



Miodowa 15



Rok nie wyrok

Okazuje się, że demokracja w Polsce zaczyna się od Trybunału Konstytucyjnego. Za rok dzieło Mariusza Łapińskiego będzie tylko niechlubnym wspomnieniem straconego czasu. Już dziś co bardziej przyzwoi ci politycy lewicy nie kryją zażenowania faktem poparcia rozwiązania, które przyniosło ludziom tylko zgryzotę. Ale są i tacy, którzy uważają, że wstyd da się przykryć partyjną szturmówką, więc nie ma się czym przejmować. Prezes NFZ Krzysztof Panas zdecydowanie zdementował pogłoski jakoby miał zostać niebawem odwołany, bo „niby z jakiego powodu?” – jak się wyraził. „Ani się o tę funkcję nie starałem, ani nie chciałem jej brać, tak się złożyło, że ją piastuję”. Szczere chłopisko, niech więc zostanie.

Samorząd lekarski wielokrotnie ostrzegał, ale jego przestrogom przypisywano partykularyzm, egzaltację, nieżyczliwość, a jak już brakowało argumentów, to zwyczajnie oskarżano lekarzy o polityczne kuglowanie, co więcej, w znowie z dybiącą na władzę opozycją.

Bezpartyjny dziś Łapiński tylko uśmiecha się pod nosem z ław poselskich. Niech się teraz tłumacz ci co mnie najpierw poparli, a potem z partyjnych szat odarli – odpowiada były minister i baron SLD. Jakże wygląda teraz Sejm i jego specjaliści od procedur legislacyjnych? Jak się czuje pan prezydent i jego olbrzymi odwzorowujący prawie rząd dwór? Czy nadal humor dopisuje ludowcom z PSL, którzy popierali ustawę, a teraz tu i ówdzie rezonują o jej naprawie? Gdzie są teraz te elity prawnicze, które wzięły kupę forsy za różne opinie i ekspertyzy? Jak się czuje to biedne dziecko w pielęgniarstwie czepek z wyborczego bilbord SLD, które jesienią 2001 r. zwiastowało normalność i nowy porządek? Szkoda, że nawet Jolanta Kwaśniewska, której przymioty duszy cenione są przez niektórych na równi z narodowymi klejnotami, a która ponownie została uznana w rankingu „Pulsu Medycyny” za najbardziej wpływową osobę w ochronie zdrowia, też nie zdołała przekonać małżonka do zawetowania tego legislacyjnego buba.

Minister zdrowia powołał już 12-osobowy zespół ds. rozwiązań systemowych w ochronie zdrowia. Żaden z czterech obecnych w nim lekarzy nie jest reprezentantem samorządu lekarskiego. Sikorski chce, by prace nad projektem dużej nowelizacji zespół zakończył do końca pierwszego półroczu. Zespołowi szefuje krakowski prawnik i ekonomista, prezydencki ekspert prof. Cezary Włodarczyk. Miejmy nadzieję, że nowi eksperci, o których obszerniej piszemy w numerze, swój talent i doświadczenie zadedykują wszystkim Polakom, a parasol Pierwszej Pary ich wysiłki ocali od zapomnienia.

Jedyne, czego możemy być teraz pewni, to wzrostu składki na ubezpieczenie zdrowotne i przez rok czekania na nowe regulacje prawne, które oby nie okazały się fikcją. Ciekawe czy dowiemy się wreszcie, co nam się należy za tę składkę, a za co trzeba będzie dodatkowo zapłacić. Tymczasem w 2004 r. Polacy będą chorować nie na to, na co chorują, ale na to, na co szpitalom i przychodniom opłaci się ich leczyć.

Marek Stankiewicz
naczelnym@gazetalekarska.pl

W NUMERZE

między innymi

Lekarze, do pióra!	4-5
Okiem Prezesa	5
Szukamy pieniędzy, a nie haków na lekarzy	6-7
Od czego zacząć reformowanie systemu?	8-9
Trybunał ratunkowy	10-11
Porozumienie	12-13
To nie są czasy dla amatorów	14-16
Sami reformujemy szpital	17
Artykuł 21 czy paragraf 22?	28-29
Jak zdobyć specjalizację?	32-33
W kierunku lepszego świata	36
Lekarz pyta – prawnik odpowiada	37
Najczęstsze nieprawidłowości	39
Na marginesie Kodeksu Etyki Lekarskiej	40
Good Clinical Practice	41
Kalendarz – kursy, szkolenia, zjazdy	42-43
Lekarski sport	44
Książki nadesłane	50-51
Konkursy, ogłoszenia różne	52-59

Biuletyn NRL

„Gazeta Lekarska” w Internecie
www.gazetalekarska.pl

Lekarze, do pióra!

Już ponad rok ogłaszamy w tym miejscu to wezwanie. Cieszy nas zyciwiły na nie odzew.

Dzięki temu co miesiąc tę i sąsiednie strony wypełniamy listami naszych Czytelników.

Na konkurs „Pamiętniki lekarzy” otrzymaliśmy blisko 150 prac, co już teraz uznaliśmy za sukces wierząc, że ilość przejdzie w jakość.

Nie rozczarowaliśmy się też odpowiedziami na naszą prośbę o żarty, anegdoty, opisy zabawnych zdarzeń z codziennej praktyki lekarskiej.

Z miesiąca na miesiąc, coraz to większym powodzeniem cieszą się nasze literackie konkursy.

Przypomnę, że na naszą prośbę dzieci lekarzy niemal zasypały naszą redakcję swoimi rysunkami.

Niesłabnące zainteresowanie towarzyszy naszej „Jolce”.

Raz tylko rozczarowaliśmy się, na próżno wypatrując w codziennej poczcie odpowiedzi na pytanie: **Gdybym był redaktorem „Gazety”, to...** Nie było zbyt wielu chętnych do udzielania nam porad, sugestii, które – jak oczekiwaliśmy – miały nas zainspirować, pobudzić szare komórki, zaowocować nowymi pomysłami.

Ale nie zrażając się tym prosimy o recenzję, o opinię o zawartości tego jednego, lutowego numeru „Gazety”. Czy chociażby o niektórych, wybranych jego pozycjach. Czekamy na odpowiedź: Co – tak! Co – nie! Co się podoba i zyskało aprobatę, a co zbędne lub takie sobie. Czym – zdaniem naszych Czytelników – należałoby wzbogacić „Gazetę” w najbliższych miesiącach.

Przypominamy wszystkie nasze adresy:

Pocztowy:

Redakcja „Gazety Lekarskiej”

ul. Sobieskiego 110

00-764 Warszawa

fax: **(0-22) 851-71-39**

e-mail: **listy@gazetalekarska.pl**

A więc do dzieła!

Redakcja

„Niesprawiedliwa regulacja”

Proszę o zamieszczenie mojego listu w dziale „Lekarze do pióra!” w związku z wezwaniem kolegi lek. stom. Edwarda Pasierba z Brzeska zamieszczonym w grudniowym numerze „GL” (lek. stom. Edward Pasierb, Brzesko „Niesprawiedliwa regulacja”). Sprawa dotycząca lekarzy stomatologów pobierających rentę zawodową.

Po pierwsze, do Trybunału Konstytucyjnego ma prawo wnieść skargę każdy, czyje prawa konstytucyjne zostały naruszone w sprawie zgodności ustawy z Konstytucją, na podstawie której organ administracji publicznej, tj. ZUS orzekł ostatecznie o naszych prawach (art. 79 Konstytucji RP). Zaś art. 191 Konstytucji RP mówi, że z wnioskiem do Trybunału Konstytucyjnego mogą wystąpić, oprócz Rzecznika Praw Obywatelskich i innych, także ogólnokrajowe władze organizacji pracodawców, w tym przypadku organizacja lekarska, jaką jest NIL i NRL.

Każdy lekarz stomatolog prowadzący działalność gospodarczą, tj.: gabinet stomatologiczny, na własny rachunek (nie zatrudniający innych osób) jest pracodawcą. Uważam, że wniosek do Trybunału Konstytucyjnego o stwierdzenie niezgodności z Konstytucją RP (art. 2) wydanej ustawy zabierającej nam niesprawiedliwie rentę z tytułu choroby zawodowej powinna wnieść NIL wraz z NRL.

Od roku wniosek powinien być wniesiony, chociaż sprawa nie ulega przedawnieniu. Na Rzecznika Praw Obywatelskich – to jest psychoterapia – nie ma co liczyć.

Najwyraźniej NIL zaniedbała sprawę pozostawiając lekarzy stomatologów na łasce losu, bez opieki.

Po drugie, Trybunał Konstytucyjny powinien zająć stanowisko co do takiej sytuacji, gdy emeryt prowadzący samodzielnie gabinet stomatologiczny nie podlegający składce na ubezpieczenie społeczne, tylko na ubezpieczenie zdrowotne, płaci tylko składkę zdrowotną. Na ubezpieczenie społeczne składa się ubezpiecze-

nie emerytalne, rentowe, chorobowe i wypadkowe. A ubezpieczenie zdrowotne jest osobnym ubezpieczeniem i ono nie jest zaakcentowane w ustawie z 30 X 2002 r. Ustawa mówi tylko o źródłach dochodu podlegającego składce na ubezpieczenie społeczne. Tymczasem ZUS ubezpieczenie zdrowotne wrzucił do jednego worka. Poza tym poprzednia ustawa nie miała obowiązywać do 31 XII 2002 r.

W imieniu kolegów i koleżanek wzywam NIL i NRL do wzięcia naszej sprawy w swoje ręce.

28.12.03 r.

lek. stom. **Janina Wicha**
Sosnowiec

Za leczenie płać podwójnie

Otym jak bardzo niedofinansowana jest opieka zdrowotna w Polsce wiemy wszyscy. Jak bardzo nakłady na opiekę zdrowotną w Polsce różnią się od nakładów na opiekę zdrowotną w innych krajach europejskich. Zastanawia mnie jednak, czy jedynym wyjściem z tej sytuacji jest wprowadzenie dopłat przez pacjentów do swojego leczenia?

Czy uczyniono już wszystko, by:

1. Poprawić ściągalność składki do ZUS (a tym samym wysokość przekazywanych NFZ funduszy)? Z tego co mi wiadomo nadal są zakłady, firmy, które nie opłacają ZUS-u swoim pracownikom – wystarczy poczytać trochę prasy czy publikacji internetowych. Są wśród nich i duże zakłady. Czy PKP obecnie odprowadza ZUS za wszystkich swoich pracowników?

2. Poprawić funkcjonowanie ochrony zdrowia w ramach obecnie posiadanych środków finansowych – racjonalniejsze wydawanie posiadanych środków? Czy np. przestrzegane jest rozporządzenie ministra zdrowia i opieki społecznej w sprawie przeprowadzania badań lekarskich pracowników, z zakresu profilaktycznej opieki zdrowotnej nad pracownikami oraz ustawa o służbie medycyny pracy? Z mojego doświad-

czenia wiem, że nie!

Czy poprzez dalszą prywatyzację służby zdrowia, tak jak np. stało się to w Wielkopolsce, nie można powodować racjonalniejszego wydatkowania środków w ramach ubezpieczenia zdrowotnego?

Z mojej oceny wynika, że po prywatyzacji ośrodki zdrowia w Wielkopolsce zmniejszyły swoje koszty w porównaniu z publicznymi zakładami opieki zdrowotnej nawet o 30%.

Jeżeli już uczyniono wszystko, co można w tych kwestiach, to pozostaje powrót do pytania, czy nadal jest konieczne wprowadzenie opłat dodatkowych dla pacjentów.

A jeśli tak, to jakich i za co. I tu zapewne zaczną się kwestie sporne.

Dla mnie kwestią niepodważalną i absolutnie oczywistą jest, iż pacjent powinien wziąć odpowiedzialność za swoje zdrowie.

Tu ważna jest edukacja zdrowotna pacjenta, która pomoże uświadomić mu, że jego zdrowie w ogromnej mierze zależy od niego samego, od jego trybu życia, żywienia, nawyków, używek itp. Ilu pacjentów to wie? A ilu bierze to w ogóle pod uwagę w codziennym życiu? Tu ogromna rola, wydawałoby się, dla lekarzy POZ. Są jednak pewne „ale”. Jak rozmawiać spokojnie i rzeczowo z pacjentami, kiedy w ciągu 6-godzinnego dnia pracy w gabinecie i 1,35 godz. w ramach wizyt domowych trzeba codziennie przyjąć około 30-40 pacjentów i wykonać 2-3 wizyty domowe? Nie trzeba być matematykiem, by policzyć, ile się ma czasu na pacjenta i co w ramach tego czasu trzeba zrobić (a co by się chciało, tylko już nie ma czasu).

Przyzwyczajeni przez wiele lat, że nie ma własności, że wszystko jest nasze czyli niczyje, przyzwyczailiśmy się, by tego, co nasze/niczyje nie szanować. A więc także teraz nie szanuje się niczego, co jest za darmo, jest nasze, czyli tak naprawdę niczyje.

Zmiana tego sposobu myślenia może się okazać największą górą lodową, o którą może rozbić się niemal każdy system ochrony zdrowia. Ale czy musi?

skromny, prosty lekarz
z Wielkopolski
Jarosław Wagner



Praca Karoliny Domańskiej

Moja opinia

Zdarzenia, które obiegają naszą rzeczywistość, w części śmieszą, a w części wywołują smutek. Smutek przeważnie wywołują te, które dotyczą nas bezpośrednio.

Żyjemy w państwie stojącym na rozdrożu. Bo niby jedni chcą gospodarki wolnorynkowej, gdzie nie ma ograniczeń zarobkowych, a inni chcieliby powrotu do stanu sprzed 1980 r., bo dzieci były mądrzejsze, a po studiach dostawało się tyle, że można było związać koniec z końcem, jak to w piosence.

W naszym kapitalizmie po studiach jest się bezrobotnym, a koniec z końcem może związać babcia ze swojej renty. Dziwnym trafem najlepiej stoją ci, którzy studia kończyli zaocznie, i to na specjalnie polecanych wydziałach. Czas szybko biegnie, a studia te biegną szybciej od czasu. Plenum właściwej partii podjęło uchwałę, że na stanowiskach mają być ludzie z wyższym wykształceniem. I byli.

Wynik rozważań jest jeden. Systemy się zmieniają, a ludzie nie. Ci co wicie rozumiecie do tej pory mają monopol na rację. Popierały i popierają ich nadal polskie media.

Przy ciągłym mieszaninzie i rozlicznych skokach decyzji na kasę pierwszą grupą zawodową, która sprzeciwiła się skutecznie nieudolności i zachłanności władz, byli lekarze z Porozumienia Dolnośląskiego. Okazuje się, że nie każdego można ogłupić i przetrzymać w tzw. negocjacjach. Ludzie rozsądni mają własne zdanie.

Od lat piszę i mówię, że tak prowadzona reforma nie ma racji bytu. Twierdzę, że ochrona zdrowia to system, a nie przypadkowe działania związanych z władzą grup pseudoprzedsiebiorców. Musi mieć centralne zarządzanie pod względem merytorycznym, organizacyjnym i epidemiologicznym. Dlatego, iż żyjemy w tym miejscu na ziemi i mamy dbać o własny naród.

W jednej miejscowości nie może być wielu placówek, po-

nieważ nie będzie ich stać na prawidłowe funkcjonowanie.

To są sprawy oczywiste. Wszyscy o tym wiedzą. Tylko Pan Premier nie wie. To nie polscy lekarze, Panie Premierze, zdradzili swoich pacjentów. Tylko polscy politycy zdradzili swoich wyborców.

Wojciech Motyl

Dyplomy w Unii

W styczniowym numerze „Gazety Lekarskiej” przeczytałam z zainteresowaniem artykuł „Dyplomy lepsze i gorsze” o uznawaniu dyplomów lekarskich w Unii Europejskiej. Ukończyłam studia medyczne w dawnym ZSRR, w Kijowie, posiadam natomiast dyplom specjalizacji z medycyny rodzinnej uzyskany w Polsce. Czy w takiej sytuacji mój dyplom lekarza rodzinnego też nie będzie uznany w krajach Unii?

Nazwisko i adres
znane redakcji

Odp. red.

W traktacie akcesyjnym zapisano, że kwalifikacje lekarskie obywateli polskich będą uznane automatycznie w przypadku posiadania dyplomu lekarskiego uzyskanego na jednej z polskich akademii medycznych. Do przepisów dołączono tabelę z wykazem uczelni i wzorów uznawanych dyplomów.

Pani studiowała w Kijowie i posiada dyplom tamtejszej uczelni. Nie ma jej w wykazie ani nie ma takiego dyplomu w tabeli. Pani kwalifikacje nie zostaną automatycznie uznane. To nie oznacza, że nie będą uznane w ogóle. Ponieważ posiada Pani dyplom ze specjalizacji w zakresie medycyny rodzinnej uzyskany w Polsce, to od kraju przyjmującego zależy jak zostanie on potraktowany. Może się okazać, że zostanie Pani skierowana na kurs czy na szkolenie uzupełniające. Może na dodatkowy egzamin.

Okiem Prezesa



Noworyk w sektorze ochrony zdrowia zaczął się (zgodnie z przewidywaniami) burzliwie. Świadczeniodawcy w podstawowej opiece zdrowotnej jako pierwsi wykazali absurdalność kontraktów narzucanych przez NFZ. Całe środowisko lekarskie (w tym także Naczelna i okręgowe rady lekarskie) udzieliło im powszechnego poparcia. Zrobiło to wiedząc, że ewentualne porozumienie w POZ może obciążyć finansowo innych świadczeniodawców. Przeważało jednak odpowiedzialne i solidarne myślenie o przyszłości całego systemu. Gdyby miały ziścić się plany rządu przekształcania szpitali w samofinansujące się spółki kapitałowe (zagrożone upadłością w razie niebilansowania się przychodów i kosztów), wobec podobnych problemów jak lecznictwo otwarte stanęliby wszyscy inni. Na naszych oczach następuje krach systemu i tym bardziej bolą niegodne zachowania niektórych lekarzy, wykorzystujących sytuację kosztem kolegów (np. przyjmowanie pacjentów zapisanych do placówek zamkniętych w pierwszych dniach stycznia pod warunkiem przepisania się na listę placówki pracującej).

Już tylko potwierdzeniem powszechnych obaw o przyszłość stał się wyrok Trybunału Konstytucyjnego, potwierdzający niekonstytucyjność NFZ. Niewątpliwie była to ważna decyzja także dla samorządu lekarskiego, który przez ostatnie dwa lata konsekwentnie (jako jeden z nielicznych) sprzeciwiał się chorym pomysłom Mariusza Łapińskiego. Miejmy nadzieję, że wraz ze swoim potworkowatym dziedzictwem odszedł on już bezpowrotnie. Pojawia się oczywiście problem odpowiedzialności innych: bliskich współpracowników Łapińskiego w Ministerstwie Zdrowia, a także jego szefa (już w 2002 r. namawianego przecież przez nas do podjęcia przez rząd spokojnej reformy systemu kas chorych, a nie rozwijania ocenianych negatywnie pomysłów ministra zdrowia); posłów SLD/PSL/Samoobrony bezkrytycznie popierających projekt ustawy; senatorów, którzy także nie mieli wątpliwości w głosowaniu za projektem i wreszcie prezydenta, który podpisał ustawę, mimo licznych (także naszych) namów do jej zawetowania.

Problem ten jest tym większy, że w świetle wyroku TK najprawdopodobniej to oni wszyscy będą musieli podjąć się opracowania nowych, lepszych rozwiązań. Tym trudniej także zrozumieć niesprawiedliwe oskarżenia, a czasem po prostu obelgi pod adresem lekarzy padające z ust notabli odpowiedzialnych za chaos w służbie zdrowia, jakby to nasze środowisko było winne nieudolności (a może złej woli) polityków.

Obecnie jednak najważniejsze stają się dwa problemy. Po pierwsze, jak przeżyć rok 2004 (duża część placówek opieki zdrowotnej stanie wobec dramatycznych kłopotów w drugiej połowie roku).

Po drugie, jaki kierunek powinny przybrać zmiany systemu. Trudno sobie wyobrazić, żeby udało się zrealizować pierwsze zadanie za obecne środki przy obecnie narzuconych zadaniach (sytuacja jest groźna, ponieważ zachęca wprost chcące przetrwać placówki do konstruowania oszukańczych metod sprawozdawania). Dlatego ustawa o powszechnym ubezpieczeniu w NFZ, a także praktyka zarządzania tą instytucją wymagają uelastycznienia.

W sprawie nowego systemu samorząd lekarski nieustająco wypowiada postulat:

- decentralizowania systemu ubezpieczeń zdrowotnych i oparcia go na konkurencji ubezpieczycieli (tak podstawowych, jak i uzupełniających),
- zdefiniowania zakresu i warunków świadczeń zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych oraz podniesienia tych środków do poziomu kosztów udzielania tych świadczeń (do wysokości około 6% PKB),
- wprowadzenia dopłat bezpośrednich do świadczeń od pacjentów z jednoczesnym zapewnieniem dotacji dla najuboższych i wprowadzeniem systemu dobrowolnych ubezpieczeń uzupełniających,
- zapewnienia negocjacyjnego (pomiędzy przedstawicielami płatników i świadczeniodawców) systemu ustalania jednolitych zasad kontraktowania i cen świadczeń zdrowotnych.

Konstanty Radziwiłł



Szukamy pieniędzy, a nie haków na lekarzy

Z prof. **Januszem Zaleskim**,
przewodniczącym Rady Narodowego Funduszu Zdrowia
rozmawia **Marek Stankiewicz**

foto. Marek Stankiewicz

• Panie profesorze, czy jako szef Rady NFZ nie ma pan żadnego wpływu na to co robi i co mówi prezes Panas?

– Zgodnie z ustawą Rada ma charakter nadzorczy i doradczy. Zarząd NFZ posiada wyraźnie sprecyzowane prawo do samodzielnego funkcjonowania. Radzie dano kompetencję do oceny funkcjonowania Zarządu. Tyle tylko, że z tego uprawnienia jeszcze nie korzystaliśmy. Stanie się tak pod koniec pierwszego kwartału br. Będzie wówczas gotowe sprawozdanie za rok 2003 i wtedy nadejdzie moment oceny. Chcę jeszcze raz podkreślić, iż Zarząd ma bardzo dużą autonomię i swobodę działania, zaś Rada zachowuje jedynie pewne możliwości nieformalnych oddziaływań, np. poprzez rozmowy z Zarządem. Można więc powiedzieć, że pan prezes Panas korzysta z oczywistej kompetencji do wyrażania sądów i opinii na własną odpowiedzialność.

• A co, gdy te sądy są niemądre i irytują pacjentów i lekarzy?

– Przyznam, że ja dość słabo wsłuchuję się w interpretacje różnych wypowiedzi

publicznych. Nie chciałbym oceniać kogokolwiek w sposób zbyt powierzchowny lub zgodny z doraźnymi oczekiwaniami części środowisk politycznych. Miarodajna ocena człowieka powinna się odnosić do całokształtu jego działalności w dłuższym przedziale czasowym. Dużo ważniejsze jest też to, co ktoś zrobił, a nie to, o czym mówił. To może być niekiedy okoliczność łagodząca, a innym razem obciążająca.

• Czy Rada oceniała przygotowanie NFZ do wprowadzenia kontraktów na 2004 r.?

– Trzeba pamiętać, że całą procedurę przygotowania kontraktów na 2004 r. bardziej trzeba łączyć z poprzednim Zarządem niż z tym, który rozpoczął pracę w listopadzie ub.r. Tę odpowiedzialność trzeba zatem widzieć we właściwych proporcjach.

• Czy zatem Rada oceniała pracę poprzedniego Zarządu?

– Rada NFZ funkcjonuje od maja ub.r. i ja odkąd jestem jej przewodniczącym nie znalazłem dokumentów, które byłyby oceną działania NFZ. Należy pamiętać, że Fundusz jest stosunkowo młodą strukturą...

• Wyrok Trybunału Konstytucyjnego raczej mówi, że NFZ będzie niebawem starą instytucją...

– Trybunał wydał jednoznaczny wyrok o ustawie, czyli prawnym produkcie, który uchwalił Sejm, zaakceptował Senat, podpisał prezydent. I to nie ma żadnego związku z Zarządem Funduszu. Chodzi zatem o dwa odrębne aspekty sprawy. Zgadzam się, że ustawa przestanie obowiązywać z końcem bieżącego roku. Otwiera się więc perspektywa le-

gisłacyjnej czarnej dziury na rok 2005. Można ją wypełnić różnymi nadziejami albo rozmaitymi obawami.

Jeżeli mamy wyciągnąć prawidłowe wnioski z trudnej lekcji, jaką było tegoż roczne kontraktowanie, to nowa ustawa powinna być gotowa do połowy br. Potrzeba co najmniej 4-5 miesięcy na przygotowanie czegoś, co przynajmniej będzie można utożsamiać z racjonalnym systemem kontraktowania.

• To jak to było z tą oceną przygotowań na 2004 r.?

– Rada regularnie wysłuchiwała informacji Zarządu o przygotowaniu i przebiegu akcji kontraktowania świadczeń. Następnie jej członkowie i zaproszeni goście dyskutowali z Zarządem, prezentując własne poglądy w tej sprawie.

• No to oceniała czy wyrażała własne poglądy?

– Nie ma takiej Rady, która by co miesiąc dokonywała gruntownej oceny Zarządu.

• Czy uczestniczył pan w rozmowach lub spotkaniach z lekarzami rodzinnymi w tym gorącym okresie?

– Kilka razy spotykałem się z przedstawicielami Porozumienia Zielonogórskiego. Miałem więc możliwość zapoznania się z dokumentami, które przedstawiały ich stanowiska. Obyłem również bardzo ciekawie rozmowy poświęcone podstawowej opiece zdrowotnej. To była podstawa do moich rozmów z prezesem NFZ i ministrem zdrowia.

• Prezes Panas i minister Sikorski twierdzą, że pomimo wyroku TK i przyjętych wobec lekarzy POZ zobowiązań nic w funkcjonowaniu NFZ się nie

Prof. Janusz Zaleski, 48 lat, absolwent Politechniki Wrocławskiej. W latach 1992-1998 wojewoda wrocławski. Przez cztery lata, od 1993 r., przewodniczący Konwentu Wojewodów. W latach 1998-2000 doradca ministra-pełnomocnika rządu ds. usuwania skutków powodzi. W latach 2001-2002 przewodniczący Międzynarodowej Komisji Odrzańskiej. Od 2001 r. dyrektor Biura Koordynacji Projektu Banku Światowego we Wrocławiu. W swoim dorobku naukowym ma ponad 70 prac naukowych dotyczących zastosowań matematyki i inżynierii środowiska.

zmienia. Czy Fundusz zamierza wypełnić przyrzeczenia, czy nadal będzie szukał haków na lekarzy?

– Ja tego nie postrzegam w kategoriach złych intencji. By rozmowy, negocjacje, uzgodnienia, konstruowane modele docelowych rozwiązań były efektywne, musimy ograniczać emocje i ewentualne przejawy wrogości wobec osób i instytucji. Trzeba spojrzeć spokojnie na podpisane porozumienie społeczne.

Już 8 stycznia było wiadomo, że na jego realizację potrzeba 410 mln zł. Powstaje problem, skąd te pieniądze wziąć.

Prezes NFZ musi uwzględniać plan finansowy przedstawiony przez ministra zdrowia i ministra finansów. Nie ma więc zbyt szerokiego pola do manewru. Pomimo to podjęto już stosowne decyzje. Jednak w złożonych, wzajemnie uwarunkowanych strukturach znalezienie tak dużej sumy musi trochę potrwać. Jestem przekonany, że wszystkie postanowienia zawartego porozumienia muszą być realizowane.

• A skąd pan czerpie to przekonanie?

– Z mocnej wiary, że, po pierwsze, żyję w kraju praworządnym, po wtóre, że nie spotkałem się u decydentów ze złą wolą. Chcę wyraźnie podkreślić – szukamy pieniędzy, a nie haków na lekarzy.

• Jaką rolę może odegrać Rada NFZ, by zabezpieczyć w bieżącym roku normalne funkcjonowanie opieki zdrowotnej?

– Szefem Rady zostałem w listopadzie ub. r. Nie byłem zwolennikiem ustawy o NFZ. Kiedy minister Łapiński odbierał brawa na stojąco, ja nie dołączyłem do entuzjastów. Powrót do idei centralizacji w tej ustawie był błędem. Niejasne stało się – kto za co odpowiada. Podobnie jest zresztą z kompetencjami Rady NFZ.

Chcemy, by rok 2004 okazał się dla służby zdrowia czasem rozsądku, dobrym przede wszystkim dla pacjentów, a w następnej kolejności dla świadczeniodawców.

Proszę pamiętać, że Rada nie ma żadnych możliwości zmiany przyjętego planu finansowego.

Nasza rola ograniczy się więc do eliminowania nonsensów, ewidentnych błędów, interwencji i – jak mam nadzieję – może jakiegoś twórczego wkładu do prac nad nową ustawą w postaci opisu stanu, z jakiego wychodzimy.

Od czego zacząć reformowanie systemu?

prof. CEZARY WŁODARCZYK
prawnik i ekonomista,
przewodniczący Zespołu



– Od chwili zastanowienia, o co chodzi. Wcale nie jesteśmy pierwszym ani jedynym zespołem, który będzie się zastanawiał co zrobić, żeby system zdrowotny lepiej funkcjonował. To, co jest naszym nadrzędnym zadaniem, to poszukiwanie kierunku strukturalnych zmian, strategicznych zmian.

To próba budowania pewnych zasad czy odtwarzania zasad, które powinny przyświecać budowaniu systemu. Mam wrażenie, że w ostatnich latach w znacznym stopniu pogubiliśmy się, dokąd nasz system zdrowotny zmierza. Inną cechą ostatnich wydarzeń było dramatyczne nadużywanie wielkich haseł.

Jeżeli mamy coś obiecać przystępując do realizacji prac w zespole to to, że nie

będziemy używać wielkich haseł i będziemy starać się operować konkretem. I jeszcze jedna deklaracja: będziemy szukać porozumienia z każdym, kto wystąpi z sensowną merytorycznie propozycją.



prof. MIROSŁAW WYSOCKI

lekarz,
epidemiolog

– Od zdrowego rozsądku.

prof. JANUSZ ZALESKI
inżynier, matematyk



– Od decentralizacji zarządzania. Od tego, żeby jednak przenosić na niższe szczeble podstawowe decyzje. I druga rzecz. Od alokacji. W zasadzie najlepiej, gdyby alokacja na podstawowe kierunki świadczeń była zapisana w usta-

wie. Tak jak mamy w ustawie zapisać przychody, które są na służbę zdrowia wydawane.

Tak samo poprzez zapisy ustawowe można byłoby uniknąć wielu dyskusji na temat dlaczego, co i gdzie trafia. Ile na podstawową opiekę zdrowotną? Ile na leczenie zamknięte? Ile na refundację leków? Takich podstawowych kierunków dotyczących zmian nie da się zamknąć przed liczbą 10.

Trzeba zbudować nowy system, ale w taki sposób, żeby z tego, który obecnie istnieje, można było bezproblemowo dojść do nowego rozwiązania. Naprawianie będzie polegało na budowaniu nowego, a nie na udoskonalaniu tego, który do tej pory istnieje.

dr KATARZYNA TYMOWSKA
ekonomistka



– Od zastanowienia się co jest główną przyczyną tej sytuacji. Nasze zachowania jako społeczeństwa, świadczeniodawców i dysponentów środków publicznych nie są wynikiem jednej regulacji wprowadzonej rok temu. Wiele jest uwarunkowań kulturowych. Wiele zachowań następstwem regulacji wprowadzonych 3-4 lata temu. Nie ma prostej odpowiedzi, że jest tak dlatego, że mamy złą ustawę o NFZ.

W krótkim czasie trzeba ją poprawić, bo jest niekonstytucyjna. I ochronić system przed większymi skutkami finansowymi, bo teraz zachęca on do pomnażania kosztów.

Jako ekonomistka uważam, że są 3 najważniejsze rzeczy, nad którymi eksperci powinni pracować. Pierwsza. Jakimi metodami ograniczyć tempo wzrostu niezasadnych kosztów? Tego społeczeństwa nie stać na utrzymywanie bardzo drogiej medycyny. Musimy wiedzieć, że mamy bardzo mało pieniędzy, a bardzo często chorujemy. I zastanowić się nad tym, jak leczyć skutecznie przy małej ilości pieniędzy. Postęp medycyny jest ogromny.

Druga. Jak zapewnić przy takich samych pieniądzech lepszą jakość leczenia.

Zespół ds. Rozwiązań Systemowych w Ochronie Zdrowia

W związku z wyrokiem Trybunału Konstytucyjnego z 7.01.2004 r. orzekającym niezgodność części przepisów ustawy o powszechnym ubezpieczeniu w Narodowym Funduszu Zdrowia z Konstytucją, Minister Zdrowia powołał 15.01.br. Zespół ds. Rozwiązań Systemowych w Ochronie Zdrowia.

W jego skład weszli: **prof. dr hab. Cezary Włodarczyk** – prawnik, ekonomista, ekspert w dziedzinie organizacji i zarządzania w ochronie zdrowia – przewodniczący Zespołu; **prof. dr hab. Stanisława Golinowska** – ekonomista, ekspert w dziedzinie polityki społecznej i rynku pracy; **prof. dr hab. Jacek Hołówka** – filozof, etyk, ekspert w dziedzinie problemów etyki w ochronie zdrowia; **prof. dr hab. Hubert Izdebski** – prawnik, ekspert w dziedzinie administracji publicznej i legislacji; **dr n. med. Krzysztof Kuszewski** – lekarz, ekspert w dziedzinie organizacji ochrony zdrowia; **Elżbieta Lubińska** – ekonomistka, ekspert w dziedzinie systemów podatkowych oraz zarządzania i finansowania ochrony zdrowia; **dr n. med. Grzegorz Lubiński** – lekarz, onkolog, ekspert i praktyk w dziedzinie funkcjonowania specjalistycznej opieki zdrowotnej; **prof. dr hab. Jan Sobiech** – ekonomista, ekspert w dziedzinie finansów publicznych i ekonomiki zdrowia; **prof. dr hab. Jerzy Szalik** – lekarz, okulista, ekspert i praktyk w dziedzinie funkcjonowania specjalistycznej opieki zdrowotnej; **dr Katarzyna Tymowska** – ekonomistka, ekspert w dziedzinie finansów publicznych, ekonomiki zdrowia i zarządzania w ochronie zdrowia; **prof. dr hab. Mirosław Wysocki** – lekarz, epidemiolog, ekspert w dziedzinie zdrowia publicznego; **prof. dr hab. Janusz Zaleski** – inżynier, matematyk, ekspert i praktyk w dziedzinie administracji publicznej.

Najważniejsze zadania Zespołu, to opracowanie propozycji rozwiązań systemowych w ochronie zdrowia i odpowiadającym im projektów aktów normatywnych w zgodzie z uwagami i zastrzeżeniami Trybunału Konstytucyjnego. Zespół będzie też współpracował ze wszystkimi podmiotami biorącymi udział w procesie legislacyjnym projektu nowej ustawy.

I jak osiągnąć większą skuteczność?

Trzecia. Zapewnić równość dostępu. Zmniejszyć nierówności, które latami narastały w taki sposób, że pewne grupy mają łatwiejszy dostęp do leczenia.

I może jeszcze czwarta. Wprowadzić takie zasady podejmowania decyzji, żeby pacjenci czuli się trochę bezpieczniejsi. I pracownicy, żeby nie obawiali się tego, że nagle jutro będzie nowa rewolucja, nagła zmiana i wszystko zacznie się od nowa. Nie da się tak pracować. Lekarze nie mogą spokojnie pracować w atmosferze napięcia i lęku.

I być może potrzebne są takie rozwiązania, żeby pokazać dobre cechy obecnego systemu. Nie podzielam opinii, że ten system się rozpada i wszystko w nim jest złe. Jest wiele dobrych rzeczy w tym systemie. I teraz co zrobić, żeby utrwalić te dobre rzeczy w systemie. Złe ograniczyć choć trochę. I przeciwdziałać pojawianiu się nowych złych.

dr GRZEGORZ LUBOŃSKI

lekarz, onkolog



– Najpierw od zewidencjonowania co jest zdrowiu potrzebne. I od działania w przekonaniu, że na pewno nie wymyślimy systemu, który będzie idealny. I na pewno nie wymyślimy systemu, który już nigdy nie będzie wymagał żadnych napraw.

