

1 2008

Gazeta
Lekarska
ISSN 0867-2146
Pismo Izby Lekarskich

Exemplarz bezpłatny



Minister Ewa Kopacz:

***Chcę wyleczyć
a nie leczyć***



Zmiany bez kasy

Zwiększanie nakładów na ochronę zdrowia bez gruntownych zmian organizacyjnych jest typowym działaniem po najmniejszej linii oporu – uważa minister zdrowia Ewa Kopacz. Jej zdaniem 10% finansów krążących w systemie opieki zdrowotnej jest źle wykorzystywanych i nie przekłada się na los pacjenta. Sceptycy uważają, że to jedno wielkie mydlenie oczu, bo problemu plac nie da się rozwiązać bez dodatkowych środków. „NFZ ma być instytucją finansową, a nie uczyć lekarzy jak leczyć” – ripostuje pani minister. Po miesiącu działania rządu trudno, poza zmianą nastroju, znaleźć jakąś wizję, spójną myśl lub plan, który porządkowałby prace ekipy z Miodowej, a sama doktor Ewa miała sporo kłopotów z pozostawieniem po sobie dobrego wrażenia. Co więcej, mocno oberwała w starciu z lekarzami z OZZL, którzy nie kupili obietnic i zażądali twardych decyzji. Otoczona szefem warszawskiego samorządu lekarskiego Andrzejem Włodarczykiem i do niedawna jeszcze liderem Porozumienia Zielonogórskiego Markiem Twardowskim zdaje się jednak nie przejmować krytyką i pomrukami salonów. Mówi się, że potrafi podnieść głos i tupnąć nogą, kiedy trzeba. Stąpając z gracją po grzęzawisku systemu ochrony zdrowia uruchomiła już pieniądze na zapłacenie szpitalom należności z tytułu ugód sądowych za nadwykonania, zapowiedziała zniesienie limitów na niektóre (?) procedury medyczne w 2008 r., podniosła do 12 zł średnio w skali kraju wartość punktu i zezwoliła na zmniejszenie obsady dyżurowej lekarzy specjalistów w szpitalach, a także na pełnienie w szpitalach dyżurów przez lekarzy rezydentów za zgodą ordynatorów. „Od 3,5 roku jako rezydent dyżuruję samodzielnie jednocześnie na oddziale wewnętrznym i izbie przyjęć. Za „nadzór” robi numer telefonu komórkowego szefa, z którego korzystam rzadziej niż niektórzy koledzy specjaliści. Cieszę się, że teraz całkowicie legalnie będę robił to, co do tej pory” – zwierza się w liście nasz młody czytelnik z Podlasia. Ciekawe jak długo jeszcze pozostanie bohaterem, który nigdy nie dzwoni do starszego kolegi, za to potrafi bezlitośnie wykrywać błędy innych. Medycyna uczy pokory, chociaż nie wszystkich.

Na szpicy kolejki do pani minister czekają LEP i lekarskie specjalizacje, które mają być dostępne dla wszystkich pierwszego dnia po zakończeniu stażu, a co najważniejsze rozporządzenie o ordynacji lekarskiej. „Chcemy zacząć od receptariuszy i listy leków refundowanych, ułożonej zupełnie inaczej niż dotychczas” – uchyla rąbka tajemnicy Ewa Kopacz w rozmowie z „Gazetą Lekarską”. Przekonamy się wkrótce, czy powiew czyjegoś gniewu znów nie wytrąci pióra z ręki ministra zdrowia, podpisującego jakże doniosłe akty.

Od 1 stycznia dyżurujemy po nowemu. Wątpliwości i rozbieżności interpretacyjnych wcale nie ubyło, szczególnie kontrowersji wokół przepisu mówiącego o odpoczynku. Według prawników z Ministerstwa Zdrowia lekarz lub pielęgniarka może po 1 stycznia pełnić 24-godzinny dyżur, ale po nim musi mieć 11 godzin przerwy. Możliwe będzie również zobowiązanie pracownika do pełnienia dyżuru bezpośrednio po zakończeniu pracy niedyżurowej wynoszącej nie więcej niż 7 godzin 35 minut lub – w przypadku zastosowania równoważnego systemu czasu pracy – w wymiarze nie przekraczającym 12 godzin. Wówczas łączny czas pracy obejmujący też dyżur nie będzie mógł być dłuższy niż 24 godziny. Również w tym przypadku w następnej dobie bezpośrednio po zakończeniu pełnienia dyżuru pracownikowi przysługuje 11-godzinna przerwa – czytamy w oficjalnym komunikacie Ministerstwa Zdrowia. Tymczasem OZZL zwrócił się do Głównego Inspektoratu Pracy o jak najszybsze przeprowadzenie w całej Polsce kontroli szpitali w zakresie przestrzegania przepisów o czasie pracy lekarzy oraz wypowiedzania warunków pracy i wprowadzania zmian w zakresie regulaminów pracy oraz czasu pracy.

Marek Stankiewicz
naczelnny@gazetalekarska.pl

W numerze między innymi

Znieczulenie czy znieczulica?	5
Okiem Prezesa	5
Chcę wyleczyć, a nie leczyć	6-8
Jedna polisa	10
Teoria sukcesu i praktyka klęski	12-13
Za pięć dwunasta	14-15
Kontrowersje wokół dyżuru medycznego	16-17
Do dyrektyw podchodzić ze zdrowym rozsądkiem	18
Leki refundowane – dużo, ale za mało	22-25
Widziane zza oceanu	26
Biurokracja zabija innowacje	27
Co izbowe, a co związkowe?	34-36
Lekarski sport	40-41
Kalendarz: kursy, szkolenia, zjazdy	42-43
Książki nadesłane	44
Praca: konkursy, zatrudnię, szukam	48-58
Ogłoszenia różne	58-60
Program TVN Med	61
Biuletyn NRL	45-47

Zdrowia i pomyślności w Nowym 2008 roku

życzy redakcja

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

www.kursy.portalmed.pl

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

OZZL krytykuje rząd

Zarząd Krajowy OZZL bardzo negatywnie ocenia decyzję rządu o rezygnacji z przeznaczenia prawie 4 mld zł na dofinansowanie NFZ ze środków Funduszu Pracy. Jest to niebezpieczne skonkretyzowanie poglądu PO, że nakłady na lecnictwo w Polsce są wystarczające, a jedynym problemem systemu opieki zdrowotnej jest jego „nieszczelność”, czyli nieefektywność.

fot. Marek Stankiewicz

Zupełnie co innego można przeczytać w programie tej partii prezentowanym przed wyborami do parlamentu. Zauważono w nim, że *Na ochronę zdrowia wydajemy znacznie mniejszy odsetek PKB niż kraje wysoko rozwinięte. Ponadto system jest w dużym stopniu dotowany przez lekarzy i pielęgniarki. Orac: Międzynarodowi eksperci, analizujący systemy ochrony zdrowia, wskazują na Polskę jako kraj, w którym osiągnięto bardzo wysoką wydajność leczenia. Nie mogą nadziwić się, jak przy tak niskich nakładach na służbę zdrowia można osiągnąć takie efekty.*

Można by zrozumieć niechęć PO do zwiększenia nakładów na opiekę zdrowotną ze środków publicznych, gdyby jednocześnie wprowadzono legalne i szerokie „współpłacenie” za niektóre świadczenia zdrowotne – ze środków prywatnych. Byłoby to zgodne z liberalnymi poglądami go-

spodarczymi, do których przyznaje się Platforma Obywatelska. Jednak obecny rząd sprzeciwia się zarówno zwiększeniu nakładów na lecnictwo ze środków publicznych, jak i wprowadzeniu współpłacenia. Oznaczać to może jedynie chęć kontynuowania nieuczciwej polityki mamienia społeczeństwa, że można zapewnić wszystkim obywatelom – bezpłatnie – nieograniczony zakres świadczeń zdrowotnych przy niewielkich nakładach publicznych na lecnictwo. Jest oczywiście, że próba realizacji tego pomysłu musiałaby się dokonywać – jak dotychczas – poprzez *dotowanie systemu przez lekarzy i pielęgniarki* – czytamy w oświadczeniu szefa OZZL Krzysztofa Bukieła.

Związkowcy z OZZL oceniają, że odrzucenie możliwości doraźnego zwiększenia nakładów na ochronę zdrowia w najbliższym roku, w sy-



Toast na Nowy Rok

1. **Żeby premier Donald Tusk zrozumiał, że rozwiązywanie problemów opieki zdrowotnej jest ważniejsze niż wygranie następnych wyborów parlamentarnych lub prezydenckich.**
2. **Żeby opozycja zrozumiała, że rozwiązywanie problemów opieki zdrowotnej jest ważniejsze niż obalenie rządu.**
3. **Żeby wszyscy politycy z rządu i opozycji zrozumieli, że oni sami i ich partyjni koledzy niekoniecznie najlepiej znają się na ochronie zdrowia.**

Najtrudniejszą przeszkodą w naprawie polskiej służby zdrowia nie jest ani brak pomysłów, ani brak pieniędzy, ani nawet ekspertów, ale brak woli politycznej. Politycy uważają, że ochrona zdrowia jest doskonałym polem do ataku i zniszczenia przeciwników politycznych, ale nie tak ważnym, aby się na takie ataki wystawiać.

Krzysztof Bukiel, przewodniczący OZZL

tuacji, gdy muszą wzrosnąć koszty szpitali, związane z wprowadzeniem nowych przepisów o czasie pracy le-

karzy, jest wyrazem wielkiej nieodpowiedzialności rządzących. Nie są oni w ogóle przygotowani do sytuacji, w której lekarze skorzystają z prawa do – najwyżej – 48-godzinnego tygodnia pracy. To tak, jakby ktoś w obliczu nadciągającej wielkiej fali świadomości rezygnował z możliwości wzmocnienia wałów przeciwpowodziowych. Już dzisiaj chcemy uświadomić Polakom, że całkowita odpowiedzialność za ewentualny chaos w ochronie zdrowia po 1 stycznia 2008 r. spadnie na rząd, który właśnie zrezygnował z narzędzia, które umożliwiłoby mu doraźną poprawę sytuacji i dało czas na spokojne reformowanie systemu.

ms

Znieczulenie czy znieczulica?

Narodowy Fundusz Zdrowia na świadczenia stomatologiczne dla osób niepełnosprawnych i głęboko upośledzonych zmienił zasady kontraktowania świadczeń. Zrobił to podobno w trosce o świadczeniodawców, dzieląc kwotę na zapłatę za znieczulenia ogólne oraz za wykonane świadczenia stomatologiczne.

Smiem twierdzić, że osoba, która wyceniła koszt znieczulenia ogólnego na 300 zł niezbyt się orientowała w rzeczywistych kosztach tychże świadczeń. Z taką wyceną nie zgadza się również konsultant krajowy ds. anestezjologii i intensywnej terapii prof. Krzysztof Kusza. Po zapoznaniu się z przedstawionymi wyliczeniami i kartami znieczuleń do konkretnych zabiegów prof. Kusza wystosował pismo do prezesa NFZ, w którym stwierdził, że takie finansowanie tych zabiegów spowoduje wzrost kolejek do stacjonarnych zakładów opieki zdrowotnej (szpitali) oraz pozbawi możliwości wykonywania tych zabiegów nawet dobrze przygotowane do tego jednostki ambulatoryjne.

Kwota 300 zł w żaden sposób nie wystarczy na pokrycie kosztów użytych leków i materiałów opatrunkowych, wynagrodzenia towarzyszącego zabiegowi lekarza anestezjologa, wynagrodzenia pielęgniarki anestezjologicznej. Być może ktoś wyceniający tę procedurę wziął pod uwagę tylko tzw. koszty analgo-sedacji, która nie może być stosowana w przypadku leczenia stomatologicznego.

W rezultacie za zabieg, który w 2007 r. kosztował ok. 2300 zł, w 2008 r. otrzymalibyśmy 300 zł + 627 zł (koszt znieczulenia plus świadczenie stomatologiczne). Jest to prawie 2,5-krotne obniżenie kosztów.

Wierzę, że uda nam się – działając w porozumieniu ze wszystkimi komisjami stomatologicznymi ORL – zweryfikować to niekorzystne dla nas i pacjentów finansowanie. Problem ten został szczegółowo przedstawiony i omówiony przeze mnie na posiedzeniu Komisji Stomatologii NRL 13.12.2007 r.

Sytuacja jest o tyle żenująca, że zabiegi ze znieczuleniem ogólnym, których stawka została w praktyce tak drastycznie obniżona, dotyczą – jak napisałam na wstępie – osób niepełnosprawnych i głęboko upośledzonych. Myślę, że decydenci winni zdawać sobie sprawę tego, że dojrzałość i szeroko rozumiane pojęcie kultury społeczeństwa mierzy się, między innymi, stosunkiem do osób niepełnosprawnych.

Pan Bóg zachęca, by prosić i pukać. Ale nie dodaje, jak te prośby składać, w jakim rytmie pukać. Psychologowie zajmujący się wpływem społecznym potwierdzają, że warto prosić. Prośbienie przynosi zdumiewające skutki. Pod warunkiem, że składamy prośby w odpowiedniej kolejności. Po raz kolejny więc będziemy „prosić” NFZ o zmianę decyzji.

Ale nie taka jest chyba nasza rola.

lek. dent. Anna Kot
członek Komisji Stomatologicznej
ORL w Krakowie

Okiem Prezesa



Uważam, że coraz większe jest ryzyko, iż rząd Donalda Tuska stanie się kolejnym, który będzie próbował naprawić system ochrony zdrowia bez pieniędzy. To poważny błąd, który może doprowadzić do nasilenia się wszystkich niekorzystnych zjawisk w polskiej służbie zdrowia.

A jest ich długa lista.

- Zdrowi obywatele z lękiem myślą o ryzyku choroby obawiając się, że nie otrzymają na czas niezbędnej pomocy.
- Pacjenci oczekują w wielomiesięcznych kolejkach po świadczenia, których część (jak np. w onkologii) nie może być odkładana w czasie bez narażenia ich na śmiertelne niebezpieczeństwo.
- W sytuacji znacznej nierównowagi pomiędzy potrzebami i oczekiwaniami chorych oraz możliwościami płatniczymi Narodowego Funduszu Zdrowia rodzi się nieuchronnie zjawisko korupcji zatruwające atmosferę polskich szpitali.
- Wciąż znaczna część pracowników (zwłaszcza wykonujących zawody medyczne) jest wynagradzana na poziomie daleko odbiegającym od ich słuszných oczekiwań. Jednocześnie politycy i media próbują grać na ciągle silnym, szczególnie wśród lekarzy i pielęgniarek, poczuciu powołania zawodowego zamieniając ich w „białych niewolników systemu”.
- Skutkuje to narastającą frustracją, zjawiskiem wypalenia zawodowego, odchodzeniem od zawodu i emigracją.
- Dostawcy leków, sprzętu, wyposażenia i usług dla placówek opieki zdrowotnej nie mogą być pewni zapłaty. W praktyce wielu z nich kredytuje zadłużone zakłady.
- Właściciele i dyrektorzy zakładów opieki zdrowotnej wciąż zmagają się z odnawiającą się „hydrą” długów.

Wymienione zjawiska prowadzą do burzliwego rozwoju prywatnego sektora świadczeń zdrowotnych nie zainteresowanego kontraktem z NFZ-em. Coraz więcej lekarzy i innych pracowników medycznych znajduje tu miejsce pracy za godziwą zapłatą. Wielu zamożnych albo przyciśniętych tragedią chorych znajduje tu pomoc na najwyższym poziomie. Ciesząc się z obecności takiej możliwości należy jednak zauważyć, że taki rozwój wypadków oddala nas od konstytucyjnej i europejskiej zasady równego dostępu wszystkich obywateli Unii do świadczeń zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych.

Zwielkim rozczarowaniem i żalem odebrałem decyzję rządu, naciskanego przez organizacje pracodawców, którzy najczęściej leczą się prywatnie, o rezygnacji z projektu przekazania części środków Funduszu Pracy do NFZ, a także projektu dalszego stopniowego podnoszenia składki. Ze zdumieniem odbieram powtarzane deklaracje minister Ewy Kopacz o odłożeniu planów podnoszenia publicznych nakładów na opiekę zdrowotną do czasu zrobienia bilansu potrzeb. Czyżby wymieniona lista problemów mających jeden, finansowy powód nie była wystarczająca? Nie chcąc być złośliwym zapytam jednak, co było przyczyną zadłużenia ZOZ-u w Szydłowcu, którym kierowała jeszcze niedawno dr Ewa Kopacz. Czy aby nie po prostu brak pieniędzy w kasie NFZ-u i zbyt niski kontrakt, jaki dostawała ta placówka?

Konstanty Radziwiłł

Chcę wyleczyć, a nie leczyć

Z **Ewą Kopacz**, ministrem zdrowia rozmawia Marek Stankiewicz

foto. Marek Stankiewicz

• *Ma pani jeszcze czas i ochotę na medycynę i leczenie pacjentów?*

– Po tych kilku tygodniach na Miodowej to nawet za nimi tęsknię.

• *Gdzie jest ciekawiej: w medycynie czy w polityce?*

– Zdecydowanie w medycynie, bo daje więcej satysfakcji. Polityka zaś nie daje więcej przykrych doznań, ale przyznaję, że wciąga jak narkotyk.

• *Lubi pani lekarzy?*

– Tak, bo z natury lubię ludzi. Trudno, żebym ja, lekarz, nie lubiła swoich kolegów.

• *Ludwik Dorn chciał zapędzić krnąbrnych lekarzy w kamasze. A u pani w razie nieposłuszeństwa będzie ostro czy po dobroci?*

– Ja zaczęłam po przyjacielsku. A w przyjaźni nie ma grózb ani przystawiania rewolweru do skroni. Wiem, że rozmawiam z koleżankami i kolegami, którzy ten zawód czują tak samo jak ja i mają często zbieżne z moimi oczekiwania.

• *Mówi się, że i w Platformie Obywatelskiej nie brakuje takich, którzy wszystko i zawsze wiedzą lepiej. Jest pani wśród nich?*

– Nie zgadzam się z taką opinią. W ciągu trzech pierwszych tygodni mojej pracy w Ministerstwie Zdrowia spotykałam się ze wszystkimi środowiskami, i to po kilka razy. Nie mam patentu na



nieomyślność. Otaczam się fachowcami, słucham pacjentów i próbuję to, co najlepsze i najciekawsze spożytkować do naprawy systemu.

• *A może chce pani wszystkich zagadać i zagłaskać miłością, o której mówił w swoim exposé premier Donald Tusk?*

– Szacunek dla drugiego człowieka nie jest niczym złym. Stoimy wobec wyboru: albo traktujemy kogoś jak partnera i szanujemy go, choćby nawet wyglądał na uwagi czy krytykę, albo okazujemy wszystkim arogancję i pewność siebie. Ja nie mam problemu z wyborem. Podchodzę z szacunkiem do środowiska, nawet do jego katagorycznych żądań.

• *Wielu lekarzy uważa, że wraz z wejściem w życie dyrektywy o 48-godzinym czasie pracy skończy się wreszcie w Polsce komunizm. Cieszy się pani, że będzie pani akuszerką nowych czasów?*

– Pracowałam na oddziale noworodkowym, gdzie przychodzili na świat nowi Polacy, a więc już byłam akuszerką. (śmiech...). Za każdym razem było to piękne przeżycie. Te nowe czasy będą przede wszystkim trudne, bo pracę lekarzy tak trzeba zaplanować, aby zapewnić ciągłość opieki medycznej pacjentom. A bez zgody białego personelu nie da się tego zrobić. Wszyscy mamy szansę stać się akuszerami tych nowych czasów.

• *No to znalazła się pani na polu minowym?*

– Tak. I co więcej, już na początku swojego urzędowania muszę jak saper przez to pole minowe dobiec do pożaru, aby go ugasić. Z tego powodu nie mogę tak szybko, jak bym chciała realizować tego, co Platforma Obywatelska obiecała Polakom w kampanii wyborczej.

• *Na razie gasi pani pożary obietnicami, że w 2010 roku pensja specjalisty przekroczy 11 tysięcy złotych. Jak to pani wyliczyła?*

– Wszyscy dobrze wiedzą, że już dziś są w Polsce lekarze specjaliści, którzy zarabiają o wiele więcej. Są i tacy, którzy zarabiają mniej i o nich trzeba zadbać. Nie chciałabym rozpoczynać i kończyć reformy systemu na negocjacjach płacowych pracowników. Wynagrodzenia wszystkich pracowników ochrony zdrowia mają być elementem i pochodną tej reformy.

• *Wiemy już, że nie lubi pani pokutować za cudze grzechy i słuchać polajaniek za wyczyny poprzedników. Co najbardziej podczas swoich rządów zepsuło Prawo i Sprawiedliwość?*

– Zaniechali reformy. Dużo gadali, dużo mniej zrobili. Konferencje prasowe będę zwoływać, by poinformować, o tym co robiłam.

• *Będzie pani walczyć z korupcją wśród lekarzy?*

– Każde środowisko ma kogoś, komu można przypisać niemoralne i nieetyczne zachowanie, po prawomocnym wyroku nawet nazwać go przestępcą. Ale to nie oznacza, że to środowisko jest gorsze od innych i bardziej skorumpowane. Choć trzeba pamiętać, że na czele rankingów znajdują się ciagle politycy i lekarze. Chciałabym walczyć z takim wizerunkiem polskiego lekarza, któremu przypięto łatkę na podstawie kilku nagłośnionych zdarzeń, o których było ostatnio głośno w mediach.

• *Czy w ochronie zdrowia jest miejsce na liberalizm?*

– Ludzi nie wolno straszyć ani prywatyzacją, ani liberalizmem, bo nie ma niczego lepszego niż wolność w działaniu i konkurencja, która podnosi jakość. dokończenie na str. 8

Chcę wyleczyć, a nie leczyć

dokńczenie ze str. 7

kość. Chcemy, aby pacjent nie pozostawał dłużej ubezwłasnowolniony. Dzisiaj ma tylko obowiązki, bo musi płacić składkę. Chciałabym, aby mógł, również decydować, gdzie się leczyć i gdzie się ubezpieczać. Jeśli mu nie wystarcza standard leczenia, jaki proponujemy będzie mógł ubezpieczyć się dodatkowo. Ale my musimy najpierw pokazać, co jest standardem. A więc pełna swoboda w wyborze, ale respektowanie obowiązku, jakim jest składka.

• **Wasi oponenci twierdzą, że macie zamiar za bezcen rozprzedać majątek. Czy w Polsce będzie można kupić sobie szpital za przysłowiową złotówkę?**

– Totalna bzdura! Jeszcze będąc w opozycji domagaliśmy się z sejmowej trybuny przepisów dotyczących aktualizacji wyceny gruntów, budynków i wyposażenia obiektów ochrony zdrowia. Wtedy zbywano nas lekceważeniem. Niech więc ci, którzy dziś wieszczą takie rewelacje, pokażą prawo, które przez ostatnie dwa lata pozwalało im tolerować takie rzeczy. Oświadczam, że nie ma takiego prawa. Uchwali je teraz PO jako jedno z najpilniejszych 49 rozporządzeń. Nikt nikomu publicznego szpitala za złotówkę nie odda. Kiedykolwiek mówimy o prywatyzacji lub przekształceniu, to zawsze mamy na myśli poszanowanie praw właścicielskich i pracowniczych.

• **Czy NFZ po podziale na sześć części, jak proponujecie będzie już tylko typową instytucją finansową, czy nadal będzie pouczać lekarzy, jak leczyć chorych?**

– Ja chcę, żeby to była instytucja finansowa, która ma wiarygodne, a nie jak dotychczas podrasowane rozeznanie potrzeb zdrowotnych Polaków. Dziś to rozeznanie opieramy o statystykę, nagiętą pod niedofinansowane szpitale. A to jest dalekie od prawdy i obiektywizmu. NFZ ma płacić za procedury, a nie wymuszać na dyrektorach i ordynatorach np. przetrzymywanie przez tydzień pacjenta z zapaleniem płuc, tylko dlatego by otrzymać od płatnika pieniądze na jego leczenie. Ja chcę, abyśmy płacili za leczenie, a nie hospitalizację.

• **Dlaczego koszyk negatywny jest lepszy od koszyka świadczeń gwarantowanych?**

– Bo jest prostszy. Ostatni koszyk, a właściwie katalog świadczeń bez wyceny, tworzyło przez ponad rok siedmiuset specjalistów. Kosztowało to prawie dziesięć milionów złotych. W koszyku negatywnym znajdzie się to, za co pacjenci będą musieli dopłacić nie z własnej kieszeni, lecz poprzez swoich dodatkowych ubezpieczycieli. Nie oznacza to, że nie podejmiemy pracy nad realną wyceną wszystkich procedur medycznych.

• **Kiedy wycenicie punktowo pracę lekarzy?**

– Chcę to zrobić jak najszybciej, bo chcę lekarzom płacić za realną pracę. Za powrót do socjalizmu uważam postulat, by lekarzowi po „jedynce” zapłacić równowartość dwóch średnich krajowych. Myślę, że lekarz, który pracuje więcej, czy też wykonuje np. trudniejsze operacje, powinien zarabiać więcej. Poza tym płaszczyznę porozumienia płacowego powinien określać pracodawca i świadczeniodawca. Politycy zdrowotni w centrali i samorządach terytorialnych powinni zadbać o uchwalenie takiego prawa, które pozwoli na rzetelną i uczciwą wycenę. Nie wolno krzywdzić lekarza, który chce zarabiać więcej, bo jest dobrym specjalistą. Na ministrze zdrowia zaś spoczywa obowiązek, aby środki, które ma płatnik wystarczyły dyrektorom do złożenia oferty lekarzom.

• **Czy w Polsce jest za dużo czy za mało lekarzy?**

– Dobre pytanie! Gdybyśmy się stosowali tylko do 48-godzinnego czasu pracy, to z pewnością byłoby ich za mało. Gdyby zdecydowali się na pracę z klauzulą *opt-out*, to pewnie ich wystarczy. Musimy dziś promować młodych lekarzy, wpuścić ich na rynek, ułatwiać uzyskanie specjalizacji i nie blokować rezydentur. Oczywiście trzeba bardzo wnikliwie przeanalizować rozmieszczenie specjalistów w całym kraju i zobaczyć gdzie są niedobory. Ale co tu dużo mówić, wielu starszych kolegów nie chce po prostu „hodować” sobie konkurencji. Przykre to, ale prawdziwe.

• **Powtarza pani wszędzie, że najpierw trzeba zmienić funkcjonowanie opieki zdrowotnej, a potem myśleć o dawaniu jej więcej pieniędzy. Da się ten system jakoś uszczelnić?**

– Eksperci wyliczyli, że 10% finansów krążących w systemie opieki zdrowotnej jest źle wykorzystywanych i nie przekłada się na los pacjenta. Istnieje na to wiele dowodów. Po pierwsze, NFZ ma być instytucja finansowa, a nie uczyć lekarzy jak leczyć. Po wtóre, dyżury lekarskie tylko tam, gdzie są one konieczne. Zamierzam doprowadzić do uelastycznienia szczegółowych zasad kontraktowania, które pozwolą dyrektorowi tak rozłożyć pieniądze przeznaczone na dyżury, aby zabezpieczyć strategiczne oddziały (np. OIOM, SOR, chirurgia, kardiologia itp.). Może warto już dziś przymierzyć się do zespołów dyżurowych, które w wielu krajach doskonale się sprawdziły. Nie ma powodu, aby myśleć, że u nas tak się nie stanie.

• **Sceptycy twierdzą, że leki wykończą każdy system, również i wasz. Podobno to jedna z raf, na które pani natrafiła na Miodowej.**

– Tak, to prawda.

• **Czy wyda pani rozporządzenie o ordynacji lekarskiej?**

– Chcemy zacząć od receptariuszy i listy leków refundowanych, ułożonej zupełnie inaczej niż dotychczas. Ja chcę wyleczyć, a nie leczyć. Na to wszystko potrzeba społecznej aprobaty, którą można osiągnąć poprzez debatę z udziałem ludzi, którzy się na tym znają, a nie którzy mają w tym interes.

• **Były już przecież takie tajne zespoły w gabinecie ministra zdrowia Mariusza Łapińskiego, które pracowały nad listami lekowymi.**

– Polityka lekowa za publiczne pieniądze, a nie cenowa, musi być przejrzysta. Na refundację wydajemy rocznie ponad 7 miliardów złotych. Trzeba sobie odpowiedzieć na pytanie, czy leczymy wg uznanych standardów światowych czy wg skutecznych standardów krajowych, a na standardy światowe czekamy, do czasów, gdy będzie nas na to stać. Czy stać nas na to, by przez długi czas leczyć pacjenta z miernym efektem terapeutycznym, czy też należy leczyć krócej, ale drogim lekiem innowacyjnym. To są pytania do ekspertów. Chciałabym wyleczyć wszystkich szybko i tanio. Tylko wtedy więcej pieniędzy zostanie na inne świadczenia medyczne.

rozmawiał Marek Stankiewicz

REKLAMA

REKLAMA

Jedna polisa

Konstanty Radziwiłł

W „Gazecie Lekarskiej” nr 9/2007 pisałem o rozważaniu przez Naczelną Radę Lekarską koncepcji ubezpieczenia wszystkich aktywnych lekarzy i lekarzy dentystów (Konstanty Radziwiłł „Czy samorząd ubezpieczy wszystkich lekarzy i lekarzy dentystów?”).

Sprawa do dziś nie została załatwiona. NRL powołała zespół, który miał przygotować propozycje najlepszych rozwiązań tego problemu. W tym czasie jednak zmieniła się nieco sytuacja prawna w tym obszarze.

Dziś przymusem posiadania polisy tzw. obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej objęci są nie tylko lekarze i lekarze dentyści mający kontrakty z samodzielnymi publicznymi zakładami opieki zdrowotnej, ale także ci, którzy podpisali indywidualne kontrakty z Narodowym Funduszem Zdrowia. Dotychczas Fundusz wymagał od nich jedynie posiadania polisy tzw. dobrowolnego ubezpieczenia, które obejmowało także „pozakontraktową” działalność lekarza lub lekarza dentysty. Wszystko wskazuje na to, że lekarz lub lekarz dentysta zawierający czasem kilka umów kontraktowych i prowadzący dodatkowo praktykę prywatną (czy to we własnym gabinecie, czy też w niepublicznym zakładzie opieki zdrowotnej) chcąc zabezpieczyć się od groźnych czasem konsekwencji roz-

czeń pacjentów powinien obecnie wykupić kilka polis ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej. W tej sytuacji ręce zacierają ubezpieczyciele, którzy już dziś próbują sprzedawać nam pakiety kilku polis ubezpieczenia OC.

Sytuacja taka, inaczej niż dotychczas, wymaga od samorządu podjęcia dwóch rodzajów aktywności.

