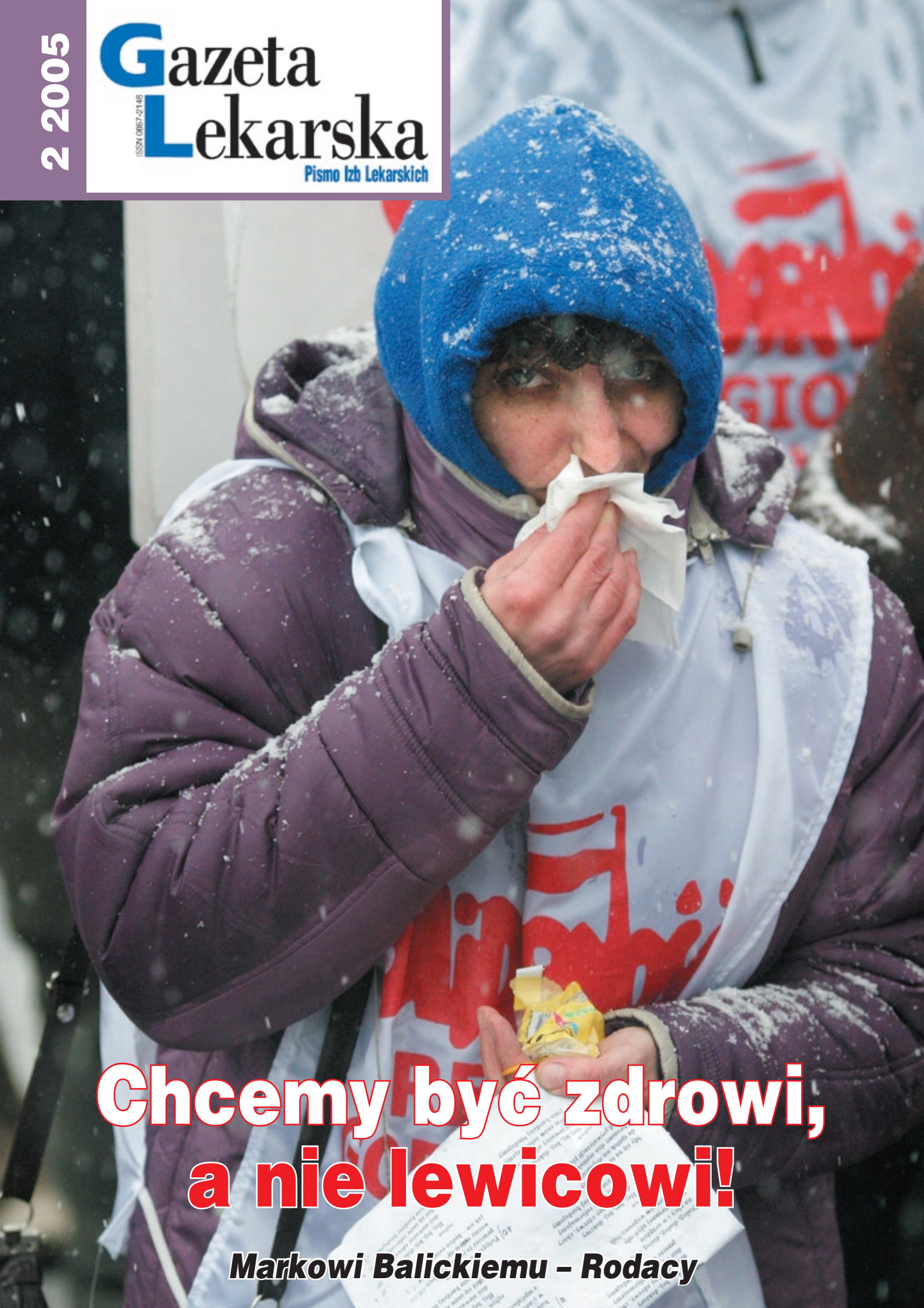


2 2005

**Gazeta**  
**Lekarska**  
ISSN 0867-2146  
Pismo Izbu Lekarskich



**Chcemy być zdrowi,  
a nie lewicowi!**

**Markowi Balickiemu – Rodacy**







## Kto kogo wystraszy?

*Tego jeszcze nie było. Komornik zajął we Wrocławiu budynek mieszkalny z lokatorami, bo właściciel kamienicy narobił długów. Widmo komornika zabierającego gotówkę z kasy nawiedza jak zły sen ponad połowę z 760 polskich szpitali. Dotychczas komornik musiał zostawić przynajmniej pieniądze na bieżące wypłaty. Od 5 lutego może zgarniać wszystko. Przez trzy miesiące ma zostawiać po 849 zł brutto dla pracownika. Potem – zęby w płot!*

*W Polsce roszczenia pracownicze przestały już być świętością. Do tej pory banki kumulowały pensje dla pracowników (art. 890, par. 2 KPC), teraz posłowie stworzyli tzw. górny pułap, powyżej którego nadwyżkę należy przekazać komornikowi. Gdyby oprzeć wiedzę o pracy komornika sądowego o opinie obiegowe, okazałoby się, że komornik to główna przyczyna kłopotów polskich szpitali. Daleko mi do zachwyty nad jego mitręgą, ale przecież nigdy nie działa on z własnej inicjatywy. Postępowanie egzekucyjne rozpoczyna wniosek wierzyciela o wszczęcie egzekucji. Ale zanim wierzyciel taki wniosek złoży, musi uzyskać tytuł wykonawczy. A tytuł wykonawczy to najczęściej prawomocne orzeczenie sądu. Jednak samo prawomocne orzeczenie sądu także nie wystarcza, aby złożyć wniosek o wszczęcie egzekucji. Wcześniej sąd musi takiemu orzeczeniu nadać klauzulę wykonalności. Zatem wszczęcie egzekucji poprzedza wiele czynności prawnych. Wierzyciel udaje się do komornika tylko wtedy, kiedy dłużnik nie chce dobrowolnie zastosować się do wyroku sądowego. W państwie prawa musi istnieć egzekucja sądowa, bo bez niej wyroki sądów nie miałyby żadnego znaczenia.*

*Min. Balicki przekonuje, że ustawa, która zakłada udzielanie zadłużonym szpitalom pożyczek z budżetu państwa, pozwoli także wstrzymać wszelkie egzekucje komornicze w tych placówkach. Projekt zakłada, że jeśli zadłużony szpital przygotowuje plan jak wyjść z kłopotów, to egzekucja komornicza zostanie wstrzymana, a państwo postara się o pożyczkę. A jeśli przy okazji szpital przekształci się w spółkę użyteczności publicznej i sam będzie odpowiadał za swoje długi, to pożyczka w 80 proc. będzie umorzona. Głosowanie w Sejmie nad projektem ustawy odbędzie się nie wcześniej niż w połowie lutego. Tymczasem dobre samopoczucie i wiara, że jakoś to będzie nie opuszcza wielu dyrektorów. Zmienić trzeba wszystko i wszystkich, ale nie u nich. Wielu wręcz uważa, że w roku wyborczym i tak nikt niczego do góry nogami nie przewróci.*

*Legendarny „Kisiel” zwykł mawiać: to nie kryzys, to rezultat! Jesteśmy krajem, w którym gospodarka próbuje złapać równowagę kosztem uczciwych i zapracowanych, bo tylko oni płacą podatki. I tylko oni mają kłopoty. Cwaniacy wyjdą cało nawet z konfliktu z komornikiem. Firmy windykacyjne i skupujące długi dysponują ogromną forszą. Właśnie one, a nie komornicy. Takie przepisy tworzą wybrańcy naszego narodu, których lada chwila w wyborach ochoczo wesprą te firmy. Karmiącej ręki przecież się nie karze. Cóż to więc za triumf państwa, które potrafi skutecznie wyrwać spod głowy poduszkę słabemu podatnikowi doganiającemu dzień wczorajszy? Odnoszę wrażenie, że wzajemne obgryzanie się do kości jest naszą narodową cechą, prawo doskonali administrację w sztuce obgryzania obywatela, a obywatelskość ogranicza się do prawa wysłuchania noworocznych życzeń i sondaży wyborczych.*