ELŻBIETA KUZDRO-LUBIŃSKA

ekonomistka



– Najważniejsze, żeby nikt z nas nie stracił kontaktu z rozumem. Taka jest prawda. Trzeba popatrzeć na realia. I trzeba zastanowić się nad tym, jak rozwiązać

najtrudniejsze problemy z korzyścią dla wszystkich.

prof. JARZY SZAFLIK

lekarz, okulista



– Przede wszystkim nie starać się robić wszystkiego na nowo. Wykorzystać to, co już jest i starać się to rozsądnie poprawić, żeby pacjent

miał jak najmniej kłopotów w pojęciu tego wszystkiego, co mu proponujemy i co mu się należy.

opr. gr

fot. Marek Stankiewicz

Wygrały nasze racje. Ale to nie koniec sprawy. Musimy włączyć się w proces naprawy po to, żeby na gruzach idiotyzmu powstało coś sensownego
– komentuje orzeczenie Trybunału Konstytucyjnego Konstanty Radziwiłł, prezes NRL.

Trybunał ratunkowy

Grażyna Ciechomska

Ustawa o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym w NFZ została wprowadzona 1 kwietnia 2003 r. w atmosferze niezgody i dezaprobaty. Środowiska lekarskie, w tym samorząd lekarski z prezesem Konstantym Radziwiłłem przestrzegały parlament, prezydenta oraz gremia polityczne przed zgubnymi skutkami jej przeforsowania.

Opieka zdrowotna okazuje się najtrudniejszą dziedziną do naprawienia w III Rzeczypospolitej. Długo zwlekano z rozpoczęciem jej reformowania. Ale kiedy zmiany się zaczęły, popełniono kilka kardynalnych

błędów, które pogłębiały się, aż doprowadziły niemal do załamania systemu na początku 2004 r.

Pomyłką nie do naprawienia była zgoda parlamentu na obniżenie składki zdrowotnej z proponowanej 10-11 proc. na 7,5 proc. z jednoczesną rezygnacją z ubezpieczeń dobrowolnych. Reformie nie towarzyszyły kredyty zagraniczne. Nie było na nią porządných funduszy dodatkowych z budżetu państwa.

Pochopnie obiecano pacjentom świadczenie wszystkich usług zdrowotnych na najwyższym światowym poziomie.

Unia Europejska przeznacza na ochronę zdrowia 8-10 proc. PKB. W Polsce wskaźnik ten waha się w granicach 3,6-3,8 proc. PKB. Produkt ten na Zachodzie i w Polsce wielokrotnie różni się.

Przez wiele lat utrzymywano fikcję. Równego i prawidłowego dostępu do leczenia. Płacenia za świadczenia. Naprawiania systemu. Katastrofa noworoczna zatrzymała ciąg pomyłek, złych koncepcji i fałszywych kroków. Po raz pierwszy Trybunał Konstytucyjny powiedział obywatelom prawdę.

„Konstrukcja Funduszu nie gwarantuje pacjentom prawidłowego i równego dostępu do świadczeń. Rzeczywistość jest taka, że pacjentom nie należy się wszystko. Trybunał orzekł, że pacjentowi należy się przynajmniej wiedza o tym, jakie świadczenia mu przysługują, a jakie nie. I w związku z tym pacjent musi się dodatkowo ubezpieczyć. Albo myśleć sam o swojej przyszłości zdrowotnej” – ocenia wyrok TK prof. Michał Kulesza, pełnomocnik Platformy Obywatelskiej, która zażądała ustawy.

... Marszałek zdumiony ...

To był bardzo fatalny incydent, że pół Polski w pewnym momencie zostało bez podstawowej opieki medycznej, ale on akurat z niezgodnością z Konstytucją nie miał nic wspólnego. To była kwestia negocjacji, które są dopuszczalne. Trybunał tego nie zakwestionował, nie zakwestionował idei kontraktów, a jak kontrakt, no to negocjacje. W tej sprawie można jedynie mówić o tym, czy było rzeczą etyczną i rzeczą w porządku zamykanie przychodni przez lekarzy. Wydaje mi się, że to nie powinno mieć miejsca, że negocjacje negocjacjami, spór sporem, ale w tej sprawie nie powinno być żadnych wątpliwości, że ludzie powinni być leczeni. Ja nawet ostatnio, muszę powiedzieć, ze zdumieniem wysłuchałem wypowiedzi, aczkolwiek uznaję prawo lekarzy do sporu, do protestu, to jest oczywiste, ale ze zdumieniem wysłuchałem wypowiedzi w telewizji przewodniczącego tzw. Porozumienia Zielonogórskiego lekarzy, którzy prowadzili ten spór z rządem, że tych lekarzy, którzy otworzyli gabinety i którzy leczyli ludzi, trzeba postawić przed sądem lekarskim, ponieważ złamali zasadę solidarności lekarskiej. No, tu już posuwamy się za daleko i trzeba chyba poważnej dyskusji wewnętrznej, także w środowisku lekarskim, żeby tego uniknąć.



Marszałek Sejmu Marek Borowski
w rozmowie z **Wiesławem Molakiem**
i **Henrykiem Szrubarzem**
z **Polskiego Radia**, 12 stycznia 2004 r.

Michał Kulesza wcześniej sygnalizował, że ustawa o PUZ-ie, w tym przepisy o funduszu jest ogólnikowa i może być wykorzystywana do nadużyć finansowych. Teraz podkreśla, że werdykt TK zobowiązuje nowych autorów do zmiany filozofii myślenia o systemie ochrony zdrowia.

Prezydent przekonany ...



(...) W moim przekonaniu musimy uściwicie mówić, że ochrona zdrowia będzie w Polsce musiała obywateli kosztować więcej, dlatego że, po pierwsze, bardziej troszczymy się o zdrowie i słuszenie, po drugie, żyjemy dłużej i z tego należy się cieszyć. Jest ogromny postęp, przecież w ciągu kilkunastu lat średnia wieku mężczyzn wzrosła o prawie dziesięć lat. To jest fenomen europejski. I trzeba

pamiętać, że medycyna w ostatnich wielu, wielu latach dokonała największego postępu. Dzisiaj medycyna i ta sprzed trzydziestu lat to są dwie różne medycyny. (...) To oznacza, że dzisiaj powinniśmy zapewnić możliwość skorzystania z najlepszego sprzętu wszystkim. Dzisiaj nie można powiedzieć, że wystarczy osłuchać pacjenta, ale trzeba skorzystać z USG, trzeba skorzystać z wszystkiego, co jest dostępne. Więc to musi kosztować więcej, a więc i składka musi być wyższa. I zapewne trzeba zastanowić się bardzo poważnie nad współfinansowaniem, które przecież ma miejsce, tylko dzisiaj jest nieformalne, no, nazwijmy nawet bardzo korupcyjne. Organizacja jest oczywiście kwestią kluczową. Ja uważam, że w sprawach organizacji po tym, co przeżyliśmy z kasami, co widzimy z Narodowym Funduszem, można już bardziej precyzyjnie określić tę linię, gdzie służba zdrowia powinna być w pełni zdecentralizowana i tam, gdzie ona jednak powinna być chroniona tym parasolem państwowym, czyli rodzajem Narodowego Funduszu, gdzie mówimy o najwyższej wyspecjalizowanych klinikach czy szpitalach, które po prostu muszą odgrywać taką bardzo i wiodącą rolę, i odpowiadającą na te najbardziej skomplikowane przypadki. Ale to wszystko można, moim zdaniem, z głową przemyśleć i zapisać i mieć ustawę, która będzie dobra.

Prezydent RP Aleksander Kwaśniewski
w rozmowie z **Krzysztofem Grzesiowskim**
z **Polskiego Radia**, 9 stycznia 2004 r.

Podstawowa opieka zdrowotna była lepiej zorganizowanym fragmentem systemu opieki zdrowotnej. Dobrze działała w wielu regionach, np. w Wielkopolsce. Przeszła restrukturyzację. Zredukowano w niej personel medyczny. W znacznej części została sprywatyzowana. Odbłyło się to dużym wysiłkiem samych lekarzy, w tym rodzinnych i pierwszego kontaktu. Jeszcze dzisiaj niektórzy z nich spłacają zaciągnięte pożyczki i kredyty. A jednak to POZ pierwszy runął w przepaść.

Dla reformatów największym orzechem do zgryzienia jest zreformowanie szpitali publicznych. Kolejne projekty restrukturyzacji nie przyniosły efektów poprawy do dzisiaj. Zabrakło dostatecznej determinacji, a także odwagi politycznej do przeprowadzenia gruntownych zmian.

Pytaniem podstawowym jest: **Czy w Polsce mamy nadmiar szpitali utrzymywanych przez społeczeństwo?**

Odpowiedź nie jest prosta. Niemcy z 82 mln mieszkańców mają ponad 2200 szpitali. U nas funkcjonuje ich około 800. W Europie nie przodujemy też w liczbie łóżek szpitalnych. Pod koniec dziewięćdziesiątych lat ubiegłego wieku Francja miała prawie dwukrotnie więcej łóżek niż Polska. Na każde 10 tys. ludności przypadało u niej 113 łóżek, podczas gdy u nas 58.

... Premier bez kontaktu ...

„Lekarz, który zamyka swój gabinet, który opuszcza swojego pacjenta, który zdradza swojego pacjenta, nie może być wzorcem do naśladowania. Osobiście nie akceptuję postawy medyków, którzy, co więcej, próbują czynić z tego cnotę. Ale jako szef rządu ponoszę część odpowiedzialności za ustawę, która okazała się zła, choć przekonywano nas, że jest dobra.” – powiedział premier w wystąpieniu telewizyjnym. Wg Millera, nowe rozwiązania dotyczące służby zdrowia nie pozwolą na powtórzenie się sytuacji z przełomu roku. Zapewnił, że rząd chce przygotować te rozwiązania „we współpracy ze wszystkimi, dla których zdrowie pacjentów jest ważniejsze niż własne interesy zawodowe i polityczne”. Leszek Miller podziękował tym lekarzom, którzy nie zamykali swoich gabinetów. Dodał, że on sam jako pacjent jest zadowolony z opieki medycznej, ale „ponieważ nie ma kontaktu z lekarzem pierwszego kontaktu”, nie był narażony na kłopoty, jakie mieli inni Polacy.

Premier Leszek Miller
w TVP 1, 10 stycznia 2004 r.



Informacje te podaje GUS. Proporcje następująco kształtowały się na świecie:

Kraj	Liczba łóżek/ /10 tys. ludności
Australia	95
Austria	92
Finlandia	98
Grecja	50
Hiszpania	40
Japonia	131
Kanada	54
Niemcy	72
Norwegia	51
Portugalia	41
Czechy	67
Stany Zjednoczone	38
Szwecja	43
Węgry	83
Wielka Brytania	42
Włochy	65

Analiza danych świadczy o tym, że jakość opieki zdrowotnej nie zależy od liczby szpitali ani łóżek. Stany Zjednoczone mają najlepiej zorganizowaną opiekę medyczną na świecie. Przeznaczają na nią ogromne pieniądze. Ale łóżek szpitalnych jest tam mało.

Można zatem wysnuć wniosek, że jakość usług zdrowotnych wynika z rozwiązań systemowych. Zależy również od klasy specjalistów wykonujących usługi. Przede wszystkim od lekarzy. Ale też od pozostałego białego personelu.

Najpoważniejszym obecnie zadaniem, przed którym stoi ochrona zdrowia, jest reforma szpitali. Najnowsze programy zakładają przekształcenie ich w spółki publiczne – prywatne. Pomysł ten nie został przyjęty w środowisku lekarskim z wielkim aplauzem. Ale nie spotkał się też z całkowitym potępieniem. Źródeł finansowania opieki zdrowotnej urzędnicy, politycy i dyrektorzy poszukują wszędzie.

Udziały prywatne w szpitalach mają być ustawowo ograniczone do 25 proc. Niektórzy zgłaszają wątpliwości do takiej formy. Lekarz z Wielkopolski mówi: „Nie do końca jestem przekonany czy uda się ułożyć poprawne stosunki pomiędzy właścicielami publicznymi i prywatnymi w szpitalach. Czy taki mieszany system funkcjonowania nie będzie źródłem nowych nieznanym nam jeszcze konfliktów i nieprawidłowości, a może nawet oszustw?”

... Opozycja przerażona

Prezes NFZ twierdzi, że wszystko jest w stu procentach zabezpieczone. Chciałabym zapytać: a jak w stu procentach jest zabezpieczone coś, czego nie ma w katalogu świadczeń? Jak zabezpieczyć dzieci chore, gdy w katalogu świadczeń oprócz ospy wietrznej nie ma krztuśca, błonicy, szkarlatyny, toksoplazmozy, cytomegalii i innych zespołów chorobowych u dzieci. Nie ma leczenia dysplazji oskrzelowo-płucnej, operacji refluku żołądkowo-przełykowego. Nie ma, niestety, nawet pieniędzy – bo takiej procedury nie ma – na diagnostykę np. hipoglikemii u dzieci. Nie ma przetaczania osocza świeżo mrożonego. Nie ma takiej procedury ani takiej choroby w katalogu, który stworzył prezes Panas, jak rozdzielanie warg sromowych u niemowlaka, przecięcie wędzidełek języka, poszerzenie przełyku, poszerzenie odbytu obustronne, operacja wnetrostwa – które w wielu wypadkach ratują życie noworodka (...). Dzisiaj mamy nie Narodowy Fundusz Zdrowia, tylko narodową fikcję zdrowia, bo fikcyjny jest dostęp do świadczeń, zagwarantowanie tych świadczeń fikcyjne, przejrzystość jest fikcyjna, fikcyjne są ceny, fikcyjny nadzór, fikcyjna kontrola i fikcyjna jest gwarancja praw obywateli.



Elżbieta Radziszewska
(Platforma Obywatelska)
w Sejmie, 9 stycznia br.

Zakwestionowanie prawidłowości powołania i zasad funkcjonowania NFZ przez TK rodzi nowe problemy. „W ustawie o pomocy publicznej i restrukturyzacji samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej jest bardzo ważny artykuł dotyczący warunków wejścia ich na drogę restrukturyzacji. Jednym z takich warunków jest uzyskanie pozytywnej opinii NFZ. W kontekście decyzji TK rodzi się nowy problem. Czy NFZ de facto miałby decydować o restrukturyzacji bądź likwidacji szpitala?” – pyta prezes NRL.

TK wyraził klarowną opinię o obecnym systemie. Tym samym stał się instytucją ratunkową, która być może zmobilizuje środowiska, instytucje, gremia polityczne i społeczne do utworzenia jednolitego frontu budowy porządnego i skutecznego, opartego na solidnych fundamentach i funduszach, systemu opieki zdrowotnej w naszym kraju.

Swoją pomoc w budowie systemu oferuje samorząd lekarski. „Jesteśmy gotowi do uczestniczenia w poprawianiu prawa medycznego. Mamy materiały. Mamy przemyslenia. Mamy koncepcje” – deklaruje Andrzej Sawoni, wiceprezes NRL.

foto: Marek Stankiewicz

Porozumienie

zawarte pomiędzy ministrem zdrowia Leszkiem Sikorskim a przedstawicielami Porozumienia Zielonogórskiego w dniu 6 stycznia 2004 r.

Strony porozumienia ustalają, że świadczeniodawcy Porozumienia Zielonogórskiego przystępują do postępowania o zawarcie umów na udzielanie świadczeń zdrowotnych w drodze rokowań z NFZ na zasadach określonych w szczegółowych warunkach.

W wyniku trwającego impasu w zakresie realizacji świadczeń wynikających z niedoskonałości zapisów szczegółowych warunków postępowania w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń zdrowotnych w 2004 r., szczegółowych materiałów informacyjnych o przedmiocie postępowania w sprawie zawierania umów o udzielanie świadczeń zdrowotnych

ubezpieczonym w NFZ od 1 stycznia 2004 r. w rodzajach świadczeń zdrowotnych, ogólnych warunków umów i umowy dotyczącej świadczeń dokonane zostały uzgodnienia stanowiące w całości materiał do zmian w umowach w postaci aneksów na poszczególne rodzaje świadczeń zdrowotnych.

To zadanie leżące w kompetencji NFZ zostanie przygotowane w uzgodnieniu

z przedstawicielami Porozumienia Zielonogórskiego w zakresie ujętym w załącznikach.

Aneksy te będą podpisywane jednocześnie z dotychczas obowiązującymi umowami na poszczególne rodzaje świadczeń. Realizować one będą cywilnoprawną zasadę równości stron oraz zasadę płatności za wykonywane świadczenia zgodnie z umową. Po aneksowaniu umowy uzyskają charakter umów terminowych, do których zmiany wprowadzane będą tylko za wcześniej wyrażoną obopólną zgodą. Brak zgody którejś ze stron na zmianę treści umowy nie może powodować jej wypowiedzenia.

Strony ustalają, iż uzgodnienia te doprowadzą do zawarcia umowy i wspomnianego aneksu wszystkim świadczeniodawcom Porozumienia Zielonogórskiego, którzy spełniać będą warunki określone w szczegółowych warunkach postępowania we właściwym dla nich rodzaju umowy, tj. podstawowa opieka zdrowotna, specjalistyka, rehabilitacja i stomatologia. Warunki te mogą być dostępne dla wszystkich innych świadczeniodawców. Umowy te mają moc obowiązującą od 1 stycznia 2004 r. Termin podpisania umowy – do 21 dni od daty podpisania porozumienia.

Przedstawiciele Porozumienia Zielonogórskiego oświadczają, że niedotrzymanie warunków niniejszego porozumienia skutkować będzie złożeniem oświadczenia o wycofaniu ofert przez oferentów reprezentowanych przez Porozumienie Zielonogórskie.

Uwzględniając dyskusję nad zapisami ustawy o NFZ i pojawiające się w tej kwestii postulaty Minister Zdrowia podejmie inicjatywę ustawodawczą zmierzającą do nowelizacji tej ustawy. W tym celu Minister Zdrowia wniesie pod obrady rządu projekt nowelizacji ustawy opierający się na następujących przesłankach (patrz załącznik).

Załącznik POZ

1. Zalecane jest wypracowanie modelu kompleksowego udzielania świadczeń w podstawowej opiece zdrowotnej przy uzyskaniu porozumienia środowiska lekarskiego i pielęgniarskiego w tym zakresie:

- świadczeń lekarza POZ,
- świadczeń pielęgniarki środowiskowo-rodzinnej,
- świadczeń położnej,
- świadczeń pielęgniarki w środowisku wychowania i nauczania,

ujęte w jednej wspólnej deklaracji wyboru, ale z zachowaniem możliwości równoprawnego kontraktowania odrębnie poszczególnych zakresów.

2. Jedynym warunkiem uzasadniającym odmowę zwiększenia liczby ubezpieczonych jest ograniczenie dostępności.

3. Umowa POZ obowiązuje w dni powszednie w godz. 8.00-18.00.

4. Pozostawia się lekarzowi POZ swobodę decyzji co do udziału środków przeznaczonych na finansowanie diagnostyki (wyrok Sądu Antymonopolowego z lutego 2003 r.). Świadczeniodawca pokrywa koszt badań diagnostycznych zleconych przez siebie.

5. Pozostawienie kierownikowi zakładu swobody ustalania godzin pracy personelu medycznego w ramach godzin otwarcia praktyki i kodeksu pracy.

6. Systemy informatyczne wymagane przez NFZ dostarczane są świadczeniodawcom bezpłatnie.

7. Datą zapłaty za świadczenia zdrowotne przez NFZ jest data wpłynięcia środków na konto świadczeniodawcy.

8. Lekarz posiadający prawo wykonywania zawodu może być zatrudniony przez świadczeniodawcę w POZ.

9. Lekarz POZ ma prawo kwalifikować i kierować na pełny zakres zabiegów fizykoterapii (ponieważ kierowanie do specjalisty celem zlecenia zabiegów rehabilitacyjnych rodzi dodatkowy koszt porady rehabilitacyjnej u tego specjalisty).

10. Za pierwszy okres płatności NFZ wypłaca należność świadczeniodawcom POZ, wg stanu listy aktywnej na dzień 31 grudnia roku poprzedzającego zawarcie umowy. Dotyczy świadczeniodawców dotychczas udzielających świadczeń w NFZ

11. Dozwolone jest łączenie funkcji pielęgniarki praktyki, pielęgniarki środowiskowej i położnej środowiskowej bez spełniania dodatkowych warunków (nie jest to wymóg ustawowy).

12. Całodobowa opieka lekarska, rozumiana jako nocna pomoc lekarska ambulatoryjna i wyjazdowa oraz opieka lekarska w dni świąteczne są kontraktowane jako osobne świadczenie nie związane obligatoryjnie z podstawową opieką zdrowotną i opłacana jest niezależnie od stawki kapitacyjnej na POZ.

13. Transport sanitarny kontraktowany jako osobne świadczenie, nie związane obligatoryjnie z ambulatoryjną opieką zdrowotną opłacany jest niezależnie od stawki kapitacyjnej na POZ.

Załącznik specjalistyka i rehabilitacja

1. Fundusz nie może wymagać rachunków wewnętrznych badań – wystarczające są wpisy do dokumentacji (brak konieczności wystawiania samemu sobie rachunków).
2. Zniesienie obowiązku wykonywania kserokopii wyników badań (wystarczający jest rachunek z załącznikiem imiennym), natomiast dokumentacja rachunkowa dostępna powinna być w biurze rachunkowym lub w miejscu przechowywania dokumentacji.
3. Wyłączyć wizyty domowe specjalisty (zasadność leczenia specjalistycznego obłożnie chorego stwierdza lekarz POZ, wymóg posiadania skierowania z POZ, brak celowości wprowadzania tego zapisu).
4. Harmonogram otwarcia poradni uzależniony jest od ilości porad (przy zachowaniu trwania porady 20 min).

Wypracowano wspólne stanowisko w następujących kwestiach:

1. Zapisy umowy w zakresie praw i obowiązków stron nie mogą być szersze niż zapisy ustawy o ubezpieczeniu w NFZ oraz wydanych na jej podstawie aktów wykonawczych.

2. Intencją stron jest, aby w regionach, gdzie została zakończona procedura konkursu ofert, Fundusz ogłosił postępowanie w sprawie zawarcia umowy (np. województwo opolskie, województwo śląskie, województwo świętokrzyskie, województwo dolnośląskie). W regionach, w których postępowanie w celu zawarcia umów trwa, Fundusz proponuje świadczeniodawcom podpisanie aneksów do umów z uwzględnieniem treści niniejszego porozumienia.

3. Wolą stron jest, aby wszystkie podmioty z zakresu specjalistyki, rehabilitacji i stomatologii reprezentowane przez Porozumienie Zielonogórskie znalazły się w systemie świadczeń NFZ, co umożliwić winna konieczna weryfikacja istniejącego stanu zabezpieczenia potrzeb w tych zakresach świadczeń oraz kontrola dotychczasowego procesu kontraktowania świadczeń.

Kwestie wymagające nowelizacji ustawy o ubezpieczeniu w NFZ, rozporządzeń lub innych przepisów prawnych w trybie pilnym zmierzające do zapewnienia:

1. Całodobowej opieki lekarskiej, rozumianej jako nocna pomoc lekarska ambulatoryjna i wyjazdowa oraz opieka lekarska w dni świąteczne kontraktowane jako osobne świadczenie nie związane obligatoryjnie z podstawową opieką zdrowotną (ustawa).

2. Transportu sanitarnego kontraktowanego jako osobne świadczenie, nie związane obligatoryjnie z ambulatoryjną opieką zdrowotną.

3. Ubezpieczonemu prawa do porady specjalistycznej bez skierowania nie tylko w razie bezpośredniego zagrożenia życia i porodu, ale również w razie wypadku, zatrucia i obrażeń.

4. Finansowania badań diagnostycznych i konsultacji wymaganych przez orzeczników ZUS-u lub komisje ds. orzekania o niepełnosprawności i innych zewnętrznych organów z innych środków niż NFZ, jeżeli nie są one związane z kontynuacją leczenia i rehabilitacją.

5. Pozostawienia realizacji obowiązkowych szczepień ochronnych w kompetencjach lekarza POZ.

6. Porozumienie Zielonogórskie postuluje zmianę zapisu art. 82, ust. 1 ustawy o powszechnym ubezpieczeniu w Narodowym Funduszu Zdrowia „w celu rozszerzenia zakresu rokowań poza ustaleniem ceny i liczby udzielanych świadczeń także warunków udzielania świadczeń”.

Załącznik stomatologia

1. Stomatolog pobiera dopłaty do materiałów ponadstandardowych w trakcie wykonywanych świadczeń standardowych. Wysokość dopłat ustala stomatolog. Cennik dopłat umieszcza się w ogólnie widocznym miejscu. Stomatolog w godzinach zakontraktowanych z NFZ ma prawo wykonywać świadczenia ponadstandardowe (odpłatne przez pacjenta).

2. Stomatolog ma obowiązek uzyskania zgody z NFZ na przerwy w wykonywaniu świadczeń powyżej 14 dni.

3. W celu zapewnienia ciągłości świadczeń przez cały okres obowiązywania umowy stomatolog wykonuje świadczenia do miesięcznego limitu punktowego i tworzy listę oczekujących. Na wniosek i za pisemną zgodą pacjenta stomatolog ma prawo wykonać świadczenie poza kolejnością, odpłatnie.

Zawarcie niniejszego porozumienia jest podstawą rozpoczęcia udzielania świadczeń zdrowotnych przez świadczeniodawców Porozumienia Zielonogórskiego na zasadach określonych w niniejszym porozumieniu. Minister Zdrowia zobowiązuje się wystąpić z inicjatywą zmiany przepisów prawnych w trybie pilnym.

To nie są czasy dla amatorów

Z profesorem **Markiem Nowackim**, dyrektorem Centrum Onkologii – Instytutu im. Marii Skłodowskiej-Curie rozmawia Jerzy Wunderlich



• *Przypuszczam, że Nowy Rok witał pan profesor w dobrym nastroju. Przyznanie panu tytułu „Menedżer Roku 2003” w ochronie zdrowia mogło sprawić satysfakcję, zwłaszcza w tak trudnych czasach dla lekarzy, dyrektorów szpitali.*

– Każde takie wyróżnienie sprawia satysfakcję. Byłbym nierzetelny, gdybym odpowiedział inaczej. Ale – proszę mi wierzyć – odniosłem wrażenie, że nie mniejszą satysfakcję sprawiło ono moim najbliższym współpracownikom. A zdarzyła się u nas rzecz niezwykła: Ci, którzy najbardziej zaangażowali się w procesy naprawcze Centrum (nie waham się tego tak nazwać), to są nowi współpracownicy. I to nie tacy, których znalazłem w gronie znajomych, i nie z konkursu, a ci, których zatrudniłem z ... ogłoszenia, polegając na deklarowanych kwalifikacjach i na intuicji. I nie zawiodłem się.

• *Czego życzyliście sobie na nowy rok tu, w kierownictwie, w gronie bliskich współpracowników. Oczywiście poza tym, „abyśmy zdrowi byli”...*

– Życzyliśmy sobie także szczęścia. Jest takie powiedzenie: Na „Titanicu” wszyscy byli zdrowi, tylko nie wszyscy mieli szczęście. Chcielibyśmy zwłaszcza, by to szczęście sprzyjało naszym pacjentom.

• *Głośno w środowisku o tym, że objął pan szpital zadłużony na 30 mln zł i udało się panu wyciągnąć go z długów i odzyskać płynność finansową, wyprowadzić na prostą.*

– Tak! Osiągnęliśmy rok temu nawet pewną niewielką nadwyżkę. Ale za rok 2003 nasza strata wyniesie znów 12 mln zł. Ale to bierze się stąd, że ciągle pieniądze nie idą za pacjentem. Te pieniądze się nam należą. Uważam, że onkolog nie ma prawa odmówić leczenia. Tu chodzi o życie. Na razie oddałem sprawę do sądu i czekam na sprawiedliwy wyrok.

• *Ciekawe, czy po uzyskaniu tego tytułu zgłosił się ktoś do pana po naukę, zapytał o sekret, o receptę na sukces? W czasie, gdy tak wielu kierowników placówek służby zdrowia boryka się z problemami wydaje się nie do pokonania, pan wyprowadził Centrum Onkologii na prostą...*

– Owszem, miałem okazję rozmawiać z wieloma osobami, zwłaszcza z kierownikami placówek ochrony zdrowia żywo zainteresowanymi tym, co i jak można zrobić, co się opłaca, a co nie, jak trwać i przetrwać w tych trudnych czasach. Oczywiście, my nie mamy recep-

ty, nie mamy katalogu idealnych rozwiązań pasujących do wszystkich sytuacji. Jest coś takiego, jak specyfika różnych placówek, czego nie można się nauczyć, co wymaga różnych, często indywidualnych rozwiązań. Inna może być sytuacja szpitala powiatowego, wojewódzkiego, a inna Centrum takiego jak nasze. Ale niektóre nasze doświadczenia, propozycje przyjętych przez nas rozwiązań „poszły w świat”, do innych szpitali.

Przy tej okazji chcę przeciwstawić się obiegowym opiniom, że w ochronie zdrowia nie zrobiono nic w celu poprawy sytuacji. Przeciwnie, zrobiono dużo. I nie można ciągle na zarządzających placówkami zrzucać odpowiedzialności za zapaść, w jakiej się znajdują. Natomiast sądzę, że my w Centrum wyczerpaliśmy już wiele rezerw. M.in. zrationalizowaliśmy wiele procedur. Skróciliśmy czas trwania całego procesu leczenia. Bez szkody, a przeciwnie, dla dobra chorego. Możemy to udowodnić.

• *Czyli potwierdza pan to, co od dawna głosi, że powodzenie w służbie zdrowia w 30-40% zależy od dobrego zarządzania.*

– Tak, choć stale jest coś do poprawienia. Nawet jak się coś zrobiło, coś się udało, to pole do działania jest ciągle duże.

• *Czego pan miał więcej: wiedzy, doświadczenia, zapału, energii, a może szczęścia, osiągając sukces w czasie, kiedy mówi się najchętniej o porażkach?*

– Po pierwsze, wykorzystuję doświadczenie z czasów pobytu za granicą, zwłaszcza w Stanach Zjednoczonych, gdzie kierowałem zespołem lekarzy.

Wyniosłem stamtąd wiedzę o racjonalnej organizacji pracy. Przestrzeganie zasad tzw. standardu amerykańskiego polegającego na tym, że każdy szpital ma wypracowane, wdrożone i przestrzegane zasady postępowania leczniczego, które są zwykle aprobowane przez Amerykańskie Towarzystwo Lekarskie.



foto. Marek Stankiewicz

Jestem też pod wrażeniem, jakże odmiennej od naszej, sytuacji pacjenta, jego pozycji, uprawnień. Np. chory w Stanach ma prawo przyjść do pana i zapytać: – Doktorze, jakie pan ma doświadczenie w leczeniu tej choroby, którą zamierza pan u mnie leczyć? I trzeba na to odpowiedzieć.

To nie jest tam dla lekarza żadna ujmą. Bo tam jest powszechna świadomość tego, że pacjent przyszedł powierzyć lekarzowi nie tylko swoje zdrowie i życie, ale i swoje pieniądze.

Tego poczucia u nas nie ma. Pacjent ciągle jest petentem, któremu – bezpłatnie – udostępnia się pobyt w szpitalu, operację, leczenie itd.

U nas lekarz, profesor, na takie pytanie o kwalifikacje, gwarancje, obraża się. A tymczasem takie pytania w Polsce są szczególnie uzasadnione. Bo jakość leczenia jest często niezadowolająca. Z różnych przyczyn. Także z tej, że ciągle jesteśmy biednym krajem na dorobku. Ale i z bardziej subiektywnych.

Wróćmy jednak do pana pytania. Wykorzystałem więc swoje doświadczenia i wynikające z nich przemyślenia. Obejmując dyrekturę Centrum skorzystałem też z korepetycji, z wiedzy kanadyjskiej specjalistki z dziedziny ekonomiki zarządzania, która szczególnie zajmuje się procesami naprawczymi. Doradza, jak naprawiać błędy zarządzania.

Przerobiliśmy lekcję za lekcją, punkt po punkcie wszystkie obszary aktywności szpitala. I szukaliśmy tego, co trzeba i można naprawić czy po prostu zmienić na lepsze, czym należy zarządzać bardziej racjonalnie. A trzeba wiedzieć, że Centrum to ogromna firma. Miarą tego jest np. to, że w ubiegłym roku wypisaliśmy przeszło 35 000 pacjentów. I wyniki te są osiągnięte na dobrym światowym poziomie.

Tak jest nie tylko u nas, ale i na Śląsku, w Krakowie czy np. w Kielcach. Proszę zobaczyć w Kielcach jeden z najnowocześniejszych, przyzwoicie wyposażonych szpitali w Europie.

• Wymieniliśmy już doświadczenie i uzupełnianą ciągle wiedzę...

– Ale i szczęście, o którym pan wspominał. Trzeba mieć szczęście. Zwłaszcza szczęście do ludzi, z którymi się pracuje, których się spotyka, którzy mają wpływ na to, co robimy...

• Słyszałem, że zapалу i energii też panu nie brakuje...

– Nie, nie... Jak dotąd nie brakuje.

• Czy pana dokonania oparte na wiedzy i doświadczeniu oznaczają, że nie ma dziś miejsca w ochronie zdrowia dla amatorów, choćby o najlepszych chę-

ciach, którzy podejmują się tak trudnych obowiązków z przekonaniem, że jakoś to będzie?

– Nie, nie może być miejsca dla amatorów w dzisiejszych trudnych czasach, stawiających nam tak wysokie wymagania. Można i trzeba wynająć, zatrudnić specjalistów od administracji czy finansów. Ale zarządzanie to coś więcej.

Na doświadczenie menedżerskie, w różny sposób nabyte, składa się np. umiejętność kierowania dużymi zespołami ludzkimi, ale i doświadczenie życiowe, czasami intuicja i wiele innych obiektywnych i subiektywnych walorów.

Ktoś, kto kierowałby się wyłącznie zasadami ekonomiki zarządzania, chciałby być tu, w Centrum, wyłącznie menedżerem, nie dałby sobie rady. Napotkałby mur. Mur obojętności ze strony medycznego personelu. Dlatego dyrektorem w takim Centrum, w instytucie naukowo-badawczym, w placówkach akademickich musi być lekarz o menedżerskich predyspozycjach, wiedzy i doświadczeniu.

I jeszcze jedno: kierowanie taką wielką firmą wymaga zgranego zespołu. Ale decyzje podejmować musi jeden. Co do tego nie mam wątpliwości...

O tym, jak ma być w innych szpitalach, np. powiatowych, nie chciałbym się wypowiadać. Mam w tej dziedzinie zbyt małe doświadczenie.

• Gdyby panu przyszło reformować czy po prostu naprawiać obecny system ochrony zdrowia, od czego by pan profesor zaczął?

– Wymienię przynajmniej dwie bardzo ważne sprawy. Wielką wagę przy-

wiążę do systemów informatycznych. Sprawne zarządzanie takim ogromnym Centrum jest możliwe tylko dzięki temu, że mamy tu nie od dziś wdrożony i działający, stale doskonalony system informatyczny. Dzięki temu ja wiem wszystko, co mi jest potrzebne do podejmowania decyzji.

A od czego bym zaczął? Po pierwsze, rejestr usług medycznych to ciągle pierwszoplanowa, nie załatwiona sprawa. Po drugie, tak zwany koszyk usług, gwarantowanych świadczeń... Musimy być nie tylko świadomi tego, na co nas stać, nie tylko liczyć się z prawami ekonomii, ale powiedzieć to otwarcie, publicznie. Nie ma tak idealnego systemu świadczeń zdrowotnych, który opłaci wszystko – od zdjęcia paznokcia do przeszczepu serca, zwłaszcza w ubogim kraju na dorobku.

Kolejna sprawa – przykładanie większej wagi do wyników leczenia. Bo nie ma sensu refundować z budżetu, płacić w taki czy inny sposób za źle wykonane świadczenia, nieefektywne pod względem medycznym, za różne kosztowne działania nie przynoszące pożytku chorym. To prawda, że ogólnie w systemie ochrony zdrowia jest za mało pieniędzy. Ale jest też niemało przykładów nieracjonalnego ich wydawania. Jest parę takich dziedzin, w których można to wykazać.

Nie ma np. sensu utrzymywać szpitali w miejscowościach X i Y oddalonych od siebie o kilka czy kilkanaście kilometrów, przy niewielkim wykorzystaniu łóżek, tylko dlatego że tak jest wy-

for. Marek Stankiewicz

dokończenie na str. 16

To nie są czasy dla amatorów

dokończenie ze str. 15

godnie. Chyba że samorząd stać na to i on jest organem założycielskim. To proszę bardzo. Ale trzeba mieć tego świadomość i przyznać, że to jest nieopłacalne, nieekonomiczne.