Po pierwsze, należy naciskać na ubezpieczycieli, aby wobec lekarzy i lekarzy dentystów wykupujących po kilka polis ubezpieczenia OC stosować znaczące rabaty odzwierciedlające rzeczywiste ryzyko i koszty takich polis, jakie ponoszą ubezpieczyciele. To pole do działalności dla brokerów, z którymi współpracują izby (np. Medbroker, którego współwłaścicielami jest Naczelna Izba Lekarska i dziewięć okręgowych izb lekarskich). W zaistniałych okolicznościach przestrzegalbym szczególnie przed wchodzeniem przez izby w umowy agencyjne z ubezpieczycielami (pisałem o tym poprzednio), ponieważ znalezienie najlepszych rozwiązań wymaga obecnie znacznej wiedzy z zakresu ubezpieczeń oraz możliwości porównywania ofert różnych firm.

Po drugie, samorząd lekarski powinien podjąć starania, aby w zupełnie nowy sposób rozwiązać kwestię odpowiedzialności cywilnej lekarzy i lekarzy dentystów. Od kilku lat Krajowy Zjazd Lekarzy i Naczelna Rada Lekarska zwracały uwagę kolejnych ekip rządzących na tzw. rozwiązanie skandynawskie (obowiązujące w Finlandii i Szwecji), oparte na obowiązkowym regulowanym ubezpieczeniu odpowiedzialności wszystkich placówek udzielających świadczeń zdrowotnych wobec pacjentów ponoszących szkody zdrowotne w związku z udzielanymi im świadczeniami bez koniecz-

ności udowadniania winy pracowników medycznych (i bez konieczności wchodzenia na drogę sądową). To rozwiązanie gwarantujące poszkodowanym szybką, choć niewysoką rekompensatę spowodowało w krajach skandynawskich spadek liczby spraw sądowych przeciw placówkom opieki zdrowotnej prawie do zera. W znacznym stopniu zredukowało równocześnie odium niechęci społeczeństwa i mediów wobec środowiska lekarskiego związane z wlokącymi się latami sprawami sądowymi o odszkodowania. Sądzę, że przyjęcie takiego rozwiązania w Polsce przyniosłoby i nam wiele pożytku.

Drugie rozwiązanie, bliższe realiom dnia dzisiejszego, o które powinniśmy zabiegać, to wprowadzenie wobec wszystkich lekarzy i lekarzy dentystów wykonujących zawód obowiązku ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej na podobnych zasadach, jak to jest w stosunku do niektórych innych zawodów (np. radców prawnych i brokerów ubezpieczeniowych). Rozwiązanie to pozwoliłoby wszystkim członkom naszego samorządu czuć się bezpiecznie po wykupieniu jednej polisy obowiązującej we wszystkich miejscach i formach działalności zawodowej. W takich okolicznościach samorząd lekarski mógłby wziąć na siebie całkowitą odpowiedzialność za znalezienie najkorzystniejszego ubezpieczenia (zakres, składki itd.). Na grudniowym posiedzeniu NRL podjęła stanowisko w tej sprawie. Teraz startujemy z lobbowaniem na rzecz takiego rozwiązania wśród polityków, przede wszystkim z Ministerstwa Zdrowia. Mam nadzieję, że nowe kierownictwo Ministerstwa Zdrowia pomoże w pomyślnym rozwiązaniu problemu poprzez popieranie odpowiednich zmian legislacyjnych.

Nowi wiceministrowie zdrowia

Sekretarzem stanu w Ministerstwie Zdrowia został **Krzysztof Grzegorek**, lat 46, poseł na Sejm RP, absolwent łódzkiej AM, doktor medycyny i specjalista ginekolog-położnik. Od ukończenia studiów pracuje na oddziale położniczo-ginekologicznym w Zespole Opieki Zdrowotnej w Skarżysku-Kamiennej. W 1998 został ordynatorem oddziału, w 2005 dyrektorem całej placówki.

Podsekretarzami stanu zostali: **Marek Twardowski**, **Andrzej Włodarczyk** i **Mariola Dwornikowska**.

Marek Twardowski, lat 57, specjalista w zakresie chorób wewnętrznych i medycyny rodzinnej, absolwent wrocławskiej AM. Od 1974 r. związany z placówkami służby zdrowia w Nowej Soli (woj. lubuskie), a ostatnio dyrektor NZOZ Zespół Lekarzy Rodzinnych „Familia”. Lider Porozumienia Zielonogórskiego, zrzeszającego 14 tys. lekarzy i pielęgniarek podstawowej opieki zdrowotnej, które podpisało porozumienie wyborcze z PO.

Andrzej Włodarczyk jest doktorem medycyny i specjalistą chirurgiem. Ma 55 lat i pochodzi z Warszawy. W 1979 r. ukończył Wydział Lekarski AM w Warszawie. Karierę chirurgiczną rozpoczął w Oddziale Chirurgii Ogólnej Szpitala Śródmiejskiego w Warszawie, a kontynuował w I Katedrze i Klinice Chirurgii Ogólnej i Naczyniowej II Wydziału Lekarskiego AM oraz Klinice Chirurgii Ogólnej i Gastroenterologii CMKP w SPSK nr 1 im. prof. dr. W. Orłowskiego (adiunkt naukowo-dydaktyczny). W 2002 r. ukończył podyplomowe Studium Ekonomiki Zdrowia – Wydział Nauk Ekonomicznych Uniwersytetu Warszawskiego. Od 1 kwietnia 2000 r. jest przewodniczącym Okręgowej Rady Lekarskiej w Warszawie, a od 2006 r. wiceprezesem Naczelnej Rady Lekarskiej.

Mariola Dwornikowska z wykształcenia jest finansistką. Ukończyła zarządzanie na Akademii Ekonomicznej w Poznaniu; podyplomowo skończyła kierunek kontrola finansowa i audyt wewnętrzny w Wyższej Szkole Bankowej we Wrocławiu. Od 2000 r. związana się z systemem ochrony zdrowia – pracowała m.in. w Dolnośląskiej Kasie Chorych m.in. przy kontrolach finansowo-księgowych, a ostatnio jako zastępca dyrektora ds. finansowych w Akademickim Szpitalu Klinicznym im. J. Mikulicza-Radeckiego we Wrocławiu.

ms



Teoria sukcesu i praktyka klęski

Krystyna Knypl

Nie ma drugiego kraju na świecie, poza Polską, gdzie tak bezsensownie wymuszano by absorbowanie uwagi lekarza na sprawach, w których uczestniczyć on nie musi i nie powinien.

foto: Marek Stankiewicz

Wykonując zawód lekarza mam ciągle wrażenie jak gdybym była uczestniczką planu filmowego słynnego dreszczowca „Płonący wieżowiec” – przy kolejnych drzwiach pojawiają się różne osoby i oświadczają, że nie ma przejścia. Przebijanie się przez kolejne zarządzenia, osławianie urzędników, dogadzanie płatnikom, to nasz chleb powszedni. A przecież dla uprawiania medycyny tak naprawdę niezbędne i niezastąpione są tylko dwie osoby: lekarz i pacjent. Cała reszta, eufemistycznie zwana „zawodami medycznymi”, powinna być dodatkiem służebnym, a nie nadrzędnym.

Najnowszy z długiej listy absurdalnych pomysłów, z którymi przychodzi nam się stykać, to „ulepszony” wzór recepty, obowiązujący od nowego roku.

Listopadowe sygnały

Pewnego listopadowego poranka zagadnęła mnie sąsiadka, emerytowana lekarka, czy wiem coś na temat zmienio-

nych recept, które mają obowiązywać od nowego roku. Nic nie wiedziałam. Pytań na temat recept otrzymuję sporo, głównie za sprawą rubryki „Rozszyfruj receptę” i nie wyczułam niczego niepokojącego w luźno rzuconym pytaniu. Jednak gdy kilka dni później otrzymałam e-mail od koleżanki informujący o trudnościach w realizacji recept z nieprawidłowo wypełnioną rubryką „data realizacji”, postanowiłam zgłębić temat. Moje recepty, wydrukowane jeszcze w maju 2007 r., nie zawierały rubryki z datą realizacji i nie bardzo wiedziałam, na czym tak naprawdę polega problem.

Lektura stron internetowych centrali NFZ niczego nie wyjaśniała – poza sformułowaniami typu *nasz fundusz* oraz *nasze zdrowie*, w prostej linii nawiązującymi do komunistycznych przekonań, że ludzie mają wszystko wspólne (*nawet żony* – jak sugerowali odważni prześmiewcy komunizmu) niczego nie znalazłam. Nie tracąc nadziei odwiedziłam strony oddziału ma-

zowieckiego NFZ, gdzie odkryłam istnienie *Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 17 maja 2007 roku*, nabierającego mocy urzędowej wraz z nowym rokiem. Twórcy rozporządzenia wprowadzili kilka „ulepszeń” – pesel, data realizacji oraz dane podmiotu drukującego są nowymi składowymi recepty.

Studia nad dokumentem

Nawet pobieżna analiza proporcji poszczególnych elementów nowej recepty ścina z nóg każdego myślącego człowieka. Z precyzyjnie wyznaczonej przez rozporządzenie długości recepty wynoszącej 21 cm jedynie 4,5 cm przypada na wpisanie nazw zleconych leków, reszta to pola o naturze identyfikacyjnej i kontrolnej. *Nieważne, lekarzu, jak się namięczysz, próbując wcisnąć pięć leków na drobnym fragmencie recepty, najważniejsze jest udoskonalenie naszego wybujałego systemu kontroli* – zdają się mówić twórcy recepty.

Sklonna jestem podejrzewać, że autor nowego wzoru nigdy nie widział wypełnionej recepty z nazwami kilku leków, liczbą tabletek, dawkowaniem i nie ma najmniejszego pojęcia ile przestrzeni potrzeba na wyraźne napisanie tych danych. Tyle samo powierzchni co na napisanie nazw leków przeznaczono na *dane podmiotu drukującego* – leczenie bez tej informacji przecież może się nie udać! Jak można było do tej pory pomijać informacje o drukarzach, wszak leczenie pacjenta to proces zespołowy i nikt nie powinien być pominie! – mówi ulubiona teoria wielu tzw. menedżerów zdrowia i najwyraźniej znajduje ona odzwierciedlenie w nowym wzorze recepty.

Autor! autor! – wołam gromko. Chciałabym zadać mu osobiście kilka pytań, ale pewnie nie doczekam się tej satysfakcji, więc przechodzę do innych zagadnień, w końcu nie tylko receptami żyją ludzie w styczniu każdego roku – to

pora życzeń i marzeń o tym, co mogłoby się zdarzyć w nadchodzących miesiącach i latach.

Życzenia na Nowy Rok

Psychologia sukcesu mówi, że realizacja pragnień ma większą szansę, gdy zostaną one utrwalone w formie pisemnej. Brian Tracy, słynny amerykański specjalista w zakresie psychologii i teorii sukcesu twierdzi, że z dziesięciu napisanych życzeń pierwsze spełnia się w ciągu 24 godzin, drugie w ciągu tygodnia, trzecie w ciągu miesiąca. Na spełnienie pozostałych siedmiu trzeba długo pracować. Pomyślałam więc, że skoro tak się dzieje (a sprawdzałam to osobiście po wysłuchaniu wykładów Briana Tracy!), to może warto odrzucić praktykę klęski na rzecz teorii sukcesu i sporządzić taką listę w odniesieniu do naszego całego środowiska. Oto moje *top ten* dla nas wszystkich:

1. Ceńmy się!

Nie zawsze jesteśmy świadomi, że ludzie cenią nas proporcjonalnie do tego, jak my cenimy samych siebie. Nie mam na myśli prostych relacji finansowych (o czym nieco dalej), lecz troskę o to, aby podpis lekarza, jego opinia opatrzone pieczęcią nie były na skinienie palca każdej przypadkowej osoby. Często żądanie opatrzenia tego czy owego dokumentu podpisem z pieczęcią lekarza nie jest uzasadnione merytorycznie i towarzyszy mu słynne „Pani przystawi pieczęć”. Jeden z moich kolegów zwykł w takiej sytuacji odpowiadać, że to, co dla kogoś jest tylko pieczęcią, dla niego jest latami ciężkiej nauki i pracy. Chciałabym, abyśmy cenili się bardziej w każdej dużej i drobnej sprawie.

2. Bądźmy zjednoczeni!

Żaden bowiem podział nie umacnia środowiska, lecz je osłabia. Jest kilka płaszczyzn podziałów: ordynatory kontra asystenci, specjaliści kontra POZ, dyżurni na izbie przeciwko tym, co w karetce pogotowia, etatowi kontra rezydenci i tak dalej. Gdzieś u podłoża tych podziałów leży prawdopodobnie brak autentycznego szacunku i myślenie, że wzajemne poszanowanie jest nam bardzo potrzebne.

3. Szanujmy praktykę lekarską

Polscy lekarze praktycy są szeroko obecni we wszystkich szpitalach na całym świecie i ich umiejętności zawodowe są naprawdę znakomitej próby. Tym-

czasem gdy przeglądałam skład komitetów organizacyjnych renomowanych pism naukowych czy kongresów, polskie nazwiska są tam raczej wyjątkiem niż regułą – przypuszczam więc, że polska praktyka medyczna ma się o wiele lepiej niż nauka. Odnoszę wrażenie, że praktycy są niedoceniani, a zajmujący się tzw. nauką – przeceniani. Moim kolejnym życzeniem jest więc, aby grobla wokół każdego stawu była na jego miarę.

4. Uczmy się rzeczy pożytecznych

Chciałabym, aby programy naszych szkoleń podyplomowych były związane z tym, co jest nam potrzebne w praktyce i życiu. To żadna hańba wprowadzić do szkoleń podyplomowych umiejętność obsługi komputera i Internetu (dla wielu kolegów to nadal bariera trudna do pokonania), technikę prowadzenia negocjacji z płatnikiem, podstawy psychologii sytuacji konfliktowych (takie szkolenia, fundowane przez firmy ubezpieczeniowe, mają lekarze australijscy – zyskują na tym pacjenci, lekarze i ubezpieczyciele), doskonalenie języka angielskiego medycznego (przypada każdemu umiejętność rozmowy z pacjentem, niekonieczna jest emigracja), kurs profesjonalnych zachowań w zawodzie, który świadczy usługi dla innych ludzi (często w zachowaniach w gabinecie kierujemy się odruchami i romantycznymi wyobrażeniami z epoki pozytywizmu, które są mocno *passe*).

5. Przestańmy klęczeć przed pseudomedycyną!

Chciałabym, abyśmy przestali zadrećać się nawzajem koniecznością zapamiętania, że redukcja bezwzględного ryzyka w grupie chorych A leczonych lekiem B wynosiła 1,75 i badanie to dowodzi wyższości nad lekiem C, który redukował ryzyko jedynie o 1,50-krotnie. Nie oszukujemy się, to żadna medycyna – tylko przebiegły marketing i sprzedaż leków. Recytując takie doniosłe prawdy nie stajemy się nowoczesnie wykształconymi lekarzami, tylko bezwolnymi narzędziami w rękach globalnego marketingu.

6. Pamiętajmy, że wykonujemy wolny zawód i korzystajmy z tej wolności odważnie!

Skoro to wolny zawód, to dobrze by było, aby władza publiczna też była tego świadoma i nigdy nie próbowała dobierać nam obuwia i odzieży – choć

lubię sportowo-militarny styl, to uważam, że kamasze i mundury powinny być wyłącznie dla ochotników.

7. Niech posiadanie swoich uczniów stanie się ambicją każdego lekarza specjalisty!

Sprawowanie opieki nad młodszym kolegą powinno polegać na prawdziwym wtajemniczeniu go w arkan sztuki lekarskiej, a nie na trzymaniu w szachu terminem dopuszczenia do egzaminu specjalizacyjnego. W wielu wypadkach kierownik specjalizacji to funkcja wyłącznie administracyjna i marzy mi się, aby rozbicie specjalizacji, doktoratów i habilitacji było uwolnione od biurokratycznego wymogu posiadania opiekunów i kierowników na rzecz intelektualnej i emocjonalnej więzi ze starszym i bardziej doświadczonym kolegą. Przyczyniłoby się to waleń do zmniejszenia hierarchizacji naszego środowiska, która to hierarchizacja nie dodaje nam skrzydeł. Współczesne społeczeństwa, które preferują egalitaryzm, zawsze osiągają więcej.

8. Uwolnijmy nasze środowisko od mobbingu!

Marzy mi się, aby nasze środowisko było wolne od mobbingu, który w medycynie polskiej jest niczym żółtko w jajku – jak to określił jeden z czytelników portalu Esculap.

9. Niech nepotyzm będzie naganny!

Pokusa codziennego czuwania nad dziećmi i niejednokrotnie nienależnego przyspieszania kariery dzieci lekarskich jest pewnie dla wielu rodziców trudna do opanowania, ale chciałabym, żeby koledzy bardziej nad ową pokusą panowali.

10. Bądźmy profesjonalni w każdym aspekcie,

wykonując nasz zawód zgodnie ze standardami współczesnego profesjonalizmu, wykluczającego niepanowanie nad wypowiedzanymi słowami w relacjach służbowych, brak reakcji na prośby pacjenta i skłonność do nieformalnych zachowań finansowych.

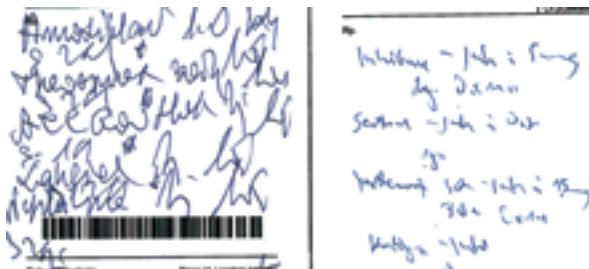
Chciałabym, aby każdy lekarz uważał za swój honorowy obowiązek, wykonywany na miarę swych możliwości, bez oglądania się na kogokolwiek, pracę na rzecz pozytywnego wizerunku naszego środowiska.

Jak zawsze czekam na listy, pod adresem: krystyna.knypl@compi.net.pl

Rozszyfruj receptę

Dylematy związane z wyraźnym pisaniem recept wydają się być nierozwiązywalne i prawdopodobnie znikną dopiero, gdy pojawią się nowe technologie w tej dziedzinie. Przed rokiem ruszył amerykański program eNEPSI promujący pisanie komputerowe recept, które są dostępne jedynie *on line* i nie mają wersji papierowej. Inicjatywę tę wspierają najwięksi potentaci w branży elektronicznej i komputerowej, a rozszerzyła ją ostatnio Quest Diagnostic <http://www.questdiagnostics.com/index.html>, proponująca dostęp do wyników *on line*. Piękna idea szerokiego dostępu przez 24 godziny do danych pacjenta – nie tylko o tym, na co jest uczulony, ale także do ostatniego oznaczenia potasu, który w papierowej wersji nie zawsze był dostępny lekarzowi w gabinecie, bowiem albo był w *Petersburgu*, w *biurku*, albo był *prawidłowy*, więc go nie zabierałem na wizytę. Nie spodziewam się, aby zdarzyło się to w naszym kraju w przewidywalnej przyszłości, na razie więc musimy ręcznie dziergać pesele, kody pocztowe i parę innych cyferek, przy których dawka leku wydaje się być dziwnie mało ważnym detailem.

Po historycznej receptce z numeru grudniowego, na którą nikt nie narzekał, że jest zbyt łatwa, powracam do współczesnych ordynacji, tym razem w podwójnej dawce i czekam na Wasze rozwiązania, jak zawsze pod adresem mailowym: krystyna.knypl@compi.net.pl



Za pięć dwunasta

Agnieszka Katrynicz

O konieczności skrócenia czasu pracy lekarzy wiadomo od 4 lat (kiedy weszliśmy do UE). Jednak w Polsce problemem zajęto się na 2 miesiące przed ich wprowadzeniem. I wciąż jest więcej pytań niż odpowiedzi.

Krótco przypomnijmy, że maksymalny – 48-godzinny tydzień pracy – wynikają z przyjętej przez Polskę Dyrektywy Unii Europejskiej 93/104/EC z 1993 r. Ustanawiała ona maksymalny tygodniowy wymiar czasu pracy na poziomie 48 godzin, z możliwością wyłączenia tego ograniczenia za zgodą pracownika (tzw. klauzula *opt-out*). Wygląda na to, że to właśnie na tę klauzulę liczyły kolejne ekipy Ministerstwa Zdrowia nie zajmując się tym problemem. Nie przewidziano jednak, że lekarze nie będą chcieli się na nią zgadzać.

Niefrasobliwość rządu okazała się tym większa, że gdy nowelizowano ustawę o zakładach opieki zdrowotnej (Dz. U. z 2007 r. nr 176, poz. 124) dostosując ją do dyrektywy unijnej czas pracy medyków popełniono kilka, drobnych co prawda, ale bardzo znaczących w praktyce błędów. Chodzi m.in. o niefortunny zapis o konieczności 11-godzinnego odpoczynku w każdej dobie. – Najwyraźniej polscy ustawodawcy poszli tu o krok dalej niż nakazuje dyrektywa unijna – nie ukrywa Konstanty Radziwiłł, prezes Naczelnej Rady Lekarskiej.

Szybka nowela?

Dlatego nie brakuje głosów, że wystarczy szybka nowelizacja tej nowelizacji, by problem rozwiązać. Takie rozwiązanie forsuje m.in. profesor Krzysztof Rączka, dziekan Wydziału Prawa Uniwersytetu Warszawskiego, który był gościem Naczelnej Izby Lekarskiej.

– Propozycja minister zdrowia o przesunięciu daty wejścia w życie przepisów o skróconym czasie pracy lekarzy niewiele by dała. Są orzeczenia sądów, które przyznają rację lekarzom domagającym się rekompensat finansowych lub dni wolnych za czas spędzony w pracy ponad unijny wymiar. Odsunięcie w czasie wejścia w życie tych przepisów oznaczałoby narażanie państwa na pokrywanie kosztów kolejnych wyroków sądowych korzystnych dla lekarzy. Trzeba również pamiętać, że 48-godzinny tygodniowy czas pracy tak czy inaczej obowiązuje, bo wynika to z kodeksu pracy – tłumaczył podczas spotkania w NIL. – Lepszym wyjściem jest znówelizowanie przepisów ustawy o zakładach opieki zdrowotnej, tak aby zminimalizować ryzyko niemożności zapewnienia przez dyrektorów szpitali ciągłości udzielania świadczeń zdrowotnych. Artykuł 17 ust. 2 i 3 unijnej dyrektywy określającej średni czas pracy na 48 godzin tygodniowo dopuszcza odstępstwa od 11-godzinnego odpoczynku dobowego, m.in. w stosunku do lekarzy. W projekcie nowelizacji należy wyraźnie określić, że prawo do 11-godzinnego odpoczynku przysługuje lekarzowi, nie w ciągu każdej doby, ale po odbytych dyżurach.

Profesor Rączka przygotował nawet dla Naczelnej Izby Lekarskiej projekt ustawy zmieniającej te niekorzystne przepisy. Zgodnie z nim, pracownikowi przysługuje w każdej dobie prawo do co najmniej 11-godzinnego odpoczynku z zastrzeżeniem, że

lekarzowi pełniącemu dyżur prawo to przysługuje bezpośrednio po jego zakończeniu. Jego projekt uwzględnia też pewne wyjątki od ogólnej zasady wprowadzającej 11-godzinny odpoczynek. Dotyczy to chociażby lekarzy ratujących życie pacjentów. Dzięki temu lekarze mogliby, jak dotychczas, pełnić 16- i 24-godzinne dyżury. Za podobnym rozwiązaniem opowiada się były minister zdrowia Marek Balicki, który jako zastępca przewodniczącego sejmowej komisji zdrowia obiecuje, że komisja jest w stanie zająć się tym problemem bardzo szybko. Jego zdaniem zmiany można by wprowadzić jeszcze przed 1 stycznia 2008 r.

Nokautu ciąg dalszy

Tymczasem nowy rząd spróbował innej drogi – szerokich konsultacji. Minister Ewa Kopacz gościła m.in. na IX Nadzwyczajnym Zjeździe OZZL. – Rozmawiało się lepiej niż z rządem poprzedniej kadencji. Ale konkretnie mało – podsumował to spotkanie Tomasz Underman, wiceprzewodniczący OZZL. I związek pozostał na swoim stanowisku – zgoda na *opt-out* w zamian za wyższe pensje. – Nasza zgoda na wydłużenie czasu pracy uzależniona jest od pensji w wysokości trzech średnich krajowych, czyli ok. 9 tys. brutto, dla lekarza specjalisty – tłumaczył Krzysztof Bukiel, przewodniczący OZZL. Lekarze liczyli choćby na obiecane jeszcze przez poprzednią ekipę 3 mld zł z Funduszu Pracy. Tymczasem rząd Platformy odrzucił to rozwiązanie. „Do podziału” został jedynie dodatkowy 1 mld zł, który wpłynął do NFZ ze składek zdrowotnych (zmniejszyło się bezrobocie i jednocześnie zwiększyły pensje i dlatego do NFZ wpłynęło więcej pieniędzy). Minister Kopacz deklarowała członkom OZZL, że nie będzie przekonywać lekarzy do pracy dłużej niż 48 godzin. Twierdzi, że sami

muszą rozważyć, czy chcą narażać pacjentów na brak opieki. Podkreśla, że od kwietnia pieniędzy w Funduszu będzie więcej. – 1 kwietnia jest *prima aprilis* – odpowiadali zirytowani związkowcy. Ucieszyła ich jedynie ocena min. Kopacz, że godna pensja dla lekarzy powinna w 2010 roku wynosić 11 tys. zł. Jednak minister zdrowia nie chce podpisać w tej sprawie zobowiązania, czyli układu zbiorowego czego domagali się związkowcy.

– Sytuacja po 1 stycznia wymusi na rządzie taki układ – zapowiada Underman.

Propozycje podwyżek od stycznia dostali za to młodzi lekarze: o ok. 350 zł na rękę. Ale i oni są niezadowoleni. – Dostalibyśmy tak czy inaczej 250 zł podwyżki, bo wynika to z przepisów dotyczących średniej krajowej pensji. Zarabialiśmy 1200 zł na rękę, teraz dostaniemy 1600. Nie wiem, kto by się cieszył z takiej pensji – mówiła Dorota Mazurek reprezentująca młodych lekarzy w OZZL.

Medycy już się zastanawiają, jak negocjować z dyrektorami szpitali, którzy w tej sytuacji zostali pozostawieni sami sobie, by rzeczywiście dostać podwyżki. Rozmowy ma koordynować związek zawodowy. Podwyżki mają wynosić przynajmniej tyle, ile wywalczone w Radomiu (groziła wtedy ewakuacja pacjentów): lekarz bez specjalizacji ma zarabiać 2,8 tysiąca, specjalista 3,4 tysiąca, osoba z drugim stopniem specjalizacji 3,9 tysiąca brutto. Do tego dochodzą wynagrodzenia za dyżury.

Sytuacja kombinowana

Tymczasem dyrektorzy szpitali „kombinują” jak wybrnąć z tej sytuacji. Jednym z pomysłów jest chociażby kontraktowanie lekarzy (tych samych, którzy pracują w szpitalu na etacie) na dyżury poprzez firmę zewnętrzną. Pojawiają się nawet tak egzotyczne pomysły jak wypożyczanie sobie nawzajem lekarzy. Oba rozwiązania pozwalają ominąć zapis, że lekarz nie może pracować na etacie i mieć kontraktowane dyżury w jednej placówce. – Zostaliśmy pozostawieni sami sobie, więc teraz szukamy wszystkich możliwych dróg wyjścia, ale tak naprawdę to chore, bo żaden rodzic nie zgodzi się na to, by autobus w którym jedzie jego dziecko pracował dłużej niż 8 godzin, ale operację, która ma uratować zdrowie potomka może przeprowadzać przemęczony lekarz i nikomu to nie przeszkadza – mówi Dariusz

Hankiewicz, dyrektor szpitala SP ZOZ w Radzynie Podlaskim.

Z perspektywy dyrektorów najlepszym wyjściem z sytuacji jest przejście wszystkich lekarzy na kontrakty. – My to zrobiliśmy już parę lat temu i okazuje się, że to nie tylko lepsza sytuacja dla lekarzy, którzy zaczęli zarabiać więcej, ale też i dla funkcjonowania placówki – tłumaczy Joanna Czużdaniuk-Szymankiewicz, dyrektor Miejskiego Szpitala Zespołowego w Olsztynie. Średnio na kontrakcie w jej szpitalu medycy zarabiają ok. 8 tys. zł, nie ma na oddziałach ordynatorów (zamiast nich pracują koordynatorzy oddziałów), a każdy oddział dostaje do dyspozycji swój własny budżet, który lekarze sami tak dzielą, by starczyło i na leki, i procedury a także na ich pensje. – Nie wtrącam się też w ich grafik. Wiadomo, że muszą zapewnić pacjentom ciągłą opiekę, ale jak to robią ustalają między sobą, bo w końcu to są ich własne pieniądze – tłumaczy Czużdaniuk-Szymankiewicz.

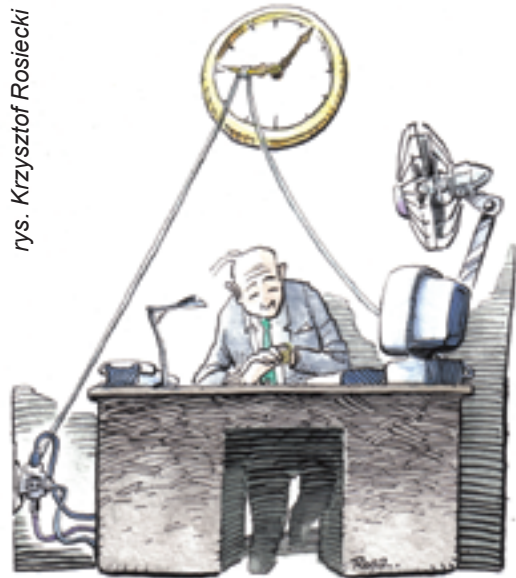
Nie da się jednak ukryć, że w szpitalu są rezydenci, którzy pozwalają załatać ewentualne dziury w grafiku. Na pytanie co mają zrobić małe powiatowe placówki wciąż nie ma odpowiedzi.

Lepsza kara?

Warto też przypomnieć, że Polsce ciągle grożą wysokie kary finansowe za niewdrożenie przepisów o skróconym czasie pracy lekarzy. To dotyczy także sytuacji, gdy dyrektorzy pod wpływem chwili wymyślą jakąś tymczasową protezę. Już teraz lekarze w całej Polsce domagają się od szpitali odszkodowań na ponad 3 mld zł za pracę ponad 48-godzinny tygodniowy limit (słynna sprawa Misia). Kwota ta może być jeszcze wyższa, jeżeli kolejni lekarze zwrócą się do sądów o uznanie ich roszczeń. Z danych OZZL wynika, że takich pozwów zostało złożonych ponad 4 tys. Najwięcej, bo ponad 750, w województwie łódzkim, 306 w pomorskim i ponad 140 w województwie podkarpackim.