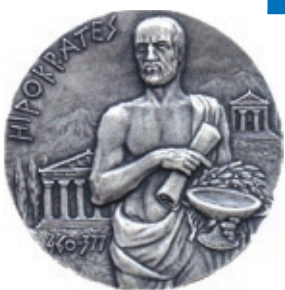
Marek Stankiewicz  
naczelnny@gazetalekarska.pl

## W NUMERZE

między innymi

|                                                           |       |
|-----------------------------------------------------------|-------|
| To my tworzymy historię                                   | 4-6   |
| Okiem Prezesa                                             | 5     |
| Gdy politycy spadają do drugiej ligi                      | 10-11 |
| Kłopot z definicją prawa                                  | 12-13 |
| CPT w Polsce.<br>Pierwsza faza testowania                 | 16-17 |
| Jaki model polityki lekowej?                              | 20-21 |
| Bezpieczeństwo stosowania leków                           | 23    |
| Śladem naszych publikacji                                 | 26    |
| Przychodzi lekarz do prawnika                             | 32-33 |
| Czy można mówić o statusie prawnym komórek macierzystych? | 34-35 |
| Orzecznictwo lekarskie ZUS.<br>Zmiany                     | 38    |
| Prewencja rentowa ZUS                                     | 39    |
| Good Clinical Practice                                    | 40    |
| Lekarski sport                                            | 41-43 |
| Kalendarz<br>– kursy, szkolenia, zjazdy                   | 44-46 |
| Książki nadesłane                                         | 48-49 |
| Konkursy, ogłoszenia różne                                | 50-61 |

„Gazeta Lekarska” w Internecie  
**www.gazetalekarska.pl**



# To my tworzymy historię

7 stycznia br. odchodzono uroczystie w Krakowie 15-lecie odrodzonego samorządu lekarskiego. Przypomnijmy, że pierwsze izby lekarskie powstały na ziemiach polskich w 1921 r., a Izba Lekarsko-Dentystyczna w 1938 r.

**J**ubileusz przyciągnął do twierdzy polskiej państwowości kilkuset przedstawicieli 24 okręgowych izb lekarskich z całego kraju, a Teatr im. Juliusza Słowackiego stał się godnym miejscem spotkania lekarskich pokoleń. Na liście gości nie zabrakło znakomitości z kraju i zagranicy m.in. prezydenta Europejskiej Regionalnej Organizacji Światowej Federacji Lekarzy Dentystów (ERO FDI) Jose

Font-Buxo oraz szefów samorządów lekarzy i lekarzy dentystów w Niemczech Otmara Klobibera, Jurgena Weitkampa, Barbary Bergmann-Kraus i Fritz-Josefa Willmesa oraz w Czechach Davida

Ratha i Jerzego Pekarka oraz Villiama Volejnika i Lanki Grohowej.

Perfekcyjna organizacja była dziełem wielu ludzi, ale zdaniem większości bez talentu i zaangażowania Mariusza Janikowskiego, sekretarza Okręgowej Izby



Kard. F. Macharski i ks. Józef Jachimczak

Lekarskiej w Krakowie, jubileusz nie byłby tak okazały.

Mszę świętą dla licznie zgromadzonych w kościele Mariackim lekarzy odprawił metropolita krakowski ks. Franciszek kardynał Macharski w kon-

cowego duszpasterza służby zdrowia ks. Józefa Jachimczaka.

Oprawę muzyczną Mszy św. zapewnili: Leszek Kosiński, pediatra i chirurg dziecięcy z Koszalina dając popis wirtuozerii organowej oraz krakowski Chór Akademicki ORGANUM pod dyrekcją Bogusława Grzybka. Posługę lektorską pełnili: Jerzy Umiastowski z Gdańska, Stanisław Wencelis



Msza św. w intencji lekarzy w kościele Mariackim.



Rafał Michalik, krakowski lekarz i przewodnik tatrzański odmawia Modlitwę Wiernych.



Prezes Konstanty Radziwiłł wita gości.

z Katowic oraz Rafał Michalik z Krakowa.

Historię samorządu lekarzy i lekarzy dentystów, jego trudne początki w latach dwudziestych, dramat likwidacji izb lekarskich przez stalinowskich ideologów, namiastkę działalności korpo-



Prof. Tadeusz Tołłoczko odbiera I Nagrodę w konkursie „Polpharmy” i „Gazety Lekarskiej” na pamiątki lekarskie.





racyjnej w okresie po likwidacji, płomienne zrywy i pogrzebane nadzieje w okresie pierwszej „Solidarności”, odrodzenie w 1989 r. i ważniejsze dokonania już w wolnej Polsce omówili prezesi NRL prof. Tadeusz Chruściel (1989–1993) i Konstanty Radziwiłł.



Prof. Zbigniew Czernicki wręcza pierwsze odznaczenie „Meritus Pro Medicis” prof. Tadeuszowi Chruścielowi. Po prawej Bohdan Bzowski, wieloletni przewodniczący Naczelnej Komisji Rewizyjnej.

*Jakże często zapominamy, że to my tworzymy historię. I że nie jest to nauka nudna, oderwana od życia, potrzebna tylko po to, by męczyć nią dzieci w szkole. To co wielu młodszym kolegom wydaje się oczywiste, było nieobecne w naszym zawodowym życiu przez prawie cały czas wojny i lata PRL-u – przypomniał prof. Chruściel.*



Janina Kalenik, pediatra z Lublina w chwilę po dekoracji Złotym Krzyżem Zasługi.

47 lekarzy uhonorowano odznaczeniami państwowymi, a dekoracji dokonała w imieniu Prezydenta RP min. Barbara Labuda w asyście ministra zdrowia Marka Balickiego.

**Krzyże Oficerskie Orderu Odrodzenia Polski** otrzymali: Halina Piławska (Szczecin) i Wojciech Pędich (Białystok).

dokończenie na str. 6

## Okiem Prezesa



Początek roku 2005 to zbieg piętnastolecia odrodzenia samorządu lekarzy i lekarzy dentystów oraz osiemdziesięciopięciolecia powstania izb lekarskich w wolnej Polsce. Z tej okazji w wielu okręgowych izbach lekarskich świętuje się te rocznice. Także z tej okazji 7 stycznia Naczelna Izba Lekarska zorganizowała centralną uroczystość w Krakowie. Złośliwi mówili, że gdy tak kiepsko idą sprawy w służbie zdrowia, to takie świętowanie jest nie na miejscu. Ja jednak uważam, że jest czas codziennego mozołu, ale też nadchodzi chwila, w której trzeba dostrzec sukces, nawet jeśli nie jest on całkowity, i go świętować.

Sukcesem tych piętnastu lat jest już sam fakt zbudowania samorządności lekarskiej równoległe do odzyskiwania obywatelskiego i demokratycznego państwa przez coraz bardziej podmiotowe społeczeństwo. W trakcie przebudowy Polski lekarze i lekarze dentyści nie stali z boku. Potężna struktura izb lekarskich, które przejęły od administracji zadania w zakresie wydawania prawa wykonywania zawodu, prowadzenia rejestru lekarzy i lekarzy dentystów (jednego z najnowocześniejszych w świecie) oraz nadzoru nad należyтым wykonywaniem zawodów i odpowiedzialności zawodowej, gwarantuje najwyższą jakość tych czynności wykonywanych obecnie rękami samego środowiska. Tworzy także podstawę do bardziej przyjaznego w stosunku do kolegów załatwiania tych spraw, czasem trudnych i bolesnych.

