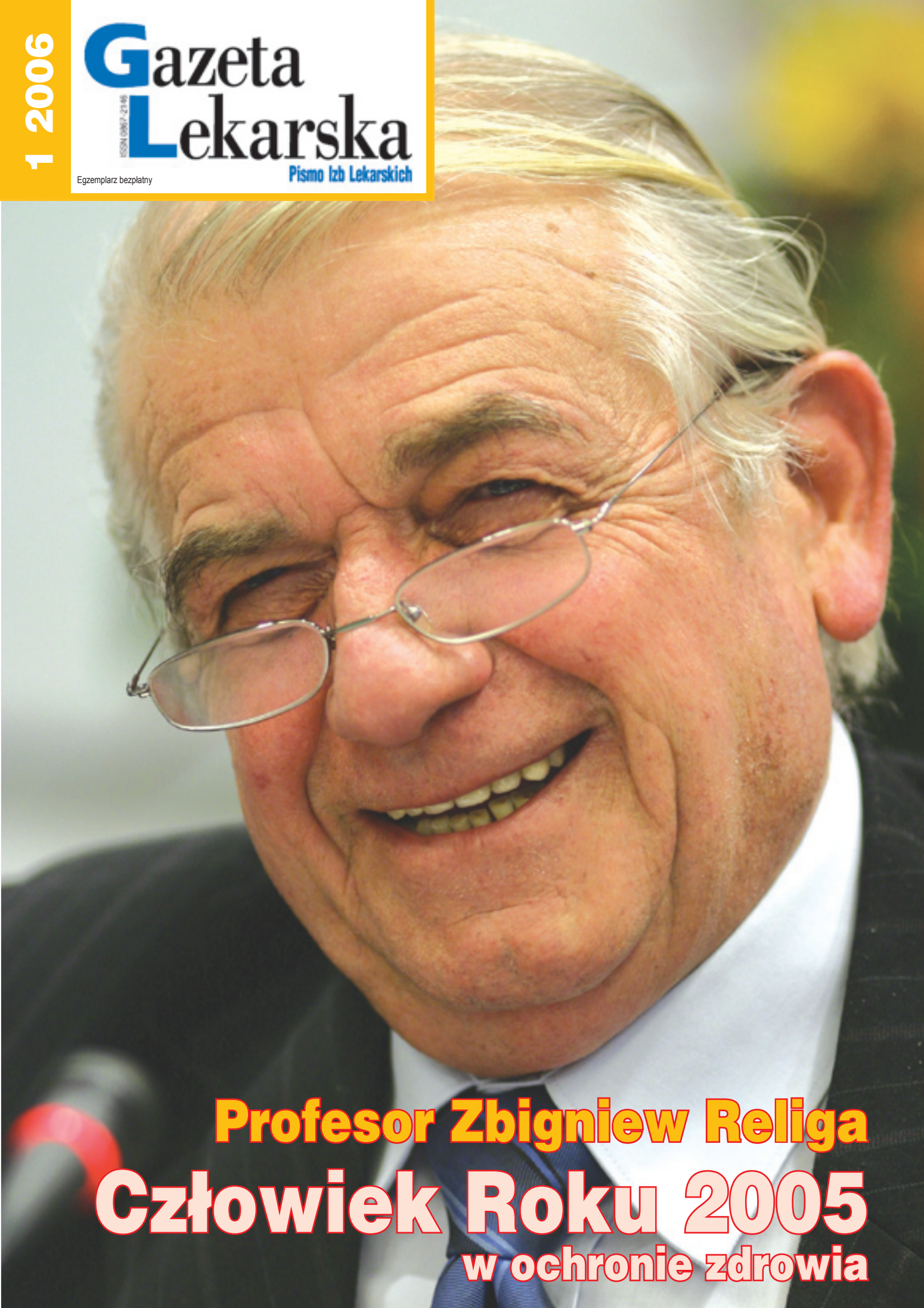


1 2006

Gazeta
Lekarska
ISSN 0897-2746
Pismo Izby Lekarskich

Exemplarz bezpłatny

A close-up portrait of an elderly man with white hair, wearing glasses and a dark suit with a white shirt and blue tie. He is smiling, showing his teeth. The background is blurred.

Profesor Zbigniew Religa
Człowiek Roku 2005
w ochronie zdrowia



Żeby tylko ktoś miał gorzej

„Aby zwiększyć płace, nie wolno w nieskończoność zwiększać ilości usług medycznych. Wzrost środków w NFZ i Ministerstwie ma iść na lepsze kontrakty i ich większą wartość. Tędy prowadzi droga do wzrostu wynagrodzeń. Innych źródeł nie ma” – przekonywał Człowiek Roku 2005 w ochronie zdrowia, minister Zbigniew Religa na spotkaniu z Naczelną Radą Lekarską. Tymczasem jeden z naszych czytelników z Wybrzeża, specjalista z czterema „dwójkami” i doktoratem, który od października ub. r. pracuje na kontrakcie w poradni alergologicznej skarży się, że pracodawca chce zmniejszyć jego wynagrodzenie z 50% na 30% z wypracowanych punktów, bo... to pracodawca, a nie on zakupił za całe 1400 zł zestaw testów punktowych. Poradnia ma ważny kontrakt z NFZ. Ciekawe w ilu jeszcze szpitalach dyrektorzy błysnęli podobnym refleksem i talentem organizatorskim. Czy lekarze kontraktowi będą teraz musieli zaopatrzyć swoje gabinety w sprzęt i materiały jednorazowe? Tylko patrzeć jak chirurgom każą przychodzić do pracy ze skalpelami i kocherami, a anestezjologom z butlą tlenową na grzbiecie.

Dylematów etycznych przybywa wprost proporcjonalnie do absurdów w ochronie zdrowia. Jak to więc jest z tym limitowaniem świadczeń zdrowotnych? Chorzy chcą wierzyć, że za ich „ciężkie pieniądze” można uzyskać „wszystko, co jest im potrzebne”. Co więcej są przekonani, że ograniczenia wynikają najczęściej ze złej woli lekarza. Lekarze lecząc konkretnego chorego nie mogą przyjmować równocześnie roli płatnika. Ale też nie mogą ignorować istnienia ograniczeń na poziomie systemu – rozważa na naszych łamach Romuald Krajewski. Powinni więc postarać się, by ograniczenia wynikały z uzasadnionego, sprawiedliwego i jawnego podziału dostępnych środków, nie zaś z przypadkowych decyzji lub z braku decyzji. Z kolei – zdaniem już nie tylko Krajewskiego – płatnik nie może udawać, że problem ograniczeń rozwiązuje zobowiązanie lekarza do zapewnienia swojemu choremu najlepszego możliwego leczenia.

Wyzysk lekarzy nie jest tylko polską specjalnością. „Im więcej pracujemy, tym mniej zarabiamy – tak dalej być nie może” – irytuje się prof. Jörg-Dietrich Hoppe, prezes Niemieckiej Federalnej Izby Lekarskiej. I mówi to przedstawiciel środowiska, które jeszcze niedawno uchodziło za krezusów w białych kitlach, poruszających się nowiutkimi porsche i beemkami. „Jak długo lekarze będą bronić się przed utratą swoich dochodów i zawieszeniem prawa pracy, tak długo mogą liczyć na poparcie całego środowiska lekarskiego” – zapewnia Hoppe. Zdaniem profesora lekarze chcą jedynie wyrównać straty, jakie w ostatnich latach zafundowali im politycy. My chcemy nie o 30% więcej, lecz 30%, aby dojść do tego, co mieliśmy wcześniej – wyjaśnia. Lekarska bracia zachodnią granicą to monolit. 98,7% poparło strajk. I nie ma zebrani o jakieś ochłapy. A u nas? Jest walka nie o to, żeby ja miał lepiej, tylko żeby ktoś miał gorzej. Samorząd lekarski nie może się doprosić, aby jego członkowie własnoręcznym podpisem poparli oczywiste potrzeby środowiska w zakresie finansowania doskonalenia zawodowego. Kolejna odsłona protestu lekarzy niemieckich już w lutym. Więcej w artykule „Półbogowie na barykadach”. Zapraszam do lektury!

Marek Stankiewicz
naczelnym@gazetalekarska.pl

W NUMERZE

między innymi

Przy opłatkach z Religą	4-5
Okiem ustępującego Prezesa	5
Skąd się biorą lekarze wojskowi?	6-8
Limitowanie świadczeń zdrowotnych?	10-12
Sukces Roku 2005 w Ochronie Zdrowia	14-17
Pomóc choremu czy pomóc sprzedać?	20-21
Jak rozbroić biologiczną bombę?	22-24
Półbogowie na barykadach	32-33
Przychodzi lekarz do prawnika	38-39
Zasiłki opiekuńcze	40
Śladem naszych publikacji	41
Lekarz – wolny najmita	42-43
Lekarski sport	44
Kalendarz – kursy, szkolenia, zjazdy	47
Książki nadesłane	48-49
Konkursy – ogłoszenia różne	50-61
Solidarnie upomnijmy się o nasze prawa! – tabela (str. 29-30)	

*Wszelkiej pomyślności
w Nowym 2006 Roku*

życzy redakcja

„Gazeta Lekarska” w Internecie
www.gazetalekarska.pl

Przy opłatkach z Religą

Wyraźnego zwiększenia nakładów na ochronę zdrowia i radykalnej zmiany wynagrodzeń lekarzy i innych pracowników służby zdrowia – zażądał od min. Zbigniewa Religi prezes NRL Konstanty Radziwiłł. 5 tys. zł brutto i 1/150 tej kwoty za godzinę, jeśli lekarze nie są zatrudnieni na etatach. Na realizację tego postulatu potrzeba ok. czterech miliardów zł i nie jest to kwota porażająca – przekonywał prezes.



foto: Marek Stankiewicz

Złożyliśmy sobie przy opłatkach – jak to w rodzinie – najlepsze życzenia.

Ministrowi pod choinkę

Leszek Dudziński (Olsztyn) – Trzeba szybko załatwić sprawę algorytmu. Kapitacyjnie różnica pomiędzy regionami w Polsce wynosi 100 zł i czas z tym skończyć. Druga sprawa to rozporządzenie ministra dot. wymogów sanitarnych. Nie dość, że sporo zakładów zostanie wykreślonych z rejestru, to wiele poniesie niepotrzebne koszty adaptacyjne.

Ryszard Łopuch (Wrocław) – Skąd wziąć pieniądze? To jest sprawa tej nieszczęsnej ceny za pół kwintala żyta, które było kiedyś 50-70% droższe. Ale nikt nie ma odwagi ruszyć mafii rolniczo-chołopskiej, która ma setki tysięcy hektarów we władaniu. A wynagrodzenia? Jak zaczniemy debatować tak jak proponuje min. Religa, to dostaną – owszem – ale górnicy, kolejarze i hutnicy, chłopci będą płacić nie pół, lecz ćwierć kwintala żyta. W Niemczech lekarze krzyczą głośno „Strajk!” A my wciąż dorbiamy ideologię, że to nieetyczne. Więc się nas nie boją!

Włodzimierz Majewski (Katowice) – NFZ nie może finansować wszystkich procedur wyspecjalizowanych. To musi wrócić do ministerstwa. To śmieszne, że na 120 osób dziennie, które codziennie przyjmuję w izbie przyjęć, szpital dostaje ryczałt 3 tys. zł. Czy w promieniu 5 km musi być siedem oddziałów zabiegowych, z których każdy robi 500 operacji, a mógłby 1500? Trzeba też zaostrić prawo w stosunku do tych, którzy chorują na własną prośbę m.in. pijanych.

Paweł Sobieski (Płock) – Minister używa nieprecyzyjnego języka do opisu polskiej służby zdrowia. Wynika z tego równie nieprecyzyjna diagnoza. Największym problemem jest deka-

Jeżeli nasze plany się powiodą, obecny rząd się utrzyma i ja będę nadal ministrem zdrowia, daję słowo honoru, że finansowanie ochrony zdrowia w 2007 r. poprawi się zdecydowanie – zadeklarował minister na spotkaniu z Naczelną Radą Lekarską tuż przed świętami Bożego Narodzenia. Zdecydowanie! – powtórzył Zbigniew Religa.

Chcemy być rzecznikami poprawiania jakości w ochronie zdrowia, ale nie możemy akceptować tego, że kształcenie podyplomowe we wszystkich jego obszarach jest wyłącznie obowiązkiem i interesem samych lekarzy – wyjaśniał Konstanty Radziwiłł. Państwo musi umożliwić wszystkim odbycie stażu podyplomowego, łagodne i przyjazne wejście w specjalizację w systemie prezydenckim, przynajmniej częściowo pokryć koszty kształcenia. Izba lekarska nie chce prowadzić kształcenia i wyręczać instytutów i akademii medycznych, lecz chce organizować to kształcenie i gotowa jest przyjąć za to odpowiedzialność.

Minister twierdzi, że z programem wyborczym dzieli go zaledwie jedna różnica. Chodzi o rodzaj finansowania: składka czy z budżetu? Przypomnijmy, że jeszcze 13 października ub.r., stojąc u boku Donalda Tuska, mówił, że program PiS-u jest niebezpieczny. Mówi, że kwestie te poruszał już z prezydentem RP Lechem Kaczyńskim, który „nie jest ani uczuciowo, ani ideowo przywiązany do żadnego z tych rodzajów finansowania”. Zdaniem Zbigniewa Religi, prezydent i premier są świadomi, że naprawa systemu może dokonać się tylko po zwiększeniu nakładów.

Wg ministra w kształceniu podyplomowym popełniono wiele błędów, ale są one stosunkowo łatwe do skorygowania. „Drzwi ministerstwa na Miodowej są sta-

le otwarte, telefony i poczta elektroniczna czynne, a zaproszenie do współpracy dla samorządu jest niezmiennie ważne. Czas zacząć współpracować na roboczo” – zachęcał minister.

Przyznał, że w służbie zdrowia osiągnięto szczyt frustracji z powodu skandalicznie niskich wynagrodzeń. „Musimy jednak stawiać żądania zgodne z prawem i obowiązującą Konstytucją, realne do wykonania” – twierdzi Religa. Minister ma wątpliwość czy ustawowe ustalanie płacy dla lekarzy jest zgodne z ustawą zasadniczą. Zanim się wypowie, chce usłyszeć orzeczenie Trybunału Konstytucyjnego. Wątpliwości takich mogą nie mieć wkrótce lekarze, którzy szykują się do strajku.

„Nie mogę namawiać nikogo z was do strajku, bo musiałbym się podać do dymisji, a nie zamierzam” – kluczył wokół tematu min. Religa. „My to tak zorganizujemy na wiosnę, że udowodnimy, że środki na wyższe wynagrodzenia są, a pan nie będzie musiał podawać się do dymisji” – ripostował Andrzej Włodarczyk, szef warszawskiej izby lekarskiej.

Zbigniew Religa przypomniał o konieczności wskazania źródła zwiększenia zarobków lekarzy. „Aby zwiększyć płace, nie wolno w nieskończoność zwiększać ilości usług medycznych. Wzrost środków w NFZ i ministerstwie ma iść na lepsze kontrakty i ich większą wartość. Tędy prowadzi droga do wzrostu wynagrodzeń. Innych źródeł nie ma” – przekonywał minister.

Nie ma regionu, który jest zadowolony z przydzielonych mu środków finansowych. Sieć szpitali zostanie ogłoszona po wyborach samorządowych w przyszłym roku, żeby „uniknąć politycznego piekła, kiedy każdy ratuje swój szpital”.

opr. ms

pitalizacja ludzka. Jak można mówić, że filarem nowego systemu będzie wprowadzenie dodatkowych, dobrowolnych ubezpieczeń zdrowotnych. Czy minister zmusi mnie, żebym się ubezpieczył? Przecież takie firmy są na rynku? Minister może tworzyć zachęty, zwolnienie od podatków itp. A nie wywierać otwartych drzwi.

Bogdan Barut (Kraków) – Stomatologia w Polsce jest nicyzja. Moje środowisko postuluje, aby w ministerstwie zdrowia utworzyć samodzielne stanowisko koordynatora lecznictwa stomatologicznego. Trzeba skupić się na higienie szkolnej, bo z uzębieniem u dzieci i młodzieży jest tragedia. Konieczne jest pilne dostosowanie nakładów na szkolenie jednego studenta do poniesionych rzeczywiście kosztów. Na stomatologię trzeba wydzielić co najmniej 5% wszystkich środków, a nie 3% jak obecnie.

Marian Brocki (wojsko) – W latach pięćdziesiątych w KC PZPR mówiono, że lekarze są wrogami ludu. I to trwa do dzisiaj. Znam pańską odwagę od wielu lat i dziwię się, że mówi pan, że nic się nie da zrobić. Przecież to my, lekarze, jesteśmy solą tej ziemi, a nie górnicy. System potrzebuje więcej pieniędzy, a nie więcej informatyków i ekonomistów, którzy nie czują medycyny ani służby zdrowia. Niech pan się ich nie boi.

Andrzej Sawoni (Ostrów Mazowiecka) – Dożyliśmy takich czasów, że za ustawowe zadania przejęte od państwa w zakresie odpowiedzialności zawodowej i sądownictwa lekarskiego budżet państwa zwraca izbie lekarskiej tylko 30-40% poniesionych kosztów. To jest często dla okręgowych izb lekarskich „być albo nie być”.

Tadeusz Chruściel (Warszawa) – Odżywa pomysł Marka Balickiego wprowadzenia wykazu leków specjalistycznego stosowania, który został oprotestowany przez izbę lekarską. Obecnie widzimy możliwość stosowania tych leków, pod warunkiem, że ich stosowanie nie będzie dzieliło środowiska na lekarzy lepszych i gorszych. Po dziesięciu latach pracy lekarz musi umieć tyle i musi mu się ufać na tyle, że potrafi zapisać w sposób odpowiedzialny finansowo i merytorycznie. Lek to przede wszystkim sprawa lekarza, a nie farmaceuty.

Dariusz Hankiewicz (Lublin) – Minister mówi, że wzrost środków w NFZ i ministerstwie ma iść na lepsze kontrakty i ich większą wartość. Jak więc to? Ludzie stoją w kolejkach, a my chcemy przeznaczyć pieniądze na nasze pensje? Przecież partie polityczne deklarowały w kampanii wyborczej wzrost nakładów na zdrowie od 2006 roku o cztery miliardy.

Jerzy Friediger (Kraków) – Po delegalizacji izb lekarskich majątek samorządu ustawowo przeszedł na skarb państwa. Ale już wtedy dopuszczono się rażących naruszeń, których nikt dotychczas nie uznał. Dziś izba lekarska nie może być nawet stroną w dochodzeniu swoich praw. W żadnej z dawnych nieruchomości izb lekarskich nie mieszczą się instytucje ważne z punktu widzenia społecznego. Można by więc bez straty dla społeczeństwa zwrócić je prawowitym właścicielom.

Okiem ustępującego Prezesa



Czuję się trochę dziwnie pisząc ten felieton w ostatnich dniach IV kadencji Naczelnej Izby Lekarskiej, wiedząc, że dotrze on do rąk czytelników „Gazety Lekarskiej” już po VIII Krajowym Zjeździe Lekarzy, a zatem na początku nowej kadencji. O decyzjach personalnych, programowych Zjazdu dowiedzą się Państwo pewnie z bardziej energicznych mediów. Miesięczny cykl wydawniczy „Gazety Lekarskiej” i perturbacje związane z koniecznością skoordynowania wysiłki „Gazety” i biuletynów okręgowych izb lekarskich spowodowały taki właśnie obrót sprawy.

O czym więc może pisać prezes ustępującej Naczelnej Rady Lekarskiej do członków samorządu lekarskiego „rządzonych” przez nowych działaczy?

Chciałbym napisać, że ostatnie cztery lata to lata wytężonej pracy. Dwadzieścia osiem odbytych posiedzeń NRL i osiemdziesiąt cztery posiedzenia jej Prezydium, niezliczone spotkania komisji i zespołów NRL i tysiące „przepracowanych” dokumentów, to tylko suche liczby. Setki podjętych przez te gremia uchwał i stanowisk, to nie tylko wielka praca, ale także wysiłek wielu koleżanek i kolegów, aby zmienić i poprawić rzeczywistość. Na ile ta praca jest efektywna? Jeśli mierzyć jej skuteczność miarą wynagrodzeń lekarskich, to oczywiście jest marnie. Nie można jednak nie zauważać licznych interwencji legislacyjnych, które pośrednio lub bezpośrednio wpłynęły na warunki, w jakich pracujemy. Nie można nie zauważyć powstających inicjatyw, które dają taką szansę na przyszłość. Zrzeszająca coraz liczniej lekarzy i lekarzy dentystów Spółdzielca Kasa Oszczędnościowo-Kredytowa Izb Lekarskich (SKOK IL), współpraca z Amerykańskim Towarzystwem Lekarskim nad stworzeniem polskiej precyzyjnej i dobrze wycenionej listy procedur medycznych (CPT), przygotowania do lepszej obsługi potrzeb ubezpieczeniowych członków naszego samorządu, przygotowanie systemu profesjonalnej pomocy poszukującym możliwości wyjazdu do pracy za granicą i wiele innych to wysiłek, który prędzej czy później przyniesie wymierne korzyści licznyemu kolegom.

Ważne jest także, że samorząd nie zapomniał o etycznym wymiarze naszej pracy. Opracowanie i przyjęcie znowelizowanej wersji Kodeksu Etyki Lekarskiej, upowszechnianie etycznej refleksji na temat korupcji w naszym środowisku i problemów związanych ze współpracą z przedstawicielami przemysłu medycznego przypominają nam wszystkim o specjalnym charakterze naszej pracy.

Ogromnego wysiłku wymagał także problem obrony i kształtowania dobrego imienia lekarzy i naszego samorządu. Niezliczone spotkania z dziennikarzami dotyczące problemów służby zdrowia, a także związane z aferami dotyczącymi naszego środowiska to nierówna walka toczona z często nieprzychylną nam czwartą władzą, ale też próba „oswojenia” dziennikarzy z naszymi kłopotami i pokazywania im często ponurej i mało zależnej od nas sytuacji, w której to my właśnie jesteśmy najlepszymi reprezentantami interesów naszych chorych.

Czego życzyłbym nowym władzom Naczelnej Izby Lekarskiej? Przede wszystkim zapału do pracy. Także tego, aby czując się reprezentantami środowiska mogli liczyć na jego poparcie w podejmowanych przez Izbę akcjach (przypominam o ciągle aktualnym zbieraniu podpisów pod projektem ustawy o finansowaniu doskonalenia zawodowego lekarzy i lekarzy dentystów). W nowym roku życzę im także trochę więcej skuteczności i wynikającej z tego większej akceptacji dla ich działań i zrozumienia dla roli naszego samorządu.

Skąd się biorą lekarze wojskowi?

Prezentowana koncepcja pozyskiwania dla potrzeb MON odpowiednio umotywowanych i przeszkolonych przyszłych pracowników wojskowej służby zdrowia jest niezwykle praktyczna.

Nie wymaga ponoszenia dodatkowych kosztów, tworzenia nowych etatów oraz nie będzie wymagać konieczności dodatkowego przeszkolenia wojskowego po studiach. Nie będzie także zmuszać Ministerstwa Obrony Narodowej do ostatecznego wiązania się z kandydatami. Taki system umożliwi bardzo elastyczne planowanie wykorzystywania ewentualnych kandydatów dla potrzeb wojskowej służby zdrowia, co będzie spójne z niektórymi systemami takiego szkolenia w Unii Europejskiej.

Podstawowe założenia

1. Ustawa o utworzeniu Uniwersytetu Medycznego w Łodzi z 27.07.2002 r. (Dz. U. nr 141) rezerwuje dla ministra obrony narodowej prawo do decyzji w zakresie spraw wojskowych.
2. Stosownie do treści Statutu Uniwersytetu Medycznego w Łodzi Wydział Wojskowo-Lekarski jest kontynuatorem tradycji Wojskowej Akademii Medycznej (§ 3, ust. 4).
3. Na Wydziale Wojskowo-Lekarskim i Wydziale Fizjoterapii Uniwersytetu Medycznego w Łodzi pracują profesorowie i wykładowcy byłej Wojskowej Akademii Medycznej o olbrzymim doświadczeniu w nauczaniu przedmiotów istotnych dla wyszkolenia przyszłego pracownika wojskowej służby zdrowia.
4. Wydział Wojskowo-Lekarski utrzymuje ścisły kontakt dydaktyczny z Centrum Szkolenia Wojskowych Służb Medycznych w Łodzi. W dalszym ciągu prowadzone są specjalizacje pracowników wojskowej służby zdrowia, wielu z nich kontynuuje rozpoczęte przewody doktorskie.
5. Uniwersytet Medyczny w Łodzi powołał w ramach Wydziału Wojskowo-Lekarskiego Studium Edukacji Obronnej,

w składzie którego pracują byli żołnierze zawodowi WAM i które prowadzi zajęcia z zakresu szkolenia wojskowego dla studentów wszystkich wyższych uczelni w Łodzi. Pracownicy studium, także byli lekarze WAM o olbrzymim doświadczeniu organizacyjnym zdobytym w misjach pokojowych, są przygotowani do prowadzenia zajęć o tematyce wojskowo-medycznej.

6. Niektóre jednostki dydaktyczne należące do Wojskowego Instytutu Medycznego w Warszawie (np. Zakład Organizacji Ochrony Zdrowia Wojsk) mają swoją siedzibę w Łodzi w Centrum Szkolenia Wojskowych Służb Medycznych; z innymi (WIHE, Zakład Medycyny Morskiej i Tropikalnej) nawiązano ścisłą współpracę i opracowano zagadnienia dydaktyczne.
7. Stosownie do zarządzenia rektora Uniwersytetu Medycznego w Łodzi od ubiegłego roku akademickiego na 1 rok studiów na Wydział Wojskowo-Lekarski przyjmuje się jedynie kandydatów z kategorią zdrowia A.
8. Wydział Wojskowo-Lekarski przygotował program nauczania przedmiotów wojskowo-medycznych i wojskowych obejmujący 600 dodatkowych godzin w ciągu 6 lat studiów. Programem zostaną objęci wszyscy studenci tego wydziału, niezależnie od ich przyszłych związków ze służbami mundurowymi. Program został zaakceptowany przez władze Uniwersytetu Medycznego w Łodzi.

Istnieją idealne warunki

Opierając się na wyżej wymienionych założeniach bezsporny wydaje się fakt, że istnieją idealne warunki, aby w ramach Wydziału Wojskowo-Lekarskiego kształcić stypendystów MON (podobnie jak w Wojskowej Akademii Technicznej), którzy po ukończeniu studiów by-

liby tak przygotowani, aby w zależności od potrzeb wojskowej służby zdrowia stać się gotowymi kandydatami na żołnierza zawodowego. Oczywiście w przypadku braku zapotrzebowania stanowiąliby ewentualną rezerwę do wykorzystania w przyszłości, będąc już odpowiednio przeszkoleni. Jest to kwestia podpisania ze stypendystą lub kandydatem do zawodowej służby wojskowej odpowiedniej umowy przed rozpoczęciem studiów.

Zakładamy również, że ci studenci Wydziału Wojskowo-Lekarskiego, którzy nie byłiby stypendystami MON, przechodziliby identyczny cykl nauki i szkoleń jak stypendyści, a po ukończeniu studiów również byłiby w kręgu zainteresowań MON i innych służb mundurowych w zależności od potrzeb i sytuacji międzynarodowej.

Dotychczasowa praktyka i doświadczenia nie tylko Wojskowej Akademii Medycznej, ale również podobnych uczelni w Czechach, Niemczech i Francji wskazują, że jedynie osoby od początku studiów związane i zapoznawane w całym cyklu szkolenia z zagadnieniami wojskowymi mogą stać się pełnowartościowymi i dobrze wyszkolonymi żołnierzami zawodowymi w korpusie oficerów lekarzy, którzy zawodową służbę wojskową będą pełnić w różnych warunkach, także w misjach międzynarodowych. Nigdzie nie sprawdzili się koncepcje powoływania do wojskowej służby zdrowia absolwentów uczelni bez profilu wojskowego (np. Bundeswehra).

Koncepcja szkolenia

1. Szkolenie wojskowe studentów stypendystów MON proponujemy oprzeć o Studium Edukacji Obronnej i współpracę z Centrum Szkole-

nia Wojskowych Służb Medycznych, które jest w pełni do tego przygotowane. Obejmowałoby ono:

Wariant I

- a. Ustaloną przez MON liczbę studentów, spośród tych których zostaną przyjęci na 1 rok studiów na Wydział Wojskowo-Lekarski Uniwersytetu Medycznego w Łodzi. Zostaną wówczas zakwalifikowani przez MON jako kandydaci do zawodowej służby wojskowej. Po przeszkoleniu wojskowym i złożeniu przysięgi otrzymaliby stopień podchorążego i kontynuowałiby studia na Uniwersytecie Medycznym będąc na zaopatrzeniu Centrum Szkolenia Wojskowych Służb Medycznych.
- b. Wybranych studentów, którzy już są cywilnymi studentami Wydziału Wojskowo-Lekarskiego, ukończą odpowiedni 1 i 2 rok studiów i co do których można zakładać, z dużym prawdopodobieństwem, że ukończą studia. Wielu z nich już teraz deklaruje chęć podpisania stosownych umów z MON. Ich szkolenie i podległości będą identyczne jak w pkt. a.

Wariant II

Jest identyczny jak wariant I, z tym że w założeniu studenci przez 6 lat byłiby cywilnymi stypendystami MON. W tym czasie prowadzono by dodatkowe specjalistyczne szkolenie wojskowo-medyczne i wojskowe, co umożliwiłoby uzyskanie pierwszego stopnia oficerskiego dla w pełni wykwalifikowanego przyszłego oficera lekarza, po zdaniu egzaminu na patent oficerski.

2. Studenci Wydziału Wojskowo-Lekarskiego, w tym stypendyści MON, będą realizować pełny program nauczania medycyny, tak aby ich dyplom mógł być równoważny w krajach Unii Europejskiej.
3. Dodatkowo ich wykształcenie będzie wzbogacone o ok. 600 godzin przedmiotów wojskowo-medycznych realizowanych w ciągu 6 lat przez wykładowców w ramach przedmiotów klinicznych (np. dotyczących specyfiki pola walki – chirurgia polowa, interna polowa, zagadnień bioterroryzmu, toksykologii wojskowej, epidemiologii wojskowej, sytuacji kryzysowych w ramach psychiatrii wojskowej oraz organizacji wojskowej służby zdrowia). Niektóre z tych zagadnień będą realizowane na mocy porozumień, np.

dokończenie na str. 8

REKLAMA

REKLAMA

Skąd się biorą lekarze wojskowi?

dokończenie ze str. 7

z Wojskowym Instytutem Higieny i Epidemiologii (bioterroryzm, epidemiologia) lub Wojskowym Instytutem Medycznym (medycyna lotnicza, medycyna morska, organizacja ochrony zdrowia wojsk, niektóre zagadnienia kliniczne istotne z punktu widzenia potrzeb wojskowej służby zdrowia). Podstawowe szkolenie dla przyszłych kandydatów do wojskowej służby zdrowia w zakresie medycyny katastrof i ratownictwa medycznego, które powinno być podstawą szkolenia dla przyszłych uczestników misji międzynarodowych, prowadzone będzie w oparciu o odpowiednie struktury Uniwersytetu Medycznego, mające niewątpliwie największe doświadczenia, jak i bazę szkoleniową w Polsce (pracują tam również oficerowie zawodowi).

4. W celu odpowiedniego przygotowania kandydatów, w ciągu pierwszych dwóch lat studiów, wszyscy studenci Wydziału Wojskowo-Lekarskiego mają zwiększoną liczbę godzin z wychowania fizycznego, w tym również tzw. sportów walki, podstawowego szkolenia, np. strzeleckiego, intensywniejszego – wzbogaconego o słownictwo wojskowe cyklu nauczania języka angielskiego, dodatkowego nauczania historii wojskowej służby zdrowia oraz historii wojska i wojen itp.)
5. Edukację zamierza się wzbogacić o możliwość odbywania przez kandydatów/stypendystów praktyk w jednostkach wojskowych mających podstawowe znaczenie w obsadzie przyszłych zadań realizowanych za granicą, a także o odbywanie praktyk krajowych i zagranicznych w ośrodkach medycyny ratunkowej i medycyny wojskowej.
6. Istotną sprawą wydaje się oszczędne, z punktu widzenia interesów MON, wykorzystanie pracowników Centrum Szkolenia Wojskowych Służb Medycznych do prowadzenia tego typu szkoleń. Potrzeby włączenia oficerów lekarzy w proponowany system edukacji oceniamy na 11 osób, przy czym wszystkie osoby już są zatrudnione w MON (10 z nich w Centrum Szkole-

nia Wojskowych Służb Medycznych w Łodzi) – tak więc nie wymagałoby to ponoszenia dodatkowych kosztów związanych z tworzeniem nowych etatów.