Wysiłki Polski, by sprawę tę rozwiązać na forum unijnym na razie spełzły na niczym. Polska starała się o zmianę dyrektywy unijnej – tak, by zapisać w niej, że lekarze mogą pracować 65 godzin tygodniowo. Wielka Brytania, która także boryka się z brakiem lekarzy chciała ten przepis zmienić na 60 godzin. Podczas spotkania na początku grudnia sprawę jednak odłożono na później.

14.12.2007 r.



Kontrowersje wokół dyżuru medycznego

Krzysztof Rączka

Nowe przepisy o dyżurach medycznych jeszcze nie weszły w życie, a już powinny być zmienione – pisze prof. dr hab. Uniwersytetu Warszawskiego

Najwięcej kontrowersji we wchodzącej w życie 1 stycznia nowelizowanej ustawie o zakładach opieki zdrowotnej (dalej: ustawa) wywołują te jej przepisy, które odnoszą się do dyżuru medycznego, a zwłaszcza jego wpływu na okres odpoczynku dobowego i tygodniowego. Przez dyżur medyczny (dalej: dyżur) rozumie się, zgodnie z art. 18d ust. 1 pkt 4 ustawy, wykonywanie poza normalnymi godzinami pracy czynności zawodowych przez lekarza lub innego posiadającego wyższe wykształcenie pracownika wykonującego zawód medyczny w ZOZ przeznaczonym dla osób, których stan zdrowia wymaga udzielania całodobowych świadczeń zdrowotnych. Z definicji tej wynika, że dyżur zawsze wykonywany jest poza normalnymi godzinami pracy, a więc zawsze ponad obowiązującym pracownika dobowym lub tygodniowym wymiarem czasu pracy. Istotną nowością jest art. 32i ust. 2, według którego czas dyżuru wlicza się do czasu pracy.

W każdej dobie

Ustawa nie określa bezpośrednio dopuszczalnego wymiaru czasu trwania dyżuru w wymiarze dobowym. Nie oznacza to jednak, że nie jest on prawnie czasowo limitowany. W zależności od przyjętej koncepcji dobowy wymiar dyżuru ograniczony jest albo 24-godzinnym wymiarem doby pracowniczej, albo okresem dobowego odpoczynku. Zgodnie z art. 32jb. ust. 1 ustawy pracownikowi w każdej dobie przysługuje prawo do co najmniej 11 godzin nieprzerwanego odpoczynku. Ustawodawca kategorycznie stwierdził, że prawo do takiego wypoczynku przysługuje „w każdej dobie”, i nie dopuścił żadnych odstępstw od tej reguły. Nie można tu nawet stosować wyjątków od zasady 11-godzinnego dobowego odpoczynku przewidzianych w art. 132 § 2 kodeksu pracy (odnoszących się do pracowników zarządzających zakładem pracy w imieniu pracodawcy

oraz do pracy koniecznej do prowadzenia różnego rodzaju akcji ratowniczych), bo tu wchodzi w grę odrębna szczególna regulacja wyłączająca cały art. 132 k.p. Regulacja ta, bardziej restrykcyjna niż kodeksowa, jest wysoce wątpliwa, bo wyklucza naruszenie zasady 11-godzinnego odpoczynku nawet w sytuacji bardzo często występującej w pracy personelu medycznego – konieczności prowadzenia akcji dla ratowania życia lub zdrowia ludzkiego, chyba że powołamy się na stan wyższej konieczności. Trudno zrozumieć, jakimi względami kierował się tu ustawodawca.

Częściowo odrębnie unormowano prawo do odpoczynku dobowego. Stosownie do ust. 2 art. 32jb. ust. 2 ustawy „okres odpoczynku, o którym mowa w ust. 1”, powinien być udzielony bezpośrednio po zakończeniu pełnienia dyżuru.

Na tle wskazanych unormowań powstała zasadnicza kontrowersja: Ile może trwać dyżur w ciągu danej doby? Ustawa nie ma własnej definicji doby, zatem za art. 128 § 3 pkt 1 k.p. należy przyjąć, że przez dobę należy rozumieć 24 kolejne godziny, poczynając od godziny, w której pracownik rozpoczyna pracę. W tak rozumianej dobie rozliczany jest dobowy wymiar czasu pracy, dyżur, a także powinien być rozliczony dobowy okres odpoczynku.

Rozbieżne stanowiska

W przedstawionej kwestii zarysowały się rozbieżne stanowiska. Zdaniem Głównego Inspektoratu Pracy (stanowisko z 27 XI ub.r.) u pracowników pełniących dyżur 11-godzinny okres odpoczynku dobowego, który przypada w dobie pracowniczej, powinien być udzielony bezpośrednio po zakończeniu pełnienia dyżuru zgodnie z art. 32jb. ust. 2 ustawy. Według GIP ta szczególna regulacja ustawowa modyfikuje sposób udzielania odpoczynku przewidziany w kodeksie pracy i jako taka ma pierwszeństwo przed regulacją kodeksową. GIP uważa,

że ustawa nie przenosi reguły wynikającej z art. 1515§2 k.p., zgodnie z którą czas pełnienia dyżuru nie może naruszać prawa pracownika do dobowego i tygodniowego odpoczynku. W praktyce więc, zdaniem GIP, nie ma przeszkód prawnych, by odpoczynek dobowy udzielany był po zakończeniu dyżuru, którego maksymalny okres trwania musi zamykać się w obrębie 24 godzin od chwili rozpoczęcia pracy, gdy dyżur pełniony jest po zakończeniu normalnej pracy. Oznacza to, że dla pracownika, którego dobowy wymiar czasu pracy wynosi siedem godzin 35 minut, dyżur nie może przekraczać 16 godzin 25 minut, natomiast dla pracującego przez 12 godzin w równoważnym czasie pracy dyżur nie może przekraczać 12 godzin. W wypadku dyżuru pełnionego w dniu wolnym od pracy dyżur może być natomiast pełniony przez 24 godziny.

Pogląd nie do zaakceptowania

Przedstawiony pogląd nie zasługuje na akceptację i należy z nim polemizować. Przede wszystkim nie znajduje uzasadnienia w wykładni gramatycznej art. 32jb. ust. 2 ustawy. Przepis ten wyraźnie stanowi, że pracownikowi pełniącemu dyżur odpoczynek przysługuje bezpośrednio po jego zakończeniu. O jaki odpoczynek tu chodzi? – o okres odpoczynku, o którym mowa w ust. 1 art. 32jb. A o jakim okresie odpoczynku stanowi ów ust. 1? O okresie co najmniej 11-godzinnego nieprzerwanego odpoczynku „przysługującego w każdej dobie”. Oznacza to, że nie tylko na gruncie ust. 1, lecz także na gruncie ust. 2 nieprzerwany 11-godzinny odpoczynek przysługuje w każdej dobie, tyle że jest udzielany bezpośrednio po dyżurze.

Skoło doszliśmy do wniosku, że zarówno w sytuacji opisanej w ust. 1, jak i w ust. 2 art. 32jb. istnieje obowiązek zapewnienia 11-godzinnego odpoczynku w danej dobie pracowniczej, to może powstać pytanie, po co w takim razie usta-

wodawca ustanawiał ust. 2. Przepis ten gwarantuje, że dyżur zawsze musi przypadać po okresie normalnej pracy, ponieważ okres odpoczynku dobowego ma przypadać bezpośrednio po dyżurze; uniemożliwia on natomiast sytuację, w której pracownik po dyżurze w stanie określonego zmęczenia przystępuje do normalnej pracy i dopiero po niej korzysta z dobowego odpoczynku.

Uwzględniając powyższe, należy stwierdzić, że niezależnie od przyjętego systemu czasu pracy dobowy wymiar czasu pracy wraz z wliczanym do niego czasem trwania dyżuru w każdej dobie nie może przekraczać 13 godzin. Tak więc wymiar dyżuru dla pracownika pracującego normalnie siedem godzin 35 minut na dobę nie może przekraczać pięciu godzin 25 minut, natomiast dla pracującego 12 godzin na dobę – jednej godziny.

Odwolywanie się przez GIP do art. 1515§2 k.p. jest bezprzedmiotowe, bo ustawa ma własną odrębną regulację dyżuru, w której wymóg udzielenia 11-godzinnego nieprzerwanego odpoczynku „w każdej dobie” (ust. 2 w zw. z ust. 1 art. 32jb.) pełni tę samą rolę co przywołany przez GIP § 2 art. 1515 k.p. Tak więc ust. 2 art. 32jb. ustawy nie może być traktowany jako wyjątek od § 2 art. 1515 k.p. Gdybyśmy mieli posłużyć się wykładnią porównawczą, to należałoby przyjąć, że skoro z powołanego przepisu kodeksowego wynika reguła, iż czas pełnienia „zwykłego” dyżuru, na którym praca nie jest świadczona, a który może być pełniony także w domu i który nie jest wliczany do czasu pracy, nie może naruszać prawa do dobowego odpoczynku, to tym bardziej prawa tego nie powinien naruszać dyżur, który polega na wykonywaniu w ZOZ czynności zawodowych przez lekarza i który jest wliczany do czasu pracy.

Dosyć już zamieszania

Analizowanej nowelizacji dokonano pod hasłem dostosowania przepisów o czasie pracy w służbie zdrowia do dyrektywy 2003/88/WE Parlamentu Europejskiego i Rady z 4 listopada 2003 r. dotyczącej niektórych aspektów organizacji czasu pracy. Rzeczywiście art. 17 ust. 2 i 3 lit. c) dopuszczają wprowadzenie, w szczególności w drodze ustawowej, odstępstw od zasady 11-godzinnego odpoczynku w okresie 24-godzinnym w wypadku „usług odnoszących się do przyjmowania, leczenia i/lub opieki zapewnianych przez szpitale”, pod warunkiem jednak, „że zainteresowanym pracownikom zapewniono równoważne okresy wyrównawczego odpoczyn-

ku lub (...) przyznano właściwą ochronę”. Jeżeli więc art. 32jb. ust. 2 ustawy miałby ustanawiać odstępstwo od zasady dobowego 11-godzinnego nieprzerwanego odpoczynku opartej na art. 17 ust. 2 i 3 lit. c) dyrektywy, to wypada zapytać, gdzie ustanowiono „równoważny okres wyrównawczego odpoczynku” lub „właściwą ochronę” za czas dyżuru przekraczający łącznie z czasem pracy 13 godzin?

Dopuszczalność zmniejszenia – czy to dobowego, czy tygodniowego – okresu odpoczynku musi wynikać z wyraźnego przepisu prawa. Odstępstw od tak ważnej, z punktu widzenia ochrony interesów pracowniczych, reguły co najmniej 11-godzinnego nieprzerwanego dobowego odpoczynku nie można wprowadzić w drodze wątpliwej wykładni.

Jednak przyjmijmy na chwilę stanowisko GIP. W skrajnym wypadku dopuszcza ono następującą sytuację: po 24 godzinach pracy i wliczanego do czasu pracy dyżuru albo po 24 godzinach samego dyżuru pełnionego w dniu wolnym od pracy pracownikowi medycznemu zapewniamy 11-godzinny nieprzerwany odpoczynek. Czy miałyby to oznaczać, że już po tych 11 godzinach odpoczynku mógłby on ponownie przystąpić do pracy, czy też jednak przerwa w pracy powinna trwać dłużej niż te 11 godzin.

Pierwszą możliwość należy chyba odrzucić jako niedorzeczną, bo dopuszczałaby ona sytuację, w której lekarz zatrudniony w równoważnym czasie pracy pracuje 12 godzin, następnie ma 12-godzinny dyżur, po którym korzysta z 11-godzinnego nieprzerwanego odpoczynku, a potem znowu pracuje 12 godzin i ma 12-godzinny dyżur. Czy zamiar dopuszczenia do takiej organizacji pracy lekarza można przypisać racjonalnemu ustawodawcy? Skoro odrzucamy taką możliwość, to oznacza, że po czasie pracy i czasie dyżuru obejmujących łącznie 24 godziny lekarz powinien mieć zapewniony dłuższy niż 11-godzinny okres odpoczynku, lecz taki racjonalny wniosek koliduje z kolei z ust. 2 art. 32jb.

Od pewnego czasu trwa zamieszanie związane z interpretacją przepisów ustawy. Przedłużanie niepewności do niczego dobrego nie prowadzi, tym bardziej że nie do utrzymania jest interpretacja GIP, a nawet gdyby ją przyjąć, to art. 32jb. ustawy naruszałby art. 17 ust. 2 dyrektywy. Należy więc jak najszybciej dokonać przemyślanej nowelizacji ustawy. Samo odsuwanie w czasie daty wejścia w życie ustawy niewiele da.

„Prawo co dnia” [w] „Rzeczpospolita”, 3.12.2007, str. 7.

Do dyrektyw podchodzić ze zdrowym rozsądkiem

Andrzej Lewandowicz

Sprawa dyrektywy ograniczającej czas pracy lekarzy coraz bardziej przebija się do świadomości w miarę jak wychodzi na jaw, że jej wymiernymi skutkami może być uniemożliwienie funkcjonowania dużej części polskiej służby zdrowia.

Poza aspektami finansowymi, warto spojrzeć na problem od innej strony. Czy dyrektywy odgórnie narzucane, a z których nic dobrego nie wynika, poza tym, że urzędnik dyrektywodawca wie ponoć najlepiej „co lekarze lubią najbardziej” mają moralną rację bytu? Sprawę komentował niedawno prezes NRL Konstanty Radziwiłł, a cytował ten po uchwaleniu ustawy przez Sejm w 2007 r. ograniczającej czas pracy lekarzy w celu dostosowania do dyrektywy ETS przybrał jeszcze bardziej na aktualności: *Wchodząc do Unii stajemy ponownie przed podobnym problemem: ustawodawca, czy raczej „dyrektywodawca”, nie przyjmuje do wiadomości, że praca lekarza wymaga dłuższej obecności w szpitalu i że przepisy opisujące pracę urzędników czy robotników budowlanych po prostu nie dają się tu zastosować. I co ważne: nie wynika to z jakichś wąsko pojętych interesów lekarzy, ale stawką są tu takie sprawy jak konieczność zapewnienia ciągłości leczenia oraz możliwości kształcenia młodszych lekarzy i studentów* („Gazeta Lekarska” nr 4/2004).

Prawo, nie wchodząc w tym momencie w inne szczegóły, do przymusowego, nieprzerwanego 11-godzinnego odpoczynku po każdym dniu pracy, o które zatroszczył się dyrektywodawca, być może brzmi pięknie, podobnie jak deklaracje jednej z agend ONZ, że każdy ma prawo do tańca. Cóż z tego jednak, jeśli to uszczęśliwianie na siłę może skutkować dezorganizacją pracy placówek służby zdrowia, odbijając się negatywnie na ciągłości opieki medycznej, *de facto* na pacjencie, utrudniając możliwości

szkolenia, ale i powodując „poszarpanie” życia rodzinnego lekarzy i innych zajęć. Czy lekarze powinni marnować czas na rozwiązywanie łamigłówek jak przeciwdziałać szkodliwym skutkom dyrektywy, czy raczej poświęcić czas na leczenie pacjentów, szkolenie i rozbicie specjalizacji?

Zamiast godzić się z utrudniającymi życie dyrektywami, tworzonymi w końcu przez ludzi (takich samych jak my, z tym może wyjątkiem, że bardziej oderwanych od rzeczywistości, dla których praca w szpitalu to czysta teoria!), a kierowanych do nas aż z Brukseli, należy wykazać ich negatywne skutki, właśnie po to, aby odstąpić od ich nieracjonalnego wdrażania.

Dogmatyczny argument, że to dyrektywa europejska, a więc prawo nadrzędne jest argumentem chybionym. Dlaczego? Dyrektywy, zarządzenia i inne akty prawne mają przecież służyć dobru, w konkretnym przypadku poprawie warunków opieki nad pacjentem i warunków pracy lekarza. A jeśli tego w polskich warunkach dyrektywy te nie czynią, a wręcz utrudniają, nie mają moralnego prawa do usankcjonowania. Stąd sugestia postawiona na początku. Przykład może z innego pola – przecież tworzone i uaktualniane standardy i wytyczne postępowania medycznego służyć powinny nie pogarszaniu, ale optymalizacji skuteczności diagnostyki i leczenia. Jeśli się nie sprawdzają, poddaje się je modyfikacji, czy też odrzuceniu. Taka jest logika. A czy w przypadku zaleceń, praw czy rozporządzeń dotyczących na przykład czasu pracy lekarza taktyka nie powinna być podobna? Zamiast tępo i czołobitnie podporząd-

kowywać się – odrzucić w myśl zasady „Po pierwsze nie szkodzić”. A zdroworozsądkowe podejście wobec dyrektyw, które, jak wiele na to wskazuje, mnożyć się będą jak przysłowiowe króliki, skutecznie je spacyfikuje.

Przykład postępowania idzie chociażby z Wielkiej Brytanii, o wiele bogatszej finansowo od Polski, a mimo to dającego sobie wątpliwe eksperymenty na służbie zdrowia. Kraj ten formalnie zobowiązał pracowników do korzystania ze sprecyzowanego w dyrektywie czasu odpoczynku, ale praktycznie nie zobowiązując do jego egzekwowania.

Takiego patrzenia przez palce i z pozbawieniem na kapryśne i często nielogiczne dyrektywy urzędników europejskich, wsławionych określaniem na przykład dopuszczalnej krzywiżny ogórka, nasi politycy muszą się jeszcze długo, długo uczyć. Podczas gdy inne kraje bronią się przed nieprzemysłanym centralnym sterowaniem, nie uwzględniającym konkretnych warunków, polscy urzędnicy liczą chyba na pochwały za skrupulantyzm w kompletowaniu absurdów, podobnie jak niedawno przed obliczem wschodniego suwerena. Ale czyż nie było wtedy ducha w Narodzie, by nieraz z humorem i tak robić swoje?

Wypada mieć nadzieję, że życie i presja środowiska zawodowego zweryfikuje dyrektywy i w ślad za nimi idące ustawy oraz rozporządzenia ministra zdrowia, no bo przecież jeśli przyjdzie, na przykład, spać w dzień, a pracować w nocy na okrągło w imię wzniosłych idei – tj. wypełniania takiej czy owej dyrektywy – to niejedną z nas zapuka się w czoło.



Rzecznik prasowy NRL

foto: Marek Stankiewicz

Prezydium NRL – 7 XII 2007

Prezydium przyjęło stanowisko w sprawie projektu rozporządzenia ministra finansów w sprawie **kas rejestrujących**. Prezydium z zadowoleniem przyjmuje założenia opinowanego projektu, w szczególności zwolnienie usług z zakresu ochrony zdrowia i opieki społecznej z obowiązku ewidencjonowania obrotu i kwot podatku należnego przy zastosowaniu kas rejestrujących.

Naczelna Rada Lekarska – 14 XII 2007

NRL uchwaliła budżet Naczelnej Izby Lekarskiej na 2008 r.

NRL przyjęła uchwałę w sprawie **ustalenia kosztów czynności przejętych od organów administracji państwowej**. Na tej podstawie zostaną podjęte kroki zmierzające do otrzymania w ten sposób refundacji z Ministerstwa Zdrowia.

NRL przyjęła stanowisko w sprawie **czasu pracy lekarzy**. NRL opowiada się za utrzymaniem większości rozwiązań prawnych dotyczących czasu pracy lekarzy, wprowadzonych przez znowelizowaną ustawę o zakładach opieki zdrowotnej, w szczególności daty wejścia jej w życie tj., 1 stycznia 2008 r. Ewentualne zmiany prawa mogłyby dotyczyć jedynie możliwości wydłużenia czasu pracy lekarza ponad 13 godzin dziennie, za jego pisemną zgodą i przy ustaleniu maksymalnej liczby godzin zatrudnienia w okresie rozliczeniowym. NRL opowiada się przeciwko zamierzeniu stosowania systemu pracy zmianowej lub tzw. pracy równoważnej oraz zgłasza zdecydowany sprzeciw wobec propozycji uznania, że nieaktywny czas dyżuru medycznego pełnionego w miejscu zatrudnienia nie stanowi czasu pracy.

NRL przyjęła stanowisko w sprawie **obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej lekarzy i lekarzy dentystów**. NRL stwierdza, iż grupa zawodowa lekarzy i lekarzy dentystów objęta jest koniecznością zbyt dużej liczby tytułów ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej. Taki system ubezpieczenia jest niespójny i skomplikowany, zaś jego głównymi beneficjentami są, jak się w praktyce okazuje, nie pacjenci czy ubezpieczający się, lecz ubezpieczyciele. Nieprecyzyjne przepisy prawa powodują już dziś, a w przyszłości jeszcze częściej będą powodować konieczność zawierania przez lekarza kilku różnych umów ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej w zależności m.in. od tego, w jakiej formie będzie aktualnie wykonywał zawód. Taki stan rzeczy w ocenie samorządu lekarskiego wymaga natychmiastowej zmiany, z tego względu NRL stoi na stanowisku, że niezbędne jest pilne uregulowanie kwestii ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej lekarzy i lekarzy dentystów w sposób wyczerpujący, spójny i wychodzący naprzeciw potrzebom pacjentów oraz lekarzy i lekarzy dentystów, a nie firm ubezpieczeniowych.

NRL przyjęła stanowisko w sprawie konieczności wprowadzenia zmian w ustawie o zawodach lekarza i lekarza dentysty w zakresie **opłat za wpis do rejestru podmiotów prowadzących kształcenie podyplomowe**. NRL stwierdza, iż okręgowej radzie lekarskiej powinno przysługiwać prawo do zwolnienia z opłaty za wpis do rejestru podmiotów prowadzących kształcenie podyplomowe lekarzy i lekarzy dentystów jednostek niekomercyjnych. W szczególności prawo takie powinno przysługiwać w stosunku do towarzystw lekarskich oraz grup lekarzy i lekarzy dentystów prowadzących tzw. kształcenie wewnętrzne.

Z kalendarza Prezesa NRL

- Udział w konferencji nt. koniecznych zmian w ochronie zdrowia proponowanych przez Rzecznika Praw Obywatelskich.
- Udział w konferencji naukowej organizowanej przez OIL w Częstochowie i Towarzystwo Lekarskie Częstochowskie.
- Udział w spotkaniu członków NSL i przedstawicieli OSL.
- Udział w krajowym zjeździe Czeskiej Izby Lekarskiej w Brnie.
- Udział w spotkaniu Prezydium NRL z ministrem zdrowia Ewą Kopacz.
- Listy do Ewy Kopacz, ministra zdrowia, Jolanty Fedan, ministra pracy i polityki społecznej oraz posłów do Parlamentu Europejskiego – w sprawie proponowanych zmian treści Dyrektywy Nr 2003/88/WE Parlamentu Europejskiego i Rady z 4.11.2003 r. dot. niektórych aspektów organizacji czasu pracy.
- Udział w konferencji nt. przyszłości ochrony zdrowia w Polsce zorganizowanej przez IIR.
- Udział w posiedzeniu Komisji Zdrowia Sejmu nt. projektu budżetu państwa w części dot. ochrony zdrowia.
- Udział w inauguracji 11 Europejskiego Kongresu Chirurgów.
- Udział w konferencji w NIL nt. problemów związanych z nowymi przepisami dot. czasu pracy lekarzy.
- List do Zbigniewa Ćwiąkalskiego, ministra sprawiedliwości – odp. na pismo dot. niewielkiego zainteresowania lekarzy pełnieniem funkcji biegłego sądowego z uwagi na zbyt niskie wynagrodzenie.
- Udział w konferencji w NIL dot. organizacji systemu pomocy lekarzom uzależnionym.
- Udział w IX Krajowym Zjeździe Delegatów OZZL.
- Udział w charakterze eksperta WHO w projektowaniu reformy systemu ochrony zdrowia w części dotyczącej zasobów ludzkich w Baku (Azerbejdżan).
- List do Elżbiety Buczkowskiej, prezesa Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych – gratulacje w związku z wyborem na funkcję prezesa NRPIP oraz zaproszenie na obrady IX Nadzwyczajnego Krajowego Zjazdu Lekarzy.
- List do Andrzeja Włodarczyka, podsekretarza stanu w Ministerstwie Zdrowia – gratulacje w związku z nominacją na funkcję podsekretarza stanu w MZ.
- List do Ewy Kopacz, ministra zdrowia w sprawie konieczności znowelizowania rozporządzenia ministra zdrowia w sprawie recept lekarskich w części dot. wzoru recepty lekarskiej.

Tomasz Korkosz
tel. 022-559-13-27, 0602-218-710
faks 022-559-13-26
e-mail: t.korkosz@hipokrates.org

REKLAMA

REKLAMA

Szansa tylko za granicą

Agnieszka Katrynicz

Coraz większa liczba lekarzy myśli o wyjeździe za granicę. Niestety, większość z nich nie zamierza wracać.

Pokazały to dobitnie medyczne targi, które w 2007 r. odbyły się w Gdańsku, Wrocławiu, Krakowie i Warszawie. Wystawców, głównie z Niemiec i oferujących pracę w Wielkiej Brytanii, tłumnie odwiedzali przede wszystkim studenci. – Już zdając na akademię medyczną wiedziałem, że nie będę pracował w Polsce – mówi Adam, student gdańskiej AM. I, niestety, jego zdanie nie było odosobnione. Jednym z głównych powodów jest to, że młodym lekarzom po studiach coraz trudniej zrobić specjalizację. Tymczasem zachodnie kliniki czekają na polskich lekarzy. I coraz częściej mają oferty nie tylko dla specjalistów (jak to było przez ostatnie kilka lat), ale także dla świeżo upieczonych „LEP-istów”.

Tylko jedna granica

– Nie chciałem wyjeżdżać, ale w Polsce nie mogłem znaleźć miejsca, by zrobić specjalizację z chorób wewnętrznych – mówi Mateusz Muszewski, przedstawiciel sieci klinik MediClin. – Okazało się, że Niemcy bardzo chętnie go przyjmą. Mógł wybrać kli-

nikę, gdzie robi specjalizację, a pracodawca stworzył nawet miejsce pracy dla jego żony (też lekarki). – Zarobki może na początku nie są duże, bo 3 tys. euro, ale za to komfort pracy ogromny – podkreśla. Notowany na giełdzie MediClin, który ma 30 klinik na terenie niemal całych Niemiec, poszukuje m.in. chirurgów, ortopedów, neurologów i anestezjologów. – Jesteśmy jednak otwarci także na młodych lekarzy, którzy nie mają jeszcze żadnej specjalizacji – mówi Dirk Schmitz, dyrektor personalny MediClin. – Mamy ok. 30-40 wolnych etatów. Wymagamy tylko kontaktowej znajomości języka niemieckiego, która powinna wystarczyć do komunikowania się z pacjentami i prowadzenia dokumentacji medycznej. W tej chwili 4 proc. lekarzy zatrudnionych w naszych klinikach w charakterze asystentów stanowią Polacy. Młodzi lekarze mogą otworzyć w szpitalach sieci MediClin specjalizację praktycznie we wszystkich dziedzinach medycyny. Możliwością otwarcia specjalizacji w swoich klinikach kusiła też m.in. jedna z największych sieci szpitali w Niemczech Sana Klinikum z Hof w Saksonii. Szuka lekarzy, któ-

rzy chcieliby zrobić specjalizację z interny. Do dyspozycji ma ogromny oddział wewnętrzny z 200 łózkami. Kuratorium für Dialyse und Nierentransplantation, prowadzące na terenie całych Niemiec ponad 200 ośrodków dializoterapii, chce z kolei nawiązać kontakt z polskimi internistami zainteresowanymi nefrologią. – Szukamy lekarzy, którzy chcą zrobić specjalizację z nefrologii. Sfinansujemy im edukację i zapewnimy kształcenie we współpracy z najlepszymi ośrodkami uniwersyteckimi w Niemczech – zapewnia Andrea Metternich z działu personalnego Kuratorium für Dialyse und Nierentransplantation.

– Niemcy to jedyny kraj w Unii Europejskiej, gdzie nasi lekarze bardzo łatwo, dużo łatwiej niż w Polsce, mogą zrobić specjalizację. Zarobki są tam kilkakrotnie wyższe, a dojście do specjalizacji prostsze, bo jej zdobycie nie jest uwarunkowane zdaniem egzaminu. Młody lekarz, który zna niemiecki, może na kilka lat wyjechać do Niemiec, zrobić wybraną przez siebie specjalizację, a następnie wrócić do Polski z dyplomem, który jest automatycznie uznawany w całej Unii Europejskiej – zauważa dr Grzegorz Chodkowski, dyrektor II Międzynarodowych Medycznych Dni Kariery.

Kurs na Wyspy

Jednak najwięcej osób było zainteresowanych wyjazdem do Wielkiej Brytanii lub Irlandii. Trudno się dziwić – nie ma praktycznie bariery językowej, bo większość lekarzy znakomicie mówi po angielsku. Warto jednak zaznaczyć, że jeszcze niedawno przyjeżdżali do nas przedstawiciele NHS, a dziś oferty czekają raczej w sektorze prywatnym, i to głównie na stanowisku RMO (Resident Medical Officer – jest to stały element szpitali prywatnych w Wielkiej Brytanii. Każdy z przeszło 200 szpitali prywatnych w Zjednoczonym Królestwie zobligowany jest do zapewnienia ciągłej opieki me-

dycznej swoim pacjentom. W praktyce oznacza to obecność lekarza dyżurnego, RMO właśnie, na terenie szpitala przez 24 godz., siedem dni w tygodniu – przyp. AK).

Praca w tym systemie oznacza mniej więcej 2-tygodniowy pobyt na Wyspach. – To dobra praca dla młodych lekarzy, tuż po LEP-ie, którzy nie tylko mogą podszkolić język, ale też nauczyć się pracy w innym systemie i przy okazji nieźle zarobić – mówi Katarzyna Blesznowska, przedstawicielka NES Healthcare Polska. – Poza tym pracując w ten sposób można zrobić specjalizację w kraju. Zarobki RMO wynoszą około 1,5 tys. funtów (za dwa tygodnie pracy). Inne oferty pracy skierowane były do specjalistów z doświadczeniem. Do najbardziej poszukiwanych w Zjednoczonym Królestwie i Irlandii specjalistów należą: anestezjolodzy, radiolodzy, onkolodzy, mikrobiolodzy. – Poszukiwani są też lekarze o wąskich specjalizacjach oraz pielęgniarki i farmaceuci – mówi Sylwia Kubasiewicz, konsultant IMS Recruitment.

Specjaliści mogą liczyć na roczne kontrakty, podczas których zarobią od 50 do 120 tys. funtów (w zależności od specjalizacji i miejsca pracy).

Egzotyczne kierunki

Ale nie brakowało też i ofert z bardzo egzotycznych miejsc, takich jak: Dubaj, Abu Dhabi, Filipiny czy Australia. Tu potencjalni pracodawcy oferują 2, 3-letnie kontrakty. Zarobki wynoszą ok. 3-5 tys. dolarów.