Izby lekarskie to obecnie najlepsza reprezentacja lekarzy i lekarzy dentystów. Istnienie organizacji naukowych, specjalistycznych, związkowych (pracowników i pracodawców) nie daje takiej rękojmi wyrażania wspólnie wypracowanego stanowiska całego środowiska medycznego jak właśnie okręgowe i naczelna izby lekarskie. Przy coraz wyraźniejszym różnicowaniu się poglądów i interesów środowisk akademickich, lecznictwa szpitalnego i otwartego, pracowników i samozatrudnionych, wielkich miast i prowincji samorząd staje się jedyną platformą, na której wewnątrz środowiska można ustalić konsensus nadający się do prezentowania dalej. Śmiem twierdzić, że samorząd jest obecnie jedynym stabilnym, nie podlegającym wpływom politycznych populizmów, mądrym głosem nawołującym do rozwiązań prowadzących do rzeczywistej naprawy systemu ochrony zdrowia: od spraw ekonomicznych, poprzez organizację ochrony zdrowia, sprawy pracownicze, aż do zawodowych. Oczywiście otwarta pozostaje kwestia skuteczności tego lobbingu – ja jednak jestem optymistą; uważam, że w końcu rozsądek zwycięży.

Samorząd lekarski coraz bardziej skupia się na dbaniu o codzienne interesy swoich członków: tworzy fundusze samopomocy, pomaga w ubezpieczaniu się (zwłaszcza od odpowiedzialności cywilnej), pomógł zbudować Spółdzielczą Kasę Oszczędnościowo-Kredytową Izb Lekarskich, potrzebujących wspiera poradami prawnymi, organizuje lekarskie imprezy sportowe i kulturalne.

Izby lekarskie wspierają kształcenie podyplomowe lekarzy i lekarzy dentystów od realizowania części programu stażu podyplomowego, poprzez pomoc w lekarskim i lekarsko-dentystycznym egzaminach państwowych, udział w procesie specjalizacji (przygotowanie programu, akredytacja ośrodków kształcenia, egzaminy), aż po coraz wyraźniejszy wpływ na ustawiczne doskonalenie zawodowe (akredytacja podmiotów kształcących, organizacja szkoleń).

Od czasu wprowadzenia powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego izby lekarskie próbują wpływać na sposób kontraktowania świadczeń zdrowotnych. Jako jedyny podmiot nieustająco uświadamiają społeczeństwu, że podstawowym problemem polskiej służby zdrowia jest permanentny niedobór środków. W obowiązującej ustawie o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych samorząd wywalczył sobie po raz pierwszy rolę negocjatora ogólnych warunków kontraktowania świadczeń. Czytający ten felieton może jest już znużony wyliczanką zasług izb lekarskich; warto jednak, aby krytykując tych, którzy trzaskają jako działacze samorządu nie zawsze potrafia osiągnąć wyznaczone cele, zadać sobie, jako członkowi tego samorządu, odmieniane w różny sposób pytanie: co ja zrobiłem, aby wokół było lepiej. Tych, którzy dotychczas byli bierni, zapraszam do urn, wszak wybory na następną kadencję już w tym roku.

Wszystkim tym zaś, którzy przyczynili się do odbudowania samorządu lekarskiego i jego rozkwitu na różnych szczeblach dziś mówię: dziękujemy!

Konstanty Radziwiłł

# To my tworzymy historię

dokończenie ze str. 5



Min. Marek Balicki był do samego końca...

**Krzyże Kawalerskie Orderu Odrodzenia Polski** otrzymali: Halina Grzybowska-Rogulska (Bydgoszcz), Stefan Jaworski (Warszawa), Tomasz Marszałek (Koszalin), Jerzy Kruszewski i Jerzy Staszczuk (obaj z Wojskowej Izby Lekarskiej) oraz pośmiertnie Bolesław Simon z Wrocławia.

**Złote Krzyże Zasługi** otrzymali: Stanisław Boczoń (Białystok), Maria de Mezer-Dambek i Anna Serafinowska-Kielczewska (Poznań), Jerzy Friediger, Antoni Stopa i Andrzej Matyja (Kraków), Janina Kalenik (Lublin), Witold Malinowski (Płock), Stanisław Markowski (Kielce), Maksymilian Mikołaj (Szczecin), Ładysław Nekanda-Trepka i Konstanty Radziwiłł (Warszawa), Halina Porębska (Gdańsk), Marek Wietrzny (Bielsko-Biała) oraz Irena Elerowska, Waldemar Grabowski, Grzegorz Krzyżanowski, Januariusz Kaczmerek i Ryszard Markert z Łodzi.

**Srebrne Krzyże Zasługi** otrzymali: Jan Cieśliski i Stefan Kopocz (Katowice), Jolanta Firlej-Dobrzańska (Bielsko-Biała), Tomasz Gorczyński (Gdańsk), Stanisław Hapyn (Toruń), Mariusz Janikowski (Kraków), Marek Janus (Koszalin), Marek Jodłowski (Kielce), Ewa Joniec i Tomasz Marczyk (Gorzów Wlkp.), Danuta Kozłowska-Trusewicz (Olsztyn), Józef Lula (Wrocław), Anna Mackiewicz i Mariusz Witczak, Mariusz Malicki (Częstochowa), Jolanta Orłowska-Hietzman (Kraków), Radosława Staszak-Kowalska (Bydgoszcz), Marek Stankiewicz (Lublin), Adam Śpiewak (Tarnów) i Paweł Wróblewski (Wrocław).

Po raz pierwszy wręczono odznaczenia „**Meritus Pro Medicis**”, przyznawane lekarzom i innym osobom zasłu-



Min. Barbara Labuda dekoruje Konstantego Radziwiłła.

żonym dla środowiska samorządu lekarskiego. Ten zaszczyt może stać się udziałem nie więcej niż dziesięciu lekarzy w jednym roku kalendarzowym. Tym razem tej godności dostąpili: Tadeusz Chruściel, Władysław Nasiłowski, Stanisław Leszczyński, Bohdan Bzowski, Jerzy Ciećkiewicz, Andrzej Fortuna, Andrzej Nagórny-Martynowski, Ładysław Nekanda-Trepka, Bożena Pietrzykowska, Jacek Piątkiewicz i Jerzy Moskwa.

opr. i zdjęcia Marek Stankiewicz



Teatr im. Juliusza Słowackiego to kawał historii w polskiej kulturze.

**Towarzystwo Ubezpieczeniowe INTER Polska S.A.** przygotowało dla środowiska lekarskiego ofertę 6 Pakietów Ubezpieczeniowych. Oferta powstała przy wsparciu i dzięki inwencji środowiska lekarskiego, z którym INTER współpracuje w Polsce od ponad 10 lat.

INTER Polska zapewnia lekarzom ochronę ubezpieczeniową w ich życiu zawodowym oferując dobrowolne i obowiązkowe ubezpieczenia OC oraz ubezpieczenia majątku prywatnej praktyki lekarskiej. Również w życiu prywatnym lekarza i jego rodziny INTER Polska zapewnia m.in. ubezpieczenia domu i mieszkania, NNW lekarza i małżonka oraz zniżki na inne produkty ubezpieczeniowe Towarzystwa.

INTER Polska obejmuje ochroną ubezpieczeniową blisko 70 tys. lekarzy oraz ponad 20 tys. pielęgniarek i położnych w blisko 300 publicznych i 3000 niepublicznych zakładach opieki zdrowotnej, biorąc pod uwagę tylko obowiązkowe ubezpieczenie z tytułu odpowiedzialności cywilnej wykonywanego zawodu.