7. Proponujemy, aby dla zachowania kontroli toku szkolenia wojskowo-medycznego powołać, po porozumieniu z rektorem Uniwersytetu Medycznego w Łodzi, wytypowanego przez MON „umundurowanego” prodziekana Wydziału Wojskowo-Lekarskiego ds. wojskowych (samodzielnego pracownika nauki) lub pełnomocnika dziekana Wydziału Wojskowo-Lekarskiego ds. wojskowych, jeśli nie byłby samodzielnym pracownikiem.

8. Do nauczania elementów wojskowych w ramach przedmiotów klinicznych proponujemy oddelegowanie 10 pracowników Centrum Szkolenia Wojskowych Służb Medycznych w Łodzi, aby na mocy odpowiedniego porozumienia z władzami Uniwersytetu Medycznego w Łodzi mogli wchodzić w skład kliniki/zakładu i mieli prawo do prowadzenia dydaktyki (w ustalonej liczbie godzin, a więc określonej części etatu uniwersyteckiego) a jednocześnie wykonywali w zakresie swoich obowiązków zadania w Centrum. Wszyscy z nich są specjalistami w określonych dziedzinach (lub są w trakcie uzyskiwania specjalizacji). Obecność nauczycieli akademickich w mundurach na Uniwersytecie Medycznym jeszcze bardziej podkreśli wojskowy kierunek medycyny realizowany w ramach procesu dydaktycznego.

Proponujemy, aby takie oddelegowanie wykonać w stosunku do specjalistów z Centrum w następujących dziedzinach: anestezjologia, chirurgia, choroby wewnętrzne, choroby zakaźne, medycyna ratunkowa i katastrof, neurochirurgia, neurologia, ortopedia, psychiatria, rehabilitacja medyczna.

Żadnych dodatkowych kosztów

Wytypowane specjalności są najważniejsze z punktu widzenia nauczania medycyny katastrof i medycyny pola walki (można oczywiście dyskutować czy nie wzbogacić tej grupy o specjalistę z okulistyki, patomorfologii czy laryngologii lub epidemiologii). Zakładamy obecnie plan minimum. W ten sposób MON nie ponosiłoby żadnych dodatkowych kosztów ich zatrudnienia. Uniwersyteckie kliniki Wydzia-

łu Wojskowo-Lekarskiego otrzymałyby możliwość wzmocnienia się swoimi kolegami (najczęściej byłymi, młodymi pracownikami), którzy i tak odbywają na ich bazie staże specjalizacyjne. Oni sami staliby się odpowiedzialni za wojskowo-medyczny zakres dydaktyki dla podchorążych stypendystów MON i odpowiedzialni za kształtowanie sylwetki przyszłego pracownika wojskowej służby zdrowia. Podobny system jest od wielu lat prowadzony z powodzeniem w Wojskowej Akademii Medycznej w Hradec-Kralove (Republika Czeska).

Ratownictwo medyczne

W Uniwersytecie Medycznym prowadzony jest kierunek ratownictwo medyczne, który w systemie 3-letnich studiów licencjackich przygotowuje, zgodnie z wytycznymi Unii Europejskiej, przyszłych ratowników medycznych. Jak wspomniano wyżej, zatrudnieni tam nauczyciele akademicki w swojej najlepszej części są byłymi pracownikami byłej WAM, a nawet pracują tam również oficerowie w służbie czynnej (przynajmniej do niedawna). Mają niewątpliwie największe doświadczenie w prowadzeniu tego typu szkoleń w Polsce, jak i jedną z najlepszych baz szkoleniowych, prowadzą w systemie ciągłym szkolenia na potrzeby innych służb mundurowych.

W przypadku podjęcia decyzji o szkoleniu na potrzeby wojskowej służby zdrowia określonej liczby licencjatów, tak aby po ukończeniu studiów absolwenci mogli podjąć pracę w jednostkach wojskowych lub w formowanych szpitalach polowych, można zastosować każdy z przedstawionych dla lekarzy wojskowych wariant ich studiów. Również i w tym przypadku dodatkowa, wojskowo-medyczna część szkolenia odbywałaby się w oparciu o struktury WIM czy WIHE, a wojskowa w oparciu o Centrum Szkolenia Wojskowych Służb Medycznych.

W przypadku uzgodnienia odpowiednich stanowisk władze Uniwersytetu Medycznego w Łodzi będą dążyć do przesunięcia kierunku ratownictwa medycznego z Wydziału Nauk o Zdrowiu do Wydziału Wojskowo-Lekarskiego (od nowego roku akademickiego), tak aby istniała możliwość pełnej kontroli nad stypendystami MON.

*Rada
Wydziału Wojskowo-Lekarskiego
Uniwersytetu Medycznego w Łodzi.*

*opr. Zbigniew Ułanowski
redaktor naczelny biuletynu „Skalpel”*

Limitowanie świadczeń zdrowotnych?



foto: Marek Stankiewicz

Romuald Krajewski

Naczelna Rada Lekarska przyjęła 4 listopada 2005 r. stanowiska nr 83, 84, 85/05 w reakcji na wywiad z prof. Kazimierzem Szewczykiem dla „Dziennika Łódzkiego” z 8 października 2005 r.

Sądzę, że i NRL, i Pan Profesor mają sporo racji, ale każdy mówi trochę o czym innym. To bardzo często wystarczający powód do formułowania ciężkich zarzutów.

Każdy komentarz na temat relacji w mediach należy z góry opatrzyć licznymi zastrzeżeniami. „Dziennik Łódzki”, w szczególności w krótkim wywiadzie ukierunkowanym na kontynuowanie bardzo sensacyjnie przedstawianego wątku odmowy leczenia osób w starszym wieku, na pewno nie jest miejscem do prowadzenia dyskusji etycznej o problemach, z którymi nie jest w stanie sobie poradzić ogromna większość systemów ochrony zdrowia. Nie wiadomo też, czy sam indagowany, nawet jeżeli w jakiś sposób autoryzował wywiad, podpisałby się pod tym tekstem jako swoim stanowiskiem na potrzeby czegokolwiek więcej niż krótka publikacja w popularnym dzienniku sygnalizująca wybrane aspekty bardzo złożonego zagadnienia.

Publikacja jednak się ukazała, więc można się do niej ustosunkować. NRL zobaczyła w niej zagrożenie dla wolności zawodowej lekarzy, a w osobie profesora Szewczyka zagrożenie dla etyki lekarskiej. Stanowiska 83 i 85 podkreślają, że lekarzom nie można administracyjnie narzucać wyboru sposobu leczenia u konkretnego chorego i że w takich sytuacjach lekarze mają prawo odmówić wykonania poleceń. A dalej „Naczelna Rada Lekarska, w związku z wywiadem (...) w którym prof. Szewczyk m. in. sankcjonuje odstępowanie od leczenia osób starszych tylko ze względu na ich wiek, zajmuje następujące stanowisko: Przedstawione w wywiadzie poglądy dyskwalifikują prof. K. Szewczyka jako wykładowcę etyki dla studentów medycyny, przyszłych lekarzy. Naczelna Rada Lekarska protestuje przeciwko jawnemu nawoływaniu przez na-

uczyciela etyki zawodu lekarza do łamania zasad Kodeksu Etyki Lekarskiej. Naczelna Rada Lekarska domaga się zawieszenia prof. K. Szewczyka w prowadzeniu zajęć dla studentów wydziału lekarskiego z zakresu etyki oraz wnosi o rozważenie, czy pan prof. K. Szewczyk powinien dalej nauczać tego przedmiotu w uczelni kształcącej lekarzy.”

Co do zasad stanowisko NRL jest słuszne. Wykonując praktykę lekarze nie mogą zajmować się selekcją chorych do leczenia. Ale przeczytawszy parę razy wywiad nie znalazłem w nim sformułowań wskazujących, że do tego namawia lekarzy prof. Szewczyk.

Skąd więc kontrowersja?

Nie po raz pierwszy i nie ostatni nieporozumienie pojawia się wtedy, gdy zasady odnoszące się do relacji pacjent – lekarz przenosi się na zasady funkcjonowania systemu ochrony zdrowia. Tylko pozornie są one takie same. Funkcjonowanie systemu nie da się oprzeć tylko na zasadach obowiązujących w indywidualnych relacjach.

Byłoby bardzo dobrze, gdyby lekarze mogli i chcieli zawsze i wszędzie proponować choremu najlepsze możliwe leczenie, ale tak dobrze nie jest nigdzie na świecie, w Polsce tym bardziej. W „British Medical Journal” (2005, 331 z 5 listopada 2005 r.) Michael Jefford i współautorzy piszą jak często lekarze w dobrej wierze ukrywają przed chorymi informacje o kosztownym leczeniu. Jednak nie powinni decydować za chorego, bo nie wiedzą na co może on sobie pozwolić w ramach własnych środków lub z pomocą rodziny i przyjaciół. Nieujawnione podejmowanie decyzji za chorego jest przetrwałą i bardzo etycznie podejrzaną formą paternalizmu.

Jeżeli dobrze się zastanowić łatwo dojdziemy do wniosku, że decyzje motywo-

wane w mniejszym lub większym stopniu ekonomicznie wszyscy lekarze podejmują codziennie, dużo częściej niż chcieliby to przyznać. Oczywiście robią to z przeświadczeniem, że tak jest dobrze dla chorego, ale ciągle jeszcze zbyt często sądzą, że lepiej od chorego wiedzą, co jest dla niego dobre. W warunkach polskich można by pewnie dodać, że takie podejście może również wynikać z codziennego doświadczenia. Najprawdopodobniejszym wynikiem poinformowania o celowości niedostępnego świadczenia będzie awantura spowodowana przekonaniem chorego, że lekarz z „szarych” powodów nie chce zrobić tego „za darmo”.

Zasady etyki lekarskiej formułowane w czasach, gdy praktyka medyczna składała się wyłącznie z relacji pacjent – lekarz nie wystarczają do opisanego funkcjonowania współczesnych systemów ochrony zdrowia, w których coraz ważniejszą rolę spełnia trzeci partner: płatnik. Ma on ogromny wpływ na praktykę lekarską i na zakres wykonywanych świadczeń, ale nie lubi tego ujawniać. Między innymi dlatego, że i chorzy, i lekarze nadal woleliby wierzyć, że to tylko oni, w porozumieniu i zaufaniu, decydują o tym, co i jak robi się w ochronie zdrowia.

Tak jednak już od dawna nie jest

Możliwości współczesnej medycyny przełożone na podaż świadczeń medycznych już dawno przekroczyły możliwości finansowe zarówno samych chorych, jak i płatników czy nawet budżetów państwowych. O tym mówił profesor Szewczyk i wskazywał, że chcąc czy nie decyduje o niewykonywaniu części możliwych świadczeń muszą być podejmowane. W Wielkiej Brytanii podkreśla się, że zwykle takie decyzje „podejmują się same”, ponieważ przy określonej sumie środków

wykonanie jednego świadczenia zawsze musi skutkować niewykonaniem innego. Podkreśla się też, że z punktu widzenia systemu taka sytuacja jest wysoce nieetyczna, gdyż prowadzi do wykonania u „wybranych” chorych drogich i mało skutecznych świadczeń zabierając środki na skuteczniejsze świadczenia dla innych. Decyduje przypadek, „najgłębsze przekonanie” lekarza, marketing, znajomości i wiele innych trudnych do opisu czynników.

Rola żadnego z trzech uczestników systemu nie jest jasno określona. Chory chcą wierzyć, że za ich „ciężkie pieniądze” mogą uzyskać „wszystko, co jest im potrzebne”, a ograniczenia wynikają najczęściej ze złej woli lekarza. Wspierają ich w tym przekonaniu politycy, płatnicy i rzeczywistość – jak się dobrze „koło sprawy” pochodzi, to prawie wszystko uda się załatwić i wcale nie trzeba się zastanawiać, czego w wyniku takich działań ktoś inny nie dostał.

Lekarze zgadzają się na przerzucanie na siebie decyzji o dostępie do świadczeń, ponieważ pozornie odpowiada to swobodzie podejmowania decyzji w interesie chorego. Zasady etyki zobowiązują ich do działania w interesie konkretnego chorego, tego, który do nich się zgłosił i nie mogą zastanawiać się nad skutkami swoich decyzji dla innych – nieobjętych ich opieką – chorych. Płatnicy w większości nie są przygotowani do podejmowania racjonalnych decyzji o limitowaniu świadczeń ani tym bardziej do ich obrony wobec chorych, często w tym akurat aspekcie aktywnie reprezentowanych przez polityków, i chętnie przerzucają je na świadczeniodawców zadowalając się tylko określeniem ogólnej sumy za świadczenia w danym miejscu.

Efekty znamy z codziennej praktyki

Decyzje podejmują się same. Na początku roku dostępne jest „wszystko”, na koniec – po zrealizowaniu kontraktu – właściwie należałoby zamknąć szpital czy praktykę, a ponieważ nie można, rosną długi i ogranicza się dostęp do kosztownych świadczeń. Od czasu do czasu wybuch awantura o finansowanie kosztownej metody „ratującej życie”, która w rzeczywistości życie trochę przedłuża lub o kilka procent poprawia szanse wyleczenia i jak za dotknięciem czarodziejskiej różdżki znajdują się na nią środki, a nikt nie pyta z czego tym samym zrezygnowano.

Jedni świadczeniodawcy są „dobrzy”, bo mogą stosować najnowocześniejsze

i najdroższe metody, ale równocześnie ich zakład zadłuża się po uszy, a w innych zakładach nie ma środków na najbardziej podstawowe metody leczenia. Udaje się sfinansować kosztowne świadczenia o niepewnej skuteczności, ale nie ma pieniędzy na ratownictwo i na przykład ryzyko zgonu po wypadku samochodowym jest ogromne.

Niezwykle trudne decyzje dotyczące wydawania naszych pieniędzy przeznaczanych na ochronę zdrowia podejmuje się doraźnie pod presją mediów i w atmosferze skandalu.

W praktyce opłacanej bezpośrednio pacjent sam wie na co go stać i wykonywane jest to, co może być sfinansowane. To jest dla wszystkich oczywiste. W przypadku świadczeń opłacanych przez płatników niepublicznych zakres jest z reguły ściśle określony i często wykonanie każdego bardziej kosztownego świadczenia wymaga zgody płatnika. To też nie budzi zastrzeżeń, z wyjątkiem sytuacji, w których nieuczciwy płatnik deklaruje więcej niż rzeczywistość finansuje. Natomiast w systemie publicznym panuje zamieszanie, ponieważ rozmiar systemu i niemożność pogodzenia sprzecznych interesów zacierają granice ról, odpowiedzialności i kompetencji.

Łatwo zapomina się

że przecież i tu za każde świadczenie ktoś musi zapłacić i że wykonywanie świadczeń, za które nie można zapłacić jest tak naprawdę zabieraniem środków, które przeznaczano na inne cele.

Trzeci uczestnik systemu ochrony zdrowia, czyli płatnik, również publiczny, to tylko inny sposób realizacji zawsze obowiązującej zasady, że za każde świadczenie zdrowotne chory musi zapłacić (w tym przypadku musi także pokryć koszty funkcjonowania płatnika). Tej prostej prawdy nie zmienia również fakt, że część chorych objętych systemem wpłaci mniej lub wcale – oznacza to tylko tyle, że zapłacą za nich inni ubezpieczeni. Nie zmienia jej również fakt, że zatrudnieni lekarze otrzymują pieniądze nie za konkretne świadczenie, lecz w formie pensji. To wszystko nadal są te same, pochodzące, od chorych czy to na drodze składki czy podatku, pieniądze.

Limitowanie świadczeń stosownie do posiadanych środków jest problemem i obowiązkiem płatnika. O problemie tym płatnik powinien otwarcie dyskutować z chorymi, którzy w taki czy inny sposób przekazali mu swoje pieniądze przeznaczone na leczenie.

To chorzy powinni zastanawiać się

co jest dla nich bardziej istotne, z czego zaś trzeba zrezygnować. Lekarze mogą dostarczyć do tej dyskusji bardzo ważnych informacji o skuteczności świadczeń i o spodziewanych efektach różnych decyzji. NRL podkreśliła zasadę, która również znalazła się u podstaw niektórych orzeczeń sądów lekarskich: lekarze nie są urzędnikami ochrony zdrowia i przy podejmowaniu decyzji o leczeniu indywidualnego chorego reprezentują jego interes, nie zaś interes płatnika. Niestety, po części będą i tak zmuszani do dostosowywania leczenia do swoich uwarunkowań ekonomicznych, na przykład przez system kapitacyjny, który jest doskonałym przykładem codziennego wpływu finansowania na praktykę lekarską. Powinni też pamiętać, że w XXI w. lekarz nie podejmuje decyzji za chorego, lecz chory wybiera sposób leczenia, miejsce i osobę wykonującą niezbędne świadczenia. Wybór coraz częściej jest tak wielki, że można dostać zawrotu głowy i wydać dowolnie wielką sumę. Zawsze dotyczy również sposobu finansowania.

Tak, tak – w większości sytuacji nikt o tych sprawach nawet nie myśli, ale w niczym nie zmienia to faktu, że w każdym spotkaniu lekarza z chorym takie decyzje są podejmowane lub „podejmują się same”. Jeżeli podejmują się same i nikt o nich nie myśli, mamy gotowy powód do roszczeń i oskarżeń.

Ani dla urzędnika, ani dla lekarza

W moim odczuciu profesor Szewczyk ma rację wskazując, że ograniczenia dostępu do świadczeń istnieją, że mają wpływ na praktykę lekarską i że decyzje w tych sprawach powinno się podejmować w sposób świadomy, na poziomie instytucjonalnym. Nie jest to decyzja ani dla urzędnika, ani dla lekarza zajmującego się konkretnym chorym. Nawet gdybyśmy na ochronę zdrowia mieli wielokrotnie więcej środków, nadal czegoś komuś trzeba będzie odmówić. Wszystko wszystkim i zawsze można zapewnić tylko w przedwyborczych obietnicach.

Chyba najlepszym przykładem rozsądnego rozwiązywania tych problemów jest działalność *National Institute for Health and Clinical Excellence* (NICE) w Wielkiej Brytanii, mają-

dokończenie na str. 12

Limitowanie świadczeń zdrowotnych?

dokończenie ze str. 11

ca na celu między innymi ustalanie, co w *National Health Service* powinno być dostępne, a co nie. NHS w niektórych świadczeniach stosuje kryterium wieku. Czy jest ono dobre, to oddzielne zagadnienie, które jest bardzo intensywnie dyskutowane. Z metodologią stosowaną przez NICE warto się zapoznać, aby zrozumieć złożoność całego procesu. Przykład dyskusji i decyzji w sprawie ograniczania finansowania leczenia herceptyną można znaleźć w *BMJ* 2005;331:1162.

Kontrowersji można by uniknąć, gdyby wyraźnie zdefiniować rolę i adresatów pytań czy roszczeń. Rola lekarzy jest dość przejrzysto zdefiniowana zasadami etycznymi. Powinni oni poinformować chorego o najlepszych naukowo uzasadnionych i rzeczywiście choremu potrzebnych metodach leczenia i pomóc mu w dokonaniu wyboru, a następnie wykonać wybrane świadczenie.

Rola chorego polega na dokonaniu wyboru (który ciągle jeszcze niewłaściwie nazywa się zgodą na leczenie, jak gdyby to lekarz nalegał na wykonanie czegoś, na co chory ewentualnie się zgadza) oraz na zapewnieniu finansowania wybranego świadczenia.

Jeżeli chory finansowanie powierzył płatnikowi, powinien dowiedzieć się co jest możliwe i czy płatnik nie obiecał mu gruszek na wierzbie. Rolą płatnika jest optymalne użytkowanie powierzonych mu pieniędzy, podejmowanie optymalnych decyzji co do zakresu finansowanych świadczeń oraz jasne i dokładne informowanie o tym reprezentowanych przez płatnika chorych, a także – zwłaszcza w systemie publicznym – świadczeniodawców.

Do takiej przejrzystości jeszcze dość daleko i nam, i wielu innym systemom ochrony zdrowia. Jeżeli jednak nie chcemy pozwolić, aby decyzje nadal podejmowały się same, z całym towarzyszącym hałasem, oskarżeniami, roszczeniami i marnotrawstwem, powinniśmy szybko doprowadzić do jasnego określenia zakresu świadczeń finansowanych przez płatnika publicznego. Zadaniem lekarzy jest uświadamianie chorym, że adresatem pytań i zastrzeżeń dotyczących tego, co jest finansowane lub nie

jest reprezentujący chorych płatnik, że żadne świadczenie nie może być wykonywane „za darmo” i przekonywanie, że ograniczenia nie wynikają ze złej woli lekarza. To bardzo trudne zadanie. Zalecenia NRL wynikające ze stanowisk 83 i 85 będą tu bardzo przydatne.

Lekarze lecząc konkretnego chorego nie mogą przyjmować równocześnie roli płatnika. Ale też nie mogą ignorować istnienia ograniczeń na poziomie systemu. Powinni więc dołożyć wszelkich starań, aby ograniczenia wynikały z uzasadnionego, sprawiedliwego i jawnego podziału dostępnych środków, nie zaś z przypadkowych decyzji lub z braku decyzji. Z kolei płatnik nie może udawać, że problem ograniczeń rozwiązuje zobowiązanie lekarza do zapewnienia swojemu choremu najlepszego możliwego leczenia.

Sądzę, że jasne określenie roli wszystkich trzech partnerów pozwoliłoby pogodzić etykę indywidualnych relacji pacjent-lekarz z jej naczelną zasadą działania dla dobra konkretnego leczonego chorego z etyką systemu, w której naczelną zasadą musi być jak najlepsze i sprawiedliwe wykorzystanie zawsze ograniczonych środków.

Romuald Krajewski

Listy

Nobilitacja

Dlaczego OIL w Warszawie celowo utrudnia start młodym lekarzom po LEP-ie? Dlaczego nie mogę odebrać dokumentu prawo wykonywania zawodu w rozsądnym terminie, jak mogą to zrobić koleżanki i koledzy w innych izbach? Dlaczego muszę czekać do uroczystego rozdania 17 grudnia? Zamiast dokumentu wręczono mi zaświadczenie, w treści którego wyraźnie stwierdzono, iż nie jest prawnie dopuszczalnym dokumentem. Nie mogę np. zawrzeć umowy z NFZ o wypisywanie recept pro familia i pro auctore. Nie mogę rozpocząć pracy poza warszawską izbą, o zagranicy nie wspomnę, bo nikt tego zaświadczenia nie uznaje.

Artur z Warszawy

Okręgowa Rada Lekarska w Warszawie, podobnie jak inne okręgowe rady lekarskie, uznaje uzyskanie prawa wykonywania zawodu za szczególne wydarzenie w życiu lekarza i lekarza dentystry. Tradycyjnie od lat organizuje uroczyste wręczenie dokumentu „Prawo wykonywania zawodu lekarza” Koleżankom i Kolegom, którzy złożyli Lekarski Egzamin Państwowy i uzyskali uprawnienia do wykonywania zawodu na obszarze RP. W uroczystości uczestniczą przedstawiciele władz Izby, Akademii

Medycznej w Warszawie, nestorzy warszawskiego środowiska medycznego, Polskiego Towarzystwa Lekarskiego, Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego, konsultanci wojewódzcy, przedstawiciele administracji rządowej i samorządowej Mazowsza. Samorząd lekarski nobilituje w ten sposób młodych Kolegów rozpoczynających samodzielne życie zawodowe.

W 2005 r. Okręgowa Izba Lekarska w Warszawie w ciągu dwóch tygodni (od 14 do 27 listopada) przyznała prawo wykonywania zawodu 320 lekarzom, którzy złożyli stosowne dokumenty. Uzyskane uprawnienia Izba potwierdza wydając tymczasowe zaświadczenie – zawierające wszystkie niezbędne dane – na podstawie którego lekarz może zawrzeć umowę o pracę, złożyć wniosek o przystąpienie do postępowania kwalifikacyjnego w celu rozpoczęcia specjalizacji, zawrzeć umowę z Zakładem Ubezpieczeń Społecznych na wystawianie zaświadczeń o niezdolności do pracy. Lekarz nie może jedynie zawrzeć umowy z NFZ na wystawianie recept pro familia i pro auctore – w okresie do 19 grudnia. Nie wydaje się to szczególnym utrudnieniem w rozpoczęciu wykonywania zawodu przez młodego lekarza, w aspekcie przyszłych, średnio 35 lat pracy. Jednocześnie nieprawdą jest, że brak dokumentu „Prawo wykonywania zawodu lekarza” uniemożliwia podjęcie pracy w innym państwie UE, ponieważ regulują to przepisy dyrektyw Rady UE, które wymieniają inne dokumenty. W indywidualnych przypadkach OIL w Warszawie wydaje dokument „Prawo wykonywania zawodu” od ręki.

Ładysław Nekanda-Trepka
sekretarz ORL w Warszawie

Sukces Roku 2005 w Ochronie Zdrowia

W niepowtarzalnej scenerii zabytkowych wnętrz warszawskiego Zamku Królewskiego wręczono nagrody w konkursie Sukces Roku 2005 w Ochronie Zdrowia.

Celem jest pokazanie i nagrodzenie osób oraz podmiotów, które w minionym roku odważnie sięgały po sukces. Organizator konkursu Wydawnictwo TERMEDIA, znane z czasopism dla menedżerów i lekarzy praktyków, chce te działania i liderów wyszukać i promować. Chcemy także, żeby stali się przykładami dla innych – mówi **Janusz Michalak**, redaktor naczelny „Menedżera Zdrowia”.

Konkurs był kilkuetapowy. Kandydatów w poszczególnych kategoriach zgłaszały organizacje społeczne, zawodowe, związki pracodawców, grupa pracowników. Najpierw nad zgłoszonymi kandydaturami pracowało jury preselekcyjne, a laureatów wybrała 23-osobowa kapituła.

Człowiekiem roku 2005 w ochronie zdrowia został prof. Zbigniew Religa.

Najbardziej rozpoznawalna twarz polskiej medycyny. Dla pacjentów jest postacią nieomal kultową. W ubiegłym roku przedstawił własny program reform systemu ochrony zdrowia, upowszechniał te problemy jako kandydat na prezydenta, potem jako główny krytyk systemu budżetowego, a w końcu został ministrem w rządzie Kazimierza Marcinkiewicza, choć niemal do końca stał u boku Donalda Tuska. Premierowi i prezydentowi zapowiedział, że pierwsza odmowa poparcia jego działań zakończy się jego dymisją.

Zbigniew Religa urodził się w 1938 r. w Miedniewicach, w powiecie żyrardowskim. W 1963 ukończył studia na Wydziale Lekarskim AM w Warszawie. Gdyby miał znów decydować, też wybrałby medycynę. Mówi, że lekarz to przyrodnik i humanista, który musi lubić ludzi. W latach 1966-80 pracował w Szpitalu Wolskim w Warszawie, gdzie uzyskał specjalizację z chirurgii. W 1973 odbył staż z chirurgii naczyniowej w Nowym Jorku, a w 1975 – z kardiologii w Detroit (USA). Po uzyskaniu stopnia doktora nauk medycznych w



Zbigniew Religa

1973 był adiunktem, a po habilitacji w 1981 – docentem w Klinice Kardiologii Instytutu Kardiologii w Warszawie. Od 1984 kierował Katedrą i Kliniką Kardiologii w Zabrze. 15 sierpnia 1985 r. przeprowadził pierwszą operację na sercu, a zaraz potem pierwszą udaną transplantację serca w Polsce. W 1990 został profesorem Śląskiej Akademii Medycznej. Doradzał Lechowi Wałęsie. W latach 1997-99 był rektorem Śląskiej Akademii Medycznej w Katowicach. Od 2001 r. kierował II Kliniką Kardiologii i był dyrektorem Instytutu Kardiologii w Warszawie.

Nie można mieć lepszego i bardziej udanego życia zawodowego niż moje – to jego słowa. „W moich działaniach z reguły stawiałem na innych ludzi. I najczęściej na bardzo młodych. Wszyscy ludzie, którzy ze mną pracowali, wiedzieli, że nigdy nie zabiorę im sławy, którą dzięki swojej pracy zdobędą. I nigdy niczego nikomu nie odebrałem. Ja nie muszę się nikogo bać. Jak ktoś chce ze mną konkurować, to zapraszam na salę operacyjną” – mówił wiosną ub. roku w wywiadzie dla „Gazety Lekarskiej”.

Zbigniew Religa uważa, że w dobrej tradycji polskiego lekarza ugruntowała się pasja społecznikowska, a nie tylko ścisłe wykonywanie swojego zawodu.

To zawiodło go do polityki. W 1994 r. przewodniczył Bezpartyjnemu Blokowi Wsparcia Reform, a w 1995 – partii Republikanie, ostatnio małej partii Centrum. Senator RP III i V kadencji. Doktor honoris causa Lwowskiego Uniwersytetu Medycznego, Śląskiej Akademii Medycznej i Białostockiej Akademii Medycznej.

Zona Anna Wajszczuk-Religa jest lekarzem; córka Małgorzata, syn Grzegorz. Ma mieszkanie własnościowe 113 m², mały domek na działce rekreacyjnej i 8-letnią hondę Accord.

W kategorii Menedżer Roku 2005 – SPZOZ triumfował Mieczysław Pasowicz z krakowskiego Szpitala Specjalistycznego im. Jana Pawła II.

Mieczysław Pasowicz to twórca pierwszego w Polsce cyfrowego szpitala, który przekształcił w jedną z najlepiej zarządzanych placówek w kraju.



Mieczysław Pasowicz

Liderem Informatyki był już w 1999 r. w plebiscycie Computerworld. Szpital ma II i III stopień referencyjności. Tutaj hasła społeczeństwa informacyjnego przybierają realną postać, pozbawioną ideologicznego zadęcia. Zatrudnia 1336 pracowników, z czego 80% to personel medyczny. Prawdziwy hit to 64-warstwowy tomograf oraz gam-

ma-kamera dwugłowicowa, nie mówiąc o scyntygrafii i angiografii na najwyższym poziomie.

Jest radiodiagnostą oraz specjalistą chorób wewnętrznych i kardiologii, autorem i koordynatorem Małopolskiego Programu Interwencyjnego Leczenia Ostrego Zawału Serca. Przewodniczy Komitetowi Naukowemu Europejskiego Stowarzyszenia Dyrektorów Szpitali z siedzibą w Brukseli. Twierdzi, że poprawa wskaźników zdrowotnych nie jest możliwa bez inwestycji w ochronę zdrowia, a jako bogactwo wymaga stałej i uważnej troski. „Nadal zbyt wiele młodych osób umiera na zawał serca i udar mózgu. Fundusze strukturalne Unii Europejskiej w latach 2007-2013 mogą istotnie zmienić tę sytuację” – mówił na międzynarodowym sympozjum z okazji Jubileuszu 88-lecia Szpitala im. Jana Pawła II w Krakowie w czerwcu ub.r. Interesuje się teatrem, sztuką i literaturą, uwielbia relaksować się podczas gry na fortepianie.

Wyróżnienia otrzymali:

- **Stanisław Florek**, Świętokrzyskie Centrum Ratownictwa Medycznego i Transportu Sanitarnego w Kielcach
- **Norbert Krajczy**, Zakład Opieki Zdrowotnej w Nysie
- **Piotr Kuna**, Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego w Łodzi
- **Marian Przylepa**, Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny nr 4 w Lublinie

W kategorii Menedżer Roku 2005 – NZOZ zwyciężył Andrzej Matyja ze Specjalistycznego Centrum Diagnostyczno-Zabiegowego Medycina w Krakowie

To dzięki niemu *Medicina* należy do najważniejszych świadczeniodawców w Małopolsce. Uważany jest za eksperta w zakresie organizacji opie-



Andrzej Matyja

ki zdrowotnej. Placówka zatrudnia 290 osób, wśród których 214 to specjaliści najwyższej próby. Firma z roku na rok notuje wzrost ekonomiczny. Ambicją jest budowa wieloprofilowego szpitala, rozbudowa istniejącej bazy i nowoczesna aparatura. Andrzej Matyja od 10 lat realizuje programy profilaktyki zdrowotnej, finansowane przez Ministerstwo Zdrowia, NFZ i Urząd Miasta Krakowa. Jest ordynatorem oddziału pooperacyjnego katedry Chirurgii Ogólnej Collegium Medium UJ w Krakowie i kierownikiem studiów menedżerskich w Wyższej Szkole Ekonomii i Informatyki. Twórca nowoczesnych programów endoskopowych w wykrywaniu schorzeń jelita grubego.

Od 2001 r. w naczelnych władzach samorządu lekarskiego i wiceprzewodniczący Okręgowej Rady Lekarskiej w Krakowie. Działacz sportowy zwariowany na punkcie Cracovii.