– Przez niski kurs dolara zarobki nie wydają się bardzo duże, ale warto pamiętać, że współpracując z nami szpitale oferują atrakcyjny pakiet socjalny: zakwaterowanie dla całej rodziny podczas trwania całego kontraktu, dopłaty na współmałżonka (jeśli nie pracuje), dodatk na dzieci, zagwarantowane miejsce w szkole lub przedszkolu, a w niektórych przypadkach przelot do Polski 2-3 razy w roku na koszt pracodawcy – zachęca Katarzyna Kawa-Grapa z firmy Rutledge Joblink. – Zapewniamy pracę w prestiżowych ośrodkach, wyposażonych w najnowocześniejszy sprzęt i za-

trudniających międzynarodową załogę. To jest oferta przede wszystkim dla specjalistów, ale zapotrzebowanie na personel medyczny w Emiratach Arabskich jest tak duże, że znajdziemy pracę także dla lekarzy, którzy mają ukończony zaledwie staż.

Jak zatrzymać?

Ogromne zainteresowanie targami cieszy pewnie ich organizatorów i wystawców, ale martwić musi polskich decydentów. Wciąż brakuje rzetelnej analizy, ilu lekarzy w poszczególnych specjalnościach w najbliższych latach odejdzie na emeryturę, trudno więc oszacować zapotrzebowanie na konkretnych specjalistów w dłuższej perspektywie. W połowie 2006 r. doliczono się w szpitalach w całym kraju 3958 wakatów (na ankietę resortu zdrowia odpowiedziało 80 proc. placówek). Z szacunków izb lekarskich wynika, że pracę poza Polską mogło już rozpocząć ponad 5 tys. lekarzy. I liczba ta z miesiąca na miesiąc rośnie. Jednak rząd ciągle nie zna odpowiedzi na pytanie jak ich zatrzymać w kraju.

foto. Mateusz Gajda



Dużo, ale za mało

Tadeusz L. Chruściel, Urszula Rolczyk

Transparentność wykazów

Ostatnia wersja dokumentu Ministerstwa Zdrowia „Założenia zmian w systemie refundacji leków” zredagowana 15 września 2005 r. została przez ministra zdrowia prof. Zbigniewa Religę ŚLUSZNIE przedstawiona do dyskusji na początku kadencji rządu premiera Jarosława Kaczyńskiego. Zgłoszone do tekstu, potrzebne i liczne merytoryczne poprawki nie zaowocowały kolejną wersją dokumentu. Obserwacja w latach 2005-2006 rozporządzeń dotyczących zmian refundacji leków wskazuje, że – jak się wydaje – niektóre uwagi zostały przyjęte, ale jednak stosowane są nadal przede wszystkim regulacje zawarte w dokumencie z września 2005 r. W szczególności, m. in. nie powstała proponowana Komisja Refundacyjna i nie uwzględniono uszczegółowienia kryteriów wyboru preparatu, którego cena stanowi podstawę limitu i nie zmieniono kryteriów dla grup leków o wspólnym limicie (m. in. nadal nie uwzględnia się mechanizmu działania).

Ponadto opisano w uzasadnieniach do kolejnych rozporządzeń dotyczących zmian refundacji leków drugi, zupełnie nowy, sposób ustanawiania limitów.

Wszystkie wykazy leków refundowanych z lat 2006-07 są więc sporządzane w oparciu o kryteria i przepisy, z których część tkwi w szufladach Departamentu Polityki Lekowej i Gospodarki Lekami Ministerstwa Zdrowia, a co najgorsze, nie wiadomo w poszczególnych przypadkach, jakie możliwe warianty kryteriów zostały zastosowane. W tym sensie wykazy nie są transparentne.

Charakterystyka wykazów z punktu widzenia pacjenta i lekarza

Drugą charakterystyczną cechą kolejnych wykazów leków refundowanych jest bardzo wielka dbałość o wydatki płatnika, przy czym głoszona jest informacja, że chodzi o obniżenie kosztu farmakoterapii dla pacjenta. Narodowy Fundusz Zdrowia powinien oszczędzać i przeznaczać kwoty oszczędzone w wy-

niku obniżek cen poszczególnych preparatów na dalsze rozszerzanie wykazów refundowanych, w tym na wprowadzanie leków innowacyjnych. Nowe wykazy leków refundowanych, które weszły ostatecznie w życie 1.12.2007 r., zawierają 57 nowych produktów leczniczych, do tej pory dostępnych tylko za pełną odpłatnością. W sumie w wykazach znajdzie się ponad 3,2 tys. produktów leczniczych.

Rozporządzenie, które miało wejść w życie 1 grudnia 2007 r., zostało wydrukowane w Dzienniku Urzędowym 28 listopada, z dość licznymi usterkami. Próby wprowadzenia *vacatio legis* do 15 grudnia nie powiodły się. Błędy mają charakter techniczny i choć w części merytoryczne (błędne nazwy międzynarodowe leków) i wynikające z pomyłek (błędne numery EAN15 i w 2 przypadkach błędne ceny).

Leki innowacyjne zmieniające, poprawiające i uzupełniające farmakoterapię, tj. leki zawierające jako substancję aktywną związki chemiczne dotychczas nie stosowane w kraju z różnych powodów i przynoszące postęp lecznictwa, nie są wprowadzane od 9 lat. Niektóre z tych leków są stosowane w tzw. programach terapeutycznych dla ograniczonej liczby pacjentów. Niestety refundowana farmakoterapia polska nadal odstaje od farmakoterapii UE. Od 9 lat, pomimo nieustannych nalegań farmakologów i klinicystów oraz oczywiście wytwórców, nie są wprowadzane takie prawdziwe leki innowacyjne. Dopiero w najnowszym wykazie z listopada br. znalazł się jedyny produkt leczniczy stanowiący merytorycznie innowacyjne uzupełnienie wykazów, choć nie stanowi on postępu terapii. Lek ten, warfaryna (Warfin) jest dostępny za 100%-opłatą na rynku polskim od grudnia 2006 r., ale nie był refundowany.

Warfaryny, substancji aktywnej, nie było w polskim refundowanym leko-

zbiorze. Ten przeciwwkrzepowy lek jest ważny w związku z szerokim jego użytkowaniem w USA i krajach UE, w celach zarówno profilaktycznych, jak i leczniczych. W większości krajów wyparł on w dużym stopniu acenokumarol. Trzeba zaznaczyć, że ze względu na dłuższe działanie jest znacznie wygodniejszy w użyciu dla pacjenta, ale wprowadzenie warfaryny wymaga pracy lekarza, współpracy pacjenta i nie zwalnia od częstego badania krzepliwości krwi. Czy bardziej stabilne spektrum działania spowoduje jego szersze stosowanie w kraju okaże dopiero przyszłość.

Farmakoterapia w Polsce

Szczególną cechą farmakoterapii polskiej jest stosowanie niemal wyłącznie leków refundowanych, w znaczącym procencie generycznych.

Skuteczność, bezpieczeństwo i wysoka jakość leków jest w Polsce gwarantowana dzięki pracy Urzędu Rejestracji Produktów Leczniczych i Wyrobów Medycznych oraz Preparatów Biobójczych (dr W. Borkowski), opartej na modelach wypracowanych w ciągu wielu lat przez Komisję Leków (prof. W. Janiec, prof. P. Mazurek). Dostępność (availability) jest duża, natomiast osiągalność (accessibility) dla pacjentów ze względu na wysoki, średni koszt leków jest ograniczona wyłącznie do leków refundowanych, i to najtańszych [1].

Poza refundacją zostają wartościowe, ale kosztowne leki najdroższe.

Szczególny problem stanowi refundacja, zazwyczaj ekstremalnie drogich, leków używanych w rzadkich chorobach i leków sierocych. Media zajmują się dyskusją na temat potrzeby i zasad refundacji takich leków (np. choroby Poppego, leki „genetyczne”). Problem ten nie jest rozwiązany na całym świecie, a wysiłki WHO i Światowego Stowarzyszenia Producentów Farmaceutycznych nie dały dotychczas rezultatów.

Merytoryczne znaczenie zmian wprowadzonych od 1 XII 2007 r.

Niestety, pomimo wielokrotnych apelów Naczelnej Rady Lekarskiej i Prezydium NRL, nie przeprowadzono rewizji wykazu leków podstawowych i uzupełniających. Nie usunięto leków najstarszych, które mają już lepsze zamienniki, ani leków najtańszych, których cena jest zbliżona do ryczałtu. Obecnie wykazy nie są wykazami leków podstawowych

i uzupełniających, lecz jedynie wykazami leków refundowanych (w różnym stopniu) i łączy je tylko fakt, że płatnik (obecnie NFZ) pokrywa ich koszt lub część ich kosztu. Pierwotnie bowiem wykazy miały odpowiadać wykazowi leków Światowej Organizacji Zdrowia, [2] przygotowanemu, modyfikowanemu i publikowanemu w pewnych odstępach czasowych przez grupę ekspertów WHO. Obecnie niektóre leki z wykazu leków uzupełniających są niewątpliwie pod względem merytorycznym lekami podstawowymi (np. antybiotyki), a szeregu leków podstawowych w sensie merytorycznym nie ma w tym wykazie – z różnych powodów. Jest oczywiste, że zmiana terminologii dotycząca nazw wykazu wymaga użycia tych terminów w ustawach, co byłoby możliwe po nowelizacji odpowiednich ustaw i wprowadzeniu do nich delegacji dla ministra właściwego dla spraw zdrowia. Zmiana terminologii używanej przez wiele lat, która straciła swoje rzeczywiste znaczenie merytoryczne, jest potrzebna i aż prosi się o taką korektę. W niektórych konwencjach międzynarodowych (np. w konwencjach ONZ dotyczących narkotyków) stosowane są nazwy poszczególnych wykazów nie uwzględniające w ogóle oceny wartości merytorycznej poszczególnych elementów wykazu, lecz tylko określenie poziomu kontroli. *Per analogiam* w naszych ustawach produkty lecznicze można by po prostu określić produktami leczniczymi refundowanymi w 30, 50 lub 100%.

Pozytywy

Niezwykle łatwo jest krytykować i przedstawiać uwagi negatywne. Jest to moda w dzisiejszych mediach, której łatwo ulec. Przedstawiając analizę ostatnich wykazów leków refundowanych trzeba podać także uwagi pozytywne.

Wprowadzenie licznych leków generycznych jest bardzo ważnym i potrzebnym krokiem naprzód. W wyniku tego w większości przypadków negocjacje z innymi wytwórcami (lub po prostu ich obawa przed wypchnięciem z rynku) powodują, że spada cena wielu produktów leczniczych i zwiększają się możliwości wytwórców krajowych. Trzeba też dodać, że duże znaczenie w farmakoterapii posiada refundacja bardzo drogich, wręcz rujnujących rodziny chorych, leków przeciwpadaczkowych i stosowanych w psychiatrii, o co upominał się wielokrotnie samorząd lekarski.

Usunięto słusznie z wykazu chorób schizofrenię oporną na leki. Udowodnienie, że pacjent jest oporny na leki inne niż nowszej generacji nie zostało nigdy ujęte w przepisy i sprawiło niekiedy trudności, zwłaszcza gdy od postawienia rozpoznania było wiadome, że najwłaściwsze i powodujące mniej objawów ubocznych są leki drugiej generacji, niestety droższe. Wprowadzenie tańszych leków generycznych wraz ze zmianą określeń w nazwach wykazów jest znaczącą ulgą dla chorych na padaczkę, schizofrenię i dla ich rodzin.

Uzupełniono także i uszczegółowiono wykazy chorób nowotworowych. Ponieważ na receptach wprowadzono od niedawna obowiązek identyfikacji pacjenta przez podanie nr PESEL, zwiększyła się znacznie możliwość wykrywania objawów ubocznych, interakcji, a także nadużyć. Tu warto dodać, że pomimo nalegań nie przedstawiono rachunku ekonomicznego kosztów wpisywania numeru PESEL i korzyści z jego pojawienia się na wszystkich receptach w kraju. Nie podano informacji o programie, w którym można by wykrywać interakcje lekowe, lub uprawdopodobnić pojawiające się działanie uboczne.

Konkrety i negatywy

Uzasadnienie do projektu rozporządzenia ministra zdrowia podaje charakterystykę zmian. Rozporządzenie, podpisane ostatecznie 2 listopada 2007 r., zawiera ponad 100 produktów leczniczych wprowadzonych po raz pierwszy do refundacji. Projekt został udostępniony w Internecie i przesłany do 58 instytucji i organizacji dla przeprowadzenia dyskusji społecznej.

Prasa codzienna opublikowała natychmiast po ukazaniu się projektu dane statystyczne dotyczące liczby preparatów generycznych wprowadzonych do wykazów, określając w ślad za Ministerstwem Zdrowia – preparaty wprowadzone po raz pierwszy do refundacji lekami innowacyjnymi.

Wprowadzenie do wykazów refundacyjnych dotychczas nie refundowanych produktów leczniczych (generyki) jest słuszne i stanowi uzupełnienie wykazu. Leki te Ministerstwo Zdrowia nazwało niesłusznie innowacyjnymi, przyjmując szczególną definicję leku innowacyjnego. Innowacyjność bowiem tych leków polega, raz jeszcze podkreślamy, przede wszystkim na tym, że

- nie były one dotychczas refundowane lub

- nie były wprowadzone do obiegu przez producenta (który czekał na załatwienie wniosku o refundację, niekiedy przez wiele miesięcy) lub też
- nie były dotychczas stosowane pod nazwą nadaną temu produktowi przez nowego producenta.

Spośród nich 57 leków nie było dotychczas stosowanych, dostępne były bowiem jedynie za pełną odpłatnością i w efekcie nie były dla pacjentów osiągalne. Leki te nie są innowacyjnymi w pełnym znaczeniu tego słowa, gdyż nie dają nowych możliwości terapeutycznych. Prawie cała grupa ponad stu leków nie daje istotnego merytorycznego postępu w terapii.

Rozpoczęło się jednak równocześnie wprowadzanie prawdziwych leków innowacyjnych. Należy mieć nadzieję, że refundacja w roku 2008 wprowadzi zasadniczą zmianę.

Aspekty ekonomiczne

W wyniku poprzedniej nowelizacji wykazów refundacyjnych w marcu 2007 r. cena urzędowa spadła dla ok. 200 produktów leczniczych dotychczas znajdujących się w wykazach i ponad 500 umieszczonych w wykazach po raz pierwszy.

Państwo zaoszczędzi, według szacunku MZ, w 2008 r. na refundacji ok. 300 mln zł, a wydatki NFZ na ten cel nie przekroczą 6,5 mld zł. Według ekspertów państwo wyda mniej, ale wzrośnie udział pacjenta w opłacie za leki. Obecnie 70% ceny wszystkich produktów leczniczych (refundowanych i dostępnych bez recepty) kupujący płaci z własnej kieszeni. Za leki refundowane płacimy wciąż ponad 40%. Ministerstwo obniżyło co prawda ceny urzędowe wielu leków, ale znacznie bardziej obniżyło limity refundacji, czyli poziom dopłat. Jak wielu pacjentów korzystając jedynie z ostatnio wprowadzonych najtańszych leków generycznych będzie płaciło mniej za całość farmakoterapii okaże dopiero praktyka.

Całkowicie został zmieniony układ redakcyjny. Każdy z załączników do rozporządzenia stanowi jedną tabelę. Za podstawową jednostkę wykazu przyjęto jedno opakowanie. Osobne liczby porządkowe otrzymały więc opakowania tego samego leku, zawierające tę samą substancję czynną, w tej samej dawce, tego samego producenta, różniące się jedynie liczbą jednostek

dokończenie na str. 24

dokończenie ze str. 23

dawkowania w opakowaniu i kodem EAN13 opakowania. Przykład przedstawia tabela.

Folacid tabl. 15 mg (30 tabl. w opak.) kod EAN13 5909990960910 otrzymał L.p. 12, zaś
Folacid tabl. 15 mg (60 tabl. w opak.) kod EAN13 5909990960927 otrzymał L.p. 13.
W poprzednim wykazie oba te opakowania umieszczono pod jedną liczbą porządkową 4.

W istocie więc wykaz leków podstawowych jest wykazem opakowań i zawiera 621 opakowań dla 89 substancji czynnych. Wykaz leków podstawowych różni się od wykazu poprzedniego nieznacznie pod względem merytorycznym, albowiem wprowadzono tylko jeden lek innowacyjny – warfarynę (Warfin), a usunięto tylko jeden produkt – fenobarbital (Luminalum roztwór do wstrzykiwań). Dodatki i usunięcia przedstawiają tabele 1 i 2.

TABELA 1. Wykaz leków podstawowych, które zostały dodane do wykazu leków refundowanych w marcu 2007 r. i w listopadzie 2007 r.

Dodano: Amoxicillinum 7.6. Amotaks Dis - tabl. 750 mg
Benazeprilum 12.1. Lisonid - tabl. powł. 5 mg 12.2. Lisonid - tabl. powł. 10 mg 12.3. Lisonid - tabl. powł. 20 mg
Benzylopenicillinum 114 Penicillinum procainicum L; proszek do sporządzania zawiesiny do wstrzykiwań domięśniowych; 1 200 000 j.m. 115 Penicillinum procainicum L; proszek do sporządzania zawiesiny do wstrzykiwań domięśniowych; 2 400 000 j.m.
Bisoprololum 17.9. Corectin 5 - tabl. powł. 5 mg 17.10. Corectin 10 - tabl. powł. 10 mg
Cilazaprilum 192 Cilan - tabl. powł.; 0,5 mg 193 Cilan - tabl. powł.; 1 mg 194 Cilan - tabl. powł.; 2,5 mg 195 Cilan - tabl. powł.; 5 mg

32. Dalteparinum natricum
32.1. Fragmin - roztwór do wstrzykiwań podskórnych 5.000 j.m. antyXa/0,2 ml
32.2. Fragmin - roztwór do wstrzykiwań podskórnych 7.500 j.m. antyXa/0,3 ml
32.3. Fragmin - roztwór do wstrzykiwań podskórnych, dożylnych lub wlewów dożylnych 10.000 j.m. antyXa/1 ml
32.4. Fragmin - roztwór do wstrzykiwań podskórnych, dożylnych lub wlewów dożylnych 10.000 j.m. antyXa/4 ml
32.5. Fragmin - roztwór do wstrzykiwań podskórnych 12.500 j.m. antyXa/0,5 ml
32.6. Fragmin - roztwór do wstrzykiwań podskórnych 15.000 j.m. antyXa/0,6 ml
32.7. Fragmin - roztwór do wstrzykiwań podskórnych 18.000 j.m. antyXa/0,72 ml

45. Heparinum natricum
45.1. Coaparin - roztwór do wstrzykiwań 5.000 j.m./0,2 ml

Isosorbidi mononitras
370 Mono-TAD 100; tabl. o przedł. uwaln.; 100mg

Lisinoprilum
394 Ranopril 10 mg; tabl.
395 Ranopril 20 mg; tabl.
396 Ranopril 5 mg; tabl.

Perindoprilum
69.1. Coverex tabl. 4 mg
69.2. Irpax tabl.4 mg
69.3. Prenessa tabl. 4 mg
69.6. Prestarium 5 mg tabl. powł. 5 mg
69.7. Prestarium 10 mg tabl. powł. 10 mg

Progesteronum
496 Luteina; tabl. dopochwowe; 50 mg

Quinaprilum
521 Pulsaren 10; tabl. powł.; 10 mg
522 Pulsaren 20; tabl. powł.; 20 mg
523 Pulsaren 5; tabl. powł.; 5 mg
81.12. Quinapril TEVA tabl. powł. 5 mg
81.13. Quinapril TEVA tabl. powł. 10 mg
81.14. Quinapril TEVA tabl. powł. 20 mg
81.15. Quinapril TEVA tabl. powł. 40 mg

Ramiprilum
82.1. Axtil tabl. 2,5 mg
82.2. Axtil tabl. 5 mg
82.3. Axtil tabl. 10 mg
82.4. Mitrip tabl. 1,25 mg
82.5. Mitrip tabl. 2,5 mg
82.6. Mitrip tabl. 5 mg
82.7. Piramil tabl. 1,25 mg
82.8. Piramil tabl. 2,5 mg
82.9. Piramil tabl. 5 mg
537 Polpril; kaps. twarde; 10 mg
538 Polpril; kaps. twarde; 5 mg
539 Ramicor; kaps. twarde; 10 mg
543 Ramve 1,25 mg; kaps. twarde
544 Ramve 10 mg; kaps. twarde
545 Ramve 2,5 mg; kaps. twarde
546 Ramve 5 mg; kaps. twarde
82.16. Vivace tabl. 2,5 mg
82.17. Vivace tabl. 5 mg
82.18. Vivace tabl. 10 mg

Warfarinum natricum
598 Warfarin; tabl.; 3 mg
599 Warfarin; tabl. 5 mg

TABELA 2. Produkty lecznicze usunięte z wykazów refundacyjnych w marcu 2007 r. i w listopadzie 2007 r.

AMOXICILLINUM Ospamox - granulat do przygot. zawiesiny doustnej 375 mg/5 ml
ATENOLOLUM Atenolol - tabl. powł. 50 mg
BENZYL PENICILLINUM Penicillinum Crystallisatum - proszek do sporządzenia roztworu do wstrzykiwań domięśniowych i dożylnych 600.000 j.m.
BISOPROLOLUM Bisopromerck 10 - tabl. powł. 10 mg Bisopromeck 5 - tabl. powł. 5 mg
COLECALCIFEROLUM Vigantoletten500-tabl.500j.m.(0.0125mg) Vigantoletten 1000 - tabl. 1000 j.m. (0,125 mg)
HYDROCORTISONUM Hydrocortisonum hemisuccinatum - roztwór do wstrzykiwań 25 mg/ml Hydrocortisonum hemisuccinatum - roztwór do wstrzykiwań 20 mg/ml Hydrocortisonum hemisuccinatum - roztwór do wstrzykiwań lub wlewu kroplowego 100 mg/ml
ISOSORBIDI MONONITRAS Olicard 60 retard; kaps. o przedłużonym uwalnianiu; 60 mg
KALII CHLORIDUM Kaldyum - kaps. o przedłużonym uwalnianiu 315 K+
METOPROLOLUM Betaloc ZOK 25 tabl. o kontrolowanym uwalnianiu 25 mg
METRONIDAZOLUM Metronidazol tabl. dopochwowe 500 mg
PARNAPARINUM NATRICUM Fluxum roztwór do wstrzykiwań podskórnych 3.200 j.m. AXa/0,3 ml Fluxum roztwór do wstrzykiwań podskórnych 6.400 j.m. AXa/0,6 ml Fluxum roztwór do wstrzykiwań podskórnych 4.250 j.m. AXa/0,4 ml
PERINDOPRILUM Coverex tabl. 4 mg Irpax tabl.4 mg Prenessa tabl. 4 mg Prestarium 5 mg tabl. powł. 5 mg Prestarium 10 mg tabl. powł. 10 mg
PHENOBARBITALUM Luminalum - roztwór do wstrzykiwań - 200 mg/ml
THIAMAZOLUM Thyrozol 10 - tabl. powł. 10 mg Thyrozol 20 - tabl. powł. 20 mg

Zmiany w wykazie leków uzupełniających przedstawia tabela 3.

TABELA 3. Wykaz leków uzupełniających wydawanych za odpłatnością 30% ceny leku, które zostały dodane do wykazu leków refundowanych w listopadzie 2007 r.

Dodano:
Alfuzosinum 6 Alfulek 10; tabl. o przedłużonym uwalnianiu; 10 mg 7 Alfuzostad 10 mg; tabl. o przedłużonym uwalnianiu
Atorvastatinum 22 Atrox 10; tabl. powł. 10 mg 23 Atrox 20; tabl. powł. 20 mg 24 Atrox 40; tabl. powł. 40 mg
Doxazosinum 65 Doxagen; tabl. o przedłużonym uwalnianiu; 4 mg 74 Doxazosin-ratiopharm PR 4; tabl. o przedłużonym uwalnianiu; 4 mg 75 Doxonex; tabl.; 1 mg 76 Doxonex; tabl.; 2 mg 77 Doxonex; tabl.; 4 mg 78 Kamiren XL; tabl. o zmodyfikowanym uwalnianiu; 4 mg
Fluconazolum Fluconazole; tabl.; 150 mg
Lansoprazolum 163 Lantrea; kaps. dojelitowe twarde; 15 mg 164 Lantrea; kaps. dojelitowe twarde; 30 mg 165 Lanzostad; kaps. dojelitowe twarde; 15 mg 166 Lanzostad; kaps. dojelitowe twarde; 30 mg (14 kaps. w opak.) 167 Lanzostad; kaps. dojelitowe twarde; 30 mg (28 kaps. w opak.) 168 Lanzostad; kaps. dojelitowe twarde; 30 mg (7 kaps. w opak.) 173 Renazol; kaps. dojelitowe twarde; 30 mg
Omeprazolum 263 Loseprazol 20; kaps. dojelitowe twarde; 20 mg (14 kaps. w opak.) 264 Loseprazol 20; kaps. dojelitowe twarde; 20 mg (28 kaps. w opak.)
Pantoprazolum 289 Cintix; tabl. dojelitowe; 20 mg (14 tabl. w opak.) 290 Cintix; tabl. dojelitowe; 20 mg (28 tabl. w opak.) 291 Cintix; tabl. dojelitowe; 40 mg (14 tabl. w opak.) 292 Cintix; tabl. dojelitowe; 40 mg (28 tabl. w opak.)
Simvastatinum 305 Apo-Simva 10; tabl. 10 mg 306 Apo-Simva 20; tabl. 20 mg 307 Apo-Simva 40; tabl. 40 mg 311 Egilipid 10; tabl. powł. 10 mg 312 Egilipid 20; tabl. powł. 20 mg 313 Egilipid 40; tabl. powł. 40 mg 354 Simvalip 10; tabl. powł. 10 mg 355 Simvalip 20; tabl. powł. 20 mg 356 Simvalip 40; tabl. powł. 40 mg 360 Simvor; tabl. powł. 10 mg 361 Simvor; tabl. powł. 20 mg 362 Simvor; tabl. powł. 40 mg

Tamsulosinum
388 Omsal 0,4 mg; kaps. o przedłużonym uwalnianiu
390 Proxamic; kaps. o przedłużonym uwalnianiu; 0,4 mg
391 Symlosin SR; kaps. o przedłużonym uwalnianiu; 0,4 mg

TABELA 4. Produkty lecznicze usunięte z wykazów leków uzupełniających wydawanych za odpłatnością 30% ceny leku w listopadzie 2007 r.

GENTAMICINUM Gentamycin - maść do oczu 3 mg/g
SIMVASTATINUM Simredin 40; tabl. powł. 40 mg

Uszczegółowiono wykaz chorób przewlekłych.
Wprowadzono nowe grupy jednostek chorobowych lub objawów:

- 9 – hipercholesterolemia LDL-C powyżej 130 mg/dl utrzymującą się mimo terapii statynami w przypadku: stanu po zawale serca lub rewaskularyzacji wieńcowej (przezskórnej lub kardiochirurgicznej), stanu po udarze mózgu lub TIA, stanu po rewaskularyzacji obwodowej lub amputacji obwodowej z powodu choroby miażdżycowej, hipercholesterolemii rodzinnej
- 21 – przewlekła obturacyjna choroba płuc
- 25 – stabilna dławica piersiowa u pacjentów z prawidłowym rytmem zatokowym, udokumentowanymi przeciwwskazaniami i nietolerancją beta-adrenolityków
- 26 – stan po przeszczepie narządu unaczynionego bądź szpiku.

Rozdzielono choroby nowotworowe (dawny numer 1a) na:
17 c – rak piersi i rak trzonu macicy i
17 d – rak piersi w II rzucie hormonoterapii.

Rozdzielono również padaczkę (dawny nr 5) na:
19 – padaczka i
20 – padaczka oporna na leczenie.

Zmieniono nazwę grupy schizofrenia oporna na leczenie (dawny nr 2) na:
23 – schizofrenia i
24 – schizofrenia w przypadku nawrotu objawów psychotycznych podczas terapii neuroleptykami w wyniku udokumentowanego, uporczywego braku współpracy chorego.

Zmieniono redakcję nazw grup schorzeń metabolicznych i alergicznych precyzując określenia:

Rozszerzono zespoły, tworząc zespoły wrodzonych defektów metabolicznych – numer 33 – alergie pokarmowe, biegunki przewlekłe, dla których leki i wyroby medyczne przepisuje się bezpłatnie, za opłatą ryczałtową lub za częściową odpłatnością (dawny numer 14 – zespoły wrodzonych defektów metabolicznych, alergie pokarmowe i biegunki przewlekłe).

Dostępność preparatów insuliny została zwiększona, jednakże nie wszystkie produkty są osiągalne. W szczególności w dalszym ciągu nie są refundowane analogi insuliny, tzw. bezszczytowe insuliny, a także nie wprowadzono niektórych już zarejestrowanych preparatów mieszanych stanowiących korzystne uzupełnienie terapii (np. Humalog NPL).

Polityka refundacyjna

Polityka refundacyjna jest niekorzystna dla rozwoju rynku farmaceutycznego. Jak wynika z najnowszego raportu „Rynek farmaceutyczny i ochrona zdrowia w Polsce”, powstałego przy współpracy firm PMR i PharmaExpert, w 2006 r. farmaceutyczny rynek apteczny w Polsce osiągnął wartość 20,4 mld zł – 7,9% więcej niż w 2005 r. W 2007 r. PMR spodziewa się osłabienia dynamiki wzrostu rynku do 2,5%. Spodziewany niższy wzrost rynku farmaceutycznego jest wynikiem polityki refundacyjnej państwa stymulującej sprzedaż tańszych leków, jak również strajków w ochronie zdrowia i wynikającej z tego mniejszej liczby wypisywanych recept.

Wnioski

Na zakończenie: ze względu na wielką ilość preparatów generycznych podkreślamy, że konieczna jest bliższa współpraca lekarzy z farmaceutami także i w tej dziedzinie.

Wprowadzono dużą liczbę leków generycznych, ale zbyt mały jest postęp w farmakoterapii.

Tadeusz L. Chruściel
Urszula Rolczyk

[1] Wyjątek stanowią tutaj leki przeciwnowotworowe, których wykazy są konsekwentnie uzupełniane, a leki są stosowane w szpitalach i onkologicznych przychodniach przyszpitalnych, w wysokim odsetku bezpłatnie.
[2] Z pominięciem leków stosowanych w obszarach tropikalnych

Widziane zza oceanu

Współpraca lekarzy i farmaceutów ma w Stanach Zjednoczonych bardzo długą i ciekawą historię. Choć budzi zastrzeżenia z obu stron, stale jest pogłębianą i poszerzaną. Ale po kolei.

Zeby zostać farmaceutą, absolwent liceum musi ukończyć sześćioletnie studia farmaceutyczne. Już po trzecim roku studiów zostaje internem z prawem wykonywania zawodu, o ile w miejscu jego pracy jest farmaceuta z licencją. Apteki i szpitale zatrudniają takiego studenta bardzo chętnie, bo jest tańszy niż absolwent, a może wykonywać wszystkie dozwolone farmaceutyczne zadania. Na początku jest to dla studenta wielkie wyzwanie, ale z czasem staje się wartościowym profesjonalistą. Po kolejnych trzech latach, w dniu wręczenia dyplomu, farmaceuta wie zwykle bardzo wiele o swoim zawodzie i jest dobrze przygotowany do samodzielnej pracy. Przedtem musi zdać jeszcze tylko egzamin z wiedzy farmaceutycznej i prawa stanowego.