Także z medycznego punktu widzenia to nie jest rozsądne. Bo wbrew temu, czego uczono nas w młodości, pana i mnie, nie zawsze ilość przechodzi w jakość. Np. w chirurgii wiele zależy od tego, ile kto takich przypadków operował. Stąd głosy wielu moich kolegów, że – zwłaszcza przy niektórych bardziej złożonych procedurach chirurgicznych – obowiązywać powinna zasada: jeżeli operujesz mniej niż..., to zostaw to komu innemu.

• **Ale operować trzeba się przecież nauczyć...**

– Tak, ale w ośrodku akademickim, pod okiem doświadczonych nauczycieli. Nie powinno tu być miejsca dla samouków, na metodę prób i błędów. Złote ręce chirurga można często spotkać, ale nie zawsze i nie wszędzie. Co nie umniejsza mojego głębokiego przekonania, że polska chirurgia jest dobra. Generalnie dobra. Na ogół nie mamy się czego wstydić, a nierzadko mamy się czym pochwalić, także w porównaniu z zagranicą.

• **Przejdźmy do spraw panu najbliższych – zapobiegania i leczenia chorób nowotworowych. Zabiega pan o uchwalenie Narodowego Programu Walki z Rakiem. Dlaczego taki program jest potrzebny, czego pan oczekuje po takiej decyzji?**

– Ciągłe zabiegam. I nie przestane. Mało tego – powiem panu, że minister zdrowia przychylił się ostatnio do mojej prośby i przedłużył nam termin złożenia projektu w tej sprawie, dostosowanego do wymogów, jakie Ministerstwo nam postawiło. To nie jest program dla Centrum Onkologii, to jest program dla całej polskiej onkologii. Bardzo mocno to podkreślam. Jesteśmy w tych poczynaniach wspierani duchowo przez prezydenta Rzeczypospolitej.

• **Czy takie programy coś zmieniają? Przecież napisać można bardzo piękne projekty.**

– Dlatego piszemy program bardzo realistyczny. Także dlatego, że środków finansowych jest ciągle za mało, tworzymy ten program nie w oczekiwaniu na cud, ale z nadzieją, że zracjonalizuje on, zdyscyplinuje wydawanie tych środków. My chcemy sprawozdawać przed parlamentem, a nie tylko przed ministrem zdrowia. W tej sprawie też obywatele powinni mieć coś do powiedzenia poprzez organizacje pozarządowe, gremia takie, jak „Amazonki” czy Polska Unia Onkologii.

Nie jest to program wymyślony przez oderwanych od życia teoretyków, ale z życia wzięty. I główny nacisk będzie w nim położony na profilaktykę, na wczesne rozpoznawanie i diagnozowanie raka.

I jeszcze jedno, tego programu nikt nie może sobie zawłaszczyć, np. dla propagowania swojej partii. Wprowadzony powinien zostać drogą ustawy.

Normalnym rzeczą porządkiem w państwie demokratycznym zmieniają się rządy. W wyborach zwyciężają różne opcje polityczne, ale Narodowy Program powinien przetrwać wszystkie możliwe polityczne zawirowania. Planujemy go obecnie na lata 2004-2007, ale potrzebna jest już perspektywa, co dalej.

• **Powiedział pan kiedyś, że pacjenci zachowują się tak, jakby chcieli zachorować – palą, piją, tyją – bez żadnej refleksji nad sobą, a winą za swój stan zdrowia chcą obarczyć lekarzy...**

– Mówiłem tak i podtrzymuję to. I tu znowu chciałbym się odwołać do projektu Narodowego Programu Zwalczania Chorób Nowotworowych. Mówimy tam też o oświacie sanitarnej. Jestem przekonany o potrzebie kształtowania tych – jak mówimy w żargonie medycznym – postaw prozdrowotnych. Na ich zmianę trzeba trochę czasu. Mamy bowiem swoje tradycje, upodobania, zwyczaje, nawyki... Przykład – polska dieta, którą trudno nazwać prozdrowotną. Ale czas zmienić te przyzwyczajenia: więcej się ruszać, zaprzestać palenia, racjonalnie się odżywiać, unikać zbędnych napędów, aktywnie pozytywnie oddziaływać na swój organizm.

Już teraz w tej sprawie wielką rolę odgrywają media i... kobiety. Media, bo upowszechniają pozytywne wzorce, wiedzę o zdrowiu i chorobach, o postę-

pach medycyny. I kobiety, bo tylko one potrafią wpłynąć na swoich bliskich, powiedzieć swojemu chłopu: idź do lekarza, bo wczoraj przeczytałam czy usłyszałam, że to czy tamto... Ja to obserwuję jako lekarz i doceniam w pełni te dwie wielkie pozytywne siły: media i kobiety. Dokładnie tak. A czasami także księża. To, co ksiądz powiedział z ambony, staje się nakazem. Były np. takie przykłady w jednym z bardzo ważnych powiatów. Na ogłoszone przez nas tam badania profilaktyczne zgłosiło się wyjątkowo dużo kobiet. Dzięki temu, że to ksiądz włączył się w tę akcję. Dlatego nie lekceważę żadnego z sojuszników. Ale generalnie – jeśli chodzi o profilaktykę – stawiam na media i kobiety.

Rozmawiał: Jerzy Wunderlich

Profesor Marek P. Nowacki

Urodzony 23 marca 1938 r. w Katowicach. Studia lekarskie odbył w latach 1956-1963 na Wydziale Ogólnolekarskim Akademii Medycznej w Warszawie.

Po stażach przed- i podyplomowych w klinikach i szpitalach warszawskich, 1 kwietnia 1965 r. rozpoczął pracę w Klinice Chirurgii Onkologicznej Centrum Onkologii – Instytucie im. Marii Skłodowskiej-Curie w Warszawie. Specjalista chirurg onkolog. Doktorat w 1970 r., habilitacja w 1982 r., od 1989 r. profesor. Liczne zagraniczne staże naukowo-szkoleniowe, w tym w latach 1974-75 rezydent w oddziale chirurgicznym chorób jelita grubego w Buffalo w Stanach Zjednoczonych. Autor 190 prac naukowych ogłoszonych drukiem, wykonawca i kierownik licznych prac badawczych, w tym w ramach planów rządowych oraz wieloosrodkowych krajowych i międzynarodowych badań klinicznych. W latach 1987-97 konsultant krajowy w dziedzinie onkologii, w latach 1998-2001 konsultant krajowy w dziedzinie chirurgii onkologicznej. W latach 1995-98 członek Rady Naukowej przy Ministrze Zdrowia, współautor Narodowego Programu Zwalczania Chorób Nowotworowych (1997-2001). Członek wielu towarzystw naukowych, w tym Polskiego Towarzystwa Onkologicznego, Towarzystwa Chirurgów Polskich, European Society of Surgical Oncology, American Society of Clinical Oncology. Od 1995 r. kierownik Kliniki Nowotworów Jelita Grubego, a od 1999 r. dyrektor Centrum Onkologii.

Sami reformujemy szpital

Marek Wójtowicz

foto: Marek Stankiewicz



Chciałbym dorzucić trzy grosze menedżera-praktyka do dyskusji o reformowaniu polskich szpitali.

Muszę to zrobić w kilku kolejnych felietonach, bo temat jest obszerny.

Radzę wszystkim ordynatorom, kierownikom przychodni, liderom lekarskich związków zawodowych i innym lekarzom wykonującym funkcje zarządzania, aby nie byli bierni i nie spuszczaali głów słysząc opinie jakiegoś lokalnego czy centralnego polityka zdrowotnego, że w Polsce mamy za dużo łóżek, za dużo szpitali i trzeba: zamykać, redukować, zwalniać, restrukturyzować, dostosowywać i optymalizować. Po usłyszeniu takiej opinii proszę wstać i poprosić o konkretny przykład ilustrujący potrzebę: zamykania, redukcji, zwalniania itp. Z tymi, którzy podadzą konkretny przykład, można i należy dalej rozmawiać i toczyć spory, bo to rzeczywiście poważni, interesujący się naszymi problemami kreatorzy polityki zdrowotnej. Z tymi, którzy wykręcą się od odpowiedzi, gadać nie warto, to po prostu powtarzaczki obiegowych opinii i stereotypów.

Tak naprawdę nikt nie wie, czy szpitali i łóżek szpitalnych w Polsce jest za dużo, czy za mało. Nie mamy ogólnopolskiego systemu monitorowania usług medycznych, nie mamy zbiorczych danych o odmowach przyjęcia do szpitala i nie wiemy, czy łóżek jest za dużo, czy tylko są źle rozlokowane. Optymalny, opracowany kilka lat temu przez zespół ekspertów pod kierunkiem min. Miśkiewicza wskaźnik wykorzystania łóżek szpitalnych powinien wynosić do 80 % dla łóżek „ostrych” i do 95 % dla łóżek „długoterminowych” przy średnim pobycie: 6 dni na łózkach ostrych i 21 dni na łózkach długoterminowych.

Łóżka ostre to takie, na których hospitalizujemy pacjentów z nagłym stanem chorobowym, wymagającym kosztownej i szybkiej diagnostyki, np. CT lub MRI, natychmiastowego zmobilizowania specjalistów do profesora zwyczajnego włącznie, zastosowania

kosztownej farmakoterapii, a nierzadko natychmiastowego zabiegu operacyjnego. Koszty finansowe mobilizacji tych „zasobów” są ogromne, ale po kilku dniach nie są one potrzebne. Pojawia się leczenie podtrzymujące, choroba zostaje opanowana i następuje wypis do domu.

Za chwilę pojawia się kolejny ostry pacjent i cała „zabawa” się powtarza.

Łóżko ostre charakteryzuje się zatem tym, że wokół niego czuwa kosztowny zespół specjalistów, droga aparatura, drogie leki i inne kosztowne „zasoby”. Na takim łóżku nie powinno się leczyć pacjenta lekko chorego, bo po co opłacać kosztowną gotowość, skoro nie będzie wykorzystana?

Dla pacjentów nie wymagających „ostrych” kosztów są łóżka długoterminowe. Tym mianem określamy łóżka przeznaczone do leczenia pacjentów już wcześniej dobrze zdiagnozowanych i przeleczonych, którym „nieco” się pogorszyło lub po fazie ostrej wymagają długotrwałego, ale tańszego leczenia podtrzymującego, rehabilitacji, monitorowania poziomu cukru, zabiegów pielęgnacyjnych itp.

Proces leczenia na łóżku długoterminowym może być dłuższy, średnio trwa 21 dni, ale za to nie wymaga zatrudniania armii specjalistów, utrzymywania bloków operacyjnych, wykonywania operacji, zakupu rezonansów i tomografów.

Koszty leczenia długoterminowego są niższe niż na łóżku ostrym.

Na łózkach ostrych z kosztowną, utrzymywaną w nieustannej gotowości „otoczką” kadry i sprzętu nie ma ekonomicznego sensu hospitalizować pacjentów z wcześniej rozpoznany i nieraz od lat ustawionym farmakologicznie schorzeniem. Z kolei na łózkach długoterminowych nie jest bezpieczne ho-

spitalizowanie stanów ostrych, bo wokół długoterminowych łóżek funkcjonuje wyłącznie personel pielęgnacyjny, a lekarz wpada tam raz dziennie na wizytę, albo wzywany jest sporadycznie z ostrego oddziału do nagłego pogorszenia się stanu zdrowia pacjenta długoterminowego.

Wskaźnik obłożenia łóżek ostrych musi wynosić ok. 80 %, a nie 95 lub 100 %. Musi być 20 % rezerwa, bo nie da się przewidzieć, ile nagłych stanów przyjdzie nam hospitalizować w trakcie dyżuru, a do tego łóżko ostre, „maltretowane” średnio co 6 dni przez kolejnego pacjenta musi zostać w wolnej chwili odpowiednio potraktowane promieniami UV. Obłożenie łóżek długoterminowych powinno być wyższe, nawet do 100%, bo łatwiej jest zaplanować wypis i nowe przyjęcie.

Spójrzmy na nasz szpital pod kątem posiadania łóżek ostrych i przewlekłych. Jaki % hospitalizowanych to „przypadki” ostre, wymagające bezwzględnie częstych wizyt lekarza specjalisty, monitorowania funkcji życiowych, drogiej diagnostyki, operacji itp. Jaki stanowią chorzy, którym wystarczy jedna, góra dwie dzienne wizyty lekarskie, bez nieustannego badania poziomu K⁺ czy innego „hemoparametru”?

Czy są łóżka długoterminowe, na które położymy wyciągniętego z fazy ostrej pacjenta, żeby po mniejszych kosztach, bez ordynatora, bez kilkusobowej lekarskiej drużyny, bez codziennego całonocnego dyżuru lekarskiego, ale za to z doświadczoną pielęgniarką-kierownikiem, która „dopielegnuje” pacjenta przed wypisem?

Czy jest takie „długoterminowe” miejsce, które niejednemu „ostremu” ordynatorowi zdejmie „długoterminowy kłopot” z głowy? Czy jest takie miejsce w naszym szpitalu?



I oczekiwani, i niepożądani

Grażyna Ciechomska

Przeciętne bezrobocie w krajach Piętnastki, wg agencji statystycznej Unii – Eurostatu, wynosi 8 proc. Najwyższe notuje Hiszpania – 11,2 proc. Nieco niższe mają Francja – 9,6 proc. oraz Niemcy – 9,3 proc. W Finlandii 8,9 proc. osób pozostaje bez pracy.

Trudne były negocjacje Polski z Unią Europejską dotyczące otwarcia rynków pracy dla Polaków. Wspólnota wyrażała ogromne obawy przed tańszymi pracownikami ze Wschodu. Nie udało się jej przekonać do pełnej swobody przepływu pracowników od pierwszego dnia akcesji.

Rozszerzenie Unii Europejskiej o 10 państw jest gwałtowną zmianą polityczną na kontynencie. **Ponad 80 mln ludzi będzie się przystosowywało do innej organizacji życia publicznego.** Często także zawodowego. Rzeczywistość społeczeństw obecnej Unii też ulegnie metamorfozie. Dzisiejsi unicy muszą zaakceptować nowości i wspólny los. Wszystko w celu efektywnego zjednoczenia Europy z jak najmniejszymi uszczerbkami dotyczącymi zdobyczy wspólnotowych.

Polska ma ponad dwukrotnie wyższy wskaźnik przeciętnego bezrobocia niż UE. Ale ma dobrze wykształconych pracowników. I to znacznie niżej opłacanych niż zatrudniani we Wspólnocie Europejskiej. Nie mogą zatem budzić sensacji obawy Europejczyków przed Polakami, w tym lekarzami i dentystami.

W traktacie akcesyjnym postanowiono, że unijny rynek pracy zostanie w pełni otwarty po 7 latach od akcesji. Okres przejściowy podzielono na trzy etapy. Dwa lata. Trzy lata. I ponownie dwa lata. Najważniejsza jest faza pierwsza. Każde z państw będzie wówczas wnikliwie obserwowało zachowania nowych członków na swoim rynku pracy. A następnie podejmie decyzję o dopuszczeniu przybyszów ze Wschodu do własnych miejsc pracy lub dalszym blokowaniu do nich dostępu.

Po pięciu latach procedura się powtórzy. Od zachowania Polaków i jakości ich pracy w różnych zawodach i na różnych stanowiskach będzie zależało to,

jaka będzie reakcja krajów Piętnastki na zatrudnianie nas u siebie.

Główny Urząd Statystyczny podaje, że w 1999 r. w Polsce na 10 tys. ludności przypadało 22,6 lekarzy. Nie należymy zatem do czołówki. W krajach Unii Europejskiej praktykuje więcej lekarzy. Najwyższy wskaźnik posiadają Włochy. Wynosi u nich – 55,4. Także wysoki odnotowuje Hiszpania – 42,2.

Nasi lekarze najchętniej zatrudniali by się w Niemczech, Skandynawii i Austrii. Państwa te również mają liczną kadrę lekarską.

Liczba lekarzy na 10 tys. ludności: Austria – 41,7, Norwegia – 41,3, Niemcy – 35, Szwecja – 31,1, Francja – 30,3, Finlandia – 29,9.

Na niedobór lekarzy narzeka tylko Wielka Brytania. Tam wskaźnik jest niski i kształtuje się w granicach 14 lekarzy/10 tys. mieszkańców.

Unia Europejska jednoczy się chcąc sprostać wyzwaniom cywilizacyjnym i technologicznym coraz szybciej rozwijającego się świata. Jej zamierzeniem jest konkurencja gospodarcza, handlowa i przemysłowa ze Stanami Zjednoczonymi, Japonią, Azją Płd.-Wsch. i innymi potęgami. **Unia nie jest łodzią ratunkową dla nieudaczników i frustratów.** Wspólnota poszerzając się pragnie wzmocnienia. Nie pozwoli pociągnąć się w dół przez najsłabszych gospodarczo partnerów.

Polska i jej mieszkańcy muszą się zmobilizować do pracy i konkurencji. W referendum w zdecydowany sposób wyraziliśmy wolę skorzystania z historycznej szansy. Teraz codzienną praktyką musimy wolę tę potwierdzić.

W Unii Europejskiej obowiązuje swoboda osiedlania się. Wybór dyktowany jest sytuacją rodzinną, pragnieniami i możliwościami. Zamieszkam tu i tu, bo odpowiada mi klimat. Bo

w tym mieście żyją życzliwi i pogodni ludzie. Bo tu mam świetne warunki do pracy. Przyjazd do nowego miejsca nie jest ucieczką przed beznadziejnością i brakiem perspektyw. Za dwa miesiące staniemy się pełnoprawnym członkiem Wspólnoty. Musimy wyżyć się myślenia: my i lepszy Zachód.

Żaden z krajów Piętnastki nie zgodzi się na przyjmowanie setek czy tysięcy zawiedzionych i zagubionych życiowo obywateli innych państw. Nawet wybitnych. I nie stworzy na powitanie tysięcy nowych miejsc pracy. Od 1 maja 2004 r. Polska zyskuje perspektywę i szanse poprawy życia 38 mln obywateli, a nie wąskiej, np. 1 mln grupy, która ucieknie przed biedą, aferami i bezwładem decyzyjnym.

Lekarze korzystają z zagranicznych wyjazdów. Lubią staże, konferencje, sympozja i kilkuletnie kontrakty. Ale z chęcią wracają do kraju. Praca lekarza np. w Niemczech nie jest sielanką, choć jest lepiej zorganizowana. Lepiej są wykorzystane umiejętności i wiedza lekarzy. Także czas ich pracy. Świadczeniodawcy służą pacjentom, a nie przełożonym czy urzędnikom. Jednocześnie wymagania są wyższe. Także oczekiwania pacjentów.

W okresie negocjacyjnym niektóre kraje zgodziły się na rezygnację z okresów przejściowych dotyczących zatrudniania Polaków. Uczyniły tak: Wielka Brytania, Irlandia, Szwecja, Holandia i Dania. Inne zapowiedziały skrócenie 7-letniej fazy przejściowej.

Sytuacja jednak komplikuje się. Obecnie tylko Wielka Brytania i Irlandia chcą nas przyjmować do pracy od 1 maja 2004 r. Jednak Brytyjczycy prawdopodobnie będą ustalali limity, np. zatrudnionych na danym terenie lekarzy. Dania i Holandia rozważają możliwość 2 lat ograniczeń.

„W białych rękawiczkach” myśli o wyeliminowaniu nas z rynku pracy Szwecja. Zastanawia się nad wprowadzeniem takich podatków i innych obciążeń, które spowodują, że Polakom przestanie się opłacać tam pracować.

W grudniu 2003 r. Dania podtrzymała obietnicę otwarcia rynku pracy, ale zapowiedziała ścisłą kontrolę sytuacji oraz ograniczenia w dostępie do świadczeń socjalnych. Duńczycy obawiają się nadużywania przez nowych członków prawa do zasiłków chorobowych, opiekuńczych i socjalnych. Zapowiadają np. rygorystyczne reguły korzystania z urlopów rodzicielskich.

Dzisiaj zainteresowanie lekarzy z Polski pracą na Zachodzie jest duże. Szanse mają jednak najlepsi. Zwraca na to uwagę Jan Adamus, przewodniczący Zespołu ds. Współpracy Międzynarodowej i Integracji Europejskiej NRL, który mówi: „Bez specjalizacji lekarz będzie wyrobnikiem w UE”.

Już teraz istnieje w Niemczech prywatne pośrednictwo pracy. Na spotkania organizowane przez pośredników, np. we Wrocławiu przychodzą tłumy lekarzy. Najczęściej młodych, ale nie tylko. Niektórzy unicy chcą zrobić dobry interes na szukających zatrudnienia.

„Firmy wykorzystują niewiedzę. Żądają mnóstwa niepotrzebnych dokumentów. Nawet takich, których nasze instytucje nie wydają. Zatrudnianym oferują niższe uposażenia niż swoim obywatelom” – informuje Jan Adamus. Na samym wstępie opłata za tłumaczenie dokumentów dochodzi nawet do 3 tys. euro.

Wspólnota Europejska jest w miarę dobrze funkcjonującym organizmem z ogromnymi ambicjami dorównania gospodarzom potęgą świata. Nie pozwoli na degradację ciężko wypracowanych przez dziesięciolecia struktur i mechanizmów. Z nadzieją patrzy na nowych współobywateli. Unia oczekuje tego, że Polska ją wzmocni, a nie osłabi.

Nasi lekarze są cenieni na Zachodzie. I zapewne niektórzy znajdą tam swoje miejsca pracy. Ale znakomita większość pozostanie w kraju. I musi mieć świadomość sprostania konkurencji zachodniej.

Nie tylko lekarz będzie mógł wybrać sobie miejsce zamieszkania. Pacjent będzie mógł wybrać lekarza. Pomysłowość Polaków nie ma granic. Znajdą tysiące powodów i uzasadnień, by leczyć się w Berlinie, Paryżu czy Londynie.

Dr. Jekyll i Mr. Hyde



Na początku lat 90-tych wraz z grupą innych polskich dziennikarzy odbywałam staż w telewizji BBC. Poznaliśmy wtedy pewnego sympatycznego Anglika, który – żądny wiedzy o budującym zręby demokracji kraju – zaprosił nas do siebie.

Mieszkanie Anglika okazało się ogromnym domem pod Londynem, w dodatku tylko letnią posiadłością. Sałatki przygotowała osobiście żona Anglika, osoba skromna, taktowna i nie narzucająca się nam specjalnie w rozmowach. Oboje z podziwem słuchali o naszych dziennikarskich osiągnięciach, czuliśmy się przy nich zdolni, piękni i inteligentni. Jakoś nie mówili o sobie, pewnie nie było o czym... Zobaczyliśmy ich jeszcze raz, w głównym wydaniu angielskich wiadomości.

Jak się okazało Lady Virginia Bottomley była wówczas ministrem zdrowia Wielkiej Brytanii, sir Peter, jej mąż, zasiadał w Izbie Lordów. Państwo Bottomley należą do starej angielskiej arystokracji.

Również w izbie – ale lekarskiej – spotkałam pewnego doktora. Zwróciłam na niego uwagę, bo szedł naprzeciw mnie i gdybym w porę nie uskokczyła, pewnie by mnie stratował. Zauważyłam, że mężczyzna ów ma zwyczaj odwracania się plecami do mówiących do niego osób, nawet kobiet, jeżeli tylko – jak mu się wydaje – w hierarchii stoją niżej od niego.

Każdym gestem okazuje, że jest Kimś. Kiedyś byłam świadkiem, jak zatrząsł się z oburzenia, że młody lekarz o coś go po prostu zagadnął „Nie widzi pan, że jestem zajęty!” prawie krzyknął. Jak się dowiedziałam, na towarzyskim gruncie zachowuje się dokładnie tak samo. Uśmiechnięty i przyjacielski dla VIP-ów, mrozi zimnem i brakiem dobrego wychowania wszystkich „mniej znaczących”. Znajomi mówią o nim „wyniosły niczym angielski lord”. Przypomniał mi się wtedy sympatyczny Peter. Z czystej ciekawości zapytałam – gdzie pracuje Pan Doktor? „Jestem ordynatorem” – usłyszałam. Zaczęłam się zastanawiać – jak taki człowiek wykonuje swoją pracę? Jak pamiętamy, dobry dr Jekyll zmieniał się w okropnego Hyde’a. Czy możliwe, aby nasz Hyde w swoim szpitalu, wobec chorych pacjentów i podległego mu personelu zmieniał się w sympatycznego dr. Jekylla? Czy możliwe, aby umiał okazać empatię, współczucie, cierpliwość? Czy poczucie wyższości wobec innych ludzi, które pewnie wyniósł z domu, poczucie umocnione powodzeniem materialnym i władzą, ulatnia się w momencie, gdy wkłada lekarski fartuch? Być może tak jest. Może w swoim szpitalu pacjentów traktuje inaczej, może lubi swoją pracę i zamienia się w sympatycznego, dobrze wychowanego człowieka i lekarza z – przepraszam za słowo – powołaniem. W takim razie Hyde zamienia się w pracy w dr. Jekylla i to drugi już przykład tego, co robimy w stosunku do Anglików, oprócz jazdy prawą stroną, odwrotnie.

Grażyna Ogrodowska

„Pro medico” 1/03

Traktuje się nas gorzej niż barachło. Żaden lekarz nie chce dalej tak cierpieć.
 Chcemy wyjeżdżać z kraju. Chcemy pracować w normalnych warunkach
 – dosadne i smutne te słowa wypowiada doświadczony lekarz z kilkunastoletnią praktyką.

Biedni bogacze

Studenci medycyny, stażyści, doświadczeni lekarze, profesorowie, ordynatorzy, dyrektorzy,
 a nawet ministrowie zdrowia z goryczą mówią o swoim zawodzie i własnej pozycji w społeczeństwie.
 Lekarz nie brzmi już tak dumnie jak kiedyś.

W Polsce w ostatnim piętnastolecu pięknie rosły w górę banki. W odwrotnym kierunku szpitale i przychodnie lekarskie. Maturzyści wkraczający w progi akademii ekonomicznych i handlowych wyciągnęli szczęśliwe losy. Na wyboiste ścieżki trafili abiturienti, którzy wybrali studia medyczne.

Zawód lekarza systematycznie degraduje się. Ani wiedza, ani predyspozycje, ani talent, a nawet ciężka praca nie decydują już o karierze. Liczy się ten, kto bliżej rozdzielającego pieniądze na region, szpital czy przychodnię. Liczy się ten, kto znajduje się w grupie „trzymającej władzę”. Umiejętności medyczne stają się wtórne do zbioru powizań, zależności, układów i układzików. Sukcesem jest posiadanie pracy i utrzymanie rodziny z zarobionych pieniędzy. I to niekoniecznie na przyzwoitym poziomie.

Przez dziesięciolecia zawód lekarza należał do najszacowniejszych. Zapewniał wysoką pozycję w społeczeństwie, prestiż, a często bogactwo. Dzisiaj skazuje na borykanie się z urzędnikami, przepisami i paragrafami. Na pogarszające się relacje z pacjentami. Na kłopoty finansowe. I dziesiątki innych problemów i problemików.

Leczenie chorych staje się coraz mniej istotnym elementem pracy lekarza. Wysiłek intelektualny skierowany zostaje na zdobycie korzystnego

kontraktu. Wczoraj z kasą chorych. Dzisiaj z funduszem zdrowia. Jutro z jeszcze innym czortem. Koledzy lekarze nie konkurują ze sobą w zakresie wiedzy medycznej i skuteczności leczenia, ale walczą ze sobą o większą liczbę złotych za punkty.

Andrzej Fugiel, specjalista chorób wewnętrznych i nefrolog z Nowego Sącza boleje nad sytuacją stanu lekarskiego. Swoją smutek i żal wyraża w wierszu:

*...Zanika etos,
 zamiera etyka,
 nie ma już mistrzów
 liczą się kontrakty i punkty.
 Liczy się PESEL i NIP
 i umowa i Fundusz
 A kto się pochyli nad chorym
 Kto na to znajdzie czas
 Już chyba nikt nie pamięta, że
 „sedare dolore est opus
 divinum”*

W dawnych latach marzeniem wielu była sława najlepszego w swoim środowisku lekarza.

Opinia najznakomitszego chirurga w szpitalu czy kardiologa w mieście przysparzała pacjentów, wpływów i pieniędzy. Dzisiaj najwybitniejsi lekarze polscy żebrają u biznesmenów, w fundacjach, charytatywnych akcjach i setkach innych organizacji.

Lekarze współcześni dzielą się na dwie kategorie marzycieli. Do pierwszej zalicza się Jarosław Pinkas, z-ca dyr. ds. klinicznych i organizacyjnych Instytutu

Kardiologii w Aninie, który przyznaje, że: „Moim marzeniem jest normalna praca”.

W drugiej znajdują się ci, dla których jedyną życiową szansą jest praktyka poza granicami kraju. „Chcę mieć perspektywę w życiu. Dlatego wyjeżdżam za granicę. Chcę mieć stabilizację. Niekoniecznie finansową. Chcę wiedzieć, że przychodzę do pracy jutro, pojutrze i jeszcze następnego dnia” – wyznaje Zbigniew Litwin, 40-letni lekarz rodzinny. Kontynuując wypowiedź stwierdza:

„Wyjazd jest związany z frustracją polegającą na tym, że my, lekarze, nie możemy się tutaj znaleźć. A znajdują się bardzo często osoby, które w różny sposób kombinują. Natomiast ci, którzy metodami godnymi i przyzwoitymi chcieliby osiągnąć sukces zawodowy, społeczny i materialny, mają niezwykle trudną sytuację w tym kraju”.

Pod katastroficzną wizją swojej profesji podpisuje się Andrzej Fugiel, który mówi: „Teraz takie są czasy, że jeżeli nic się nie zmieni, to nasz zawód upadnie tak nisko, że nie wiadomo kto i kiedy go podniesie”. Lekarz kolejny raz sięga po pióro i pisze:

*Odchodzimy w ciszy...
 ...Odchodzimy w ciszy
 w przeszłość zapomnienia
 kto nas wspomni, kto o nas
 zapyta?
 chyba nikt
 bo życie toczy się dalej
 i ktoś kiedyś zobaczy ten ślad*

*wyblakłej pieczątki na
 poślódkowym papierze
 i może zapyta
 a kto to był? co zrobił?
 i módlmy się by ten ślad mówił
 o nas:
 to był ktoś
 to był prawdziwy człowiek
 bo tak naprawdę liczy się tylko
 pamięć..
 To prawdziwe człowieczeństwo
 winno nas naprawdę
 odróżniać i bronić od:
 „...wydeptanych pantofli i
 kryształ na stole...”
 od tej nijakiej szarości
 od tej przerażającej bylejakości*

Współcześni lekarze polscy są bogaci w wiedzę, umiejętności, pacjentów i pracę. Są biedni w marzenia, zaszczyty i pieniądze. „Zarabiam 3,50 zł przyjmując pacjenta, a obowiązków i pracy mam bardzo dużo – mówi Ewa Ratajczak. – Kończę pracę późno w nocy, bo trzeba wypełnić dokumenty, bo są jeszcze inne zadania niż przyjmowanie pacjentów. Powinam zajmować się medycyną i chorymi. A ja gdzieś jeżdżę, coś załatwiam i wciąż borykam się z dziesiątkami problemów”.

Ostatni konkurs ofert na kontrakty lekarskie w 2004 r. pokazał jak nisko znajdują się lekarze, którzy nie otwierają swoich gabinetów lekarskich i nie przyjmują pacjentów. Normalną pracę uniemożliwiają im ustawy, zarządzenia, paragrafy i podpisy... Biedni bogacze...

Grażyna Ciechomska



fot. Marek Stankiewicz

Notatki rzecznika prasowego

8.12.2003 r. OIL w Krakowie złożyła na ręce prezesa Urzędu Ochrony Konkurencji i Konsumentów wniosek o wszczęcie postępowania antymonopolowego przeciwko NFZ oraz wydanie decyzji nakazującej zaniechanie praktyki monopolistycznej, polegającej na nadużywaniu pozycji dominującej na rynku poprzez bezpośrednie narzucanie nieuczciwych – rażąco niskich – cen, dla świadczeń stomatologicznych, stosowanych przez NFZ w kontraktowaniu świadczeń stomatologicznych na rok 2004.

*

12.12.2003 r. odbyło się posiedzenie NRL, w znacznym stopniu poświęcone ocenie obecnej – bardzo dramatycznej, sytuacji w ochronie zdrowia, która zaistniała głównie z powodu złych zasad kontraktowania świadczeń medycznych na 2004 r., przygotowanych przez NFZ. Do udziału w obradach na ten temat prezes K. Radziwiłł zaprosił szerokie grono parlamentarzystów: członków klubów parlamentarnych, sejmowej Komisji Zdrowia i Senackiej Komisji Polityki Społecznej i Zdrowia. Niestety, niewielu posłów i senatorów poważnie potraktowało to zaproszenie. Ostatecznie gośćmi NRL byli: poseł **Ewa Kopacz** z PO i poseł **Andrzej Wojtyła** z SK-L – zastępca przewodniczącego sejmowej Komisji Zdrowia.

W spotkaniu wzięli również udział: **Jacek Łuczak** – wiceprezes Kolegium Lekarzy Rodzinnych i **Janusz Tylewicz** – jeden z inicjatorów Porozumienia Zielonogórskiego.

W następstwie tego spotkania oraz w wyniku późniejszych wydarzeń w resorcie zdrowia poseł **Andrzej Wojtyła** złożył do Prokuratury Okręgowej w Warszawie doniesienie o przestępstwie przeciwko życiu i zdrowiu kilkunastu milionów mieszkańców Polski, zamieszkających w województwach: wielkopolskim, dolnośląskim, podlaskim lubuskim, podkarpackim, śląskim i świętokrzyskim, popełnione przez Krzysztofa Panasa – prezesa NFZ z siedzibą w Warszawie. W treści dokumentu czytamy m.in.: „(...) Prezes NFZ naruszył swoim postępowaniem szereg zapisów ustawowych (...) brakiem decyzji i podejmowaniem decyzji błędnych naraził kilkanaście milionów mieszkańców wyżej wymienionych województw na zagrożenie życia i zdrowia oraz stworzył zagrożenie wystąpienia strat finansowych w kierowanej przez siebie placówce przez debilizację gospodarki finansowej NFZ.”

*

31.12.2003 r. zaczął obowiązywać nowy **Kodeks Etyki Lekarskiej**. Tekst na stronach internetowych NIL: www.nil.org.pl

*

Koniec 2003 r. i początek 2004 zaznaczyły się dramatyczną wręcz sytuacją w ochronie zdrowia. Złe zasady kontraktowania świadczeń zdrowotnych na 2004 r., przygotowane przez NFZ doprowadziły do wielkiego chaosu i niepokoju nie tylko pracowników resortu zdrowia, ale przede wszystkim chorych. Wielokrotnie uwagi i prośby o zmianę zasad, kierowane przez NRL do władz Funduszu, pozostawały bez echa. Winą za wszystko obarczono jednak nie NFZ, ale lekarzy. Przysięgli dla lekarzy rodzinnych słowa, mimo kilkudziesięciogodzinnych z nimi negocjacji, padły również z ust ministra zdrowia. Reakcją – na ten fakt oraz ówczesną sytuację – ze strony NRL było Oświadczenie prezesa NRL z 3.01.br., w którym czytamy m.in.: „**Calkowita wina za kryzys w polskim systemie ochrony zdrowia spoczywa na decydentach, tzn.**

twórcach ustawy o powszechnym ubezpieczeniu w NFZ, a także organizatorach opieki zdrowotnej, tzn. na Ministerstwie Zdrowia i NFZ. Obarczanie winą za bałagan i niedofinansowanie systemu lekarzy i świadczeniodawców jest perfidną próbą przerzucenia odpowiedzialności na tych, dzięki którym mimo dramatycznych niedoborów polski pacjent wciąż leczony jest na poziomie medycyny XXI w. (...) Zgodnie z obowiązującymi przepisami, bez względu na swoją sytuację formalno-prawną każdy lekarz ma obowiązek udzielania pomocy lekarskiej w każdym przypadku, gdy zwłoka w jej udzieleniu mogłaby spowodować niebezpieczeństwo utraty życia, ciężkiego uszkodzenia ciała lub ciężkiego rozstroju zdrowia oraz w innych przypadkach nie cierpiących zwłoki. Tylko w sytuacjach złamania tej zasady można by mówić o przekraczaniu reguł etyki lekarskiej.”

Duże oburzenie i poczucie krzywdy w środowisku lekarskim spowodowały także niesprawiedliwe słowa premiera: „Lekarz, który zamyka swój gabinet, który opuszcza swojego pacjenta, który zdradza swojego pacjenta, w moim przekonaniu nie może być wzorcem do naśladowania.”