**inter-POLSKA**  
UBEZPIECZENIA



## Najgorszym wyjściem byłaby obojętność

**W**łaśnie mija 15 lat od wejścia w życie ustawy o izbach lekarskich.(...) Jak każda rocznica, tak i ta zobowiązuje, by dokonać podsumowań i zrobić swego rodzaju rachunek sumienia. Jak dziś oceniamy ustawę, a przede wszystkim jak oceniamy działalność naszej korporacji pod jej rządami? (...)

Dla mnie najważniejsze jest to, że ustawa w ogóle jest. Ci, którzy pamiętają jak w 1998 rodziła się w bólach, jak władzy ciężko było oddać samorządowi lekarskiemu te uprawnienia, które zabrał poprzedni system, doceniają zapewne jak ja fakt wznowienia działalności izb. Nie znaczy to wcale, że ustawa nas satysfakcjonuje. O jej ułomności mówimy od lat, prawie od początku. Brakuje w niej wiele. Choćby dania nam rzeczywistego wpływu na politykę zdrowotną państwa, powierzenia izbom kształcenia podyplomowego lekarzy, wpływu na obsadę stanowisk konsultantów krajowych i wojewódzkich, dyrektorów publicznych zakładów opieki zdrowotnej, gwarancji brania pod uwagę głosu izby przy tworzeniu planów Narodowego Funduszu Zdrowia i przy kontraktowaniu świadczeń. Czyli wszędzie tam, gdzie w tekście ustawy widnieje: „...izba zajmuje stanowisko...”, „... izba opiniuje...”, „...wypowiada się...” powinno być: „... izba wyraża zgodę...”, „...powołuje...”, „...sprawuje nadzór...”. Dziś przewidzieć trudno, czy i kiedy dojdzie do zmiany ustawy oraz jaki kierunek obiorą te zmiany. Tym bardziej że rząd co i raz wraca do projektu innej ustawy, o nadzorze nad samorządami zawodowymi (na mocy której można by np. uchylić w trybie administracyjnym każdą uchwałę każdej izby). (...)

*Marek Jodłowski*

„Eskulap Świętokrzyski”

**W**plebiscycie zorganizowanym przez „Gazetę Krakowską” i Agencję Image Line pod patronatem Marszałka Województwa Małopolskiego i Okręgowej Izby Lekarskiej w Krakowie czytelnicy wybrali 10 lekarzy w trzech kategoriach: lekarz rodzinny, lekarz specjalista i lekarz specjalista kliniczny. Oto laureaci.



W kategorii lekarz pierwszego kontaktu (podstawowej opieki zdrowotnej): **Irena Jezierska** SPGZOZ Ciężkowice, **Zofia Jungiewicz** SP ZOZ Tęgoborze, **Anna Grabczyńska** Przychodnia

Lekarska „Centermed” Tarnów. W kategorii lekarz specjalista: **Teresa Pioruńska** „Medicina” Kraków, **Zbigniew Jurek** SPZOZ Proszowice, **Teresa Postrożny-Niemiec** Przychodnia diabetologiczna Nowy Sącz. W kategorii lekarz specjalista kliniczny: **prof. dr hab. Danuta Karcz** II Katedra i Klinika Chirurgii Ogólnej Szpital Uniwersytecki Kraków, **dr n. med. Henryk Olechnowicz** Krakowski Szpital Specjalistyczny im. Jana Pawła II Kraków, **prof. dr hab. Ewa Niżankowska-Mogilnicka** II Katedra Chorób Wewnętrznych CM UJ Klinika Pulmonologii Szpital Uniwersytecki Kraków, **dr n. med. Tadeusz Żelazny** „Medicina” Kraków.

REKLAMA

REKLAMA

**12** stycznia br. „Puls Medycyny” ogłosił listę 100 najbardziej wpływowych osób w ochronie zdrowia w 2004 r. Listę otwiera minister zdrowia **Marek Balicki**, a tuż za nim uplasowali się **Zbigniew Religa**, **Jerzy Hausner**, **Konstanty Radziwiłł** i **Jerzy Owsiak**. Drugą piątkę otwierają panie: **Jolanta Kwaśniewska** i **Elżbieta Radziszewska**, a uzupełniają profesorowie **Zbigniew Lew-Starowicz** i **Marek Nowacki** oraz **ks. Arkadiusz Nowak**. Na pierwszą dziesiątkę laureatów zazdrośnie spogląda z 14 miejsca magnat farmaceutyczny, szef „Polpharmy” **Jerzy Starak**, który – jak twierdzi „PM” – „wie z kim się przyjaźnić i kogo mieć w swojej drużynie”. Plebiscyt „PM” jak co roku jest żywo komentowany, a jego laureaci często bywają zaskoczeni zbyt wysokimi lub niskimi lokatami. – Chciałbym, żeby to była prawda i środowisko lekarskie rzeczywiście było tak wpływowe, by sprostać swoim potrzebom i aspiracjom – powiedział nam prezes NRL **Konstanty Radziwiłł**.

Na listę 100 trafiły osoby, którym eksperci przyznali najwięcej głosów. Wśród osób wpływowych nie ma już gwiazd poprzednich sezonów **Mariusza Łapińskiego** i **Ewy Kralkowskiej**. Zwycięzca plebiscytu **Marek Balicki** otrzymał od redakcji „Pulsu Medycyny” rzeźbę z brązu pt. **Myśliciel**, dłuta znanego rzeźbiarza **Bogdana Markowskiego**.

(ms)



Redaktor naczelna „PM” **Magda Sowińska** z laureatami.

## Informacja

Szanowne Koleżanki! Szanowni Koledzy!

W związku ze zbliżającymi się wyborami do władz samorządu lekarzy i lekarzy dentyistów uprzejmie informuję, że wszyscy lekarze i lekarze dentyści, którzy chcą wziąć udział w tych wyborach, a dotychczas jeszcze nie złożyli wniosku o wpis do rejestru okręgowej izby lekarskiej i wydanie nowego Prawa wykonywania zawodu lekarza lub Prawa wykonywania zawodu lekarza dentyisty, powinni złożyć wniosek o wpisanie na listę członków rejonu wyborczego. Wniosek taki należy złożyć do właściwej okręgowej komisji wyborczej w terminie do 28 lutego 2005 r.

**Konstanty Radziwiłł**  
prezes NRL





# Gdy politycy spadają do drugiej ligi

Z prof. **Zbigniewem Religą**, senatorem RP i twórcą polskiego prototypu sztucznego serca rozmawia Marek Stankiewicz

• **Kim pan chciał być będąc małym chłopcem?**

– Dorożkarzem albo marynarzem. Mieszkaliśmy z mamą na wsi i najbardziej lubiłem jeździć na kieracie. Wojnę pamiętam oczami dziecka w raczej nieciekawych fragmentarycznych obrazach. Najpierw kryliśmy się przed Niemcami, potem oddziałami UPA, śpiąc na strychu przykryci sianem. Jak trochę podrosłem, to chciałem zostać filozofem. Szkoły, zwłaszcza w okresie licealnym nie cierpiełem, bo mnie przytłaczała. A filozofia dawała mi poczucie intelektualnej wolności. Ale moi rodzice stwierdzili, że z filozofii wyżyć się nie da i posłali mnie na medycynę.

• **Czuje się pan lekarzem z rozsądku czy z powołania?**

– Gdybym teraz miał znów zdecydować, wybrałbym medycynę. Dzięki zawodowi lekarza miałem fantastyczne życie, pełne satysfakcji i przeżyć. Mnóstwo adrenaliny – i dobrej, i złej. Zresztą uważam, że medycyna jest zajęciem na wskroś humanistycznym. Le-

karz to przyrodnik i humanista, który musi lubić ludzi.