Wyróżnienia otrzymali:

- **Marek Witold Belda**, NZOZ multi MEDICA we Wrocławiu
- **Wiesław Bieńkowski**, NZOZ Centrum Medyczne Bieńkowski w Bydgoszczy
- **Marcin Halicki**, Lux Med Sp. z o.o. w Warszawie
- **Piotr Kołtowski**, Dolnośląskie Centrum Chorób Serca MEDINET NZOZ we Wrocławiu

W kategorii Lider Roku 2005 – Zdrowie Publiczne zwycięzcami zostali ex aequo:

- prof. **Wojciech Rowiński**, Klinika Chirurgii Ogólnej i Transplantacyjnej AM, Instytut Transplantologii AM w Warszawie
- Program Powszechnych Przesiewowych Badań Słuchu u Noworodków realizowany przez Fundację Wielka Orkiestra Świątecznej Pomocy przy współpracy Instytutu Pomnik-Centrum Zdrowia Dziecka

Prof. **Wojciech Rowiński** jest uczniem wybitnego chirurga prof. Jana Nielubowicza. Już w 1966 r. miał swój udział w pierwszej udanej transplantacji nerki od osoby zmarłej. Dzięki niemu idea transplantacji jest coraz lepiej rozumiana i akceptowana. Profesor nie szczędzi czasu dla dziennikarzy, występuje w telewizji, słychać go w radio, jest w gazetach i periodykach, odpowiada na pytania internautów. „Opory społeczne (lekarze są częścią społeczeństwa) wobec przeszczepiania narządów są nadal



Wojciech Rowiński

w naszym kraju dość duże. Wydaje się jednak, że sytuacja jest znacznie lepsza niż przed kilku laty” – pociesza profesor. Kieruje Kliniką Chirurgii Ogólnej i Transplantacyjnej Akademii Medycznej w Warszawie. Jest członkiem Komitetów Patofizjologii Klinicznej i Terapii PAN oraz członkiem wielu towarzystw naukowych: Międzynarodowego Towarzystwa Transplantologicznego, Międzynarodowego Towarzystwa Wymiany Narządów, Międzynarodowego Towarzystwa Przeszczepiania Trzustki, Amerykańskiego Towarzystwa Chirurgów Transplantacyjnych, Europejskiego Towarzystwa Przeszczepiania Narządów, Europejskiego Towarzystwa Badań Chirurgicznych. Autor ponad 300 publikacji naukowych i 50 rozdziałów w podręcznikach medycznych.



Jerzy Owsiak

Fundacja Wielka Orkiestra Świątecznej Pomocy **Jerzego Owsia**ka przyczyniła się do przebadania miliona dzieci w ponad 500 oddziałach noworodkowych. Badania prowadzone są bezpłatnie, a od zeszłego roku, decyzją Ministerstwa Zdrowia, są obowiązkowe.

dokończenie na str. 16

Sukces Roku 2005 w Ochronie Zdrowia

dołączenie ze str. 15

Wyróżnienia otrzymali:

- Fundacja **Urszuli Jaworskiej** w Warszawie
- **Zbigniew Pawłowicz**, Centrum Onkologii im. prof. F. Łukaszczyka w Bydgoszczy

W kategorii Lider Roku 2005 – działalność edukacyjno-szkoleniowa zwyciężył prof. Andrzej Steciwo, kierownik Katedry i Zakładu Medycyny Rodzinnej Akademii Medycznej we Wrocławiu

Lekarz i nauczyciel. Jego specjalności to: balneologia, bioklimatologia, choroby wewnętrzne, fizykoterapia, medycyna rodzinna, nefrologia i rehabilitacja narządu ruchu. Tytuł pracy na polu edukacyjnym i naukowym. W samym tylko 2005 r. objął patronat naukowy kilkanaście konferencji naukowo-szkoleniowych dla lekarzy rodzinnych. Prezes Polskiego Towarzystwa Medycyny Rodzinnej oraz kierownik Katedry i Zakładu Medycyny Rodzinnej Akademii Medycznej we Wrocławiu, a także rektor Państwowej Medycznej Wyższej Szkoły Zawodowej w Opolu. Opolska szkoła jest jedyną w Polsce uczelnią zawodową o profilu medycznym. W ubiegłym roku o przyjęcie ubiegała się młodzież niemal z całego kraju (poza trzema województwami). Do dwóch istniejących kierunków – pielęgniarstwo i położnictwo – dojdzie niebawem sześć ko-



Andrzej Steciwo

lejnym. m. in. ratownictwo medyczne, fizykoterapia, kosmetologia. Jego zdaniem, reforma służby zdrowia, która wprowadziła praktyki lekarza rodzinnego, nie była wystarczająco przygotowana i dlatego trzeba jeszcze kilku lat, żeby wykształcić odpowiednią liczbę lekarzy tej specjalności. „Rocznie w dziesięciu ośrodkach w kraju szkolimy ok. 1,6-2 tys. lekarzy rodzinnych. W Polsce potrzeba ok. 40 tys. lekarzy rodzinnych. Ich wykształcenie zajmie jeszcze jakieś pięć lat” – przewiduje profesor.

Wyróżnienie otrzymała **Fundacja Familijny Poznań**.

W kategorii Lider Roku 2005 – działalność charytatywna zwycięzcami zostali ex aequo:

Fundacja POLSAT

Założona przez **Małgorzatę Żak** w ciągu ośmiu lat stworzyła jeden z najbardziej skutecznych ogólnopolskich systemów szybkiej i skutecznej reakcji na prośby



Małgorzata Żak

o pomoc. Pieniądze przeznacza na zabiegi, operacje, terapię i rehabilitację. Szpitalom przekazała już 59 mln zł. Do najbardziej rozpoznawalnych projektów Fundacji Polsat należą coroczne, ogólnopolskie kampanie pod hasłem „Podaruj Dzieciom Słońce”. W styczniu ub. roku Fundacja Polsat zorganizowała zbiórkę pieniędzy na rzecz dzieci, które ucierpiały po przejściu fali tsunami w Azji. Fundacja przekazała Polskiej Akcji Humanitarnej ponad 1 mln 200 tys. zł na pomoc dla dzieci ze Sri Lanki, jednego z regionów najmocniej dotkniętych kataklizmem. W czerwcu Fundacja Polsat zakupiła 12 implantów ślimakowych dla dzieci niesłyszących. Dzieci zostały już zoperowane w Międzynarodowym Centrum Słuchu i Mowy w Kajetanach pod Warszawą.

Stowarzyszenie Lekarze Nadziei

Wszystko zaczęło się w 1984 r. na potajemnym spotkaniu w podziemiach Kościoła św. Krzyża, gdzie przygotowano deklarację powołania w Polsce fi-



Zbigniew Chłap

lii MdM pn. Lekarze Świata (LŚ). Przewodniczącym został prof. dr hab. **Zbigniew Chłap**. Konieczność skoncentrowania się na coraz większych programach niesienia pomocy w kraju, a także dla Rodaków na Wschodzie stała się m. in. powodem przekształcenia filii francuskiego Stowarzyszenia Lekarze Świata w polską organizację pozarządową typu *non-profit* pn. „Lekarze Nadziei”. Odtąd rozpoczął się nowy etap działalności Stowarzyszenia (organizacja Przychodni dla Ludzi Bezdomnych i Ubogich, Poradni Zdrowia dla Bezdomnych w Warszawie przy Wolskiej 172, poszerzenie dystrybucji leków z Apteki Darów oraz materiałów medycznych dla domów opieki społecznej, hospicjów, sierocinców itp.). Corocznie organizowane są transporty leków i materiałów medycznych dla Polaków w Kazachstanie, na Białorusi, Ukrainie, w Mołdawii.



Dorota Stalińska

Siedziba Stowarzyszenia mieści się w Krakowie, al. Pokoju 7, tel. 0-12-414-30-05, e-mail:

medaid@lekarzenadziei.krakow.pl

Lekarze, którzy chcieliby zostać wolontariuszami Stowarzyszenia

„Lekarze Nadziei” proszeni są

o kontakt z Agnieszką Fill

– nr tel. 0-22-836-81-82.

Wyróżnienia otrzymały:

- Fundacja **Doroty Stalińskiej** Nadzieja
- Fundacja Mam marzenie

W kategorii Lider Roku 2005 – Media – Dziennikarstwo informacyjne i edukacyjno-społeczne zwyciężył Marek Nowicki, TVN 24

Dziennikarz medyczny, od 1998 r. związany z TVN. Jest ekspertem od spraw służby zdrowia. Kompetentny, wyrazisty, swobodny i nawet czasami uśmiechnięty! Forma materiałów zawsze służy ich treści. Gdy na redakcyj-



Marek Nowicki

nym kolegium zapada decyzja, aby zrobić materiał o nowych sposobach leczenia, zadłużonych szpitalach albo kolejnych problemach z NFZ, wiadomo, że zajmie się tym Marek Nowicki. Czasami zajmuje się także tematami związanymi ze sprawami wiary i Kościoła. Wcześniej, przed pracą w TVN, był dziennikarzem katolickiego radia „Józef”. Od sierpnia ub. roku w weekendowym programie dzień „Dobry TVN” promuje modę na zdrowy styl życia.

- **Elżbieta Cichocka**, „Gazeta Wyborcza”
- **Anna Dzikowska-Sukmanowska**, TVP – Wiadomości DTV
- **Jolanta Gromadzka-Anzelewicz**, „Dziennik Bałtycki”

opr. i zdjęcia Marek Stankiewicz



Notatki rzecznika prasowego NRL

Prezydium NRL

na posiedzeniu w dn. 25.11. i 15.12.2005 r.

• przyjęło m.in. stanowiska:

– dot. projektu rozporządzenia ministra zdrowia w sprawie **szczegółowego trybu postępowania w sprawach wpisu do rejestrów indywidualnych specjalistycznych praktyk lekarskich i grupowych praktyk lekarskich, wzorów wniosków o wpis do rejestru i wzorów zaświadczenia o wpisie do rejestru oraz sposobu prowadzenia rejestru**, w którym, w oparciu o opinie ORL, zgłosiło wiele uwag.

Obok uzupełnień poszczególnych paragrafów, czytamy m.in. następujące uzasadnienia ich wprowadzenia: „(...) *Wniosek o wpis do rejestru jest odrębną procedurą dla lekarza zamierzającego wykonywać indywidualną praktykę albo indywidualną specjalistyczną praktykę lub dla lekarzy zamierzających udzielać świadczeń w ramach grupowej praktyki lekarskiej i powinien być odrębnie definiowany. W przepisie należy również dodać niesłusznie pominięte dokumenty wymienione w art. 50a ust. 5 ustawy, dotyczące składania wniosku o wpis do rejestru grupowych praktyk lekarskich.* (...) Dodanie zakresu kontroli pomieszczenia, w którym ma być wy-

konywana praktyka, o ocenę produktów leczniczych i wyrobów medycznych wynika z konieczności uwzględnienia art. 50a ust. 4 pkt 3 ustawy. (...) *W projekcie rozporządzenia niesłusznie pominięto przepis określony w § 10 poprzedniego rozporządzenia, który nakłada na okręgowe rady lekarskie obowiązek dokonania ponownej wizytacji w przypadku praktyki lekarskiej, która nie spełniała wymogów jej prowadzenia określonych w rozporządzeniu wydanym na podstawie art. 50b ust. 4 ustawy.* (...)”;

– dot. projektu rozporządzenia ministra zdrowia w sprawie **określenia trybu składania ofert, kryteriów ich oceny oraz terminów postępowania konkursowego w sprawie wyboru programu specjalistycznego szkolenia w dziedzinie uzależnienia od środków odurzających lub substancji psychotropowych**, nie zgłaszając uwag;

– dot. projektu rozporządzenia ministra zdrowia w sprawie **sposobów postępowania w przypadku niezgodnych z przepisami prawa działań z udziałem prekursorów**, do którego nie zgłosiło uwag;

– dot. projektu rozporządzenia ministra zdrowia w sprawie **sposobu ustalania i uiszczania opłat związanych z dopuszczeniem do obrotu produktu leczniczego weterynaryjnego**, bez uwag do projektu;

– w sprawie dokumentu „**Zielona Księga. Poprawa zdrowia psychicznego ludności. Strategia zdrowia psychicznego dla Unii Europejskiej.**”, w którym czytamy: „(...) wydanie tego dokumentu, świadczące o docenieniu przez Komisję Europejską problemów związanych z ochroną zdrowia psychicznego w krajach europejskich, jest cenną inicjatywą.

W dziedzinie tej istnieje wiele wieloletnich zaniechań, również w Polsce. (...) Zapisy polskiego Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego są w dużym zakresie zbieżne z zapisami Zielonej Księgi, a także z Deklaracją i Planem Działania, przyjętymi z styczniu tego (2005 – przyp. red.) roku na Europejskiej Konferencji Ministrów Zdrowia w Helsinkach. (...) do działań, zaproponowanych w pkt. 6.2., warto dodać przepis o zapewnieniu dostępności dla osób chorych psychicznie do nowych, sprawdzonych form leczenia zarówno psychofarmakologicznego, jak i psychoterapeutycznego.”;

– dot. projektu rozporządzenia ministra zdrowia w sprawie **określenia wymagań eksploatacyjnych, funkcjonalnych i technicznych, jakim powinny odpowiadać urządzenia lecznictwa zdrowotnego**. Zgłoszono wiele uwag do projektu, również następującą opinię: „(...) obok regulaminów porządkowych, umieszczanych w widocznych miejscach (...) należałoby umieszczać dane dotyczące badań i oceny właściwości leczniczych, stosowanych tworzyw. Badania te nie tylko przybliżałyby wskazania i ewentualnie przeciwwskazania do stosowanych zabiegów leczniczych, ale jednocześnie określałyby ich kolejne terminy – jak «paszporty» w urządzeniach fizykalnych, co dodatkowo mobilizowałoby właścicieli tych tworzyw do systematycznej kontroli ich jakości. (...)”;

– dot. projektu rozporządzenia ministra zdrowia w sprawie **szczegółowego trybu i sposobu działania Rzecznika Praw Pacjenta Szpitala Psychiatrycznego**, w którym, obok uwag, proponuje dodać m.in. następujące zdania: „(...) W celu zapewnienia równego dostępu pacjentów do Rzecznika, wyznaczenie obszarów działania nastąpi z uwzględnieniem

16 grudnia 2005 r. wręczono nagrody w pierwszym Konkursie o Puchar Prezesa NRL
na najlepiej prowadzony Okręgowy Rejestr Lekarzy.
Zwyciężyli pracownicy Okręgowej Izby Lekarskiej w Koszalinie, przed Lublinem, Olsztynem i Toruniem.



Na zdjęciu zdobywcy II i III miejsca - pracownicy Okręgowej Izby Lekarskiej w Lublinie (Elżbieta Duszyńska, Barbara Bielec, Anna Binięda, Małgorzata Malessa, Marcin Malessa), w Toruniu (Elżbieta Wierzbowska, Anna Zielaskiewicz), Olsztynie (Eliza Trojanowska-Radyko) i Mirosław Przastek, kierownik Działu Informatyki i Organizacji NIL.

liczby łóżek psychiatrycznych w poszczególnych obszarach kraju. (...) Rzecznik zobowiązany jest do uczestniczenia w szkoleniach organizowanych przez Dyrektora Biura Praw Pacjenta. (...) Nadzór nad pracą Rzecznika sprawuje Dyrektor Biura Praw Pacjenta osobiście lub przez osobę wyznaczoną.”;

– dot. projektu rozporządzenia ministra zdrowia zmieniającego rozporządzenie w sprawie wymagań, jakim powinny odpowiadać, pod względem fachowym i sanitarnym, pomieszczenia i urządzenia ZOZ, w którym popiera „(...) propozycję zmiany, polegającą na przesunięciu terminu przedstawienia programu dostosowania ZOZ do wymagań określonych w rozporządzeniu – o rok. (...)” Stwierdza również, że rozporządzenie wymaga jeszcze wielu zmian;

– dot. projektu rozporządzenia ministra spraw wewnętrznych i administracji w sprawie trybu uzyskania tytułu specjalisty przez lekarza będącego żołnierzem w czynnej służbie wojskowej, pełniącego służbę lub zatrudnionego w ZOZ, tworzonym przez ministra właściwego do spraw wewnętrznych, w którym stwierdza, że „(...) projekt, w proponowanej wersji, nie może zostać zaakceptowany, bowiem wymaga zasadniczych zmian. Udział samorządu zawodowego lekarzy w pracach nad projektem rozporządzenia winien rozpocząć się od prac nad projektem wstępnym (...)”;

• podjęto m.in. uchwały:

– w sprawie sprawozdania kadencyjnego NRL;

– w sprawie projektów uchwał dotyczących regulaminu wyborów Przewodniczącego Krajowego Zjazdu Lekarzy oraz regulaminu obrad Krajowego Zjazdu Lekarzy;

– w sprawie poniesienia przez NIL kosztów uczestnictwa delegatów w VIII Krajowym Zjeździe Lekarzy, w której czytamy m.in.: „(...) §1. NIL ponosi następujące koszty uczestnictwa, w VIII Krajowym Zjeździe Lekarzy (...) delegatów i zaproszonych członków zastępujących organów NIL – nie będących delegatami: 1) noclegów, 2) wyżywienia w czasie trwania Zjazdu - zapewnionego przez NIL, 3) przejazdów zorganizowanych przez właściwą OIL (...), a w przypadku gdy OIL nie zorganizuje takiego przejazdu lub delegat z niego nie skorzysta – równowartość biletu PKP I klasy, 4) przejazdów delegatów, w tym delegatów-członków Wojskowej IL, z miejsca zamieszkania do siedziby właściwej okręgowej izby lekarskiej i z powrotem. § 2. Delegaci rozliczają koszty przejazdów (...) we właściwych OIL (...) na podstawie wystawionych przez te izby delegacji. (...)”;

– w sprawie możliwości wykorzystania systemu klasyfikacji świadczeń medycznych Current Procedural Terminology (CPT) w wersji 4 wraz ze skalą ich względnej wartości Resource Based Relative Value Scale (RBRVS) w polskim sys-

temie ochrony zdrowia, w części finansowanej ze środków publicznych. „(...) Prezydium NRL, po rozważeniu możliwych rozwiązań w kwestii kodowania i rozliczania procedur medycznych, w pełni akceptuje i popiera rozwiązania zawarte w opracowaniu „Propozycja wykorzystania Current Procedural Terminology w systemie ochrony zdrowia w Polsce (...)” – czytamy w uchwale;

– w sprawie potwierdzenia warunków prowadzenia kształcenia podyplomowego lekarzy przez Okręgową Izbę Lekarską w Bydgoszczy oraz wpisu do rejestru podmiotów prowadzących kształcenie podyplomowe lekarzy i lekarzy dentystów, w której potwierdziło „(...) spełnienie warunków prowadzenia kształcenia podyplomowego lekarzy przez OIL w Bydgoszczy – określonych w art. 19 ust. 2 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty, obejmującego szkolenie lekarzy i lekarzy dentystów w zakresie: orzecznictwa lekarskiego, bioetyki, prawa medycznego, określonych w ramowym programie stażu podyplomowego lekarzy i lekarzy dentystów. (...)” i wpisało OIL w Bydgoszczy do rejestru podmiotów prowadzących kształcenie podyplomowe lekarzy i lekarzy dentystów pod nr 00002/05.

Nowy przewodniczący Konwentu

W dn. 16-17.12.2005 r., w siedzibie NIL obradował Konwent Przewodniczących Okręgowych Rad Lekarskich. Wybrano nowego przewodniczącego Konwentu na V kadencję, którym został Jerzy Friediger, przewodniczący ORL w Krakowie.



Iwona A. Raszke-Rostkowska

tel. 0-22-551-13-26

tel./fax 0-22-559-13-27

tel. kom. 0-606-440-100

e-mail: iwona.raszke@hipokrates.org

Apel w sprawie minimalnej płacy lekarza

Niegodziwie niskie wynagradzanie pracy lekarzy w Polsce stało się jednym z głównych tematów okręgowych zjazdów lekarzy. XXII Okręgowy Sprawozdawczo-Wyborczy Zjazd Lekarzy w Katowicach, obradujący 29.10.ub.r., pierwszy wystosował Apel do NRL „(...) o podjęcie kroków zmierzających do uruchomienia inicjatywy ustawodawczej mającej na celu ustawowe uregulowanie minimalnej płacy dla lekarzy. (...) Brak rozwiązań prawnych, regulujących wprost minimalną płacę lekarza, powoduje – w warunkach niewielkiego dopływu środków finansowych do ZOZ – niski poziom wynagrodzeń oraz stałe konflikty na tle wzrostu plac. (...) Przypominamy jednocześnie, że wedle art. 13 kodeksu pracy «pracownik ma prawo do godziwego wynagrodzenia za pracę». Ponadto art. 29 §1 kodeksu pracy przewiduje, że umowa o pracę powinna określać wynagrodzenie za pracę odpowiadające rodzajowi pracy. Uważamy, że w chwili obecnej wynagrodzenia lekarzy w sposób dramatyczny odbiegają od standardów ustalonych w kodeksie pracy, albowiem nie odpowiadają ani rodzajowi prac lekarza, ani nawet kryterium godziwości. (...) Realizację apelu widzimy poprzez wystąpienie do ministra zdrowia o podjęcie inicjatywy ustawodawczej w tym przedmiocie bądź zmobilizowanie środowiska lekarskiego w Polsce i przygotowanie społecznego projektu ustawy o płacy minimalnej dla lekarzy” – czytamy w Apelu.

Katowicki Zjazd poparty w tym zakresie m.in. ORL w Płocku i Tarnowie. Minimalne płace dla polskich lekarzy były również jednym z tematów poruszanych podczas spotkania członków NRL z ministrem zdrowia prof. Zbigniewem Religą (posiedzenie NRL 16.12.ub.r.).

Nominacje profesorskie

14.12. 2005 r. prezydent RP Aleksander Kwaśniewski wręczył nominacje profesorskie 64 przedstawicielom polskiej nauki. Wśród nominowanych znalazło się 13 reprezentantów nauk medycznych:

Jacek Jerzy Bigda – AM w Gdańsku, **Wojciech Walerian Bogusławski** – AM w Gdańsku, **Jan Tadeusz Drugacz** – Śląska AM w Katowicach, **Władysława Maria Kolasińska-Kloch** – UJ w Krakowie, **Piotr Krzysztof Konturek** – Pierwsza Katedra Medycyny Wewnętrznej Uniwersytetu Erlangen – Norymberga, Niemcy, **Teresa Bernadetta Kulik** – AM w Lublinie, **Anna Jadwiga Kurnatowska** – Uniwersytet Medyczny w Łodzi, **Jerzy Krzysztof Niedzielski** – Uniwersytet Medyczny w Łodzi, **Janusz Piotr Schabowski** – Instytut Medycyny Wsi w Lublinie, **Andrzej Piotr Tykarski** – AM w Poznaniu, **Elżbieta Barbara Urasińska** – Pomorska AM w Szczecinie, **Wojciech Tomasz Załuska** – AM w Lublinie.

Nominację profesorską odebrał również w tym dniu **Andrzej Kierzek** (AM we Wrocławiu), członek Naczelnej Komisji Rewizyjnej IV kadencji.

IR

Pomóc choremu czy pomóc sprzedać?

Marek Stankiewicz

W 2003 r. do Kodeksu Etyki Lekarskiej został dopisany obszerny rozdział o związkach lekarzy z przemysłem farmaceutycznym.

Te relacje były, są i będą, choć od pewnego czasu coraz śmielej starają się nad nimi pracować środowiska lekarskie i biznesowe. Do pełnego ośmielenia jeszcze kawał drogi, bo na ogół kontakty te mają negatywne konotacje w odbiorze publicznym, a nasza wizja jest bardzo idealistyczna – podkreśla prof. Jerzy Kruszewski z Naczelnej Rady Lekarskiej.

Znowelizowany Kodeks w art. 51 precyzyjnie opisuje kryteria, które wyznaczają prawidłowe relacje pomiędzy lekarzami a przemysłem medycznym. Nieunikniony, często niezbędny do prawidłowej relacji zadań kontakt lekarza z przedstawicielem tego przemysłu rodzi napięcia i wątpliwości związane z zakresem dopuszczalnej współpracy. Zachowanie obiektywizmu decyzji lekarskich i dochowanie godności zawodowej bywa niełatwe. Często naiwność i brak doświadczenia, a czasem pokusa zajrzenia przez dziurkę od klucza do wystawnego świata bywa przyczyną kłopotów i niesprawiedliwych ocen.

Edukacji nigdy więc za wiele. Naczelna Rada Lekarska we współpracy z GlaxoSmithKline opracowała wskazówki nieco bardziej szczegółowe niż zapisy literalne w Kodeksie. Zainaugurowano wspólny projekt „lekarz i lekarz dentysta a przemysł farmaceutyczny”. Może to być przełomo-

wa próba oczyszczenia wzajemnych relacji, zbudowania ich w oparciu o zdrowe, podparte regulacjami prawnymi zasady.

Nadrzędną zasadą postępowania lekarza jest dobro pacjenta. Bez wahania lekarz powinien przerwać współpracę, jeśli w najmniejszym stopniu naraża ona dobro pacjenta lub może stwarzać takie wrażenie w opinii innych osób.

Współpraca lekarzy z firmami miała bardzo różny charakter i różnie się rozpoczyna. Od wysłuchania informacji o produktach, przez uczestniczenie w sponsorowanych przez przemysł farmaceutyczny seminariach naukowych i doskonalących, udział w badaniach klinicznych sponsorowanych przez firmę, aż do wykonywania pracy na rzecz firmy farmaceutycznej.

Współpraca ta jest ważna i niezbędna dla zachowania bezpieczeństwa pacjentów i skuteczności terapii we wszystkich stadiach rozwoju i użycia leków – wyjaśniał Konstanty Radziwiłł na konferencji w siedzibie Naczelnej Izby Lekarskiej w grudniu ub. roku. Musi ona gwarantować spełnienie najwyższych standardów etycznych, szanować prawa pacjentów i spełniać oczekiwania społeczne. Podstawową zasadą, co do której istnieje zgodność opinii najważniejszych europejskich organizacji lekarskich, powinna być przejrzystość i pu-

bliczne deklarowanie konfliktu interesów wszędzie tam, gdzie może się pojawić. Lekarze nie mogą przyjmować kosztownych prezentów ani rozkoszować się nieuzasadnioną gościnnością. Powinni raportować o niepożądanych działaniach leków – przypominał prezes NRL.

Niemale kontrowersje budzi zakaz sponsorowania udziału osób towarzyszących oraz imprez sportowo-rekreacyjnych towarzyszących spotkaniu organizowanemu przez przemysł. Czasem bardzo niewinne ogniska z piecystym na kiju po zawodach narciarskich czy tenisowych przeradzają się w wystawne przyjęcia, kilkudniowe pobyty w ekskluzywnych hotelach z zacisznymi salonami do gry w ruletkę itp., niekoniecznie w Mikołajkach czy Ustrzykach Dolnych, a często wręcz daleko za granicą. I lekarze w nich uczestniczą.

Osobnym problemem jest wykorzystywanie w reklamach wizerunku lekarza. – Kodeks Etyki Lekarskiej zabrania występowania w reklamie, z kolei przebieganie aktorów w fartuchy jest zabronione przez ustawę o zwalczaniu nieuczciwej konkurencji. Ustawa ogranicza także nasze możliwości ingerencji – nie możemy z góry zakazać emisji filmu promocyjnego – mówi Iwona Zaczek, rzecznik prasowy Urzędu Ochrony Konkurencji i Konsumenta.

Przemysł farmaceutyczny odkrywa i produkuje narzędzia przeznaczając na ten cel setki miliardów dolarów i angażując w tym celu dziesiątki tysięcy naukowców. Narzędzia te nie są prostymi śrubokrętami, mają działania uboczne, wchodzą w interakcje z innymi narzędziami, można je stosować w różnych dawkach i konfiguracjach – zauważa Grażyna Kieszek, dyrektor ds. korporacji i rozwoju GlaxoSmithKline.

Pięć prostych pytań:

1. W jakim celu przedstawiciel firmy składa mi propozycję współpracy jednocześnie proponując zapłatę, prezent, pamiątkę?
2. Co o tej zależności sądziłby moi pacjenci?
3. Jak do takich zależności odnosi się opinia publiczna?
Jak bym się czuł, gdyby taki związek został publicznie ujawniony?
4. Co o takiej zależności sądziłby moi koledzy?
5. Co bym pomyślał, gdyby mój lekarz przyjął taką propozycję?

Kiedy publikacja, w której wymieniono i dowiedziano zalety jakiegoś preparatu, jest traktowana jak wynik naukowy, a kiedy jest promocją leku? – pytał prof. Janusz Kleinrok z Zakładu Protetyki AM w Lublinie, od niedawna wiceszef lubelskiego samorządu lekarskiego. Najważniejsze, by nie sprzeniewierzać się swojej wiedzy i etyce – odpowiada prof. Jerzy Krużewski.

Dlaczego więc procesy, które powinny być oczkiem w głowie każdego obywatela, spotykają się ze swoistym ostracyzmem społecznym? Bo pozwoliliśmy, by tak się stało – odpowiada G. Kieszek. W opinii publicznej panuje przeświadczenie, że w tym obszarze nie obowiązują żadne zasady, wszystko wolno i nie ma żadnej kontroli. O kodeksach etyki nie rozmawia się, nie rozlicza się ani nie piętnuje zachowań opisywanych na pierwszych stronach gazet. W efekcie tworzy się atmosfera, w której za jakiś czas nie będzie można pracować, dokształcać się, rozwijać nowych technologii medycznych, każdy kontakt lekarza z przemysłem będzie traktowany jako czyn korupcyjny i naganny – ubolewa pani dyrektor.

Zdaniem Grażyny Kieszek, GSK nie jest biurem podróży, fabryką gadżetów i czekoladek, organizatorem potańcówek i imprez. W GSK od dawna obowiązuje Kodeks Etyki Marketingowej. Za jego naruszenie już w firmie wyciągano konsekwencje służbowe, a kilka osób tylko w ubiegłym roku rozstało się z tym farmaceutycznym gigantem.

Z wolna wchodzimy w nową epokę ewolucji etyki lekarskiej. Hipokrates nie znał przecież pojęcia firmy farmaceutycznej, bo sam wyrabiał leki. Postęp wiedzy rodzi nowe wyzwania etyczne – zauważa dr Tadeusz M. Zielonka z Komisji Etyki Lekarskiej i Prawa Medycznego ORL w Warszawie.

Jak być lepszym od najlepszych, czyli jak sprzedać kota w worku? Sprzedaż to sztuka radzenia sobie z nowymi wyzwaniami, jakie przed handlowcami stawia wolny rynek. Zmusza on do jeszcze większej koncentracji na kliencie, poprzez pełnienie roli jego doradcy. Najważniejsze, że rozpoczęto otwartą komunikację i że bez zażenowania mówi się o tym w samorządzie lekarskim. Miejmy nadzieję, że ewolucja obyczajowości właśnie przed nami.

Debata



W grudniowym numerze „Gazety Lekarskiej” opublikowany został ostatni wykład wygłoszony podczas konferencji pt. „Pytania etyczne dotyczące biotechnologii prenatalnej”.

Kończy się również moja kadencja jako przewodniczącego Komisji Etyki Lekarskiej NRL.

Życzę wiele dobrego mojemu następcy.

Gorąco dziękuję wszystkim, którzy z zainteresowaniem czytali teksty publikowane pod wspólnym tytułem „Debata”.

Zakończyliśmy cykl publikacji, ale najważniejszy problem etyczny współczesnej biotechnologii – tak ważny dla ludzkiego gatunku – trwa.

Jerzy Umiastowski

foto: Marek Stankiewicz



PAKIET MERITUM

Pożyczka + Ubezpieczenie OC

1. Wystarczy tylko oświadczenie o zarobkach!!!
2. Okres spłaty do 3 lat
3. Oprocentowanie tylko 11,5% w skali roku
4. Decyzja w 48 h!!! Bez poręczycieli!!!

Kwota pożyczki	Ubezpieczenie OC*	Rata		
		36 miesięcy	24 miesiące	12 miesięcy
5 000 PLN	50 000 PLN	164,88 PLN	234,19 PLN	443,05 PLN
10 000 PLN	100 000 PLN	329,76 PLN	468,37 PLN	886,09 PLN
20 000 PLN	200 000 PLN	659,53 PLN	936,74 PLN	1 772,19 PLN

*Możliwość doubezpieczenia na atrakcyjnych warunkach, nawet do 300 000 PLN

Najlepsza lokata na rynku?

– Oprocentowanie od 5,7% w skali roku!!!

Rachunek Systematycznego Oszczędzania!!!

– Oprocentowanie od 7,0% w skali roku!!!

Atrakcyjne Oferty Kredytów:

- Do 50 000 PLN bez poręczycieli!!!
- Do 20 000 PLN wymagamy tylko... oświadczenia o zarobkach!!!
- Do 10 000 PLN bez zgody współmałżonka!!!

Pełna oferta kredytów i depozytów na stronie internetowej www.skokil.pl

UDANYCH INWESTYCJI W NOWYM ROKU ŻYCZY



Szczegółowe informacje u przedstawicieli SKOK IL w Okręgowych Izbach Lekarskich

Infolinia **0-801 88 88 11** (opłata jak za połączenie lokalne)

www.skokil.pl

Jak rozbroić biologiczną bombę?