Od czasu wprowadzenia studiów sześćioletnich zmienił się tytuł przyznawany farmaceutom z licencjonowanego farmaceuty (RPh) na doktora farmacji (PharmD). Ta zmiana podyktowana była zmianą roli farmaceuty w amerykańskim systemie w ciągu kilkunastu ostatnich lat. Z osoby wydającej leki i kierującej pytaniami pacjenta do lekarza farmaceuta stał się dziś partnerem lekarza i osobą współodpowiedzialną za leczenie pacjenta. Czwarci i piąty rok studiów zdominowany jest przez jeden kluczowy przedmiot: choroby i leki. Przedmiot ten wykładają farmaceuty, biolodzy, chemicy i lekarze. Po zaliczeniu absolwent ma dość szerokie pojęcie nie tylko o tym jak działa lek, ale również kiedy i dlaczego najlepiej z niego korzystać. Czuje się też komfortowo w rozmowie z lekarzem znając podstawowe stany chorobowe i język lekarski. Wydziały farmaceutyczne kształcą farmaceutów pod kątem pracy klinicznej w szpitalu i temu podporządkowany jest program studiów.

W USA pacjent zgłaszający się do apteki z receptą witany jest przez technika. Ten zbiera dane pacjenta, od adresu po alergie i inne stany chorobowe. Każdemu pacjentowi zakłada się folder w kompu-

terze. Każda recepta również wpisywana jest do komputera, analizowana i po pozytywnym przejściu całego procesu drukarka drukuje etykietę na opakowanie z lekiem. Z wyjątkiem kilku leków wszystkie wydzielają się z hurtowego opakowania, przelicza i przesypuje do małych opakowań detalicznych przeznaczonych dla konkretnego pacjenta z imieniem i nazwiskiem na opakowaniu. Program komputerowy analizuje lek pod kątem informacji o pacjencie. Interakcje, alergie, przeciwwskazania są natychmiast wyłapywane i wymagają korekty przez farmaceutę, bez której proces wydania leku jest zatrzymywany.

Praca w aptece jest łącznym wysiłkiem całego zespołu, na który składają się technicy (może ich być trzech na jednego farmaceutę) i farmaceuty. Ci ostatni mają kody otwierające program komputerowy, bez których przygotowanie bądź wydanie lekarstwa jest niemożliwe. Farmaceuta przegląda i akceptuje recepty przeskanowane na komputer oraz sprawdza końcowy produkt i wtedy zezwala, bądź nie, na jego wydanie.

Większość leków na życzenie lekarza może być wydawana do roku od wypisania recepty, na zasadzie powtórek. Lekarz wypisuje receptę na lek dla przewlekle chorego na 30 dni z zaznaczeniem, by powtórzyć ją na życzenie pacjenta konkretną ilość razy. Kiedy takich powtórek już nie ma, pacjenci zwyczajowo proszą farmaceutę, by ten skontaktował się z lekarzem i poprosił o kolejną receptę. Lekarz albo wydaje zgodę, albo prosi, by pacjent stawił się do gabinetu. Lekarz może też zadzwonić do apteki i poprosić o zamknięcie recepty. Inną ciekawostką jest fakt, że recepty można przenosić między różnymi aptekami. Może to zrobić tylko farmaceuta dzwoniąc do wskazanej przez pacjenta apteki, gdzie pacjent pozostawił oryginalną receptę. Jeśli pacjent X ma receptę na atenolol w aptece A, to, mając powtórkę, może tę receptę przenieść do dowolnej apteki B na terenie całego kraju. Jest to przydatne, na przykład, w podróży i bardzo popularne wśród pacjentów. W większości stanów USA farmaceuta może szczepić dorosłych i dzieci powyżej trzynastego roku życia. Robi to we współpracy z lekarzem bądź dyplomowaną pielęgniarką, której status i uprawnienia zawodowe są tu bardzo duże. Nie jest niczym dziwnym, że pacjenci dzwonią do apteki umówić się na szczepienie przeciwko grypie lub zapaleniu płuc. W stanie Utah farmaceuta może też wydać lek na trzy dni bez zgody lekarza, jeśli uzna, że jest to konieczne. Po wydaniu ma obowiązek zadzwonić do lekarza i poinformować o tym fakcie.

Lekarze często nie dają pacjentowi recepty do ręki, ale dzwonią do apteki zlecając wydanie leku. Farmaceuta sięga wtedy

po formę i przepisuje żądany lek. Już wtedy możliwa jest bliska współpraca, bo farmaceuta zna najczęściej pacjenta, ma jego dane i zna wszystkie leki, jakie pacjent przyjmuje, o ile ten nie korzysta z kilku aptek. W razie wątpliwości farmaceuta proponuje odpowiedniki tańsze bądź lepsze.

Lekarze mogą też faksować oraz e-mailować recepty do apteki. Jeśli jest jakkolwiek niejasność co do recepty aptekarz nigdy nie odsyła pacjenta, lecz sam dzwoni do lekarza i wyjaśnia problem.

Lekarze są często bezradni wobec pacjentów z wieloma chorobami, którzy zażywają po kilkanaście leków i chętnie oddają kontrolę nad farmakoterapią farmaceutyce. Farmaceuty odwiedzają lekarzy w ich gabinetach z informacjami o swoich usługach czy choćby dla wysłuchania czy lekarze mają problemy z lekami. Lekarze także przychodzą do aptek, by się przedstawić licząc, że farmaceuta będzie mógł ją lub jego polecić, o co jest zresztą często przez pacjentów proszony. Ponieważ cena usług lekarskich jest wysoka, a farmaceuta jest być może jedynym profesjonalistą, którego można pytać o poradę za darmo, wielu ludzi najpierw idzie do apteki z problemem zdrowotnym, a dopiero potem do lekarza. Farmaceuty nie mogą pomóc dzwonić do lekarza i umawiać pacjenta na wizytę.

Wielu mieszkańców USA korzysta z ubezpieczeń, które pokrywają tylko niektóre leki. Farmaceuta kontaktuje się wtedy z lekarzem sugerując zamianną leku na pokrywany przez konkretne ubezpieczenie.

Najnowszym trendem w USA jest otwieranie przyaptecznych miniklinik. Zwykle odbywa się to we współpracy z gabinetem lekarskim. Takie minikliniki zajmują się leczeniem prostych dolegliwości jak zapalenie gardła lub grzybica stóp. Są też bardziej specjalistyczne jak poradnie astmatyczne, nadciśnieniowe czy diabetologiczne skupiające się bardziej na zapobieganiu i monitorowaniu oraz edukacji niż na samym leczeniu.

Farmaceuty mają możliwość podnoszenia kwalifikacji i zdobywania certyfikatów, np. doradcy cukrzycowego. To jest awangarda naszej profesji i żywy znak jak bardzo zmieniła się rola farmaceuty. Wiele lekarzy oburza się na to, jednak większość uważa, że jest to dla nich poważne obciążenie i szansa, by mogli skupić się na bardziej potrzebujących. Celem w końcu zawsze pozostaje dobro pacjenta i efekt, jakim jest poprawa zdrowia.

Mimo istniejących barier i trudności bliska współpraca lekarzy i farmaceutów, zarówno w Stanach, jak i w Polsce, nie ma żadnej alternatywy. I bardzo dobrze.

Tomasz Zola,
Salt Lake City, USA

Największymi barierami dla rozwoju nowoczesnej medycyny są podatki oraz nierespektowanie praw własności intelektualnej

Biurokracja zabija innowacje

Tomasz Teluk

W jednym z ostatnich raportów Światowej Organizacji Zdrowia eksperci stwierdzili, że podatki, a nie koszty producenta, mają największy wpływ na końcową cenę leku. Podatki, cła, opłaty rejestracyjne, wydłużone okresy rejestracji leków, to największe bariery dla dostępności nowoczesnych preparatów dla pacjentów.

Przemysł farmaceutyczny to najbardziej innowacyjny sektor gospodarki. Blisko 1/5 inwestycji w badania i rozwój w Europie pochodzi właśnie z tej branży. Biotechnologia oraz farmaceutyka przeznaczają 15 proc. zysków na badania naukowe, najwięcej spośród wszystkich gałęzi przemysłu w Unii Europejskiej. To także ponad 640 tys. miejsc pracy dla wysoko wykwalifikowanych specjalistów, z których 30 tys. pracuje w Polsce.

Dzięki nowoczesnej farmakoterapii, a także dzięki rozwojowi wiedzy i technologii, w ciągu ostatnich 40 lat o połowę zmniejszyła się liczba hospitalizacji z powodu dwunastu głównych chorób trapiących ludzkość, włącznie z chorobami psychicznymi i zakaźnymi.

Gigantyczny postęp w medycynie jest możliwy dzięki ochronie własności intelektualnej. Ochrona własności jest warunkiem koniecznym innowacyjności. Prywatne firmy inwestują miliardy dolarów w badania naukowe, a własność intelektualna gwarantuje inwestorom określony stopień zwrotu z inwestycji. Jest mało prawdopodobne, aby tak dynamiczny rozwój medycyny trwał, jeśli nie będziemy należycie chronić prawa twórców i wynalazców.

Niestety, w ciągu ostatnich lat wykształciła się silna tendencja do ograniczania praw własności intelektualnej. Grupy interesu związane z politykami, wspierane przez organizacje o poglądach skrajnie lewicowych, chcą pozbawić innowatorów ochrony ich praw, działając na szkodę postępu w medycynie oraz tych pacjentów, którzy są zainteresowani dostępem do nowych leków.

Ta tendencja jest coraz silniej zauważalna od czasu, gdy wojskowa junta w Tajlandii, na przełomie 2006 i 2007 r. wywłaszczyła kilka firm ze Stanów Zjednoczonych i Unii Europejskiej z leków przeciwko AIDS. Leki zostały przekazane państwowej firmie, powiązanej z rządem. Można więc przypuszczać, że biurokraci kiero-

wali się osobistymi interesami, a nie dobrem chorych, zwłaszcza że ich sytuacja w tym kraju nie jest najgorsza. W 66-milionowej Tajlandii ok. 135 tys. ludzi jest zainfekowanych wirusem HIV, ale połowa z nich otrzymuje regularną pomoc medyczną. Tajlandia należy do zamożnych krajów Azji, jednak otrzymuje regularną pomoc międzynarodową (ostatnio Globalny Fundusz Walki z AIDS, Gruźlicą i Malaria przyznał temu krajowi blisko 200 mln dolarów dotacji).

Mimo stosunkowo dobrej, jak na warunki azjatyckie, sytuacji w służbie zdrowia Tajlandia powołała się na instytucję „przymusowego licencjonowania”, która pozwala na dobrowolne przekazanie patentu w sytuacji kryzysu epidemiologicznego. W przypadku Tajlandii trudno mówić o kryzysie oraz o dobrowolności. Autorytarny rząd tego kraju chciałby uczynić z „przymusowego licencjonowania” regulę postępowania z lekami innowacyjnymi. Argumenty troski o chorych są fałszywe. Jeśli innowacyjnym firmom będzie zabierać się owoce ich pracy, chorzy nie będą otrzymywać nowych leków.

Wkrótce Tajlandię wsparły inne kraje. Podczas ostatniego spotkania Międzyrządowej Grupy Roboczej ds. Zdrowia Publicznego, Innowacyjności i Własności Intelektualnej Brazylii zaproponowała, aby „promocja technologicznych innowacji i transfer technologii były prawem wszystkich krajów” i nie powinna być ograniczana prawami własności intelektualnej. To rewolucyjne stanowisko jest nieoficjalnie popierane przez Chiny, Indie, a także przez niektórych posłów Parlamentu Europejskiego, socjalistów i komunistów oraz członków frakcji Zielonych.

Postulat Brazylii wprowadziłby rewolucję w medycynie, z destrukcyjnymi skutkami dla nowoczesnej medycyny oraz pacjentów. Żaden kraj nie zbuduje własnego przemysłu innowacyjnego, jeśli nie będzie respektował twórczej pracy innych. Żadne przedsiębiorstwo nie zainwestuje w kraju, gdzie kradnie się wyna-

lazki. Brazylijscy pacjenci, tak jak chorzy z innych krajów świata, zapewne nie chcą być pozbawieni dostępu do nowoczesnych leków.

Bez wątpienia problem większej dostępności do leków dla wszystkich jest poważnym wyzwaniem, przed którym stoi ludzkość. Zniesienie ochrony patentowej na nowoczesne leki byłoby jednak poważnym błędem, który wywarłby negatywny wpływ na zdrowie publiczne na całym świecie. Jeśli podatki i przeszkody biurokratyczne sprawiają, że leki są zbyt drogie, należy zlikwidować te bariery, przez co leki staną się bardziej dostępne. Przyczyna niskiego dostępu do leków leży także w biedzie. Mieszkańcy wielu krajów cierpią ze strony autorytarnych reżimów, które z pomocy międzynarodowej uczyniły sobie źródło pokaźnych zysków. Poprawa zdrowia publicznego w tych krajach musi się więc wiązać ze zwiększeniem ich zamożności (trudno oczekiwać, aby leki były sprzedawane poniżej kosztów produkcji). Warto zwrócić uwagę, że wzrost gospodarczy najbiedniejszych krajów jest ograniczany przez biurokratyczną politykę krajów bogatych.

Sednem problemu jest więc biurokracja. To politycy i urzędnicy chcą dodatkowych zysków wywłaszczając prawowitych posiadaczy patentów i przekazując ich własność państwowym firmom. Wskutek działań politycznych ograniczana jest zamożność pacjentów z najbiedniejszych krajów świata. Leki są zbyt drogie, gdyż urzędnicy obciążyli je dodatkowymi opłatami, podatkami i cłami, nie wyłączając leków przekazywanych w ramach pomocy międzynarodowej! Problem leży więc w pazerności urzędów żerujących na cudzym wyzysku, a nie w przedsiębiorcach, którzy ryzykują prywatnym kapitałem, aby dostarczyć na rynek innowacyjne preparaty.

Autor jest prezesem Instytutu Globalizacji (www.globalizacja.org) oraz ekspertem Centre for the New Europe w Brukseli.

Wywiad celowany

Korzystam z zaproszenia do dyskusji z nr 10/2007 „GL” „Lekarz i farmaceuta – we wspólnym interesie” (...) i proponuję ogólnopolski wzór celowanego wywiadu do nowej formy usługi aptecznej, jaką jest tak zwana porada. Doświadczeni aptekarze taką usługę świadczą od lat w zakresie leków OTC.

Uważam, że da się opracować wzór wywiadu celowanego, którym można bezpiecznie się posługiwać wykorzystując wiedzę z zakresu działalności Pogotowia Ratunkowego oraz Szpitalnych Oddziałów Ratunkowych. Wzór takiego wywiadu byłby dużym ułatwieniem dla aptekarzy, którzy nie mają doświadczenia klinicznego objawów chorób i ich charakterystycznych (patologicznych) cech. Może to służyć zwiększeniu prawdopodobieństwa trafnej diagnozy i jednocześnie zminimalizować ryzyko podejmowanej decyzji tym bardziej, że jest podejmowana w oderwaniu od badania fizykalnego i badań dodatkowych. (...) Zatem zanim aptekarz zleci np. Laremid, Loperanid, Stopera, warto, by świadomie, na podstawie wywiadu, wykluczył stany zagrożenia życia wymagające pilnej konsultacji lekarskiej.

lek. Janusz Wnęk
specjalista
chorób wewnętrznych
Krosno

Karta Praw Dziecka Śmiertelnie Chorego

Od dłuższego czasu Janusz Kochanowski, rzecznik praw obywatelskich, podejmuje działania mające na celu poprawę stanu zdrowia społeczeństwa oraz usprawnienia systemu opieki zdrowotnej. Szczególnie miejsce wśród tych działań zajmuje problem opieki nad dziećmi chorymi terminalnie.

Wśród wielu trudnych spraw, które muszą rozwiązywać pracownicy ochrony zdrowia zajmujący się opieką paliatywną, są również kwestie finansowe.

Według szacunków w Polsce rocznie ok. 625 dzieci wymaga opieki paliatywnej w warunkach domowych. Liczba pacjentów do 18. r.ż. objętych tego typu opieką wynosiła: w 1999 r. – 171, w 2004 r. – 373, a w 2006 r. – 568. Liczba dzieci z chorobami nowotworowymi utrzymuje się na stałym poziomie (ok. 100 rocznie), a dzieci z innymi schorzeniami stale wzrasta.

Tymczasem NFZ w swoich przepisach, którym muszą podporządkowywać się hospicja dla dzieci, jeśli podpisują kontrakty, ustala limity przyjęć pacjentów z innymi schorzeniami niż nowotwory złośliwe. Limit ten jest, zdaniem dr. Tomasza Dangel, kierownika Warszawskiego Hospicjum dla Dzieci i wielu ekspertów, zbyt niski. W ub.r., mimo wielu starań i obietnic ze strony NFZ, nie został zmieniony.

– Jeśli śmierć dziecka jest trudna do zaakceptowania, to coś dopiero powie-

dzieć o powolnym umieraniu dziecka nieuleczalnie chorego – mówi Janusz Kochanowski. – Domowa opieka hospicyjna należy do spraw, których nie sposób rozpatrywać wyłącznie w suchych kategoriach prawnych i ekonomicznych, dotyczy wszak bardzo cierpiących, nieuleczalnie chorych dzieci i ich rodzin. Zarazem jednak, aby im rzeczywiście pomóc, trzeba rzeczowo analizować konkretne rozwiązania i stworzyć odpowiednie przepisy. Tych jak dotąd brakuje.

Po przeanalizowaniu wszystkich aktualnych kwestii związanych z opieką paliatywną nad dziećmi Rzecznik Praw Obywatelskich przygotował dokument, który w zwięzłej formie określa zasady tej opieki, odnosząc się przy tym do Ustawy zasadniczej i Konwencji o Prawach Dziecka. „Karta” – zdaniem Rzecznika – ma stanowić moralny, prawny i merytoryczny punkt odniesienia dla wszystkich, którym leży na sercu misja zapewnienia śmiertelnie chorym dzieciom pełnej opieki.

mkr

Karta Praw Dziecka Śmiertelnie Chorego w Domu

1. Każde śmiertelnie chore dziecko, bez względu na schorzenie podstawowe i stan psychofizyczny, ma prawo do godności, szacunku oraz intymności, w warunkach domowych.
2. Chore dziecko zachowuje prawo do nauki w domu w wymiarze dostosowanym do jego stanu.
3. Dzieciom śmiertelnie chorym przysługuje aktywna i całociowa opieka hospicjum domowego, zapewniająca adekwatne do potrzeb leczenie paliatywne nakierowane na poprawę jakości życia.
4. Dzieci te powinny być chronione przed bólem, cierpieniem oraz zbędnymi zabiegami leczniczymi i badaniami.
5. Opieka nad śmiertelnie chorym dzieckiem spoczywa głównie na barkach rodziców, którzy winni być traktowani przez personel medyczny po partnersku. Rodzice mają prawo do otrzymywania pełnych informacji i do podejmowania wszelkich decyzji zgodnych z najlepszym interesem dziecka.
6. Każde chore dziecko ma prawo do informacji i do udziału w podejmowaniu decyzji dotyczących sprawowanej nad nim opieki, zgodnie z wiekiem i pojmowaniem.
7. Personel hospicjum domowego powinien posiadać określone kwalifikacje zawodowe, aby zapewnić w pełnym wymiarze zaspokajanie potrzeb fizycznych, emocjonalnych, socjalnych i duchowych dziecka i jego rodziny.
8. Rodzice powinni mieć możliwość uzyskania konsultacji z pediatrą będącym specjalistą w zakresie schorzenia dotyczącego dziecka.
9. Rodzice mają prawo do podjęcia świadomej decyzji o umieszczeniu dziecka na oddziale dostosowanym do potrzeb śmiertelnie chorych dzieci.
10. Cała rodzina ma prawo do wsparcia w okresie żałoby tak długo, jak okaże się to potrzebne.

Nikt nie zaufa lekarzowi, który nie rozumie bólu

„W dzisiejszej medycynie, zdominowanej przez procedury, lekarz jest od gaszenia pożaru zdrowotnego, załatwienia pewnego wycinka, związanego ze zwalczaniem choroby” zauważa prof. Tomasz Pasierski, szef Zakładu Humanistycznych Podstaw Medycyny AM w Warszawie.

Tak być jednak nie powinno. Zdaniem profesora to właśnie lekarz, wspólnie z psychologiem, jest najbardziej predysponowany, by być przewodnikiem pacjenta po świecie choroby, uczyć jak z nią żyć, a nawet wejść w świat odczuć cierpiącego człowieka. „Uważa się, że lekarz – profesjonalista, to ktoś sprawny zawodowo, technicznie – mówi. – W moim rozumieniu, niezależnie od kompetencji, ważny jest charakter lekarza. Zgodnie ze słowami profesora Andrzeja Szczeklika «powinien on dawać pacjentowi poczucie, że nie zostawi go samego w chorobie». To podstawowa sprawa. Na taką postawę składa się współczucie, zrozumienie, poczucie wspólnej walki z pacjentem, uczucie ponadstandardowego zaangażowania.”

Taki „obecny” lekarz szczególnie istotny jest dla chorujących przewlekle czy terminalnie, gdzie opieka i troska, zwłaszcza w tym ostatnim przypadku, jest nie mniej ważna niż ostre leczenie, a pacjent potrzebuje raczej lekarza przewodnika niż lekarza fachowca. Specyficzności przewodnika, bo jak mówi prof. Pasierski: „Często to my uczymy się od pacjentów jak ich chorobę prowadzić”.

Dla pacjenta zetknięcie się z chorobą oznacza rewolucję w jego dotychczasowym życiu. Dosłownie zaczyna „patrzyć” przez jej pryzmat. Inaczej też niż lekarz postrzega jakość życia w chorobie. Medyk wiąże ją z wysokim standardem leczenia opartym na nauce, dla chorego – oprócz skuteczności działań medycznych – ważny staje się sam kontakt z lekarzem i instytucjami służby zdrowia. „Brak gotowości do wysłuchania, rozumienia, współodczuwania, pospiechu i instrumentalne traktowanie jego potrzeb będzie choremu sugerować, że raczej jest kolejnym przypadkiem statystycznego numeru choroby niż jedynym i niepowtarzalnym w swoich doznaniach, niepokojach i odczuciach człowiekiem – uważa prof. Antonina Ostrowska, zastępca dyrektora w Insty-

tucie Filozofii i Socjologii PAN. – Sam proces leczenia, niezależnie od objawów choroby, stanowi też często źródło traumatycznych przeżyć.”

Relacje między lekarzem a pacjentem, w związku z określonymi potrzebami psychicznymi człowieka chorego somatycznie, to obszar zainteresowań psychologii zdrowia. Specjaliści oceniają „jakie znaczenie ma jakość tych relacji dla jakości życia chorego, a także dla przebiegu leczenia” – mówi dr hab. Ewa Trzebińska, psycholog, profesor w Szkole Wyższej Psychologii Społecznej. Okazuje się, że warto dbać o stan psychiczny chorego człowieka, ponieważ ma on „wpływ na: przebieg schorzenia – ostrość objawów i jego subiektywne odczuwanie staje się łżejsze, podatność na leczenie – kontakt chorego z lekarzem, chęć współpracy z nim, rehabilitację po leczeniu” – podsumowuje wyniki obserwacji doktor Trzebińska.

„Ważne jest, by człowiek, który choruje, nie był sam. Musimy mu uświadomić, że jest potrzebny, to mu pomoże znaleźć się w świecie” – podkreśla Anna Dymna, aktorka znana z działalności społecznej, założycielka Fundacji „Mimo wszystko”; w TV można oglądać jej program, w którym na poziomie „niewiedzy medycznej” (jak sama mówi) rozmawia z osobami chorymi. „Nie należy się bać rozmowy ze ślepym o kolorach, z człowiekiem bez nóg o bieganiu, z tym, który umiera o – przyszłości” – twierdzi.

Podczas spotkań ludzie opowiadają pani Annie o swojej samotności w chorowaniu, miłości, pytają dlaczego właśnie oni muszą cierpieć, próbują znaleźć sobie swoją nową rolę. „Jola, na wózek, doszła do wniosku, że jest ważna, a jej cierpienie musi mieć sens, ponieważ ludzie patrząc na nią czują się szczęśliwi, bo są sprawni” – mówi Dymna.

Jak osobie potrzebującej empatii może pomóc lekarz, którego edukacja na ogół nie przewiduje takiego kontaktu z chorym człowiekiem? Czy takiego wsparcia

jest w stanie udzielić medyk, który z promiennym uśmiechem, słowami: „Kto następny do heblowania cycka?” zaprasza pacjentkę na zabieg mastektomii?

Na pewno konieczna jest zmiana sposobu kształcenia przyszłych lekarzy. W USA trwają rozmowy czy nie zmodyfikować systemu rekrutacji studentów, tak by już przy przyjęciu na studia wybierać kandydatów „zmotywowanych bardziej współczuciu”. A jak wygląda edukacja lekarzy u nas? „Teraz staramy się im wtłoczyć jak najwięcej nauki, nie zwracając uwagi na kwalifikacje emocjonalne. Uważam, że powinno być wręcz odwrotnie – uważa prof. Pasierski. – Kształcimy lekarzy na naukowców, a tymi zostaje tylko 10 proc. z nich. Większość musi pozostawać w stałym kontakcie z pacjentem, z którym trzeba rozmawiać. Kwestie edukacji emocjonalnej są czymś podstawowym, a koncepcja szkolenia jako transferu maksymalnej ilości informacji medycznej to droga donikąd, bo całościowej wiedzy i tak się nie przekazuje.”

Kształcić „emocjonalnie” ma utworzony w tym roku Zakład Humanistycznych Podstaw Medycyny Akademii Medycznej w Warszawie. „Moją ideą jest, by wykłady z tej dziedziny prowadzili lekarze z pewnym doświadczeniem zawodowym, którzy poznali wewnętrzny świat emocji człowieka doświadczonego przewlekłą chorobą, żeby opowiedzieli im ten świat i uczynili go przedmiotem głębszej refleksji. Jak mawiał bowiem Petroniusz: «Nikt nie zaufa lekarzowi, który nie rozumie bólu»” – tłumaczy prof. Pasierski, kierownik nowo utworzonego zakładu.

Agnieszka Banach

O „Jakości życia w chorobie”, jej uwarunkowaniach psychologicznych, społecznych i medycznych rozmawiano na warsztatach zorganizowanych przez „Akademię rozwoju i edukacji pacjenta” w Warszawie 18 października 2007 r.

Bioetyka w Bostonie

Ogrom bostońskiej konferencji i różnorodność tematyczną najlepiej obrazuje 180 prezentacji, realizowanych symultanicznie w trzydziestu salach konferencyjnych oraz 18 wiodących wykładów prezentowanych jako jedyny w danym czasie albo jako jeden z dwóch do wyboru.



Amerykańskie komisje bioetyczne nazywają się Institutional Review Boards (IRB). Ich skład różni się od polskich komisji bioetycznych. Część z nich zajmuje się opiniowaniem eksperymentów biomedycznych, inne zaś opiniują eksperymenty z niemedycznych dziedzin nauki takich jak socjologia, psychologia, ekonomia, antropologia itp.

Kursy szkoleniowe w przededniu konferencji miały zróżnicowany zakres tematyczny oraz poziom trudności. Część z nich zaliczana jest do programu szkoleń niezbędnych dla uzyskania certyfikatów przez poszczególnych członków IRB. Dla przykładu można wymienić kurs podstawowy dotyczący prowadzenia badań klinicznych dla nienaukowców, członków IRB, kurs dla zaawansowanych z etyki prowadzenia eksperymentów biomedycznych czy kursy strategii prowadzenia badań międzynarodowych oraz badań w krajach Trzeciego Świata lub zasad oceny badań realizowanych na komórkach macierzystych.

Program konferencji podzielono na 30 wątków tematycznych, wśród których szczególnie interesujące były wykłady poświęcone: akredytacji IRB, świadomej zgodzie na udział w eksperymencie, zgodności działania IRB z obowiązującymi przepisami, problemowi ochrony danych osobowych, zapewnieniu i polepszaniu jakości pracy IRB. Dużo uwagi poświęcono także ochronie grup uczestników niezdolnych do wyrażenia zgody na udział w badaniu klinicznym, w tym zagadnieniom opiniowania ba-

dań dotyczących stanów nagłych w medycynie. Osobnym tematem wielu spotkań były badania genetyczne. W USA podobnie jak w wielu innych krajach istnieje obowiązek uzyskania zgody od uczestnika badania także w przypadku badań realizowanych wyłącznie na jego materiale biologicznym. W przypadku tego typu badań powstaje problem wyrażenia zgody na wykorzystanie materiału biologicznego w przyszłości.

Interesujące były również sprawy związane z realizacją badań planowanych w środowisku osób pozbawionych wolności, np. nastolatków przebywających w zakładach poprawczych. Jak co roku jedną z najciekawszych sesji było spotkanie z uczestnikami eksperymentów medycznych i rodzicami dzieci uczestniczących w różnorodnych projektach badawczych. Przedstawiając swoje historie prezentują oni problemy eksperymentów medycznych z zupełnie innej perspektywy. Jak bardzo skomplikowane i trudne są te decyzje można przekonać się słuchając opowieści młodej matki dziecka chorującego na hemofilię czy młodego człowieka skutecznie wyleczonego z choroby nowotworowej. Podejmowanie decyzji o włączeniu własnego dziecka do badania klinicznego w sytuacji bezpośredniego zagrożenia życia nie jest łatwe. A nastoletnie dzieci potrafią utrudniać podejmo-

wanie tych decyzji, co po latach samokrytycznie ujawniają.

PRIM&R powstała jako oddolna inicjatywa członków IRB. W tym świetle zorganizowanym demokratycznym społeczeństwie obowiązek szkolenia się członków IRB czy też akredytacji IRB jest doskonale rozumiany i wspierany mimo braku jakichkolwiek państwowych przepisów dotyczących owych zagadnień. Corocznie tysiące członków IRB uczestniczy w konferencjach i kursach szkoleniowych, zdobywa certyfikaty wykwalifikowanego członka IRB. W ostatnich latach wiele uwagi poświęca się także zagadnieniu akredytacji. Wszystko to w oparciu o programy opracowywane przez uniwersytety i jednostki naukowo-badawcze.

Bardzo pomocny w pracy amerykańskich IRB jest Internet, za pomocą którego w USA można składać wnioski o rozpatrzenie projektu badania klinicznego.

Konferencji towarzyszy zawsze wystawa publikacji przygotowanych przez PRIM&R i innych wydawców, sesje plakatowe oraz stoiska z materiałami edukacyjnymi. Na wystawach można oglądać i kupować dziesiątki podręczników oraz innych materiałów dydaktycznych.