W odpowiedzi na te słowa prezes NRL wydał kolejne oświadczenie, z 7.01.br., w którym czytamy m.in.: „**Lekarze, tak jak wszyscy obywatele, mają swobodę wyboru miejsca i formy swojej aktywności zawodowej i tylko specjalną ustawą mogliby być zmuszeni do określonej pracy. (...) Lekarze praktykujący w placówkach, które nie podpisały kontraktów z NFZ nie mieli żadnych podstaw prawnych do udzielania świadczeń zdrowotnych w ramach powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego (...) Dodać należy, że lekarze Porozumienia Zielonogórskiego, a także całe środowisko lekarskie od wielu miesięcy usiłowali doprowadzić do rozmów z NFZ w celu zapewnienia bezpiecznych warunków leczenia oraz godnych warunków pracowniczych w zawieranych kontraktach. Usiłowania te były całkowicie ignorowane i w tej sytuacji wina za chaos w sektorze ochrony zdrowia spada na rządzących.**

Z tych powodów odrzucam w całej rożniactwo zarzuty padające z ust premiera, a wcześniej ministra zdrowia, o jakoby nieetycznej postawie lekarzy, czy wręcz opuszczeniu i zdradzie pacjentów.”

Kontynuacją przykrych zdarzeń był zarzut ministra zdrowia postawiony lekarzom rodzinnym z Porozumienia Zielonogórskiego dotyczący nieetycznego zachowania wobec kolegów, którzy podpisali kontrakty na 2004 r. Z tego powodu min. Sikorski zwrócił się z prośbą do prezesa Radziwiłła o uchylenie przez NRL Uchwały nr 1129/2003 Prezydium ORL Wielkopolskiej Izby Lekarskiej z 28.11.2003 r. w sprawie zachowań lekarzy, członków WIL, dotyczących konkursów ofert na 2004 r. Dla wyjaśnienia tej sytuacji – prezes NRL zaprosił ministra zdrowia na posiedzenie członków NRL 23 stycznia br.

*

Redakcja dwutygodnika „Puls Medycyny – niezależna gazeta profesjonalistów”, ogłosiła na łamach pierwszego tegorocznego numeru **Listę Stu najbardziej wpływowych osób w ochronie zdrowia w roku 2003**. Wyróżnieni – zostali wybrani przez dziesięciu niezależnych ekspertów – z grona trzystu osób. Na liście znalazły się nazwiska czterech reprezentantów NRL. Najwyżej – na 6 miejscu – uplasował się **prezes Konstanty Radziwiłł**, poprawiając swoją ubiegłoroczną pozycję o „4 oczka”. Dalsze pozycje zapewnili sobie: **prof. Tadeusz Chruściel** – przewodniczący Komisji ds. Polityki Lekowej i Farmacji NRL (31 lokata), **Wojciech Marquardt** – wiceprezes NRL (71 miejsce) i **Krzysztof Makuch** – sekretarz NRL (92 pozycja na liście).

*

5.01.br. w Poznaniu, podczas negocjacji ministra zdrowia z przedstawicielami Porozumienia Zielonogórskiego, odbyła się **konferencja prasowa** zorgani-

zowana przez Porozumienie Zielonogórskie i Wielkopolską Izbę Lekarską. Do udziału w spotkaniu z mediami zaproszono prezesa **Konstantego Radziwiłła**, który – w imieniu członków NRL i swoim własnym – **poparł działania lekarzy rodzinnych z Porozumienia Zielonogórskiego, służące walczących o zapewnienie warunków pracy umożliwiających odpowiednią opiekę nad chorymi**. Prezes NRL przedstawił także „**Oświadczenie w sprawie sytuacji w zakresie kontraktowania świadczeń zdrowotnych na rok 2004**”, w którym czytamy m.in.: „**Świadczeniodawcy w podstawowej opiece zdrowotnej, którzy nie złożyli ofert, deklarują wolę kontynuowania opieki nad swoimi podopiecznymi w ramach powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego i są gotowi do podjęcia negocjacji poprzez swoich upoważnionych przedstawicieli (Porozumienie Zielonogórskie) w każdej chwili. Nie chcą oni jednak przyjąć warunków, które zagrożą bytowi ich placówek oraz jakości udzielanych przez nich świadczeń. Zabiegając o odpowiednie warunki udzielania świadczeń postępują zgodnie z nakazami etyki lekarskiej. Świadczeniodawcy ci nie mają obecnie żadnej podstawy prawnej do udzielania świadczeń w ramach powszechnego ubezpieczenia**” (pełny tekst na www.nil.org.pl).

*

Sejmowa i senacka Komisje Zdrowia bardzo aktywnie rozpoczęły rok zapraszając przedstawicieli NRL na następujące posiedzenia:

— w dn. **6-8.01., 13 i 14.01. oraz 20-22.01.br.** – sejmowa podkomisja nadzwyczajna rozpatrywała rządowy projekt ustawy o pomocy publicznej i restrukturyzacji publicznych zakładów opieki zdrowotnej, podczas którego opinie ze strony NRL przedstawiał sekretarz Rady,

— **7.01. br.** – sekretarz NRL wziął udział w dyskusji sejmowej komisji nadzwyczajnej, która zakończyła prace nad rządowym projektem ustawy o ZOZ-ach, ograniczającej działalność poza-medyczną w zakładach opieki zdrowotnej.

*

Prezydium NRL na posiedzeniu **8.01.br.** m.in.:

— na wniosek prof. Jerzego Kruszewskiego – przewodniczącego Komisji Kształcenia Medycznego zaopiniowało pozytywnie nadesłane przez CMKP:

1) program specjalizacji w dziedzinie radioterapii onkologicznej: program podstawowy dla lekarzy po stażu dyplomowym (bez żadnej specjalizacji) oraz program dla lekarzy posiadających specjalizację I stopnia w radioterapii onkologicznej,

2) program specjalizacji w dziedzinie gastroenterologii dla lekarzy posiadających specjalizację II stopnia lub tytuł specjalisty w pediatrii,

— na wnioski OIL w Lublinie i OIL w Poznaniu wydelegowało:

- **Włodzimierza Zmysłowskiego** jako przedstawiciela NRL do Rady Społecznej przy Samodzielnym Publicznym Zakładzie Zaopatrzenia Ortopedycznego w Lublinie,

- **Jacka Nikischa** jako przedstawiciela NRL do Rady Społecznej przy Samodzielnym Publicznym Zakładzie Zaopatrzenia Ortopedycznego w Poznaniu,

— **przeznaczyło kwotę w wysokości 2 tys. zł** ze środków budżetowych NIL 2004 r. na dofinansowanie II Ogólnopolskiej Wystawy Malarstwa Lekarzy, w dn. 25.01-30.01.2004 r. w Łodzi,

— przyjęło stanowisko w sprawie sytuacji po decyzji Trybunału Konstytucyjnego w sprawie ustawy o powszechnym ubezpieczeniu w NFZ (czytaj Biuletyn NRL nr 2).

*

8.01.br. odbyło się **XI posiedzenie Rady NFZ**, którego jednym z głównych tematów było przedstawienie – przez prezesa Panasa – bieżącej działalności Funduszu, w szczególności ówczesnej sytuacji w

zakresie kontraktowania świadczeń zdrowotnych na 2004 r. Biorący udział w spotkaniu **Wojciech Marquardt**, wiceprezes NRL, zgłosił konieczność przygotowania przez władze Funduszu dokładnych sprawozdań i rozliczeń z działalności NFZ w 2003 r.

*

12.01.br. w gmachu MZ odbyło się spotkanie nt. nowelizacji ustawy o zawodzie lekarza i rozporządzenia ministra zdrowia w sprawie specjalizacji lekarzy i lekarzy stomatologów w zakresie dostosowania polskiego prawa do prawa UE. W dyskusji NRL reprezentowali: prezes **Konstanty Radziwiłł** – członek Prezydium **Andrzej Fortuna** oraz przewodniczący Komisji Organizacyjnej **Władysław Nekanda-Trepka**. Głównym tematem dyskusji był punkt dotyczący czasowego wykonywania zawodu lekarza i lekarza dentysty w Polsce, nieprecyzyjnie zdefiniowany w dyrektywie unijnej.

„W toku prac nad kolejnymi nowelizacjami ustawy o zawodzie lekarza problem dostosowania ustawy do przepisów UE dotyczący możliwości czasowego wykonywania zawodu lekarza przez cudzoziemca na terenie RP, bez uzyskania potwierdzenia posiadania odpowiednich uprawnień, był wielokrotnie rozważany zarówno w toku prac legislacyjnych międzyresortowych, jak również w Sejmie. Za każdym razem zwyciężała jednak troska o pacjenta, a nie dostosowanie się do literalnego brzmienia dyrektywy, kwestionowanego przez wiele krajów i prawdopodobnie w niedługim czasie zmienionego. (...) bez zakreślenia ram czasowych «czasowe wykonywanie zawodu» doprowadzi do całkowitego braku nadzoru, w tym również możliwości potwierdzania posiadanych uprawnień i kwalifikacji zawodowych, nad wykonywaniem zawodu lekarza przez lekarzy cudzoziemców obywateli państw UE, którzy takiego nadzoru chcą uniknąć z różnych powodów i zadeklarują czasowość swojej praktyki.” – czytamy w liście prezesa NRL do dyrektora Departamentu Nauki i Szkolnictwa Wyższego MZ.

Podczas spotkania podjęto również temat specjalizacji lekarzy i lekarzy stomatologów.

„(...) Uważam (...) za zbędne zmiany w rozporządzeniu w sprawie specjalizacji lekarzy i lekarzy stomatologów, polegające na zmianie nazw specjalności lekarzy dentystów, natomiast dopuszczenie do odbywania specjalizacji w niepełnym wymiarze godzin można uznać jedynie za możliwe w odniesieniu do lekarzy stomatologów i nie może to być mniejszy wymiar niż 4 godziny.” – czytamy w ww. liście.

*

13.01.br. prezes NRL spotkał się z dr Elżbietą Buczkowską – prezes Naczelnej Izby Pielęgniarek i Położnych, wybraną podczas grudniowego Zjazdu w ub.r. Prezes Radziwiłł zaproponował w trakcie spotkania kontynuację dotychczasowej aktywnej i efektywnej współpracy pomiędzy oboma samorządami.

*

15.01.br. – w obecności prezesa NRL – odbyła się uroczystość otwarcia nowej siedziby Okręgowej Izby Lekarskiej w Gdańsku.

*

15.01.br. w gmachu Senatu odbyła się konferencja prasowa grupy niezależnych ekspertów w ochronie zdrowia, działających pod kierownictwem **prof. Zbigniewa Religi**. Wyrok Trybunału Konstytucyjnego, wskazujący na niezgodność konstytucyjną większości punktów ustawy o NFZ sprowokował zespół (w skład którego wchodzi m.in.: **Andrzej Koroniewicz**, **Krzysztof Kuszewski**, **Maria Ochman**, **Jarosław Pinkas**, **Maciej Piróg**, **Konstanty Radziwiłł**, **Andrzej Wojtyła**, **Mariusz Wójtowicz**) do przedstawienia społeczeństwu programu „Naprawy systemu ochrony zdrowia”, nad którym eksperci pracują od kilku miesięcy. „Prezentujemy różne sympatie polityczne, ale łączą nas jedno – chęć uporządkowania systemu opieki zdrowotnej w Polsce zgodnie ze zdrowym rozsądkiem. Dzia-

lamy w trosce o zdrowie naszych obywateli, a nie w imię interesów jakiegokolwiek partii politycznej, ugrupowania czy biznesu.”

Podczas konferencji zespół przedstawił 10 następujących tez programu, które – przy założeniu utrzymania w Polsce systemu powszechnych obowiązkowych ubezpieczeń zdrowotnych (a ku takiemu rozwiązaniu przychyliła się Zespół) – należy wdrożyć mniej więcej za ok. 2-3 lata:

1. Stworzenie jednego systemu ubezpieczeń zdrowotnych, obejmującego świadczenia rzeczowe i pieniężne.

2. Oddzielenie składki na powszechne ubezpieczenie zdrowotne od składki na ubezpieczenie społeczne zbieranej przez ZUS oraz od podatku dochodowego od osób fizycznych.

3. Zbudowanie systemu 4-6 funduszy zdrowia w postaci struktur makroregionalnych o porównywalnej liczbie ubezpieczonych i uśrednionych przychodach. Jednocześnie – rozważenie możliwości budowy systemu ubezpieczeń dodatkowych i alternatywnych.

4. Określenie zakresu świadczeń zdrowotnych, gwarantowanych przez państwo, ze środków publicznych, który winien przysługiwać z tytułu podstawowej składki zdrowotnej. Pozostałe świadczenia i warunki ich udzielania powinny być organizowane i finansowane przez system ubezpieczeń dodatkowych.

5. Jak najszybsze wprowadzenie powszechnego i obowiązkowego ubezpieczenia opiekuńczego chorób długotrwałych i przewlekłych w zakresie świadczeń udzielanych przez zakłady opiekuńczo-lecznicze i pielęgnacyjno-opiekuńcze (wzorem Niemiec i Holandii).

6. Rozważenie zasad finansowania świadczeń w zakresie onkologii (generującej najwyższe koszty w systemie). Niemożliwe jest pokrycie ze środków finansowych, będących w dyspozycji powszechnych ubezpieczeń zdrowotnych narastających kosztów (głównie terapii). Można w związku z tym zastosować różne warianty wspomagania:

- zwiększenie dotacji budżetowej ministra zdrowia,
- udział w podatku akcyzowym od wyrobów tytoniowych i alkoholowych,
- „opodatkowanie” reklam leków i preparatów leczniczych.

7. Usilne poszukiwanie innych źródeł finansowania systemu opieki zdrowotnej, takich jak np.: wprowadzenie refundowania przez sprawców zdarzeń kosztów udzielania koniecznych świadczeń medycznych (lub współpłacenia wraz z potencjalnym ubezpieczycielem) czy opodatkowanie (wzorując się na rozwiązaniach amerykańskich) każdej transakcji kupna-sprzedaży pojazdów z przeznaczeniem tych kwot na ratownictwo drogowe.

8. Pełna realizacja ustawy o systemie ratownictwa medycznego finansowanego ze środków budżetowych.

9. Wdrożenie monitorowania ordynacji lekarskiej oraz jakości udzielanych świadczeń.

10. Wprowadzenie budżetowego sposobu finansowania ochrony zdrowia dla służb mundurowych.

Kilkuletni okres przygotowań szczegółów programu pozwoli na uniknięcie wielu błędów, jakie prawdopodobnie powstaną przy tworzeniu, w zawrotnym tempie, nowej ustawy o NFZ, którą w ciągu zaledwie jednego kwartału ma przygotować zespół powołany przez min. Sikorskiego. Prof. Religa ma nadzieję, że okres opracowywania „Naprawy systemu ochrony zdrowia” pozwoli w przyszłości trafić programowi na bardziej podatny do akceptacji grunt, wśród członków nowej koalicji rządzącej.

*

16.01.br. prezydent RP **Aleksander Kwaśniewski** nadał tytuł profesora 8 przedstawicielom nauk medycznych. Są to:

- dr hab. **Anna Janina Gasińska** – Centrum Onkologii – krakowski Oddział Instytutu im. Marii Skłodowskiej-Curie w Warszawie,
- dr hab. **Tomasz Kazimierz Grodzicki** – UJ w Krakowie,
- dr hab. **Jan Kazimierz Karczewski** – AM w Białymstoku,
- dr hab. **Zbigniew Franciszek Kopański** – 5 Wojskowy Szpital Kliniczny w Krakowie,
- dr hab. **Jerzy Władysław Mozrzyk** – AM we Wrocławiu,
- dr hab. **Zbigniew Marian Śledziński** – AM w Gdańsku,
- dr hab. **Krzysztof Marek Urbański** – Centrum Onkologii – krakowski Oddział Instytutu im. Marii Skłodowskiej-Curie w Warszawie.

*

16.01.br. w siedzibie NIL odbyły się posiedzenia:

— Komisji ds. Kształcenia Medycznego, podczas którego przygotowano ostateczny projekt rozporządzenia w sprawie rodzajów umiejętności z zakresu węższych dziedzin medycyny lub udzielania określonych świadczeń zdrowotnych oraz warunków i trybu uzyskiwania świadectw potwierdzających posiadanie takich umiejętności.

W spotkaniu wzięli udział: **prof. Andrzej Cieśliński** (prezes ZG) i **Leszek Ceremżyński** – z Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego i **prof. Grzegorz Opolski** – konsultant krajowy w dziedzinie kardiologii. Nad ostatecznym tekstem projektu pracowali też wcześniej m.in.: **prof. Zbigniew Gaciong** – konsultant krajowy w dziedzinie chorób wewnętrznych, **dr Piotr Gajewski** – przedstawiciel Komisji Kształcenia Towarzystwa Internistów Polskich, **prof. Stanisław Radowski** – konsultant krajowy w dziedzinie endokrynologii, **prof. Jacek Szmidt** – konsultant krajowy w dziedzinie chirurgii ogólnej.

— Zespołu ds. opracowania projektu uchwały w sprawie regulaminu wyborów do organów izb lekarskich oraz trybu odwoływania członków tych organów, pod kierownictwem **Wojciecha Marquarda** – wiceprezesa NRL. Podczas spotkania członkowie Zespołu: **Jerzy Jakubiszyn**, **Andrzej Włodarczyk**, **Zygmunt Ziółkiewicz**, **Mirosława Zubrzycka-Cygańska** oraz zaproszeni do dyskusji: **Andrzej Fortuna** – członek Prezydium NRL, **Władysław Nekanda-Trepka** – przewodniczący Krajowej Komisji Wyborczej oraz prezes **Konstanty Radziwiłł**, zakończyli prace nad ostateczną wersją Uchwały NRL w sprawie regulaminu wyborów do organów izb lekarskich i delegatów na Krajowy Zjazd Lekarzy oraz trybu odwoływania członków tych organów i tych delegatów.

*

Fundacja „Promocja Zdrowia”, prowadzona przez **prof. Witolda Zatońskiego**, od ponad 12 lat czyni starania o poprawę zdrowia Polaków, głównie poprzez akcje społeczne takie jak np. „Rzuć palenie razem z nami” czy Program Edukacji Tuszczonej zmniejszające liczbę zachorowań na raka. Co roku do przygotowania takich akcji włącza się charytatywnie wiele osób prywatnych i instytucji. W podziękowaniu otrzymują **Honorowe Odznaki Fundacji „Promocja Zdrowia”**. **18.01.br.** podczas uroczystego koncertu Fundacja wyróżniła **18 osób i firm**, wśród których znalazł się przedstawiciel środowiska lekarskiego. Są nimi: **Jarosław Pinkas** – wicedyrektor Instytut Kardiologii w Aninie, **Ewa Tarnowska** i **Jakub Radziszewski** z Centrum Onkologii-Instytutu im. Marii Skłodowskiej-Curie w Warszawie oraz **Andrzej Steciwo** z Akademii Medycznej we Wrocławiu.

Iwona A. Raszke-Rostkowska
tel./ fax: (0-22) 851-71-48
tel. kom. 0-606-440-100
e-mail: iwona.raszke@hipokrates.org



Z krainy tysiąca jezior

Początki samorządu zawodowego lekarzy na terenie Warmii i Mazur były trudne. W pierwszych projektach również uchwał zjazdowych były różne koncepcje i żadna z nich nie przewidywała samodzielnej Warmińsko-Mazurskiej Izby Le-

karskiej. Wielkiej desperacji późniejszego przewodniczącego I kadencji dr. n. med. Marka Stefanowicza należy zawdzięczać samodzielność samorządu zawodowego lekarzy naszego regionu.

Aktywną pracę wykazali się wówczas: Maria Świe-

tlík, Jerzy Badowski, Marek Załęski, Zygmunt Ziółkiewicz, Tadeusz Matuszewicz i Danuta Kozłowska-Trusewicz oraz koledzy z PTL-u: prof. Stefan Bołoczko i dr Stanisław Niepsuj.

Pierwsza kadencja to przede wszystkim budowa struktury samorządu, współpraca przy tworzeniu podstaw prawnych działalności, ale także duże zaangażowanie w rozwiązywanie problemów zdrowotnych z entuzjazmem dla współistniejących przekształceń w państwie.

W drugiej kadencji koledzy powierzyli funkcję przewodniczącego Leszkowi Dudzińskiemu. Pojawiło się też grono bardzo aktywnych koleżanek i kolegów. Dzięki nim praca stała się łatwiejsza. Wspomagał nas Wojciech Maksymowicz, Władysław Lipecki, Jerzy Górny, Grażyna Siwiec, Irmina Koniuszewska-Ciesielska.

Oprócz rozwiązywania istotnych problemów środowiska, w tym placowych, znaczną część energii poświęcaliśmy staraniom o uzyskanie własnej siedziby.

Wojtek Maksymowicz – sekretarz drugiej kadencji, członek NRL – w wyniku postępowania konkursowego został redaktorem naczelnym „Gazety Lekarskiej”. Przyczynił się wówczas do zmiany jej szaty graficznej, a my staraliśmy się go wspierać w pracach redakcyjnych. Sądząc, że doświadczenie zdobyte podczas wspólnej pracy z kolegami z Olsztyna oraz w „Gazecie Lekarskiej” przyczyniło się później do jego konstruktywnych dzia-

łań na stanowisku ministra zdrowia.

Stałym współpracownikiem „Gazety Lekarskiej” jest do dziś Jerzy Badowski. To on układa krzyżówki „Jolki”, zachęca nas do ćwiczeń intelektualnych i jak dotychczas nie udało nam się wyciągnąć od niego rozwiązania po znajomości.

W trzeciej kadencji byliśmy zaabsorbowani budową nowej siedziby.

Budowa Domu Lekarza pochłonęła wszystkie nasze środki finansowe, ale było warto.

Tutejsza izba lekarska stara się ściśle współpracować z towarzystwami naukowymi regionu, a także z Uniwersytetem Warmińsko-Mazurskim w zakresie ułatwienia kształcenia ustawicznego koleżankom i kolegom.

Obecnie Dom Lekarza jest miejscem spotkań nie tylko szkoleniowo-naukowych, ale również swoistym centrum intelektualno-kulturalnym. Pragniemy pokazać, że lekarze nie zajmują się tylko uprawianiem swojej profesji, ale są również szczególnie wrażliwi na piękno, często uzdolnieni plastycznie, wielu jest muzykami i pisarzami. Zachęcamy lekarzy-twórców do prezentacji swoich prac artystycznych, a pomieszczenia Domu Lekarza wydają się być najlepszym do tego miejscem.

Organizujemy wernisaże prac plastycznych, malarских i fotograficznych koleżanek i kolegów. Dotychczas w siedzibie naszej izby mogliśmy podziwiać malarstwo lek. stom. Marii Szczepańskiej, lek. Wacława Krukowskiego, lek. Zofii



Warmińsko-Mazurska Izba Lekarska z siedzibą w Olsztynie obejmuje swoim działaniem **teren województwa warmińsko-mazurskiego** (z wyłączeniem powiatów: braniewskiego i elbląskiego, które są Delegaturą OIL w Gdańsku).

Liczy obecnie członków **3448**, w tym 2679 lekarzy i 769 lekarzy stomatologów.

Przewodniczący ORL:

lek. stom. Leszek Dudziński

Okręgowy rzecznik odpowiedzialności zawodowej: *lek. Zygmunt Ziółkiewicz*

Przewodniczący Okręgowego Sądu Lekarskiego: *lek. Tadeusz Matuszewicz*

Delegaci na Zjazd Krajowy:

lekarze: *Stanisław Adamowicz, Jerzy Badowski, Jerzy Górny, Anna Grabowska, Władysław Lipecki, Krzysztof Tytman, Marek Zabłocki, Ewa Zakrzewska, Zygmunt Ziółkiewicz*,
lekarze stomatolodzy: *Leszek Dudziński, Irmina Koniuszewska-Ciesielska, Anna Lella*.

Członkowie NRL: *lek. stom. Leszek Dudziński i lek. Zygmunt Ziółkiewicz*

Przewodniczący ORL:

I kadencji: *dr n. med. Marek Stefanowicz*

II kadencji: *lek. stom. Leszek Dudziński*

III kadencji: *dr n. med. Jerzy Górny*

IV kadencji: *lek. stom. Leszek Dudziński*

Badura-Szczawińskiej, lek. stom. Wandy Popławskiej i lek. Tomasza Kardacza. Odbyły się też wystawy fotograficzne dr. Bogdana Rybaka i Koła Fotografików. Sale naszej siedziby zyskują dzięki tym pracom piękny wystrój.

Przez izbę został wydany album fotograficzny i tomik poezji dr. B. Rybaka oraz płyta naszego chóru.

Chór lekarzy „Medici pro Musica” powstał w początkach działalności samorządu. Swoje brzmienie i wyraz artystyczny zawdzięcza wykształceniu muzycznemu wykonawców. Corocznie jest atrakcją naszych zjazdów sprawozdawczy-wyborczych. Koncertował również w wielu miejscowościach Polski i poza granicami. Ostatnio delegaci krajowi mieli okazję wysłuchać jego występu podczas Nadzwyczajnego Zjazdu w Toruniu.

To na terenie naszej izby rodziła się idea turnieju tenisa ziemnego lekarzy. Były eliminacje wojewódzkie i spotkania ogólnopolskie.

Również w naszej izbie niezastąpiony Henryk Krupa był inicjatorem organizowania turnieju Mistrzostw Polski Lekarzy w Brydżu Sportowym w Bogaczewie pod Morągiem. Wszyscy uczestnicy pamiętają z pewnością wspianą atmosferę tych spotkań i piękno okolicy.

Mazury są wymarzonym miejscem do sportów wodnych.

W połowie lat dziewięćdziesiątych Włodzimierz Lipecki wraz z kolegami rozpoczął organizację regat żeglarskich, początkowo w klasie omega, a w ostatnich latach w turystycznej klasie sasanka. Regaty stały się popularną, cieszącą wielkim zainteresowaniem, imprezą ogólnopolską.

W ostatnim czasie Dom Lekarza stał się miejscem wielu spotkań, również kole-

gów z pozostałych izb lekarskich. W zeszłym roku odbywały się tu obrady Konwentu Przewodniczących oraz X Jubileuszowy Zjazd Naukowo-Szkoleniowy Lekarzy Warmii i Mazur i ogólnopolskie spotkanie młodych lekarzy. Gościliśmy wielokrotnie znakomitości z kraju i zagranicy.

Oczywiście Dom Lekarza to nie tylko budynek, ale przede wszystkim ludzie próbujący stworzyć odpowiednią do pracy samorządowej atmosferę.

Ta szczególna atmosfera pozwala na porozumienie nawet w najtrudniejszych chwilach i szukanie rozwiązań aktualnych problemów w tej trudnej rzeczywistości służby zdrowia.

Dom Lekarza jest miejscem dyskusji, dialogu z władzami administracyjnymi regionu na tematy funkcjonowania systemu ochrony zdrowia, a zwłaszcza ostatnio omawiane są trudne zagadnienia zabezpieczenia środków na finansowanie opieki medycznej naszego regionu.

Wielką troską dnia dzisiejszego jest dla nas ochrona godności zawodu lekarza.

A na co dzień: praca... sterty papierów, załatwianie spraw wielkich i małych, telefony, rozmowy, spotkania, uzgodnienia...

W naszym Biuletynie Lekarskim piszemy o troskach i radościach, przekazujemy informacje o pracach samorządu.

Staramy się wciągnąć w pracę samorządową młodych lekarzy. Organizujemy powitalne spotkania dla nowych członków izby, podczas których mogą zapoznać się z zasadami i zakresem działania izb lekarskich, zachęcając jednocześnie do aktywnej pracy na rzecz środowiska zawodowego.

*Opracowali:
Anna Lella
i Leszek Dudziński*

Artykuł 21 czy paragraf 22?

Andrzej Gregosiewicz

Czym się różni „Paragraf 22” Hellera od artykułu 21 znowelizowanej ostatnio ustawy pn. „Prawo farmaceutyczne” (Dz. U. nr 126, 113 i 141, poz. 1381, 984 i 1181)?

Cóż... niczym. Ten pierwszy – to literacka satyra na cwaniactwo, oportunizm, głupotę i korupcję w wojsku. Ten drugi, to taka sama satyra – tyle, że na współczesną, polską, parlamentarną rzeczywistość.

Formalnie „Prawo farmaceutyczne” jest przykładem ustawy, która w rzetelny sposób zabezpiecza dobro publiczne. Nakazuje bowiem stosowanie rygorystycznych procedur kontrolnych, chroniących polski rynek przed wprowadzeniem do obrotu medykamentów niepewnych, niesprawdzonych, przeterminowanych, fałszywych, nieskutecznych itp. Ominięcie tych procedur zagrożone jest surowymi karami.

I słusznie. Karze się przemysłników majątek, więc co dopiero kogoś, kto naraża ludzkie zdrowie. Jest tylko jeden problem. Co zrobić, gdy głównym przemysłnikiem okazuje się być ustawodawca?

Niemożliwe, powiedzą Państwo. Tak, tak samo niemożliwe było otwarcie polskich granic dla alkoholu, zamknięcie dla żelatyny, otwarcie dla jednorekich bandytów itd.

Być może nie są to najlepsze porównania, bo w cytowanych sprawach ścierały się jakieś, przynajmniej pozornie racjonalne, argumenty – za i przeciw. Natomiast w przypadku „Prawa farmaceutycznego” ustawodawca kpi sobie z nas w żywe oczy. Píše bowiem w artykule 21, że „leki nie posiadające dowodów skuteczności terapeutycznej” należy wprowadzić do obrotu w sposób uproszczony, z pominięciem zasadniczych procedur kontrolnych.

Skąd taki absurdalny zapis? Są dwie możliwości: albo żeby ułatwić przemysł fałszywek (korupcja), albo z głupoty. I tak źle, i tak niedobrze.

Ciekawe, jak mocne musiały być argumenty producentów „nieskutecznych terapeutycznie leków”, żeby autorzy ustawy zgodzili się wystąpić w roli przygłupów lub oszustów. Nie wiem. Jakież argumenty musiały być. Nie wierzę, że było to tylko zauroczenie dźwięcznymi nazwami francuskich, parafarmaceutycznych koncernów (Boiron, Dolisos, Lehning Laboratoires).

A cóż takiego ci Francuzi produkują, zapytają Państwo. Odpowiedź „nic” może wydawać się mało logiczna, lecz tak jest w istocie. Są to bowiem wytwórcy „leków” homeopatycznych. Przeczytajcie Państwo jakie przywileje zafundował ww. firmom nasz dzielny ustawodawca. Cytuję fragmenty artykułu 21:

„Produkty homeopatyczne, które: 1) podawane są doustnie lub zewnętrznie, 2) w oznakowaniu nie zawierają wskazań do stosowania, 3) charakteryzują się odpowiednim stopniem rozcieńczenia... podlegają uproszczonej (sic!) procedurze dopuszczenia do obrotu”.

Jak wiadomo, istotą technologii produkcji „leków” homeopatycznych jest, oprócz rozcieńczania, wielokrotne „wstrząsanie” wodnym roztworem „substancji leczniczej”. W ten sposób „lek” jest „dynamizowany”. Ustawodawca zaakceptował ten magiczny przepis na produkcję „lekarstwa” i pouczył importerów: **„Do wniosku (o dopuszczenie leku do obrotu – przyp. aut.) ... należy dołączyć: opis procesu wytwarzania, w tym opis sposobu rozcieńczania i dynamizacji”, a także „wykaz substancji, które ulegają usunięciu w czasie procesu wytwarzania”.**

Zapis ten, pozornie neutralny, potwierdza wyraźnie, że ustawodawca aprobuje gusła rozpowszechniane przez fanów ruchu *New Age*. Uznaje np., że homeopatami, że „dynamizacja” to realnie istniejące zjawisko, które – „wyzwała niematerialną siłę lekarstwa”. Niech będzie. Wspomnę tylko, że najbliższe znaczeniowo synonimy dynamizacji to mistyfikacja i konfabulacja.

Idźmy dalej i pomyślmy: w jakim celu ustawodawca domaga się od producenta podania wykazu substancji, które zostały usunięte w trakcie wytwarzania lekarstwa? Odpowiedź jest prosta. Ustawodawca akceptuje istnienie kolejnego, magicznego zjawiska – tzw. pamięci wody.

W tym miejscu przypomnę, że naukowy guru europejskich homeopatów J. Benveniste za prace na ten temat otrzymał dwukrotnie od Uniwersytetu

Harvarda nagrodę Ig-Nobla. Wyróżnieniem tym obdarza się każdego roku najbardziej kretyńskie doniesienie „naukowe” (*ignoble*, ang. – haniebny, podły). Mało tego. Ustawodawca, żeby upewnić się, że dopuszczony do obrotu lek zawiera właściwie „zdynamizowaną”, „inteligentną wodę”, wymaga od producentów, by przedstawili **„Opis sposobu otrzymywania i kontroli roztworu macierzystego oraz potwierdzenie, na podstawie bibliografii, jego homeopatycznego charakteru”.**

Bibliografia nie stanowi problemu, bowiem od 200 lat ludzkość dysponuje „Organonem racjonalnego leczenia” Hahnemanna, które to dzieło stanowi najbardziej wiarygodną pozycję piśmienniczą, potwierdzającą homeopatyczny charakter stosowanych roztworów. Jedyny problem jaki mają do rozwiązania producenci tych „leków”, to ustalenie, w którym momencie rozcieńczania i wstrząsania woda już zapamiętała to, co z niej usunięto i tak się „zdynamizowała”, że „do stała” homeopatycznego charakteru. Ja proponuję, by ustawodawca nakazał odebrać od producentów przysięgę, że „lek” ma właściwy charakter.

Jednak, mimo wszystko, może się zdarzyć, że jakiś niedouk zapyta głupio: czy aby te leki rzeczywiście działają? Ustawodawca nie gapa, przewidział takie wątpliwości i rozwiązał je jednym zapisem: **„Produkty homeopatyczne, określone w ust. 1 i 4, nie wymagają dowodów skuteczności terapeutycznej” (sic!).**

Tak, proszę Państwa. W myśl założeń ustawy „Prawo farmaceutyczne” „lek” homeopatyczny nie musi być skuteczny terapeutycznie. No więc jaki musi być? Ustawodawca mówi wyraźnie – **„odpowiednio rozcieńczony; to jest nie zawierający więcej niż 1/10.000 części roztworu macierzystego lub nie więcej niż 1/100 najmniejszej dawki substancji czynnej zawartej w produkcie leczniczym”.** I słusznie. Bo istotą receptury homeopatycznej jest rozbeltanie w dużej ilości wody czegokolwiek.

Np. wyciągu z serca i wątroby dziękaj kaczkę. Te rozcieńczone kacze po-

droby noszą nazwę *oscilloccinum CH 200* i są powszechnie stosowane w „leczeniu” grypy. Podaję sposób produkcji „leku”: bierzemy ekstrakt z ptasiej padliny, rozcieńczamy go w stosunku 1:100 ($1:10^2$) i operację taką powtarzamy 200 razy. W ten sposób jedna kaczka molekula przypada na 10^{400} cząsteczek H_2O . Wg znanego fizyka R. Parka z Uniwersytetu w Maryland, w całym Wszechświecie mamy około 10^{100} cząsteczek (main.amu.edu.pl/~pkisz/medycyna.htm). Wynika z tego, że idea homeopatii opiera się na hipotezie o istnieniu Wszechświatów równoległych, między którymi krążą UFO zajmujące się dystrybucją wysoko rozcieńczonych wątróbek (hepat-cola light).

Ale, palicho Wszechświat. „Znajomość zasad terapii homeopatycznej” jest jednym z formalnych warunków uzyskania specjalizacji I stopnia z farmacji aptecznej. Zasady te można zgłębić na obowiązkowych kursach, które odbywają się w „jednostkach organizacyjnych szkoleń podyplomowych przy wydziałach farmaceutycznych akademii medycznych i Collegium Medicum UJ”. Program specjalizacji ze wskazaniem miejsca kursów można znaleźć pod adresem: www.mcoipz.com.pl/odkm/farmacja.htm.

Przyznam, że fascynują mnie naukowcy z uniwersyteckich „jednostek organizacyjnych”, którzy wymagają od przyszłych aptekarzy, by na egzaminie specjalizacyjnym umieli wyjaśnić dla czego „w miarę ubywania objętości lekarstwa – staje się ono bardziej skuteczne” oraz jakie zjawiska bioenergetyczne lub fizyko-chemiczne warunkują powstanie „pamięci wody”. Prawdę mówiąc, znam już nazwiska luminarzy polskiej nauki prowadzących wykłady z homeopatii, lecz nie ośmielię się ich ujawnić. Może zrobią to sami.