Waldemar Halota

O tym, że istnieje zapalenie wątroby nie-A, nie-B wiadomo było od wprowadzenia testów do diagnozowania tych dwóch wirusowych zapaleń wątroby.

W latach osiemdziesiątych ponadto wykazano na podstawie doświadczeń na zwierzętach, że istnieją różne, wcześniej nie zidentyfikowane wirusy hepatotropowe. Okazało się, że tylko jeden z nich ma znaczenie w patologii ludzkiej.

Początkowo sądzono, iż główną przyczyną szerzenia się nowej choroby były przetoczenia krwi, dlatego nazwano ją potransfuzyjnym zapaleniem wątroby. Nasza wiedza znacznie wzrosła po wykryciu w 1989 r. wirusa HCV, a zwłaszcza po wprowadzeniu do praktyki klinicznej testów diagnostycznych. Wcześniejsza nazwa okazała się nieuprawniona. Historia naturalna wirusowego zapalenia wątroby typu C powoduje, iż HCV nazywany jest „cichym zabójcą” lub „biologiczną bombą zegarową”.

Etiologia

HCV zaliczany jest do rodziny Flaviviridae, rodzaju Hepacivirus. Komórką docelową HCV jest hepatocyt, ale wykrywa

się go również w mononuklearach krwi obwodowej i innych komórkach.

Charakterystyczną cechą tego wirusa jest jego duże zróżnicowanie morfologiczne. Wyróżniamy 6 głównych genotypów, liczne podtypy i pseudotypy różniące się sekwencjami nukleotydów. Wykazano, że genotypy różnią się odpowiedzią na terapię, mniej istotne są ich związki z przebiegiem choroby. U osoby zakażonej mogą występować różne typy HCV, co ułatwia wirusowi ucieczkę spod kontroli mechanizmów odpornościowych. Różnice genetyczne w budowie wirusa oraz jego wysoka zdolność mutacji stanowią główną przeszkodę w przygotowaniu szczepionki.

Epidemiologia

Nie ma wątpliwości, że dominującą drogą szerzenia się zakażeń HCV są zakażenia krwiopochodne, aczkolwiek w ciągu kolejnych lat wraz z podnoszeniem bezpieczeństwa przetaczanej krwi nazywanie choroby potransfu-

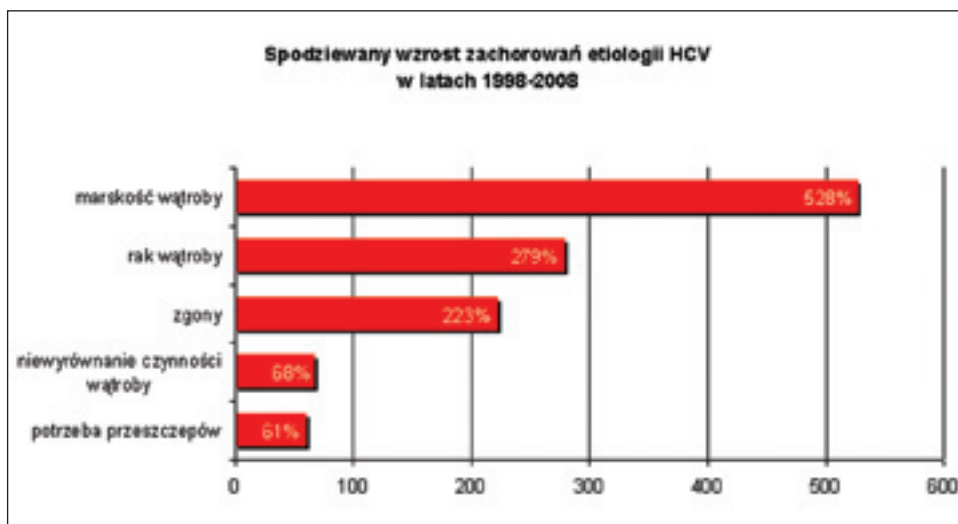
zyjnym zapaleniem wątroby jest bezpodstawne. Do przeniesienia zakażenia najczęściej dochodzi w czasie zabiegów z przerwaniem ciągłości tkanek, głównie medycznych, najczęściej iniekcji, pobrania krwi, stomatologicznych, ale też zabiegów upiększających jak tatuaże, kolczykowanie itp. Ważnym źródłem tych zakażeń są badania endoskopowe wykonywane, podobnie jak poprzednie, z zaniedbaniami proceduralnymi. Wysokim ryzykiem zakażeń HCV objęci są pacjenci oddziałów dializ i chemioterapii. Odrębną grupą wysokiego ryzyka są osoby uzależnione od środków odurzających przyjmowanych parenteralnie. Inne drogi transmisji są stosunkowo rzadkie. Ryzyko przeniesienia zakażenia HCV z matki na dziecko lub drogą seksualną sięga kilku procent.

Dochodzenie epidemiologiczne w przypadkach wieloletniego bezobjawowego przebiegu jest często skazane na niepowodzenie.

Nie ma najmniejszych wątpliwości, że najważniejszą metodą zmniejszenia dynamiki epidemii jest poprawa stanu sanitarnego jednostek ochrony zdrowia. Czystość, sterylność oraz przestrzeganie procedury zabiegów medycznych to podstawowe instrumenty zahamowania liczby nowych zakażeń.

Wśród kilku prowadzonych w Polsce badań obejmujących od kilkuset do kilkunastu tysięcy osób średnie odsetki zakażonych HCV sięgały 1,9-4%. Aby uniknąć zarzutu wyolbrzymiania problemu, Polska Grupa Ekspertów HCV przyjęła najniższy z nich wnioskując, że w Polsce zakażonych tym wirusem jest ponad 700 tys. osób.

Oficjalnie rejestrowane przypadki zakażeń HCV nie oddają istoty zagrożenia, gdyż jeszcze do niedawna ich liczn-



Źródło: Mans M.: 2002

ba nie przekraczała dwóch tysięcy rocznie. Błędem jest pogląd, że są to nowe zakażenia. Na domiar złego rejestracji podlegają wyłącznie przypadki objawowe, subiektywnie selekcjonowane z grupy wykrytych zakażeń. Bez zmiany tego systemu ostatni spośród obecnie zakażonych HCV zostałby wykryty za ponad trzysta lat.

Na pojawienie się skutków naszych zaniechań nie trzeba będzie tak długo czekać. Zachodni badacze wskazują, iż w ciągu najbliższych kilku lat w ich krajach liczba zgonów w przebiegu zakażeń HCV wzrośnie ponad dwukrotnie, a marskości wątroby pięciokrotnie.

Przebieg kliniczny zapalenia wątroby typu C

Ostre wirusowe zapalenie wątroby typu C, jak wcześniej wspomniałem, zdarza się wyjątkowo rzadko, przebiegi żółtaczkowe występują nie częściej niż raz na sto przypadków. Okres od ekspozycji do pojawienia się pierwszych objawów choroby nie przekracza 150 dni. Często w tym okresie występu-

ją mało charakterystyczne objawy, a na rozpoznanie zapalenia wątroby wskazują wyłącznie patologiczne wartości aminotransferaz.

Szacuje się, że 80% przypadków zakażeń HCV w ogóle nie manifestuje ostrego okresu zakażenia HCV, co więcej przez wiele następnych lat przebiega bezobjawowo lub pod postacią mało swoistych objawów takich jak zmęczenie czy bóle stawów i mięśni.

Choroba w tym okresie jest wykrywana najczęściej przypadkowo, w wyniku badań okresowych lub innych obejmujących badania wątrobowe. Każdy przypadek wykrycia patologicznych wartości aktywności aminotransferaz, nawet nieznacznie przekraczających wartości prawidłowe, powinien prowokować lekarza do poszukiwania również zakażenia HCV. Odrebnym problemem są różnorodne pozawątrobowe manifestacje kliniczne zakażeń HCV, wśród których dominują odczyny o podłożu autoimmunologicznym oraz krioglobulinemia mieszana typu II.

Wczesne wykrycie choroby zwiększa szansę skutecznego leczenia. Wskazuje

się, że po około 20 latach u co piątego przewlekle zakażonego HCV wystąpi marskość wątroby, aczkolwiek polskie zamiłowanie do alkoholu może ten okres skracać. Tylko wczesne stadia marskości wątroby mogą być skutecznie leczone farmakologicznie, w pozostałych jedyną szansą przeżycia jest przeszczepienie wątroby. Główną przyczyną zgonów są powikłania marskości takie jak krwotoki z żyłaków przełyku, encefalopatia wątrobowa, wodobrzusze, niewydolność wątroby oraz rak wątrobowokomórkowy.

Koszty opieszałości w leczeniu zakażonych HCV są trudne do wyobrażenia nie tylko w kategoriach finansowych.

Diagnozowanie zakażeń HCV

Badania immunoenzymatyczne w kierunku anty-HCV stanowią podstawę diagnozowania tych zakażeń. Jeśli przyjąć, że od tego badania, które-

dokończenie na str. 24

Jak rozbroić biologiczną bombę?

dokończenie ze str. 23

go koszt nie przekracza 30 zł, zależeć może ludzkie życie, to lepiej przeprowadzić je niepotrzebnie niż zaniechać. W konsekwencji „rozbrojenie bomby” zależy w pierwszym rzędzie od lekarza rodzinnego, gdyż to on decyduje o przeprowadzeniu tych badań.

Mimo iż zakażonym HCV może być każdy z nas, wręcz obowiązkiem lekarza jest poszukiwanie tego zakażenia w następujących grupach:

- biorców krwi i jej pochodnych, zwłaszcza przed 1993 r.,
- leczonych iniekcjami i zabiegami operacyjnymi,
- leczonych hemodializami,
- po przebytych WZW typu B,
- uzależnionych od preparatów odurzających stosowanych dożylnie lub do nosowo,
- poddających się zabiegom upiększającym (tatuże, kolczykowanie),
- korzystających ze wspólnych narzędzi kosmetycznych i szczoteczki do zębów,
- chorych na hemofilię,
- zakażonych HIV,
- z wykrytą patologiczną aktywnością aminotransferaz o niejasnej etiologii.

Leczenie

Ostatnie lata przyniosły znaczny wzrost skuteczności leczenia. Początkowo skuteczność terapii stosowanej w wirusowym zapaleniu wątroby typu C osiągała 6 proc. przy 24-tygodniowym leczeniu oraz 16 proc. przy 48-tygodniowym leczeniu. Stosowany obecnie standard leczenia – interferon pegylowany i rybawiryna – daje skuteczność między 60 proc. a 90 proc.

Podstawową zasadą terapii przewlekłych zapaleń wątroby typu C jest jej indywidualizacja, co utrudnia formułowanie i przestrzeganie standardów. W tym kontekście stają się one raczej wytyczną niż rygorystycznym kryterium kwalifikacji do leczenia. Coraz częściej uważa się na przykład, że jest nim również motywowanie oczekiwania pacjenta, co w praktyce jest rzadko możliwe do realizacji i potrzebne.

Przy kwalifikowaniu do leczenia należy jednak pamiętać, że wczesne wykrycie choroby zwiększa szansę skutecznej terapii. Z badań ogłoszonych na 39 dorocznym zjeździe Europejskiego Towarzystwa Badań Wątroby (EASL) w kwietniu 2004 r. wynika, że wczesna diagnoza zakażenia HCV nie tylko zmniejsza ryzyko rozprzestrzeniania się wirusa, ale zwiększa szansę osoby zakażonej na trwałe wyleczenie (nawet do 100 proc. u pacjentów zakażonych wirusem o genotypie 2 lub 3).

W Polsce w pierwszym rzędzie do leczenia kwalifikowani są chorzy z zaawansowanymi zmianami martwiczo-włóknieniowymi w wątrobie, a więc z postępującym procesem chorobowym.

Wym. W leczeniu dorosłych standardem jest terapia skojarzona interferonem pegylowanym (iniekcja raz w tygodniu) oraz rybawiryną przyjmowaną doustnie. W ostatnim okresie istnieją formalne przeszkody w prowadzeniu identycznej terapii u dzieci, dlatego w ich przypadku stosuje się rybawirynę i interferon rekombinowany (podawany w trzech iniekcjach tygodniowo). Nie ma wątpliwości, że prowadzi to do niższej skuteczności leczenia niż w przypadku interferonu pegylowanego. Wykazano, że wpływ na skuteczność obecnie obowiązujących terapii ma poza genotypem zakażającym tzw. przystosowalność (adherencja), czyli pełna realizacja obowiązującego schematu leczniczego.

Dlaczego oczekujących na leczenie nie ubywa?

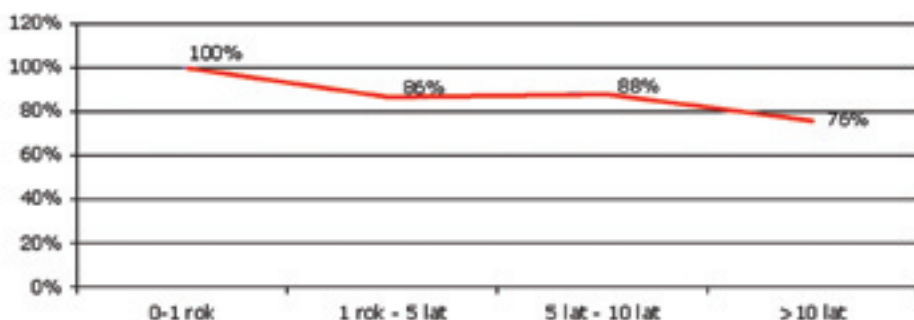
Szacuje się, że oczekujących na leczenie w ub. roku było ok. 6 tys., co oznacza, że ich liczba w stosunku do roku 2004 wzrosła o tysiąc osób. Nie jest to spowodowane lawinowym narastaniem liczby kwalifikowanych do leczenia ani brakiem finansowych możliwości zaspokojenia potrzeb. Szacuje się, że w 2004 r. nie wykorzystano ok. 20 mln zł spośród środków przewidzianych na to leczenie. Przyczynił się do tego „pomysł” Narodowego Funduszu Zdrowia, aby refundować wyłącznie koszt leku, a nie całej procedury. W efekcie pozostałe koszty spadały na świadczeniodawcę. Ten, ograniczony z zasady zaniżonym limitem świadczeń, włączając do leczenia zakażonych HCV powiększałby liczbę nadwykonań czyli pogłębiał stratę. W ten sposób koło się zamyka, a kolejka rośnie.

Niełatwo rozwiązać problem, jeśli nie uda się zahamować dynamiki nowych zakażeń HCV, zdiagnozować zakażonych i chorych, a wymagających tego wyleczyć. Ranga problemu i zakres tych zadań wymagają zarówno doraźnych, jak i długofalowych działań, co bez narodowego programu przeciwdziałania zakażeniom HCV nie wydaje się możliwe.

Waldemar Halota

Autor, prof. dr hab. med., jest kierownikiem Katedry i Kliniki Chorób Zakaźnych i Hepatologii CM UMK i przewodniczącym Polskiej Grupy Ekspertów HCV.

Odsetek uzyskania trwałej odpowiedzi wirusologicznej u pacjentów zakażonych genotypem 2/3 w zależności od liczby lat ekspozycji



Źródło: Raport na podstawie danych przedstawionych podczas 39. dorocznego zjazdu Europejskiego Towarzystwa Badań Wątroby (EASL), 14-18 kwietnia 2004, Berlin

Choroba źródłem sukcesu sportowego?

Marek Mędraś

Sport wysokokwalifikowany zdrowiu nie służy.
Ale czy choroba może przyczynić się do odniesienia sukcesu sportowego?

Pytanie to jest tylko pozornie bezsensowne. Fakty ze świata sportu zawodowego czynią je coraz bardziej zasadne. Zawodnicy przylapani na dopingu farmakologicznym z reguły podają, iż cierpieli na różne schorzenia, które miały uzasadniać przyjmowanie leków – w domyśle modyfikujących wyniki badania antydopingowego. A więc byli chorzy – mimo choroby startowali – wielu z sukcesem.

„Astmatycy”

Inna sprawa, iż osoby te z zasady zapominały podać do protokołu badania antydopingowego, że były chore i stosowały określone leki. Nigdy nie zdarzyło się poinformowanie o takich zapomnianych danych czy cierpieniach, gdy wyniki kontroli były prawidłowe. Bo i po co, dla przyzwoitości czy obowiązku?

Często podaje się istnienie określonego schorzenia na wszelki wypadek (tj. na wypadek pozytywnych badań antydopingowych).

Taka jest zapewne przyczyna masowego występowania w sporcie wyczynowym (w dyscyplinach wytrzymałościowych i siłowych), np. astmy oskrzelowej, na którą „choruje” 11% narciarzy biegowych w Szwecji, 15% w Finlandii, 17% fińskich pływaków, 11% amerykańskich piłkarzy czy 7-26% lekkoatletów. Natomiast w populacji to schorzenie dotyka 3-5% ogółu.

Na letnich igrzyskach olimpijskich w Los Angeles 11% sportowców amerykańskich podawało, iż „choruje” na astmę oskrzelową i aż 41 „astmatyków” wywalczyło miejsca medalowe (!). Na olimpiadzie w Atlancie startowało 383 „astmatyków”, a w Sydney już 618.

Choroba i sukces

Może się jednak zdarzyć wystąpienie u zawodnika schorzenia (i to w szczycie jego kariery sportowej), które wyklucza go z dalszej wysokokwalifikowanej aktywności sportowej. To oczywiście tragedia zawodnika. Czy można ją przekuć w sukces?

Wydaje się, iż tak właśnie było w przypadku Stevena Redgrave, wybitnego wioślarza, potencjalnego medalisty zbliżających się igrzysk olimpijskich, u którego wystąpił dłuższy okres złego samopoczucia, z typowymi objawami, a gdy zgłosił się na badania, stwierdzono poziom cukru 450 mg% i niewielką kwasotę metaboliczną. Dokładne badania bez wątpliwości potwierdziły rozpoznanie cukrzycy t. 2.

W tej sytuacji kontynuowanie kariery sportowej nie miało w dłuższej perspektywie większego sensu, a nawet mogło być dla zawodnika niebezpieczne. Nieustabilizowana w istocie aktywność fizyczna (trening sportowy to wzrastające obciążenia fizyczne) pogarszała stan jego gospodarki węglowodanowej. Dieta takiego zawodnika zawiera ok. 7000 kcal na dobę i składa się z potraw o wysokim indeksie glikemicznym. O wpływie stresu nie wspominamy.

Dodatkowo zważyć należy, że wioślarstwo należy do najcięższych dyscyplin wytrzymałościowych, wymaga ciągłego maksymalnego wydatkowania energii. Typowy dzień treningowy to 12 km biegu, potem 90 min. wiosłowania, ćwiczenia z obciążeniem i na ergometrze. Same zawody to zwykle 6-8 min wysiłku fizycznego na poziomie 80% VO max.

A jednak zdecydowano się stworzyć specjalistyczny zespół i rozpocząć intensywną insulinoterapię nie przerywając cyklu treningowego.

Decyzja ta mogła być uwarunkowana tym, iż chodziło o ewentualny, ostatni sukces zawodnika – na szybko zbliżającej się olimpiadzie. Ale też istotny wpływ mógł mieć fakt, iż w tym przypadku – jak w żadnym innym – można było legalnie wykorzystać anaboliczne działanie insuliny.

Hormon ten jest potężnym anaboliem, jednak jego stosowanie jako dopingu w sporcie wyczynowym jest bardzo trudne. Nie jest to lek, który można bezpiecznie podawać w oparciu o zaświadczone czy przeczytane w Internecie amatorskie informacje. Najczęściej stosują go kulturyści, co skutkuje licznymi przypadkami niedocukrzenia i ostrożeń z urazowymi hospitalizacjami.

W omawianym przypadku terapia insuliną dawała (jak to niestety w dopingu bywa) wielką i realną szansę na sukces, tym bardziej iż zaangażowano wysokospecjalistyczny zespół leczniczy (lekarz, fizjolog, dietetyk, trener), okresowo jeszcze wspomagany przez innych specjalistów. Również niektóre elementy stosowanego leczenia jako żywo przypominały doping farmakologiczny insuliną (np. po wysiłku fizycznym 120 gramów glukozy z dodatkową dawką insuliny lispro). W prezentowanej sytuacji – choroba zawodnika – można było oficjalnie stosować leczenie będące równocześnie zakazanym dopingiem. Steven Redgrave zgodnie z przewidywaniami zdobył złoty medal olimpijski.

Innym przykładem zjawiska choroby i sukcesu sportowego jest sprawa Lancy Armstronga, niewątpliwie niezwykle utalentowanego zawodnika, u którego doszło do powstania raka jądra z przerzutami do płuc i mózgu (te ostatnie leczone operacyjnie). Już samo wyleczenie tak zaawansowanej choroby graniczy z cudem. Lance Armstrong w zasadzie nigdy nie został przylapany

na doping – pomińmy doniesienia *ex post* (podejrzanie zastosowania EPO). Dziwi jednak, iż nawet wówczas, gdy był już na pewno chory i w jego organizmie musiał być podwyższony poziom HCG badania antydopingowe (jakoby dokonywane i w tym kierunku) były ujemne.

Czynnik wzrostu

Leczenie schorzenia nowotworowego wymagało intensywnej terapii, jak również stwarzało podstawę stosowania substancji niekoniecznie stanowiących standard dla tego typu terapii. Także i po wyleczeniu. W tym kontekście najczęściej wspomina się o czynnikach wzrostu. W konkretnym przypadku sugeruje się stosowanie czynnika wzrostu kolonii granulocytów, erytropoetyny i efaproxiralu. Między innymi te trzy związki (plus perfluorokarbon), to składowe grupy substancji tworzących doping krwi. Co ciekawe i symptomatyczne efaproxiral jest stosowany również w przypadkach leczenia przerzutów nowotworowych do mózgu.

Warto przypomnieć, iż np. myszy, którym wprowadzono gen syntezy IGF-1 wykazywały 15-30%, a nawet 50% wzrost masy i siły mięśniowej, bez zwiększenia aktywności fizycznej. Inne czynniki wzrostu są z tego punktu widzenia bardzo interesujące, choć ten rodzaj ich oddziaływań jest mało poznany.

W dość „nudnym” obecnie świecie doping farmakologicznego czynnika wzrostu stanowią pewną nowość. I znowu tylko choroba (rzeczywista lub wyimaginowana) może stwarzać optymalne warunki do takich „twórczych” (a i niestety skutecznych) postępowań (są za mało poznane w omawianym kontekście, by były popularne w sporcie).

Transseksualizm

Jeszcze jeden przykład choroby, której terapia może w najbliższej przyszłości „wspomóc” wysiłek sportowy i wywołać spore kłopoty (głównie w kontekście kontroli antydopingowej).

W maju 2004 r. Komitet Wykonawczy MKOl zaaprobował sposób postępowania wobec osób transseksualnych, które przeszły zabieg zmiany płci i zamierzają rywalizować w igrzyskach olimpijskich. Należy wierzyć, iż MKOl kierował się jedynie ogólnohumanitarnymi ideałami, a nie np. karykaturalnymi czasem zasadami poprawności politycznej.

Konsensus przedstawiony przez Komisję Medyczną MKOl uznaje, iż każda osoba, która zmieniła płeć z męskiej na żeńską przed okresem dojrzewania płciowego, zostaje uznana za kobietę (odpowiednio w przypadku zmiany płci z żeńskiej na męską – za mężczyznę). Osoby, u których zabieg zmiany płci został przeprowadzony po okresie dojrzewania muszą spełnić kilka warunków zanim zostaną dopuszczone do udziału w zawodach dla danej płci, a mianowicie postępowanie chirurgiczne musi być u nich w pełni zakończone (zmiana zewnętrznych narządów płciowych i usunięcie gonad), płeć musi być potwierdzona prawnie, a odpowiednia, weryfikowalna terapia hormonalna powinna być prowadzona tak długo, by zminimalizowana została przewaga płciowa we współzawodnictwie sportowym. Te ostatnie stwierdzenia dotyczące „weryfikowalności” i „minimalizacji” są w istocie dość bełkotliwe i nic nie znaczą.

Panel ekspertów uzgodnił, że czas stosowania terapii hormonalnej po gonadektomii musi wynosić co najmniej 2 lata.

Chociaż nie ulega wątpliwości, iż androgeny współdecydują o budowie anatomicznej człowieka, stanie układu mięśniowego czy wydolności wysiłkowej organizmu, dane na temat ewentualnej przewagi sportowej, jaką mogłyby mieć osoby, które poddały się procedurze zmiany płci (i podlegają terapii hormonalnej), są bardzo skąpe.

Osoby transseksualne muszą być jednak przewlekłe i intensywnie leczone (androgeny, estrogeny, antyandrogeny itp.). Otwiera to pole do wykorzystania tej patologii dla odniesienia sukcesu sportowego. Można z wielkim prawdopodobieństwem przyjąć, iż transseksualizm wyraźnie zaistnieje w niezbyt odległej przyszłości w sporcie wyczynowym, a jego terapia przyczyni się do powstania „fantazyjnych” pomysłów terapeutycznych.

W tym kontekście szczególnie kłopotliwe jest pytanie o kontrolę antydopingową u osób po zabiegu „zmiany płci” stosujących leczenie hormonalne. Jak powinny być u nich interpretowane obecne przyjęte normy? Czy w ten sposób nie otwiera się pole do ewentualnych nadużyć, których podstawą będzie oczywiście leczenie choroby?

Autor jest endokrynologiem i kierownikiem Katedry Medycyny Sportu AWF we Wrocławiu.

• **Ile powinien zarabiać polski lekarz?** Ustawowego zagwarantowania minimalnych pensji dla lekarzy: 5 tys. zł brutto dla lekarza bez specjalizacji i 7,5 tys. zł dla specjalisty – żądają lekarze ze Śląskiej Izby Lekarskiej. „Jesteśmy w przededniu katastrofy. Za chlebem ze Śląska wyjechało już prawie 14 proc. zatrudnionych tu anestezjologów i ponad 10 proc. radiologów” – alarmuje dr Maciej Hamankiewicz. • **Koszyk za rok.** Koszyk świadczeń gwarantowanych ma być gotowy na początku 2007 r. – deklaruje minister zdrowia prof. Zbigniew Religa. „Nie możemy dalej żyć w zakładaniu i obłudzie, i mówić, że w systemie opieki zdrowotnej jest za mało pieniędzy, ale wszystko się należy” – powiedział minister. • **Eksperyment z RUM-em.** Rejestr Usług Medycznych (RUM) zostanie eksperymentalnie wprowadzony w Wielkopolsce „nim jeszcze śnieg nie stopnieje” – deklaruje prezes NFZ Jerzy Miller. Tymczasem nadal trzy spośród 19 zgłoszonych przez Porozumienie Zielonogórskie postulatów są negatywnie oceniane przez Fundusz. • **Dotowanie dłużników z kieszeni podatników.** Minister zdrowia prof. Zbigniew Religa jest za umorzeniem pożyczek z budżetu państwa dla zadłużonych publicznych ZOZ-ów. • **Po co nam tyle tomografów PET?** Nowa ekipa w Ministerstwie Zdrowia wycofała się z pomysłu kupienia 10 tomografów PET. Watpliwe, czy tyle nowoczesnego i drogiego sprzętu jest w Polsce potrzebne. Ile rzeczywście takich urządzeń potrzeba oceni wkrótce Agencja Oceny Technologii Medycznych. • **Złodzieje szczepionek.** Z jednej z kieleckich przychodni nieznani sprawcy ukradli... szczepionki przeciwko grypie, WZW, śwince i odrze. Łupem złodziei padło także pół litra spirytusu używanego przy iniekcjach oraz gumowe rękawice, igły i strzykawki. • **10 zł za wizytę u dentysty.** Celnicy i strażnicy graniczni zlikwidowali w miejscowości Nowe Czaple nielegalny gabinet dentystyczny, prowadzony przez dwóch obywateli Ukrainy. Mimo że nie dysponowali specjalistycznym sprzętem dentystycznym, waciki trzymali w wiaderku, a narzędzia sterylizowali w garnuszku, mieszkańcy Nowych Czapli chwalili sobie usługi ukraińskich „dentystów” (wizyta kosztowała 10-20 zł). • **„Bo nie jest ważna wielkość”** – mówi dyrektor mazowieckiego oddziału NFZ Andrzej Jacyna. Co ma na myśli? Recepty. W specjalnym komunikacie uspokaja lekarzy i aptekarzy, że „nie będą kwestionowane recepty

ciąg dalszy na str. 31

Doktor Morozow

Konrad Rękas

W walce z wszechogarniającą korupcją brak sukcesów
nadrabiany jest nadmierną spektakularnością.

Kreatorzy rzeczywistości z szeregów Centralnego Biura Śledczego znakomicie wiedzą, że news pt. „Lekarz łapówkarz schwytany na lotnisku” brzmi lepiej niż informacja o człowieku, któremu prokuratura stawia zarzut przyjmowania korzyści majątkowych. Jest to technika głęboko przemyślana – zwalnia praktycznie policję i prokuraturę od połowy pracy. Po co udowadniać winę – przecież wszyscy widzieli delikwenta skutego, eskortowanego przez faceatów w czarnych kominiarkach – słowem ewidentnego przestępcę. W całym tym przedstawieniu umyka pytanie – dlaczego lekarza z Chełma aresztowano z rozmachem godnym Ala Capone, skoro raczej trudno podejrzewać go o próbę ucieczki przez Bug na dmuchanym materacu? Wyjaśnieniem jest „artykuł” umieszczony na stronach internetowych Komendy Wojewódzkiej Policji w Lublinie. Niestety, media potraktowały ten policyjny donos jako tzw. gotowiec, nie wnikając w to, dlaczego policja zamiast rutynowego rzetelnego komunikatu podrzuca im pseudodziennikarską informację na temat zarzutów stawianych człowiekowi i zebranego materiału dowodowego.

Mądre miny robione dziś przez prokuratorów sugerują, że odnieśli oni sukces, łapiąc grubą rybę skorumpowanego światka medycznego. Tyle, że w oskarżeniach wobec znanego ortopedy trudno znaleźć elementarną spójność. Przywołanie wydarzeń sprzed trzech lat, pacjenci podający krańcowo różne „stawki” za wykonanie tych samych czynności, dodana na okrasę (i ewidentnie dla podniesienia wagi zarzutów) kwota żądanych 10 tys. zł za przyjęcie na oddział – wszystko to razem łagodnie mówiąc nie trzyma się kupy. Wyjaśnieniem dziennikarskiej prowokacji CBS wydaje się być powtarzany namiętnie komunikat, wzywający do zgłaszania się ewentualnych donosicieli, podkreślający, że kablowanie na innych zwalnia od od-

powiedzialności. Po to właśnie ortopedę aresztowano niczym Bin Ladena. Zatrzymania nie dokonano dlatego, że udało się zebrać niepodważalne dowody, ale po to, by wątpliwy materiał dowodowy wzmocnić kolejnymi zeznaniami osób skuszonych przez wielkie kryminalne show.

Nie ma usprawiedliwienia dla korupcji. Jednocześnie jednak tylko ludzkie ślepi nie rozumieją jej przyczyn w służbie zdrowia. Pierwszą są zenująco niskie zarobki lekarzy. Drugą – powszechność tego obyczaju. W szpitalach dawało się „od zawsze” i wszystkim – od salowej po ordynatorów. Rezygnacja z „dowodów wdzięczności” wydaje się nieprawdopodobna zarówno lekarzom, jak i pacjentom, którzy po prostu czuli się niepewnie, idąc do specjalisty bez koperty. Należy też uważać, by lekarstwo nie stało się dotkliwsze od choroby. Nasi lekarze i pielęgniarki potrafią znakomicie odnaleźć się w zachodnioeuropejskich szpitalach, gdzie nie biorą łapówek, bo zarabiają godziwe pieniądze. I kto nas będzie leczył, gdy wyjedzie ostatni doktor? Panowie z CBS, czy puszczać się prokuratorzy? Co więcej, wzywanie do donosicielstwa jako symbolu obywatelskiej uczciwości jest zwykłym psuciem państwa. Wyniesiony znowu na pomniki Pawła Morozow (sowiecki chłopiec uznany za bohatera za to, że doniósł na swojego ojca) nie jest chyba właściwym patronem dla rodzącej się IV Rzeczypospolitej. Chyba, że ma ona być krajem, w którym sąsiad chowa się przed sąsiadem i nikt nie może czuć się bezpieczny, bo komuś innemu może spodobać się jego dom, samochód czy żona. To droga bez odwrotu i nie wierzymy fałszywym moralistom, którzy głoszą, że można skazać 9 niewinnych, by dopaść jednego przestępcę. Jest dokładnie odwrotnie, o czym łatwo przekonamy się, gdy będziemy jednym z tej dziewiątki...