To, co wyróżnia USA spośród wielu innych krajów, także Europy Zachodniej, to fakt, że podejście do zagadnienia eksperymentów prowadzonych na ludziach jest kompleksowe, nawet jeśli w tych badaniach nie są stosowane produkty lub wyroby medyczne. Jak każda konferencja ma ona także wielu sponsorów, ale nie znalazłem wśród nich ani jednej firmy farmaceutycznej. To też o czymś świadczy.

Marek Czarkowski

Autor jest szefem Ośrodka Bioetyki Naczelnej Rady Lekarskiej

Więcej serc pod opieką telemedycyny

Sukcesywnie zwiększa się stopień wykorzystywania nowoczesnych technologii informatycznych dla ochrony zdrowia Polaków.

W grudniu ub. r. do ogólnopolskiego systemu telemedycyny ratunkowej LIFENET prowadzonego przez Physio-Control, dział firmy Medtronic, zostały włączone nowe placówki. Ponadto rozszerzono zasięg działania już funkcjonujących jednostek. Największe zmiany zaszły w województwach mazowieckim, lubelskim i podlaskim.

System LIFENET służy do przedszpitalnego diagnozowania zaostrzonych stanów choroby wieńcowej. Składa się z części nadawczej – defibrylatora LIFEPAK 12 z modułem do transmisji oraz części odbiorczej – komputera z oprogramowaniem umożliwiającym odbiór danych w wysokiej rozdzielczości oraz ich archiwizację. Zapis wykonanego przez zespół karetki pogotowia 12-odprowadzeniowego EKG jest przekazywany za pomocą telefonu komórkowego lub wbudowanego w defibrylator modemu do Medycznej Stacji Odbiorczej. Pełniący tam dyżur w pracowni hemodynamiki kardiolog analizuje otrzymane zapisy i konsultując się z ekipą ratowniczą przez telefon wytycza dalszą ścieżkę postępowania z chorym. Rozwiązanie to pozwala na zaoszczędzenie tak cennego w przypadku zawału serca czasu i bezpośredni transport pacjenta do ośrodka specjalistycznego, bez konieczności wykonywania dodatkowych badań w szpitalu rejonowym. Z kolei szpital, otrzymując z wyprzedzeniem szczegółowe informacje o stanie pacjenta, jest w stanie lepiej przygotować się do zabiegu angioplastyki.

System LIFENET działa już w 9 województwach w Polsce. W trybie całodobowym pracują w sumie 22 Medyczne Stacje Odbiorcze. Z końcem listopada i na początku grudnia ub. r. dzięki dotacjom przyznanym przez Urząd Marszałkowski Województwa Mazo-

wieckiego zostały uruchomione i zmodernizowane kolejne placówki.

21 listopada działanie rozpoczęła MSO w siedleckim Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym. Zasięgiem swojego działania obejmie 8 powiatów z trzech różnych województw (mazowieckie, lubelskie i podlaskie), a pod jej opieką znajdzie się ponad 550 tys. osób zamieszkujących te tereny. Dzień później w Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym w Radomiu, w którym program LIFENET działa już prawie od roku, wprowadzono zmiany udoskonalające działanie systemu. Specjalistyczny sprzęt, przede wszystkim defibrylatory LIFEPAK opcją przekazu 12-odprowadzeniowego EKG oraz akcesoria do transmisji trafiły do karetek pogotowia w 9 powiatach. W Ostrołęce od 6 grudnia do nowej Medycznej Stacji Odbiorczej zlokalizowanej przy Samodzielnym Zespole Publicznych ZOZ im. dr. Józefa Psarskiego transmitować będzie 15 karetek z 6 powiatów (województwa mazowieckie, podlaskie oraz warmińsko-mazurskie).

Równolegle z modernizacją wyposażenia Pogotowia Ratunkowego trwają szkolenia dla ekip ratowniczych. „To znaczne udogodnienie w codziennej pracy ratowników – mówi Andrzej Kosik, specjalista ds. telemedycyny z Physio-Control. – Coraz częściej się zdarza, że w zespole karetki nie ma lekarza, a dzięki transmisji możliwa jest konsultacja ze specjalistą na odległość. Ratownicy czują się pewniej mając taką opcję.”

Każda kolejna placówka przystępująca do programu LIFENET, to zwiększenie szans lekarzy i ratowników medycznych w walce o ograniczenie w Polsce liczby zgonów będących rezultatem zawału serca.

ms

Public Responsibility in Medicine and Research (PRIM&R)

to amerykańska organizacja działająca od 1974 r. Powołano ją w celu promowania najwyższych standardów etycznych w prowadzeniu eksperymentów na ludziach. Skupia członków amerykańskich komisji bioetycznych, a także badaczy, pracowników amerykańskiej administracji i innych instytucji zajmujących się prowadzeniem badań na ludziach, etyków, prawników i inne osoby zainteresowane tą tematyką. Corocznie PRIM&R organizuje ogólnokrajową konferencję dydaktyczno-naukową dla swoich członków. Ostatnia zgromadziła w Bostonie (USA) ponad 2700 uczestników. Kolejna odbędzie się już w marcu w Atlancie. Więcej informacji: www.primr.org

Learn medical English

www.med-help.info

Polsko-francuskie spotkania pneumonologów

Gościnna Bydgoszcz była miejscem II polsko-francuskiej konferencji pneumonologicznej. Zorganizował ją Oddział Bydgoski Polskiego Towarzystwa Chorób Płuc, Kliniczny Oddział Pneumonologii 10 Szpitala Wojskowego, Fundacja Oddech Nadziei i Société de Pneumologie de Langue Française.

Pierwsze spotkanie w 2006 r. odbyło się w Poznaniu z inicjatywy prof. Jana Zielińskiego, który od wielu lat współpracuje z francuskimi ośrodkami klinicznymi. Prof. Zieliński przybył również do Bydgoszczy i przewodniczył jednej z sesji.

Konferencje odbywają się w języku francuskim i gromadzą coraz liczniejszą grupę polskich lekarzy, którzy powrócili do Polski po odbyciu stażów we Francji. Wyjazdy te są możliwe dzięki stypendiom, których fundatorem jest nie tylko rząd francuski, ale również Stowarzyszenie *Le Pont Neuf* kierowane przez panią Jacques Chirac. Nazwa *Nowy Most* najlepiej oddaje cel tych działań, którym jest budowanie nowych trwałych związków pomiędzy Polakami i Francuzami. Konferencja przeznaczona jest także dla młodych lekarzy zainteresowanych wyjazdem na staże do Francji. Gośćmi tych spotkań są profesorowie z różnych francuskich uniwersytetów.

Pierwszą sesję otworzył wykład prof. Chaouat z Uniwersytetu w Nancy nt.

zespołu hipowentylacji u osób otyłych. Ważnym wnioskiem tego doniesienia było stwierdzenie potrzeby wykonywania gazometrii u chorych z dużą nadwagą, gdyż nawet jeśli nie obserwuje się u nich znamiennej zmiany ciśnienia krwi, to jednak często wykrywana jest hiperkapnia. Kolejny wykład dotyczył epidemiologii chorób układu oddechowego w Polsce na tle sytuacji we Francji i w Europie. Już dziś należą one do najczęstszych przyczyn śmierci, a ich znaczenie systematycznie wzrasta. Wynika to w dużej mierze z szerzenia się nałogu palenia papierosów i rosnącego zanieczyszczenia środowiska. Dr Patyk z Bydgoszczy przedstawiła metody wczesnego wykrywania raka płuca. Niestety żadna z stosowanych metod nie może być wykorzystana do badań przesiewowych. Jedynie tomografia komputerowa płuc pozwala na wczesne wykrycie choroby, ale jej dostępność i koszt uniemożliwiają stosowanie w badaniach masowych. Szczególnie interesujący i wspierający wykład

gólnie interesujący i wspierający wykład zaprezentowany był wykład prof. Bonnaud, dziekana Wydziału Lekarskiego Uniwersytetu w Limoges, który przedstawił nowoczesną metodę biopsji cienkoigłowej pod kontrolą ultrasonografii wewnątrzskrzelowej w diagnostyce pneumonologicznej. W drugiej sesji dr Szczepan Cofta, organizator spotkania w Poznaniu, przedstawił paliatywną opiekę w chorobach płuc. Wykład zrobił duże wrażenie na gościach z Francji, ze względu na holistyczne podejście, duże doświadczenie i zastosowanie nie tylko u chorych na raka płuca, lecz również na POChP, mukowiscydozę i inne choroby prowadzące do niewydolności oddechowej. Dr Couturaud z Uniwersytetu w Brest, należący do grona ekspertów tworzących francuskie standardy leczenia żylnej choroby zakrzepowo-zatorowej, przedstawił zasady leczenia przeciwkrzepliwego tej choroby. Kolejny wykład wygłosiła doc. Domagała-Kulawik z warszawskiej AM, która omówiła wpływ palenia papierosów na odpowiedź immunologiczną, uzmysławiając jak ogólnoustrojowa jest szkodliwość tego nałogu. Na zakończenie dr Anna Stokłosa z Instytutu Gruźlicy i Chorób Płuc zajęła się postępowaniem w leczeniu sarkoidozy opornej na glikokortykosteroidy. Na szczęście nie jest to częsty problem. Każdemu wykładowi towarzyszyła bardzo żywa dyskusja.

Słowa uznania należą się dr Małgorzacie Malinowskiej-Czajkowskiej, głównej organizatorce spotkania w Bydgoszczy za absolutnie perfekcyjną organizację. Obrady odbywały się w zażytkowym hotelu Pod Orłem z końca XIX wieku. Ozdobą spotkania był koncert w Filharmonii Pomorskiej z udziałem znakomitego pianisty, prof. Wileńskiego z Kijowa. Wszystkich zainteresowanych zapraszamy na następną konferencję, w dn. 24-25 października 2008 r. w Warszawie.

Tadeusz M. Zielonka

Gruźlica gdziekolwiek, to gruźlica wszędzie

Pod takim hasłem WHO obchodziła w 2007 r. Światowy Dzień Walki z Gruźlicą. Warszawsko-Ottockie Oddział Polskiego Towarzystwa Chorób Płuc włączył się w te obchody organizując międzynarodową konferencję naukową Stop Gruźlicy, której patronem medialnym była „Gazeta Lekarska”.

Konferencja zgromadziła kilkuset lekarzy, którzy nieustraszeni, choć z coraz większymi trudnościami, zwalczają gruźlicę w naszym kraju. Mimo że sytuacja epidemiologiczna poprawia się zarówno w Europie Zachodniej, jak i Środkowej, to za naszą wschodnią granicą liczba zachorowań i zgonów spowodowanych gruźlicą niepokojąco rośnie. Podkreślono, że w Polsce trzeba zwrócić szczególną uwagę na grupy zwiększonego ryzyka, do których należą bezdomni, bezrobotni, więźniowie, imigranci, osoby w podeszłym wieku i ze zmniejszoną odpornością. Polskich ftyzjatorów bardzo niepokoi niewielki odsetek gruźlicy pozapłucnej w naszym kraju, kilkakrotnie mniejszy niż w innych krajach europejskich. Może to wynikać z nierozpoznawania wielu przypadków gruźlicy przez lekarzy innych specjalności. Zastanawia również niewielki odsetek zachorowań u dzieci, zaledwie 1% przy średniej światowej 11%. Obowiązujący w Polsce od 2006 r. kalendarz szczepień przeciwgruźliczych zgodny jest z zaleceniami WHO, gdyż w świetle aktualnej wiedzy rewakynacja szczepionką BCG nie zwiększając ochrony przed zachorowaniem. Na konferencji podnoszono również problem niechęci NFZ do refundowania badań kontrolnych u osób z kontaktem. Jeśli chcemy nadal zmniejszać liczbę nowych zachorowań, to musimy czynnie poszukiwać gruźlicy w otoczeniu chorych prątkujących.

Konferencja była świetną okazją do zaprezentowania nowej strategii zwalczania gruźlicy do 2015 r. opracowa-

nej przez Światową Organizację Zdrowia. Departament Stop TB postawił sobie ambitne cele znacznego zwiększenia wykrywalności i skutecznego leczenia tej choroby. Wymaga to jednak pozyskania wielkich nakładów finansowych, gdyż większość krajów o najgorszej sytuacji epidemiologicznej nie stać na leczenie wszystkich chorych. Dr Małgorzata Grzemska z departamentu Stop TB pokazała również jak postrzegana jest sytuacja epidemiologiczna w Polsce w genewskiej siedzibie WHO. Cenne było porównanie działań referencyjnych laboratoriów prątków w Polsce i Danii. Duże wrażenie zrobił budżet laboratorium prątków w Kopenhadze (2 mln € rocznie), który tłumaczy duże osiągnięcia Duńczyków w wykrywaniu i ograniczaniu zapadalności na gruźlicę. Pouczające było także ukazanie przez Duńczyków prostych, ale jakże skutecznych algorytmów postępowania zmierzających do wykrycia każdego zachorowania na gruźlicę.

Prof. Zwolska przedstawiła słuchaczom na ile dzisiejszy prątek gruźlicy różni się od tego, który odkrył Robert Koch. Choć wynaleziono leki zabijające prątki, to równocześnie bakterie wytworzyły mechanizmy obronne, stając się lekooporne. Walka z gruźlicą wcale się nie skończyła i stale rodzą się nowe wyzwania, którym medycyna musi sprostać. Pamiętajmy o tej chorobie nie tylko w Dniu Walki z Gruźlicą.

Tadeusz M. Zielonka

przewodniczący

Warszawsko-Ottockiego Oddziału
Polskiego Towarzystwa Chorób Płuc



Co izbowe, a co związkowe?

Zygmunt Wiśniewski

Trzem prezesom Naczelnej Izby Lekarskiej w okresie II Rzeczypospolitej: Janowi Bączkiewiczowi, Witoldowi Chodźce i Mieczysławowi Michałowiczowi przytrafiły się trzy bulwersujące środowisko lekarskie przypadki.

W 1928 r. Najwyższy Trybunał Administracyjny uchylił wyroki sądów izb lekarskich, w których ukarano lekarzy przyjmujących tzw. posady (czyt. stałe angaże) na warunkach oprotestowanych przez Związek Lekarzy Państwa Polskiego (ZLPP). Wyrok Trybunału zaważył na ocenie dwóch pierwszych (trzyletnich) kadencji izb lekarskich (1923-25 oraz 1926-28), w których Naczelna Izba Lekarską kierował **Jan Bączkiewicz**.

W 1934 r. związki zawodowe lekarzy, a w ślad za nimi większość okręgowych izb lekarskich oprotestowało zgodę NIL na wprowadzenie w życie tzw. wytycznych dla lekarzy kas chorych. „Wytyczne” były rodzajem umowy zbiorowej, która miała regulować warunki zatrudniania i wynagradzania lekarzy w placówkach kas chorych. Działo się to w czasie drugiej kadencji prezesa NIL **Witolda Chodźki** (1929-31 oraz 1932-34). Chodźko zachowanie izb odebrał jako wotum nieufności i złożył rezygnację z funkcji.

W czasie ostatniej w 20-leciu międzywojennym, dłuższej – bo pięcioletniej kadencji zarządów izb (1935-39), wprowadzonej ustawą z lipca 1934 r. Naczelna Izba Lekarską kierował **Mieczysław Michałowicz**. W czasie tej kadencji prezydent i rząd wprowadzili cztery ustawy, których projekty były oprotestowane przez izby lekarskie. Wszystkie lekcewały opinię środowiska lekarskiego, godziły w prestiż i naruszały jego interesy ekonomiczne. Prezes Michałowicz odpowiedział na to wypowiedzeniem wojny politycznej swoim długoletnim przyjaciołom.

Przypadek pierwszy: upokorzenie sądów

Środowisko lekarzy poznańskich, skupione w Związku Lekarzy Państwa Polskiego, forsowało dwie idee: wolnego zawodu lekarza oraz wolnej praktyki lekarskiej. O ile „wolny zawód” miał znaczenie wyłącznie hasłowe, to przez „wolną praktykę” rozumiano bardzo konkretną sytuację. W 1919 r. dekre-

tem Naczelnika Państwa, potwierdzonym później ustawą sejmową, wprowadzono w całej Polsce kasy chorych. Istniały one wcześniej w Wielkopolsce i na Pomorzu oraz w Galicji. W Prusach wprowadzone zostały zarządzeniem Bismarcka w latach siedemdziesiątych XIX w. Przyniosły radykalną zmianę sytuacji społeczno-zawodowej wszystkich lekarzy.

Ludzie „wolnego” dotąd zawodu podporządkowani zostali rygorom ustalonym przez państwo, ponieważ kasy były tworem państwowym. W praktyce oznaczało to podporządkowanie lekarzy, którzy przyjmowali posady w kasach chorych, biurokracji urzędniczej. Stawali się, jak się od czasów Marksa mówiło, „pracownikami najemnymi”. Kasy chorych zaczęły tworzyć miejsca pracy dla lekarzy w „ambulatoriach” czyli przychodniach. Ambulatoria łamały dotychczasowy porządek oparty na pracy lekarza we własnym gabinecie.

ZLPP ostrze swych działań skierował przeciwko kasom chorych. Prowadził je pod hasłami przywrócenia wolnego zawodu lekarza i likwidacji ambulatoriów. Stanowisko to, *de facto*, nie liczyło się z interesami lekarzy kas chorych, którzy w 1925 r. stanowili już jedną trzecią praktykujących. Jeśli doliczyć lekarzy zatrudnionych na posadach państwowych, lekarzy wojskowych i kolejowych – to okaże się, że stanowili oni większość. ZLPP, podejmując konfrontację z kasami chorych, nie wyrażał ich interesów. Przeciwnie – mimo że mienił się związkiem zawodowym, prezentował interesy lekarzy wolno praktykujących. Na domiar złego prowadził walkę nie ze zjawiskami patologicznymi w kasach chorych, ale z samymi instytucjami interesu społecznego. Rozmijał się też z potrzebami lecznictwa, wydając walkę „ambulatoriom” w imię przywrócenia praktyki w przydomowych gabinetach lekarskich.

Stanowisko ZLPP przyjęła także, bardzo energicznie działająca, Izba Lekarska Poznańsko-Pomorska. Neutralnie zachowywały się w tej sprawie dawne

izby galicyjskie we Lwowie i w Krakowie. Warszawa nie miała zdania. Izba Lekarska Warszawsko-Białostocka nie zdążyła w pierwszej kadencji zająć stanowiska. Naczelna Izba Lekarska, którą na zewnątrz reprezentował prezes Bączkiewicz, popierała poglądy i praktykę działania Związku.

Okręg poznański ZLPP doprowadził w 1923 r. do konfrontacji z kasami chorych wokół sprawy „kontraktów”. Wezwał on lekarzy na swoim terenie do odmowy podpisywania umów (kontraktów) z kasami chorych na zaniżonych finansowo warunkach, narzuconych przez kasy. Większość lekarzy Wielkopolski, Pomorza oraz Kujaw usłuchała zaleceń związku. Bojkot kas chorych nazwany został „stanem bezkontraktowym”. Wtedy zdarzyło się, że w Inowrocławiu trzej lekarze, reemigranci z Rosji, przyjęli od kasy chorych posady, które były oprotestowane przez ZLPP. Posypały się na nich gromy w „Nowinach Lekarskich”, łącznie z określeniem „wyrzutki społeczności lekarskiej”. W ślad za publikacją napiętnowanych lekarzy pozwano ich przed sąd okręgowej izby lekarskiej w Poznaniu.

Pozew skierował zarząd izby na wniosek Zarządu Okręgu ZLPP. Związek, pozbawiony egzekutywy, działał więc poprzez sąd izby lekarskiej. Sąd izbowy wymierzył pozwanym kary statutowe i wezwał ich do opuszczenia zajmowanych stanowisk. W trybie odwoławczym wyrok ten podtrzymał sąd NIL. Podobnych spraw i wyroków było wtedy w całej Polsce – od Inowrocławia, przez Kraków, do Łucka na Wołyniu – kilkanaście.

Zdarzyło się jedno odwołanie z Krakowa do departamentu służby zdrowia MSW. W ministerstwie stwierdzono, że sądy izb lekarskich nie mają prawa ingerować w decyzje władz administracyjnych, a więc państwowych, ponieważ izby mają obowiązek współdziałać z władzami. Swymi wyrokami naruszyły tę zasadę wpisaną w statut zatwierdzony ustawą sejmową. Stanowisko władz ministerialnych poparł Najwyższy Trybu-

nał Administracyjny, o który sprawy się oparły. W ten sposób legły w gruzach wieloletnie zmagania ZLPP z niepokornymi lekarzami, a sądy izb lekarskich doznały szokującego upokorzenia.

Kończyła się druga kadencja izb lekarskich. Prezes NIL Jan Bączkiewicz pisał sprawozdanie ze swoich dwóch kadencji z poczuciem przegranej. Przysłużył mu się ZLPP, którego konfrontacyjnej polityce uległy izby lekarskie.

Przypadek drugi: dymisja Chodźki

Okres prezesury Witolda Chodźki w Naczelnej Izbie Lekarskiej zaczął się od znacznego ożywienia jej działalności. Wkrótce po wyborach ukazał się, długo oczekiwany, organ izb „Dziennik Urzędowy Izb Lekarskich”. Komisja pod kierownictwem J. Mazurkiewicza rozpoczęła prace nad przygotowaniem jednolitego kodeksu deontologicznego. NIL podjęła energiczne starania o przywrócenie, zlikwidowanego w 1923 r., Ministerstwa Zdrowia Publicznego. Prezes Chodźko i posłowie lekarze prowadzili w sejmie starania o zmianę ustaw o zawodzie lekarza i o izbach lekarskich. Po smutnych doświadczeniach uchylecia wyroków sądów izb lekarskich przez organy administracyjne zaangażowano biegłych do napisania nowego rozporządzenia ministerialnego o sądach izbowych, które gwarantowałyby im niezależność od urzędniczego widzi mi się.

W rządzie, po reorganizacji, powołano Ministerstwo Opieki Społecznej, w którym, obok spraw ubezpieczeniowych, znalazła się służba zdrowia. Ministerstwem kierował gen. lek. Stefan Hubicki, zasłużony lekarz wojskowy, człowiek życzliwy i rozumiejący potrzeby środowiska. Tak korzystnej sytuacji w administracji nie było od czasów, kiedy Ministerstwem Zdrowia Publicznego kierował sam Chodźko.

Sprawy toczyły się w dobrym kierunku. Prezes Chodźko prowadził politykę kroków wymiernych. Na całej przeszłości ciążył багаż sporów środowiska lekarskiego z kasami chorych. Przekonanie o konieczności wypracowania wspólnego stanowiska środowiska lekarskiego i porozumienia się z władzami kas chorych stało się powszechne. Nawet ZLPP przyjął do wiadomości fakt istnienia kas chorych jako rzeczywistości nieodwracalnej.

Witold Chodźko miał wiedzę o funkcjonowaniu kas chorych, ponieważ był od czasu odejścia z funkcji ministra zdrowia członkiem władz Związku Zakładów Ubezpieczeń Pracowników Umysłowych. Miał też szerokie

kontakty i oparcie w środowisku lekarskim, a więc wszystko, co było potrzebne do zakończenia sporów, które przez pierwsze dziesięciolecie Polski niepodległej dzieliły i antagonizowały środowisko lekarskie.

Podjął takie działania. Chodźko wraz ze współpracownikami z NIL, a z drugiej strony kierownictwo kas chorych, prowadzili pertraktacje nad wypracowaniem całościowego porozumienia, które regulowałoby status lekarzy zatrudnionych w instytucjach ubezpieczeń społecznych. Przyjęto robocze określenie dokumentu, nazywając go „Wytycznymi do umów z lekarzami w kasach chorych”. Dokument był gotowy w połowie 1933 r. i w sierpniu zaakceptował go Zarząd NIL (w pełnym składzie). Przyjęło go również zgromadzenie delegatów kas chorych. Przy zgodzie obydwu stron „Wytyczne” podpisał minister Hubicki.

Obszerny dokument regulował, na ogół korzystnie, status lekarzy w ka-

skich izb lekarskich. Stanowisko Krakowa poparły pozostałe terenowe izby lekarskie. Prezes Chodźko, mimo że miał zgodę Zarządu NIL (w pełnym składzie), znalazł się w osamotnieniu. Odwołał się do szerszej opinii, zwołując Powszechny Zjazd Lekarzy, ale uczestnicy zjazdu odesłali sprawę „wytycznych” do ponownego rozpatrzenia przez posiedzenie plenarne NIL.

W ten oto sposób izby zdystansowały się do poczynań Prezesa NIL, który zrobił dla środowiska lekarskiego więcej niż ktokolwiek wcześniej.

Witold Chodźko musiał odejść.

W czasie rokowań izb lekarskich z kasami chorych w sprawie „wytycznych” związki zawodowe lekarzy stały z boku. Upomniały się o swoje miejsce po rezygnacji Chodźki. Teraz one przejęły inicjatywę i doprowadziły, po przeciągających się rokowaniach, w połowie 1938 r. do podpisania nowego porozumienia z Ubezpieczalnią Społeczną. Umowa ta gwarantowała lekarzom prze-



Trzej prezesi NIL w okresie II Rzeczypospolitej: **Jan Bączkiewicz**, **Witold Chodźko**, **Mieczysław Michałowicz** – różne postawy, podobne doświadczenia.

sach chorych, podnosząc rangę lekarzy pełniących funkcje kierownicze. Zabezpieczał też, jak się wydawało prezesowi Chodźce, interes finansowy lekarzy postanowieniem, iż na wynagrodzenia lekarskie przeznaczy się 9% wpływów z ubezpieczeń. Było to mniej niż przeznaczano dotąd, bo procent ten sukcesywnie malał z 13% do 10%. Działo się to w czasie kryzysu gospodarczego, kiedy wpływy kas chorych gwałtownie malały. Kiedy przyszło do pierwszych wypłat, lekarze otrzymywali mniej niż przed zawarciem rzekomo korzystnych dla nich rozwiązań. Zgoda na 9% procent z wpływów była pułapką, jaką zastawiła na stronę lekarską ubezpieczalnia.

Niezadowolenie, jakie podniosło się w środowisku lekarskim, skłoniło zarząd Izby Lekarskiej Krakowskiej do zakwestionowania „wytycznych” argumentem, że prezes Chodźko nie miał prawa ich podpisać, ponieważ NIL nie ma uprawnień do reprezentowania wszyst-

znaczenie na ich pensje 20% wpływów ze składek ubezpieczeniowych. Była to zaskakująca zgoda strony ubezpieczeniowej, ponieważ już wcześniej wydatki ubezpieczalni nie bilansowały się z wpływami. Pieniądze widocznie miały pochodzić z budżetu, a do lekarzy powinny trafić od początku 1939 r.

Naczelna Izba Lekarska była także sygnatariuszem tego porozumienia, nie jako strona, ale w charakterze reprezentanta całego stanu lekarskiego. Wcześniej jednak przyznała, akceptując przejęcie pertraktacji przez lekarskie związki zawodowe, że sprawy wynagrodzeń lekarskich nie są jej domeną.

Przypadek trzeci: bezsilny Michałowicz

Michałowicz prezentował inny styl kierowania izbami i inaczej rozmawiał ze stroną rządową. Po wyborach do izb, które odbyły się w końcu 1934 r., wy-

dokończenie na str. 36

Co izbowe, a co związkowe?

dokończenie ze str. 35

brany został prezesem na pierwszym posiedzeniu NIL w połowie czerwca 1935 r. Faktycznie kierował Izłą już od połowy 1934 r., ponieważ Chodźko, po rezygnacji, którą formalnie wycofał, nie uczestniczył już w pracach zarządu.

Mieczysław Michałowicz wierzył, że sprawy, które czekały od lat, mimo wielu petycji, uchwał i ponawianych honorarów, uda się załatwić metodą gabinetową. Był osobistością znaną, piastował godność senatora, miał przeszłość identyczną z ludźmi, którzy po śmierci Piłsudskiego przejęli władzę.

Kryzys gospodarczy lat 1929-33, w czasie którego zubożeli wszyscy, także klasa średnia, doprowadził do pauperyzacji lekarzy. Złe powodziło się nie tylko lekarzom w ubezpieczalniach. Niskie zarobki mieli także lekarze zatrudnieni w instytucjach państwowych, samorządowych, kolejowych, oświatowych, więziennych. 10-procentowa uprzywilejowana grupa wziętych lekarzy też zarabiała mniej, ponieważ zmniejszyła się liczba pacjentów prywatnych i zmalały honoraria. W miastach, zwłaszcza dużych, był nadmiar lekarzy, brakowało ich na prowincji. Absolwenci studiów medycznych nie mogli znaleźć pracy. Nie istniał system zdobywania specjalizacji. W przychodniach (ambulatoriach) rosły kolejki, do specjalistów ubezpieczalnianych czekało się tygodniami. Narastały animozje między lekarzami zabiegającymi o pacjentów. Upadł środowiskowy prestiż lekarza, zagrożony był etos szanowanego zawodu.

Z taką sytuacją przyszło się zmierzyć Michałowiczowi i całemu ówczesnemu kierownictwu izb lekarskich. NIL była tylko reprezentacją izb terenowych, które rządziły się same i pilnowały swej niezależności. Okręgowymi izbami kierowali lekarze znani i oddani. Michałowicz miał w nich lojalnych współpracowników.

Gabinetowa metoda była skuteczna, dopóki ministrem był gen. lek. Stefan Hubicki. Po Hubickim nastał jednak Paciorkowski, biurokrata mianowany przez kierownictwo BBWR ministrem opieki społecznej, aby zastopować rosnące wydatki socjalne. Rządowi brakowało pieniędzy, a priorytet miały, wobec rosnącej groźby wybuchu wojny, wydatki wojskowe. Postulaty i oczeki-

wania środowiska, których wyrazicielem był Prezes NIL, zderzały się z nie-
możnością budżetową państwa.

Minister znał rzeczywistość, w której żyli i pracowali lekarze. Nie kwestionował diagnoz, o których publicznie, na spotkaniach ministerialnych mówił Michałowicz. Jednak Paciorkowski proponował, forsował i wprowadzał rozwiązania ekonomicznie sprzeczne z postulatami izb lekarskich.

W listopadzie 1934 r., a więc w okresie interregnum w NIL, minister opieki społecznej wydał zarządzenie o wprowadzeniu od początku 1935 r. instytucji „lekarza domowego”. Pojęcie to w środowisku lekarskim nie było nowe, a rozwiązanie nawet pożądane. Rozumiano przez nie zbliżenie lekarza do pacjentów, naprawiające błąd lecznictwa kas chorych, w których pacjent był anonimowym numerkiem. Minister pod tym pojęciem rozumiał jednak co innego: „lekarz domowy” – to ten, który mając swój rejon przyjmuje pacjentów w swoim domowym gabinecie. Jeśli go nie miał, to musiał wydzielić z własnego mieszkania, a przedpokój zamienić w poczekalnię. Ministerialne rozwiązanie kasowało jednocześnie tzw. ambulatoria, które były dorobkiem powojennego 15-lecia.