• **A co jest ciekawsze, chirurgia czy polityka? Czy lekarz w ogóle powinien mieszać się do polityki?**

– Jedno i drugie, bo w dobrej tradycji polskiego lekarza ugruntowała się pasja społecznikowska, a nie tylko ścisłe wykonywanie swojego zawodu. W przeważającej części mojego życia wszystko, co było dla mnie najważniejsze, działo się w klinice. Dzisiaj mam poczucie pełnego zawodowego spełnienia się.

Miałem wielkie szczęście, jak mało kto, jak naprawdę nawet niewielu profesorów, że wszystkie moje zawodowe marzenia zostały zrealizowane. Nie można mieć lepszego i bardziej udanego życia zawodowego niż moje. Ale w tym życiu to nie byłem tylko ja. Była ze mną armia ludzi, u których zaszczepiłem swoje idee, i którzy te idee teraz kontynuują. Dzisiaj połowa polskich kardiologów to moi wychowankowie.

• **Dla pacjentów jest pan postacią niemal kultową. Ludzie pana kochają za to, że nie jeden raz zafundował im pan nowe życie, a do ich domów zanosił radość i nadzieję. Panu ludzie ufają w ciemno. Myśli pan, że tak samo będzie, kiedy zostanie pan prezydentem?**

– Chciałbym, żeby tak było i zrobić wszystko, aby tak było. Ja się nie zmienię. W polityce będę kierował się tymi samymi zasadami, według których postępowałem jako lekarz.

• **Powiedział pan ostatnio, że marzy o zmianie wizerunku polityków. Kto ma zmienić ich fatalne maniery i nawyki? Jakoś Aleksandrowi Kwaśniewskiemu się to przez 10 lat nie udało, choć miał o wiele większe zaplecze polityczne niż pan.**

– Ja ich zmienię, a przynajmniej będę się starał zaprezentować inny niż dotychczasowy model uprawiania polityki. Bo polityka to jest wielkie wyzwanie, zadanie i odpowiedzialność wobec 38 milionów Polaków. Niechże więc do polityki idą ludzie, którzy rozumieją ją, tak jak ja.

• **Dlaczego chce się pan zanurzyć w politykę do końca, skoro do tej pory zasiadając w Senacie przewodził pan w wolnych chwilach niewielkiej partyjce o nazwie Centrum? Nie boi się pan, że teraz obsiądą pana farbowane lisy centroprawicy, które konsumując pańskie wysokie poparcie zechcą kuchennymi drzwiami wrócić do polityki, z której jeszcze nie tak dawno przepędzili ich wyborcy?**

– Owszem, to jest groźba bardzo realna. Nie mogę pozwolić, by jakaś partia czy formacja polityczna lub grupa ludzi zakuła mnie w kajdanki ubezwłasnowolnienia. Prezydent to nie jest człowiek, który wszystko wie i na wszystkim się zna. Ważne jest jednak to, jak sprawuje swój urząd.

Musi dobrać sobie znakomitych fachowców, ale nie wg klucza partyjnego czy towarzyskiego, ale wg zdolności, wykształcenia, talentu i kwalifikacji moralno-etycznych. To mają być ludzie, którzy pracują dla Polski. Ja wiem, że tacy ludzie są, zarówno po prawej, jak i po lewej stronie sceny politycznej i ja ich znajduję.

• **Niektórzy lekarze uważają, że jest pan wizjonerem, któremu znudziła się już chirurgia...**

– Wie pan, ludzie lubią szukać wytłumaczenia dla cudzych zachowań. I to różnicę, w zależności od tego z kim się rozmawia. Chirurgia nie może się znudzić, bo każda operacja jest inna. W 1984 r. właściwie prawie nikt w Instytucie w Warszawie nie rozumiał mojej decyzji o wyjeździe na Śląsk. Byłem wówczas jedynym chirurgiem w Warszawie, który robił *by-passy*. Ale ja wyjechałem do Zabrza, aby realizować tam swój program zawodowy. Tu, w stolicy, nigdy bym tego nie osiągnął i nigdy nie zrobił przeszczepu serca.

Już w 1980 r. namawiałem swojego szefa prof. Sitkowskiego, by rozpocząć program transplantacji serca. Nigdy nie zapomnę jego odpowiedzi: Zbyszeku, oczywiście będziesz to wszystko robił, ale wtedy... jak ja umrę lub pójdę na

**Zbigniew Religa** urodził się w 1938 r. w Miedniewicach, w powiecie żyrdowskim. W 1963 ukończył studia na Wydziale Lekarskim AM w Warszawie. W latach 1966-80 pracował w Szpitalu Wolskim w Warszawie, uzyskał w tym czasie I i II stopień specjalizacji z chirurgii. W 1973 odbył staż w zakresie chirurgii naczyniowej w Nowym Jorku, a w 1975 – staż w zakresie kardiologii w Detroit (USA). Po uzyskaniu stopnia doktora nauk medycznych w 1973 był adiunktem, a po habilitacji w 1981 – docentem w Klinice Kardiologii Instytutu Kardiologii w Warszawie. Od 1984 kierował Katedrą i Kliniką Kardiologii w Zabrzu. W 1990 został profesorem Śląskiej Akademii Medycznej. W latach 1997-99 był rektorem Śląskiej Akademii Medycznej w Katowicach. Od 2001 r. kieruje II Kliniką Kardiologii i jest dyrektorem Instytutu Kardiologii w Warszawie. W 1994 przewodniczył Bezpartyjnemu Blokowi Wspierania Reform, a w 1995 – partii Republikanie. Senator RP III i V kadencji. Doktor honoris causa Lwowskiego Uniwersytetu Medycznego, Śląskiej Akademii Medycznej i białostockiej Akademii Medycznej. Żona Anna Wajszczuk-Religa jest lekarzem; córka Małgorzata, syn Grzegorz.



emeryturę. A do emerytury miał jeszcze 10 lat. Nie mogłem czekać. To samo jest dzisiaj: mogę zrobić coś więcej i chcę spróbować.

**• Zespół naukowców pod pana kierunkiem skonstruował pneumatyczną komorę wspomagającą pracę serca. Zespół otrzymał Grand Prix 53. Międzynarodowych Targów Wynalazczości „Eureka” w Brukseli, a pana odznaczono Krzyżem Komandorskim Innowacyjności, przyznany przez belgijski rząd. Czego potrzeba, aby naukowych osiągnięć Polaków było więcej i aby bardziej się z nimi liczone na świecie?**

– W moich działaniach z reguły stawałem na innych ludzi. I najczęściej na bardzo młodych. Wszyscy ludzie, którzy ze mną pracowali, wiedzieli, że nigdy nie zabiorę im sławy, którą dzięki swojej pracy zdobędą. I nigdy niczego nikomu nie odebrałem.

Ja nie muszę się nikogo bać. Jak ktoś chce ze mną konkurować, to zapraszam na salę operacyjną. Ale teraz mamy 2005 r. i aby dokonać czegoś w nauce, już sam zapal, wiedza i praca nie wystarczą. Potrzebne są instrumenty, które są, niestety, niesłychanie drogie. A nakłady na naukę są w Polsce niesłychanie niskie.

Trzeba nieustannie przekonywać władze państwowe, że w wiedzę i naukę opłaca się inwestować. A łatwiej to robić, kiedy się jest jej zwierzchnikiem.

**• Co się w Polsce najbardziej nie udało po 1989 r.? Proszę wymienić trzy największe zmyły w polskiej ochronie zdrowia.**

– Oczywiście nie udało się reforma ochrony zdrowia, dlatego że nie zajęli się nią wielkiej klasy politycy. Ci, którzy się tym zajmowali, robili to źle lub wręcz szkodliwie np. minister Mariusz Łapiński ze swoim dworem. Tragedią stało się to, że podczas każdego wyborów ochrona zdrowia jest na ustach polityków i plakatach agitacyjnych, by po wyborach całkowicie wypaść z listy priorytetów bieżącej polityki. Nieodpowiednia do systemu ekonomicznego jest również organizacja.