„Tygodnik Chełmski” nr 49/2005



Komitet Inicjatywy Ustawodawczej
projektu ustawy o zasadach finansowania doskonalenia zawodowego lekarzy i lekarzy dentystów oraz o zmianie niektórych ustaw

WYKAZ OBYWATELI, KTÓRZY UDZIELAJĄ POPARCIA PROJEKTOWI USTAWY O ZASADACH FINANSOWANIA DOSKONALENIA ZAWODOWEGO LEKARZY I LEKARZY DENTYSTÓW ORAZ O ZMIANIE NIEKTÓRYCH USTAW

Lp.	Imię (imiona) i nazwisko	Adres zamieszkania (miejscowość, ulica, nr domu, nr lokalu)	Numer ewidencyjny PESEL	Podpis
1	2	3	4	5
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				

Ustawa z dnia

o zasadach finansowania doskonalenia zawodowego lekarzy i lekarzy dentystów oraz o zmianie niektórych ustaw

Art. 1.

Lekarz, lekarz dentysta realizując obowiązek doskonalenia zawodowego wynikający z art. 18 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty (Dz. U. z 2002 r. Nr 21, poz. 204 i Nr 76, poz. 691, Nr 152, poz. 1266 i Nr 153, poz. 1271, z 2003 r. Nr 90, poz. 845 oraz z 2004 r. Nr 92, poz. 882 i 885, Nr 173, poz. 1808 i Nr 210, poz. 2135) ma prawo do:

- 1) finansowania z budżetu państwa szkolenia specjalizacyjnego odbywanego na podstawie umowy o pracę na czas określony w celu doskonalenia zawodowego, obejmującego realizację programu specjalizacji, zawartej z podmiotem prowadzącym specjalizację, zwanego dalej „rezydenturą”;
- 2) 14 dni w roku kalendarzowym wolnych od udzielania świadczeń zdrowotnych w celu doskonalenia zawodowego, z zastrzeżeniem art. 3;
- 3) zmniejszenia podstawy opodatkowania o koszty wydatków poniesionych na doskonalenie zawodowe.

Art. 2.

1. Wydatki na specjalizację lekarzy i lekarzy dentystów pokrywane są odpowiednio:

- 1) z budżetu państwa, z części, której dysponentem jest minister właściwy do spraw zdrowia – w zakresie finansowania rezydentur, Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego, Centrum Egzaminów Medycznych i zadań określonych w przepisach, o których mowa w art. 16 ust. 2 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty;
 - 2) z budżetu państwa, z części, której dysponentem jest wojewoda – w zakresie finansowania działalności centrów zdrowia publicznego i konsultantów wojewódzkich, działających na podstawie odrębnych przepisów;
 - 3) z budżetu państwa, z części, której dysponentem jest Minister Obrony Narodowej – w odniesieniu do lekarzy i lekarzy dentystów będących żołnierzami w czynnej służbie wojskowej lub zatrudnionych w zakładach opieki zdrowotnej tworzonych przez Ministra Obrony Narodowej.
2. Liczba miejsc szkoleniowych w ramach rezydentury w danym roku budżetowym powinna odpowiadać liczbie lekarzy, lekarzy dentystów, którzy kończą staż podyplomowy w danym roku budżetowym.
3. Liczba, o której mowa w ust. 2, może zostać ograniczona jedynie w przypadku niezapewnienia warunków organizacyjnych i merytorycznych, umożliwiających realizację programu specjalizacji określonej liczbie lekarzy, lekarzy dentystów, przez podmioty prowadzące specjalizację w poszczególnych dziedzinach medycyny.

Art. 3.

1. Lekarz, lekarz dentysta pozostający w stosunku pracy ma prawo do corocznego, płatnego 14-dniowego urlopu szkoleniowego w celu doskonalenia zawodowego, innego niż szkolenie specjalizacyjne.
2. Lekarz, lekarz dentysta udzielający świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych na podstawie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej zawartej z Narodowym Funduszem Zdrowia lub będący podwykonawcą w ramach takiej umowy ma prawo do 14 dni wolnych od udzielania świadczeń z zachowaniem prawa do wynagrodzenia w celu doskonalenia zawodowego.

Art. 4.

W ustawie z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty w art. 16 po ust. 1 dodaje się ust. 1a i 1b w brzmieniu:

„1a. Lekarz, lekarz dentysta odbywa specjalizację w ramach umowy o pracę zawartej z podmiotem prowadzącym specjalizację na czas określony w celu doskonalenia zawodowego, obejmującego realizację programu specjalizacji, zwanej dalej «rezydenturą».

1b. Lekarz, lekarz dentysta na swój wniosek może odbywać specjalizację w ramach:

- 1) umowy o pracę zawartej z podmiotem prowadzącym specjalizację lub pełnienia służby na stanowisku służbowym w tym podmiocie, albo

2) poszerzenia, o program specjalizacji, zajęć programowych studiów doktoranckich odbywanych w podmiocie prowadzącym specjalizację, w którego skład wchodzi jednostka organizacyjna prowadząca specjalizację i w ramach udzielonego urlopu szkoleniowego lub urlopu bezpłatnego, jeżeli uczestnik studiów doktoranckich pozostaje w stosunku pracy, a po ich ukończeniu, w trybie określonym w pkt 1, albo

3) płatnych urlopów szkoleniowych udzielanych przez jednostkę organizacyjną, inną niż prowadząca specjalizację, z którą lekarz, lekarz dentysta ma podpisaną umowę o pracę, na czas niezbędny do zrealizowania programu specjalizacji, albo

4) umowy cywilnoprawnej o szkolenie specjalizacyjne, zawartej z jednostką organizacyjną prowadzącą specjalizację.”

Art. 5.

W ustawie z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. Nr 210, poz. 2135) w art. 136 po pkt 5 dodaje się pkt 5a w brzmieniu:

„5a) zasady wynagradzania świadczeniodawców, będących lekarzami lub lekarzami dentystami, w okresie nieudzielania świadczeń opieki zdrowotnej w związku z realizacją obowiązku doskonalenia zawodowego, o którym mowa w art. 18 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty (Dz. U. z 2002 r. Nr 21, poz. 204, z późn. zm.);”.

Art. 6.

W ustawie z dnia 26 lipca 1991 r. o podatku dochodowym od osób fizycznych (Dz. U. z 2000 r. Nr 14, poz. 176, Nr 60, poz. 703, Nr 70, poz. 816, Nr 104, poz. 1104, Nr 117, poz. 1228 i Nr 122, poz. 1324, z 2001 r. Nr 4, poz. 27, Nr 8, poz. 64, Nr 52, poz. 539, Nr 73, poz. 764, Nr 74, poz. 784, Nr 88, poz. 961, Nr 89, poz. 968, Nr 102, poz. 1117, Nr 106, poz. 1150, Nr 110, poz. 1190, Nr 125, poz. 1363 i 1370 i Nr 134, poz. 1509, z 2002 r. Nr 19, poz. 199, Nr 25, poz. 253, Nr 74, poz. 676, Nr 78, poz. 715, Nr 89, poz. 804, Nr 135, poz. 1146, Nr 141, poz. 1182, Nr 169, poz. 1384, Nr 181, poz. 1515, Nr 200, poz. 1679 i Nr 240, poz. 2058, z 2003 r. Nr 7, poz. 79, Nr 45, poz. 391, Nr 65, poz. 595, Nr 84, poz. 774, Nr 90, poz. 844, Nr 96, poz. 874, Nr 122, poz. 1143, Nr 135, poz. 1268, Nr 137, poz. 1302, Nr 166, poz. 1608, Nr 202, poz. 1956, Nr 222, poz. 2201, Nr 232, poz. 2217 i Nr 228, poz. 2255 oraz z 2004 r. Nr 29, poz. 257, Nr 54, poz. 535, Nr 93, poz. 894, Nr 99, poz. 1001, Nr 109, poz. 1163, Nr 116, poz. 1203, 1205 i 1207, Nr 120, poz. 1252, Nr 123, poz. 1291, Nr 162, poz. 1691, Nr 210, poz. 2135, Nr 263, poz. 2619 i Nr 281, poz. 2779 i 2781) w art. 26 wprowadza się następujące zmiany:

1) w ust. 1 po pkt 10 dodaje się pkt 11 w brzmieniu:

„11) wydatków poniesionych w roku podatkowym przez podatnika wykonującego zawód lekarza lub lekarza dentysty na realizację obowiązku doskonalenia zawodowego, o którym mowa w art. 18 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty (Dz. U. z 2002 r. Nr 21, poz. 204, z późn. zm.);”;

2) po ust. 7h dodaje się ust. 7i – 7j w brzmieniu:

„7i. Za wydatki, o których mowa w ust. 1 pkt 11, uważa się wydatki poniesione na:

- 1) odpłatne doskonalenie zawodowe,
- 2) zakup wydawnictw fachowych, bezpośrednio związanych z wykonywaniem zawodu,
- 3) dojazd do miejsca odbywania kształcenia, położonego poza miejscowością stałego lub czasowego zamieszkania podatnika,
- 4) nocleg w hotelu lub innym obiekcie świadczącym usługi hotelarskie, położonym poza miejscowością stałego lub czasowego zamieszkania podatnika.

7j. Wydatki na cele wymienione w ust. 7i pkt 3 ustala się na podstawie ceny biletu na dojazd środkami transportu autobusowego lub kolejowego, a w razie dojazdu samochodem osobowym – na podstawie kosztów przejazdu w wysokości stanowiącej iloczyn przejechanych kilometrów przez stawkę za jeden kilometr przebiegu w wysokości ustalonej zgodnie z przepisami wydanymi na podstawie art. 77⁵ § 2 Kodeksu pracy.”.

Art. 7.

Ustawa wchodzi w życie z dniem 1 stycznia 2006 r.

Koszyk w przyszłym roku?

Opracowanie koszyka świadczeń gwarantowanych będzie w 2006 r. najważniejszym zadaniem resortu zdrowia.

Minister zdrowia Zbigniew Religa podkreślił, że koszyk świadczeń gwarantowanych będzie podstawą naprawy systemu ochrony zdrowia. „Nie możemy żyć dalej w zakłamaniu i obłudzie. Niestety, w społecznym odbiorze wszyscy mówią, że jest mało pieniędzy, ale mówią również, że wszystko im się należy” – argumentował minister podczas dyskusji w Domu Dziennikarza w Warszawie.

Drugim zadaniem resortu jest opracowanie ustawy o ratownictwie medycznym. Według ministra zdrowia, istniejąca ustawa powinna być zmieniona, a finansowanie ratownictwa z budżetu państwa powinno rozpocząć się od 2007 r.

Trzecim zadaniem resortu na 2006 r. jest wprowadzenie Rejestru Usług Medycznych. Wprowadzanie RUM-u rozpocznie się od województwa wielkopolskiego, które jest najlepiej przygotowane do tego zadania. (ms)

Plastikowa karta NFZ

Od 1 grudnia 2005 r. NFZ wydaje karty, które uprawniają do korzystania z publicznej opieki zdrowotnej w krajach Unii Europejskiej.

Taka karta zastępuje papierowy formularz E-111. Z taką kartą lekarz pracujący w publicznym szpitalu bądź przychodni przyjmuje chorych na tych samych zasadach co obywateli swojego kraju. Nie oznacza to jednak prawa do bezpłatnego leczenia, bo na przykład we Francji za każdą wizytę się płaci, a tylko część kosztów leków jest zwracana. Polak, który trafi do lekarza we Francji, otrzyma zwrot takich samych pieniędzy, jakie są zwracane Francuzom. Karta ubezpieczenia zdrowotnego gwarantuje Polakom, że nie będą traktowani gorzej niż obywatele danego kraju. Jednak w większości krajów UE służba zdrowia nie jest bezpłatna.

Na polskich kartach są tylko podstawowe dane takie jak: imię, nazwisko, data urodzenia, PESEL, numer identyfikacyjny instytucji, która wydała kartę, numer identyfikacyjny karty, data ważności karty.

EKUZ nie jest dowodem ubezpieczenia w Narodowym Funduszu Zdrowia uprawniającym do świadczeń zdrowotnych na terytorium Polski. Oznacza to, że osoba ubezpieczona w NFZ może posługiwać się kartami wyłącznie w innych państwach członkowskich.

Niektóre kraje unijne, na przykład Czechy, wykorzystują te karty do zapisywania na nich w formie elektronicznej informacji o wszystkich wizytach u lekarza czy kupnie refundowanych leków. W Polsce jest to niemożliwe. Nie ma nawet odpowiedniego rejestru, w którym zbierane byłyby wszystkie informacje o pacjentach.

Karty obowiązują od 2006 r. Osoby, które wyjeżdżały za granicę na przełomie roku, dostały i formularz, i kartę. Karty będą wydawane na dłuższy okres niż formularze. Większość z nich będzie ważna przez dwa miesiące, ale emeryci mogą otrzymać karty ważne rok. Podobnie osoby, które wyjeżdżają za granicę do pracy. Gdy udowodnią, że przez cały czas pobytu będą ubezpieczone, mogą otrzymać kartę nawet na pięć lat. Informację, w których krajach Unii służba zdrowia jest bezpłatna, a gdzie trzeba do niej dopłacać, można znaleźć na stronie internetowej www.nfz.gov.pl/ue.

„Rzeczpospolita”

Październik 2006

Stypendia w bawarskich klinikach

Przewodnicząca fundacji HILFE FUER POLEN pani Wiltrud Wessel, w porozumieniu z rządem Bawarii, Bawarską Izbą Lekarską, Konsulatem Generalnym RP w Monachium i Wielkopolską Izbą Lekarską w Poznaniu, informuje o rozpoczęciu rekrutacji na kolejną edycję pobytów stypendialnych w okresie 2-27 października 2006 r., na terenie Monachium i w okolicy. Stypendia są przeznaczone dla lekarzy w wieku do 40 lat, posiadających pewne doświadczenie zawodowe. Preferowani są kandydaci spoza ośrodków akademickich. Niezbędna jest dobra znajomość języka niemieckiego.

Formularze zgłoszeniowe dostępne są w siedzibie Wielkopolskiej Izby Lekarskiej. Termin składania wniosków upływa 28 lutego 2006 r. Szczegółowe informacje można uzyskać w siedzibie Fundacji, tel. 0049 89 8573597, e-mail: wiltrud.wessel@web.de

Piotr Dylewicz – Wielkopolska Izba Lekarska

@sculap.pl

Goniec Medyczny

ciąg dalszy ze str. 29

nie trzymające norm w zakresie wielkości”. A my odpowiadamy: wielkość jest ważna (przynajmniej dla uzbrojonych w linijki niektórych kontrolerów NFZ), gdyż decyduje o niej ustawa, a nie oświadczenia pana dyrektora.

• **Co zrobić z drugą połówką leku?**

NFZ chce ściślej nadzorować sposób realizacji umów na chemioterapię i inne metody leczenia z użyciem drogich leków. „Postulat NFZ, by zużywać 100% leków, jest nierealny. Często mam ampułkę leku, ale tylko pół mogę dać pacjentowi. Co mam zrobić z drugą połówką, jeśli mogę go użyć tylko w ciągu 24 godzin?” – pyta tymczasem dyrektor Centrum Onkologii w Warszawie prof. Marek Nowacki.

• **Polacy chcą odszkodowania od firmy Merck&Co.**

Na ponad 19 mln zł zadośćuczynienia od amerykańskiego koncernu farmaceutycznego Merck&Co (producenta wycofanego leku Vioxx) opiewają pozwy złożone w Sądzie Okręgowym w Poznaniu.

• **Co łączy polskich dentystów i tanie linie lotnicze.**

Dzięki tanim liniom lotniczym Austriacy, Niemcy i Duńczycy korzystają z usług dentystów, chirurgów plastycznych i centrów odnowy biologicznej zlokalizowanych w Polsce – pisze „Financial Times”. W 2005 r. polskie lotniska odnotowały 30-proc. wzrost liczby pasażerów.

• **Wyjechali za chlebem.** Po 1 maja 2004 r. pracę w innych krajach członkowskich Unii znalazło... 450 000 Polaków. Najwięcej Polaków znalazło pracę w Niemczech i Wlk. Brytanii – po 21 proc. spośród tych, którzy pracowali za granicą.

• **Tłumy szwedzkich pacjentów w kolejce do polskich dentystów.** Kolejki do polskich dentystów nie mają końca, telefony się urywają, a pacjenci przyjeżdżają z całego kraju. Gdzie? Do „polskiej kliniki” w Sztokholmie. Zęby można tu leczyć o połowę taniej niż w innych miejscach Szwecji.

Poza tym lekarze przyjmują także wieczorami i w weekendy, czego nie robią ich szwedzcy koledzy.

• **Prywatne jest piękne?** „We Francji 90 proc. osób wykupiło dodatkowe ubezpieczenia prywatne, a 40 proc. tamtejszych łóżek szpitalnych jest w szpitalach prywatnych.” – poinformował dr Adam Kozierkiewicz na inauguracyjnym spotkaniu Dziennikarskiej Akademii Zdrowia i Medycyny.

• **Jeszcze większy Instytut.** Minister zdrowia prof. Zbigniew Religa zapowiada rozbudowę Instytutu Kardiologii im. Stefana Kardynała Wyszyńskiego w Warszawie.

• **Otwarcie CPWDCN w Gliwicach.** W Instytucie Onkologii w Gliwicach

ciąg dalszy na str. 37



Rozpowszechniany wcześniej wizerunek niemieckiego lekarza jako półboga w białym kitlu, w nowiuteńkim porsche na tle willi już nie przystaje do rzeczywistości.

Półbogowie na barykadach

Marek Stankiewicz

Przez ostatni tydzień listopada ub. roku w czołowej uniwersyteckiej klinice świata, berlińskiej Charité, załatwiano tylko nagłe zachorowania i wypadki.

70 procent spośród 2 300 lekarzy w 128 klinikach przyłączyło się do strajku. Kibicowało im ponad 8 tys. studentów. Lekarze na ulicach w białych kitlach, z niebieskimi balonikami, ochraniani przez policję, strajkujący o pieniądze – tego jeszcze w Niemczech nie widziano. Berlińscy lekarze są dumni ze swojego strajku. Podobnie jak ich koledzy z 20 innych klinik akademickich z Kolonii, Bonn, Essen, Moguncji, Ulm, Heidelbergu, Erlangen, Monachium, Regensburga, Rostoku i Lipska.

„Im więcej pracy, tym mniej pieniędzy – tak dalej być nie może” – wyjaśnia prof. Jörg-Dietrich Hoppe, przewodniczący Niemieckiej Federalnej Izby Lekarskiej. Strajk w berlińskiej klinice Charité to oznaka uzasadnionej wściekłości wielu lekarek i lekarzy na wyśrubowane wymagania i pogarszające się warunki pracy w niemieckich szpitalach. Niemiecka Izba Lekarska stanowczo poparła ten protest. „Solidaryzujemy się z naszymi koleżankami i kolegami. W samej tylko Charité uzbierało się ponad 85 tys. niezapłaconych nadgodzin lekarskich. Lekarze są u kresu wytrzymałości, trzeba wreszcie skończyć z tym wyzyskiem” – oświadczył prof. Hoppe.

W międzynarodowych rankingach płacowych niemieccy lekarze szpitalni plasują się w dolnych partiach skali dochodów osobistych. „Das Bild” ujawnił, że lekarz w szpitalu zarabia zaledwie 14 euro za godzinę, podczas gdy elektryk dwukrotnie więcej. 33-letni asystent na chirurgii Frank Unter-

hauser, kawaler z doktoratem, od pięciu lat pracuje w klinice. W ciągu tygodnia staje do 12-15 operacji. Zarabia brutto 3 190 euro, po odliczeniach zostaje mu 1 800 euro za 70 godz. pracy tygodniowo. W szwajcarskim kantonie Lucerna od jutra zarobiłby dwa razy tyle. Tymczasem jego rówieśnik 36-letni elektryk Michael Wenk, po zawodowce, pracuje samodzielnie i za 70 godz. tygodniowo zarabia 2,5-3 tys. euro netto.

Podobno gorzej płacą lekarzom tylko w Portugalii, nie wspominając Polski. Dodajmy jednak, że starszy asystent (Oberarzt), w zależności od liczby godzin, zarabia średnio 80-120 tys. euro, a szef oddziału lub kliniki 150-250 tys. rocznie. W Holandii można to śmiało pomnożyć przez dwa, a w Norwegii przez trzy.

Na mocy umowy koalicyjnej pomiędzy chadecją i socjaldemokracją rząd federalny zawiesił na rok wprowadzenie w życie europejskiej dyrektywy nakazującej zaliczenie gotowości do pracy do czasu pracy. To ostatecznie przelało czarę goryczy – zauważa Alexandra Coumbos, specjalista ginekologii i położnictwa. Tym bardziej, że w klinikach prywatnego koncernu szpitalnego Helios gotowość do pracy jest już od 1 stycznia 2006 r. czasem pracy m.in. w berlińskich klinikach w Buch i Zehlendorf.

W berlińskiej Charité na jednego lekarza przypadają średnio dwie nadgodziny dziennie. Badania dowodzą, że po całodobowym dyżurze sprawność chirurga porównywalna jest ze zręcz-

nością jegomościa, w którego krwi stwierdzono 1% alkoholu. „Po 24 godzinach nieprzerwanego dyżuru każdy pacjent, który przychodzi do ciebie, to twój wróg. Żaden pacjent nie chciałby, aby lekarz podchodził do niego z takim nastawieniem” – ostrzega znany dziennikarz telewizji NDR Adrian Feuerbacher. Szef berlińskiej izby lekarskiej Günther Jonitz mówi wręcz o zmierzchu atrakcyjności zawodu lekarza. Blisko 20% lekarzy cierpi na zespół wypalenia.

„Tak długo jak lekarze będą bronić się przed utratą swoich dochodów i zawieszeniem prawa pracy, tak długo mogą liczyć na poparcie całego środowiska lekarskiego” – podkreślił Hoppe.

Zdaniem prof. Hoppe, lekarze chcą jedynie wyrównać straty, jakie w ostatnich latach zafundowali im politycy i szpitale. „My chcemy nie 30% więcej, lecz 30%, aby dojść do tego, co mieliśmy wcześniej” – wyjaśniał profesor.

„Większość ludzi nie wie, że w ostatnim dziesięcioleciu lekarzom w szpitalach zabrano 7% wynagrodzenia, podczas gdy inni dostali 6% więcej. Gratyfikację na Boże Narodzenie (Weinachtgeld) też obcięto, a to jest kolejne siedem procent. Obecnie lekarze zamiast 38,5 godzin mają pracować 42 godziny – a więc jeszcze raz 9%. I to jest właśnie te 30 procent, których się domagamy” – wyjaśnia Frank Ulrich Montgomery, szef Margurber Bund (MB), największego w Europie związku lekarzy szpitalnych (95 tys. członków) w wywiadzie dla „Tagesschau”. W skali całego kraju oznacza to 50 milionów nadgodzin, za co 146 tys. lekarzy nie dostanie ani centa.

„Chcemy po prostu, aby naszą pracę uznawano” – mówi bez zbytniego patosu młody lekarz w zielonym kitlu. Jedna trzecia lekarskiej młodzieży kieruje się do pracy w Austrii i Szwajcarii oraz Szwecji, Norwegii, Wielkiej Brytanii, gdzie czekają na nich przyzwoite zarobki i dobre warunki pracy. Obecnie w całej Republice Federalnej jest blisko 100 tys. prywatnych praktyk. Już dziś 190 praktyk stoi pustych, z tego 70 specjalistycznych. Szacuje się, w nadchodzącym roku 6 tys. czynnych lekarzy zwróci swoje pozwolenia i licencje. Młodego narybku prawie nie widać – martwi się Andreas Köhler ze Zjednoczenia Lekarzy Kas Chorych (KBV). Coraz wię-

cej młodych ludzi przerywa studia lekarskie. Blisko połowa absolwentów nawet nie rozpoczyna wykonywania zawodu. Lekarz z dyplomem na tak-sówce to w Berlinie już nie egzotyka, ani nie wyjątek. „Masowy odlot białych kitli” – „Lekarze na manowcach” – donosił przed świętami wpływowy „Der Spiegel”.

Rozpowszechniany wcześniej wizerunek niemieckiego lekarza jako półboga w bieli, w nowiuteńkim porsche na tle willi na wyspie Sylt już nie przystaje do rzeczywistości.

W Niemczech wolno lekarzom strajkować tylko wtedy, kiedy wezwie ich do tego związek zawodowy. Nie wolno strajkować lekarzom, którzy są urzędnikami.

Reakcje ludności i polityków na strajk niemieckich lekarzy były niespodziewanie pozytywne. Nastroje postrajkowe wśród lekarzy wcale tymczasem nie słabną. Dr Frank Ulrich Montgomery ostrzegł kanclerza Angelę Merkel przed „doprowadzeniem lekarskiej złości do wrzenia” i wycofania się ze skandalicznej polityki niestosowania prawa.

Na 13 grudnia Marburger Bund zapowiedziało eskalację strajków w szpitalach komunalnych. W referendum za strajkiem opowiedziało się 98,7% lekarzy, aby – jak czytamy w komunikacie prasowym Marburger Bund – „złamać arogancki opór pracodawców”.

To miał być pierwszy prawdziwy strajk lekarski w tym stuleciu. „Mam wrażenie, że pracodawcy świadomie grają na czas. Ale nie damy się już dłużej zwodzić” – zapowiadał niczym bokser przed walką dr Frank Montgomery w artykule wstępnym do grudniowego numeru „Marburger Bund Zeitung”. Władza szybko zwarła szeregi i sąd landowy w Kolonii zakazał przeprowadzenia strajku, a Montgomeremu zagroził grzywną 250 tys. euro z ewentualną zamianą na areszt. Szef związku lekarskiego odwołał się od wyroku i złożył skargę na sędziego zarzucając mu tendencyjność, niekompetencję i stronniczość.

Tymczasem na 18 stycznia Zrzeszenie Lekarzy Indywidualnie Praktykujących (Hartmannbund) zaplanowało zjazd lekarzy i potężną demonstrację w Berlinie.

W artykule wykorzystano doniesienia agencyjne DPA i informacje z „Deutsche Ärzteblatt” i „Tagesspiegel Online”.

Postępy pneumonologii

Tadeusz M. Zielonka

Podczas odbywającego się w 2004 r. Zjazdu PTChP w Łodzi powstała Polsko-Ukraińska Grupa Robocza Polskiego Towarzystwa Chorób Płuc.

Przewodniczącym został prof. Janusz Kowalski, wielki orędownik idei współpracy polsko-ukraińskiej. Ze strony ukraińskiej przewodniczy grupie prof. Tatiana Serebrowska, fizjopatolog z Instytutu Fizjologii im. Bogomolca w Kijowie. W trakcie spotkania założycielskiego grupy postanowiono rozszerzyć współpracę o nowe formy działania.

Dopiero dwa miesiące później wybuchła pomarańczowa rewolucja i świat wstrzymał oddech pełen podziwu dla determinacji ukra-

ińskiego umiłowania wolności i demokracji. Warto podkreślić, że polsko-ukraińskie współdziałanie w dziedzinie pneumonologii nie rozwinęło się na fali mody na Ukrainę, lecz wyrosło z potrzeby serca. Warszawsko-Otwociski Oddział PTChP postanowił ufundować stypendia dla młodych lekarzy z Ukrainy, umożliwiające im poznanie polskiej pneumonologii. Byliśmy zgodni, że mamy do spłacenia dług, jaki wielu z nas zaciągnęło podczas pobytów na stażach we Francji, Niemczech, Wielkiej Bryta-

nii, USA itp. Mogliśmy tam pojechać dzięki wsparciu finansowemu ze strony krajów zachodnich. Czujemy wdzięczność za pomoc, nie tylko finansową, lecz również za życzliwość, jaką okazywali nam, młodym lekarzom przybyłym z dalekiego kraju, lekarze w różnych zakątkach świata. Włączając się w łańcuch solidarności kolegów po fachu postanowiliśmy ofiarować lekarzom zza wschodniej granicy nowoczesne kształcenie podyplomowe.

Chcieliśmy, aby te staże spełniły trzy zadania. Przede wszystkim umożliwiły młodym lekarzom poznanie nowoczesnej pneumonologii i zapoznały z polską bazą diagnostyczną i badawczą. Jednak pobyt za granicą służy nie tylko pogłębieniu wiedzy, poszerzeniu horyzontów i wymianie doświadczeń, lecz jest również okazją dla poznania kultury innego narodu, a także możliwością do nawiązania przyjaźni, które owocują współpracą naukową. Dzięki wytrwałości prof. Kowalskiego przygotowaliśmy bogaty program szkolenia w zakresie pneumonologii, a Zarząd oddziału przeznaczył środki na realizację tego pomysłu. Przez cały miesiąc dwie lekarki z Instytutu Gruźlicy w Kijowie: dr Galina Sidun i Ludmiła Kuryk, przebywały w Warszawie poznając zasady pracy w Instytucie Gruźlicy i Chorób Płuc oraz w innych ośrodkach pneumonologicznych na Mazow-

szu. Pobyt w całości opłacony został przez towarzystwo naukowe, które w dobie bezdusznej komercjalizacji życia społecznego stara się pokazywać, że można bezinteresownie wspierać kolegów.

W Łodzi ustalono, że w 2005 r. zorganizowana zostanie kolejna konferencja polsko-ukraińska, tym razem w Kijowie. Kilka miesięcy trwały przygotowania do tego spotkania, ale udało się przygotować bardzo dobry program. Prof. Kowalski zaprosił znakomitych polskich pneumonologów, specjalistów różnych dziedzin. Dzięki staraniom polskiego delegata European Respiratory Society (ERS) doc. Joanny Chorostowskiej-Wynimko II Polsko-Ukraińska Konferencja uzyskała patronat ERS, co bardzo podniosło jej rangę nadając kontaktom dwustronnym charakter międzynarodowy. Towarzystwo zwróciło się także do MSZ, aby włączyło się w przygotowywaną w Kijowie konferencję naukową. W wyniku tych działań konferencję otworzył (po ukraińsku) ambasador RP na Ukrainie Jerzy Kluczkowski, podkreślając znaczenie takich działań dla tworzenia współpracy między naszymi narodami opartej na nowych zasadach. Na czele polskiej delegacji stał prezes Polskiego Towarzystwa Chorób Płuc prof. Jerzy Kozielski ze Śląskiej Akademii Medycznej, który podczas uro-

REKLAMA

REKLAMA

czystego otwarcia przedstawił POChP i plany dalszego współdziałania.

Odbyły się cztery sesje plenarne i jedna plakatowa. Dwie pierwsze dotyczyły doświadczalnej i klinicznej fizjologii oddychania. Prof. Kowalski omówił problem wykorzystania badań czynnościowych w praktyce klinicznej, a doc. Piotr Gutkowski z Centrum Zdrowia Dziecka przedstawił wykonywanie tych badań u małych dzieci.

Strona ukraińska przygotowała kilka wystąpień dotyczących fizjologii oddychania, które pochodziły z Instytutu im. Bogomolca, współorganizatora i gospodarza konferencji. Szczególnie dużym zainteresowaniem cieszy się na Ukrainie problem leczenia chorób układu oddechowego klimatem wysokogórskim i tworzeniem odpowiednich komór dla leczenia chorych w warunkach hipoksji.

Kolejne sesje były poświęcone sprawom klinicznym głównie POChP, gruźlicy i chorobom śródmiąższowym płuc. Przewodniczący Warszawsko-Otwockiego Oddziału PTChP przedstawił epidemiologię chorób układu oddechowego, które powodują blisko 20% zgonów na świecie. Wykład prezentujący nowoczesną wiedzę popartą osobistym doświadczeniem wygłosił prof. J. Koziełski nt. leczenia POChP sterydami. Prof. Z. Zwolska, jako ekspert WHO w dziedzinie prątki, od wielu lat kształci specjalistów z Europy Wschodniej w diagnostyce gruźlicy. Choć pierwszy raz była w Kijowie, to jest osobą znaną i cenioną na Ukrainie. W konferencji uczestniczyła także polska delegatka ERS doc. J. Chorostowska-Wynimko, specjalistka w immunologii klinicznej, która zaprezentowała patogenезę chorób śródmiąższowych płuc. Diagnostykę i leczenie tych

chorób przedstawiła prof. E. Wiatr. Temat ten słabo znany jest na Ukrainie i był przyjęty z dużym zainteresowaniem. Dobrym pomysłem było zaproszenie do uczestnictwa w konferencji firmy produkującej sprzęt do badań czynnościowych układu oddechowego. Polska myśl techniczna była dużym zaskoczeniem dla strony ukraińskiej, która nie była świadoma, że tak nowoczesny i stosunkowo tani sprzęt jest produkowany w Polsce.

Konferencję zakończyło spotkanie polsko-ukraińskiej grupy roboczej, która nakreśliła plany na przyszłość. We wrześniu 2006 r. podczas zjazdu Towarzystwa odbędzie się III polsko-ukraińska konferencja w Opolu, a IV w Doniecku. Doc. P. Gutkowski otrzymał zaproszenie na konferencję do Tarnopola, aby przedstawić tam wykład o badaniach nadreaktywności oskrzeli. Kontynuowane będą staże młodych lekarzy ukraińskich w Polsce. Planowane jest podjęcie wspólnych projektów badawczych.