Naczelna Izba, izby terenowe, środowisko protestowało. Bez skutku. Ministerstwo załatało przecież dziurę w budżecie przerzucając koszty utrzymania lokali na lekarzy „domowych”.

Po 1933 r., kiedy wprowadzono nowe zasady leczenia pracowników rolnych, wieś polska przestała się leczyć. Wcześniej pracownicy rolni byli ubezpieczeni w kasach chorych na równi z robotnikami przemysłowymi. Po reformie kosztami ich leczenia obarczono bezpośrednio pracodawców, na ogół właścicieli ziemskich. Wyrokowali oni o potrzebie i częstotliwości leczenia swoich fernali. Sprawa nie była nowa, ale jej skutki stały się widoczne po kilku latach. Częstotliwość wizyt lekarskich pacjentów wiejskich zmniejszyła się niekiedy nawet 10-krotnie.

Michałowicz alarmował w senacie i na szerszych forach. Używał skutecznego wtedy argumentu, że chłop polski decyduje o zdrowiu polskiej armii, która będzie niebawem potrzebna. Apele były bezskuteczne. Rząd pozbył się problemu ubezpieczeń zdrowotnych na wsi, na które brakowało pieniędzy.

Narósł problem bezrobocia lekarzy w miastach i ich braku na wsi, i w małych miejscowościach. Izby lekarskie proponowały wprowadzenie systemu zachęt materialnych dla lekarzy decydujących się na pracę w gminnych ośro-

dkach zdrowia. Był czas, że ze środków samorządowych intensywnie je budowano. W 1937 r. w 260 gminnych ośrodkach zdrowia czekało na lekarzy 200 wolnych posad. Nie podejmowali ich, bo za pensję 200 zł bez mieszkania nie mogli się utrzymać. Na załatwienie tej zupełnie nie znaczącej dziury finansowej rząd też nie dał pieniędzy.

Polska potrzebowała większej liczby lekarzy niż ich miała. Miała ich o połowę mniej, w przeliczeniu na liczbę ludności, od Niemiec. Na wypadek wojny – wyliczył Mieczysław Michałowicz – polskiej armii potrzeba będzie 12 000 lekarzy. Żył i pracowało niewiele więcej. Należało więc radykalnie zwiększyć liczbę studentów medycyny, absolwentom zaś zapewnić warunki startu, warsztaty pracy i mieszkania.

30 lipca 1938 r. rząd znalazł odpowiedź na postulaty świata lekarskiego, wypowiediane przez Prezesa NIL: znowelizował rozporządzenie Prezydenta RP z 1932 r. o praktyce lekarskiej, wprowadzając do niego dla młodych lekarzy obowiązek 2-letniej pracy na wsi i w małych miejscowościach. Obowiązek obligatoryjny bez zwiększenia liczby miejsc pracy, zabezpieczenia mieszkań, godziwych wynagrodzeń. Skutków tego rozporządzenia, które miało obowiązywać absolwentów z czerwca 1939 r., nie odnotowano. Prawie wszyscy znaleźli się we wrześniu na polu walki.

Władza „spełniła” kolejny lekarski postulat. Jak na ironię, 15 czerwca 1939 r. rząd wprowadził ustawę o publicznej służbie zdrowia. Przewidywała ona organizację służby zdrowia w oparciu o lekarzy powiatowych i gminnych, a zarazem stworzenie placówek pracy w szpitalach powiatowych i gminnych ośrodkach zdrowia. W szpitalach i ośrodkach zdrowia mieli znaleźć zatrudnienie lekarze, pielęgniarki i położne. Miało się to stać „w miarę możliwości finansowych” samorządów powiatowych, miejskich i gminnych.

Również – jak na ironię – spadkobiercą tej ustawy stanie się PRL!

Prezes NIL prof. Michałowicz nie wygrał gabinetowej batalii z administracją rządową o kształt polskiej służby zdrowia. Podjął ją raz jeszcze w latach 1945-47, po powrocie z hitlerowskiego obozu w Gross Rosen, ale wtedy stracił oparcie w sile, jaką w okresie II Rzeczypospolitej były izby lekarskie. Najpierw odsunięto go z funkcji prezesa NIL, a w dwa lata później zlikwidowano izby lekarskie.

Historia magistra vitae!

Zygmunt Wiśniewski

Biały fartuch to nie wszystko

Kiedy mówimy, że zmiana zajęć pozwala zregenerować siły po pracy, którą wykonujemy na co dzień, mamy rację. Pomyślmy, jakie szczęście mają ci, którym praca zawodowa pokrywa się z hobby.

Takim wybrańcem jest Ryszard Handke, profesor szczecińskiej Filii Akademii Muzycznej im. Ignacego Paderewskiego w Poznaniu, jednocześnie dyrygent Chóru Pomorskiej Akademii Medycznej oraz Chóru Lekarzy „Remedium”, istniejącego pod egidą Okręgowej Izby Lekarskiej w Szczecinie.

Drugim szczęściarzem jest Bogusław Paliński, zawodowo związany z Wydziałem Artystycznym Uniwersytetu Warmińsko-Mazurskiego, jednocześnie prowadzący zajęcia umuzykalniające w akademickim Zespole Pieśni i Tańca „Kortowo” oraz Chór Olsztyńskich Lekarzy „Medici pro Musica”, działający pod patronatem Okręgowej Warmińsko-Mazurskiej Izby Lekarskiej w Olsztynie.

Trzecią osobą, do której los się uśmiechnął, jest Dorota Obijalska, która pracuje jako nauczycielka skrzypiec w Państwowej Szkole Muzycznej II st. w Olsztynie, a w wolnym czasie skupia wokół siebie absolwentów w orkiestrze Kameralnej „Absolwent”.

Czwarta grupa osób: Anna Jakubczak, Zuzanna Klementowska i Tomasz Piętak, występuje w ramach Warszawskiej Opery Kameralnej, a ich kolega Krzysztof Ciupiński konsekwentnie idzie w ich ślady.

Oczywiście żartuję z tym uśmiechem losu, bo każdy z nas jest kowalem swego losu, toteż sam go kuje. Hm, nie zawsze wystarczy kuć żelazo póki gorące, często trzeba mieć talent. Talent mają wszyscy ci, o których tu mowa. Cóż się takie-
go stało, że wszyscy się spotkali?



Otóż od wielu miesięcy na listopad 2007 r. planowany był wspólny koncert w Olsztynie „Medici pro Musica” i „Remedium”, podczas którego wykonywano by „Completorium” Gorczyckiego. Koncert odbył się, tak jak zaplanowano, 17 listopada ub.r. w kościele garnizonowym w Olsztynie. Pomimo szarugi publiczność dopisała.

Wysłuchano sześciu części utworu, który uznaje się za ukoronowanie twórczości Grzegorza Gerwazego Gorczyckiego. Czyste brzmienie potężnego, zebranego specjalnie na ten wieczór zespołu zawdzięczać można i pracy, i zdolnościom uczestników. Bo nie da się zaprzeczyć, że wykonanie tej trudnej kompozycji – pod dyktando Bogusława Palińskiego – wymagało nie lada kunsztu. Tym bardziej, że czasu i możliwości na wspólne próby było jak na lekarstwo – jedyne 4 godziny w piątek wieczorem i godzina w sobotę przed koncertem.

Wykonawcami pieśni sakralnej, którą jako „Kantatę” „zmawia się” na dobranoc, byli wszyscy podopieczni naszych farciarzy. W ogromnej większości są nimi lekarze różnych specjalności pracujący w środowisku olsztyńskim i szczecińskim. Lekarz – chórzysta, chórzysta lekarzem... Czemu nie? Spytajmy ich o sens muzykowania, a dowiemy się, że jest ono odskocznią od trudów i jednocześnie sposobem na rozwój intelektualny. Daje satysfakcję, wiąże przyjacielskie więzi tak między członkami macierzystych zespołów, jak i bratnich – lekarskich. Istnieje coś takiego jak solidarność zawodowa, która tu zaznacza się jako wyróżnik intelektualny.

Twórczość, w którą człowiek angażuje się emocjonalnie, przejawia głęboki mistycyzm. Udzielił się on słuchaczom w gościnnych nawach kościoła garnizonowego w Olsztynie. Publiczność podziękowała wykonawcom brawami na stojąco oraz mnóstwem kwiatów.

Helena Piotrowska



Złoty jubileusz

Samorząd lekarski jako mecenas kultury i sztuki oraz promotor sportu, to motto uroczystości z okazji 100 wydania „Biuletynu Lekarskiego” Okręgowej Warmińsko-Mazurskiej Izby Lekarskiej z siedzibą w Olsztynie.



Od marca 1990 r., kiedy pod redakcją Władysława Lipeckiego ukazał się pierwszy numer biuletynu, uległa zmianom szata graficzna i zawartość pisma dzięki pełnej zaangażowania postawie i co warte podkreślenia społecznej działalności kolegium redakcyjnego, o czym z dumą mówił obecny redaktor naczelny Zbigniew Gugnowski. Wysoko ocenili olsztyński biuletyn nadzorujący wydawnictwa izb okręgowych wiceprezes NRL Ryszard Golański oraz redaktor naczelny „Gazety Lekarskiej” Marek Stankiewicz. Obecność na spotkaniu prezydenta Olsztyna Czesława Jerzego Małkowskiego jest dowodem na ponadśrodkową rolę i pozycję warmińsko-mazurskiej izby w promowaniu kultury, sztuki i sportu. A jest to izba pod tym względem szczególna.

Chór lekarzy „Medici pro Musica” pod dyrekcją Bogdana Pulińskiego w okresie



15-letniej działalności licznymi koncertami w kraju i za granicą (USA, Szwecja, Niemcy) zyskał uznanie i należną pozycję oraz wprowadził w odpowiedni nastrój uczestników spotkania. Galeria sztuki ARTIBUS w Domu Lekarza, w której



odsłonięcia tablicy pamiątkowej dokonała jej pomysłodawczyni Anna Lella, służy lekarzom wystawiającym swoje prace. Poziom prac lekarzy: rzeźby Macieja Woźniczka, malarstwo Marii Szczepańskiej, Zofii Badury-Szczawińskiej, Barbary Kardacz, Wandy Popławskiej, Wacława Krukowskiego i Tomasza Kardacza, fotografie Magdaleny Pepeł, Elżbiety Juchniewicz, Elżbiety Sujki, Janusza Hosaja, Andrzeja Bujanowskiego, Jerzego Romaszki, Jarosława Parafinowicza i Bogdana Rybaka, wysoko ocenili uczestnicy spotkania. Równie ciepło przyjęto występy literackie; opowieści o życiu lekarza Tomasza Kardacza, poezję gdańskiej lekarki dentystki, członka NRL Haliny Porębskiej oraz gospodarzy Bogdana Rybaka i Stanisława Siłka.

Od lat warmińsko-mazurska izba należy do liderów lekarskiego sportu. Organizacja mistrzowskich regat lekarskich z racji mazurskich tradycji, 13 edycji mistrzostw lekarzy w brydżu sportowym, srebrny medal siatkarzy na mistrzostwach świata medyków, to zasługa lekarskich działaczy, którym przewodniczy iławski lekarz rodzinny Ro-

man Żuralski. Z inicjatywy laryngologa Zbigniewa Frenszkowskiego w Olsztynie narodziło się Stowarzyszenie Tenisowe Lekarzy, w najlepiej obecnie zorganizowanej lekarskiej dyscyplinie sportowej.

Nie byłoby tych sukcesów integracyjnych olsztyńskiej izby bez osobistego zaangażowania przewodniczącego izby Leszka Dudzińskiego oraz skarbnika Bogdana Kuli, który oprócz doprowadzenia do ponad 90% ściągłości składek, potrafił wygospodarować na kulturę i sport 10% izbowego budżetu, o czym tylko mogą pomarzyć lekarze w innych izbach lekarskich.

Miłym akcentem kończącym złoty jubileusz był występ Kabaretu Schodki studentów Białostockiej Akademii Medycznej, któremu patronuje Janusz Olszewski – założyciel i autor tekstów. Oby naszym młodym kolegom przyszło pracować i realizować swoje pasje w izbie takiej jak warmińsko-mazurska, a decydenci innych izb lekarskich oby czerpali z olsztyńskiego przykładu.

Krzysztof Makuch

REKLAMA

50 lat pod znakiem Eskulapa

Absolwenci Wydziału Lekarskiego, Stomatologicznego i Farmaceutycznego AM w Łodzi rocznika 1957 obchodzili w czerwcu 2007 r. jubileusz 50 rocznicy ukończenia studiów.

W Sali Lustrzanej Pałacu Poznańskiego z rąk rektora Uniwersytetu Medycznego prof. Andrzeja Lewińskiego otrzymali Jubileuszowe Dyplomy Lekarskie UM z aktualnym zdjęciem.

W 1957 r. dyplomy lekarskie otrzymało 482 absolwentów; 125 spośród nich swoje życie poświęciło opiece lekarskiej mieszkańcom Łodzi, a pozostali zostali skierowani do pracy na obszarze całego kraju. Kilkanaście osób opuściło Polskę. 14 osób spośród absolwentów Wydziału Lekarskiego zdobyło godność profesora, 4 docenta, ok. 150 stanowisko ordynatora, ponad 100 dyrektora szpitala lub innych instytucji medycznych, 30 konsultanta. Jeden z naszych kolegów w ostatnich latach był senatorem.

Dobre przygotowanie do pracy lekarza zawdzięczamy naszemu niezapomnianemu Profesorom. Czcząc Ich pamięć przekazaliśmy tablicę pamiątkową JM Rektorowi UM.

Z okazji jubileuszu wydaliśmy książkę Pt. „50 lat pod znakiem Eskulapa i przysięgi Hipokratesa” z dodatkiem „Ars media – Ars Poetica”.

Komitet Organizacyjny Zjazdu Roczника 1957 AM i UM w Łodzi, tel. 042-639-39-39, 042-632-15-00

opr. (u)

u.bakowska@gazetalekarska.pl

Zjazdy koleżeńskie

Wydział Lekarski PAM, rocznik 1967-1973

Kolejny zjazd naszego rocznika w dn. 13-15.06.2008 r. Hotel Rubens w Łysomicach k. Torunia. Zgłoszenia do połowy lutego br. Orientacyjny koszt 550 zł. Program i dalsze komunikaty po zgłoszeniu. Za Komitet Organizacyjny: **Jolanta Chmielewska, 87-100 Toruń, ul. Wybickiego 21b/4, tel. 056-655-14-41 i Romana Kasprzyska-Janowska, 87-100 Toruń, ul. Przy Skarpie 68c/16a, tel. 056-648-40-34.** Wpłata na konto: Jolanta Chmielewska PKO BP SA II O/Centrum Toruń 96 1020 5011 0000 9002 0040 9656

Absolwentów AM we Wrocławiu rocznik 1968

Spotkanie koleżeńskie z okazji 40 rocznicy ukończenia AM im. Piastów Śląskich we Wrocławiu, w dn. 10-11.05.2008 r. we Wrocławiu. Opłata za uczestnictwo od absolwenta/od osoby towarzyszącej 200 zł. Wpłaty na konto Dolnośląskiej Izby Lekarskiej we Wrocławiu: 17-15401030-2001-7753-6075-0001 do 29.02.08 r. z dopiskiem „Zjazd 1968”. Panie prosimy o podanie nazwiska obecnego oraz z okresu studiów. Informacje: **Patrycja Malec, DIL we Wrocławiu, tel. 071-79-88-068, e-mail: patrycja.malec@dilnet.wroc.pl.** Za Komitet Organizacyjny: Wiesław Adamaszek, Krystyna Czernik, Wojciech Durek, Andrzej Karmowski, Wanda Poradowska-Jeszke, Krzysztof Wronecki

u.bakowska@hipokrates.org

ZJAZDY KOLEŻEŃSKIE W INTERNECIE – www.absolwentus.pl

SERWIS POMÓŻE PAŃSTWU ZORGANIZOWAĆ ZJAZD ABSOLWENTÓW. PRZYJAZNY UKŁAD I ERGONOMICZNA BUDOWA UMOŻLIWIĄ Szybkie WYSZUKANIE INFORMACJI ORAZ DODANIE INFORMACJI O NOWYM ZJEJDZIE.

Narty w Alpach Francuskich

Samolot do Grenoble, zakwaterowanie wysoko w górach, przy trasach narciarskich; wyjazdy w marcu 2008.

Zgłoszenia: kwatour@op.pl – organizator wielu wyjazdów dla lekarzy.

3 ZIMOWE IGRZYSKA LEKARSKIE

www.igrzyskalekarskie.org admin@igrzyskalekarskie.org

- slalom gigant
- slalom specjalny
- zjazd
- carving
- biegi narciarskie
- łyżwiarstwo
- szybkie
- triathlon zimowy
- hokej na lodzie

6-9 marca 2008 ZAKOPANE - NOWY TARG

z o p r a s z a m y

Impreza łowarzająca:
Mistrzostwa Polski Lekarzy w Tenisie Stołowym (Nowy Targ 8/9.03.08)
Mistrzostwa Polski Lekarzy w Koszykówce (Zakopane 7/8.03.08)

Kalendarz

kultura i sport w 2008 r.

- **Data imprezy; Nazwa imprezy; MIEJSCOWOŚĆ; Organizator;** Izba
- **17.01.** zastępczy 3.02.; **XII Mistrzostwa Polski Lekarzy w Narciarstwie Biegowym;** KUBALONKA; Maciej Pająkowski, tel. 0602-177-857, ul. Leśna 16, 34-381 Przybędza; Beskidzka IL, Bielsko-Biała
- **26.01.** zast. 16.02.; **VI Mistrzostwa Śląska Lekarzy w Narciarstwie Alpejskim;** WISŁA STÓŻEK; Janusz Lewandowski, tel. 0606-235-361, 43-474 Koniaków 668; Beskidzka IL, Bielsko-Biała;
- **20-25.01.;** **VI Ogólnopolska Wystawa Malarska Lekarzy; ŁÓDŹ** - Klub Lekarza OIL, ul. Czerwona 3; Andrzej Święs, przew. Kom. Kultury ORL w Łodzi, 93-005 Łódź, ul. Czerwona 3, tel. 042-683-17-91, faks 042-683-13-78, e-mail: biuro@oil.lodz.pl; OIL Łódź
- **13.01.** zast. 20.01.; **IX Regionalny Halowy Turniej Tenisowy Lekarzy; DRZONKÓW,** WOSiR; Józef Saffian, tel. 0601-511-361, ul. Hiszpańska 12, 65-941 Zielona Góra; OIL Zielona Góra
- **16.02.; Zimowe Mistrzostwa Polski Medyków w Triathlonie;** SANDO-MIERZ; Krzysztof Matras, tel. 0605 084 016; OIL Lublin
- **22-24.02.;** **XI Ogólnopolskie Mistrzostwa Lekarzy w Narciarstwie Alpejskim;** BYSTRE k. BALIGRODU, woj. PODKARPACIE; Maria Szuber, OIL w Rzeszowie, tel. 017-853-58-37, 0607-365-537, e-mail: mszuber55@wp.pl; OIL Rzeszów
- **29.02.-2.03.;** **XI Otwarte Mistrzostwa Polski Lekarzy w Narciarstwie Alpejskim;** KRYNICA ZDRÓJ; Tadeusz Frączek, ul. Kraszewskiego 130a, tel./faks 018-471-39-94, 0602-701-692, e-mail: TAHASK@wp.pl, ul. Kraszewskiego 130a, 33-380 Krynica Zdrój; OIL Kraków
- **7.03.;** **VIII Ogólnopolska Biesiada Litteracka; ŁÓDŹ** - Klub Lekarza OIL, ul. Czerwona 3; Barbara Szeffer-Marcinkowska, OIL Łódź, ul. Czerwona 3, tel. 042-683-17-91, 042-686-28-10, e-mail: bsm20@wp.pl; OIL Łódź
- **29.02.-2.03.;** **XI Halowe Mistrzostwa Polski Lekarzy w Tenisie; STALOWA WOLA;** OIL Rzeszów, Reformacka 10, tel. 017-853-58-37, 0607-365-537, Stowarzyszenie Tenisowe Lekarzy, Alfred Micał, tel. 0603-927-870; OIL Rzeszów
- **6-9.03.;** **III Zimowe Igrzyska Lekarskie; ZAKOPANE-NOWY TARG;** Maciej Jachymiak, tel. 0606-340-275, admin@igrzyskalekarskie.org, Jacek Tętnowski, tel. 0607-240-938; OIL Kraków
- **8-9.03.;** **III Mistrzostwa Polski Lekarzy w Tenisie Stołowym; I Mistrzostwa Polski w Rackethlonie;** NOWY TARG; Maciej Jachymiak, tel. 0606-340-275, admin@igrzyskalekarskie.org; OIL Kraków
- **7-9.03.;** **VII Mistrzostwa Polski Lekarzy w Koszykówce; ZAKOPANE;** Maciej Jachymiak, tel. 0606-340-275, admin@igrzyskalekarskie.org
- **15.03.** zast. 8 lub 22.03.; **V Mistrzostwa Polski Lekarzy w Kolarstwie Przelajowym;** FALMIROWICE k. OPOLA; Robert Nanowski, tel. 0605-357-955, e-mail: maniek@punkt.pl; OIL Opole
- **6.04.;** **XXIII Bieg Sokoła; XI Mistrzostwa Polski Lekarzy; BUKÓWIEC GÓRNY;** Tow. Gimnastyczne „Sokół” w Bukówcu Górnym, 64-140 Włoszakowice, ul. Powstańców Wielkopolskich 124 i WIL - Delegatura w Lesznie, Leszek Walczak, tel. 0601-754-720, ul. Belgijska 21, 64-100 Leszno; Wlkp. IL, Poznań
- **18-19.04.;** **IV Mistrzostwa Lekarzy w Pływaniu; DĘBICA** – Basen MZO-iW, ul. Piłsudskiego 19; Janusz Bieniasz, tel. 0604-090-587, ul. Grottgera 2b, adr.sł. SP ZOZ Dębica, ul. Krakowska 91, tel. 014-670-52-61, 0604-090-587, tel. sł. 014-680-83-54; OIL Rzeszów
- **25-27.04.** zast. 9-11.05.; **VIII Mistrzostwa Polski Lekarzy w Piłce Siatkowej; SPAŁA;** Krzysztof Makuch, e-mail: krzysztofmakuch@hipokrates.org, tel. 0608-200-190; OIL Warszawa
- **26.04.;** **ISTEBNA; Janusz Lewandowski,** tel. 0606-235-361, 43-474 Koniaków 668; **II Mistrzostwa Polski Lekarzy w Duathlonie;** Beskidzka IL
- **1-3.05.;** **Ogólnopolski Turniej Tenisa Ziemnego „BESKIDY CUP”;** BIELSKO-BIAŁA, Centrum Tenisowe „FAKTOR”; Rafał Kluba, tel. 0606-387-301, ul. Zamayskiego 4, 43-300 Bielsko-Biała, e-mail: rafal@kluba.pl; Beskidzka IL, Bielsko-Biała
- **8-11.05.** zast. 22-25.05.; **VIII Mistrzostwa Polski Lekarzy w Szachach i Turniej Rodzin Lekarskich;** USTRON, woj. ŚLĄSKIE; Jerzy Pabis, tel. 0605-569-065, ul. Franciszkańska 30 b/9, 41-819 Zabrze; Śl.IL Katowice
- **17.05.** zastępczy 31.05.; **VI Mistrzostwa Polski Lekarzy w Wielobojach Lekkoatletycznych;** ZIELONA GÓRA, ul. Sulechowska, Stadion WO-SiR; Maciej Cerbiński, tel. 0601-790-707, ul. Braniborska 9/B, 65-213 Zielona Góra; OIL Zielona Góra
- **22-25.05.;** **XVIII Mistrzostwa Polski Lekarzy w Tenisie Ziemnym; ŁÓDŹ** - Miejskie Korty Tenisowe; Janusz Malarski, tel. 0501-113-211; OIL Łódź
- **23-24.05.** zast. 30-31.05.; **VI Mistrzostwa Polski Lekarzy w Kolarstwie Szosowym;** BYCHAWA-PSZCZELA WOLA; OIL w Lublinie – KSiR, tel. 081-536-04-50, 536-05-50, Krzysztof Matras, tel. 0605-084-016; Lubelska IL
- **30-31.05.;** **IV Mistrzostwa Polski Izb Lekarskich w Żeglarskiej kl. Ome-ga; JEZIORO DĄBSKIE k. SZCZECINA;** Halina Teodorczuk, tel. 091-422-59-70 dom, 0604-416-864, Halina Ey-Chmielewska, tel. 0601-576-160, Zbigniew Hamerlak, tel. 0607-873-054; OIL Szczecin
- **I lub II poł. 06.;** **Turniej Koszykarski o Puchar Prezesa Tarnowskiej Izby Lekarskiej;** TARNÓW; Jakub Florek, tel. 0504-250-047; OIL Tarnów
- **I poł. 06.;** **Puchar Polski Lekarzy w Piłce Nożnej;** SMS w ŁODZI, ul. Milio-nowa 12 i NOWY TARG; Mariusz Moroszyński, tel. 0504-121-832; OIL Łódź
- **06.** zast. 09.; **Ogólnopolskie Zawody Wędkarskie dla Lekarzy „OKON” 2008; Wędkarstwo spławikowe i spinningowe;** ROŚNOWO-WYSIPA, gm. MANOWO woj. ZACH.-POM.; Andrzej Melka, Nowe Bielice 54 F, gm. Biesiekierz, tel. 0505-070-950, OIL Koszalin, Pol. Zw. Wędkarski, Okr. Koszaliński; OIL Koszalin
- **1.06.;** **X Mistrzostwa Polski Lekarzy w Biegu na 10 km; BIELSKO-BIAŁA;** Maciej Pająkowski, tel. 0602-177-857, ul. Leśna 16, 34-381 Przybędza; Beskidzka IL, Bielsko-Biała

- **3-6.06.;** **Mistrzostwa Polski Lekarzy w Wędkarstwie Muchowym i Spiningowym;** ZWIERZYN k. LESKA, NARZECZE SANU; Maciej Fortuna, tel. 0604-230-468, maciejfortuna@poczta.onet.pl; OIL Kraków
- **6-8.06;** **II Mistrzostwa Polski Lekarzy w Siatkówce Płazowej; NIECHO-RZE;** Maciej Mrożewski, tel. 091-461-22-51, 0693-543-211, M. Lewandowski, tel. 0606-980-888, Krzysztof Makuch, tel. 0608-200-190; OIL Szczecin
- **7 lub 8.06.;** **VII Ogólnopolski Jurajski Rowerowy Rajd Lekarzy; CZĘSTO-CHOWA;** Tomasz Klimza, tel. 0691-488-383, ul. Legnicka 85A, 42-200 Często-chowa, Rita Idziak, e-mail: czestochowa@hipokrates.org, poczta@cil.finn.pl, tel. 034-368-18-88, faks 365-41-20, OIL w Częstochowie, ul. Waszyngtona 42; OIL Częstochowa
- **14.06.** zast. 21.06.; **VI Mistrzostwa Polski Lekarzy w Wędkarstwie Spławikowym;** JEZIORO ŻYWIECKIE; Klaudiusz Komor, tel. 0608-365-164; Beskidzka IL, Bielsko-Biała
- **20-21.06.;** **VIII Mistrzostwa Polski Lekarzy w Golfie;** 22.VI.07. Amber Baltic Golf Club 20.06.08; Binowo Park Golf Club 21.06.08, M. Mrożewski, tel. 091-462-251, 0693-543-211, ul. Cedrowa 20/6, 70-776 Szczecin, Jerzy Szymczak, tel. 0501-161-191; OIL Szczecin
- **20-22.06.;** **VI Ogólnopolski Turniej Tenisa Ziemnego Lekarzy; CZĘ-STOCHOWA,** Częstochowski Klub Tenisowy „Victoria”, ul. 3-go Maja 1; Lesław Rudziński, ul. Waszyngtona 42, Częstochowa, tel. 0601-913-381, Rita Idziak, e-mail: czestochowa@hipokrates.org, poczta@cil.finn.pl, tel. 034-368-18-88, faks 365-41-20, OIL w Częstochowie, ul. Waszyngtona 42; OIL Częstochowa
- **26.06.** zast. 09.; **VII Mistrzostwa Polski Lekarzy i Pracowników Ochrony Zdrowia w Ringo;** PUŁTUSK lub RADOM, lub WARSZAWA; Krystyna Aniol Strzyżewska, tel. 600-362-792, przych. 022-864-91-30 (godz. 9.00-15.00), e-mail: krystynaaniol@aster.pl, krystyna.aniol@insp.waw.pl, ul. Wrocławska 16 m. 39, 01-494 Warszawa; OIL Warszawa
- **27.06.-6.07.;** **VIII Ogólnopolski Plener Malarstwa Lekarzy; SZCZECIN** - Camping Marina, ul. Przestrzenna 23; A. Kocewicz, www.campingmerina.pl, Mieczysław Chruściel, tel. 0660-782-682, Maciej Mrożewski, tel. 091-461-224, 0693-543-211; OIL Szczecin
- **2-10.08.;** **Rajd Górski Służby Zdrowia „Bieszczady 2008”;** MUCZNE k. USTRZYK GÓRNYCH, woj. PODKARPACIE; Maria Szuber – KTIS OIL w Rze-szowie, Reformacka 10, tel. 017-853-58-37, 0607-365-537, 0608-595-510, Alfred Orłowski; OIL Rzeszów
- **29-31.08.;** **IV Ogólnopolski Złot Motocyklowy Lekarzy „DoktoRRi-ders”;** PABIANICE; Włodzimierz Dłużyński, e-mail: wlodekzpabianic@op.pl, tel. 0601-803-771, ul. Popławska 40/14, Pabianice; OIL Łódź
- **6.09.;** **XI Mistrzostwa Polski Lekarzy w Kolarstwie Górskim;** BESKID ŻYWIECKI; Maciej Pająkowski, tel. 0602-177-857, ul. Leśna 16, 34-381 Przy-będza; Beskidzka IL Bielsko-Biała
- **I-szy weekend 09.** (3 dni); **IX Mistrzostwa Polski Lekarzy w Strzelec-twie Myśliwskim;** OSIE n. WDA, BORY Tucholskie; Marek Jedwabieński, tel. 0601-993-222, e-mail: jedmar@ozsl.org.pl, Witold Hryncewicz, tel. 0602-432-892, e-mail: hrymce@logonet.com.pl; OIL Bydgoszcz
- **10-14.09.;** **VI Igrzyska Lekarskie; ZAKOPANE-NOWY TARG;** Maciej Jachy-miak, tel. 0606-340-275, admin@igrzyskalekarskie.org, Jacek Tętnowski, tel. 0607-240-938; OIL Kraków
- **6-7.09.;** **GIŻYCKO;** Bogdan Kula, OIL Olsztyn, tel. 089-539-19-29, faks 089-534-44-83; **Żeglarskie Mistrzostwa Polski Lekarzy w Klasie Turystycz-nej;** Warm.-Maz. IL, Olsztyn
- **14.09.** zast. 21.09.; **XIII Turniej Ziemny Tenisa Lekarzy; ZIELONA GÓRA,** Z-I Szk. Ogólnokształc. nr 19; Józef Saffian, tel. 0601-511-361, ul. Hiszpań-ska 12, 65-941 Zielona Góra; OIL Zielona Góra
- **20.09.** zast. 27.09.; **VII Ogólnopolski Maraton MTB Lekarzy w Kolar-stwie Górskim „Michałki 2008”;** WIELEN n. NOTECIA; Tomasz Kacz-marek, tel. 0602-215-001, tomkolar@dostep.pl; Wlkp. IL Poznań
- **22.09.;** **XI Mistrzostwa Polski Lekarzy w Półmaratonie w Gnieźnie (rozgrywane w ramach XXXI Biegu Lechitów);** GNIEZNO; Wielkopolska Izba Lekarska, Wojciech Łacki, e-mail: wojciechlacki@poczta.onet.pl, tel. 0602-244-817, ul. Św. Michała 25, 62-200 Gniezno; Wlkp. IL, Poznań
- **21.09.** zast. 28.09.; **IX Mistrzostwa Lekarzy Pomorza i Kujaw w Tenisie Ziemnym;** BYDGOSZCZ; Aleksander Skop – Kuj.-Pom. OIL, tel. 0604-267-343, e-mail: skalek@poczta.onet.pl, ul. Grudziądzka 115 d/8, 87-100 Toruń, Zbigniew Kula, tel. 0606-464-455; Kuj.-Pom. OIL, Toruń
- **27-28.09.** zast. 4-5.10.; **XIV Mistrzostwa Polski Lekarzy w Brydżu Sport-owym;** BOGACZEWO k. MORAGA; Aleksander Skop, tel. 0604-267-343, e-mail: skalek@poczta.onet.pl, ul. Grudziądzka 115 d/8, 87-100 Toruń; Warm.-Maz. IL, Olsztyn
- **14.10.;** **VII Mistrzostwa Polski Lekarzy w Maratonie (w ramach IX Mara-tonu Poznań); POZNAN;** Wojciech Łacki, e-mail: wojciechlacki@poczta.onet.pl, tel. 0602-244-817, ul. Św. Michała 25, 62-200 Gniezno; Wlkp. IL, Poznań
- **10.11.;** **II Mistrzostwa Polski Lekarzy w Karate; RZESZÓW;** OIL Rzeszów, ul. Reformacka 10, Barbara Surdej, e-mail: barbara.s@wp.pl, tel. 0606-277-742, Grzegorz Siteń, tel. 0604-351-970; OIL Rzeszów
- **19-24.10.;** **Ogólnopolska Wystawa Fotograficzna „Świat w Obiektywie Lekarskim”;** ŁÓDŹ - Klub Lekarza OIL; Andrzej Święs, przew. Kom. Kultury ORL w Łodzi, e-mail: biuro@oil.lodz.pl, tel. 042-683-17-91, faks 042-683-13-78, ul. Czerwona 3, 93-005 Łódź; OIL Łódź
- **11.;** **XIV Mistrzostwa Polski Lekarzy w Halowej Piłce Nożnej; MIELEC** - Hala MOSiR, ul. Solskiego; Zbigniew Bober, tel. 0508-202-626, OIL Rzeszów, ul. Reformacka 10, tel. 017-853-58-37, 0607-365-537; OIL Rzeszów
- **9-11.11.;** **XII Ogólnopolski Turniej Tenisowy Lekarzy; PABIANICE** k. ŁODZI, Hala MOSiR, Pabianice, ul. Grota Roweckiego 3; Janusz Malarski, tel. 0501-113-211, ul. Krańcowa 103, Łódź; OIL Łódź
- **okazjonalnie; Muzyczny Zespół Kameralny;** Wielkopolska Izba Lekar-ska; Wlkp. IL, Poznań

Jacek Tętnowski

przewodniczący Komisji ds. Kultury, Sportu i Rekreacji NRL

Strzelcy w Węgrowie

Na strzelnicy Klubu Strzelectwa Sportowego „Feniks” w Węgrowie 20.10.2007 r. odbyły się zorganizowane przez KKS „Feniks”, OIL w Warszawie, Siedlecki Okręgowy Związek Strzelecki i Lekarski Klub Strzelecki „Dziewiątką” VI już Mistrzostwa Polski Medyków w Strzelectwie Sportowym.