Np. w ramach merytorycznej dyskusji, którą można by rozpocząć od rozważenia problemu, czy z punktu widzenia współczesnej nauki sposób uzyskiwania roztworów homeopatycznych jest poprawny metodologicznie? Pytanie to zadałem niedawno prof. Markowi Kosmowskiemu, kierownikowi Katedry Elektrochemii Politechniki Lubelskiej, autorowi znanego dzieła pt. „Chemical Properties of Material Surfaces”, wydanego w 2002 r. w Nowym Jorku (hermes.umcs.lublin.pl/users/kosmulski/index.htm) Oto odpowiedź chemika, który jak dotąd nie miał nic wspólnego z homeopatią:

Rzeczywiście roztwory bardzo rozcieńczone można otrzymać jedynie metodą kolejnych rozcieńczeń. Polega ona na tym, że w pierwszym etapie sporzą-

dzamy roztwór stosunkowo stężony, powiedzmy 1 gram składnika H w 1 dm^3 roztworu (roztwór 1). Następnie odmierzamy, powiedzmy 1 cm^3 roztworu 1, uzupełniamy rozpuszczalnikiem do łącznej objętości 1 dm^3 , mieszamy i otrzymujemy roztwór 2 zawierający 1 mg składnika H w 1 dm^3 roztworu. Wartości liczbowe (1 dm^3 , 1 cm^3) użyte w niniejszym przykładzie nie mają wpływu na cały tok rozumowania. Równie dobrze kolejne rozcieńczenia mogą być w stosunku 1:100, 1:639 lub jeszcze innym. Powtarzając opisaną czynność możemy otrzymać roztwór 3 zawierający $1\text{ }\mu\text{g}$ składnika w 1 dm^3 roztworu, roztwór 4 zawierający 1 ng składnika H w 1 dm^3 , itd. To wszystko wydaje się łatwe i proste dopóki nie uwzględnimy paru faktów.

Nie ma absolutnie czystych rozpuszczalników. Nawet najczystsza, redestylowana woda laboratoryjna zawiera w 1 dm^3 niemal cały układ okresowy pierwiastków oraz tysiące związków organicznych. O ile więc w roztworach 1 i 2, składnik H jest poza wodą głównym składnikiem roztworu, to w roztworze 3 jest już kilka lub kilkadziesiąt (zależnie od jakości wody użytej do rozcieńczania) innych substancji, których stężenie i potencjał termodynamiczny są większe niż stężenie i potencjał termodynamiczny składnika H. W roztworze 4 takich składników będą już setki, a w roztworze 5 – wiele tysięcy, w tym prawdopodobnie „leczniczy” składnik H.

Innymi słowy, należy zdać sobie sprawę, że w miarę rozcieńczania okaże się, że „teoretycznie” obliczone stężenie składnika H jest wielokrotnie niższe, niż składnika H w samym rozpuszczalniku. Jeśli np. używana w laboratorium woda zawiera 10^{18} mol/dm^3 składnika H, to metodą kolejnych rozcieńczeń w żaden sposób nie da się otrzymać roztworu o stężeniu składnika „leczniczego” H poniżej 10^{18} mol/dm^3 . To oczywiście nie ma żadnego znaczenia, bo przy tak małym stężeniu wpływ substancji H na właściwości roztworu jest zanedbywalnie mały, więc szkoda czasu, aby takie zanieczyszczenia analizować.

Biorąc pod uwagę powyższe wywody można z całą pewnością stwierdzić, że roztworów o stężeniu poniżej 1 ng/dm^3 nie da się w żaden kontrolowany sposób otrzymać. Nie da się również ta-

kiego stężenia zweryfikować, gdyż leży ono poza zakresem dostępnych metod analitycznych.

Rozcieńczenie $1:10^{400}$ (*oscilloccinum* – CH 200 – przyp. aut.) to oczywiście piramidalna bzdura, którą mógł wymyślić tylko oszust lub kompletny ignorant.

Wiemy już więc ponad wszelką wątpliwość, że tzw. roztworów homeopatycznych nie tylko nie można uzyskać, lecz nawet teoretycznie nie można rozpatrywać, czy jakikolwiek składnik jest w nich zawarty, bądź nie. Bezsensowność rozważań, badań i eksperymentów klinicznych staje się zatem oczywista.

W świetle powyższych stwierdzeń podejmowanie prób „leczenia” przy pomocy „leków” homeopatycznych nie tylko nie jest zgodne „z najlepszą wiedzą lekarza”, lecz nosi znamiona przestępstwa.

Lobbystom asystującym legislatorom składam gratulacje za dokonanie rzeczy niemożliwej. Za przekonanie ustawodawcy, by zezwolił na sprzedaż w Polsce „zdynamizowanej”, „obdarzonej pamięcią” wody. Byłoby to anegdota na miarę sprzedaży Pałacu Kultury, gdyby nie smutny fakt, że podmiotem tego dowcipu są nasi pacjenci.

Mam nadzieję, że artykuł ten pomoże posłom lekarzom w sformułowaniu interpelacji zalecającej parlamentowi wykreślenie artykułu 21 z ustawy „Prawo farmaceutyczne”.

P.S. Na jednym z zebrań naukowych prof. Rudolf Virchow zapytał zebranych „Jeśli wyleję kufel piwa do Szprewy pod Berlinem, to co z tego piwa zostanie przy ujściu rzeki pod Szpandawą?” I dodał: „Nie godzien być w tej sali żaden z panów, który zajmuje się homeopatią”.

Autor, prof. zw. dr hab. med. jest kierownikiem Kliniki Ortopedii Dziecięcej Akademii Medycznej w Lublinie



Za 1 euro miesięcznie



Lepiej już (chyba?) było

(...) Realia kontraktowania na rok 2004 okazały się często jeszcze czarniejsze niż przewidywania, a przede wszystkim czarniejsze niż zapowiedzi prezesa NFZ. We wspomnianej stomatologii, większości placówek proponuje się 5,6 grosza za punkt, część dostaje – 5,8 grosza, a co gorsza – liczba przyznawanych punktów jest często mniejsza niż w roku minionym. **W podstawowej opiece zdrowotnej stawka kapitacyjna na jednego pacjenta w wieku 7-65 lat wynosi 56,4 zł rocznie, co czyni 4,7 zł miesięcznie, a jeśli dodać do tego stawkę pielęgnarską, otrzymujemy 5,76 zł na miesiąc!** Za tę kwotę lekarz pierwszego kontaktu ma diagnozować i leczyć przeciętnego Kowalskiego. Z przerażeniem skonstatowałem, że Golańskiego również. Badanie morfologii krwi kosztuje w tanim laboratorium 4,5 zł, podobnie badanie ogólne moczu, badanie rentgenowskie – 20 zł, ultrasonograficzne około 30 zł. Mam uczucie, że wracamy do czasów, kiedy znajomi z zagranicy dziwili się i pytali: „Jak wy, polscy lekarze to robicie, że jesteście w stanie przeżyć miesiąc z pensji równoważnej 30 USD?” (dla osób młodych, nie pamiętających tamtych czasów, informacja – tyle zarabiałem w roku 1988). Teraz będą nas pytać „**Jak wy, polscy lekarze, to robicie, że lecycie pacjentów w podstawowej opiece zdrowotnej za 1 euro miesięcznie i oni przeżywają!**” Rodzi się pytanie: Czy wszyscy przeżyją? (...)

Ryszard Golański

„Panaceum”, 1/04

(...) Moje noworoczne refleksje krążą jednak nie tylko wokół dramatycznej, ogólnej sytuacji w polskiej ochronie zdrowia, ale także – a może przede wszystkim – wokół problemów, jakie w tej trudnej rzeczywistości, są udziałem tylko lekarskiego „podwórka”. Jedną z takich spraw jest kształcenie ustawiczne, które należy – jak wiadomo – do ustawowych obowiązków lekarzy. Do tej pory poniesione na ten cel wydatki można było odliczyć sobie od dochodu podlegającego opodatkowaniu, obecnie – zgodnie z projektem zmian w ustawie podatkowej – nie będzie takiej możliwości. Skutki finansowe tego rozwiązania będą dla nas wszystkich dotkliwe, ale szczególnie obciążą naszych młodych kolegów i koleżanki w trakcie specjalizacji. Uważam, że ustawodawca, nakładając na lekarzy obowiązek doskonalenia zawodowego, powinien zagwarantować im chociaż częściowe zrekompensowanie związanych z tym kosztów.

A jeśli już o kształceniu mowa, słów kilka chcę poświęcić sprawie limitów miejsc specjalizacyjnych jakie Ministerstwo Zdrowia przydzieliło dla naszego województwa w postępowaniu kwalifikacyjnym, prowadzonym w terminie 1 grudnia 2003 r. – 31 stycznia 2004 r. W sumie takich miejsc w podstawowych dziedzinach medycyny jest 200, gdy tymczasem wniosków złożono 263, natomiast w dziedzinach szczegółowych – 40, przy liczbie wniosków 27. Potrzeby naszych lekarzy w zakresie specjalizowania się daleko zatem odbiegają od „odgórnych” postanowień resortu, ale jeszcze bardziej widać to w momencie, gdy porówna się dane liczbowe dotyczące złożonych wniosków i przyznanych miejsc w poszczególnych specjalnościach. No cóż, ministerialni urzędnicy widać wiedzą lepiej?

I na koniec jeszcze jeden temat. Chodzi o ubezpieczenie lekarzy, członków naszej Izby, w zakresie odpowiedzialności cywilnej (OC), wynikającej z wykonywania zawodu. Przez kilka kolejnych lat OIL w Łodzi ubezpieczała wszystkich swoich członków na niewielką sumę gwarancyjną – 6 tys. dolarów, każdy jednak mógł się „doubezpieczyć” na wyższą sumę, na preferencyjnych warunkach. Niestety, liczba osób, które wykupiły sobie indywidualne ubezpieczenie, co jest przecież niezmiernie istotne w kontekście coraz wyższych roszczeń pacjentów wobec lekarzy, nie jest duża. Tymczasem Izbie coraz trudniej negocjować z firmami ubezpieczeniowymi warunki, które by zadowalały lekarzy, a jednocześnie nadmiernie nie obciążały budżetu samorządu. Od stycznia zmieniły się w Polsce przepisy dotyczące ubezpieczeń, a od maja nasz kraj stanie się członkiem UE, co również nie pozostanie bez wpływu na sytuację w tej dziedzinie. (...)

Grzegorz Krzyżanowski

„Panaceum”, 1/04



SPÓŁDZIELCZA KASA OSZCZĘDNOŚCIOWO-KREDYTOWA IZB LEKARSKICH

W IMIENIU ZARZĄDU SPÓŁDZIELCZEJ KASY OSZCZĘDNOŚCIOWO-KREDYTOWEJ IZB LEKARSKICH
PRZEDSTAWIAMY AKTUALNĄ OFERTĘ DOTYCZĄCĄ KREDYTÓW I DEPOZYTÓW,
KTÓRA DOTYCZY WSZYSTKICH LEKARZY, O ILE TYLKO STANĄ SIĘ CZŁONKAMI **SKOK IL**,
TZN. WPLACĄ WPISOWE (30 PLN), UDZIAŁ (W WYSOKOŚCI 100 PLN), WKŁAD (10 PLN)
I ZAŁOŻĄ INDYWIDUALNE KONTO SKŁADKOWE (30 PLN/MIESIĘCZNIE).

KREDYTY I POŻYCZKI

Okres spłaty	oprocentowanie w skali roku
1 miesiąc	9 %
3 miesiące	10 %
6 miesięcy	11 %
1 rok	13 %
2 lata	14 %
3 lata	15 %
5 lat	17 %

Prowizja z tytułu udzielonego
kredytu/pożyczki: 2,5 %

Odsetki karne 40 % rocznie

RACHUNKI SYSTEMATYCZNEGO OSZCZĘDZANIA

Comiesięczna wpłata w okresie	oprocentowanie w skali roku
12 miesięcy	7,5 %
24 miesiące	8,0 %
36 miesięcy	8,5 %

Np.:

Minimalna wpłata 100 PLN/miesięcznie

Kwota kredytu	10 000 PLN	10 000 PLN	10 000 PLN
Okres spłaty	36 miesięcy	24 miesiące	12 miesięcy
Rata kredytu	346,77 PLN	480,27 PLN	893,37 PLN

UWAGA: Jedynym ograniczeniem kwoty kredytu jest forma zabezpieczenia
(hipoteka, poręczenie, weksel, cesja polisy itp.).

Kwota depozytu	10 000 PLN	10 000 PLN	10 000 PLN
Okres depozytu	36 miesięcy	24 miesiące	12 miesięcy
Saldo końcowe	12 517,10 PLN	11 500,30 PLN	10 618,55 PLN
Saldo po odprowadzeniu podatku	12 013,68 PLN	11 200,30 PLN	10 494,77 PLN

JAK SIĘ Z NAMI KONTAKTOWAĆ?

00-764 Warszawa ul. Sobieskiego 110

tel./fax: (022) 851-71-54, (022) 851-71-38

e-mail: skok@hipokrates.org

PEŁNA OFERTA KREDYTÓW I DEPOZYTÓW <http://www.skokil.pl>

Zarząd SKOK IL:

Mariusz SMOLICHA – prezes Zarządu

Tadeusz PAWLIKOWSKI – wiceprezes Zarządu



**SKOK IZB LEKARSKICH – TO TWOJA KASA
ZOSTAŃ NASZYM CZŁONKIEM**

@sculap.pl

Goniec Medyczny

• **Złe prawo.** Trybunał Konstytucyjny uchylił w części ustawę o NFZ. Uchylone artykuły ustawy przestaną jednak obowiązywać dopiero 31 grudnia br. • **„Nic się nie zmieni do końca roku”** – tak skomentował orzeczenie Trybunału Konstytucyjnego w sprawie ustawy o NFZ prezes Funduszu Krzysztof Panas. • **Gdzie się podziały tamte miliony?** Według NFZ na realizację porozumienia z lekarzami rodzinnymi potrzebne jest dodatkowo... 410 mln zł. • **Dyżury lekarskie w czasie pracy.** W Polsce dyżury lekarskie nie są wliczane do czasu pracy, gdy tymczasem orzecznictwo Europejskiego Trybunału Sprawiedliwości stanowi dokładnie odwrotnie. • **Zalewanie papierami.** Od początku roku obowiązują nowe druki skierowań na badania specjalistyczne i przewozy chorych. Poprzednie druki, mniejsze o 3/4 od obecnych, można wyrzucić na śmieci – pisał „Nowości”. • **Zdrowie drożeje.** Od 1 stycznia br. wzrosła składka na ubezpieczenie zdrowotne z 8 do 8,25 proc. przychodu ubezpieczonego. • **Co dostaniemy za składkę?** Trybunał Konstytucyjny pyta NFZ o listę świadczeń medycznych realnie dostępnych dla każdego ubezpieczonego. • **Nie chcemy płacić za usługi.** 86 proc. Polaków jest przeciwnych wprowadzeniu odpłatności za usługi medyczne w sytuacji wyczerpania limitów – wynika z najnowszego badania CBOS. • **Kogo premier (nie) miał na myśli?** W sprawie zmian w służbie zdrowia premier chce „współpracować ze wszystkimi, dla których zdrowie pacjentów jest ważniejsze niż własne interesy zawodowe i polityczne”. • **Bieganie z(a) pieluchomajtkami.** W wielu miejscach Polski pacjenci mają spore problemy z potwierdzaniem zleceń na refundację m.in. pieluchomajtek oraz środków ortopedycznych. • **NFZ chce pomóc bocianom.** Od stycznia br. miały ruszyć konkursy na dofinansowanie przez NFZ szkół rodzenia. • **Ponad 1300 zł od każdego.** Każdy z nas przekaże w tym roku w swoich składkach na spłatę długów szpitali więcej pieniędzy niż na opłaty dla lekarzy rodzinnych. • **Jeśli chce, niech płaci.** Pacjent może dobrowolnie zapłacić w szpitalu mającym kon-

ciąg dalszy na str. 32

ciąg dalszy ze str. 31

trakt z NFZ – wynika z ekspertyzy prawnej, wykonanej na zlecenie władz AM w Białymstoku. • **Albo leki ratujące życie, albo podatki pracowników.** Akt oskarżenia przeciwko dyrektorowi Szpitala im. Rydygiera za niewpłacenie zaliczek na podatek dochodowy pracowników wpłynął do nowohuckiego sądu. • **Uwaga na złodziei w szpitalach!** Odzyskano skradziony z Instytutu Matki i Dziecka sprzęt medyczny do ratowania noworodków oraz obsługi MRI. • **Pozostaną kowale lub sznurek do klamki.** Na Podkarpaciu działają tylko dwa pogotowia stomatologiczne. Oba są zlokalizowane w Rzeszowie. • **Martwe dusze u lekarza.** Lekarze z Brzeska zostali oskarżeni o fałszowanie danych i wyłudzenie ponad 300 tys. zł za fikcyjne porady medyczne. • **Wściekliczna w Warszawie.** Powiatowy lekarz weterynarii poinformował o wykryciu wściekliczny w Warszawie. Zagrożony teren położony jest na warszawskiej Woli. • **Chciały tylko urodzić dzieci...** 19 zakażonych wirusem WZW typu C pacjentek Szpitala Uniwersyteckiego w Krakowie złożyło do sądu pozew o odszkodowanie. • **Śmiertelne żniwa szpitalnych zarazków.** 3/4 polskich szpitali nie spełnia norm UE dotyczących sterylizacji sprzętu – alarmuje „Gazeta Wyborcza”. • **Wyrok śmierci w zawieszeniu?** „Szacuje się, że w Polsce około 70-80 proc. zakażonych HCV nie wie o tym, że zostali zakażeni” – czytamy w komunikacie Stowarzyszenia Pomocy Chorym z HCV „Prometeusz”. • **Jak oskubać szpital.** Lubelski radca prawny na sporze pracowników z dyrekcją zadłużonego szpitala w Lublinie zarobił w kilka miesięcy... 175 tys. zł – pisze „Kurier Lubelski”. • **W kolejkach po zdrowie.** O 3-miesięcznych kolejkach do kardiologa w szczecińskich poradniach specjalistycznych – donosi „Głos Szczeciński”. • **Pomoc przyszła za późno.** Elbląska policja bada sprawę śmierci 10-miesięcznego dziecka, do którego nie przyjechała wezwana karetka. • **Zamienili się krwią.** Przed sądem w Głogowie rozpoczął się proces dwójga lekarzy oskarżonych o zamianę krwi pobranej do ba-

ciąg dalszy na str. 34

Nasze sprawy

Jak zdobyć specjalizację?

Maciej Banach

Młodzi lekarze kończący staż podyplomowy stoją przed trudnym wyzwaniem, jakim jest zrobienie specjalizacji. Co roku liczba miejsc specjalizacyjnych jest ograniczana, a w związku z tym często na jedno miejsce z określonej dziedziny przypada kilkadziesiąt osób – tak lekarzy tuż po stażu, jak i pracujących już na etacie, czy w trakcie studiów doktoranckich.

Problem jest bardzo ważny, jeśli bowiem dalej będzie prowadzona polityka Ministerstwa Zdrowia polegająca na ograniczaniu miejsc specjalizacyjnych, to już niedługo będziemy mieli problem tysięcy lekarzy medycyny lub doktorów nauk medycznych, którzy będą chyba musieli zrezygnować z pracy w zawodzie, bo nie będą mogli zdobyć specjalizacji.

Ważne jest jednak dla młodych lekarzy, aby wiedzieli, jakie mają **możliwości otwarcia specjalizacji**.

Aktualnie można to zrobić:

- **W ramach etatu rezydenckiego, na podstawie umowy o pracę zawartej na czas określony z jednostką organizacyjną, prowadzącą specjalizację.**

Etat rezydencki jest finansowany przez Ministerstwo Zdrowia, a wynagrodzenie – biorąc pod uwagę obowiązek stałego dokształcania i odbywania staży specjalizacyjnych – niewielkie (po ostatnich podwyżkach wynosi nieco ponad 1530 zł brutto). Oprócz tego ostatnio pojawił się problem konieczności płacenia za niektóre staże rezydencje w ramach specjalizacji, co jest ewidentnym naruszeniem prawa i na co rezydenci nie powinni się zgadzać. W założeniach etaty rezydenckie miały stanowić 50% wszystkich miejsc specjalizacyjnych, niestety liczba miejsc rezydenckich zmniejsza się z roku na rok. W jednej z poprzednich sesji planowano nawet około 2 tys. takich miejsc, jednak w rezultacie, z powodu tzw. cięć budżetowych, było ich znacznie mniej. W ostatniej sesji było już tylko 1 tys. miejsc rezydenckich, obecnie – jak wynika z

informacji ministerialnych – ma być... jeszcze mniej.

Nie wiadomo, według jakiego klucza miejsca rezydenckie rozdzielane są na poszczególne województwa, a także czy brane jest pod uwagę zapotrzebowanie na daną grupę specjalistów w regionie. W ostatniej sesji (maj/czerwiec 2003) w województwach łódzkim, lubuskim i lubelskim były tylko po dwa miejsca rezydenckie z zakresu chorób wewnętrznych, podczas gdy w dolnośląskim – 10, mazowieckim – 13, a małopolskim – 26. Uzasadnione kontrowersje budzi postępowanie kwalifikacyjne (przede wszystkim kwestia rozmowy kwalifikacyjnej po egzaminie pisemnym), niezrozumiałe jest także, dlaczego nie można deklorować wyboru specjalizacji dopiero po teście. A kiedy uda się wreszcie przebrnąć przez całą procedurę kwalifikacyjną, okazuje się, że nie ma się żadnego wyboru miejsca, w którym chciałoby się szkolić i pracować przez najbliższe 5-6 lat. Może się bowiem okazać, że decyzją konsultanta wojewódzkiego zostaje się skierowanym do szpitala w mieście odległym o kilkadziesiąt kilometrów od miejsca zamieszkania.

- **Na podstawie umowy o pracę, zawartej na czas nieokreślony z jednostką specjalizacyjną, prowadzącą specjalizację.**

Jest to obecnie raczej niedostępna forma specjalizacji dla lekarzy po stażu, ze względu na powszechne redukcje etatów lekarskich w szpitalach. Natomiast dotyczy osób już zatrudnionych, bez specjalizacji lub zatrudnionych z pierwszym stopniem specjalizacji, uzyskanym według poprzednich zasad.

Dla lekarzy, którzy ukończyli staż podyplomowy, otrzymanie pracy w szpitalu lub klinice graniczy niemal z cudem (no chyba, że ma się odpowiednie koligacje rodzinne). Otworzenie specjalizacji w ramach etatu, gdy się pracuje w przychodni, jest także praktycznie niemożliwe. Żaden dyrektor ZOZ-u nie będzie chciał przecież finansować pracownika, który większość czasu spędza poza miejscem zatrudnienia. W związku z tym dla osób pracujących w przychodniach jedynym sposobem na specjalizację jest teoretycznie... rezydentura.

- **Na podstawie umowy o szkolenie specjalizacyjne, zawartej z jednostką organizacyjną, prowadzącą specjalizację.**

W rozporządzeniu nie zostało sprecyzowane, o jaką umowę chodzi, ale możemy przypuszczać, że o cywilnoprawną (ostatnio znowu pojawiła się możliwość pracy na zasadzie wolontariatu). Jednak na taki sposób zdobycia specjalizacji stać tylko minimalny odsetek młodych lekarzy, posiadających inne dochodowe źródła utrzymania. W grę wchodziłby jeszcze sponsoring, ale jest to realne właściwie tylko w założeniach. Poza tym powstają liczne wątpliwości natury prawnej, związane chociażby z ubezpieczeniem.

- **W ramach urlopu szkoleniowego udzielanego pracownikowi na czas trwania określonej specjalizacji.**

Obecnie jest to raczej fikcja. Istnieje bowiem naprawdę niewielka szansa, aby znalazł się dyrektor ZOZ-u, który zechce finansować przez 5 lat pracownika, z którego nie będzie miał żadnego pożytku. Urlop bezpłatny dla specjalizanta, utrzymującego się samodzielnie, także raczej nie wchodzi w rachubę.

- **W ramach studiów doktoranckich prowadzonych przez uprawniony podmiot.**

Obecnie, obok etatów rezydentckich, studia doktoranckie są najczęstszą formą podjęcia pracy i specjalizacji w Polsce.

W tym miejscu należy jednak podkreślić, że niosą one pewne zagrożenia, gdyż trwają do 4 lat (z możliwością przedłużenia wyjątkowo o rok), natomiast specjalizacja od 4 do 6 lat. Powstaje więc pytanie, co będzie, jeśli po zakończeniu studiów doktoranckich klinika nie przedłuży umowy o pracę i gdzie ma szukać pracy świeżo upieczony doktor nauk medycznych, który nie zdobył jeszcze specjalizacji? Co więcej, ostatnio często mamy do czynienia z sytuacją, że przez okres trwania studiów doktoranckich dokto-

rant nawet nie ma możliwości otwarcia specjalizacji. Należy także zaznaczyć, że niewiele osób ma realną szansę otwarcia doktoratu. Mimo że z naboru w czerwcu 2003 r. z takiej możliwości skorzystało około 80 osób, to jednak z całą stanowczością trzeba podkreślić, że zapotrzebowanie jest znacznie większe. Problemem są także niskie zarobki podczas studiów doktoranckich (około 940 zł bez składek na ZUS na pierwszym roku studiów).

Rekapitulując, młody lekarz po ukończeniu ciężkich 6-letnich studiów i odbyciu stażu podyplomowego ma przed sobą jeszcze trudniejsze i istotniejsze dla jego kariery zadanie: zdobycie specjalizacji. Najczęstszą formą jest rezydentura, jednak liczba etatów rezydentckich jest zdecydowanie niewystarczająca; co więcej wszystko wskazuje na to, że stopniowo będzie się zmniejszała. W związku z takimi trudnościami wielu lekarzy zdecydowanie szuka swojej szansy za granicą, co często także nie jest proste. Inni będą zmuszeni do rezygnacji z pracy w zawodzie, czy to ze względu na brak możliwości podjęcia pracy, czy też osiąganie uposażenia grubo poniżej średniej krajowej.

Autor jest lekarzem

„Panaceum” nr 1/2004 r.

dania na zawartość alkoholu po wypadku samochodowym. • **Wole za tysiąc złotych.** Chirurg – kierownik katedry lubelskiej AM został oskarżony przez zamojską prokuraturę o łapownictwo. • **Życie za kratami.** Kolejnemu sanitariuszowi łódzkiego pogotowia, który przyznał się do zabójstwa z użyciem pavulonu, grozi dożywocie. • **Nie-normalna atmosfera w szpitalu psychiatrycznym.** Dyrektor rybnickiego szpitala psychiatrycznego, który latem poinformował o nieprawdziwych opiniach lekarskich swoich ordynatorów, został odwołany ze stanowiska. • **Niemiecki farmakolog w Polsce.** Prof. Manfred Gothert, wybitny farmakolog reprezentujący Uniwersytet w Bonn, otrzymał tytuł doctora honoris causa AM w Białymstoku. • **Powolna likwidacja krwiodawstwa.** Najprawdopodobniej już na początku 2004 r. zostanie zamknięte Krajowe Centrum Krwiodawstwa i Krwiolecznictwa, a jego obowiązki przejmie Instytut Hematologii i Transfuzjologii. • **Anestezjolog pilnie poszukiwany.** Zamknięto oddziały szpitala w Poddębicach (woj. łódzkie). Ostatni anestezjolog zwolnił się tam z powodu niewypłacania wynagrodzeń. • **Śmierć na 4 kółkach.** Każdego roku za kierownicą siada 175 tys. osób po zażyciu narkotyków. • **Zostały oczy i gołe ręce.** W Białymstoku popsuł się jeden z dwóch na Podlasiu angiografów. Na naprawę nikt nie ma pieniędzy. • **Nowy blok (operacyjny) potrzebny od zaraz.** „Zbudowane 40 lat temu jako dar USA sale operacyjne i pracownie muszą być zastąpione przez nowe” – mówi dyrektor szpitala w Krakowie-Prokocimiu Maciej Kowalczyk. • **Żyć we własnym świecie...** W Szczecinie otworzono czwarty w Polsce ośrodek dziennego pobytu dla chorych na chorobę Alzheimera. • **Narkomani wracają na ulice.** Zachodniopomorski Oddział NFZ zrezygnował z finansowania metadonu stosowanego w terapii odwykowej narkomanów – pisze „Głos Szczeciński”. • **Powolna degradacja uzdrowisk.** Nowa ustawa o uzdrowiskach ograniczy ich rozwój – alarmują członkowie Stowarzyszenia Gmin Uzdrowiskowych RP. • **Kogo chroni praca chroniona.** W Polsce na zatrudnianie osób nie-

Pieniądz i medycyna

Ryszard Golański

Z wykonywaniem zawodu lekarza na całym świecie nieodłącznie wiążą się dwa rodzaje odpowiedzialności: zawodowa i cywilna. Nie wspominam tutaj o odpowiedzialności karnej, która obejmuje lekarza tak jak każdego obywatela, choć można odnieść wrażenie, że przedstawiciele naszego zawodu są szczególnie bacznie obserwowani w ostatnich czasach przez organa ścigania.

Odpowiedzialność zawodowa lekarzy to domena Okręgowego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej i Sądu Lekarskiego. Obie te instytucje zbierają doświadczenia i doskonalą swoją działalność od 13 lat. Co roku około trzystu lekarzy ma z nimi do czynienia. Stosunkowo najmniej wiedzą lekarze o potencjalnych zagrożeniach wynikających z odpowiedzialności cywilnej, związanej z wykonywaniem zawodu. Świadczy o tym między innymi niewielka liczba osób, które w minionych latach zadbały o własne poczucie bezpieczeństwa, wykupując indywidualne polisy ubezpieczeniowe na

wyższe sumy gwarancyjne. Wiele okręgowych rad lekarskich od początku swego istnienia starało się zadbać o to, aby lekarze mogli ubezpieczać się od odpowiedzialności cywilnej z racji wykonywania zawodu na preferencyjnych warunkach. Drugim kierunkiem działania było propagowanie w środowisku znaczenia tego ubezpieczenia.

W wielu krajach, szczególnie w Stanach Zjednoczonych, lekarze przeznaczają znaczącą część swoich dochodów na to właśnie ubezpieczenie (bywa nawet, że opłacane składki to jedna trzecia dochodów doktora). Konieczność taka wynika ze świadomości pacjen-

Diagnoza wstępna



(...) Jesteśmy już w 2004 roku. Po Sylwestrze. Upewniłem się kolejny raz, że nie lubię Sylwestrów. To znaczy bali a nie ludzi. Coraz bardziej. Nie zawsze tak było. Kiedyś lubiłem. Bal to bal. Wytworna atmosfera, pięknie nakryte stoły (mówię o pierwszych godzinach!), nasze panie, żony, koleżanki, znajome w eleganckich toaletach wyglądające zjawiskowo i potwierdzające, tak od niechcenia i z subtelną niedbałością, jak tylko one potrafią, że są piękną częścią tego świata. Że bez nich świat to... Lepiej nie myśleć! Kto by tego nie lubił??

Ale dziś coraz częściej myślę, że Sylwester to głównie przypomnienie, że upływa czas. Że oto znów coś się skończyło. Że przybyło lat. Nieodwracalnie. A ja czasem chciałbym o tym zapomnieć.

Coraz bardziej z czasem mam na pieńku. Zbyt nachalnie o sobie przypominam. I nikt nic nie może pomóc. Zawodzi nawet nauka. Chociaż może daje nadzieję... „Nasze dzisiejsze pojęcie o absolutnym przebiegu czasu, zgodnie z obowiąz-

tów, z ich roszczeniowego nastawienia, przede wszystkim zaś z działalności dużej liczby prawników, wyspecjalizowanych w prowadzeniu spraw odszkodowawczych. Świadomość pacjentów w Polsce rośnie z każdym rokiem, a ich nastawienie do lekarzy często kształtowane jest przez działalność stowarzyszeń „obrony praw pacjentów” typu *Primum Non Nocere* Adama Sandauera. Coraz więcej adwokatów zdaje sobie też sprawę, że prowadzenie spraw przeciwko placówkom ochrony zdrowia lub pojedynczym lekarzom może przysparzać całkiem wymiernych korzyści.

Wielu lekarzy boleśnie dowiaduje się o finansowych skutkach odpowiedzialności zawodowej w chwili, kiedy stają przed pacjentem lub jego rodziną, a przedmiotem rozmowy jest popełniony przez lekarza błąd lub niedopatrzenie, które negatywnie odbiło się na czymś zdrowiu. Każdemu z nas może zdarzyć się taka sytuacja. Przed Rzecznikiem Odpowiedzialności Zawodowej, a nawet przed Sądem Lekarskim powodom często chodzi tylko o satysfakcję, o przyznanie się lekarza do winy i o przeprosiny. W sprawie o odszkodowanie z powództwa cywilnego przed sądem powszechnym chodzi o pieniądze, tylko o pieniądze i o jak największe pieniądze. Pacjent jest skory do ugody, jeżeli otrzyma kwotę, której oczekuje, na przeprosinach mu nie zależy.

Piszę o tym problemie w kontekście działań, jakie zostały podjęte

przez Okręgową Radę Lekarską w ostatnich miesiącach ubiegłego roku, aby nie tylko zapewnić członkom naszej Izby jak najlepsze warunki ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej w roku 2004, ale także aby krzewić wśród nich znaczenie takiego ubezpieczenia. Towarzystwa ubezpieczeniowe doceniają znaczenie naszego środowiska i po trudnych negocjacjach osiągnęliśmy warunki możliwe do zaakceptowania. Niezmienne od lat pozostaje problem proporcji między roszczeniami pacjentów a sumami gwarancyjnymi, na które jesteśmy ubezpieczeni. Z danych, które posiadamy (choć nie są one kompletne), wynika, że często sumy, o które występują pacjenci, wielokrotnie przekraczają kwotę, na którą Izba ubezpiecza wszystkich swoich członków.

Jedynym sposobem, aby uniknąć stresu związanego z opisaną sytuacją, jest – o czym warto pamiętać – indywidualne „doubezpieczenie” się lekarza. Stres to jednak tylko część problemu, większym kłopotem bywa zapewne konieczność wyasygnowania kwoty przekraczającej nasze lekarskie zasoby finansowe. Ponieważ Rada zobowiązała redakcję „Panaceum” do przypominania o tym ważkim problemie, będziemy do niego wracać. Chętnie też poznamy Państwa opinie na ten temat.

Autor jest wiceprzewodniczącym ORL w Łodzi

„Panaceum” nr 1/2004 r.

zującymi obecnie prawami fizyki na dłuższą metę nie da się utrzymać.” – napisał Einstein. Więc może uda się go przechrzyć? Nic z tego! Gdzie indziej ten sam autor dodał: „Rozróżnienie między przeszłością, teraźniejszością i przyszłością jest jednym złudzeniem, choćby nie wiem jak trudnym do zdemaskowania.” Bo czas według niego jest wyłącznie tym, czym nam się wydaje. Wcale niekoniecznie musi płynąć w jednym kierunku, przyszłość może istnieć jednocześnie z przeszłością...

No i co? Osobiście nic nie rozumiem. I po co mi było zaczynać z uczonymi? Ich pocieszenia są z gatunku tych wymyślonych przez Woody Allena: „Skończoność świata jest pocieszeniem dla gubiących swoje rzeczy.”

Życzę Państwu jeszcze raz samych słonecznych chwil w tym zaczynającym się roku, bez podobnych dylematów.

Andrzej Baszkowski

PS. Jednak jak pomyślałem jeszcze raz o sylwestrowych balach i obecnych tam paniach, to być może w swojej niechęci do nich (tzn. balów) nieco się zagalopowałem.

