użytkownikom kasy fiskalne

ELZAB 

www.elzab.com.pl

www.kasy-dla-lekarzy.com.pl

Pytaj o Ofertę Specjalną u naszych Partnerów



- niezawodna kasa z intuicyjną obsługą
- skróty klawiszowe najpopularniejszych usług, raportów, funkcji
- bezpieczny zapis kopii elektronicznej znacznie obniżający koszty eksploatacji
- przystępna cena kasy
- autoryzowany serwis (instalacje, szkolenia, obligatoryjne przeglądy) blisko użytkownika

Rekomendowani Partnerzy ELZAB

Grudziądz DIGITAL MAX

kom. 509 896 507
digital.max@wp.pl
ul. Wybickiego 35

Grudziądz PW „EM-CO”

kom. 603 211 489
regis@home.pl
ul. Łyskowskiego 10

Toruń EURO BIURO SP.J.

kom. 603 869 763
eurobiuro@torun.home.pl
ul. Dziewulskiego 39

Włocławek FISKAS

kom. 667 944 266
miroszal@wp.pl
ul. Żelazne Wody 15

Ciechocinek MADA

kom. 888 890 200
mada@ciechocinek.net
ul. Broniewskiego 10

Lipno PIXEL

tel. (54) 288 24 06
pixel@pro-komp.pl
ul. Sierakowskiego 2

Toruń A.C. PROSTA

tel. (56) 652 13 93
prosta@pro.onet.pl
ul. Prosta 27

Toruń MULTIKAS

kom. 566 228 580
multikas@multikas.pl
ul. Szosa Chełmińska 69

nowe pracownie w Toruniu

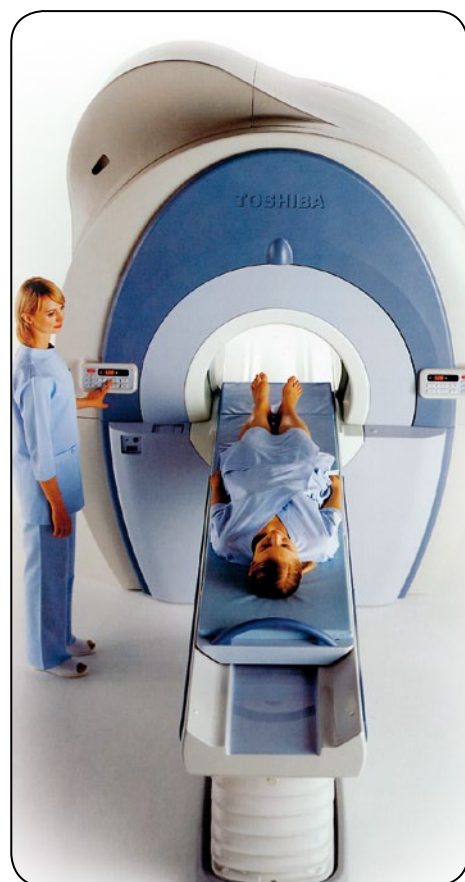
www.citomed.pl

rejestracja badań prywatnych:

tel. **56 658 44 77**

REZONANS MAGNETYCZNY

MRI Excelart Vantage XGV; 1,5T
producent: **Toshiba**;
rok produkcji: 2010



TOMOGRAMIA KOMPUTEROWA

Activion 16;
producent: **Toshiba**;
rok produkcji: 2010



MEDYCINA NUKLEARNA

gamma kamera **AnyScan SPECT**
producent: **Mediso**;
rok produkcji: 2010



SCYNTYGRAFIA
(tarczycy, kości)

LECZENIE IZOTOPAMI
(nadczynności tarczycy,
przerzutów do kości)

ISO 9001:2008


Citomed®
Lecznice Citomed Sp. z o.o.

Lecznice Citomed Sp. z o.o.

87-100 Toruń, ul. M. Skłodowskiej-Curie 73

przestrzeń zdrowia