No i ostatnia sprawa, chyba najważniejsza. Od kiedy jestem lekarzem, zdrowie w Polsce jest niedofinansowane. To nie jest sprawa ostatnich lat. Po studiach, kiedy pracowałem w wojsku, w Sandomierzu, zszywałem rany bez rękawiczek, bo nie było na nie pieniędzy.

**• A wie pan, że przeciwnicy takiego poglądu twierdzą, iż polską służbę zdrowia ostatecznie wykończy przerost**

**zatrudnienia i brak kontroli nad ordynacją leków...**

– W Polsce nie ma nadmiaru zatrudnionych lekarzy ani pielęgniarek. Jest wręcz za mało pielęgniarek i położnych. Trzeba otworzyć nowe szkoły pielęgniarskie. Wynagrodzenie lekarzy i pielęgniarek jest w Polsce poniżające. To musi się zmienić, bo padnie nasza medycyna.

**• Kto bardziej korzysta na nieustannych zmianach list refundacyjnych leków – pacjenci czy przemysł farmaceutyczny?**

– Wszystko wskazuje, że, jak do tej pory, to raczej przemysł. I dlatego kontrola ordynacji leków jest potrzebna i może ją przeprowadzać tylko płatnik. Trzeba wprowadzić receptariusze szpitalne, które uwzględnią standardy leczenia opracowane przez specjalistów.

**• Takie zarządzenia lekarze traktują jak zamach na ich niezależność...**

– Na Zachodzie to nic nowego, że jeśli tylko można, stosuje się tańsze leki. Można rozstać się z pracą, jeżeli się tę zasadę lekceważy. Trudno, tak musi być.

**• Pewne grupy społeczne w Polsce skorzystały na transformacji ustrojowej naszego kraju. Inne są zaniedbywane przez państwo, co rodzi radykalizm nastrojów. Czy lekarze, wykonujący zawód publicznego zaufania, powinni podlegać lustracji? Czy ich nazwiska jako tajnych współpracowników komunistycznej bezpieki, tak jak część polityków prawicowych, powinny zostać podane do publicznej wiadomości?**

– Przywódcy podziemnej „Solidarności” Zbigniew Bujak, Władysław Frasyniuk i Bogdan Lis, a to są dla mnie prawdziwi bohaterowie, w liście otwartym do prezesa IPN prof. Leona Kieresza krytycznie ocenili zgłoszony przez LPR projekt ujawnienia nazwisk pracowników i współpracowników służb specjalnych PRL. Uważają, że nie da się przyłożyć jednej miary do tych, którzy współpracowali z reżimem dla pieniędzy i korzyści – i których chcą ujawnienia – i tych, którzy załamali się pod wpływem szykan. Ja się z ich oświadczeniem całkowicie zgadzam.

Minie za chwilę 16 lat od ustrojowych przemian. Przecież to byłaby totalna bzdura, gdybyśmy uwierzyli, że po ujawnieniu teczek całe draństwo od nas odejdzie, a Polska będzie krajem czystych i nieskazitelnych ludzi.



Z Olgą Krzyżanowską w Senacie

Ludzie, którzy mają skłonności do donosicielstwa, oszustwa, zazdrości i załamania są w każdym systemie politycznym. Byli w czasach starożytnych Aten i są teraz. Tym się Polski nie oczyści. Doprowadzimy najwyżej do nienawiści i tego, że najbliżsi sąsiedzi nie będą ze sobą rozmawiać.

**• Ma pan mieszkanie własnościowe 113 m<sup>2</sup>, mały domek na działce rekreacyjnej i 7-letnią Hondę Accord, trochę złotych i dolarów na koncie. Nie zasiada pan w żadnych radach nadzorczych. Jednym tchem można wymienić całe zastępy zamożniejszych, choć mniej sławnych lekarzy. Nie lubi pan pławić się w luksusie?**

– W 1976 r. byłem w USA kuszony dobrą pracą, superrezydentą i jachtem. Nie zgodziłem się, wróciłem do kraju. Dziś nie ma dla mnie żadnego znaczenia, że tego wszystkiego nie mam. Kocham to, co mam, uwielbiam wędkować w ciszy na środku jeziora, lubię swoją hondę, która, ile razy do niej wsiadam, wydaje mi się coraz nowsza. A może ja w ogóle mam za małe wymagania?

## Reforma wg Religi

Propozycje prof. Religi zakładają utworzenie od 4 do 6 (maksymalnie 8) niezależnych instytucji ubezpieczenia zdrowotnego zarządzających środkami ze składki na ubezpieczenie zdrowotne oraz dopuszczenie na rynek prywatnych instytucji ubezpieczeniowych. Eksperti skupieni wokół prof. Religi proponują ponadto oddzielenie składki na zdrowie od ubezpieczenia społecznego i podatku, finansowanie leczenia ofiar wypadków drogowych z ubezpieczeń komunikacyjnych, wprowadzenie dodatkowych ubezpieczeń zdrowotnych oraz dofinansowanie leczenia nowotworów z dodatkowych źródeł, m.in. z budżetu państwa. Inicjatywa uzyskała poparcie ponad stu tysięcy wyborców. W styczniu br. projekt doczekał się pierwszego czytania w Sejmie.

Najdziwniejsze jest to, że rolę łaskawcy odgrywa minister zdrowia, który może lub nie zgodzić się na to, aby zwykły człowiek leczył się za swoje pieniądze w wybranym przez siebie szpitalu

# Kłopot z definicją prawa

Krzysztof Bukiel



Między ministrem zdrowia a niektórymi dyrektorami szpitali publicznych miał miejsce niedawno głośny spór. Dyrektorzy, po wyczerpaniu limitów przyznanych im przez NFZ, chcieli leczyć odpłatnie tych pacjentów, którzy zrezygnowali ze swoich uprawnień do bezpłatnej służby zdrowia, byleby tylko nie czekać na potrzebną pomoc medyczną w kolejkach. Minister zdrowia zabronił im tego twierdząc, że osoby uprawnione do bezpłatnej opieki zdrowotnej mogą być leczone w szpitalach publicznych tylko bezpłatnie, albo wcale.

foto. Marek Stankiewicz

**M**inister oparł się na art. 34 ust. 1 w powiązaniu z art. 33 ust. 1 ustawy o zakładach opieki zdrowotnej. Wynika z nich, że publiczny zakład opieki zdrowotnej może pobierać od osób uprawnionych do bezpłatnej służby zdrowia pieniądze za świadczenia zdrowotne, jeżeli „przepisy odrębne przewidują odpłatność za ich udzielanie”. Ponieważ, zdaniem ministra, nie ma takich przepisów, szpital publiczny pieniędzy pobierać nie może. Osoby uprawnione, które jednak chcą się leczyć „bezkolejkowo”, pan minister odsyła do prywatnych szpitali.

Opisana sytuacja budzi wiele wątpliwości prawnych i każe się zastanowić nad spójnością systemu opieki zdrowotnej w Polsce, a nawet nad jego zgodnością z Konstytucją.

## **Wątpliwość pierwsza: komu przysługuje uprawnienie do bezpłatnego leczenia – pacjentowi czy szpitalowi?**

To tylko pozornie nierozsądne pytanie. Całe rozumowanie ministra zdrowia zasadza się na jednej tezie: uprawnień do bezpłatnej służby zdrowia nie można się zrzec i nawet ten, kto oświadcza, że z nich rezygnuje, nadal jest uprawniony.