Nie mogliśmy odmówić sobie przyjemności nocnego spaceru na Majdan, miejsca, które do dziś ma szczególną atmosferę. Spacer po Kijowie uświadomił nam, że pomimo smutnej historii, wysadzania w powietrze przez władze sowieckie dziedzictwa narodowego i masowej eksterminacji ludności, miasto szybko się rozwija stając się w pełni europejską stolicą. Pobyt na Ukrainie dobitnie pokazał nam, że w czasach, gdy wszystko można kupić, są jednak wartości bezcenne, a do nich należy szacunek i przyjaźń. Z wielką satysfakcją widzieliśmy, jaką przyjaźnią i szacunkiem obdarzają ukraińscy lekarze prof. Janusza Kowalskiego za pasję, z jaką łączy oba narody.

Autor jest przewodniczącym Warszawsko-Otwockiego Oddziału Polskiego Towarzystwa Chorób Płuc.

REKLAMA

REKLAMA

Huczny jubileusz

25 listopada 2005 r. na warszawskim Zamku Królewskim obchodzono 200-lecie Polskich Towarzystw Lekarskich i 185 lat Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego.

200 lat temu z inicjatywy Jędrzeja Śniadeckiego powstało w Wilnie pierwsze polskie towarzystwo lekarskie. Piętnaście lat później powstało Towarzystwo Lekarskie Warszawskie, drugie na terenie zaboru carskiego. A potem kolejne: w Krakowie, Kaliszu, Lublinie. Pierwsze towarzystwo lekarskie na terenie carskiej Rosji, które powstało na początku XX w. w Sankt Petersburgu, też założyli polscy lekarze. W 1918 r. Polacy stanowili 65% ludności. Wśród lekarzy 40%, a wśród dentystów 60% było narodowości żydowskiej. To utrudniało utworzenie jednego ogólnopolskiego towarzystwa. Aż połowa lekarzy zginęła w czasie II wojny światowej. Tylko w 1940 r. NKWD wymordowało 800 lekarzy, w tym dwustu w Katyniu.

Droga do powstania ogólnopolskiego towarzystwa lekarskiego nie była łatwa – opowiada prezes PTL prof. Jerzy Woy-Wojciechowski, lekarz, humanista i kompozytor. Polskie Towarzystwo Lekarskie założone w 1951 r. jako kontynuacja polskich towarzystw lekarskich z XIX w. tworzonych przez W. Biegańskiego i T. Chałubińskiego liczy dziś ponad 25 tys. lekarzy z całej Polski. Skupieni są w dużych towa-

rzystwach regionalnych, takich jak np. Towarzystwo Lekarskie Warszawskie, Śląskie Towarzystwo Lekarskie, Towarzystwo Lekarskie Krakowskie, Płockie czy Bydgoskie Towarzystwo Lekarskie, a także mniejszych, na szczeblu powiatów lub kilku powiatów. PTL nie poddało się naciskom właścicieli PRL. Organizowano wówczas setki konferencji naukowych i wydano łącznie blisko pół miliona „Zbioru zasad etycznych”, które m.in. otrzymywali absolwenci akademii medycznych. Przez blisko 40 lat PTL konsekwentnie dążyło do reaktywacji samorządu lekarskiego.

Jubileusz 200-lecia był okazją do honorów, odznaczeń i wyróżnień.

Laureatami **Medali „Gloria Medici-nae”** – „za ofiarną służbę ludziom, za najwyższy szacunek dla zdrowia i życia ludzkiego, za sumienne wykonywanie sztuki leczenia, za podtrzymywanie honoru i szlachetnych tradycji stanu lekarskiego, za tworzenie nieprzemijających wartości dla dobra Polskiego Towarzystwa Lekarskiego” za rok 2004 zostali: prof. Zbigniew Chłap – Kraków, dr med. Jan Gliński – Warszawa, dr Marcelli Wróbel – Częstochowa, dr Jan Ornowski – Sosnowiec, prof. Andrzej Kukwa – Warszawa, dr med. Grażyna Rzepcka – Sosnowiec, dr med. Jerzy Dośiak – Katowice, dr med. Krzysztof Brożek – Katowice, prof. Władysław Sulowski – Kraków, prof. Czesław Klyszejko – Bydgoszcz.

Członkostwo honorowe PTL przyznano prof. Wojciechowi Noszczykowi i prof. Tadeuszowi Tolloczce z Warszawy oraz dr. Jackowi Jonkiszo- wi z Krakowa.

Liczne grono lekarzy udekorowano odznaczeniami państwowymi.

Krzyż Oficerski: dr Adam Czarnecki – Warszawa, dr Marian Czepko – Kraków, doc. Marek Gawdziński – Warszawa, dr Olgierd Kossowski – Białsko-Biała, prof. Roman Lorenc – Warszawa-Międzyzlesie, prof. Teresa Pajszczyk-Kieszkiewicz – Łódź, prof. Władysław Pierzchała – Katowice, prof. Czesław Zychowicz – Olsztyn.

Krzyż Kawalerski: dr Stanisław Golba – Katowice, dr Jerzy Karcz – Drezdenko, dr Felicja Łapkiewicz – Warszawa, dr Krystyna Podgór-

ska – Warszawa-Międzyzlesie, prof. Janusz Wasyluk – Warszawa.

Złoty Krzyż Zasługi: dr inż. Marian Baraniecki – Warszawa, dr Franciszek Dudzik – Poznań, dr Stanisław Pius – Częstochowa, dr Jerzy Rzepka – Rzeszów, dr Barbara Siwińska – Śrem.

Srebrny Krzyż Zasługi – dr Andrzej Ignaciuk – Lublin – Warszawa, dr Grażyna Makowska – Warszawa, dr Jacek Pietrzykowski – Warszawa, dr Michał Targowski – Pruszków, dr Beata Zawadowicz – Częstochowa.

Odnaczenie – „Zasłużonemu – Polskie Towarzystwo Lekarskie” przyznano m.in. Joannie i Konstantemu Radziwiłłom, Jerzemu Polańskiemu, Markowi Stankiewiczowi, Andrzejowi Włodarczykowi, Krystynie Wiczorek, Włodzimierzowi Żerańskiemu, Tadeuszowi Plusa, Jerzemu Bidzińskiemu, Janowi Haftkowi, Juliuszowi Kocjanowi, Andrzejowi Ignaciukowi i Georgowi Oskarbskiemu.

Odnaczenie „Bene Meritus” – „Za ofiarną służbę w ochronie zdrowia i życia ludzkiego, za tworzenie nieprzemijających wartości dla dobra społeczeństwa oraz za wybitne zasługi dla Polskiego Towarzystwa Lekarskiego” otrzymał Oddział Polskiego Towarzystwa Lekarskiego w Katowicach oraz kolo PTL w Sosnowcu.

Medalem Augusta Ferdynanda Wolfa odznaczono trzech profesorów warszawskiej Akademii Medycznej: Wojciecha Noszczyka, Janusza Piekarczyka i Jerzego Stelmachów.

Podczas konferencji zaprezentowano książki dr. med. Krzysztofa Brożka „Polskie stowarzyszenia lekarskie 1805-1951”, „Towarzystwo Lekarskie Warszawskie 1820-2005” pod red. prof. Zofii Podgórskiej-Kławe oraz okolicznościowy znaczek pocztowy ze stemplem pierwszego dnia obiegu.

Uroczystość poprowadził Tomasz Stockinger, a uświetnił występ znakomity chór „Vars Cantabile” pod dykcją Edwarda Bogdana i przy akompaniamencie Janusza Tylmana. Chór po raz pierwszy wykonał pieśń „Floreat Res Medica” (Niech rozkwita medycyna), którą skomponował prof. Jerzy Woy-Wojciechowski.

(ms)



Jerzy Woy-Wojciechowski: Droga do powstania ogólnopolskiego towarzystwa lekarskiego nie była łatwa.

FLOREAT RES MEDICA – PIEŚŃ LEKARZY

*Wśród wielu nauk, wybrałem ciebie
Bo dla mnie znaczysz najwięcej
O, medycyno
Szlachetna pani
Myśli me wzięłaś i serce
Salus aegroti suprema lex
mam to w pamięci w każdej chwili życia
Pomagać, leczyć, nadzieję nieść
I w każdym chorym swego brata witać*

Refren rytm poloneza:

FLOREAT RES MEDICA!
Niech żyje, niech rozkwita
i daje zdrowie wszystkim nam!
Niech chroni każde życie
I szczeni nam obficie
WIWAT NASZ LEKARSKI STAN!

*Czas przeznaczony dla naszych bliskich
Zabierasz nam coraz częściej
lecz to ty sprawiasz
Że moje życie
Jest takie twórcze i piękne
Salus aegroti suprema lex
Mam to w pamięci w każdej chwili życia
Współczuć, pomagać, nadzieję nieść
I w każdym chorym swego brata witać*

Słowa: Alicja Woy-Wojciechowska
Muzyka: Jerzy Woy

FLOREAT RES MEDICA!
Niech żyje, niech rozkwita
I daje zdrowie wszystkim nam!
Niech chroni każde życie
I szczeni nam obficie
WIWAT NASZ LEKARSKI STAN!

@sculap.pl

Goniec Medyczny

ciąg dalszy ze str. 31

otwarto Centrum Profilaktyki i Wczesnej Diagnostyki Chorób Nowotworowych (CPWDCN). Placówka ta jest wyposażona m.in. w urządzenie do laserowej mammotomografii. • **Szpitale wygrywają z NFZ!** 19 szpitali i przychodni w Łódzkiem wygrało procesy z NFZ o zwrot pieniędzy za tzw. ponadlimitowe leczenie chorych. • **5 pacjentom usunęli 10 wyrostków robaczkowych.** Podkarpacki Oddział NFZ będzie się domagał od Szpitala Wojewódzkiego w Przemyśle zwrotu ponad 2,2 mln zł z tytułu nieprawidłowości i celowego wprowadzenia w błąd Funduszu. • **Ratownictwo finansowane z budżetu.** Sejmowa Komisja Zdrowia jest za finansowaniem ratownictwa medycznego z budżetu państwa. Wg ministra zdrowia prof. Zbigniewa Religi w budżecie na 2007 r. ma być zagwarantowane 1,2-1,3 mld zł na ratownictwo medyczne. • **Stawki wyższe o całe... 1 procent!** Stawki zaproponowane przez NFZ na przyszły rok śląskim szpitalom będą wyższe aż o... 1-1,5 proc. • **Szansa na niższe ceny leków.** Ceny leków mogą spaść, jeśli

ciąg dalszy na str. 38

Przychodzi lekarz do prawnika



Pytanie lekarza: Kto powinien wydać zaświadczenie oraz kto finansuje koszty wydania zaświadczenia o zdolności do udziału w teście sprawnościowym? Zaświadczenia te są wymagane na studiach o specjalności sportowej oraz do pracy w służbach mundurowych, np. w policji. Czy zaświadczenie może wydać lekarz POZ-u, czy też powinien to być lekarz medycyny pracy lub medycyny sportowej?

Odpowiedź prawnika:

1. Studia o specjalności sportowej są kontynuacją nauki i dlatego finansowanie zaświadczeń koniecznych do

podjęcia studiów pochodzi ze środków publicznych czyli z NFZ-u. Wynika to z treści art. 16 ust. 1 pkt 1 ustawy z 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. nr 210, poz. 2135 z późn. zm.). Zaświadczenie takie zasadniczo może zostać wydane przez lekarza podstawowej opieki zdrowotnej. Jeżeli podczas nauki student ma kontakt z czynnikami szkodliwymi, uciążliwymi lub niebezpiecznymi dla zdrowia, zaświadczenie powinno być wydane przez lekarza medycyny pracy posiadającego kwalifikacje zgodne z przepisami rozporządzenia ministra pracy i polityki społecznej z 30 maja 1996 r. w sprawie przeprowadzania badań lekarskich pracowników, zakresu profilaktycznej opieki zdrowotnej nad pracownikami oraz orzeczeń lekarskich wydawanych do celów przewidzianych w Kodeksie pracy (Dz. U. nr 69, poz. 332, z późn. zm.). Szczegóły tego rodzaju orzecznictwa reguluje rozporządzenie ministra zdrowia i opieki społecznej z 15 września 1997 r. w sprawie badań lekarskich kandydatów do szkół ponadpodstawowych lub wyższych, uczniów tych szkół oraz studentów i uczestników studiów doktoranckich, którzy w trakcie praktycznej nauki zawodu lub studiów są narażeni na działanie czynników szkodliwych, uciążliwych lub niebezpiecznych dla zdrowia, oraz sposobu dokumentowania tych badań (Dz. U. nr 120, poz. 767, zmiana: Dz. U. z 1998 r. nr 58, poz. 374).

Służba medycyny pracy realizuje zadania określone w ustawie m.in. w odniesieniu do kandydatów do szkół wyższych, którzy w trakcie praktycznej nauki zawodu są narażeni na działanie czynników szkodliwych, uciążliwych lub niebezpiecznych dla zdrowia (zgodnie z treścią art. 5 ust. 1 ustawy z 27 czerwca 1997 r. o służbie medycyny pracy, tekst jednolity: Dz. U. z 2004 r. nr 125, poz. 1317). Skierowanie na badania lekarskie wydane przez odpowiednią szkołę wyższą powinno zawierać informacje o czynnikach szkodliwych, uciążliwych lub nie-

bezpiecznych dla zdrowia występujących w miejscach odbywania studiów lub o braku takich czynników.

2. Zaświadczenie o zdolności do udziału w teście sprawnościowym do pracy, np. w policji może zostać wydane przez lekarza podstawowej opieki zdrowotnej. Zaświadczenie tego rodzaju wydawane jest na życzenie świadczeniobiorcy i jest przez niego finansowane, gdyż nie jest związane z żadną z okoliczności wymienionych w art. 16 ust. 1 pkt 1 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Badanie nie jest również finansowane przez pracodawcę, ponieważ nie jest to badanie wstępne osoby przyjmowanej do pracy, o którym mowa w art. 229 § 1 pkt 1 Kodeksu pracy, lecz badanie kandydata do pracy w policji. Zgodnie z treścią art. 16 ust. 1 pkt 1 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych świadczeniobiorcy na podstawie ustawy nie przysługują orzeczenia o zdolności do prowadzenia pojazdów mechanicznych oraz inne orzeczenia i zaświadczenia lekarskie wydawane na życzenie świadczeniobiorcy, jeżeli nie są one związane z dalszym leczeniem, rehabilitacją, niezdolnością do pracy, kontynuowaniem nauki, uczestnictwem dzieci, uczniów, słuchaczy zakładów kształcenia nauczycieli i studentów w zajęciach sportowych i w zorganizowanym wypoczynku, a także jeżeli nie są wydawane dla celów pomocy społecznej lub uzyskania zasiłku pielęgnacyjnego. Szczegółowe zasady prowadzenia postępowania kwalifikacyjnego w stosunku do osób ubiegających się o przyjęcie do służby w policji określa rozporządzenie ministra spraw wewnętrznych i administracji z 19 maja 2005 r. (Dz. U. nr 97, poz. 822), zgodnie z którym ocenę zdolności fizycznej i psychicznej kandydata do służby w policji, w toku postępowania kwalifikacyjnego, przeprowadza komisja lekarska, podległa ministrowi właściwemu do spraw wewnętrznych. Wśród dokumentów składanych przez osobę ubiegającą się o przyjęcie do pracy w policji rozporządzenie nie

@sculap.pl
Goniec Medyczny

ciąg dalszy ze str. 17

Ministerstwo Zdrowia ułatwi import równoległy. Przykłady: w Grecji aspieryna kosztuje ok. 3 zł, w Polsce - ok. 6 zł, Endoxan - cena w Polsce 49 zł, we Francji - niecałe 19 zł. Rocznie na imporcie równoległym leków W. Brytania oszczędza 342 mln euro, Niemcy 194 mln euro, a Szwecja 42 mln euro. • **Federacja za refundacją antykoncepcji.** Federacja na Rzecz Kobiet i Planowania Rodziny zaapelowała do premiera o zobowiązanie ministra zdrowia do podjęcia kroków prawnych, by środki antykoncepcyjne były refundowane. • **Bezpłatnie i anonimowo.** Średnio 15 osób dziennie zgłasza się w Szczecinie na anonimowe badania na obecność HIV. • **Kto oszczędza na profilaktyce?** Mniej niż połowę rocznej puli pieniędzy przeznaczonych w 2005 r. na programy profilaktyki zdrowia wykorzystano w śląskim oddziale NFZ. • **Zapomniana choroba powraca.** Od kilkudziesięciu lat nie było we Wrocławiu kiły wrodzonej u dzieci. Teraz takie przypadki pojawiają się coraz częściej i dotyczą nie tylko kobiet w ciąży i noworodków. „Druzgocący jest fakt, że ostatnio rozpoznano także kiłę nawet u studenta medycyny” - mówi dr Ewa Hołowata-Siwon. • **Zrobić biznes na raku.** „Gazeta Wyborcza” ostrzega przed preparatem Novit, który oferowany jest

wymienia zaświadczenia o zdolności do udziału w teście sprawnościowym. Rozporządzenie to weszło w życie z dniem 1 lipca 2005 r.

opr. Tamara Zimna

Pytanie lekarza: Do szpitala w trybie nagłym trafił 85-letni turysta, obcokrajowiec. Z dokumentów posiadał tylko kartę ubezpieczenia, natomiast paszport i dowód osobisty wraz z rzeczami cudzoziemca zabrali uczestnicy wycieczki. Nikt z rodziny pacjenta nie skontaktował się z nim ani z personelem szpitala. Po zakończeniu leczenia (zgłoszono to dyrekcji ZOZ-u) czekaliśmy na przewiezienie pacjenta transportem sanitarnym do miejsca zamieszkania. O leczeniu oraz transporcie chorego poinformowano konsulat, a po tygodniu również ambasadę kraju, z którego pochodził turysta. Dopiero po trzech tygodniach pacjent został przewieziony do domu.

Komu należy wystawić rachunek za czas oczekiwania na transport? Pacjentowi czy towarzystwu ubezpieczeniowemu, które patronowało wycieczce? Kiedy należy przekazać rachunek? Przed przewiezieniem pacjenta czy też w dniu, w którym pacjent został odwieziony do domu? Czy rachunek można wysłać pocztą?

Odpowiedź prawnika: Na tak postawione pytanie trudno jest udzielić jednoznacznej odpowiedzi. Bardzo istotna jest tu bowiem data wypisu pacjenta ze szpitala – nie podana w pytaniu – w tym dniu następuje zakończenie hospitalizacji.

Zatem, jeżeli wypis pacjenta nastąpił z dniem opuszczenia przez niego szpitala, należy uznać, że zakończenie hospitalizacji nastąpiło właśnie w tym dniu. W takim przypadku szpital nie ma podstaw do obciążenia pacjenta kosztami poby-

tu, gdyż formalnie jest to okres hospitalizacji. Za pobyt, wyżywienie pacjenta przebywającego w szpitalu, w związku z hospitalizacją, placówka nie ma prawa pobierać żadnych opłat. Świadczenia udzielane są na koszt instytucji właściwej ze względu na miejsce pobytu osoby uprawnionej (w Polsce NFZ). Dotyczy to również cudzoziemców nie posiadających obywatelstwa polskiego i członków ich rodzin. Podstawą prawną powyższego zapisu jest art. 2 ust. 2 ustawy z 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2004 r. nr 210, poz. 2135) oraz przepisy o koordynacji systemów zabezpieczenia społecznego.

Jeżeli natomiast cudzoziemiec po wypisaniu ze szpitala, ze względu na swoją sytuację osobistą, nadal w nim przebywa, placówka może ubiegać się o zwrot kosztów za usługi nie związane z leczeniem bezpośrednim od pacjenta. Jednak wystawienie rachunku pacjentowi-cudzoziemcowi może okazać się nieskutecznym sposobem odzyskania kosztów. Szpital nie ma podstawy do wystawienia rachunku towarzystwu ubezpieczeniowemu patronującemu wyjazdowi turystycznemu cudzoziemca, nie jest bowiem ono stroną w stosunku prawnym zaistniałym pomiędzy pacjentem a szpitalem. Roszczenie o zwrot kosztów pobytu w Polsce w stosunku do ubezpieczyciela posiada cudzoziemiec, jednak roszczenie to uwarunkowane jest zapisami zawartej pomiędzy nimi umowy.

W rozwiązaniu przedmiotowego problemu polecam kontakt z Biurem Współpracy Międzynarodowej w Centrali NFZ w Warszawie, ul. Grójecka 186.

opr. Katarzyna Słodka

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

@sculap.pl

Goniec Medyczny

jako lek na raka. W rzeczywistości nie przeszedł nigdy badań klinicznych, a w niektórych przypadkach może zaszkodzić chorym. Chorzy na raka bywają także namawiani do zakupu różnych innych preparatów, między innymi grzybków tybetańskich czy płetw rekina. Rozpowszechniana jest informacja, że prezydent telewizyjny Kamil Durczok wygrał z chorobą dzięki preparatowi Ukrain. On sam stanowczo temu zaprzecza. • **Kontrowersje wokół banków krwi pępowinowej.** „Nie ma żadnych danych wskazujących na celowość tworzenia programu przechowywania w banku własnej krwi pępowinowej. Do tej pory nikt nie udowodnił, że to ma jakikolwiek sens” – twierdzi prof. Wiesław Jędrzejczak z Instytutu Immunologii i Terapii Doświadczalnej PAN. • **Dentyści nie chcą leczyć pacjentów z HIV.** NFZ płaci kilkakrotnie więcej denty stom, którzy podpisali kontrakty na leczenie pacjentów z wirusem HIV czy zapaleniem wątroby. Mimo to brakuje chętnych, bo dentyści boją się utraty innych pacjentów. • **Wolne łóżka na OIOM-ie i pogotowie.** Łódzkie pogotowie zawiozło w nocy chorą z krwakiem mózgu do szpitala w odległej Łęczycy, bo nie wiedziało, że w Łodzi jest wolne miejsce na OIOM-ie w Szpitalu im. Barlickiego. „Wiadomość o wolnym miejscu na OIOM-ie została przekazana izbie przyjęć. Szpital nie ma obowiązku przekazywania na bieżąco takich informacji pogotowiu” – wyjaśnia prof. Wojciech Gaszyński, ordynator Oddziału Klinicznego Anestezjologii i Intensywnej Terapii w Szpitalu im. Barlickiego. • **Psychiatrzy przed sądem.** We Wrocławiu trwa proces 7 psychiatrów i psychologów, którzy są oskarżeni o branie łapówek od przestępców i poborowych. Łącznie prokuratura postawiła lekarzom prawie 20 zarzutów. Wcześniej w tej samej sprawie osiem innych osób poddało się karze i zostało już skazanych. • **ZUS wyrzucił lekarzy i... buduje sobie hotel.** W centrum Zakopanego nie ma już specjalistycznej

dokończenie na str. 44



**Skutecznie zapobiega
niedoborom informacji**

@sculap.pl

www.esculap.pl

DENDRITE

e-zdrowie.com S.A. MDM część Grupy Dendrite International, 02-673 Warszawa, ul. Konstruktorska 11 A, e-mail: info@esculap.pl

potrzebny portal medyczny



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

Zasiłki opiekuńcze

Bogdan Jakubski

Zabezpieczenie socjalne przysługuje pracownikowi nie tylko w razie zachorowania. Jeśli będzie musiał zaopiekować się dzieckiem lub innym członkiem rodziny dostanie także zasiłek opiekuńczy.

Dla celów zasiłkowych pracownik oznacza zatrudnionego na podstawie umowy o pracę, powołania, wyboru, mianowania lub spółdzielczej umowy o pracę.

Prawo do zasiłku opiekuńczego przysługuje bez tzw. okresu wyczekiwania, a regulują je następujące zasady wynikające z ustawy z 25 czerwca 1999 r. o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa (Dz. U nr 60 z 12 lipca 1999 r. z późn. zm.).

I Opieka nad chorym

1. Dziecko do lat 14

- Zasiłek opiekuńczy z tytułu sprawowania opieki nad dzieckiem chorym przysługuje łącznie obojgu rodzicom przez okres 60 dni w roku kalendarzowym nie wyłączając dni wolnych od pracy, **bez względu na liczbę dzieci w rodzinie**.
- Przysługuje on pracownikowi zarówno nad dzieckiem własnym, małżonką, przysposobionym, obcym przyjętym na wychowanie i utrzymanie, jak i dzieckiem wychowywanym w ramach rodziny zastępczej.
- Przysługuje na równi matce, jak i ojcu dziecka, a wypłaca się go tylko temu z rodziców, który wystąpi z wnioskiem o jego wypłatę za dany okres.
- Podstawą do jego wypłaty jest zaświadczenie ZUS ZLA wydane przez lekarza stwierdzającego konieczność opieki.

2. Dziecko powyżej lat 14, małżonek, rodzice, teściowie, dziadkowie, wnuki lub rodzeństwo

- Zasiłek na powyższe osoby przysługuje, jeżeli pozostają z pracownikiem we wspólnym gospodarstwie domowym. Warunek ten uważa się za spełniony także wtedy, gdy pracownik pozostaje we wspólnym gospodarstwie domowym z chorym członkiem rodziny tylko przez okres choroby, np. przyjechał z innej miejscowości w celu sprawowania opieki.
- Zasiłek może obejmować okres 14 dni w roku kalendarzowym nie wyłącza-

jąc dni wolnych od pracy, bez względu na liczbę członków rodziny oraz bez względu na liczbę osób uprawnionych do zasiłku.

- W razie, gdy dotyczy dziecka, przysługuje pracownikowi z tytułu sprawowania opieki nad dzieckiem własnym, małżonką, przysposobionym, obcym przyjętym na wychowanie i utrzymanie oraz wychowywanym w ramach rodziny zastępczej.
- **Zaświadczenie ZUS ZLA o niezdolności do pracy wystawia lekarz stwierdzający konieczność sprawowania opieki.**

II Opieka nad zdrowym

1. Zasiłek opiekuńczy przysługuje nad zdrowym dzieckiem do lat 8 w przypadku:
 - nieprzewidzianego zamknięcia żłobka, przedszkola lub szkoły, do których dziecko uczęszcza, przy czym za nieprzewidziane zamknięcie tych placówek uważa się takie, o którym pracownik został powiadomiony w terminie krótszym niż 7 dni przed dniem ich zamknięcia,
 - porodu lub choroby małżonka pracownika, stale opiekującego się dzieckiem, jeżeli stan zdrowia małżonka uniemożliwia mu sprawowanie opieki,
 - pobytu małżonka pracownika, stale opiekującego się dzieckiem, w zamkniętym zakładzie opieki zdrowotnej.
2. Decyzję o prawie do zasiłku opiekuńczego z tego tytułu, na podstawie zaświadczenia ze żłobka, przedszkola, szkoły, a także lekarza stwierdzającego obłożną chorobę małżonka lub niemożność sprawowania przez niego opieki z powodu pobytu w zamkniętym zakładzie opieki zdrowotnej, **wydać na wniosek pracownika pracodawca.**

Lekarz opiekujący się na stałe dzieckiem, które jest w tym przypadku zdrowe, nie bierze w całym procesie żadnego udziału (regulacje prawne dotyczące tej sprawy znajdują się w Dz. U. nr 16 z roku 1995, poz. 77).

III Zasiłki opiekuńcze na podanych wyżej zasadach przysługują

1. Niezależnie od liczby członków rodziny uprawnionych do pobierania zasiłku oraz liczby członków rodziny wymagających opieki, przez okres nie dłuższy niż 60 dni w roku kalendarzowym. Wykorzystanie części okresu celem opieki nad osobą dorosłą zmniejsza o tę część ogólną pulę 60 dni.
2. Pod warunkiem, że nie ma innych domowników mogących zapewnić opiekę dziecku lub choremu członkowi rodziny.
3. Nie uważa się za domownika mogącego zapewnić opiekę:
 - osoby z orzeczoną całkowitą niezdolnością do pracy,
 - osoby z orzeczoną niezdolnością do samodzielnej egzystencji,
 - osoby chorej,
 - osoby, która ze względu na wiek jest niesprawna psychicznie i fizycznie,
 - osoby prowadzącej gospodarstwo rolne,
 - pracownika odpoczywającego po pracy na nocnej zmianie,
 - osoby nie zobowiązanej do sprawowania opieki.
4. **Matce pracującej, sprawującej opiekę nad chorym dzieckiem do lat 2, zasiłek przysługuje nawet wówczas, gdy są inni domownicy, którzy mogliby się opiekować chorym dzieckiem.**

IV Zasiłek opiekuńczy nie przysługuje

1. Pracownikowi w dniu korzystania z urlopu bezpłatnego, wypoczynkowego i wychowawczego.
2. Osobie prowadzącej działalność gospodarczą oraz zatrudnionym przez nią członkom rodziny jako osobom współpracującym.

V Pracownik traci prawo do zasiłku opiekuńczego

za okres, na który został zwolniony od pracy, jeżeli wykorzystuje to zwolnienie dla innych celów niż dla sprawowania opieki.

Autor, dr n. med., jest głównym lek. orzecznikiem Oddziału ZUS-u w Zielonej Górze.

Kiedy świadczeniodawca pełni funkcję publiczną?

Po przeczytaniu w „Gazecie Lekarskiej” nr 12/2005 artykułu „Przychodzi lekarz do prawnika” opracowanego przez Tamarę Zimną włosy zjeżyły mi się na głowie.

Udzielając odpowiedzi na pytanie dotyczące udzielania świadczeń zdrowotnych przez NZOZ-y Autorka stwierdziła, że tego rodzaju zakłady nie mogą udzielać świadczeń zdrowotnych, jeżeli mają zawarte umowy z NFZ, świadczeniobiorcom pobierając za to opłaty. Argumentacją tej tezy jest przyjęcie przesłanki, że stają się narzędziem realizacji zadań władz publicznych w zakresie sprawowania opieki zdrowotnej.

Rozumiem, że każdy NZOZ w myśl takiego rozumowania staje się swoistym niewolnikiem NFZ. Proszę sobie wyobrazić sytuację, że NFZ kontraktuje w takim zakładzie jedno świadczenie i zakazuje wykonywania innych świadczeń.

Tamara Zimna nie uwzględnia innych aktów prawnych, a przede wszystkim ustawy o zakładach opieki zdrowotnej. W art. 6 ust. 1 tej ustawy sformulowano, że zakład opieki zdrowotnej udziela świadczeń zdrowotnych bezpłatnie, za częściową odpłatnością lub odpłatnie na zasadach określonych w ustawie, w przepisach odrębnych lub w umowie cywilnoprawnej. Użyte w tym kontekście sformułowanie umowy cywilnoprawnej traktuje stosunek usługi zawartej pomiędzy zakładem a pacjentem. Ograniczenie w tym zakresie dotyczące publicznych zakładów opieki zdrowotnej sformułowane jest w art. 33 ust. 1., który nie formułuje zasady opisanej powyżej do umów cywilnoprawnych.

Pragnę zauważyć, że świadczeniodawca w myśl ustawy jest związany umową z NFZ w zakresie określonym w tej umowie, a nie przez sam fakt zawarcia umowy. Przez ten zakres należy rozumieć zakres przedmiotowy i ilościowy określony w umowie.

Fakt cytowania przez autorkę wystąpienia Rzecznika Praw Obywatelskich dotyczącego publicznych zakładów opieki zdrowotnej i rozszerzanie tego wystąpienia na NZOZ-y w świetle cytowanych powyżej zapisów ustawy o ZOZ-ach jest w całości nieuzasadnione, a dla mnie w jej intencjach – niezrozumiałe. Czyżby uważała, że RPO świadomie zawęził konieczność stosowania prawa w RP?

W żadnym zapisie ustawy o świadczeniach zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych nie znalazłem zapisu sankcjonującego tezę przedstawianą przez Autorkę, że fakt związania się umową z NFZ czyni świadczeniodawcę podmiotem pełniącym funkcję publiczną, dlatego że jest udzielającym świadczeń finansowanych ze środków publicznych. Kuriozalne pozostaje stwierdzenie Autorki, że to dlatego świadczeniodawca pełni funkcję publiczną, iż osobie udzielającej świadczeń poza siedzibą świadczeniodawcy ustawodawca przypisał statut funkcjonariusza publicznego. Jeżeli teza prezentowana przez Autorkę byłaby słuszna, to w siedzibie zakładu takim funkcjonariuszem już nie jest, a co za tym idzie nie pełni funkcji publicznej. O ile mi wiadomo genezą tego zapisu było przyznanie ochrony prawnej przysługującej funkcjonariuszowi publicznemu dla pracowników medycznych (pogotowie ratunkowe, lekarze i pielęgniarki podczas wizyt domowych) dla zapewnienia im osobistego bezpieczeństwa z uwagi na narastające przypadki napaści.