Biuletyn Wielkopolskiej IL, 1/04

pełnosprawnych wydajemy relatywnie więcej niż w innych krajach europejskich mimo to pracę znajduje mniej osób – donosi „Gazeta Prawna”. • **Bunt miast.** Związek Miast Polskich protestuje przeciwko projektowi ustawy o restrukturyzacji zakładów opieki zdrowotnej. • **Hamburgery i zupki chińskie zamiast twarożku.** Z powodu wadliwej diety dzieci zagrożone są już teraz chorobą ludzi starszych – osteoporozą – ostrzegają lekarze z łódzkiego Szpitala im. Marii Konopnickiej. • **Praca za darmo.** 1 stycznia weszła w życie ustawa o wolontariacie i pożytku publicznym. W Polsce wolontariusze są skupieni m.in. w ponad 40 tys. organizacji pozarządowych. • **Czekali ponad pół wieku...** Do 6 stycznia Fundacja Polsko-Niemieckie Pojednanie miała wypłacić odszkodowania dla ponad 30 tys. osób, w tym dla ofiar nazistowskich eksperymentów pseudomedycznych. • **Zrzutka na pompę.** Po raz pierwszy w Krakowie wszczepiono pompę baklofenową. Otrzymała ją 13-letnia dziewczynka z Uniwersyteckiego Szpitala Dziecięcego. • **Także w szanowanych rodzinach.** Jedną trzecią kobiet w Polsce, to ofiary przemocy w rodzinie. Problem ten dotyczy zarówno tzw. marginesu społecznego, jak i bogatych i szanowanych rodzin – ocenili uczestnicy V Trybunału ds. Przemocy Wobec Kobiet. • **Gdy bliska osoba nie jest bliska.** Specjalna bezpłatna infolinia, pod którą można zgłaszać przypadki molestowania seksualnego dzieci, uruchomiona została w Komendzie Wojewódzkiej Policji w Olsztynie (każdy poniedziałek, w godz. 10.00-12.00, tel. 0 800 339 202). • **Telewizyjny sposób na życie.** 5 godzin dziennie – tyle czasu spędzają przed telewizorem polskie dzieci i młodzież. • **Raport WHO o stanie zdrowia na świecie:** Mimo niskich nakładów i bałaganu w opiece medycznej, wydłuża się w Polsce średnia długość życia i spada śmiertelność noworodków. • **Dżuma XXI wieku.** Najszybciej AIDS rozprzestrzenia się w Rosji, na Ukrainie i w krajach nadbałtyckich: Estonii, Łotwie i na Litwie. • **Pomocne szczepionki.** Szczepienia wykonane w dzieciństwie przeciwko

ciąg dalszy na str. 36

W kierunku lepszego świata



foto: Marek Stankiewicz

Romuald Krajewski

Na przełomie 2003 i 2004 r. bardzo trudno byłoby twierdzić, że nasz, polski, system ochrony zdrowia daje powody do zadowolenia i optymizmu. Czy jednak jest u nas szczególnie źle?

Jak wiadomo, istnieje optymistyczna i pesymistyczna wersja odpowiedzi na to pytanie. Raport WHO o stanie systemów ochrony zdrowia z 2000 r. mówił m.in. o tym, że nawet kraje stojące najwyżej w rankingu mogłyby sporo poprawić. My nie stoimy najwyżej, więc poprawić moglibyśmy dużo. Raport z 2003 r. podkreśla najważniejsze wyzwania i zaniedbania.

British Medical Journal w artykule zatytułowanym „*Postanowienia noworoczne po straconej dekadzie*” (2003;327:1415) wskazuje na wiele problemów ochrony zdrowia na świecie. W 2003 r. wątpliwości co do wojny w Iraku spowodowały wzrastający brak zaufania społeczeństw do polityków. W mediach nie zabrakło historii o złym funkcjonowaniu ochrony zdrowia i braku kompetencji lekarzy. Ale tylko rzadko wspomniano, że przez ostatnie 10 lat ogromne różnice ekonomiczne i zdrowotne między krajami biednymi i bogatymi stały się jeszcze większe.

Ogółem na świecie liczba ludzi żyjących za mniej niż 1 \$ dziennie zmalała w ciągu 10 lat z 29% do 23%, ale poprawa nastąpiła głównie w Azji. W innych regionach liczba biednych wzrosła, a 150 mln dzieci nadal cierpi na niedożywienie. W wielu krajach narósł problem AIDS, na gruźlicę choruje 9 mln osób i 2 mln rocznie umiera. Podobnie jest z malarią. Na tym niestety nie koniec. Wzrasta liczba chorób związanych z „zachodnim” trybem życia i już na świecie jest 150 mln osób z cukrzycą typu 2, a w 2025 r. będzie dwa razy tyle.

Przyczyny lokalne na pewno odgrywają rolę, ale przykrą prawdą jest również brak świadomości problemu i brak wsparcia ze strony krajów bogatych. Tylko niecałe 10% wydatków na badania medyczne dotyczy 90% cho-

rób powszechnych na świecie. Z 1233 nowych leków wprowadzonych w latach 1975-1999 tylko 13 jest do leczenia chorób tropikalnych. Nie udało się wypracować zasad dostępu biednych krajów do tanich leków.

WHO słusznie zalecała rozwiązywanie problemów przez szerokie stosowanie metod z zakresu zdrowia publicznego i zwalczanie znanych czynników ryzyka powszechnych chorób. Ostatnio podkreślono potrzebę jak najszybszego wdrażania metod medycyny genowej. Ale jak te działania mają być finansowane i przez kogo, aby nie powtórzyć kolejnych 10 lat zaniedbań? Mówi się o pomocy rządowej, zachętach podatkowych dla firm farmaceutycznych, docelowych funduszach dla organizacji pozarządowych, większych darach organizacji dobroczynnych.

Ciekawym modelem jest organizacja ogólnoswiatowej sieci badań w krajach rozwijających się, umożliwiającej zachowanie indywidualności i jednocześnie rozwiązywanie problemów globalnych. Takie inicjatywy odniosły już sukcesy.

Głównym celem, niezależnie od sposobu finansowania, jest zapoczątkowanie trwałego systemu badań oraz partnerskiej współpracy między krajami rozwiniętymi i rozwijającymi się. Uczelnie w bogatych krajach powinny rozszerzyć zakres nauczania w kierunku znacznie bardziej ogólnoswiatowego poglądu na choroby.

Wielką zaletą partnerstwa na poziomie uczelni jest rozwój bezpośrednich kontaktów międzyludzkich i ich trwałość. Naukowcy bogatych krajów muszą tworzyć trwałe kontakty z kolegami z krajów biednych, które nie są w stanie przeżyć kolejnych 10 lat zaniedbań. Narastanie terroryzmu często jest postrzegane jako problem religijny, ale na pewno jest to również desperackie

wołanie o pomoc ze strony biednych tego świata. Dalsze ignorowanie tego wołania jest niebezpieczne.

Niestety, również w większości krajów różnice w stanie zdrowia pomiędzy bogatymi i biednymi narastały. W Wielkiej Brytanii przypuszcza się, że różnica w oczekiwanej długości życia może wynosić do 10 lat (*BMJ* 2003;327:68). O wielu innych krajach po prostu nic nie wiemy, ale zasada równoważności złej kondycji ekonomicznej i złego zdrowia obowiązuje na całym świecie. Względna pociechą są ogólnie poprawiające się wskaźniki zdrowotne. Jednak rozkład korzyści jest bardzo nierówny (*BMJ* 2002;325:1461).

Co z tego wynika dla lekarzy, którzy z przedstawionymi problemami mają do czynienia na co dzień, choć niestety rzadko mają wpływ na kształt systemu ochrony zdrowia? Na pewno nie chciałbym, żeby Czytelnicy odebrali to jako sposób na pocieszenie się nieszczęściem innych. Warto natomiast zwrócić uwagę, że w dzisiejszym świecie wszystkie problemy są naszymi problemami. W marketingowej atmosferze ogólnego postępu łatwo nie dostrzec, że również i w ochronie zdrowia dużych grup ludności ten sukces nie dotyczy. Lekarze powinni o tym wiedzieć i mówić.

Skuteczne rozwiązania, zarówno w skali ogólnoswiatowej, jak i każdego z krajów, zależą jednak od polityków i ekonomistów. Nawoływanie do dobroczynności i indywidualnego zaangażowania, chociaż potrzebne i godne pochwały, jest tylko odwracaniem uwagi od przyczyn problemu i unikaniem trudnych, ale niezbędnych decyzji o strukturze wydatków publicznych i o zasadach funkcjonowania systemów ochrony zdrowia.

Aby założyć NZOZ

Małgorzata Brzozowska

Jakie muszę podjąć działania, aby założyć niepubliczny zakład opieki zdrowotnej?

Założenie zakładu opieki zdrowotnej, jego organizację i funkcjonowanie, zostały uregulowane w ustawie z 30 sierpnia 1991 r. o zakładzie opieki zdrowotnej (Dz. U. nr 91, poz. 408, z późn. zm.).

Zgodnie z tą ustawą ZOZ-em jest wyodrębniony organizacyjnie zespół osób i środków majątkowych utworzony i utrzymywany w celu udzielania świadczeń zdrowotnych i promocji zdrowia. ZOZ może być również utworzony w celu prowadzenia badań naukowych i prac badawczo-rozwojowych lub realizacji zadań dydaktycznych i badawczych, a oba cele muszą być powiązane z udzielaniem świadczeń zdrowotnych i promocją zdrowia.

ZOZ-em jest m.in. szpital, przychodnia, poradnia, ośrodek zdrowia, pogotowie ratunkowe, laboratorium diagnostyczne, pracownia protetyki stomatologicznej i ortodoncji.

Obecnie obowiązująca ustawa wyróżnia – w zależności od podmiotu tworzącego ZOZ – publiczny (utworzony przez ministra lub centralny organ administracji rządowej, wojewodę, jednostkę samorządu terytorialnego, państwową uczelnię wyższą lub prowadzącą działalność dydaktyczną i badawczą w dziedzinie nauk medycznych) i niepubliczny zakład opieki zdrowotnej (NZOZ).

NZOZ może utworzyć Kościół (związek wyznaniowy), pracodawca, fundacja, związek zawodowy, samorząd zawodowy lub stowarzyszenie, inna osoba prawna lub fizyczna, a także spółka nie mająca osobowości prawnej.

ZOZ-u nie może natomiast założyć samodzielny publiczny ZOZ.

Podmiot, który utworzył NZOZ musi mu nadać statut. Statut NZOZ-u powinien określać sprawy dotyczące jego organizacji i funkcjonowania, m.in. nazwę ZOZ-u (powinna ona odpowiadać zakresowi świadczeń zdrowotnych, które ma udzielać NZOZ), cel i zadania ZOZ-u, siedzibę i obszar działania (może być to obszar ograniczony), rodzaj i zakres świadczeń zdrowotnych, organy ZOZ-u i jego strukturę organizacyjną, formę gospodarki finansowej (samofinansujący się NZOZ).

Pomieszczenia i urządzenia NZOZ-u muszą odpowiadać wymaganiom określonym w rozporządzeniu ministra zdrowia i opieki społecznej z 21 września 1992 r. w sprawie wymagań, jakim powinny odpowiadać pod względem fachowym i sanitarnym pomieszczenia i urządzenia zakładu opieki zdrowotnej (Dz. U. nr 74, poz. 366, z późn. zm.). Spełnienie tych wymagań sprawdza państwowy powiatowy inspektor sanitarny, któ-

ry wydaje w tym przedmiocie opinię. Znamienne jest to, że wymagania te niewiele różnią się od wymagań przewidzianych dla pomieszczeń praktyki lekarskiej.

Świadczeń zdrowotnych w NZOZ-ie mogą udzielać tylko osoby wykonujące zawód medyczny, w tym także wolontariusze.

Podmiot tworzący NZOZ musi powołać kierownika zakładu, zawierając z nim umowę o pracę lub umowę cywilnoprawną. Kierownikiem NZOZ-u może być osoba, która spełnia wymagania określone w rozporządzeniu ministra zdrowia z 17 maja 2000 r. w sprawie wymagań, jakim powinny odpowiadać osoby na stanowiskach kierowniczych w zakładach opieki zdrowotnej określonego rodzaju (Dz. U. nr 44, poz. 520), np. kierownikiem przychodni, przychodni stomatologicznej, ośrodka zdrowia, poradni powinien być lekarz lub lekarz stomatolog posiadający prawo wykonywania zawodu w Rzeczypospolitej Polskiej i co najmniej pięcioletni staż pracy w zawodzie.

Niezbędne jest ponadto zgłoszenie NZOZ-u do urzędu skarbowego (w celu nadania NIP) oraz urzędu statystycznego (w celu nadania numeru REGON).

Dla rozpoczęcia działalności przez NZOZ niezbędny jest wpis do rejestru zakładów opieki zdrowotnej, który prowadzi wojewoda właściwy ze względu na siedzibę NZOZ-u.

W celu uzyskania wpisu do rejestru należy złożyć wniosek o wpis i dołączyć do niego szereg dokumentów. Obok statutu NZOZ-u i opinii państwowego inspektora sanitarnego (pozytywnej), dołącza się akt o utworzeniu NZOZ-u – jeżeli podmiotem tworzącym jest osoba prawna, oświadczenie podmiotu, który utworzył NZOZ o powołaniu kierownika, oświadczenie kierownika o przyjęciu obowiązków, dokumenty potwierdzające spełnienie przez kierownika wymagań związanych z tym stanowiskiem, dokumenty potwierdzające prawo do budynku lub lokalu, w których ma być prowadzona działalność NZOZ-u, wykaz jednostek organizacyjnych lub komórek organizacyjnych NZOZ-u, wykaz aparatury i sprzętu medycznego, wykaz osób wykonujących w zakładzie zawody medyczne według grup zawodowych, znaczki opłaty skarbowej.

Wpisując zakład do rejestru wojewoda nadaje NZOZ-owi resortowy kod identyfikacyjny, zgodnie z jego nazwą i zakresem udzielanych świadczeń zdrowotnych.

**Autorka jest prawnikiem NIL-u
m.brzozowska.@hipokrates.org**

ciąg dalszy ze str. 35

gruźlicy lub ospie obniżają ryzyko czerniaka w życiu dorosłym – donosi „European Journal of Cancer”. • **Dla nocnych łakomczuchów.** Amerykańscy naukowcy z Oregon Health and Science University obalają mit, że jedzenie w nocy tuczy. • **Ćwicz razem z nami!** Ćwiczenia w wodzie pomagają w rehabilitacji pacjentów z RZS – donosi „Annals of the Rheumatic Diseases”. • **Dieta w ciąży.** Dieta bogata w cukier może powodować wady rozwojowe u dzieci – informuje „American Journal of Clinical Nutrition”. • **Sklonowane krowy i mleko.** Zdaniem FDA mleko i mięso ze sklonowanych zwierząt gospodarczych nie stanowi zdrowotnego zagrożenia dla konsumentów. • **W poszukiwaniu jeszcze lepszych leków.** Tropikalne przywry z rodzaju *Schistosoma* mogą być źródłem leków na astmę i cukrzycę typu I – informują holenderscy naukowcy.

Goniec Medyczny jest elektronicznym biuletynem informacyjnym, wysyłanym bezpłatnie raz w tygodniu na ponad 50 000 kont poczty elektronicznej polskich lekarzy i innych pracowników medycznych, zarejestrowanych w portalu Esculap.pl

Esculap.pl to portal medyczny, zawierający pełne teksty artykułów z kilkunastu polskich czasopism medycznych, bazę leków Pharmindex, giełdę pracy dla lekarzy oraz giełdę używanego sprzętu medycznego i podręczników. Współpracujemy z kilkunastoma towarzystwami naukowymi i uczelniami medycznymi oraz największymi polskimi wydawnictwami. Dostęp do wszystkich materiałów w portalu jest bezpłatny i wymaga jednorazowej rejestracji. Dodatkowo istnieje możliwość błyskawicznego założenia własnego konta poczty elektronicznej i strony WWW.

Serdecznie zapraszamy.

lek. Jarosław Kosiaty
redaktor naczelny portalu Esculap.pl
Grupa Medical Data Management
www.esculap.pl
e-mail: jkosiaty@esculap.pl

Ogólnopolska modlitwa lekarzy Katolickiego Stowarzyszenia Lekarzy Polskich w Dniu Chorego dla uczczenia 25 rocznicy Pontyfikatu Ojca Św. i 10-lecia Katolickiego Stowarzyszenia Lekarzy Polskich

Jedenastego lutego 2004 r. mija dziesięć lat istnienia Katolickiego Stowarzyszenia Lekarzy Polskich. W ubiegłym roku została zatwierdzona nowelizacja Statutu, zgodnie z decyzjami Walnego Zgromadzenia KSLP.

W październiku 2003 r. uchwalono po raz pierwszy tematy wiodące na całą kadencję. Jako główny temat na całą kadencję wybrano: **O odrodzenie moralne**, a w roku 2004, roku jubileuszu 10-lecia KSLP: **Lekarz w służbie rodzinie**.

Rok 2004 jest nie tylko rokiem dziesięciolecia Stowarzyszenia. Minęła 25 rocznica Pontyfikatu Ojca Św. Jana Pawła II. Wiele jest do zrobienia. Nieustannie trwać powinna praca formacyjna i praca edukacyjna, dla poprawy naszej sprawności zawodowej. Przewidywane wejście do Unii Europejskiej budzi wiele naturalnych niepokojów i wymaga informacji i edukacji.

Stowarzyszenie pragnie uczcić w Dniu Chorego 2004 roku dziesięciolecie KSLP i 25 rocznicę Pontyfikatu Ojca Św. w sposób szczególnie wspólną modlitwą wszystkich członków Stowarzyszenia.

Stowarzyszenie postanowiło, że **11 lutego 2004 r., o godz. 21.00**, godzinie **Apelu Jasnogórskiego**, wszyscy lekarze, członkowie KSLP odmówią **Różaniec Św.**

Zarząd Główny
Katolickiego Stowarzyszenia
Lekarzy Polskich

Deklaracja Toruńska

Opieka paliatywno-hospicyjna, sprawowana od ponad 25 lat w Polsce, stanowi wielki wkład w rozwijanie właściwych i nowoczesnych zasad medycyny paliatywnej, obejmującej całościowe, wszechstronne leczenie i opiekę nad cierpiącym chorym i wspieranie jego bliskich. Dąży do podniesienia jakości życia z zachowaniem godności chorego.

W Polsce wzrasta liczba chorych na nowotwory (125 tys. nowych zachorowań rocznie, tylko 30% chorych można wyleczyć) oraz osób w wieku podeszłym (ponad 15% osób powyżej 65 r.ż.). W naszym kraju umiera około 320 tys. osób rocznie z powodu nieuleczalnych chorób przewlekłych, w tym 82 tys. chorych na nowotwory. Co roku około 190 tys. chorych wymaga opieki paliatywno-hospicyjnej. Narodowy Fundusz Zdrowia przeznacza rocznie dla ośrodków opieki paliatywno-hospicyjnej zaledwie 100 mln. zł – 0,3% z całości środków finansowych na opiekę zdrowotną, co wystarcza na pokrycie około 60% kosztów koniecznych dla zapewnienia właściwej, zgodnej ze standardami, opieki.

Solidaryzujemy się z Apelem Ruchu Hospicyjnego w Niemczech (Deutsche Hospiz Stiftung) skierowanym przeciwko propozycjom zalegalizowania przez Parlament Europejski eutanazji i wspomaganego samobójstwa. Uważamy, że eutanazja jest zaprzeczeniem prawa do życia i godności człowieka. Eutanazja – ucząc lekarzy zabijania – jest niezgodna z ich powołaniem zawartym w Kodeksie Etyki Lekarskiej, a ponadto promuje kulturę śmierci.

Alternatywą dla eutanazji jest właściwa opieka paliatywno-hospicyjna, która jest wielkim darem dla chorych i ich rodzin. Ta tak bardzo potrzebna działalność wychodzi naprzeciw somatycznym, psychosocjalnym i duchowym potrzebom cierpiących i zapewnia wsparcie ich bliskim podczas opieki nad ciężko chorymi i po śmierci ukochanej osoby.

Opieka paliatywno-hospicyjna powinna stanowić jeden z priorytetów polityki zdrowotnej państwa – wymaga wszechstronnego wsparcia, także prawnego i finansowego, ze strony władz państwowych, Kościoła i innych instytucji.

Uczestnicy Toruńskiej Konferencji Paliatywno-Hospicyjnej apelują, by nie zaprzęścić opartych na głębokiej wierze i tradycjach wzorców sprawowania specjalistycznej opieki nad umierającymi, rozwijanych w naszym kraju od ponad ćwierćwiecza. Mogą one stać się godnym naśladowania przykładem opieki nad ciężko chorymi także dla innych krajów. Nie ma tu miejsca na eutanazję!

Toruń, dnia 5 grudnia 2003

W imieniu 180 uczestników Toruńskiej Konferencji Paliatywno-Hospicyjnej.

prof. dr hab. med. Jacek Łuczak

kierownik Katedry i Kliniki Medycyny Paliatywnej, AM im. K. Marcinkowskiego w Poznaniu
przewodniczący Stowarzyszenia Rozwijania Opieki Paliatywnej
w Krajach Europy Środkowo-Wschodniej (ECEPT).

Adres: Os. Rusa 25A, 61-245 Poznań, e-mail: jacek.luczak@oncology.am.poznan.pl
tel./fax +48 61 87869869 (dysponuję listą z podpisami uczestników)

Poparcie dla Deklaracji Toruńskiej wyrazili:

prof. dr hab. med. Krystyna de Walden Gałuszko

konsultant krajowy w dziedzinie medycyny paliatywnej, w imieniu
Polskiego Towarzystwa Medycyny Paliatywnej i Polskiego Towarzystwa
Psychoonkologicznego, którym przewodniczy, kierownik Zakładu Medycyny
Paliatywnej AM w Gdańsku, 80-211 Gdańsk, Dębinki 2.

dr Zbigniew Kaczmarek

prezes Polskiego Towarzystwa Opieki Paliatywnej w imieniu Towarzystwa,
ul. Wolności 44, 87-800 Włocławek

Najczęstsze nieprawidłowości

Bogdan Jakubski

1 września 2003 r. minęły 4 lata od wejścia w życie ustawy z 25 czerwca 1999 r. o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa. W dalszym ciągu jednak na wystawianych przez lekarzy na drukach ZUS ZLA zaświadczeniach, o czasowej niezdolności do pracy, stwierdza się błędy, braki i nieprawidłowości.

Mogą stać się one także podstawą do pozbawienia lekarza prawa do orzekania na okres 3 miesięcy.

Za treść zaświadczenia odpowiada ten, kto podpisuje.

Oto najczęstsze błędy i nieprawidłowości:

1. Źle oznaczony w rubryce „04” kod ubezpieczenia.

Ubezpieczonym w ZUS-ie wpisać należy kod – 1, ubezpieczonym w KRUS-ie – 2, innym (żołnierze zawodowi, policja, straż graniczna, straż pożarna, służba więzienna, UOP, ABW, sędziowie, prokuratorzy) – 3.

2. Brak określonych w rubryce „12” wskazań lekarskich.

Chorym z zaleceniem leżenia wpisać należy –1, mogącym chodzić –2.

3. Brak kodu A w rubryce „13” w razie orzekania niezdolności do pracy po przerwie nie przekraczającej 60 dni, z powodu tej samej, co poprzednio choroby.

W razie orzekania pierwszorazowego nie stawia się żadnego kodu. W razie, gdy z tej samej przyczyny, po przerwie nie przekraczającej 60 dni, orzeka się ponowną niezdolność do pracy, wpisać należy kod A.

4. Brak w rubryce nr „14” wpisanego numeru statystycznego choroby.

5. Niezaznaczanie w sposób wyraźny, że dana osoba jest osobą bezrobotną.

Osobie takiej w rubryce „NIP płatnika” wpisuje się NIP Urzędu Pracy, natomiast w rubryce „23 – Nazwa skrócona, nazwisko i imię płatnika” wpisać należy BEZROBOTNY. Wpisanie w tym miejscu nazwy PUP (Powiatowy Urząd Pracy) może dotyczyć tylko osób zatrudnionych w Urzędzie Pracy.

6. Poprawianie treści wypisanego zaświadczenia bez zaparafowania poprawki podpisem i pieczęcią lekarza.

Każda korekta musi być umieszczona na wszystkich 3 egzemplarzach zaświadczenia ZUS ZLA i zaparafowana podpisem i pieczęcią lekarza. Wszelkie korekty dokonywane już po zdaniu oryginału zaświadczenia

muszą być w formie pisemnej także zgłoszone do ZUS-u. W takich sytuacjach nie dopuszcza się jednak żadnych korekt dotyczących dat określających orzeczoną niezdolność, a także daty wydania orzeczenia. Zmiana daty, to wydanie zupełnie nowego orzeczenia.

7. Zdawanie oryginałów zaświadczeń ZUS ZLA do ZUS-u w terminie nieprzekraczającym 7 dni.

8. Wystawianie przez lekarzy dokumentów wzajemnie się wykluczających, np. wniosku o przedłużenie okresu zasiłkowego o dalsze 3 miesiące w związku z dobrym rokowaniem co do odzyskania zdolności do pracy za 3 miesiące i np. za kilka dni wystawienie zaświadczenia o stanie zdrowia dla celów rentowych. Takie zaświadczenie wystawia się przecież chorym nie rokującym odzyskania zdolności do pracy w ciągu 3 miesięcy.

9. Wystawianie zaświadczeń ZUS ZLA na okres leczenia sanatoryjnego w ra-

mach NFZ. Leczenie to ma odbywać się w ramach urlopu wypoczynkowego, a nie zwolnienia lekarskiego. O takich warunkach wyjazdu pacjenci są informowani przez NFZ. Wydawanie na ten cel zwolnienia lekarskiego nie powinno mieć miejsca.

Składając wniosek do ZUS-u, o nadanie uprawnień do wydawania zaświadczeń o czasowej niezdolności do pracy, każdy lekarz podpisuje oświadczenie, iż zapoznał się z obowiązującymi w tym zakresie przepisami prawa i zobowiązuje się do ich przestrzegania. Prawidłowe wypełnienie zaświadczeń ZUS ZLA, zdawanie ich w ciągu 7 dni do ZUS-u i przestrzeganie ww. zasad to właśnie realizacja tamtego zobowiązania.

Zielona Góra 31.12.2003

Autor, dr n. med., jest głównym lekarzem orzecznikiem Oddziału Zakładu Ubezpieczeń Społecznych w Zielonej Górze

SPÓŁDZIELCZA KASA OSZCZĘDNOŚCIOWO-KREDYTOWA IZB LEMKOWSKICH

KREDYT ZIMOWY DLA NASZYCH CZŁONKÓW

Kwota do 5000 PLN

• Okres spłaty kredytu **12 miesięcy** • Oprocentowanie w skali roku **11,9 %**

BEZ PORĘCZCIELI!!! *Oferta ważna do 15 marca 2004 r.*

Przykładowo :

KWOTA KREDYTU	RATA KREDYTU	TUPROWIZJA
1000 PLN	88,22 PLN	25,00 PLN
3000 PLN	266,46 PLN	75,00 PLN
5000 PLN	444,06 PLN	125,00 PLN

SZCZEGÓŁOWE INFORMACJE W SKOK IL:

00-764 Warszawa ul. Sobieskiego 110 tel. 851-71-54; 851-71-38

e-mail: skok@hipokrates.org

PEŁNA OFERTA KREDYTÓW I DEPOZYTÓW – www.skokil.pl



Na marginesie Kodeksu Etyki Lekarskiej

Tadeusz Maria Zielonka

Artykuł 64

W czasie wykonywania swej pracy lekarz musi zachować trzeźwość i nie podlegać działaniu jakichkolwiek środków uzależniających.

Czy taki zapis w KEL nie jest obraźliwy dla lekarzy? Z pewnością nie chodzi tu o zachowanie trzeźwości umysłu, bo trudno czyścić z tego wymóg etyczny. Jeśli autorom Kodeksu chodziło o stan wskazujący na spożycie alkoholu, to artykuł ten przypomina PRL-owskie plakaty propagandowe w stylu: *Do pracy przychodź trzeźwy i wypoczęty*.

Jak nisko upadła nasza społeczność, skoro slogan rozwieszany na budowach i w halach produkcyjnych uznano za odpowiedni do umieszczenia w KEL. Nie można zapominać, że zawód lekarza stawia nas na szczycie drabiny społecznej i nie powinniśmy deprecjonować naszego prestiżu takimi zapisami.

Nawet jeśli z powodu hipokryzji rządzących tym krajem nie należymy do elity finansowej, to powinniśmy pozostać elitą intelektualną i kulturalną. Z powodu niskich zarobków nie wolno zatracić elitarnych ambicji.

Inteligencja i kultura osobista nie zależą od majątku. Fakt, że w przeciwieństwie do naszych kolegów w Unii Europejskiej nie należymy do osób dobrze sytuowanych, nie przekreśla naszej przynależności do społecznej elity. Dbajmy o elitarność naszego zawodu.

Środowisko lekarskie, będące odbiciem polskiego społeczeństwa, ma w swoim gronie alkoholików i osoby nadużywające alkohol. W Polsce istnieje duża tolerancja dla picia alkoholu, a nawet dla prowadzenia samochodu w stanie nietrzeźwym, co stwarza istotne zagrożenie dla życia i zdrowia wielu ludzi.

W przeciwieństwie do innych grup elitarnych, takich jak sędziowie czy



politycy, lekarze nie posiadają immunitetu, który chroni przed udowodnieniem tego nałogu. Paradoksalnie, parasol ochronny opinii publicznej nie dotyczy w tej materii lekarzy. Każdy przypadek pijanego lekarza dyżurującego w pogotowiu ratunkowym lub szpitalu trafia nawet na czołowe strony gazet i jest nagłaśniany w massmediach na miarę zabójstwa głowy państwa czy zamachu stanu.

Nie powinniśmy dopuszczać do szerzenia się patologicznych zjawisk, które naruszają dobre imię zawodu i uderzają w prestiż każdego z nas. Dlatego też konieczna jest bardziej aktywna postawa samorządu.

Trudno zgodzić się ze stanowiskiem przewodniczącego Naczelnego Sądu Lekarskiego, który uważa, że dopóki nie ma prawomocnego wyroku sądu powszechnego, nie wolno krytykować działań lekarzy. Taka postawa sprzyja demoralizacji.

W innych krajach izby udzielają finansowego wsparcia lekarzom uzależnionym do zwalczania nałogu, ale równocześnie są bezwzględne dla tych przedstawicieli zawodu, którzy pomimo to, nie potrafią sobie z nim poradzić.

Społeczność lekarska nie może sobie pozwolić na posiadanie w swym gronie *czarnych owiec*. Muszą być one wyeliminowane, zanim dziennikarze zrobią z tego *news* i zanim opisy ich wyczynów po pijanemu obiegają cały kraj szkodząc wizerunkowi nas wszystkich.

Jakie działania podejmuje samorząd, aby ograniczyć alkoholizm wśród lekarzy?

Trudno uwierzyć, aby sprawy trafiające do prasy czy do prokuratury były incydentalne i zdarzyły się przypadkowo. Niekiedy administracja szpitala zwalnia lekarza za pijaństwo w miejscu pracy. Zmiana miejsca pracy nie jest jednak rozwiązaniem problemu.

Czy rzecznik odpowiedzialności zawodowej zawsze wszczyna postępowanie w przypadku sygnału o pracy lekarza po pijanemu? Nie wystarcza nowelizacja KEL, za którą nie kryje się zmiana postaw.

Niestety, samorządowcy, podobnie jak politycy, nie ponoszą odpowiedzialności za zaniechanie. Obawiają narazić się środowisku restrykcyjnymi działaniami przeciwko poszczególnym członkom, gdyż chcą być wybrani na następną kadencję. Solidarność zawodowa musi mieć swoje granice i nie można tego czynić wbrew interesom całej społeczności. To jest nieszczęście, że w kraju, w którym trzeba dokonać

głębokich przeobrażeń, najbezpieczniej jest dla rządzących nic nie robić. Konsekwencje grożą tylko za zrobienie czegoś złego, a nie za fatalne skutki zaniechania.

Błąd w sztuce lekarskiej w równym stopniu dotyczy błędnego działania, jak i zaniechania. Niestety, nie obowiązuje to w ocenie polityków i samorządowców.

Powstaje także istotne pytanie, co rozumieć pod pojęciem trzeźwości w czasie wykonywania pracy. Kiedy tak naprawdę lekarz jest po pracy?

Od chwili uzyskania dyplomu lekarz jest zawsze w pracy lub w gotowości do pracy. Nawet na przyjacielskim przyjęciu może zająć niespodziewany przypadek wymagający udzielenia natychmiastowej pomocy. Co zrobi lekarz, jeśli w takiej sytuacji będzie pod wpływem alkoholu? Czy zatem wstrzeźliwość nie jest wymogiem w naszym zawodzie? Czy nawet w życiu prywatnym nie powinniśmy ograniczyć spożycia alkoholu do granic, które nie ograniczą naszej zdolności wykonywania zawodu?

Lekarz nie może być uzależniony od czegośkolwiek, bo ogranicza to jego zdolność wykonywania zawodu. Wpływ narkotyków czy leków psychotropowych na zdolność podejmowania trafnych decyzji jest oczywisty i bezdyskusyjny.

Czy w powyższym brzmieniu uzależnienie od nikotyny nie jest naruszeniem KEL? Choć oburzy się na to olbrzymia rzesza palących lekarzy, to jednak taki zapis zabrania palenia w miejscu pracy. Idąc dalej, to nawet tak pozytywne uczucia jak miłość, a raczej stan zakochania, przeszkadza w rzetelnym wykonywaniu obowiązków lekarza, a cóż dopiero uzależnienie typu hazard, niepożądana żądza władzy czy posiadania pieniędzy. Choć takie ujęcie nie było raczej zamysłem twórców Kodeksu, to jednak mamy świadomość, że konsekwencje wynikające ze stosowania środków uzależniających mogą mieć takie same skutki jak wszelkiego rodzaju zaślepienie czy pożądanie.

Aby rzetelnie wykonywać swoje obowiązki, lekarze muszą być wolni od wszelkich uzależnień, nałogów, a nawet namiętności. Pomimo narzekań na ograniczanie wolności osobistej i prawa do prywatności, takie rygorystyczne podejście ma swoje merytoryczne uzasadnienie. Oczywiście rekompensatą za to jest przynależność do elity.

Nieszczęściem polskich lekarzy jest stawianie im powszechnie obowiązujących w medycynie wymogów bez wynikających z tego przywilejów.

foto: Marek Stankiewicz

Informowanie pacjentów o badaniach klinicznych

Czy państwo lubią być dobrze poinformowani? Ja tak.
Sądzę też, że większość – jeśli nie każdy z nas – to lubi.
Zwłaszcza, gdy ma podjąć ważną dla siebie decyzję.

Nie inaczej jest, gdy trzeba zdecydować się: wziąć udział w badaniu klinicznym czy nie?

Dobrowolna i świadoma zgoda pacjenta na badanie jest wymagana od 1964 r., czyli od czasu ogłoszenia Deklaracji Helsińskiej przez środowiska medyczne, jednak przed podjęciem swojej decyzji pacjent ma prawo zostać w pełni poinformowany, w czym weźmie udział, gdy takiej zgody udzieli.

Prawo to zostało potwierdzone przez zapisy Dobrej Praktyki Klinicznej, zwłaszcza w zasadach ICH GCP (Zasadach Prawidłowego Prowadzenia Badań Klinicznych) opublikowanych w 1997 r. (w Polsce – tłumaczenie ukazało się w 1998 r.), które precyzują, co powinno znaleźć się w formularzu Pisemnej Informacji dla Pacjenta: hipoteza badawcza, dotychczasowa wiedza o leku, spodziewane korzyści i ryzyko, ile osób weźmie udział w badaniu i ile do tej pory brało już ten lek, dlaczego akurat ta grupa pacjentów, spodziewane objawy niepożądane, dostępność innych metod leczenia, szczegółowy plan badania i poszczególnych wizyt, czas spędzony w badaniu i na poszczególnych wizytach, ograniczenia i obowiązki związane z badaniem, a także możliwość wycofania zgody w dowolnym czasie, jak również warunki ubezpieczenia, informacja o poufności danych pacjenta, itp.

Polskie przepisy precyzują, że pacjent ma prawo do zastanowienia się przed podjęciem decyzji oraz do konsultacji z dowolną osobą, np. prawnikiem, bliskimi lub innym lekarzem, ma prawo do uzyskania wyczerpujących odpowiedzi na swoje pytania, ma prawo do niewyrażenia zgody oraz rezygnacji z udziału w dowolnej chwili badania bez podania przyczyny, nie wolno pacjenta naciskać ani szantażować.

Zgoda powinna zostać wyrażona na piśmie, na formularzu zatwierdzonym przez stosowną Komisję Bioetyczną (zresztą, tak jak całe badanie i dokumenty z nim związane...), przed jakąkolwiek czynnością związaną z badaniem, np. przed pobraniem krwi lub odstawieniem dotychczasowych leków, gdy takie działanie wynika z udziału w badaniu.