Na tej podstawie można by sądzić, że uprawnienia należą się określonej oso-

bie. Dlaczego zatem – nie mogąc się zrzec uprawnień w szpitalu publicznym można to zrobić w szpitalu prywatnym? Bo tam – wg ministra – można już leczyć się „bezkolejkowo”. I nie mówię tutaj o szpitalach prywatnych, które nie mają podpisanego kontraktu z NFZ, ale o tych, które leczą również „na ubezpieczalnie”, skończyły limity i chcą leczyć komercyjnie pacjentów uprawnionych.

Jeśli uprawnień nie można się zrzec w publicznym szpitalu, a można w prywatnym, to wygląda tak, jakby uprawnienia przysługiwały szpitalowi, nie człowiekowi. Ta sprzeczność wynika z faktu, że przepis, na który powołuje się minister zdrowia, powstał jeszcze w czasach, gdy w Polsce był inny system opieki zdrowotnej.

Wówczas faktycznie uprawnienia do bezpłatnej służby zdrowia bardziej wiązały się z miejscem leczenia niż z osobą, bo wszyscy obywatele mieli prawo do bezpłatnej służby zdrowia, ale nie w każdym miejscu. Zatem w publicznym szpitalu leczyło się bezpłatnie czyli za pieniądze publiczne, w prywatnym – odpłatnie, czyli za pieniądze własne. Dzisiaj już takiego podziału nie ma.

Za pieniądze publiczne leczyć mogą zarówno szpitale publiczne, jak i prywatne. Prawo, na które powołuje się minister zdrowia, nie przystaje zatem do obecnych uwarunkowań i trzeba je interpretować tak, aby było spójne z całością systemu opieki zdrowotnej.

Jeśli zatem uważa się, że obywa-

tel nie może zrzec się uprawnień do bezpłatnego leczenia w szpitalach publicznych, to nie może również w szpitalach prywatnych, przynajmniej tych, które mają podpisany kontrakt z NFZ. A jeśli pozwala się pacjentom na leczenie odpłatne w szpitalach prywatnych mających podpisany kontrakt z NFZ, to należy również pozwolić im na to samo w szpitalach publicznych.

## **Wątpliwość druga: czy ustawa zwykła może obywatela pozbawić jego praw konstytucyjnych?**

Jeśliby przyjąć rozumowanie pana ministra i zabronić ludziom rezygnacji z uprawnień do bezpłatnego leczenia w szpitalach publicznych, oznaczałoby to, że pozbawia się tych ludzi możliwości skorzystania w pełni z ich konstytucyjnego prawa do ochrony zdrowia (art. 68 ust. 1 Konstytucji). Prawo to bowiem pozwala każdemu na podejmowanie przez niego takich działań legalnych, które – w jego opinii – najlepiej przysłużą się jego zdrowiu.

Jeśli zatem ktoś uzna, że dla jego zdrowia lepiej będzie leczyć się „bezkolejkowo” i ma środki, aby to zrealizować, konstytucyjne prawo do ochrony zdrowia mówi, że wolno mu tak zrobić.

Jeśli zaś uzna, że najlepiej będzie leczony odpłatnie w szpitalu publicznym, to również konstytucyjne prawo



do ochrony zdrowia mu na to pozwala. Wiadomo bowiem, że w niektórych placówkach leczą lepiej, w innych gorzej i nieraz wybór miejsca leczenia decyduje o jego powodzeniu lub pozostaniu w chorobie. A cóż dopiero powiedzieć o sytuacji, gdy dane leczenie jest osiągalne wyłącznie w szpitalu publicznym, co w warunkach polskich nie jest rzadkością.

Widać zatem wyraźnie, że zakaz odpłatnego leczenia w szpitalach publicznych ludzi, którzy zrezygnowali ze swoich uprawnień do bezpłatnej służby zdrowia, bo uznali, że jest to dla ich zdrowia lepsze, oznacza złamanie ich konstytucyjnego prawa do ochrony zdrowia. Oczywiście, konstytucyjne prawa nie są chronione ustawowo, ale jedynie w przypadkach, gdy wymaga tego ważny interes publiczny lub ochrona innego, ważniejszego prawa konstytucyjnego. Żadna z tych sytuacji nie zachodzi w tym przypadku.

Leczenie odpłatne „bezkolejkowe” w szpitalach publicznych nie zmniejsza dostępności do tego leczenia, udzielanego bezpłatnie. Istnieją bowiem limity świadczeń bezpłatnych, które już zostały wyczerpane, a moce przerobowe szpitali pozostają nie wykorzystane. Szpitale zatem mają wybór: albo nic nie robić, albo leczyć odpłatnie. W takiej sytuacji leczenie pacjentów komercyjnych jest wręcz korzystne społecznie, bo szpitale zyskują dodatkowe środki, które mogą przeznaczyć na poprawę warunków leczenia wszystkich pacjentów, a kolejka do leczenia ulega skróceniu.

Trudno również uznać, że ograniczenie prawa do ochrony zdrowia uzasadnione jest ochroną innego konstytucyjnego prawa: „do równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej, finansowanej ze środków publicznych” (art. 68 ust. 2 Konstytucji). Faktycznie zachodzi konflikt: kto chce w pełni skorzystać z konstytucyjnego prawa do ochrony zdrowia i leczyć się skutecznie „bezkolejkowo”, ten musi zrezygnować z prawa do bezpłatnych świadczeń zdrowotnych, a „bezpłatność” ta uznana została przez ustawę (z 27 sierpnia 2004 r. – o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych) za synonim równego dostępu. Jeśliby jednak oceniać, które z wymienionych praw konstytucyjnych jest ważniejsze, to niewątpliwie pierwszeństwo należałoby przyznać prawu do ochrony zdro-

wia, bo ma bardziej ogólny, pierwotny charakter.

Nie byłoby prawa do równego dostępu do świadczeń zdrowotnych, gdyby nie było prawa do ochrony zdrowia.

Widać zatem wyraźnie, że w opisanej sytuacji nie zachodzą powody, dla których zwykła ustawa, na przepisy której powoływał się minister zdrowia, mogłaby ograniczać konstytucyjne prawo obywatela do ochrony zdrowia. Trzeba zatem przyjąć, że interpretacja tej ustawy dokonana przez ministra zdrowia jest zła.

Trybunał Konstytucyjny wielokrotnie stwierdzał, że jeśli zachodzą wątpliwości, przepis ustawowy należy tak interpretować, nie podważając jego istoty, aby pozostawał w zgodzie z Konstytucją. W opisanym przypadku jest to możliwe. Trzeba po prostu przyjąć, że obywatel ma prawo zrzec się uprawnień do bezpłatnej służby zdrowia i jako nieuprawniony skorzystać z odpłatnego leczenia „bezkolejkowego” w szpitalu publicznym. Nie narusza to w żaden sposób treści wspomnianego przepisu, że od „uprawnionych”, którzy nie zrezygnują ze swoich uprawnień, szpital publiczny nie ma prawa pobierać opłat za leczenie.

**Wątpliwość trzecia:  
czy obywatel korzystający  
z jednego prawa  
konstytucyjnego musi  
zrzekać się innego prawa  
konstytucyjnego?**

W całej tej sytuacji najdziwniejsze jest to, że rolę łaskawcy odgrywa minister zdrowia, który może lub nie zgodzić się na to, aby zwykły człowiek leczył się za swoje pieniądze w wybranym przez siebie szpitalu.

Tak naprawdę, to łaskę robi ten, kto rezygnuje ze swoich uprawnień do bezpłatnej służby zdrowia i płaci za leczenie podwójnie – tylko po to, aby leczyć się skutecznie.

Czy minister zdrowia, który przedstawia się jako obrońca uprawnień do bezpłatnego leczenia, nie powinien raczej zatroszczyć się o to, aby osoby, które chcą się leczyć „bezkolejkowo”, mogły otrzymać ze środków publicznych chociaż częściowy zwrot kosztów leczenia? Płacą przecież podatki (składkę na NFZ) i mają prawo oczekiwać, że otrzymają z tego tyle, ile inni będący w podobnej potrzebie.