Krzysztof Klichowicz

Autor jest dyrektorem Biura Porozumienia Łódzkiego – Łódzki Związek Pracodawców Ochrony Zdrowia, tel. 0-602-359-975

Nie jest prawdą, że w mojej odpowiedzi na pytanie dotyczące odpłatności udzielania świadczeń przez NZOZ-y stwierdziłam, iż sam fakt zawarcia przez NZOZ kontraktu z NFZ skutkuje brakiem możliwości odpłatnego leczenia pacjentów przez tego rodzaju zakłady. W odpowiedzi piszę, że: „niepubliczny zakład opieki zdrowotnej, który ma podpisaną umowę z NFZ nie może realizować zakontraktowanych usług odpłatnie pacjentom, którzy z powodu np. zbyt małych limitów nie mogą mieć realizowanych usług wg skierowania RUM (NFZ).” W opisanej przez autora listu sytuacji, gdy NFZ kontraktuje w NZOZ jedno świadczenie, to tylko to jedno świadczenie jest świadczeniem „zakontraktowanym” i objętym umową z Funduszem i nie można za to świadczenie pobierać opłat od pacjentów. Nie ma więc przeszkód, aby NZOZ pobierał opłaty za inne świadczenia nie zakontraktowane, a więc nie objęte umową. Widać pan Klichowicz źle mnie zrozumiał, gdyż w dalszej części słusznie podnosi, że: „świadczeniodawca w myśl ustawy jest związany umową z NFZ w zakresie określonym w tej umowie”. W pełni się z tym stwierdzeniem zgadzam. Oznacza to, że o możliwości odpłatnego leczenia decyduje zakres zawartej umowy z NFZ. Inaczej rzecz ujmując to, co zakontraktował NFZ, a więc rodzaj i ilość świadczeń zdrowotnych, czas ich udzielania w godzinach od – do, miejsce świadczenia usługi, np. jednostka organizacyjna zakładu, a więc to, co składa się na elementy przedmiotu istotne umowy, nie może być jednocześnie oferowane pacjentom odpłatnie.

W odpowiedzi dlatego odnoszę się do ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, ponieważ przepis art. 6 ust. 1 ustawy o zakładach opieki zdrowotnej formułuje jedynie ogólne zasady działania wszystkich zakładów opieki zdrowotnej, dopuszczając możliwość leczenia bezpłatnie, za częściową odpłatnością lub odpłatnie, lecz zawsze na zasadach określonych w ustawie, w przepisach odrębnych lub w umowie cywilnoprawnej. Odesłanie do innych przepisów i odesłanie do umowy cywilnoprawnej nie jest jednak równorzędne, gdyż swoboda kontraktowa stron umowy cywilnoprawnej podlega ograniczeniu. Należy pamiętać, że NZOZ zawierając umowę z pacjentem może ułożyć stosunek prawny według swego uznania, lecz jego treść lub cel nie mogą być sprzeczne z ustawą, a więc m.in. z ustawą o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (art. 3531 Kodeksu cywilnego).

W odpowiedzi nie piszę również i tego, że ustawa o świadczeniach zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych sankcjonuje pobieranie opłat z uwagi na fakt zawarcia umowy z NFZ i uzyskania statusu świadczeniodawcy. Sankcjonowane przez ustawę jest pobieranie nienależnych opłat od ubezpieczonych za świadczenia objęte umową z Funduszem o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej. Przepis art. 193 pkt. 4 ustawy wcale nie mówi, że sankcjonowane jest pobieranie opłat przez świadczeniodawców związanych umową z Funduszem. To istotna różnica. Reasumując, świadczenia nie objęte umową z Funduszem mogą być przez NZOZ udzielane odpłatnie.

Tamara Zimna

Lekarz – wolny najmita

Zygmunt Wiśniewski



Zawód lekarza był od początku wykształcenia się tego stanu, czyli „zawsze”, zawodem wolnym.

Było to tak oczywiste, że nie pisa-
no na ten temat. Nie było potrze-
by uzasadnień. Lekarze prakty-
kowali prywatnie i to była wiodąca, z
wyjątkami tzw. posad, forma uprawia-
nia zawodu. Posady w urzędach, admi-
nistracji, wojsku i na kolei pojawiły się
na przełomie XIX i XX w. Pozostawa-
ły jednak ciągle wyjątkami, a te wyjąt-
ki nie burzyły jeszcze odwiecznego po-
rządku rzeczy.

Było tak, jak opisuje A. Munthe w
„Księdze z San Michele”: przyjechał
do Paryża, osiedlił się i zaczął praktykę
prywatną. Tak było nie tylko we Fran-
cji, ale w całej Europie, również na zie-
miach polskich pozostających pod trze-
ma zaborami. Sytuacja zmieniła się, kie-
dy w latach osiemdziesiątych XIX w.
w Prusach i całych Niemczech, dzie-
więćdziesiątych w Austrii wprowadzo-
no kasy chorych (Krankenkas). Wraz
z powstaniem kas chorych pojawiła się
instytucja, która stanęła między leka-
rzem a pacjentem i zaproponowała od-
płatne pośrednictwo. Dla pacjenta była
to oferta i pośrednictwa, i zabezpiecze-
nia na wypadek choroby. Dla lekarza był
to na ogół, a chyba nawet zawsze, dyk-
tat ekonomiczny.

Zjawisko zderzenia lekarzy z nowym
podmiotem (kasami chorych) z niezwy-
kłą ostrością wystąpi w Polsce niepod-
ległej w połowie lat dwudziestych XX
w. Kasy chorych, wprowadzone usta-
wą z 1920 r., postawiły przed lekarza-
mi pytanie: czy można uprawiać wolny
zawód w sytuacji zależności od jedne-
go pracodawcy, który w dodatku dyktuje
warunki ekonomiczne. Nie tylko dyktu-
je te warunki, ale degraduje ekonomicz-
nie lekarzy, proponując im stawki nie-
porównywalne z honorariami otrzymy-
wanymi na wolnym rynku.

I wtedy właśnie, a więc w latach 1923-
1925 polska prasa lekarska podjęła pro-
blem „wolnego zawodu lekarza”.

Zaczęło się od postulatów należne-
go statusu lekarzy w samych kasach
chorych.

W roku 1923 dowiadujemy się z „No-
win Lekarskich”: „Z chwilą, kiedy na zie-
miach województw poznańskiego i po-
morskiego powstaje instytucja, która nosi
miano «Okręgowy Związek Kas Chorych
w Poznaniu», świat lekarski powinien się
zastanowić, czy (...) pomyślano o należ-
nym stanowisku, jakie lekarz zajmować
winien w obradach tej instytucji.”

Pytanie było bardzo zasadne, bo sta-
tut kas chorych wprowadzony przez Mi-
nisterstwo Pracy i Opieki Społecznej 1
października 1922 r. pomijał milczeni-
em sprawę wpływu świata lekarskie-
go, a więc także organizacji reprezen-
tujących lekarzy, na lecznictwo w ka-
sach chorych. A „świat lekarski”, mimo
że podzielony dawnymi granicami za-
borczymi i tradycją, miał już swoją re-
prezentację w postaci Związku Lekarzy
Państwa Polskiego i powołanych usta-
wą z 1921 r., a więc organizujących się
izb lekarskich. Miał też swoje przed-
stawicielstwo we władzach – Minister-
stwo Zdrowia Publicznego – powoła-
ne w roku 1918 u zarania państwa pol-
skiego. Przeciek prasowy z ówczesne-
go czasu mówił, że Ministerstwo Pracy
i Opieki Społecznej wprowadziło statut
kas chorych bez konsultacji i bez wie-
dzy Ministerstwa Zdrowia. Nie zadba-
no więc od początku o reprezentację i
wpływy lekarzy i ich organizacji we
władzach kas chorych.

Izby lekarskie, co prawda, już istniały,
ale nie zdążyły jeszcze umocnić swojej
pozycji w stosunkach z władzami i pod-
miotami lepiej osadzonymi na gruncie
służby zdrowia. Dlatego Naczelna Izba
Lekarska publicznie przyznawała ZLPP
prymat w sprawach ekonomicznych, so-
bie rezerwując głos decydujący w spra-
wach pozycji społeczno-zawodowej le-
karzy oraz w kwestii deontologii.

Do roku 1926 izby lekarskie okrzepły
na tyle, że zwołano w pierwszych dniach
maja zjazd międzyizbowy. To określenie
„międzyizbowy” jest znamienne, ponie-
waż podkreśla faktyczną autonomię po-
szczególnych okręgowych izb lekar-

skich. Ustawa o izbach lekarskich z 1921
r. określała rolę koordynującą Naczelnej
Izby Lekarskiej, nie dając jej z mocy pra-
wa upoważnienia do reprezentowania
przed władzami całego stanu lekarskie-
go. Zjazd międzyizbowy wypełniał m.in.
tę lukę prawną podejmując uchwały, któ-
re akceptowali przedstawiciele wszystkich
okręgowych izb lekarskich.

Zjazd ten w przeważającej części zaj-
mował się kwestią stosunków lekarzy z
kasami chorych. W relacjach ze zjazdu,
drukowanych w trzech wiodących cza-
sopismach lekarskich:

„Lekarzu Polskim”, „Nowinach Lekar-
skich” i „Polskiej Gazecie Lekarskiej”,
znalazł wyraz stan pewnej bezradności
wobec wprowadzenia kas chorych i dyk-
tatu, jaki uprawia ta nowa instytucja.

Objęcie leczeniem kasowym przewa-
żającej części społeczeństwa mieszkają-
cego w miastach zmniejszyło kilkakrot-
nie możliwości uprawiania praktyki pry-
watnej. Część delegatów forsowała więc
uchwałę, w której izby opowiedziały-
by się za wprowadzeniem „górnej gra-
nicy zarobku, ponad który upada przy-
mus ubezpieczenia”. Chodziło po pro-
stu o odciążenie lepiej zarabiających
od przymusu płacenia składki zdro-
wotnej ponad szacunkową kwotę 300
zł zarobków. Ci zamożniejsi, odciążeni
od składki ubezpieczeniowej, powinni
– w intencji projektodawców – wrócić
do gabinetów prywatnych.

Wygląda to z perspektywy historycz-
nej na prywatę, ale w połowie lat dwu-
dziestych było wyrazem desperacji spau-
peryzowanych lekarzy. Postulat ten spo-
tkał się oczywiście z wetem przedstawi-
ciela kas chorych, ale i głosy okręgowych
izb lekarskich były podzielone. Przedsta-
wiciele Krakowa i Poznania argumento-
wali, „że zamożniejsi pacjenci więcej ob-
ciążają kasy, ponieważ ich wymagania
są stosunkowo wyższe niż wpłacane
składki”. Przedstawiciel kas chorych
przestrzegał, że „zmniejszenie wpły-
wów całym ciężarem legnie na lecznic-
twie, a zwłaszcza na pensjach lekarzy.”

Skończyło się na nieśmiałym postulatcie określenia kwoty 300 zł jako górnego zarobku, powyżej którego nie obowiązują składka ubezpieczeniowa.

Jednolitym głosem przemówili przedstawiciele izb lekarskich w sprawie miejsca lekarzy we władzach kas chorych. Zjazd uchwalił, podjęty wcześniej przez ZLPP i prasę lekarską, postulat „znacznego wpływu lekarzy” w zarządach kas chorych. Odtąd przez NIL będzie forsowana kwestia powołania naczelnego lekarza kas chorych i prawnie umocowanych lekarzy kas wszystkich szczebli.

Najważniejszy głos zjazdu międzyizbowego zawarty jest w uchwale stwierdzającej, że „tylko wolny wybór lekarza może zadowolnić ubezpieczonego, dlatego też kasy chorych winny dać możliwość ubezpieczonemu leczenia się u wszystkich lekarzy zamieszkałych w danym okręgu”.

Postulat wolnego wyboru lekarza stał się i minimum, i maksimum tego, o co mogli wtedy zabiegać ludzie wolnego do niedawna stanu lekarskiego, którzy stali się „wolnymi”, ale „najmitemi”.

Sprawa reprezentacji lekarzy we władzach kas chorych oraz wolnego wyboru lekarza będzie przez kilka najbliższych lat obecna w publicystyce prasy lekarskiej aż po lata 1930-1933, kiedy zmienione ustawodawstwo spełni te postulaty.

Wspomniana publikacja z „Nowin Lekarskich” postuluje: „Lecznictwo musi mieć stałego swojego reprezentanta lekarza w zarządzie kas. Tak jak zarząd kas nie chce powierzyć swych kapitałów człowiekowi, który nie wie, co to są pojęcia «debet» i «kredyt», tak też Związek Lekarzy nie może powierzyć spraw dotyczących lecznictwa ludziom, (...) których uważać przecież w danej gałęzi wiedzy nie możemy. (...) Żądamy, aby w skład Związku Kas Chorych wchodził bezwarunkowo lekarz, który nosić będzie miano naczelnego lekarza kas chorych”.

Dla pełnej jasności trzeba dodać, że statut przewidywał jedynie udział przedstawicieli lekarzy w komisji Pojednawczej Związku Kas Chorych.

W tym miejscu jesteśmy jeszcze przy postulatcie szczegółowym, ale zbliżamy się już do sprawy „podległego” czy „wolnego” zawodu lekarza. Izby lekarskie dopiero powstawały, dlatego reprezentantem lekarzy był Związek Lekarzy Państwa Polskiego, którym kierował poznański profesor Adam Karwowski. Związek stał się organizacją masową, która niebawem w woj. poznańskim skupiać będzie 90 proc. lekarzy.

Opinię prof. Karwowskiego z roku 1925 cytowałem w grudniowym odcinku. Ten poznański lekarz ponownie wystąpił przed lekarzami warszawskimi w roku 1927, tym razem ze stwierdzeniami i postulatami idącymi znacznie dalej.

W swoim wystąpieniu, opublikowanym przez „Wiadomości Społeczno-Lekarskie” (zmieniony tytuł wcześniejszych „Wiadomości Lekarskich”), stwierdził, że u progu niepodległości lekarze „stanowili zupełnie nieskoordynowaną masę o zupełnie odmiennych tradycjach zawodowych i społecznych, nie mówiąc już o nieszczęsnych różnicach politycznych zapatrywań. (...) W ten chaos uderzyła jak grom ustawa o kasach chorych, którą koledzy z byłego zaboru rosyjskiego, zupełnie nie obeznani z tą instytucją, przyjęli dość obojętnie, nie przeczuwając jak ciężko zaważy na ich losie, koledzy zaś małopolscy, a przede wszystkim wielkopolscy i pomorscy z całą świadomością jej doniosłości.”

Prof. Karwowski sformułował postulaty, za którymi opowiada się Związek Lekarzy Państwa Polskiego. Po stwierdzeniu, że konflikt między lekarzami a kasami chorych miał tło moralne, materialne i polityczne – scharakteryzował sytuację z roku 1922. Jej istotę widział w tym, że **wcześniej stan lekarski był niezawisły, a lekarze praktykowali w swoich gabinetach jako lekarze domowi**. Wprowadzenie masowego leczenia ambulatoryjnego podważyło zaufanie między lekarzem a jego pacjentem, a system kas chorych przy-

czynił się do pauperyzacji stanu lekarskiego, którą dodatkowo pogłębił kryzys gospodarczy i walutowy.

Nie wszystkie stwierdzenia Adama Karwowskiego z 1927 r. mają równy ciężar gatunkowy, ale kolejne na pewno ma wymiar historyczny. „**Lekarz, świadcząc leczenie za pomocą kas chorych, stał się pracownikiem najemnym.**” W podobnej roli umieścił lekarzy zatrudnionych na posadach państwowych lub samorządowych.

Prasa lekarska szukała niekiedy rozwiązań nie zawsze przemyślanych. Atakowano np. tzw. ambulatoria, czyli przychodnie, które upowszechniły się zwłaszcza w Polsce centralnej i wschodniej. Przecistawiano im tradycje gabinetów prywatnych, w których możliwe jest nawiązanie trwałych kontaktów lekarza z pacjentem.

Historycy problematyki społeczno-lekarskiej tamtego okresu konkludują, że lekarze zatrudnieni w kasach chorych zostali poddani podobnym procedurom jak inni pracownicy najemni. Praktyka ta zaprzeczała regule znanej pod nazwą „wolnego zawodu lekarza.”

Część tej problematyki ma wymiar wyłącznie historyczny. Nieprzemijającą wartość zachowały sformułowane wtedy postulaty:

- pozostawienia spraw leczniczych w rękach lekarzy;
- ograniczenia ingerencji administracji w sprawy lecznictwa,
- niczym nie ograniczonego wolnego wyboru lekarza.



Uroczyste otwarcie Kliniki Chirurgii i II Kliniki Chorób Wewnętrznych USB na Antokolu. Siedzą od prawej: prof. Kornel Michejda, prof. Aleksander Januszkiewicz, gen. Edward Rydz-Śmigły, za którym stoi płk Szczepan Ordyłowski. W tylnym rzędzie, na tle drzwi wejściowych stoją prof. Michał Reicher i dr Józef Tymiński (obok), zdjęcie ze zbiorów prof. Witolda Tymińskiego („Dzieje nauczania medycyny na ziemiach polskich. Pod red. Mariusza M. Żydowo. Polska Akademia Umiejętności. Rozprawy Wydziału Lekarskiego. Tom I. Kraków 2001).

dokńczenie ze str. 39

przychodni zdrowia, z której korzystało wielu mieszkańców miasta i okolic. ZUS na drodze sądowej odebrał budynek należący do starostwa i chce w nim urządzić luksusowy hotel dla swoich pracowników. • **Polska w czołowie.** Polska znajduje się w czołowie państw Unii pod względem liczby osób zabitych na drogach. Rocznie w naszym kraju ginie w wypadkach drogowych ponad 5000 osób. • **Bez wykształcenia ani rusz.** Tylko nieco ponad 4 proc. osób niepełnosprawnych w Polsce ma wykształcenie wyższe, a niespełna 23 proc. – policealne i średnie zawodowe. Osoby niepełnosprawne powinny mieć większe możliwości rehabilitacji zawodowej – stwierdzili uczestnicy konferencji w Warszawie.

Goniec Medyczny jest elektronicznym biuletynem informacyjnym, wysyłanym bezpłatnie raz w tygodniu na ponad 120 000 kont poczty elektronicznej polskich lekarzy i innych pracowników medycznych, zarejestrowanych w portalu Esculap.pl. Esculap.pl to portal medyczny, zawierający pełne teksty artykułów z kilkunastu polskich czasopism medycznych, bazę leków Pharmindeks, giełdę pracy dla lekarzy oraz giełdę używanego sprzętu medycznego i podręczników. Współpracujemy z kilkunastoma towarzystwami naukowymi i uczelniami medycznymi oraz największymi polskimi wydawnictwami. Dostęp do wszystkich materiałów w portalu jest bezpłatny i wymaga jednorazowej rejestracji. Dodatkowo istnieje możliwość błyskawicznego założenia własnego konta poczty elektronicznej i strony WWW.

Serdecznie zapraszamy.

lek. Jarosław Kosiaty
redaktor naczelny portalu Esculap.pl
Dendrite International
www.esculap.pl
e-mail: jkosiaty@esculap.pl

Wielkopolska

Mekka dla biegaczy

24 września ub. r. rozegrano VIII Mistrzostwa Polski Lekarzy w Półmaratonie.

Na malowniczej 21-kilometrowej trasie z Ostrowa Lednickiego do Gniezna rywalizowało 27 lekarzy, w tym 2 kobiety. Mistrzynią Polski została Joanna Bestrzyńska przed Marią Pańczak, obie z Wielkopolski.

Tytuł Mistrza Polski obronił Paweł Paliga z Głogowa, wicemistrzem został Paweł Kmiecik z Poznania, a trzeci był Tarasij Ostrowierch z Hajnówki.



Joanna Pobiedzińska cieszy się ze zwycięstwa w maratonie.

16 października ub. roku 2300 zawodników ruszyło ulicami Poznania, aby pokonać 42 kilometry i 195 metrów. Z klasycznym maratońskim dystansem postanowiło zmierzyć się również 59 lekarzy, którzy walczyli o trofea IV Mistrzostw Polski Lekarzy w Maratonie.

Wśród medyków wystartowały trzy dzielne panie. Mistrzynią Polski została Joanna Pobiedzińska z Wrocławia, przed Joanną Bestrzyńską z podpoznańskich Gądek i 66-letnią Marią Pańczak z Poznania. Tytuł Mistrza Polski pojechał do Lublina za sprawą Jacka Baćmaga, który po ten tytuł sięgnął już po raz trzeci. Wicemistrzostwo przypadło Pawłowi Palidze z Głogowa, trzecie miejsce zajął Dariusz Łabudzki z Sandomierza.

Na lekarzy, oprócz okazałego medalu Maratonu Poznań, czekał również atrakcyjny medal Mistrzostw Polski Lekarzy ufundowany przez Naczelną Izbę Lekarską oraz liczne puchary i nagrody, które zapewniła Wielkopolska Izba Lekarska – główny organizator mistrzostw.

Wojciech Łącki

sport@gazetalekarska.pl

Informujemy, że 25.11.2005 r. na posiedzeniu Okręgowej Rady Lekarskiej w Łodzi powołano **Motocyklowy Klub Lekarzy „DoctoRRiders®”** przy Okręgowej Izbie Lekarskiej w Łodzi.

Wszystkich zainteresowanych przystąpieniem do Klubu informujemy, że zgłoszenie można przysyłać drogą e-mailową na adres: ela.sadura@hipokrates.org oraz pocztą: **OIL, 93-005 Łódź, ul. Czerwona 3**, z dopiskiem – *Klub Motocyklowy*. Bliższe informacje w biurze **OIL**, **Elżbieta Sadura**, tel. **0-42-683-17-91** lub na stronie: www.oil.lodz.pl

II Ogólnopolski Motocyklowy Zlot Lekarzy „DoctoRRiders®”

odbędzie się we **wrześniu 2006 r. w Pabianicach**. Szczegółowe informacje podamy w najbliższym czasie.



REKLAMA

REKLAMA

Młodzi artyści zagrali dla chorych na SM

W stołecznej Filharmonii Narodowej odbył się XIII Nadzwyczajny Koncert Charytatywny na rzecz Polskiego Towarzystwa Stwardnienia Rozsianego (PTSR).

Celem koncertu było wsparcie finansowe działań statutowych Towarzystwa. Udało się zebrać 15 tys. zł.

Koncert wykonali uczniowie z Zespołu Szkół Muzycznych im. Karola Szymanowskiego pod batutą wybitnego dyrygenta Rubena Silvy. Poprowadzili (charytatywnie) Anna Maria Jopek i Marcin Kydryński.

Sytuacja chorych na SM w Polsce jest dramatyczna. Pozostajemy jedynym krajem w Europie, który nie ma programu kompleksowej pomocy osobom cierpiącym na tę chorobę, a leczenie tego schorzenia nie jest w jednolity sposób finansowane ze środków publicznych. W Polsce na stwardnienie rozsiane cierpi ok. 60 tys. osób, a tylko 1% z nich ma dostęp do standardowego leczenia. Nadzieją na poprawę sytuacji jest wdrożenie przez Ministerstwo Zdrowia Narodowego Programu Leczenia Chorych na SM, który PTSR złożyło w Ministerstwie w lipcu ub. roku. Ministerstwo Zdrowia nie przedstawiło dotychczas oficjalnego stanowiska w sprawie programu.

sylvia.kowalczyk@primum.pl



Anna Maria Jopek i Marcin Kydryński

Lekarz senior w kolejce do lekarza

4 listopada 2005. W siedzibie DIL przy ul. Matejki we Wrocławiu kończy się zebranie lekarzy seniorów. Uczestnicy powoli wychodzą. Do stołu prezydialnego podchodzi niepewnym krokiem jedna z koleżanek. Opiera się na lasce, jest nieco przygarbiona, ale nade wszystko ma w oczach wyraźny niepokój. Na twarzy maluje się bezradność. – Co mam robić? – zwraca się do siedzących jeszcze za stołem prezydialnym. – Mam szybko postępującą zaćmę, coraz gorzej widzę – kontynuuje cichym niepewnym głosem. Wyznaczono mi termin operacji za 10 miesięcy. Wtedy już zupełnie nie dojdę na zabieg, bo praktycznie jestem sama. Słyszę te słowa i kojarzę. Wszak jeszcze pamiętam ją jako dzielną energiczną lekarzkę. (...)

Ten obrazek przypomina mi własne obserwacje. Sam często biegam ze swoimi chorobami „po służbie zdrowia”. Teraz na własnej skórze odczuwam uciążliwość nie tylko podupadającego zdrowia, ale także niedoskonałość tej służby, w której tkwiłem przez dziesiątki lat. Wychwytyuję i poważam każdy gest ze strony młodszych kolegów. W tej nowej sytuacji lekarza emeryta jest dla mnie pociecha, że jeszcze należę do korporacji o tak długiej tradycji solidarności w niesieniu pomocy nie tylko chorym, ale również kolegom.

W czasie pobytu w Afryce zdarzało się, że zmuszony byłem korzystać z pomocy lekarzy w Europie. W klinice kardiologicznej w Brukseli zrobiono mi drogie, jak na owe czasy, badania, za które już zapłaciłem. Profesor Belg dowiedziawszy się, że jestem profesorem z Kinszasy natychmiast polecił zwrot wpłaconych pieniędzy. (...)

Na pewno sytuacja materialna lekarza kończącego pracę zawodową na Zachodzie jest bez porównania lepsza aniżeli u nas. Dlatego u nas każdy gest życzliwości i bezinteresowności w stosunkach „lekarz i lekarz pacjent” jest potwierdzeniem naszej solidarności.

Aktualnie służba zdrowia, z której zmuszeni jesteśmy korzystać, opiera się nie tylko na lekarzu, ale istnieje nie zawsze jej przychylna administracja. To ona, w myśl zarządzeń, decyduje o terminach wizyt i ona decyduje o owych nieszczęsnych kolejkach. Czy lekarze potrzebujący pomocy lekarskiej, badania, zabiegu, operacji nie mogą mieć prawa do pewnych względów? Trudne pytanie! Przez dziesiątki lat upokarzano lekarzy niskimi zarobkami niewspółmiernymi do wkładu pracy i zdrowia. Nadal nie wyrównano tamtych niesprawiedliwości. (...)

Wydaje się, że mamy prawo upominać się o pewne ułatwienia, mamy prawo ująć się za „członkami naszej lekarskiej rodziny”. Zwłaszcza w ostatnim okresie słowo „solidarność” odnawiano przy każdej okazji debat i dyskusji politycznych. (...)

prof. dr hab. Wacław Kornaszewski

„Medium” 12 (185)

Wydział Lekarski AM we Wrocławiu, rocznik 1971

Spotkanie koleżeńskie z okazji XXXV rocznicy ukończenia AM we Wrocławiu w dn. **12-14.05.2006 r.** Polanica Zdrój, hotel „NASZ DOM”, ul. Cicha 1. Opłata od osoby (absolwenta/osoby towarzyszącej): nocleg z 12/13.05. + ognisko – 150 zł, ognisko i bankiet (bez noclegów) – 200 zł, nocleg z 13/14.05. + bankiet – 250 zł, nocleg z 12/13/14.05. + bankiet + ognisko – 350 zł. Wpłaty na konto Dolnośląskiej Izby Lekarskiej we Wrocławiu: 17 1540 1030 2001 7753 6075 0001 do 31.03.2006 r. z dopiskiem „Zjazd Koleżeński 1971”. Panie prosimy o podanie nazwiska obecnego oraz z okresu studiów. Informacje: **Patrycja Malec**, tel. **0-71-79-88-068**, e-mail: **patrycja.malec@dilnet.wroc.pl**. Za Komitet Organizacyjny **Wanda Man-Widerska**

Wydział Lekarski AM we Wrocławiu, rocznik 1985

Spotkanie koleżeńskie z okazji XX rocznicy ukończenia AM we Wrocławiu w dn. **26-28.05.2006 r.** Polanica Zdrój, hotel „NASZ DOM”, ul. Cicha 1. Opłata od osoby (absolwenta/osoby towarzyszącej): nocleg z 26/27.06. + ognisko – 150 zł, ognisko i bankiet (bez noclegów) – 200 zł, nocleg z 27/28.06. + bankiet – 250 zł, nocleg z 26/27/28.06. + bankiet + ognisko – 350 zł. Wpłaty na konto Dolnośląskiej Izby Lekarskiej we Wrocławiu: 17 1540 1030 2001 7753 6075 0001 do 31.03.2006 r., z dopiskiem „Zjazd Koleżeński 1985”. Panie prosimy o podanie nazwiska obecnego oraz z okresu studiów. Informacje: **Patrycja Malec**, tel. **0-71-79-88-068**, e-mail: **patrycja.malec@dilnet.wroc.pl**. Za Komitet Organizacyjny **Sławomir Kramarz, Dorota Radziszewska**

Absolwenci AM we Wrocławiu, rocznik 1964

V Zjazd odbędzie się **20.05.2006 r.** we Wrocławiu, hotel „Rezydent”, ul. Różyckiego 7. Opłata 150 zł od osoby (nie obejmuje opłaty hotelowej). Wpłata do 28.02.2006 r. na konto: BOŚ S.A. O/Wrocław nr 17-1540103020017753-6075-0001, z dopiskiem „Absolwent 1964”. Informacje: **Nina Lach-Jaworska, 51-335 Wrocław, ul. Słoneczna 28, tel. 0-71-333-72-15** oraz **Barbara Żukowska, 51-171 Wrocław, ul. Czajkowskiego 65 A/1, tel. 0-71-785-64-19, kom. 0-603-468-994**.

Wydział Lekarski PAM, rocznik 1967-1973

Kolejny zjazd rocznika w dn. **9-11.06.2006 r.**, hotel „Rubens”, Łysomice k. Torunia. Zgłoszenia do połowy lutego. Orientacyjny koszt 450 zł. Program i dalsze komunikaty po zgłoszeniu. Za Komitet Organizacyjny: **Jolanta Chmielewska, 87-100 Toruń, ul. Wybickiego 21 b/4, tel. 0-56-655-14-41** i **Romana Kasprzycka-Janowska, 87-100 Toruń, ul. Przy Skarpie 68 c/16a, tel. 0-56-648-40-34**

Abiturienti Wydziału Lekarskiego Oddziału Stomatologicznego AM w Krakowie, rocznik 1976

Z okazji 30 rocznicy ukończenia studiów organizujemy spotkanie koleżeńskie w **maju 2006 r.** Kontakt z organizatorami: **Janina i Wacław Wolińscy, 30-695 Kraków, ul. Rydygiera 19/3, tel. 0-12-657-93-86, e-mail: dent-orto@o2.pl**. O miejscu i terminie spotkania poinformujemy indywidualnie w późniejszym czasie.