Pacjent powinien otrzymać swój egzemplarz Świadomej Informacji i Zgody Pacjenta, podpisany przez lekarza prowadzącego badanie i z informacją, jak z tym lekarzem się można skontaktować. Szczególny nacisk kładzie się na ochronę dóbr i wolnej woli osób małoletnich, ubezwłasnowolnionych, nieprzytomnych, pozbawionych wolności lub podlegających przymusowi służby wojskowej. W Polsce prawo to zostało wprowadzone zapisami w Ustawie o Zawodzie Lekarza oraz w Rozp. Ministra Zdrowia w sprawie określenia szczegółowych wymagań Dobrej Praktyki Klinicznej z 10.12.02 r.

Obecnie formularze Informacji dla Pacjenta stają się coraz dłuższe i dokładniejsze, co cieszy – gdy mamy do czynienia z pacjentem w stabilnym stanie, który ma dużo czasu na podjęcie decyzji i ewentualne konsultacje.

Jednak te same obszerne formularze sprawiają masę kłopotu w badaniach z pacjentami w stanach ostrych, wymagających natychmiastowego działania, ponieważ taki pacjent nie jest w stanie przeczytać wielostronicowego dokumentu, nie mówiąc już o podejmowaniu decyzji pod presją czasu, a także – bólu i lęku o zdrowie i życie. Aby w przypadku takich badań cały proces informowania pacjenta i uzyskiwania jego zgody nie stał się fikcją, stosuje się rozmaite rozwiązania, np. dwuczęściowy formularz informacji: jedna część – wstępna – skrótowo informuje pacjenta o badaniu i o planowanych aktualnych działaniach, mówiąc równocześnie, że dokładniejsze informacje pacjent uzyska, gdy jego stan się ustabilizuje i będzie wtedy jeszcze raz mógł zadecydować, czy chce kontynuować swój udział w badaniu; druga część nie odbiega od standardowego formularza informacji i jest bardzo obszerna.

Oczywiście, każde rozwiązanie, każdy tryb informowania tzw. trudnych grup pacjentów i odbierania od nich zgody musi uzyskać aprobatę właściwej komisji bioetycznej, której rola w tym procesie jest nie do przecenienia.

Beata Rygiel-Żbikowska

Stowarzyszenie na Rzecz Dobrej Praktyki Badań Klinicznych w Polsce

Esdent Dental Equipment

we Wrocławiu. Szkolenia dla lekarzy **stomatologów w 2004 r.:**

- **14.02. Odbudowa zębów bocznych wypełnieniami typu inlay/onlay** (kurs praktyczny)
- **28.02. Postępowanie w przypadku próchnicy wczesnej – preprofilaktyka i leczenie dzieci w wieku żłobkowym. Urazy, zębów stałych i mlecznych u dzieci profilaktyka, postępowanie, leczenie**
- **13.03. Endodoncja opracowanie i wypełnianie kanałów korzeniowych na jednej wizycie**
- **27.03. Rozpoznanie i leczenie dysfunkcji układu ruchowego narządu żucia. Etiologia, badanie czynnościowe, analiza instrumentalna okluzji i ruchów żuchwy, leczenie farmakologiczne, badania dodatkowe, plan leczenia** (Część praktyczna. Rejestracja pozycji szczęki w stosunku do czaszki przy użyciu łuku twarzowego. Montaż modeli w artykulatorze, analiza okluzji centrycznej i ekscentrycznej oraz szlifowanie wybiórce zębów na modelach)
- **17.04. Znaczenie sposobu pracy dla precyzji zabiegów oraz ochrony zdrowia lekarzy stomatologów. Pokaz zabiegu konwencjonalnego w warunkach ergonomicznych z uczestnictwem asysty**
- **15.05. Powikłania i trudne przypadki w endodoncji**
- **29.05. Korony pełnoceramiczne i metalowo-ceramiczne. Planowanie leczenia, przedstawienie różnych metod preparacji. Innowacyjny sposób preparacji wg dr. Zbigniewa Piankowskiego i dr. Stefana Neumeyera. Prawidłowe metody pobierania wycisków, cementowanie koron** (pokaz z uczestnictwem pacjenta)
- **19.06. Chirurgiczne pokrywanie recesji dziąsłowych** (pokaz z udziałem pacjenta)
- **26.06. Licówki i wkłady pełnoceramiczne. Różne metody preparacji, prawidłowe pobieranie wycisków. Nowe metody cementowania wkładów i licówek** (pokaz z udziałem pacjenta)

Informacje: Wrocław, ul. Pomarańczowa 8, tel. (0-71) 353-83-51 lub (0-71) 354-02-17

Abacus Biuro Promocji Medycznej.
Szkolenia w **2004 r.:**

- **19.02.** Warszawa. Sympozjum naukowo-szkoleniowe: *Od samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej do spółek użyteczności publicznej*
- **26-27.02.** Warszawa. Międzynarodowa konferencja naukowo-szkoleniowa: *Zarządzanie ryzykiem i ubezpieczenia w zakładach opieki zdrowotnej*

- **3-4.06.** Warszawa. V Ogólnopolskie Sympozjum: *Blok Operacyjny – organizacja i funkcjonowanie*

Informacje: Abacus Biuro Promocji Medycznej Sp. z o.o., tel. (0-22) 877-28-60, 836-04-16, fax (0-22) 862-10-50, e-mail abacus@abacus.edu.pl, www.abacus.edu.pl

Wielkopolska Szkoła Diagnostyki Obrazowej. Praktyczne kursy ultrasonograficzne w 2004 r.:

- **21-22.02. Podstawy diagnostyki gruczołu piersiowego – mammografia, ultrasonografia, biopsja stereotaktyczna, biopsja cienkoigłowa; jakośc mammografii**
- **18-21.03. Ultrasonografia jamy brzusznej i tarczycy**
- **25-28.03. Ultrasonografia dopplerowska**
- **1-4.04. Podstawy echokardiografii**
- **15-18.04. Ultrasonografia gruczołu piersiowego**

Szkolenia dają prawo do punktów edukacyjnych TIP.

Konto: 92 1090 1362 0000 0000 3612 1908. Zapisy: Wielkopolska Szkoła Diagnostyki Obrazowej, 62-050 Mosina, ul. Świerkowa 23, tel./fax (0-61) 819-25-00, tel. kom. 603-762-041, www.obraz.pl, e-mail obraz@obraz.pl. Zajęcia i zakwaterowanie w Ośrodku Szkoleniowym na terenie Wielkopolskiego Parku Narodowego w Puszczykowie k. Poznania.

- **26-27.02.2004 r.** Białowieża. Międzynarodowa Konferencja Naukowa: *Samodzielny Publiczny ZOZ – przekształcenia własnościowe i najnowsze koncepcje zmian*. Organizatorzy: Akademia Ekonomiczna we Wrocławiu, Polsko-Niemiecka Akademia Zdrowia, Agencja Konsultingowo Edukacyjna ORDO. Koszt uczestnictwa 350 zł. Zapisy: Agencja Konsultingowo Edukacyjna ORDO, ul. Elektryczna 1, 15-080 Białystok, tel./fax (0-85) 732-22-03.

- **4-7.03.2004 r.** Wierzbica. Mazurska Szkoła **Ultrasonografii i Ginekologii**, 12-200 Pisz, ul. Leśna 18. Kurs: *Wybrane zagadnienia z zakresu patologii ciąży i porodu*. Zgłoszenia: Marlena Boroń, tel./fax (0-87) 423-36-57 lub tel. kom. 504-075-804, www.usg.pisz.pl

Roztoczańska Szkoła **Ultrasonografii**. Kursy w **2004 r.:**

- **7-13.03. Diagnostyka USG narządów położonych powierzchownie:**
- diagnostyka obrazowa sutka,
- diagnostyka USG tarczycy, węzłów chłonnych i innych narządów szyi

- **28.03.-3.04. Diagnostyka USG układu moczowo-płciowego:**

- gruczoł krokowy – badania transrektalne wraz z biopsją monitorowaną USG,

- nerki, pęcherz moczowy, moszna

- **18-24.04. Diagnostyka USG w ginekologii i położnictwie**

- **2-8.05. Podstawy USG narządów jamy brzusznej, sutka, tarczycy, narządów miednicy mniejszej – Ultrasonografia w gabinecie lekarza rodzinnego**

- **2-8.05. Kurs atestacyjny wymagany do uzyskania certyfikatu PTU**

- **9-15.05. Diagnostyka USG narządów jamy brzusznej**

- **9-12.05. Diagnostyka dopplerowska naczyń krwionośnych szyi i mózgu – doppler przezczaszkowy**

Informacje: tel. (0-84) 638-80-90, (0-84) 638-55-12.

Dolnośląska Szkoła **Ultrasonografii**. Szkolenia podstawowe w **2004 r.:**

- **8-12.03., 10-14.05., 14-18.06. Diagnostyka USG jamy brzusznej**

- **6-9.04., 22-25.06. Diagnostyka USG narządów małych powierzchniowo leżących (ślinianki, gruczoł piersiowy, tarczyca)**

- **22-24.04. Podstawy echokardiografii**

- **17-19.05. Podstawy echokardiografii w pediatrii**

- **10-11.05. Diagnostyka USG w ginekologii i położnictwie**

- **19-20.02., 15-16.04., 3-4.06. Diagnostyka USG gruczołu piersiowego**

- **31.05.-1.06. Diagnostyka USG w pediatrii**

- Prowadzimy także **indywidualne warsztaty** z diagnostyki USG w **ginekologii i położnictwie, jamy brzusznej, sutka oraz echokardiografii pediatricznej**. Ćwiczenia w pracowniach szpitalnych.

Informacje i zgłoszenia: Wrocławskie Centrum Promocji, ul. Śniadeckich 10, 51-604 Wrocław, tel.: (0-71) 348-39-66 lub 0-606-350-328, e-mail wcp@poczta.onet.pl, http://www.szkolenia.z.pl/

Katedra i Zakład **Radiologii**

AM we Wrocławiu oraz Dolnośląska Szkoła **Ultrasonografii**.

Szkolenia w 2004 r.:

- **17-21.03., 22-26.09.** kurs szkoleniowy do specjalizacji dla **chirurgów: Podstawy ultrasonografii**

- **25-28.03., 21-24.10.,** kurs szkoleniowy do specjalizacji dla **internistów: Podstawy nowoczesnej diagnostyki obrazowej**

Informacje: Wrocławskie Centrum Promocji, ul. Śniadeckich 10, 51-604 Wrocław, tel.: (0-71) 348-39-66 lub 0-606-350-328, e-mail: wcp@poczta.onet.pl. Nasza oferta w internecie <http://www.szkolenia.z.pl/>

• **20.03., 22.05.2004 r.** Warszawa. Zakład Fizjopatologii Oddychania Instytutu Gruźlicy i Chorób Płuc, ul. Płocka 26 organizuje jednodzińne szkolenie: **Spirometria – zasady prawidłowego wykonania i interpretacji wyników**. Uczestnicy otrzymają 10 punktów edukacyjnych. Koszt 300 PLN od osoby. Informacje: tel. (0-22) 431-22-23, e-mail fizpat@igichp.edu.pl

• **25-26.03.2004 r.** Klinika Nowotworów Narządów Płciowych Kobiety Centrum Onkologii-Instytutu im. Marii Skłodowskiej-Curie organizuje kurs laparoskopii: **Laparoskopia operacyjna w ginekologii onkologicznej**. Informacje i zapisy: sekretariat Kliniki, Katarzyna Derda, tel. (0-22) 644-00-55 lub 546-22-95, fax 648-44-71.

• **26-27.03.2004 r.** Poznań. I Konferencja Szkoleniowa: Repetytorium **Pulmonologiczne** Katedry i Kliniki **Ftyzjopneumonologii** AM w Poznaniu oraz Stowarzyszenia Wspierania Pulmonologii Poznańskiej dla lekarzy specjalizujących się w **internie, medycynie rodzinnej** oraz **lekarzy rodzinnych**. Oplata 50 zł. Zgłoszenia: formularz rejestracyjny na stronie www.sk1.am.poznan.pl/ftyzjo; e-mail pulmo@sk1.am.poznan.pl; fax 841-70-61 (należy podać dane oraz e-mail, ew. telefon kontaktowy). Informacje: Sekretariat Katedry i Kliniki Ftyzjopneumonologii AM Poznań, Szamarzewskiego 84, 60-569 Poznań, tel./fax 841-70-61,

• **3.04.2004 r.** Centralny Szpital Kliniczny MSWiA w Warszawie organizuje dla lekarzy **ortopedów, reumatologów, balneologów, internistów** konferencję poświęconą **leczeniu błotami**: borowinami w Polsce i błotem wydobywanym z dna jeziora Euforii (Rumunia). Referaty wygłoszą specjaliści z Polski oraz Rumunii. Udział bezpłatny. Zgłoszenia do końca lutego br. Informacje: Centralny Szpital Kliniczny MSWiA w Warszawie, Dział Marketingu i Zamówień Publicznych, Sławomir Jagieła, inspektor ds. marketingu i kontroli jakości, ul. Wołoska 137, 02-507 Warszawa, tel./fax (48) (0-22) 602-16-26, <http://www.eskmswia.pl>

• **23-24.04.2004 r.** V Międzynarodowa Konferencja **Bioetyczna: Etyka praw intelektualnych i patentowych z sesją poświęconą ochronie praw cho-**

rych w badaniach klinicznych. Organizator: Komisja Bioetyczna Ministerstwa Zdrowia i Zespół ds. Etyki w Nauce Ministerstwa Nauki, pod auspicjami Sekretarza Generalnego Rady Europy i patronatem Ministra Zdrowia i Ministra Nauki. Informacje: <http://surfer.iitd.pan.wroc.pl/events/patents.html>, e-mail: agorski@ikp.pl

• **23-24.04.2004 r.** Szczyrk. V Ogólnopolskie Sympozjum: **Immunoterapia alergenu**. Informacje: Sekretariat Komitetu Organizacyjnego, Katedra i Klinika Chorób Wewnętrznych, Alergologii i Immunologii Klinicznej ŚIAM, ul. 3 Maja 13/15, 41-800 Zabrze, e-mail b_rogala@pro.onet.pl, tel./fax (0-32) 271-81-10.

• **24.04.2004 r.** Warszawskie Spotkania z **Medycyną Estetyczną: Łysienie – problem XXI wieku**. Organizator: Fundacja Medycyny Estetycznej, tel. (0-22) 831-94-66. Informacje: 0-508-788-009, www.medycynaestetyczna.pl

• **6-8.05.2004 r.** Lublin. Ogólnopolskie Sympozjum Naukowe Sekcji **Ginekologii Operacyjnej** Polskiego Towarzystwa Ginekologicznego: **Współczesne poglądy na reoperacje w ginekologii**. Zgłoszenia udziału, prac naukowych oraz zamówienia zakwaterowania na drukach dostępnych na stronie internetowej sympozjum, które należy przesyłać na adres: Sekretariat Sympozjum „Współczesne poglądy na reoperacje w ginekologii”, P-AIZ Konsulting Sp. z o.o. Biuro Kongresów i Turystyki, ul. Boczna Lubomelskiej 4, 20-070 Lublin, tel./fax (0-81) 533-51-48, tel. (0-81) 534-43-87; e-mail kongres@paiz.com.pl lub na adres Komitetu Organizacyjnego: Komitet Organizacyjny Sympozjum „Współczesne poglądy na reoperacje w ginekologii”, II Katedra i Klinika Ginekologii AM w Lublinie, ul. Jaczewskiego 8, 20-954 Lublin, tel. (0-81) 724-42-68, (0-81) 742-51-21, (0-81) 724-46-86, fax (0-81) 742-55-08, 0-502-074-198. Informacje: www.ginoper.am.lublin.pl

• **12-14.05.2004 r.** Szczyrk. XI Zjazd Polskiego Towarzystwa **Zakażeń Szpitalnych: Zakażenia związane ze stosowaniem cewników naczyniowych**. Informacje: adrzewiecki@onet.pl

• **20-23.05.2004 r.** Zakopane. II Karpacza Konferencja **Diabetologiczna**. Program wstępny oraz szczegóły dotyczące rejestracji, rezerwacji hoteli, imprez towarzyszących oraz informacja dla autorów prac na stronie internetowej Katedry i Kliniki Chorób Metabolicznych CMUJ: www.metabol.cm-uj.krakow.pl

Adres do korespondencji: Komitet Organizacyjny II Karpackiej Konferencji Diabetologicznej, Katedra i Klinika Chorób Metabolicznych CMUJ, ul. Kopernika 15, 31-501 Kraków, tel. (0-12) 424-83-31, 424-83-01, fax (0-12) 421-97-86, e-mail: mmsierad@cyf-kr.edu.pl

• **21-22.05.2004 r.** Puławy. Kurs szkoleniowy Sekcji **Ultrasonografii** PTG, i Kliniki **Ginekologii** AM w Lublinie i Stowarzyszenia „Zdrowie Kobiety”: **Współczesna ultrasonografia w ginekologii i położnictwie – standardy badania ultradźwiękowego ISU-OG**. Koszt uczestnictwa 500 zł. Informacje: I Klinika Ginekologii, p. Inga Słomka lub dr hab. med. Artur Czekierdowski (kierownik kursu), tel./fax (0-81) 532-78-47, e-mail obgyn@panaceum.am.lublin.pl

Katedra i Zakład **Anatomii Patologicznej** AM we Wrocławiu oraz Wrocławskie Centrum Promocji

zapraszają lekarzy na szkolenia:

• **24-28.05. Cytologia onkologiczna w ginekologii system klasyfikacji Bethesda** – kurs podstawowy

• **14-16.06. Cytologia onkologiczna w ginekologii system klasyfikacji Bethesda** – kurs doskonalący

Informacje i zgłoszenia Wrocławskie Centrum Promocji, ul. Śniadeckich 10, 51-604 Wrocław, tel.: 071 3483966 lub 0 606 350328, e-mail: wcp@poczta.onet.pl. Nasza oferta w internecie <http://www.szkolenia.z.pl/>

• **27-29.05.2004 r.** Sala Wielka Wrocławskiego Ratusza. Międzynarodowa Konferencja „**Advances in Paediatric Bone Marrow Transplantation**”: sesja poświęcona **prof. dr hab. Janinie Bogusławskiej-Jaworskiej**, twórczyni onkologii i hematologii dziecięcej na Dolnym Śląsku. Informacje: Katedra i Klinika Transplantacji Szpiku, Onkologii i Hematologii Dziecięcej AM, ul. Bujwida 44, 50-345 Wrocław, tel./fax (0-71) 328-20-40; e-mail klin@pedhemat.am.wroc.pl

• **6-8.06.2004 r.** Tarnów. III Ogólnopolska Konferencja Polskiego Towarzystwa **Orzecznictwa Lekarskiego: Dylematy i problemy orzecznictwa lekarskiego u progu wejścia Polski do Unii Europejskiej**. Informacje: Robert Witek, tel. 0-691-523-976, e-mail witek@voltronik.pl, www.ptol.org.pl

opr.(u)

e-mail: u.bakowska@gazetalekarska.pl

Absolwenci Wydziału Lekarskiego AM w GDAŃSKU z roku 1979

W dn. 22-23 maja br., z okazji 25 rocznicy ukończenia studiów, zapraszamy na uroczysty bal, który odbędzie się w hotelu „RENUSZ” w Sobieszewie.

Informacje i zgłoszenia: **starościna roku Jolanta Brząkała-Brunka**, tel. 0-602-720-559.

Absolwenci Wydziału Lekarskiego AM w GDAŃSKU z roku 1954

21 maja 2004 r. w naszej Alma Mater odbędzie się uroczystość odnowienia dyplomów lekarzy medycyny, w związku z 50 rocznicą ukończenia studiów. Nie są nam, niestety, znane adresy wymienionych poniżej naszych koleżanek i kolegów lub ich rodzin. Są to:

Łucja Bałucińska, Karol Będkowski, Jerzy Bożek, Marian Chmielewski, Marian Czaplewski, Krystyna Czaykowska, Bolesław Czyżewski, Roman Dolmierski, Zbigniew Dziedziech, Mieczysław Dziubiński, Alicja Edelmann, Henryka Farbotko-Ekler, Jan Ficenes, Łucja Formella-Stoczyńska, Tadeusz Harasimowicz, Halina Hołubasz-Rożkowska, Bogdan Jasiński, Zdzisław Jemielita, Jerzy Klusiński, Wacław Konieczny, Edward Kot, Jan Kurzeja, Jadwiga Lesiewska, Zygmunt Łuczak, Jan Malesa, Teresa (Fac) Mardkiewicz, Maciej Mazur, Sławomir Mazurkiewicz, Andrzej Morawiecki, Adam Mystek, Zbigniew Niziński, Jan Nożewski, Stanisław Pałasz, Bronisław Piekarczyk, Jan Rutkowski, Wiesław Rutkowski, Barbara Samplawska-Maj, Władysław Sitko, Tadeusz Skierczyński, Alia Skulte, Adam Szuster, Wojciech Turosieński, Zbigniew Walczyński, Mieczysław Walszewski, Jadwiga (Wiercińska)-Jaworska, Lilla Wierstakowa, Jerzy Węgrzyn, Tadeusz Wolan, Zofia Zdrzałka.

Zwracamy się z gorącym apelem o pomoc w nawiązaniu kontaktu z nimi lub z ich rodzinami i o informacje w tej sprawie pod adresem: **Mirosława Narkiewicz, 80-210 Gdańsk, ul. Tuwima 23 m. 1** lub tel. (0-58) 349-1431.

Za Komitet Organizacyjny **Barbara Godlewska-Śmiechowska**

Absolwenci Wydziału Lekarskiego i Stomatologii AM w GDAŃSKU z roku 1967

W tym roku mija 37 lat od ukończenia naszych studiów. W związku z tym organizujemy zjazd koleżeński. Proponowany termin **24-26 września 2004 r.** Zainteresowanych prosimy o kontakt pod adresem: **Barbara Gurda-Ratajczak, ul. Kręta 17, 86-217 Gdańsk**, tel. (0-58) 345-24-39. Prosimy o przekazywanie tej wiadomości wszystkim, z którymi utrzymujecie kontakt. Zatem do zobaczenia wkrótce. **Jadwiga Zielińska**

Zjazdy koleżeńskie w Internecie www.absolventus.pl

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

Absolwenci ŚIAM rocznik 1969

Z okazji 35 rocznicy otrzymania dyplomu zapraszamy na „Spotkanie po latach” w dn. 11-13 czerwca 2004 r., hotel „Ostaniec” w Podlesicach (gmina Kroczyce, powiat zawierciański). Zainteresowanych proszę o kontakt: **Maria Gajeka-Bożek**, tel. (0-32) 671-57-90.

Absolwenci Oddziału Stomatologicznego Wydziału Lekarskiego AM w WARSZAWIE rocznik 1949-1953

Jubileuszowy zjazd koleżeński połączony z uroczystym odnowieniem dyplomów i spotkaniem władz warszawskiej Alma Mater z Jubilatami odbędzie się w gmachu AM w Warszawie przy ul. Żwirki i Wigury 61 w końcu maja 2004 r. Koszt uczestnictwa 200 zł od osoby zainteresowanej i 150 zł od osoby towarzyszącej. Wpłaty pod hasłem „Jubileusz 50-lecia” do 31 marca br. na konto Stowarzyszenia Wychowanków Warszawskiej Medycyny i Farmacji, ul. Żwirki i Wigury 61, 02-091 Warszawa, V Oddział PKO BP Warszawa 4410201055 122830232. Jednocześnie prosimy o pisemne zgłoszenie uczestnictwa z podaniem adresu pocztowego, telefonu i danych osobowych koniecznych do wznowienia dyplomu (imię, nazwisko, nazwisko panięńskie mężatek, data i miejsce urodzenia oraz kserokopia dyplomu), na adres: **II Klinika Chirurgii Szczękowo-Twarzowej AM, ul. Lindleya 4, Pawilon 8, 02-005 Warszawa**, z dopiskiem na kopercie „Jubileusz Dyplomu”. Informację o zjeździe uprzejmie prosimy przekazać koleżankom i kolegom z naszego rocznika. Za Komitet Organizacyjny: **Bogna Kulmińska**, tel. (0-22) 851-61-78; **Alicja Gietka**, tel. (0-22) 619-91-87; **Wacława Tarłowska**, tel. (0-22) 621-34-81; **Michał Sołtan**, tel. (0-22) 760-43-90.

Absolwenci AM w Łodzi i Uniwersytetu Medycznego w ŁODZI

Spotykamy się 19 czerwca 2004 r. na kolejnym zjeździe koleżeńskim Stowarzyszenia Absolwentów Akademii Medycznej w Łodzi, al. Kościuszki 4, 94-119 Łódź, tel. (0-42) 632-15-00, 632-50-00 wew. 39. Następny Jubileuszowy Zjazd – 50 rocznica wznowienia dyplomu absolwenta AM zorganizujemy w r. 2007, dlatego już teraz prosimy o przesłanie: zdjęć pamiątkowych z okresu studiów; refleksji, wspomnień z okresu studiów i nie tylko; propozycji dotyczących organizacji Jubileuszu. Materiały chcemy wykorzystać do zaplanowanego wydawnictwa. Komitet Organizacyjny Zjazdu: **Andrzej Bergiel**, tel. 213-63-45; **Longin Grabara**; **Romana Mackiewicz**, 0-603-650-575; **Alina Ry-marczyk**, 716-21-90; **Lucjan Wesołek**, 636-15-70.

Absolwenci Wydziału Lekarskiego AM w GDAŃSKU rocznik 1988-1994

Z okazji 10 rocznicy ukończenia studiów planujemy zorganizowanie spotkania koleżeńkiego. Wstępny termin to koniec września lub początek października 2004 r. Prosimy o przesyłanie wstępnych zgłoszeń. Miejsce i koszt podamy po wstępnej ocenie liczby chętnych. Komitet organizacyjny: **Katarzyna Pasalska-Niewęglowska**, tel. 0-605-852-307 lub (0-58) 300-03-61, fax (0-58) 301-19-27, e-mail **kasianiew@yahoo.com**; **Przemysław Rutkowski**, tel. 502-526-156, praca: (0-58) 349-25-51

u.bakowska@gazetalekarska.pl

II Ogólnopolski RAJD ROWEROWY OLSZTYN`2004

odbędzie się w dn. 5-6.06.2004 r. Już dziś proponujemy zarezerwować sobie czas na tę turystyczną imprezę, która może być świetną zabawą dla całej rodziny. W programie przewidziano szereg atrakcji, m.in. zwiedzanie Jasnej Góry. Serdecznie zapraszamy lekarzy z całej Polski.

Informacje: **dr Tomasz Klimza**, tel. 0-501-308-752; zgłoszenia przyjmuje pracownik biura **Rita Idziak**, tel. (0-34) 368-18-88, fax (0-34) 324-76-19.

I Mistrzostwa Polskiej Lekarzy w KOLARSTWIE PRZELAJOWYM

odbędą się 29.02.2004 r. w miejscowości Gościęcina k. Kędzierza-Koźla.

Organizatorzy: **Robert Nanowski** i **Dariusz Morawski** (Opole). Informacje: **www.przelaj.punkt.pl**

Ogólnopolski Rodzinny RAJD Medyków

Komisja Sportu i Rekreacji OIL w Szczecinie organizuje 2.05.2004 r. Ogólnopolski Rodzinny Rajd Medyków, **rowerowo-samochodowo-pieszy** na terenie przygranicznym województwa za-

chodniopomorskiego i Meklemburgii w Niemczech. Impreza będzie spotkaniem lekarzy z Polski i Niemiec z okazji przystąpienia Polski do Unii Europejskiej.

Informacje: **Grażyna Dudarenko**, tel. 0-606-668-096, (0-91) 488-05-69, e-mail: **biuro@oil.szczecin.pl**, **mtm@inet.pl**

Imprezy sportowe i rekreacyjne Komisji Sportu i Rekreacji Okręgowej Izby Lekarskiej w SZCZECINIE. Imprezy rangi mistrzowskiej (Mistrzostwa Polski)

- I Mistrzostwa ŻEGLARSTWA Izby Lekarskich (akwen-Jezioro Dąbie), organizator – środowisko żeglarzy-członków OIL w Szczecinie, lek. stom. H. Teodorczyk, lek. P. Rawski, lek. M. Rzechuła.
- IV Mistrzostwa Polski w SIATKÓWCE PLAŻOWEJ, Niechorze 27-28 VIII 2004 r.

Imprezy sportowe i rekreacyjne – regionalne

- LIGA PIŁKARSKA (wynajęcie boisk, sędziowanie itp.).
- FITNESS – program zdrowotny głównie dla pań lekarzek, zmniejszenie dofinansowania. Z zajęć korzysta ok. 80 osób na kwartał.
- TURNIEJ TENISOWY, Lipiec 2004 – korty Szczecin (wynajem kortów)
- TURNIEJ ŚWIĄTECZNY (turniej noworoczny organizowany wspólnie z ogniskiem TKKF – PAM).

Ars medica

26 marca 2004 r. o godz. 11.00 w warszawskim Klubie Lekarzy, słynnej kamienicy Pod Siłaczami w Alejach Ujazdowskich 24, odbędzie się pierwsze spotkanie lekarzy, którzy oprócz sztuki leczenia uprawiają dodatkowo jakąś sztukę piękną. Serdecznie zapraszamy lekarzy artystów malarzy, rzeźbiarzy, fotografików, muzyków, literatów, poetów, satyryków, karykaturzystów, śpiewaków, grafików, piosenkarzy, fraszkopisarzy itp. itd.

Nie każdy wie, że nie tylko Tadeusz Boy-Żeleński był lekarzem, ale medykami byli tacy pisarze jak Rabelais, Cronin, Maugham czy Czechow.

Praktykującym lekarzem był także Krzysztof Komeda-Trzciniński, a nawet Stanisław Lem jest z wykształcenia lekarzem – mówi prof. Jerzy Woy-Wojciechowski, lekarz, pianista i kompozytor, animator wielu niezapomnianych wydarzeń artystycznych.

W Hamburgu działa orkiestra symfoniczna lekarzy, która kilka lat temu koncertowała w Polsce. Lekarzem jest także pianistka Christine Schweizer-Engel, wnuczka znakomitego Alberta noblisty, kompozytora i wspaniałego organisty, która wystąpiła na dwóch koncertach poświęconych Mozartowi, zorganizowanych przez PTL.

Prof. Jerzy Woy-Wojciechowski serdecznie zaprasza wszystkich i już dziś przekonuje wraz z „Gazetą Lekarską”, że warto zgromadzić tych nawiedzonych dodatkowo medyków, niech się spotkają na takim nieformalnym zjeździe.

ms



Męskość okiem satyryka

Wernisażem prac Marka Raczkowskiego, 16 stycznia br. zainaugurowano w warszawskiej kawiarni „Nowy Świat” kampanię edukacyjną „Męskość znaczy zdrowie”. Rysunki artysty ilustrują limitowaną edycję kalendarza na rok 2004, który staje się prawdziwym bestsellerem. Prace Raczkowskiego w dowcipny i przewrotny sposób przedstawiają różne sytuacje z życia mężczyzny, obnażając jego pragnienia i słabości. Kalendarz stworzony został z myślą o lekarzach, dziennikarzach i osobach publicznych mających wpływ na postawy m.in. mężczyzn. To właśnie tym środowiskom Polacy przypisują największą rolę w edukacji i propagowaniu prozdrowotnych zachowań.

W styczniu br. Fundacja „Żyjmy Zdrowo” uruchomiła infolinię 0801-15-05-15, dającą mężczyznom możliwość konsultacji z dyżurującym od poniedziałku do piątku lekarzem. Niebawem ruszy wirtualna poradnia na stronie www.po40.pl, czyli serwis osobistych, e-mailowych konsultacji ze specjalistą. Zaletą obu serwisów jest możliwość uzyskania profesjonalnej i anonimowej porady, co ma ogromne znaczenie w po-

konaniu wstydu i zakłopotania, które towarzyszą takim problemom.

Kampania „Męskość znaczy Zdrowie” organizowana jest przez Fundację „Żyjmy Zdrowo”. Honorowy patronat nad nią

objęło Kolegium Lekarzy Rodzinnych w Polsce i Polskie Towarzystwo Seksuologiczne. Patronat medialny nad akcją objęła „Gazeta Lekarska”, „Przekrój” i radiowa „Trójka”.

ms



Rodzinny konkurs literacki

Proszę **przyporządkować** tytuły podanych utworów, oznaczonych kolejnymi literami alfabetu, **do nazwisk autorów** podanych w porządku alfabetycznym:

1. *Boy-Żeleński Tadeusz*
2. *Bulhakow Michał*
3. *Dygat Stanisław*
4. *Herbert Zbigniew*
5. *Kafka Franz*
6. *Lem Stanisław*

oraz proszę **podać nazwiska** trzech pisarzy spośród sześciu wyżej wymienionych, którzy **studiowali medycynę**.

Przygotowała: Lidia Compa



O DWU NOGACH PANA COGITO

Lewa noga normalna
Rzekłbyś optymistyczna
Trochę przykrótka
Chłopięca
W uśmiechach mięśni
Z dobrze modelowaną łydką

Prawa
Pożał się Boże –
Chuda
Z dwiema bliźniami
Jedną wzdłuż ścęgna Achilleśa
Drugą owalną
Bładoróżową
Sromotną pamiątką ucieczki

Lewa
Sklonna do podskoków
Tancząca
Zbyt kochająca życie
Żeby się narażać

Prawa
Szlachetnie sztywna
Drwiąca z niebezpieczeństwa

Tak oto
Na obu nogach
Lewą którą przyrównać można do Sancho Pansa
I prawej
Przypominającej błędnego rycerza
Idzie
Pan Cogito
Przez świat
Zataczając się lekko

B.

PROCES

Ktoś musiał zrobić doniesienie na Józefa K., bo mimo że nic złego nie popełnił, został pewnego ranka po prostu aresztowany. Kucharka pani Grubach, jego gospodyni, przynosząca mu śniadanie codziennie około ósmej godziny rano, tym razem nie przyszła. To się dotychczas nigdy nie zdarzyło. K. czekał jeszcze chwilę, widział ze swego łóżka starą kobietę z przeciwka, która obserwowała go z niezwykłą ciekawością, potem jednak głodny i zdziwiony zadzwonił. Natychmiast ktoś zapukał i wszedł mężczyzna, którego jeszcze nigdy w tym mieszkaniu nie widział. Był wysmukły, a jednak silnie zbudowany, miał na sobie czarne obcisłe ubranie podobne do stroju podróżnego, zaopatrzone w różne kieszenie, fałdy, guziki i sprzączki oraz pasek, tak że wyglądało nadzwyczaj praktycznie, mimo iż nie było jasne, do czego by mogło służyć.

- Kim pan jest? – zapytał K. i natychmiast podniósł się w łóżku.

Mężczyzna jednak zbył to milczeniem, jak gdyby i tak trzeba było pogodzić się z jego obecnością, i spytał tylko:

- Pan dzwonił?

- Niech mi Anna przyniesie śniadanie – powiedział K. i starał się tymczasem, milcząc i natężając uwagę, dociec, kim właściwie jest ów człowiek. Ale ten nie liczył się z jego ciekawością, lecz podszedł do drzwi, które na pół uchylił, aby komuś, kto widocznie stał tuż za nim, powiedzieć:

- On chce, by Anna przyniosła mu śniadanie.

W przyległym pokoju dał się słyszeć chichot, ale sądząc z głosu, trudno było poznać, czy to śmiała się jedna osoba, czy więcej. Choć obcy człowiek nie dowiedział się właściwie nic, czego by już przedtem nie wiedział, zwrócił się do K. oznajmiając:

- To jest niemożliwe.

- O, to coś nowego – powiedział K. Wyskoczył z łóżka i wdział szybko spodnie. – Chcę jednak zobaczyć, kto tam jest w sąsiednim pokoju, a pani Grubach odpowie mi za to załkocenie spokoju! – Wprawdzie natychmiast uczuł, że nie powinien był tego głośno mówić i że przez to uznaje do pewnego stopnia prawo nieznanego do nadzoru, jednak nie wydawało mu się to teraz ważne. W każdym razie tak to widocznie nieznanemu zrozumiał, gdyż powiedział:

- Nie zechciałby pan raczej tu zostać?

- Nie chcę ani tu zostać, ani z panem rozmawiać, dopóki pan mi się nie przedstawi.

- Nie miałem nic złego na myśli – rzekł nieznanemu i otworzył teraz dobrowolnie drzwi. Sąsiedni pokój, do którego K. wszedł wolniej, niż chciał, wyglądał na pierwszy rzut oka prawie tak samo jak poprzedniego wieczora. Było to mieszkanie pani Grubach. Może w tym przeładowanym meblami, makatami, porcelaną i fotografiami pokoju było dziś nieco więcej miejsca niż zazwyczaj, ale nie można tego było zauważyć od razu, tym bardziej że główna zmiana polegała na obecności jakiegoś mężczyzny siedzącego przy otwartym oknie z książką, znad której teraz podniósł głowę.