Wyniki (klasyfikacja indywidualna): **Pistolet sportowy (Psp 20):** 1. Kozłowski Janusz – 190, 2. Dziedzic Lech – 180, 3. Adamczewski Marek – 180, 4. Norolkhoo Tsogoo – 179, 5. Bańka Piotr – 170, 6. Grala Dariusz – 169, 7. Zdyb Mirosław – 169, 8. Adamczewski Arkadiusz – 159, 9. Kryński Jacek – 157, 10. Jędrzejuk-Socik Agnieszka – 154, 11. Korzyński Paweł – 151, 12. Czerwoniec Waldemar – 141, 13. Szczęśniak Zbigniew – 135, 14. Drewniak Marcin – 121, 15. Czerwoniec Ewa – 76. **Karabin sportowy (Ksp 10):** 1. Kryński Jacek – 86, 2. Dziedzic Lech – 83, 3. Bańka Piotr – 82, 4. Zdyb Mirosław – 81, 5. Korzyński Paweł – 80, 6. Norolkhoo Tso-goo – 79, 7. Kozłowski Janusz – 77, 8. Adamczewski Marek – 75, 9. Grala Dariusz – 74, 10. Szczęśniak Zbigniew – 69, 11. Drewniak Marcin – 66, 12. Adamczewski Arkadiusz – 66, 13. Jędrzejuk-Socik Agnieszka – 59, 14. Czerwoniec Waldemar – 56, 15. Czerwoniec Ewa – 53. **Pistolet centralnego zapłonu (Pcz 20):** 1. Kozłowski Janusz – 188, 2. Norolkhoo Tsogoo – 187, 3. Adamczewski Marek – 173, 4. Dziedzic Lech – 165, 5. Bańka Piotr – 162, 6. Grala Dariusz – 162, 7. Kryński Jacek – 152, 8. Adamczewski Arkadiusz – 146, 9. Jędrzejuk Socik Agniesz-ka – 146, 10. Zdyb Mirosław – 143, 11. Korzyński Paweł – 141, 12. Szczęśniak Zbigniew – 124, 13. Czerwoniec Waldemar – 107, 14. Drewniak Marcin – 99, 15. Czerwoniec Ewa – 99

opr. (u)

Ogłoszenia sportowe

sport@gazetalekarska.pl

Koleżanki i Koledzy! Uprzejmie informuję, że 5 grudnia 2007 r. Komisja ds. Kultury, Sportu i Rekreacji NRL odbyła posiedzenie z udziałem przedstawicieli Komisji ORL.

1. Ustalono Kalendarz imprez kulturalnych i sportowych na 2008 r.
2. Ustalono, jednocześnie, że dofinansowanie przyznane przez NRL na poszczególne imprezy nie może być przeznaczane na zakup nagród rzeczowych, a tylko na organizację imprezy, np. wynajem obiektu, opłata sędziów itp.
3. Komisja przyjęła jednocześnie stanowisko wyrażające decyzję, że nie będzie dopłacać do udziału lekarzy w zagranicznych zawodach sportowych, natomiast Komisja zakupi dla lekarza uczestniczącego w zagranicznych zawodach sportowych zestaw w postaci koszulki i dresu.
4. W ramach konkursu na najlepszego sportowca 2007 r. Komisja Kultury, Sportu i Rekreacji w głosowaniu tajnym wyłoniła dwóch najlepszych sportowców. Są nimi: Mirosława Przyłuska-Karkosz z OIL w Szczecinie i Jerzy Starzyk z OIL w Krakowie. Nagrodę specjalną przyznano Sebastianowi Kawa z Beskidzkiej Izby Lekarskiej w Bielsku-Białej.

Jacek Tętnowski, przewodniczący Komisji Kultury, Sportu i Rekreacji NRL

XI Ogólnopolskie Mistrzostwa Lekarzy w Narciarstwie Alpejskim „Bystre 2008”

na które lekarzy – narciarzy wraz z rodzinami zaprasza Komisja Turystyki i Sportu ORL w Rzeszowie zostaną rozegrane w dn. **22-24.02.2008 r. w Bystrem k. Baligrodu. Informacje, Karta Zgłoszenia na stronie internetowej naszej izby www.rzeszow.oil.org.pl.** Termin zgłoszeń upływa 31.01.br.

Serdecznie zapraszamy lekarzy wraz z rodzinami na zawody:

VI Mistrzostwa Śląska Lekarzy w Narciarstwie Alpejskim

Mistrzostwa zostaną rozegrane w **sobotę 26.01.2008 r.** na profesjonalnych trasach **Ośrodka Narciarskiego Stożek w Wiśle.** Zapisy w dniu zawodów w godz. 8.00-10.00, start do I przejazdu slalomu giganta o godz. 11.00. **Informacje i zapisy: Janusz Lewandowski, tel. 0606-235-361, e-mail: janlewdactor@interia.pl**

XII Mistrzostwa Polski Lekarzy w Narciarstwie Biegowym

Nowa edycja Trójwyczynu Lekarskiego 2008 rozpoczyna się od zawodów, które odbędą się **27.01.2008 r.** na trasach biegowych **COS w Istebnej-Kubalonce** w ramach biegu „**O Istebniański Bruclik**”. **Zgłoszenia i informacje na str. www.trojwyczynlekarski.pl lub tel.: Maciej Pająkowski, 0602-177-857.**

Trójwyczyn Lekarski 2008

Zapraszamy do wzięcia udziału w zawodach, których wyniki sumuje się, a zwycięzca otrzymuje Puchar Najwszechstronniejszego w Trójwyczynie Lekarskim w 2008 r. W skład zawodów wchodzi:

1. Mistrzostwa Polski Lekarzy w Narciarstwie Biegowym, 27.01.08 Istebna,
2. Mistrzostwa Polski Lekarzy w Biegu na 10 km, 1.06.08 Bielsko-Biała,
3. Mistrzostwa Polski Lekarzy w Kolarstwie Górskim, 6.09.08 Beskidy,

Informacje na str. www.trojwyczyn.pl lub tel.: **Maciej Pająkowski, 0602-177-857**

• **27.02.-1.03.2008 r.** Ustroń. XII Sympozjum Naukowo-Szkoleniowe Sekcji **Rehabilitacji i Fizjologii Wysiłku** PTK. Temat wiodący: **Rehabilitacja kardiologiczna u pacjentów wysokiego ryzyka**. Szczegóły: www.scr-ustroń.com.pl. Sekretariat Komitetu Organizacyjnego: tel. 033-851-632 w. 210

• **4-5.04.2008 r.** Poznań. V Jubileuszowe Repetytorium **Pulmonologiczne**. Coroczna konferencja szkoleniowo-naukowa dla lekarzy **rodzinnych, internistów i pulmonologów** o tematyce pulmonologicznej. Formularz rejestracyjny na stronie Kliniki: www.sk1.am.poznan.pl/ftyzjo pod odnośnikiem konferencja, e-mail: repetytoriumpoznan@poczta.fm, tel. 854-93-95 lub faks 061-841-70-61. Opłata: 150 zł, emeryci 70 zł, członkowie PTChP 50 zł, studenci bezpłatnie. Wpłaty na konto: Stowarzyszenie Wspierania Pulmonologii Poznańskiej ul. Szamarzewskiego 84, 60-569 Poznań WBK S.A. 82 1090 1362 0000 0001 0200 1772 z dopiskiem „konferencja”. Certyfikat z pkt. edukac. Informacje: Sekretariat Konferencji - Katedra i Klinika Ftyzjopneumonologii UM w Poznaniu, ul. Szamarzewskiego 84, tel. 061-854-9-395, tel/faks 061-841-70-61, www.sk1.am.poznan.pl/ftyzjo pod odnośnikiem konferencja.

• **12-16.04.08 r., 13-17.09.08 r.** Zakopane. SONO-MEDICUS organizuje kurs: **Ultrasonograficzne badanie i leczenie stawów biodrowych wg Grafa**. Informacje: dr Michał Kulej tel./faks 018-201-24-17, SMS 0604-100-120, SONO-MEDICUS 34-500 Zakopane, ul. Mrowce 18c, e-mail: kulej@ozzl.org.pl

• **7-9.05.2008 r.** Popowo. Klinika **Anestezjologii i Intensywnej Terapii** CMKP wraz z Fundacją na Rzecz Bezpiecznego Znieczulenia organizuje XVIII Konferencję: **Anestezjologia i Intensywna Terapia pierwszej dekady**. 1. *Zastosowanie krwi, środków krwiotopodnych i krwiozastępczych w OIT. Wskazania i powikłania*. 2. *Nowe techniki obrazowania blokad i spłotów nerwowych i nerwów*. 3. *Nowe metodyki w leczeniu zakażeń płuc i jamy otrzewnej. Bakteryjne i grzybicze*. 4. *Nowe zastosowania dla starych leków*. 5. *Rzeczywiste koszty leczenia w OIT*. Konferencja przeznaczona dla **ordynatorów i ich zastępców i specjalistów II°** w anestezjologii i intensywnej terapii (150 osób). 20 pkt. edukac. Zgłoszenia do 31.01.08 r. na adres: Klinika Anestezjologii i Intensywnej Terapii CMKP SPSK 00-416 Warszawa, ul. Czerniakowska 231. Koszt 625 zł brutto (zakwaterowanie, wyżywienie, bankiet i materiały), po 1.03.08 r. 715 zł. Uczestnicy sponsorowani +22% VAT. Wpłaty na konto Fundacji: Fundacja na Rzecz Bezpiecznego Znieczulenia, 02-062 Warszawa, ul. Zimorowicza 3 m. 3. ING BS O/Warszawa Nr 06 1050 1054 1000 0005 0149 6913. Informacje: tel. 022-625-02-53; 58-41-220, faks 58-41-342.

• **9-11.05.2008 r.** Szczyrk. **Osteoporoza i złamania: nowe standardy postępowania, ocena ryzyka złamania, kogo leczyć - aktualny stan wiedzy i logika stanowisk WHO i EMEA**. XVII Certyfikowany Kurs Doskonalący organizowany przez Polską Fundację Osteoporozy dla lekarzy zainteresowanych osteoporozą, szczególnie dla **internistów, ortopedów i ginekologów**, którzy planują zawierać kontrakty z NFZ w 2008 r. Zgłoszenia i wpłaty za część merytoryczną 400 zł do 31.03.08 r. na konto 33 1050 1823 1000 0022 5046 9620 z adnotacją „XVII Kurs”. Akceptacja i rezerwacja hotelowa wg kolejności zgłoszeń. Koszty noclegów i wyżywienia płatne bezpośrednio w Hotelu: ok. 350 w pok. 1-os, ok. 310 zł w pok. 2-os. Zgłoszenia: e-mail: fundacja@pfo.com.pl, faks 085-744-63-33 lub pocztą na adres: Polska Fundacja Osteoporozy, 15-461 Białystok, ul. Waryńskiego 6/1 (dane kontaktowe, specjalizacja, miejsce wykonywania praktyki lekarskiej). Informacje na stronie www.pfo.pl

• **19-21.06.2008 r.** Kraków, Katedra **Ginekologii i Położnictwa** Wydziału Lekarskiego UJ Collegium Medium, Polskie Towarzystwo Ginekologiczne, Polskie Towarzystwo Ginekologii Onkologicznej zapraszają na I Międzynarodowy Kongres: **Rak Jajnika**. Tematy: 1. *Epidemiologia i etiopatogeneza raka jajnika*. 2. *Diagnostyka raka jajnika (USG, CT, NMRI, PET, markery nowotworowe)*. 3. *Leczenie chirurgiczne raka jajnika*. 4. *Chemioterapia w raku jajnika*. 5. *Radioterapia i immunoterapia raka jajnika*. 6. *Znaczenie second-look laparotomii i second-look surgery w raku jajnika*. 7. *Wykrywanie i postępowanie terapeutyczne w przypadku wznowy nowotworu*. 8. *Antykoncepcja i hormonalna terapia zastępcza a rak jajnika*. 9. *Rola pielęgniarstwa i położnej w opiece nad chorą na raka jajnika*. Kongres poprzedzać będą **Warsztaty Współczesne Techniki Operacyjne i Diagnostyka Ultrasonograficzna w Raku Jajnika**, w dn. 18-19.06.08 r. w auli Katedry Ginekologii i Położnictwa CMUJ, ul. Kopernika 23, Kraków. Zgłaszanie udziału w warsztatach i kongresie do 15.05.08 r. Termin nadsyłania prac do 15.03.08 r. Informacje: Biuro Kongresu: Symposium Cracoviense, ul. Krupnicza 3, 31-123 Kraków, tel. 012-422-76-00, faks 012-421-38-57, e-mail: info@symposium.pl, www.symposium.pl/kolposkopia. Organizatorzy: Katedra Ginekologii i Położnictwa Uniwersytetu Jagiellońskiego CM, ul. Kopernika 23, 31-501 Kraków, tel. 012-424-85-60, faks 012-424-85-84, e-mail: onkologia@gin.cm-uj.krakow.pl

• **22-24.06.2008 r.** Uniwersytet Warmińsko-Mazurski w Olsztynie. III Międzynarodowa Konferencja Inter- i Transdyscyplinarna: **Człowiek i Człowieczeństwo. Bycie i stawianie się, kreacja i ewolucja**. Informacje na stronie internetowej konferencji, którą stale aktualizujemy: www.uwm.edu.pl/homo. Opłata: pełna 400 zł, ulgowa (studenci) 100 zł, po terminie 450 zł, ulgowa po terminie 200 zł. Adres do korespondencji: Uniwersytet Warmińsko-Mazurski w Olsztynie, Wydział Humanistyczny, Instytut Filozofii, ul. K. Obitza 1, 10-725 Olsztyn, e-mail: cebske2008@o2.pl, www.uwm.edu.pl/homo

• **5-6.09.2008 r.** Łeba. V Usteckie Dni **Onkologiczne**. 1. *Nowotwory jelita grubego – diagnostyka i leczenie skojarzone*. 2. *Krwiolecznictwo u chorych na nowotwory lite*. 3. *Leczenie bólu nowotworowego*. Informacje: WSzS im. J. Korczaka w Słupsku Oddział Chirurgii, 76-200 Słupsk, ul. Kopernika 28, tel./faks 059-842-95-35, e-mail: onkoustka@wp.pl, <http://www.onko.ustka.pl>

• **24-27.09.2008 r.** Kraków. Katedra **Anestezjologii i Intensywnej Terapii** Collegium Medicum UJ organizuje XVI Międzynarodowy Zjazd Polskiego Towarzystwa Anestezjologii i Intensywnej Terapii: **Anestezjologia i intensywna terapia u progu trzeciego tysiąclecia**. Informacje: Katedra Anestezjologii i Intensywnej Terapii Collegium Medicum UJ 31-501 Kraków, ul. Kopernika 17, tel./faks 012-424-77-97, e-mail: zjazd2008@anest.eu, biuro@anest.eu, www.anest.eu

• **15-17.10.2008 r.** Kraków. Europejska Konferencja nt. **Probiotyków** i ich zastosowania EUPROBIO 2008. Sesje główne: *Ginekologia, Gastroenterologia, Neonatologia, Immunologia i Alergologia, Kwestie legislacyjne, bezpieczeństwo i technologia, Warsztaty dla młodych naukowców, Sesja przemysłowa* (płatna oddzielnie). Szczegóły: www.euprobio.com. Informacje: Euprobio 2008 Conference Office Chair of Microbiology, 31-121 Kraków, ul. Czysa 18, tel. 012-633-25-67, 012-633-60-33, faks 012-423-39-24, e-mail: biuro@towarzystwoprobioyczne.pl, www.Euprobio.com

Ośrodek Kształcenia Medycznego przy Beskidzkiej Izbie Lekarskiej zawiadamia, że organizuje kursy ze „**Zdrowia publicznego**”. Kurs jest obowiązkowy dla lekarzy specjalizujących się nowym trybem i posiada akredytację CMKP. Przewidywane terminy kursów: 1) **31.03-4.04.08 r.**, 2) **2-6.06.08 r.**, 3) **20-24.10.08 r.** Ponadto w dn. **12-14.11.08 r.** planujemy zorganizowanie kursu z „**Promocji zdrowia**”. Informacje: na stronie www.bil.bielsko.pl (zakładka

Ośrodek Kształcenia – szkolenia) oraz Urszula Hrabowska, Ośrodek Kształcenia Medycznego, ul. Krasińskiego 28, 43-300 Bielsko-Biała, tel. 033-822-77-72, e-mail: okm@bil.bielsko.pl

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

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

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

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

Mazowiecka Szkoła **Ultrasonografii**. Programy kursów i zapisy: www.mszu.pl, e-mail: mazowiecka@mszu.pl, tel. 0602-122-513

Mazurska Szkoła **USG i Ginekologii**. Zapisy oraz szczegółowe informacje: tel. 0504-075-804, www.usg.pisz.pl, e-mail: usg@usg.pisz.pl

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

Podyplomowe Studium **Filozofii Praktycznej**, działające w ramach Wydziału Filozofii Chrześcijańskiej Uniwersytetu Kardynała Stefana Wyszyńskiego w Warszawie, we współpracy z Uniwersytetem Paris-Est w Paryżu, prowadzi rekrutację na nowo utworzoną specjalność: **Etyka Lekarska i Opieka Medyczna** (ELiOM). Studia skierowane są do lekarzy i personelu medycznego. Prowadzone są w systemie zaocznym podczas weekendowego zjazdu. Informacje i zgłoszenia: Magdalena Frątczak, e-mail: m.fratczak@uksw.edu.pl, tel. 022-561-89-41

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

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

opr. (u)

u.bakowska@gazetalekarska.pl



LOKATA INVEST+ 7%

WYPŁACAJ PIENIĄDZE KIEDY CHCESZ I NIE TRACĆ ODSETEK!!!

PEŁNA OFERTA DEPOZYTÓW I POŻYCZEK:

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

www.skokil.pl

PRZEDSTAWICIELE PRZY OKRĘGOWYCH IZBACH LEKARSKICH

POŻYCZKI

KREDYTY

LOKATY

Wydawnictwo Medyczne alfa-medica press

skr. Pocz. 333, 43-300 Bielsko-Biała, tel./faks 033-828-13-70,
e-mail: zamówienia@alfamedica.pl, www.alfamedica.pl



Otolaryngologia dziecięca

pod red. prof. dr. hab. med. **Danuty Gryczyńskiej**,
Klinika Otolaryngologii, Audiologii i Foniatrii Dziecięcej
Uniwersytetu Medycznego w Łodzi
wyd. I. Bielsko-Biała 2007, str. 568, cena 90 zł
Specjaliści omawiają: choroby ucha, nosa i zatok przynosowych, jamy
ustnej i gardła, krtani, tchawicy i oskrzeli, gruczołów śluzowych, cho-
roby przełyku, torbiele, przetoki szyi, porażenie nerwu twarowego u
dzieci, problemy ortodontyczne w otolaryngologii dziecięcej, nowotwory
w obrębie głowy i szyi, zaburzenia oddychowe u noworodka, znieczulenie w otolaryngolo-
gii dziecięcej, zaburzenia komunikatywne u dzieci. Publikacja dla otolaryngologów dzie-
cięcych i dla dorosłych oraz dla specjalistów chorób wieku dziecięcego i lekarzy podsta-
wowej opieki zdrowotnej.



Korekcja wad wzroku.

Procedury badania refrakcji

dr n. med. **Andrzej Styszyński**

Bielsko-Biała 2007, str. 280, cena 69 zł

Autor książki jest nauczycielem akademickim. Podręcznik skierowa-
ny do optyków okularowych, studentów optyki okularowej, lekarzy
specjalistów okulistyki. Kompendium wiedzy z zakresu optyki fizjo-
logicznej oraz podstaw optometrii i okulistyki. Zasady i procedury
badania wad wzroku z uwzględnieniem zaburzeń widzenia obuocz-
nego, a szczególnie heteroforii. Pierwszy w języku polskim zbiór wiedzy, którą po-
winni rozporządzać zawodowi optycy. Podręcznik wspierany przez Krajową Rzemieś-
niczą Izbę Optyczną, która organizuje centrum edukacji dla wszystkich zawodowo
czynnych optyków.



Przewlekła obturacyjna choroba płuc

Kliniczny przewodnik

Timothy Q. Howes, David Bellamy

red. wyd. polskiego prof. dr hab. med. **Władysław Pierzchała**
Bielsko-Biała 2006, str. 144, cena 24 zł

Informacje o nefarmakologicznych metodach leczenia (wspomaganie
oddychania, chirurgiczne zmniejszenie objętości płuc, przewlekłe do-
mowe leczenie tlenem). Zasady współpracy podstawowej i specjali-
stycznej opieki oraz prowadzenia „szpitala w domu”. Wyróżnione stopnie zaawansowa-
nia choroby i zróżnicowane metody jej monitorowania i leczenia. Obok jednoznacznych
zaleceń rozważania nad różnymi metodami leczenia.



Miejsce długodziałających β_2 -antagonistów w leczeniu astmy

pod red. prof. dr. hab. med. **Pawła Górskiego**

Bielsko-Biała 2007, str. 48, cena 10 zł

Opinie klinicystów na temat długodziałających beta-antagonistów,
uwzględniające nie tylko ich wiedzę, ale i doświadczenie lekarskie.
Ustosunkowano się do międzynarodowych uzgodnień i kontrowersyj-
nych opinii innych badaczy.



Rola procesów, standardów i procedur w kształtowaniu jakości świadczeń zdrowotnych

Agnieszka Maciąg, Krzysztof Kruszewski,

Katarzyna Topczewska-Tylińska,

Jacek Michałak

Bielsko-Biała 2007, str. 164, cena 20 zł

Autorzy są pracownikami Uniwersytetu Medycznego w Łodzi. Proble-
matyka jakości w ochronie zdrowia zaprezentowana z punktu widzenia
teorii i praktyki. Prezentacja podstawowych zagadnień dotyczących do-
skonalenia jakości w opiece zdrowotnej z perspektywy świadczeniodawcy, klienta i płat-
nika. Praca skierowana do studentów kierunków medycznych, pracowników służby zdro-
wia i kadry zarządzającej.

Wydawnictwo Continuo

53-505 Wrocław, ul. Lelewela 4, pok. 325, tel./faks 071-791-20-30,
e-mail: biuro@continuo.wroclaw.pl, www.continuo.wroclaw.pl

Wybrane zagadnienia z praktyki lekarza rodzinnego Zasady prawidłowego odżywiania człowieka. Zaburzenia odżywiania. Żywnienie w wybranych jednostkach chorobowych,

Tom 11.

pod red. **Andrzeja Steciwko**, Katedra i Zakład Medycyny
Rodzinnej i Regionalny Ośrodek Kształcenia Lekarzy Rodzinnych
AM we Wrocławiu. Wrocław 2007, str. 212, cena 23 zł

Aktualna wiedza w zakresie najczęstszych schorzeń, z którymi lekarz
spotyka się w swojej praktyce. Zasady zdrowej diety, żywienia nowo-
rodków i niemowląt, żywienia w profilaktyce i leczeniu miażdżycy oraz w cukrzycy,
osteoporozie, chorobie refluksowej przełyku, kamicy żółciowej i przewlekłym zapaleniu
trzustki. Prezentacja problematyki otyłości i niedożywienia – począwszy od diagnosty-
ki do leczenia oraz alergii pokarmowych, żywienia w fenyloketonurii i dnie moczowej.
Przykładowe jadłospisy w niektórych chorobach.



Ukazał się kwartalnik „Medycyna Rodzinna”

nakładem Polskiego Towarzystwa Medycyny Rodzinnej
i Stowarzyszenia Przyjaciół Medycyny Rodzinnej
i Lekarzy Rodzinnych.

Tom 9, nr 3, lipiec-wrzesień, Wrocław 2007, str. 936



Ponadto nadesłano:

Jan Paweł II i medycyna

Jerzy Woy-Wojciechowski

Wydawnictwo Domena, 02-726 Warszawa,

ul. Jana Skrzetuskiego 14A, tel./faks 022-843-55-86, str. 180

Jan Paweł II ze szczególną miłością i zrozumieniem odnosił się zarówno do ludzi chorych, jak i będących w służbie medycznej. Tak brzmi pierwsze
zdanie przedmowy bpa Tadeusza Rakoczego do prezentowanej książki. Jest
ona rezultatem pieczołowicie i z potrzeby serca zbieranych przez autora
informacji, które doskonale ilustrują zacytowane zdanie. Część I to wspo-
mnienia o Edmundzie Wojtyłe. Część II zawiera informacje o licznych pismach (orędziach,
encyklikach, listach apostolskich) i wystąpieniach publicznych (homiliach, głoszonych na-
ukach, sympozjach i konferencjach międzynarodowych, słowach kierowanych bezpośred-
nio do lekarzy i chorych) świadczących o tym, że problematyka ta stała się pozostawała w kręgu
zainteresowania Jana Pawła II. Wszak to Jan Paweł II ustanowił Światowy Dzień Chorego i
Duszpasterstwo Służby Zdrowia. Prowadził też na szeroką skalę Apostolstwo Chorych.



Chirurgia toruńska w zarysie

Marian Łysiak

wyd. **Towarzystwo Naukowe w Toruniu**, Toruń 2006,
str. 184

Monografia obejmuje okres od Średniowiecza do czasów obecnych. Opra-
cowana na podstawie zachowanych dokumentów i źródeł pisemnych. Bo-
gata ikonografia. W charakterystyce okresu ostatniego autor położył nacisk
na tematykę prac naukowych i współpracę z ośrodkami zagranicznymi. In-
teresujące aneksy: 1) Przywileje królów polskich dla chirurgów toruńskich,
2) Reguły podług których mają zachować się czeladnicy chwałebnego cechu chirurgów i bal-
wierzy w mieście królewskim Toruniu, 3) Połączenie z AM w Bydgoszczy.



Ile możesz wypić? O nalogach i ich leczeniu

Johannes Lindenmeyer

tłum. **Jan Chodkiewicz**, wstęp do wyd. pol. **Ewa Woydyłło**

Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne

81-753 Sopot, ul. Bema 4/1A, tel./faks 058-551-61-04

e-mail: gwp@gwp.p, www.gwp.pl, Gdańsk 2006, str. 288

Autor, niemiecki terapeuta uzależnień, omawia problemy związane z uza-
leżnieniem od alkoholu i leków – historię alkoholu, społeczny kontekst pi-
cia alkoholu oraz zażywania leków, przyczyny i objawy uzależnienia; uza-
leżnienia od nikotyny, problemy osób uzależnionych, także z bólem i radzeniem sobie z nim.
Przedstawia problematykę terapii uzależnienia oraz łamania abstynencji. Do każdego tematu
dołączone są kwestionariusze, które pomagają osobom uzależnionym w identyfikacji i analizie
własnych problemów związanych z piciem alkoholu lub zażywaniem leków.



opr. md