Zjazdy koleżeńskie w Internecie

www.absolventus.pl

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

Drodzy Przyjaciele – Absolwenci Wydziału Lekarskiego 1959 r., Oddziału Stomatologicznego 1959 r. i 1958 r.

oraz Wydziału Farmaceutycznego 1959 r. AM w Łodzi

Za cztery lata spotkamy się z naszą Alma Mater na uroczystości **wzniesienia dyplomu lekarza** w 50 rocznicę ukończenia studiów. Przedstawiamy listę kolegów, których miejsca pobytu nie znamy. Serdecznie zapraszamy Was do napisania kilku słów i podania nam swoich adresów. Prosimy także o wiadomości o kolegach, którzy już nie mogą do nas napisać. Z radością czekamy na Wasze listy i z góry serdecznie za nie dziękujemy. Przesyłamy przyjacielski uścisk dłoni. **Komitet Organizacyjny Złotego Jubileuszu.**

Ananicz Bogdan, Antacz Józef, Augustynowicz-Zurawska Halina, Badowska Wojciech, Baranowska Maria, Białożyński Jan, Bigacz Stanisław, Bilenda Wedeker Tadeusz, Bogdańska Zofia, Brzostek Józef, Bujanowski Zdzisław, Bukowski Jan, Bukowski Leszek, Buszkiewicz Leonard, Bystrowski Franciszek, Chrustowska Wanda, Ciechanowski Józef, Dender Eligiusz, Derewla-niuk-Grzegorz Jadwiga, Dęb Henryk, Dłubak Stanisław, Dobrowolski Zbigniew, Doraczyński Marian, Drynda Alojzy, Filipowicz Jan, Gajewski Jeremi, Gadończyk-Tadeusz Wanda, Gardy Tadeusz, Gawełski Jan, Grabowska-Filipowicz Gabriela, Graczyk-Niedworóg Anna, Graczykowska-Weychert Anna, Gregorczyk Józef, Grosman Maria, Gulbicki Stanisław, Guz Henryk, Guzek Tadeusz, Hans Dariusz, Hupało Tadeusz, Hupało Teresa, Jabłoński Juliusz, Jachowski Tadeusz, Jamroz-Rudzińska Maria, Jankowska Barbara, Jankowski Lech, Jankowski Ryszard, Jedlikowski Edward, Jedlikowski Stefan, Juszkowski Jerzy, Kubziński Janusz, Kamiński Edmund, Kanecki Zbigniew, Karp Stanisław, Karpow Jerzy, Kasowska-Wasiak Jadwiga, Katkowski Stanisław, Kępa Włodzimierz, Kieliszczak Zdzisław, Kindykiewicz Leszek, Kłos Jan, Kobylński Edmund, Koszudski Wojciech, Kotyło Władysław, Kowalec Stefan, Kozłowska Czesława, Kozłowski Wojciech, Krawczyk Józef, Krukowski Zdzisław, Krysa Danuta, Krzyżanowski Zygmun, Kupiś Lucjan, Kuwałczyk Michał, Lach Tadeusz, Lachowski Mieczysław, Leoniewski Józef, Linhard-Rzepkowska Halina, Lisiewicz Andrzej, Liwińska-Kaczmarek Halina, Lubasz Ewa, Łasiewicz Witold, Łuczyński Włodzimierz, Mach Kamil, Maciorowski Witold, Majewski Bronisław, Majkowski Franciszek, Malecki Romuald, Markiewicz Kazimierz, Merta Apoloniusz, Michalak-Baranowska Maria, Mischke Janusz, Moczulski Edward, Musiałowicz Janusz, Nacula-Pietrzak Urszula, Niedworak Anna, Niewiadomski Stanisław, Noch Gertruda, Ogowski Edmund, Olechowski Tadeusz, Olejniczak Zacheus, Olszewski Wacław, Organiściak Kazimierz, Pacut Henryk, Pawlak Leszek, Pawlak-Kowalczyk Genowefa, Piesik Kazimierz, Pietryk Stanisław, Piwowar Lesław, Pokora Mieczysław, Pruszczyński Maciej, Reguła Kazimierz, Romanuk Kazimierz, Rutecki Bolesław, Rychlewski Leon, Sibistowicz Teodor, Sierpina Stanisław, Sikora Janusz, Skula Irena, Słowik-Możarska Teresa, Sońda Teresa, Spychalski Edmund, Stawicki Romuald, Stępnia Anna, Strąk Tadeusz, Stróziński Jan, Subocz-Tietaniec Jadwiga, Sucharski Stefan, Sypek Stanisław, Szadao-Balaszkina Krystyna, Szczepny Andrzej, Szostek Wacław, Szulc Kazimierz, Szwengruben Mieczysław, Szymański Grzegorz, Szymański Stanisław, Świątkowski Marian, Techman Józef, Tokarz Stefan, Tomczyk-Czajkowska Bogdana, Torbus Janusz, Tworowski Józef, Tyszkiewicz Romuald, Wiebig-Głowacka Aleksandra, Wachowska-Urbaniowicz, Warczyński Alfred, Wardęcka-Kwiatkowska Anna, Wawelczyk-Winnicka Maria, Weychert Anna, Wierzbicka-Gąsskowska-Anna, Wojciechowska-Lewandowicz Barbara, Wojnicz Mirosława, Wołosiewicz Henryka, Wójcik Władysław, Wójtowicz Zenon, Wórbelska Mirosława, Wyszogrodzki Jacek, Zakrzewska-Chwiłk Elżbieta, Zawadzki Jerzy, Zielińska Elżbieta, Zientara Ryszard, Zochnik Irena, Zuśka Stanisław, Zwoliński Władysław, Zyss Ryszard.

u.bakowska@gazetalekarska.pl

Wolne głosy

(...) Ostatnio dziennikarze, zapewne przy okazji konkursu ofert na świadczenia dla NFZ, zauważyli, że bardzo dużo jednostek publicznej służby zdrowia sporo inwestuje w swoją materię trwałą. A to remontują sale chorych, a to wyposażają laboratoria bądź pracownię diagnostyczne. Wymieniają stary sprzęt na nowy, przygotowują się do wykonywania zabiegów „chirurgii jednego dnia” itd. itp. A wszystko to przy akompaniamencie narzekania na kiepskie kontrakty z NFZ, niedofinansowanie świadczeń, brak zainteresowania i co za tym idzie „wkładu” finansowego organów założycielskich. Ktoś powie „cud”. Niestety tak pięknie nie jest. Zgadza się z tezą, że trzeba podnosić standard świadczeń, zwiększać swoją konkurencyjność na rynku, nie można nie zauważyć „ciemnej” strony tych działań. Niestety, tą stroną jest źródło finansowania wszystkich tych przemian, gdyż gros ich jest sfinansowany z części dochodów publicznych placówek, która nie została wypłacona pracownikom w postaci pensji. Jak zauważył kiedyś mój izbowy kolega, jest to w przypadku szpitala kilka tysięcy złotych rocznie na jednego



zatrudnionego pracownika. Ktoś powie: No dobrze, ale dając te pieniądze pracownikom, zamiast inwestować je w rozwój, szybko zakład by przestał istnieć i ludzie ci pozostaliby bez pracy. I zapewne ten ktoś ma rację. Jest niestety jedno ale. Taki program inwestycyjny powinien być przedstawiony załozdzie i powinny być określone w dającym się przewidzieć czasie korzyści dla pracowników. Tymczasem w większości SPOŻ-ów takich informacji nie ma lub nie są upublicznione, a proces inwestycyjny jest permanentny i nic nie wskazuje, by się miał kiedykolwiek zakończyć. A ludzie, a zwłaszcza lekarze powoli tracą cierpliwość i wybierają pracę na własny rachunek lub wyjeżdżają za granicę. Póki co dyrekcje jeszcze lekceważą to zjawisko, szczególnie w dużych miastach, ale w małych już niektórym zaizrzało w twarz widmo nieczynnych z braku odpowiednio wyszkolonych lekarzy oddziałów, czy też niektórych kosztownych pracowni. I być może już nadszedł czas, by zmienić nieco priorytety i zacząć doceniać swoich lekarzy, bo ci, którzy już wyjechali bądź „wzięli sprawy w swoje ręce”, mogą, po pierwsze, nie chcieć ponownie w takim szpitalu pracować bądź będą naprawdę drodzy. (...)

Krzysztof Ożegowski

„Biuletyn Informacyjny Wlkp.II” 12 (132)

• **4-7.01.2006 r.** Mazurska Szkoła **Ultrasonografii i Ginekologii** zaprasza na kurs: *Ciąża mnoga, echokardiografia płodowa, badanie dopplerowskie w położnictwie*. Informacje: www.usg.pisz.pl, tel. nr 0-504-075-804 od poniedziałku do piątku w godz. 9.00-16.00 lub tel./fax 0-87-423-36-57 – Marlena Boroń.

• **7-14.01.2006 r.** Total English – intensywny kurs **języka angielskiego dla lekarzy**. Informacje: Szkoła Języka Angielskiego EUOLink www.euolink.edu.pl, tel. 0-81-740-88-81

Roztoczańska Szkoła **Ultrasonografii**. Kursy w 2006 r.:

- **22-28.01., 23-29.04.** *Podstawy USG narządów jamy brzusznej, sutka, tarczycy, narządów miednicy mniejszej – Ultrasonografia w gabinecie lekarza rodzinnego*
- **12-18.02., 11-17.06.** *Diagnostyka USG narządu ruchu*
- **19-25.02., 2-8.04.** *Diagnostyka USG w ginekologii i położnictwie*
- **26.02.-4.03., 18-24.06.** *Echokardiografia w kardiologii*
- **19-25.03., 30.04.-6.05.** *Diagnostyka dopplerowska naczyń krwionośnych: szyi, jamy brzusznej, kończyn górnych i dolnych*
- **28.05.-3.06.** *Diagnostyka USG narządów jamy brzusznej*
- **25.06.-1.07.** *Diagnostyka USG narządów położonych powierzchownie: diagnostyka obrazowa sutka, diagnostyka USG tarczycy, węzłów chłonnych i innych narządów szyi*

Informacje i zapisy: www.usg.com.pl, 0-84-638-55-12, 0-84-638-80-90, 0-84-638-80-91

Mazowiecka Szkoła **Ultrasonografii**. Kursy praktyczno-teoretyczne w 2006 r.

- **26-28.01.** *Echokardiografia płodowa*
- **9-11.02.** *Ultrasonografia w ginekologii i położnictwie* (dla zaawansowanych)
- **24-25.02.** *Niepłodność – diagnostyka i leczenie*
- **23-25.03.** *Diagnostyka ultrasonograficzna w urologii* (kurs doskonalący)
- **30.03.-1.04.** *Diagnostyka dopplerowska naczyń krwionośnych* (dla początkujących)
- **20-22.04.** *Ultrasonografia w ginekologii i położnictwie* (dla początkujących)

Prawo do punktów edukacyjnych. Informacje i zapisy: 09-400 Płock, ul. Kwiatka 39/1, tel./fax 0-24-367-36-16, 0-601 345-372, 0-600-051-957, www.mszu.pl lub e-mail: mazowiecka@mszu.pl

Wielkopolska Szkoła Diagnostyki Obrazowej. Praktyczne kursy **ultrasonograficzne** w 2006 r.:

- **2-5.03.** *Ultrasonografia dopplerowska naczyń obwodowych (tętnice szyjne i kręgowe, tętnice i żyły kończyn dolnych, aorta)*
- **9-12.03.** *Echokardiografia* – podstawowy
- **17-19.03.** *Ultrasonografia dopplerowska kończyn górnych, dolnych, aorty* – doskonalący

- **24-26.03.** *Ultrasonografia w pediatrii*
- **30.03.-2.04.** *Ultrasonografia dopplerowska naczyń obwodowych*
- **7-9.04.** *Echokardiografia* – doskonalący
- **20-23.04.** *Echokardiografia* – podstawowy
- **11-14.05.** *Ultrasonografia dopplerowska w neurologii – tętnice szyjne i kręgowe, wewnątrzczaszkowe (TCD, TCCD)* – podstawowy
- **18-21.05.** *Ultrasonografia gruczołu piersiowego*
- **1-4.06.** *Ultrasonografia jamy brzusznej*

Prawo do punktów edukacyjnych. Zajęcia w ośrodku szkoleniowym w Puszczykowie k. Poznania. Nr konta: 92 1090 1362 0000 0000 3612 1908. Informacje i zapisy: Wielkopolska Szkoła Diagnostyki Obrazowej, tel./fax 0-61-819-25-00, tel. kom. 0-603-762-041, www.obraz.pl, e-mail: obraz@obraz.pl

• **4-11.03. 2006 r.** Krynica Górská, hotel Jagiellonka. **Eurodens**. Towarzystwo Szkolenia Podyplomowego w Lublinie zaprasza na kurs: *Zasady planowania i wykonania protez stałych*. Punkty edukacyjne. Informacje: 0-661-898-179 lub 0-601-244-319, www.eurodens.pl

• **18.03.2006 r.** Ciechocinek. Ośrodek Leczenia **Dysfunkcji Narządu Żucia** z Gliwicz i Wrocławskie Stowarzyszenie Lekarzy **Stomatologów** organizuje pod patronatem Kujawsko-Pomorskiej OIL szkolenie: *Diagnostyka i leczenie dysfunkcji układu ruchowego narządu żucia*. Informacje i zgłoszenia: www.stomatologia.edu.pl, tel. 0-54-231-51-57, 0-54-231-04-16

Dolnośląska Szkoła **Ultrasonografii**. Szkolenia podstawowe w 2006 r.:

- **10-13.01., 21-24.03., 11-14.04., 9-12.05., 27-30.06.** *Diagnostyka USG jamy brzusznej*
- **7-9.02., 28-30.03., 16-18.05., 20-22.06.** *Diagnostyka USG tarczycy, przytarczyc i ślinianek*
- **3-5.01., 25-27.04., 30.05.-1.07.** *Kompleksowa diagnostyka gruczołu piersiowego*
- **9-10.01., 3-4.04., 19-20.06.** *Diagnostyka USG w ginekologii i położnictwie*
- **11-13.01., 21-23.06.** *Diagnostyka echokardiograficzna wrodzonych wad serca dzieci*
- **9-10.01., 12-13.06.** *Diagnostyka USG w pediatrii*
- **29-31.04.** *Interpretacja zapisu EKG u dzieci*
- **23-27.01., 29.05.-2.06.** *Cytologia onkologiczna w ginekologii. System klasyfikacji BETHESDA* – kurs podstawowy
- **13-15.02., 26-28.06.** *Cytologia onkologiczna w ginekologii. System klasyfikacji BETHESDA* – kurs doskonalący

Informacje i zgłoszenia: Wrocławskie Centrum Promocji, ul. Śniadeckich 10, 51-604 Wrocław, tel. 0-71-348-39-66 lub 0-606-350-328, e-mail: r.baran@neostrada.pl, <http://www.usg.webd.pl/>

• **2-4.06.2006 r.** Gdańsk. Ogólnopolski Zjazd Naukowy Sekcji **Geriatrycznej** Polskiego To-

warzystwa Lekarskiego połączony z Sympozjum Sekcji **Toksykologii** Klinicznej Polskiego Towarzystwa Lekarskiego: *postępy medycyny wieku podeszłego, działania niepożądane leków, psychogeriatrya, opieka długoterminowa nad chorymi w wieku podeszłym, pielęgniarstwo geriatryczne, standardy toksykologii klinicznej*. Informacje: I Klinika Chorób Wewnętrznych i Ostrych Zatruc AM w Gdańsku, tel. 0-58-349-28-31, e-mail: klintox@amg.gda.pl, www.klinton.amg.gda.pl

• **9-11.06.2006 r.** Warszawa. Klinika Chorób Wewnętrznych i **Hematologii** Wojskowego Instytutu Medycznego w Warszawie organizuje Konferencję Szkoleniowo-Naukową: *Hematolog przy łóżku chorego*, dla lekarzy **niespecjalistów**, lekarzy **rodzinnych** i **pielęgniarek** zajmujących się pacjentami z chorobami krwi. Informacje: prof. Kazimierz Sułek, tel. 0-22-681-71-60, tel./fax 0-22-610-83-90, e-mail: milhem@wim.mil.pl

ESDENT. Szkolenia w 2006 r.:

- **14-15.01.** *Warsztaty z zakresu profesjonalnej komunikacji i obsługi pacjenta*
- **14-15.01.** *Recydywy w leczeniu ortodontycznym*
- **21-22.01.** *Warsztaty zajęciowe z ergonomii pracy*
- **28.01.** *Szkolenie dla higienistów*
- **11.02.** *Znaczenie kształtu i koloru w rekonstrukcjach stomatologicznych...*
- **25.02.** *Urazy zębów stałych*

Informacje: ESDENT NZOZ, ul. Pomarańczowa 8, 54-058 Wrocław, tel. 0-71-353-83-51, 0-71-353-38-90, www.ede.pl, szkolenia@ede.pl

• **11-15.03.** Zakopane. **Ultrasonograficzne badanie i leczenie stawów biodrowych wg Grafa**. Informacje: Michał Kulej, tel. 0509-828-632, tel./fax 0-18-201-24-17, e-mail: kulej@ozzl.org.pl SONO-MEDICUS 34-500 Zakopane, skr. poczt. 411.

opr. (u)

u.bakowska@gazetalekarska.pl

Wschodnie Dni Implantologiczne OSIS-EDI

19-20.05.2006 r. – Zamość

Klub muzyczny Stara Elektrownia
25 punktów edukacyjnych

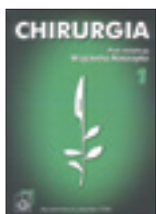
Wschodni Regionalny Oddział Ogólnopolskiego Stowarzyszenia Implantologii Stomatologicznej OSIS-EDI w Lublinie serdecznie zaprasza do udziału w spotkaniu naukowym „Wschodnie Dni Implantologiczne OSIS-EDI” w dn. 19-20.05.2006 r. w Zamościu. Tematyka: *Planowanie leczenia implantoprotetycznego; Natychmiastowa implantacja, natychmiastowe obciążenie; Implantacja elementem leczenia ortodontycznego; Powikłania okołointplantacyjne*. Formularze uczestnictwa oraz szczegółowe informacje na temat spotkania się na stronie internetowej www.osis.org.pl

Zgłoszenia: Wschodni Regionalny Oddział OSIS-EDI, ul. Karmelińska 7, 20-081 Lublin, tel. 0-81-532-73-62, e-mail: osislublin@wp.pl

Wydawnictwo Lekarskie PZWL,

00-251 Warszawa, ul. Miodowa 10

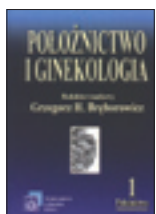
Zamówienia: tel. 0-22-695-44-80, fax 0-22-695-44-87,
infolinia 0-801-142-080, Internet www.pzwl.pl,
pocztą: Wydawnictwo Lekarskie PZWL, 00-950 Warszawa 1,
skr. poczt. 379 realizowane są za zaliczeniem pocztowym
(7 zł – zamówienie, powyżej 150 zł bezpłatnie)
Zamówienia realizowane są w ciągu 3 dni roboczych.
Pełna oferta: www.pzwl.pl oraz Katalog Wydawnictwa.

**Chirurgia**Pod red. prof. dra hab. med. **Wojciecha Noszczyka**

Warszawa 2005, T. 1 i 2. s. 1124, skorowidz w T. 1 s. XX

Podręcznik opracowany przez kilkudziesięciu specjalistów z wiodących w Polsce ośrodków klinicznych zawiera kompletną, najnowszą wiedzę z zakresu najważniejszych dziedzin chirurgii. Uwzględnia mało inwazyjne techniki diagnostyczne i operacyjne. Podręcznik ma na celu wprowadzenie w zagadnienia, których znajomość jest niezbędna w pracy przyszłego chirurga. Połączony z informacją dot. podstaw prawnych poprzez problemy związane z patofizjologią, opieką okołoperacyjną, anestezjologią, aż do podstawowych zabiegów chirurgicznych. Szczególny nacisk położono na omówienie problemów, z którymi lekarz spotyka się najczęściej w codziennej praktyce oraz na nowoczesne sposoby diagnozowania i leczenia, i coraz częściej stosowane

mało inwazyjne metody operacji uwypuklając ich możliwości, ale i ograniczenia. Dużo miejsca poświęcono chirurgii urazowej. Każdy rozdział uzupełniono spisem piśmiennictwa oraz pytaniami weryfikującymi wiedzę. Podręcznik opatrzone licznymi rycinami, schematami i tabelami, pozwalającymi łatwiej przyswoić materiał. Tą ważną publikacją dla młodych lekarzy Wydawnictwo pragnęło uczcić swoje 60-lecie działalności.

**Położnictwo i ginekologia**red. naukowy prof. dr hab. med. **Grzegorz H. Brębowicz**T. 1 **Położnictwo**, s. 548, skorowidz. s. XXI.T. 2 **Ginekologia**, s. 462, skorowidz s. XXI.

Warszawa 2005.

Publikacja opracowana przez kilkudziesięciu autorów doświadczonych klinicystów i wykładowców z różnych ośrodków akademickich w Polsce, pod red. naukową prof. Brębowicza – rektora AM w Poznaniu. Podręcznik przeznaczony dla studentów medycyny. Zawiera niezbędną wiedzę na temat zdrowia kobiety i dziecka rozwijającego się w jej łonie oraz najnowszych metod diagnostycznych i terapeutycznych, w tym technik operacyjnych. Na końcu drugiego tomu zamieszczono zestaw pytań pomagających zweryfikować nabyte wiadomości. T. 1 zawiera m.in. zagadnienia: ciąża o przebiegu prawidłowym, ciąża o przebiegu nieprawidłowym, choroby współistniejące z ciążą, diagnostyka

stanu płodu, poród i połóg. Tom 2 omawia m.in.: budowa i wady żeńskich narządów płciowych, zakażenia żeńskich narządów płciowych, choroby przenoszone drogą płciową, endokrynologia ginekologiczna, ginekologia wieku dziecięcego, onkologia ginekologiczna, operacje ginekologiczne, niepłodność.

**Ultrasonografia w ginekologii i położnictwie**
A.C. Fleischer, M.D.

prof. radiologii i nauk radiologicznych, prof. położnictwa i ginekologii, kier. diagnostyki ultrasonograficznej w Vanderbilt University Medical Center Nashville, Tennessee.
tłum. z j. angielskiego i red. naukowa wydania polskiego
dr hab. n. med. **Mariusz Dubiel**,
dr n. med. **Rafał Kocyłowski**.

Warszawa 2005, s. 264 (w tym s. 253-255 dodatki i s. 256-259 skorowidz). Publikacja przeznaczona dla osób specjalizujących się w radiologii oraz ginekologii i położnictwie, wykonujących te badania i dla studentów medycyny. Zawiera

wybrane, najbardziej istotne wiadomości z dużego podręcznika autorstwa A. C. Fleischera i wsp.: Ultrasonografia w położnictwie i ginekologii, wyd. 6. Książka – Atlas zawiera przejrzyste schematy połączone ze zdjęciami USG z praktyki klinicznej pozwalające na praktyczne opanowanie szczegółów anatomicznych organów poddanych badaniu. Każdy rozdział zawiera spis piśmiennictwa. Ilustracje tekstów, to ponad 750 obrazów i rysunków. Zawiera dwa dodatki Amerykańskiego Kolegium Radiologii (ACR): 1. Standardy wykonywania badania ultrasonograficznego narządów miednicy mniejszej u kobiet i 2. Standardy wykonywania Położniczego Badania Ultrasonograficznego. Spis treści: Przyrządowanie i techniki badania, Prawidłowa anatomia miednicy, Nieprawidłowości miednicy, Choroby endometrium, Guzy w miednicy, Ocena bólu w miednicy, Różnorodne choroby ginekologiczne, Wczesna ciąża (I trymestr), Ciąża w II i III trymestrze, Choroby ciężarnej, Nowe techniki i kierunki rozwoju w przyszłości.

Medycyna wypadków w transporciepod red. prof. dr. hab. n. med. **Krzysztofa Klukowskiego**
Warszawa 2005, s. 290.

Prof. Krzysztof Klukowski jest ekspertem w dziedzinie medycyny lotniczej w Instytucie Technicznym Wojsk Lotniczych w Warszawie. Współautorzy są specjalistami w dziedzinie medycyny transportu. Książka zawiera szczegółową analizę wypadków i katastrof komunikacyjnych w transporcie lądowym, morskim i powietrznym zależnych od tzw. czynnika ludzkiego oraz niekorzystnych czynników środowiska naturalnego. Dzieli się na rozdziały: Pomoc medyczna w różnych wypadkach, Medyczne aspekty badania wypadków i katastrof komunikacyjnych, Działania zapobiegające wypadkom, Kierunki doskonalenia służb ratowniczych, Współczesne zagrożenia bezpieczeństwa podróży, nowoczesne rodzaje sprzętu ratowniczego, Działania zapobiegające katastrofom. Publikacja może służyć pomocą lekarzom ze służb ratowniczych, lekarzom z jednostek służby zdrowia w firmach komunikacji drogowej, kolejowej, morskiej i lotniczej oraz jako pomoc w szkoleniu specjalistów ratownictwa medycznego i pracowników sztabów zarządzania kryzysowego.

**Rehabilitacja medyczna**pod red. prof. dr. hab. med. **Jerzego Kiwerskiego**
Warszawa 2005, s. 700

Nowoczesny podręcznik rehabilitacji. Publikacja w sposób wyczerpujący przedstawia całość zagadnień związanych z rehabilitacją medyczną. W części ogólnej omawia historię oraz współczesne poglądy na rehabilitację, a także zagadnienia dotyczące protezowania. Część szczegółowa poświęcona jest diagnostyce i rehabilitacji w poszczególnych chorobach. Osobne rozdziały omawiają rehabilitację u dzieci i osób starszych. Adresowana jest do studentów działów lekarskich akademii medycznych jak i słuchaczy szkół licencjackich o profilu fizjoterapii i rehabilitacji.

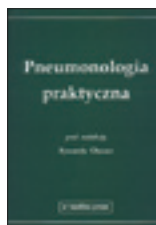
**Wydawnictwo Medyczne alfa-medica press**43-300 Bielsko-Biała, skr. poczt. 333, tel./fax 0-33-828-13-72,
e-mail: zamowienia@alfamedica.pl, www.alfamedica.pl**Antybiotykoterapia praktyczna**

prof. dr hab. med.

Danuta DzierżanowskaZakład Mikrobiologii i Immunologii
Klinicznej Centrum Zdrowia Dziecka
Bielsko-Biała 2005,cz. I. **Wiadomości ogólne**, s. 360,
wyd. III poszerzone i uzup. (dodruk)

cz. II. **Kompendium antybiotyków**, wyd. II poszerzone i uzup., s. 280
Publikacja niezwykle przydatna w pracy każdego lekarza. Obecnie znanych jest kilkaset antybiotyków. Brak umiejętności posługiwania się nimi spowodował powstanie bardzo wielu opornych szczepów bakterii. Książka przekazuje wiedzę na temat zasad właściwej antybiotykoterapii. Nowy układ graficzny czyni publikację łatwiejszą w użyciu.





Pneumonologia praktyczna

pod red. prof. dr. hab. med. **Ryszard Chazan**
Kierownik Katedry i Kliniki Chorób Wewnętrznych
Pneumonologii i Alergologii Akademii Medycznej
w Warszawie.

wyd. I. Bielsko-Biała 2005 r., s. 814

Monografia oparta na najnowszej wiedzy klinicznej. Zawiera wyczerpujący i kompetentny opis diagnostyki specjalistycznej i metody leczenia poszczególnych jednostek chorobowych. Ma na celu zwrócenie uwagi lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej, lekarzy rodzinnych, internistów i pediatrów na wczesne wykrywanie chorób dróg oddechowych i stosowanie właściwej profilaktyki. Przeznaczona także dla studentów pragnących pogłębiać wiedzę praktyczną. Publikacja zwraca uwagę na nowoczesną patogenetę chorób układu oddechowego oraz na powiązanie predyspozycji genetycznych z czynnikami środowiskowymi. Duży nacisk położono na metody diagnostyczne służące wczesnemu wykrywaniu choroby. Szczegółowo omówiono badania dodatkowe. W formie schematów przygotowanych w oparciu o najnowsze zalecenia światowe i krajowe przedstawiono zasady postępowania diagnostyczno-terapeutycznego. Zamieszczono rozdział dotyczący najczęściej stosowanych leków w chorobach układu oddechowego, uwzględniając wskazania, przeciwwskazania, interakcje i objawy niepożądane. Poszczególne rozdziały zawierają aktualne piśmiennictwo.



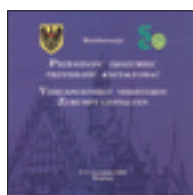
Zakażenia szpitalne

pod red. prof. **Danuty Dzierżanowskiej**
i prof. **Janusza Jeljaszewicza**

wyd. I, Bielsko-Biała 2005, s. 676

W Sejmie znajduje się nowy projekt ustawy o chorobach zakaźnych, w którym zakażenia szpitalne wydzielone są jako odrębny problem. Państwowy Zakład Higieny wspólnie z Collegium Medicum Uniwersytetu Jagiellońskiego i Towarzystwem Zakażeń Szpitalnych podjął badania nad opracowaniem polskich wymogów do oceny zakażeń szpitalnych w Polsce. Ta publikacja prezentuje najnowszą, zebraną dotychczas całą wiedzę praktyczną na temat zakażeń szpitalnych. Uzupełniona bogatym piśmiennictwem. Składa się z następujących rozdziałów: 1. Uwagi ogólne (definicje, źródła zakażeń, mechanizmy patogenne działania bakterii, walka ustroju z zakażeniami, klasyfikacja ważniejszych ustrojów chorobotwórczych, itd.), 2. Czynniki etiologiczne, 3. Kliniczny podział zakażeń szpitalnych, 4. Szpitalny zespół ds. zakażeń, 5. Zabiegi sanitarne, 6. Zasady i specyfika funkcjonowania oddziałów intensywnej terapii, 7. Diagnostyka mikrobiologiczna, 8. Antybiotykoterapia w zakażeniach szpitalnych, 9. Zakażenia szpitalne przyszłości, 10. Aneks – zawierający m.in. ochronę zdrowia personelu, wybrane dokumenty prawne.

Ponadto nadesłano:



Konferencja:

Przeszłość zrozumieć – przyszłość kształtować.

Referaty przygotowane na konferencję
9-11 września 2005, Wrocław

Wydawnictwo Dolnośląskie IL

str. w j. polskim 125, str. w j. niemieckim 134

III Konferencja polsko-niemiecka współpracujących ze sobą izb lekarskich dolnośląskiej i saksońskiej.

Książka jest zbiorem czternastu referatów:

- Powstawanie struktur Uniwersytetu i Politechniki Wrocławskiej bezpośrednio po zakończeniu wojny – prof. Wanda Wojtkiewicz-Rok
- Historia Śląskiej Izby Lekarskiej – Anette Kaiser
- O Mikuliczu w 100 rocznicę jego śmierci – prof. Waldemar Kozuszek
- Samorząd lekarski w II Rzeczypospolitej – prof. Elżbieta Więckowska
- Dolnośląska Izba Lekarska w III Rzeczypospolitej – prof. dr hab. Andrzej Kierzek
- 10-lecie współpracy Dolnośląskiej Izby Lekarskiej z Towarzystwem Ubezpieczeniowym Inter Polska S.A. – Jürgen List

– Współpraca europejskich izb lekarskich – spojrzenie wstecz i w przyszłość – dr Otmar Kloiber

– Współpraca Dolnośląskiej Izby Lekarskiej z Saksońską Izbą Lekarską – współpraca transgraniczna – dr. med. Siegfrieda Herziga i dr Doroty Radziszewskiej. Pozwala zorientować się w niewielkich różnicach działalności obu izb. W Saksonii pracuje 125 polskich lekarzy. Szpital w Görlitz jest – jak to określono – szpitalem doświadczalnym wrocławskiej AM. Współpracuje też ze szpitalami w Zgorzelcu i Jeleniej Górze. Obie izby biorą udział w programie EDU-MED-EAST. Wspólne spotkania, obrady, także z lekarzami czeskimi, uznaje się za bardzo dobre.

W rozdziale Kalendarium przedstawiono transgraniczne spotkania lekarzy obu izb od 1992 roku. Odkryto się 49 spotkań. W drugiej części, europejsko-politycznej, której punktem zwrotnym jest wejście Polski do Unii Europejskiej, znalazły się trzy referaty: Minęło półtora roku w UE i co dalej? – pyta w swoim referacie dr Konstanty Radziwiłł – prezes NRL; Europejskie systemy ochrony zdrowia w obliczu rozszerzenia UE – dr Thomas Ulmer i Migracja zawodowa lekarzy dolnośląskich – dr n. med. Andrzej Wojnar – prezes DIL.

Psychiatria sądowa

Podręcznik dla lekarzy i prawników

Jerzy Przybysz

cz. I. **Opiniowanie w procesie karnym**, wyd. III.
stan prawny na 1 sierpnia 2005 r. Toruń 2005, s. 336.

wyd.: **Fundacja TUMULT**, 87-100 Toruń,
Rynek Nowomiejski 28, tel. 0-56-621-00-19 w. 102,
fax 0-56-652-21-97, e-mail: asia@camerimage.pl

Obecne wydanie omawia aktualne, zmienione przepisy dotyczące obserwacji sądowo-psychiatrycznych i środków leczniczo-zabezpieczających, powoływania biegłych, utworzenia komisji psychiatrycznej ds. środków zabezpieczających. Wprowadziły istotne zmiany w praktyce postępowania ze sprawami czynów zabronionych przez zaburzonych psychicznie.



Psychiatria sądowa

Podręcznik dla lekarzy i prawników

cz. II, **Opiniowanie w postępowaniu cywilnym**, wyd. I.
stan prawny na 19 sierpnia 2005 r. Toruń 2005, s. 222.

wyd.: **Fundacja TUMULT**, 87-100 Toruń,
Rynek Nowomiejski 28, tel. 0-56-621-00-19 w. 102,
fax 0-56-652-21-97, e-mail: asia@camerimage.pl

Pierwszy w piśmiennictwie polskim podręcznik postępowania w sprawach cywilnych. Omawia m.in. problemy hospitalizacji bez zgody chorego, ważności oświadczenia woli, ważności testamentu, ubezwłasnowolnienia, roszczeń, spraw rodzinnych i opiekuńczych. Anachronizm przepisów prawa cywilnego prowokuje autora do ich krytycznej oceny. Uwzględnia również zmiany wynikające z nowelizacji ustawy o ochronie zdrowia psychicznego z 1 VII 2005 r. dotyczące m.in. powołania rzeczników praw pacjenta szpitala psychiatrycznego i zawiera jej znnowelizowany tekst.



opr. md

Ojcowie Karmelici Bosi

zapraszają na

Rekolekcje dla Pracowników Służby Zdrowia,

które odbędą się w dniach

od 6 IV (czwartek, godz. 18.00)

do 9 IV 2006 r. (niedziela, godz. 14.00)

w Domu OO. Karmelitów Bosych w Sopocie

Temat:

„Rodzaje modlitwy”

o. Julian Ilwicki, OCD

Adres: **Dom OO. Karmelitów Bosych,**

ul. Głowackiego 3, 81-744 Sopot-Wyścigi

Bliższych informacji udziela: **o. Julian Ilwicki, tel.: 0600-227-684**