C.

MISTRZ I MAŁGORZATA

Biedna kobieta, która związała się z ciężko chorym, może już teraz zasnąć bez obawy. Profesor po zastrzyku aż do rana będzie spał z uszczęśliwioną twarzą i choć żona nie wie, co będzie mu się śniło, będą to sny szczęśliwe i natchnione.

Budzi zaś uczonego w noc pełni księżycy zawsze to samo, zawsze to samo sprawia, że krzyczy żalostnie. Śni mu się niesamowity beznosy oprawca, który podskakuje ze stęknieniem i przebijająco wlecząc serce przywiązane do słupa obłąkanego Gestapa. Ale oprawca nie jest tak straszny jak nienaturalne światło rozświetlające sen, światło wysyłane przez jakąś chmurę, która wre i zwała się na ziemię, jak to się zdarza tylko podczas najstraszliwszych kataklizmów.

Po zastrzyku wszystko się zmienia przed oczyma śpiącego. Od posłania do okna zalega szeroka droga z księżycowej poświaty, wstępuje na nią człowiek w białym płaszczu z podbiciem koloru krwawnika i zaczyna iść w kierunku księżycy. Obok niego idzie jakiś młody człowiek w podartym chitonie ze zmasakrowaną twarzą.

Idący z zapalem o czymś rozprawiają, spierają się, chcą się wreszcie porozumieć.

- O, bogowie, o, bogowie moi – mówi ów człowiek w płaszczu zwracając wyniosłą twarz ku swemu towarzyszowi podróżny. – Cóż za wulgarna kaźń! Ale powiedz mi proszę – na twarzy nie ma już wyniosłości, jest raczej błaganie – przecież ta kaźń się nie odbyła? Błagam, powiedz mi – nie było jej, prawda?

- Oczywiście, że nie było – ochryplym głosem odpowiada mu współtowarzysz – to ci się tylko przywidziało.

- Możesz przysiąc? – prosi człowiek w płaszczu.

- Przysięgam ci! – mówi ten, który mu towarzyszy, i nie wiadomo dlaczego jego oczy uśmiechają się.

- To mi wystarczy! – zdartym głosem woła człowiek w płaszczu i pociągając za sobą swego towarzysza wspina się coraz wyżej, ku księżycowi. Podąża za nimi spokojny i majestatyczny olbrzymi pies o spiczastych uszach.

D.

ANANKE

ze zbioru opowiadań
„Opowieści o pilocie
Pirxie”

Wstał. Na półce, pamiętał, tkwił między marsjanami gruby słownik. Otworzył go na chybił trafił przy „AN”. Ana. Anakantyka. Anaklasyka. Anakreontyk. Anakruza. Analekta. (Ilu słów człowiek nie zna...) Analiza. Ananas. A n a n k e (greckie): Bogini przeznaczenia. (To...? Ale co ma wspólnego bogini...) Także: przymus.

Łuski spadły. Zobaczył gabinet, plecy lekarza, który telefonował, okno otwarte i papiery na biurku, które podwijał przeciąg. Zwykle badanie lekarskie. Nie starał się wcale przeczytać masywnego tekstu, ale oczy same pochwyliły drukowane litery, jako chłopiec jeszcze uczył się uporczywie czytania do góry nogami. „Warren Cornelius, rozpoznanie: S y n d r o m a n a n k a - s t y c z n y.” Lekarz zauważył rozsypkę papierów, zebrał je i schował do teczki. Czy nie był ciekaw, co oznaczała ta diagnoza? Chyba tak, ale czuł, że to nie byłoby w porządku – a potem zapomniał. Ile lat temu? Co najmniej sześć.

Odstawił słownik, jednocześnie poruszony, rozgrzany wewnątrz, ale i rozczarowany. Ananke – przymus, więc chyba nerwica natręctw. Nerwica natręctw! Czytał o niej, co się tylko dało, jako chłopiec jeszcze – była taka rodzinna sprawa – chciał się dowiedzieć, co to znaczy i pamięć, chociaż nie bez oporu, przecież udzielała wyjaśnień. Już co jak co, ale pamięć miał dobrą. Powracały zdania lekarskiej encyklopedii w krótkich błyskach olśnień, bo się od razu nakładały na postać Cornelius. Widział go teraz zupełnie inaczej niż dotąd. Było to zarazem wstydlive i żalosne widowisko. A więc to dlatego mył ręce po dwadzieścia razy dziennie i musiał uganiać się za tymi muchami, i wściekał się, gdy zginęła mu kartka-zakładka do książki, i trzymał ręcznik pod kluczem, i nie mógł siadać na cudzym krześle...

E.

KAPRYS

Ach, niech się święci ta godzina,
W której twój kaprys począł wić
Sympatii naszej złotą nić,
Po stokroć moja ty jedyna...

O chwilo, słodka chwilo, stój,
O chwilo, słodka chwilo, stój,
Błogosławiony kaprys twój...

Jeżeli potrwa dwa tygodnie,
Cóż pozostanie po nim, cóż?
Prócz zamyślenia dwojga dusz,
Co sen miniony śnią łagodnie...

O wspomnień, słodkich wspomnień rój,
O wspomnień, słodkich wspomnień rój –
Błogosławiony kaprys twój...

Jeżeli potrwa trzy miesiące,
Ach, to już jest drażliwsza rzecz:
Rozłąki ból gnającej precz
I lzy okrutne, lzy piekące...

Nim z ócz mych tryśnie gorzki zdrój,
Nim z ócz mych tryśnie gorzki zdrój,
Błogosławiony kaprys twój...

Jeżeli potrwa, och, pół roku,
Nawet mi myśleć o tym strach:
W twe oczy z drżeniem patrzę, ach
Mego szukając w nich wyroku...

O, snuj się, nitko złota, snuj,
O chwilo, słodka chwilo, stój –
Błogosławiony kaprys twój...

F.

DISNEYLAND

W hallu stała dziewczyna ubrana we wschodni strój. Miała zasłoniętą twarz, widać było tylko jej oczy. Stała naprzeciw lustra i przyglądała się sobie. Kiedy przechodziłem, odwróciła głowę i popatrzyła na mnie. W życiu nie widziałem oczu tak czarnych i ogromnych. Powiedziałem:

- Dobry wieczór, a właściwie dzień dobry.
- Dobranoc, a właściwie do widzenia – odpowiedziała i odwróciła się do lustra.

Podszedłem do niej, objąłem ją i chciałem pocałować. Nie jestem specjalnie śmiały do dziewczyn. Ale w środku nocy, po wódce, wszystko wydaje się proste, łatwe i przyjemne. Nie liczyłem zresztą na sukces, oczekiwałem raczej, że zacznę krzyczeć albo da mi po gębę. Wcale się tym nie martwiłem. Wynikłaby awantura i przynajmniej nie wróciłbym do domu z przekonaniem, że nic się w ciągu tej nocy nie przydarzyło. Pocałować ją nie było łatwo. Całą twarz miała szczelnie osłoniętą. W co całować? Pozostawały tylko oczy. Zdecydowałem się pocałować ją w oczy, ale ona uchyliła głowę.

- Rażno się pan zabiera do rzeczy – powiedziała.
- Żle pani zrozumiała mój gest. Jestem badaczem naukowym i chciałem przekonać się z bliska, czy to, co tak tu świeci i migoce – są to gwiazdy czy egzotyczne motyle.

- Ja nie jestem badaczem naukowym, ale wiem, że to, co stoi przede mną, jest osłem. Proszę się odsunąć i nie zasłaniać mi lustra.

Odsunąłem się. Przyglądała się sobie z zainteresowaniem. Zdawało się, że zupełnie zapomniała o mojej obecności.

- Czy mogłaby pani zdjąć na chwilę tę zasłonę i pokazać swoją twarz?

- Nie.
- Co pani na tym zależy?
- Może jestem brzydka i mam tylko ładne oczy.
- Na pewno nie.
- Więc może nie jestem brzydka, ale nie będę się podobała.
- Zależy pani na tym, by mi się podobać?
- Jest to dla mnie kwestia życia i śmierci.
- Jak pani na imię?
- Jowita. A panu?

Nie odpowiedziałem. Głośne wypowiedanie swojego imienia wydawało mi się zawsze dziecinne i naiwne.

- No?
- Nie powiem. Pani ukrywa twarz, ja ukrywam imię.
- Dobrze. Będę cię nazywała Rodrygo. Rodrygo, ożeń się ze mną.
- Bardzo chętnie.

Świąteczny Konkurs Literacki

Kto otrzyma nagrodę?

Nasz Świąteczny Konkurs Literacki cieszył się ogromnym powodzeniem. Może to okres obejmujący więcej wolnych od pracy dni sprawił, że otrzymaliśmy kilka razy więcej odpowiedzi niż zwykle. I znacznie więcej niż przewidzieliśmy nagród książkowych. Ciesząc się z tego zwiększyliśmy pulę nagrodzonych do 40.

Prawidłowe rozwiązanie to:

- A – (3) Karol Dickens
- B – (4) Konstanty Ildefons Gałczyński
- C – (1) Hans Christian Andersen
- D – (2) Maria Dąbrowska
- E – (5) Franciszek Karpiński

I tak wylosowane nagrody książkowe, ufundowane przez LSM, otrzymują:

Ariana Buszkiewicz – Piła; Danuta Rożynek – Warszawa; Jadwiga Borowiec-Motylewska – Krot-



szyn; Katarzyna Górka – Wrocław; Jacek Maszkowski – Tarnobrzeg; Anna Danieluk – Janów Podlaski; Alina Kozik – Sucha Beskidzka; Maria Salwa – Starachowice; Grzegorz Kardas – Łódź; Monika Szczuchniak – Opatów; Monika Malecka-Holerek – Bielsko-Biała; Józef Rosa – Brzesko; Anna Judyka – Sopot; Tadeusz Sobczak – Pleszew; Krystyna Specht – Inowrocław; Anna Lauda-Świeciak; Anna Mazur – Słupsk; Jolanta Warzycha – Częstochowa; Czesław Czechyra – Kozienice; Danuta Klonowska – Zamość; Berbard Maryniak – Prudnik; Bogusław Pankala – Opalenica; Bogusława Głowania – Polanica Zdrój; Wanda Chmielewska – Gorzów Wlkp.; Róża Mańko – Lubartów; Bogumił Przeździak – Gdańsk; Tadeusz Stasiński – Zgierz; Maria Łoza – Chełm; Marta Ammer-Zychowicz – Gdynia; Bernard Smółka – Chrzanów; Barbara Mazoń – Kraków; Barbara Tkaczewska – Cieszyń; Łukasz Perczyński – Lublin; Beata Szczepaniak – Lubin; Krystyna Niedzielska-Kowalska – Elbląg; Jolanta Ponikowska – Skarżysko-Kam.; Luba Jarzębiak – Legnica; Halina Kozak-Gembal – Puławy; Izabela Walszek – Gliwice; Joanna Słowińska – Radom.

Nagrodzonym gratulujemy – wszystkim uczestnikom konkursu dziękujemy za udział. Zachęcamy do rozwiązywania nowego konkursu zamieszczonego obok.

Grzech zaniechania

Od kilku dni część dziennikarzy żyje wiadomościami nadchodzącymi ze szpitala przy Wołoskiej. Tzw. masowy odbiorca dowiaduje się, jakie ćwiczenia, ile razy dziennie wykonuje Leszek Miller, dziennikarze ekscytują się pierwszymi krokami premiera, a przy okazji chwalebnie edukują społeczeństwo w zakresie leczenia bólu i urazów. Słowo „rehabilitacja” jest odmieniane przez wszystkie przypadki poza wołaczem, którego chętnie z kolei użyliby pacjenci z podobnymi urazami. Pacjenci mają jednak podwójnego pecha: nie należą do tzw. r-ki i nie bardzo mają komu i gdzie tego wołacza wykrzyzczyć.

Proces leczenia premiera i innych uczestników wypadku wyczerpuje w zasadzie tematy z zakresu zdrowia podejmowane przez wszystkie media. Pomijane są natomiast inne, dość istotne sprawy.

Niewielu dziennikarzy zauważyło np., że gdyby śmigłowiec rozbił się w pobliżu jakiegoś Pcimia, akcja ratunkowa – nawet na rzecz Leszka Millera i jego załogi – prawdopodobnie nie przebiegałaby tak modelowo i sprawnie. Nie byłoby tam bowiem tylu karetek, ile jest w pobliżu Warszawy. Nie można by było liczyć na śmigłowce Lotniczego Pogotowia Ratunkowego, dlatego że te – ze względu na warunki techniczne – nie mogą latać po zmroku, a wypadek zdarzył się wieczorem.

Kolejne zaniechanie to brak refleksji nad tym, że przeciętny obywatel, zwłaszcza spoza dużych aglomeracji – nie może liczyć na tak sprawną i szybką akcję ratunkową. Nikomu nie przypominało się, że ustawa o Państwowym Ratownictwie Medycznym została odłożona do 2005 r., że w Polsce jest niebywale wysoki wskaźnik umieralności okołowypadkowej i że za wskaźnik ten odpowiadają władze niepotrafiące stworzyć sprawnego systemu ratownictwa. Pacjenci, którzy pewnie i tutaj chcieliby użyć wołacza, znów są na przegranej pozycji. A dziennikarze wołają zając się politykami. Wątpliwa to nobilitacja.

Jan Karpiński

„Puls” 1/04

Doktor Stanisław Zamecki



W pierwszych dniach nowego 2004 roku nadeszła wiadomość o śmierci wybitnego chirurga, doktora medycyny Stanisława Zameckiego – współtwórcy naszego niezależnego samorządu zawodowego, a po reaktywowaniu w 1989 r. izb lekarskich wiceprzewodniczącego Komisji Rewizyjnej Naczelnej Izby Lekarskiej pierwszej kadencji.

Z głębokim wzruszeniem wspominam Go, jako jedną z tych postaci, o której się mówi, że to jest człowiek dużego formatu. Myślę, że również takie zdanie o Nim mają inni członkowie komisji rewizyjnej, którzy mieli zaszczyt z Nim się zetknąć. Był bowiem, jak wspomina obecny przewodniczący NKR kol. Andrzej Bar, naszym nauczycielem.

Jego autorytet i mądrość zaowocowały w późniejszych latach przyjęciem zasady, że szkolenia dla nowo wybranych przewodniczących komisji rewizyjnych izb okręgowych z całego kraju prowadził kol. Stanisław Zamecki.

Zawsze powtarzał, że zadaniem podstawowym komisji rewizyjnej jest sprawdzanie praktycznie wszystkich najistotniejszych kierunków działania izby, ponieważ każde działanie wymaga działania finansowego, a finanse samorządu to racjonalne i uczciwe wykorzystywanie pieniędzy, jakie uzyskuje organizacja samorządowa ze składek naszych kolegów, które muszą być spożytkowane dla dobra wspólnego.



Dr Stanisław Zamecki był żarliwym patriotą. Jak wspomina Jego Córka, już od 1940 r. był członkiem ZWZ, potem pracownikiem kontrwywiadu Armii Krajowej, a w czasie Powstania Warszawskiego, jako podporucznik lekarz o pseudonimie „Pobóg”, kierował szpitalem powstańczym przy ul. Marszałkowskiej 40.

Po wojnie przez kilka lat był poszukiwany przez urząd bezpieczeństwa.

W roku 1949 uzyskał doktorat, a od 1955 do 1987 kierował oddziałami chirurgii ogólnej najpierw w Szpitalu Elżbietanek, a potem w Centralnym Szpitalu PKP w Międzyzlesiu, aż do przejścia na emeryturę.

Ja osobiście z Panem Doktorem Stanisławem Zameckim miałem zaszczyt zetknąć się wyłącznie w pracy samorządowej, ale wielokrotnie kontaktowałem się z Jego pacjentami, którzy byli przez Niego operowani lub leczeni chirurgicznie w ambulatorium, gdzie po przejściu na emeryturę jeszcze pracował. Zawsze podkreślali jego umiejętności zawodowe i oddanie służbie.

Z wielkim smutkiem myślę, że Go już nigdy nie spotkam.

Bohdan Janusz Bzowski

Z głębokim żalem żegnam
zmarłego w dniu 2 stycznia 2004

Ś.P.

doktora medycyny

STANISŁAWA ZAMECKIEGO

byłego wiceprzewodniczącego Komisji Rewizyjnej NRL,
który w pierwszej kadencji odrodzonego samorządu lekarskiego
służył nam swym zapalem, wiedzą i energią.
Zachowamy Go we wdzięcznej pamięci.

przewodniczący Komisji Rewizyjnej NRL
Andrzej Bar

Niezatarte wspomnienia

Ukazała się książka niezwykła, zawierająca taki ładunek najszlachetniejszych uczuć i emocji, że nie powinno się przejść obok niej obojętnie. To „Wspomnienia lekarzy, medyków i sanitariuszek z Powstania Warszawskiego”. Nie można

lepiej wyrazić słowami podziękowania dla autorów tych wspomnień i tych, którzy je zebrali, niż te, którymi otwiera te dwa tomy dr Jerzy Jurkiewicz, prezes Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego:

Charakterystyczne dla postawy, dla mentalności tych wspaniałych ludzi jest to, że oni sami określają podejmowane wówczas czynny i działania jako zwykłe, normalne wypełnianie swoich obowiązków wobec Ojczyzny, wobec Polski. I właśnie dzięki takiemu rozumieniu lekarskich i obywatelskich powinności przez te wszystkie minione dziesiątki lat było tak, iż na miejsce tych, co ginęli, co odchodzili, za każdym razem przychodzili następni i uparcie, nieustępliwie powtarzali: „Jeszcze Polska nie zginęła, póki my żyjemy”. I Polska żyła w nich, i przeżyła. A my dzięki nim możemy żyć i pracować w wolnym kraju, możemy dzisiaj obchodzić nasze święto.

A teraz – znowu dzięki Nim – możemy cieszyć się otrzymanym, kolejnym darem: tomem „Wspomnień”, osobistych relacji z tamtych lat, pisanych serdecznie i prawdziwie – sercem dla ludzi, z miłością do Polski.

Ci, którzy sami lub ich bliscy przeżyli te lata, przeczytają tę książkę bez specjalnej zachęty, natomiast ci, którym mylą się już daty powstań listopadowego, styczniowego i sierpnowego, powinni sięgnąć po nią, jeśli cenią i szanują pamięć i dziedzictwo poprzedników, chcą wiedzieć więcej, lepiej rozumieć to, co chcieli nam przekazać uczestnicy Powstania Warszawskiego.

„Wspomnienia lekarzy, medyków i sanitariuszek z Powstania Warszawskiego”. Wydano staraniem Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego – prezes Jerzy Jurkiewicz, Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie – prezes Andrzej Włodarczyk. Redaktor naczelny Andrzej Danysz.

Książka dostępna jest w siedzibie TLW w Warszawie, Al. Ujazdowskie 24.

**Wspomnienia
lekarzy, medyków
i sanitariuszek
z Powstania
Warszawskiego**

Warszawa

Lekarze i farmaceuci – ofiary drugiej wojny światowej

Ukazał się trzeci tom „Słownika biograficznego lekarzy i farmaceutów, ofiar drugiej wojny światowej”. Trzytomowa publikacja jest dorobkiem życia autora, Jana Bohdana Głińskiego, lekarza medycyny.

Dyplom lekarza na Uniwersytecie im. Józefa Piłsudskiego w Warszawie uzyskał w 1941 r. We wrześniu 1939 r. jako strzelec ochotnik brał udział w walkach grupy „Polesie” gen. Kleeberga. Walczył w Powstaniu Warszawskim. Po wojnie pracował w szpitalach gruźlicy i chorób płuc. Jest założycielem Sekcji Historycznej Polskiego Towarzystwa Lekarskiego.

Prezentowana publikacja (tom 1 ukazał się w 1997 r., tom 2 w 1999 r.) zawiera 2233 biogramy i noty biograficzne.

Obecny, 3 tom zawiera 1203 biogramy i 13 uzupełnień. Nie ogranicza się do ofiar wojny medycznych formacji wojskowych i członków konspiracji. Obejmuje również lekarzy i farmaceutów cywilnych – Polaków i Żydów. Dlatego jest cennym materiałem źródłowym do dalszych badań.

Autor korzystał z dokumentów uzyskanych od rodzin, z archiwów uniwersyteckich, Głównej Biblioteki Lekarskiej i Centralnego Archiwum Wojskowego. Nie były mu dostępne archiwa Uniwersytetów Lwowskiego i Wileńskiego.

Co godne podkreślenia, prace nad słownikiem kontynuował bez żadnego wsparcia finansowego – sumptem własnym.

Jak podkreśla recenzentka publikacji prof. dr hab. n. med. Teresa Ostrowska, spełnia ona warunki pracy naukowej. Na wartość publikacji ma wpływ również i to, że autor jest współuczestnikiem wydarzeń.

Materiały i dokumentacja zostały fachowo zebrane i opracowane, a układ ich i zawartość w pełni odpowiada współczesnym wymaganiom słownika biograficznego. Inni, którzy wsparli swoją opinią i przyczynili się do wydania publikacji, podkreślają jej wartość jako źródła historycznego pozwalającego zachować pamięć o ludziach tworzących historię narodu.

Książka wydana staraniem Naczelnej Izby Lekarskiej, Wydawnictwa Urban & Partner i dzięki wsparciu firm Aventis Pharma i Novartis Poland.

Zainteresowanych publikacją odsyłamy do p. Urszuli Rolczyk, Naczelna Izba Lekarska, ul. Sobieskiego 110, 00-764 Warszawa, tel. (0-22) 851-51-15 w. 339, urszula.rolczyk@hipokrates.org

Jan Bohdan Głiński „Słownik biograficzny lekarzy i farmaceutów ofiar drugiej wojny światowej”. Tom 3. Wydawnictwo Medyczne Urban & Partner, opr. twarda, str. 550.



Ojcowie karmelici bosci

zapraszają na

rekolekcje

dla pracowników służby zdrowia,

które odbędą się w dniach

22 (czwartek g. 18.00) - 25.04.2004 r. (niedziela g. 14.00)

w Domu OO. Karmelitów Bosych w Sopocie.

Temat: **„Błogosławieństwa”**

o. Julian Ilwicky OCD

Adres: **Dom OO. Karmelitów Bosych, ul. Głowackiego 3,
81-744 Sopot-Wyścigi.**

Informacje: O. Julian Ilwicky, tel. **0605-828-267**

A.B.E. Marketing

Wydawnictwa Światowe
 – Publishers' Distribution Services
 00-855 Warszawa, ul. Grzybowska 37 A,
 tel. (0-22) 654 06 75, fax 652 07 67, e-mail: info@abe.com.pl
 Pełna oferta książek medycznych dostępna
 w Internecie www.abe.com.pl
 Do cen katalogowych doliczamy 10% opłat manipulacyjnych.

Wydawnictwo „Cotinuo”

Siedziba: ul. Czackiego 46/1, 51-607 Wrocław.
 Biuro: ul. Lelewela 4, pok. 325, 53-505 Wrocław,
 tel./fax (71) 343 90 18 w. 223, tel. (71) 791 20 30,
 tel. kom. 0601 774 733 oraz 0503 912 717,
 e-mail: wydawnictwo.continuo.@wp.pl,
www.continuo.wroclaw.pl

**COMPREHENSIVE CLINICAL NEPHROLOGY**

Richard J. Johnson, John Feehally

wydawca: **Mosby Published**, czerwiec 2003.

twarda oprawa, 1245 stron, 1175 ilustracji,

cena katalogowa: 139.00 GBP

Drugie wydanie „Comprehensive Clinical Nephrology” kontynuuje tradycję prezentowania najbardziej aktualnych, istotnych z klinicznego punktu widzenia wiadomości z dziedziny nefrologii. W

książce znalazło się kilka całkowicie nowych rozdziałów, m.in. o chorobach nerek w wieku podeszłym, leczeniu zaburzeń nefrologicznych towarzyszących sepsie czy problemom urologicznym istotnym z punktu widzenia nefrologa. Ze szczególną uwagą potraktowano rozdziały dotyczące chirurgicznego leczenia kamicy nerkowej, nowotworów nerek, pęcherza moczowego i prostaty. Książka stanowi nieocenione źródło wiedzy nie tylko dla nefrologa, ale także dla internisty, urologa czy anestezjologa pracującego w oddziale intensywnej opieki medycznej.

**CYTOLOGY****DIAGNOSTIC PRINCIPLES AND CLINICAL CORRELATES**

Edmund S. Cibas

wydawca: **Saunders**, maj 2003,

twarda oprawa, 496 stron, 550 ilustracji,

cena katalogowa: 79.00 GBP

Opracowanie stanowi praktyczny przewodnik interpretacji cytologicznych badań histopatologicznych. Każdy rozdział, poświęcony jednemu organowi, zawiera wskazania, wskazówki techniczne, szczegółowe informacje anatomiczne i histopatologiczne. Książka przynosi jednocześnie wskazówki z zakresu diagnostyki różnicowej oraz opisy zaawansowanych technik laboratoryjnych – immunohistochemii, cytometrii przepływowej czy biologii molekularnej. Na uwagę zasługuje bogaty materiał ilustracyjny, który umożliwia postawienie właściwego rozpoznania w codziennej pracy z mikroskopem. Autorzy kładą szczególny nacisk na konieczność uzupełniania wiedzy histopatologa o informacje kliniczne o pacjencie.

**HEAD AND NECK: SURGERY & ONCOLOGY DIAGNOSTIC APPROACHES, THERAPEUTIC DECISIONS, SURGICAL APPROACHES AND RESULTS OF TREATMENT**

Jatin P. Shah

wydawca: **Mosby**, styczeń 2003,

twarda oprawa, 736 stron, 2575 ilustracji,

cena katalogowa: 260.00 GBP

Książka stanowi atlas, który przy pomocy niezwykle obszernego, kolorowego materiału ilustracyjnego prezentuje krok po kroku wszystkie zabiegi chirurgiczne w zakresie głowy i szyi. Dodane przy okazji trzeciego wydania nowe rozdziały poruszają zagadnienia genetyki klinicznej, rehabilitacji pooperacyjnej, implantów i protez oraz guzów oczodołu. Opracowanie obejmuje pełny zakres patologii głowy i szyi – od zmian łagodnych po złośliwe. Dla każdej procedury chirurgicznej, oprócz szczegółowej techniki, przedstawiono ocenę wyników oraz możliwe powikłania. Oddzielne rozdziały poświęcono chorobom krtani i tchawicy, chirurgii plastycznej i rekonstrukcyjnej. Książka jest przeznaczona dla bardzo szerokiego grona odbiorców: onkologów, chirurgów, laryngologów.

CHOROBY OTĘPIENNE**TEORIA I PRAKTYKA**

pod red. **Jerzego Leszka**

Wrocław 2003, format B5, s. 554, oprawa twarda,

cena 80 zł

Na podstawie własnej praktyki zawodowej i doświadczeń badawczych Autorzy – wybitni znawcy tematu – w 37 rozdziałach przedstawiają najbardziej aktualną wiedzę dotyczącą patomechanizmów zaburzeń otępiennych, aspektów epidemiologicznych, diagnostycznych, klinicznych, strategii terapeutycznych oraz implikacji ogólnolekarskich. Publikacja stanowi aktualne, nowoczesne i bardzo różnorodne tematycznie źródło wiedzy. W sposób wszechstronny i wieloaspektowy – integrując różne obszary wiedzy – umożliwia holistyczne spojrzenie na problematykę chorobową człowieka starszego, w której naczelną rolę zajmują choroby otępienne.

**WYBRANE ZAGADNIENIA****Z PRAKTYKI LEKARZA RODZINNEGO**

T. 5. **ONKOLOGIA, KARDIOLOGIA, NEFROLOGIA, SEKSUOLOGIA**

pod red. profesora **Andrzeja Steciwko**

Wrocław 2003, format B5, s. 232, cena 23 zł

Kolejny tom serii przeznaczonej dla lekarzy rodzinnych. Autorami są specjaliści z różnych dyscyplin medycyny ze wszystkich ośrodków naukowych w Polsce, których zamierzeniem było przekazanie aktualnego stanu wiedzy i badań nad problemami, z którymi lekarz pierwszego kontaktu spotyka się w swojej praktyce. Omówione zostały zagadnienia z kardiologii, onkologii, nefrologii, seksuologii.

**Ponadto nadesłano****UBEZPIECZENIE ZDROWOTNE PORADNIK DLA PŁATNIKÓW I UBEZPIECZONYCH**

Justyna Zdanowska

Dom Wydawniczy ABC.

Oddział Polskich Wydawnictw Profesjonalnych Sp. z o.o.,

01-231 Warszawa, ul. Płocka 5a,

tel. 536-80-00, fax 535-80-01,

infolinia: 0-800-120-188.

Księgarnia internetowa Prawo Biznesu Finanse

<http://www.abc.com.pl/ksiegarnia>,

e-mail: handel@abc.com.pl, tel. (0-22) 535-80-72,

wyd. I Warszawa 2003, opr. kartonowa, s. 170, cena 58 zł

Od 1 kwietnia 2003 r. zasady podlegania powszechnemu ubezpieczeniu zdrowotnemu, organizację udzielania świadczeń z ubezpieczenia zdrowotnego oraz prawa i obowiązki ubezpieczonych określa ustawa z 23 stycznia 2003 r. o powszechnym ubezpieczeniu w NFZ. Poradnik omawia całość nowych przepisów i ich zakres.





CHOROBY UKŁADU NERWOWEGO

pod redakcją **Wojciecha Kozubskiego**
i **Pawła Liberskiego**

wyd. I, Warszawa 2004, s. 668, ilustr. 185, tab. 83,
opr. twarda, cena katal. 189,00 zł
Wydawnictwo Lekarskie **PZWL**, ul. Miodowa 10,
00-251 Warszawa, tel. (0-22) 695-40-33,
fax (0-22) 695-40-32, infolinia: 0-801-142-080,
e-mail: promocja@pzwł.pl, www.pzwł.pl

Profesor dr hab. med. Wojciech Kozubski jest kierownikiem Katedry i Kliniki Neurologii AM w Poznaniu, a prof. dr hab. med. Paweł Liberski jest kierownikiem Zakładu Biologii Molekularnej AM w Łodzi. Powstał polski, nowoczesny podręcznik obejmujący szeroki obszar wiedzy z zakresu nauk neurologicznych, zarówno w aspekcie klinicznym, laboratoryjnym, jak i patomorfologicznym. Jest odpowiedzią na oczekiwania polskiego środowiska neurologicznego i młodych tej dyscypliny medycyny. Redaktorzy naukowci książki, tworząc zespół autorów, zaprosili do współpracy uznanych i cenionych specjalistów, autorzytety naukowe w zakresie neurologii klinicznej, a także specjalistów z innych dziedzin medycyny.

Podręcznik przeznaczony jest głównie dla przyszłych lekarzy neurologów, którzy zdobywają wiedzę w nowym, jednostopniowym systemie specjalizacyjnym, ale także dla wykształconych już lekarzy neurologów, którzy na bieżąco chcą uzupełniać swą wiedzę z tej wyjątkowo dynamicznie rozwijającej się dziedziny. Zainteresowani neurologia lekarze innych specjalności, również znajdą w tej publikacji odpowiedzi na nurtujące ich pytania.

W książce zachowano tradycyjny układ – według jednolitego schematu omówiono jednostki chorobowe i zespoły objawowe układu nerwowego, z uwzględnieniem m.in. epidemiologii, tła genetyczno-środowiskowego, obrazu anatomopatologicznego oraz aspektów orzecznico-prawnych. Przedstawiono także zagadnienia z pogranicza neurologii i innych specjalności medycznych: neurookulistyki, zaburzeń otolaryngologicznych w neurologii, neuropsychiatrii i neuropsychologii oraz problemy intensywnej opieki medycznej w chorobach układu nerwowego i zaburzenia neurologiczne w chorobach wewnętrznych.

Tekst jest ilustrowany wynikami badań laboratoryjnych: radiologicznych, patomorfologicznych, elektrofizjologicznych, a także fotografiami obrazującymi objawy kliniczne. Na końcu każdego rozdziału zamieszczono pozycje piśmiennictwa, które są zalecaną do danego rozdziału lekturą uzupełniającą, często prezentującą szerzej omawiane zagadnienia.

Spis treści:

1. Choroby infekcyjne
2. Pasażowalne encefalopatie gąbczaste - choroby wywołane przez priony
3. Choroby naczyniowe układu nerwowego
4. Nowotwory ośrodkowego układu nerwowego
5. Zespoły paraneoplastyczne w chorobach układu nerwowego
6. Urazy głowy i rdzenia kręgowego
7. Zaburzenia rozwojowe ośrodkowego układu nerwowego
8. Zaburzenia metaboliczne i genetyczne układu nerwowego
9. Choroby i zespoły objawowe obwodowego układu nerwowego
10. Zespoły ośpienne
11. Choroby układu pozapiramidowego
12. Dziedziczne choroby mózdku i rdzenia oraz rzadkie genetycznie uwarunkowane choroby neurozwyrodnieniowe ośrodkowego układu nerwowego
13. Choroby demielinizacyjne
14. Choroby mięśni
15. Choroby złącza nerwowo-mięśniowego
16. Stwardnienie zanikowe boczne
17. Padaczka
18. Bóle głowy i twarzy
19. Zespoły objawowe powstałe z uwięźnięcia
20. Choroby układu nerwowego autonomicznego
21. Zespoły niedoborowe układu nerwowego

22. Zatrucia układu nerwowego i zaburzenia neurologiczne w medycynie przemysłowej
23. Intensywna opieka medyczna w chorobach układu nerwowego
24. Podstawy rehabilitacji neurologicznej
25. Zaburzenia neurologiczne w chorobach ogólnoustrojowych i narządów wewnętrznych
26. Podstawy neurologii dziecięcej
27. Podstawy neurookulistyki
28. Zaburzenia otolaryngologiczne
29. Podstawowe objawy i zespoły psychopatologiczne w chorobach układu nerwowego
30. Podstawy neuropsychologii klinicznej

WIKTORA DEGI ORTOPEDIA I REHABILITACJA t. 1-2

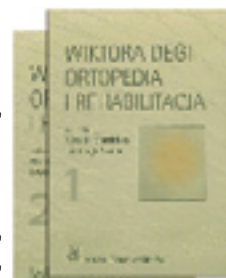
Witold Marciniak, Andrzej Szulc (red.)

wyd. I, s. t. 1 - 356, t. 2 - 604, wym. 20,5 x 29 cm,
opr. twarda, **Wydawnictwo PZWL**, 2003
cena detaliczna 248 zł

Dystrybucja: **Składnica Medyczna LSM**,
20-092 Lublin, ul. Obywatelska 9, tel. 0-800 170-110,
(0-81) 442-03-50, 442-03-51, fax (0-81) 745-52-04,
www.lsm.pl

Jest to nowoczesny podręcznik z dziedziny ortopedii i rehabilitacji, przygotowany przez przedstawicieli kolejnego pokolenia szkoły ortopedycznej prof. Wiktora Degi.

W poszczególnych rozdziałach omówiono zagadnienia dotyczące patofizjologii narządu ruchu, jego diagnostyki i leczenia ortopedycznego oraz rehabilitacji. Podręcznik wyróżnia się najwyższym poziomem i aktualnością przedstawianej wiedzy. Odbiorcami podręcznika są: lekarze specjalizujący się w ortopedii i rehabilitacji, studenci medycyny, lekarze podstawowej opieki zdrowotnej.



DIAGNOSTYKA RÓŻNICOWA NAJCZĘSTSZYCH OBJAWÓW W PRAKTYCE PEDIATRYCZNEJ

Wanda Kawalec, Andrzej Milanowski (red.)

wyd. I, s. 304, wym. 14,5 x 20,5 cm, opr. kartonowa,
Wydawnictwo Lekarskie PZWL, 2003
cena detaliczna 59 zł

Dystrybucja: **Składnica Medyczna LSM**,
20-092 Lublin, ul. Obywatelska 9, tel. 0-800 170-110,
(0-81) 442-03-50, 442-03-51, fax (0-81) 745-52-04,
www.lsm.pl

W publikacji przedstawiono zasady różnicowania i leczenia najczęstszych objawów przedmiotowych i podmiotowych występujących u dzieci. W celu łatwiejszego posługiwania się książką przyjęto formę protokołów postępowania, w których zastosowano jednakowy schemat. Grupa wysokiej klasy specjalistów, z różnych ośrodków medycznych w Polsce, omawia przyczyny, diagnostykę i postępowanie terapeutyczne w różnorodnych zespołach i objawach chorobowych. Tabele i algorytmy umożliwiają szybkie podjęcie decyzji co do postępowania diagnostycznego i terapeutycznego.



md