Obecny wybór: albo leczysz się bezpłatnie i czekasz na leczenie w kolejce, albo leczysz się „bezkolejkowo” i rezygnujesz ze swoich uprawnień do bezpłatnej służby zdrowia, powodując, że obywatel nie może jednocześnie skorzystać z obu przysługujących mu praw konstytucyjnych: prawa do ochrony zdrowia i prawa do równego dostępu do świadczeń zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych. Jest tak dlatego, że za równy dostęp uznano dostęp bezpłatny.

Tymczasem w bezpłatnej służbie zdrowia kolejki do leczenia są immanentną cechą systemu. Nie jest bowiem możliwe, aby – przy zerowej cenie dla pacjenta i potencjalnie nieograniczonym zapotrzebowaniu na świadczenia zdrowotne – zrównoważyć ograniczoną ilość środków finansowych (publicznych) ze stale wzrastającym popytem. Tę sytuację można by łatwo zmienić. Trzeba jedynie zmienić definicję równego dostępu.

Równy dostęp powinien oznaczać nie bezpłatność świadczeń, ale równą kwotę refundacji przypadającą każdemu choremu ze środków publicznych – za to samo świadczenie, z pozostawieniem jemu samemu wyboru: gdzie chce się leczyć i po jakich rzeczywistych kosztach.

Nawiasem mówiąc, w tym kierunku idzie też orzecznictwo sądów europejskich, jak np. wyrok Trybunału Sprawiedliwości w sprawie *Müller – Faure i Van Riet*.

Warto zauważyć, że w taki właśnie sposób definiowany jest równy dostęp w odniesieniu do zaopatrzenia w leki (jest to również świadczenie opieki zdrowotnej finansowane ze środków publicznych).

Taka zmiana pozwoliłaby na rozwinięcie się wolnej konkurencji między różnymi podmiotami udzielającymi świadczeń zdrowotnych, z naturalnym ich zróżnicowaniem, zlikwidowałaby kolejki do leczenia a jednocześnie pozwoliłaby osobom „ubezpieczonym” do zachowania swoich uprawnień do refundacji części kosztów leczenia, niezależnie gdzie i jak drogo by się leczyli.

Swoje miejsce w systemie mogłyby też wreszcie znaleźć dodatkowe ubezpieczenia zdrowotne, o które wszyscy zdają się dopominać, nie potrafiąc jednak wskazać od czego miałyby ubezpieczać, gdy formalnie wszystkim wszystko się należy, i to dodatkowo za darmo.

# Od pacjentów brać nie wolno

Obowiązujące obecnie w Polsce prawo nie zezwala na pobieranie opłat od osób ubezpieczonych w NFZ – tak białostocki sąd grodzki uzasadnił winę byłego dyrektora szpitala klinicznego AM w Białymstoku, w którym przez krótki czas w 2003 r. pobierano opłaty od pacjentów.

**S**ąd uznał to za bezprawne, ale odstąpił od wymierzenia kary Jerzemu Kamińskiemu, bo uznał, że wprowadzając dobrowolne opłaty działał on w dobrej wierze.

W żadnym akcie normatywnym obowiązującym w obecnym systemie prawnym „nie ma uprawnienia do pobierania opłat od pacjentów” – mówił sędzia Tomasz Pannert. Zdaniem sądu jakiegokolwiek inna interpretacja obowiązujących wówczas przepisów byłaby niewątpliwie nadużyciem interpretacyjnym, co – zdaniem sądu – „jest niedopuszczalne”.

Uzasadniając odstąpienie od wymierzenia kary sąd powołał się na aspekt społeczny sprawy. Jak mówił sędzia, „obwiniony chciał coś w tym nieracjonalnie funkcjonującym systemie (*opieki zdrowotnej – przyp. PAP*) zrobić właściwego, coś, co by ten system usprawniło”, skróciło kolejki oczekujących na wizyty u lekarza.

Powyższy wyrok w żadnym stopniu nie deprecjonuje argumentów, jakie OZZL przedstawił w doniesieniu do prokuratury o podejrzeniu popełnienia przestępstwa przez ministra zdrowia Marka Balickiego – czytamy w oświadczeniu Związku. Sąd – uznając winę dyrektora – oparł się na przepisach ustawy o NFZ, która w całości została uznana za niekonstytucyjną, gdyż system opieki zdrowotnej zbudowany na jej podstawie jest dysfunkcyjny, tzn. nie zapewnia możliwości skorzystania przez obywateli z ich konstytucyjnego prawa do ochrony zdrowia – przekonuje Krzysztof Bukiel.

Wyrok nie jest prawomocny.

PAP, ms

## Notatki rzecznika prasowego NRL



### Testowanie CPT rozpoczęte

10.01.br., w siedzibie NIL odbyło się spotkanie dot. wprowadzenia na polski rynek ochrony zdrowia programu kodowania procedur medycznych (CPT), używanych polskiemu samorządowi lekarskiemu przez **Amerykańskie Towarzystwo Lekarskie (AMA)**. Była to kolejna



debata z udziałem przedstawicieli AMA: **Robertem Musacchio, Michaeliem Bebe i Marią Mindeman**, tym razem poprzedzająca bezpośrednio szkolenie w tym zakresie menedżerów polskich placówek ochrony zdrowia (11 i 12.01.br.). W rozmowach uczestniczyli reprezentujący samorząd lekarski: **prezes Konstanty Radziwiłł, sekretarz Krzysztof Makuch, przewodniczący NSL Romuald Krajewski** – koordynator programu w Polsce oraz zaproszeni przez NRL: **Paweł Sztwiertnia** – wiceminister zdrowia, **Michał Kamiński** – wiceprezes NFZ, **prof. Romuald Holly** – prezes Krajowego Instytutu Ubezpieczeń i kierownik Katedry Polityki Ochrony Zdrowia Uniwersytetu Medycznego w Łodzi, **prof. Stanisław Radowski** – konsultant krajowy w dziedzinie położnictwa i ginekologii, **prof. Henryk Skarżyński** – założyciel Międzynarodowego Centrum Mowy i Słuchu oraz **dr Adam Kozierkiewicz** z Instytutu Zdrowia Publicznego UJ. Podczas spotkania odbyła się również telekonferencja z **dr. Kennethem Simonem** – dyrektorem medycznym Centers for Medicare & Medicaid Services, przedstawicielem rządu USA w Komitecie Reakcyjnym CPT.

### Prezydium NRL na posiedzeniu 14.01.br.

#### • przyjęło m.in. stanowiska:

– dot. projektu rozporządzenia ministra zdrowia w sprawie **określania sposobu i organizacji leczenia krwią w zakładach**

**opieki zdrowotnej, w których przebywają pacjenci ze wskazaniami do leczenia krwią i jej składnikami;**

– dot. rozporządzenia ministra zdrowia zmieniającego rozporządzenie w sprawie **limitów przyjęć na studia medyczne**, w którym: „(...) **Prezydium NRL wnosi o utrzymanie liczby miejsc na kierunku lekarskim na dotychczasowym poziomie oraz zmniejszenie liczby miejsc na kierunku lekarsko-dentystycznym przynajmniej o 10%, aż do uzyskania liczby 500-550 studentów w ciągu roku łącznie ze studiami płatnymi.**” Ponadto w stanowisko czytamy m.in.: „(...) **przyjmowanie poza limitem studentów na studia płatne, za niewspółmierne koszty na zajęciach przedklinicznych, powoduje trudności w finansowaniu zajęć na katedrach zabiegowych wymagających znacznych środków finansowych. Wysokie koszty kształcenia bardzo dużej liczby studentów na kierunku lekarsko-dentystycznym znacznie obciążają budżet naszego państwa, co powoduje zmniejszenie środków na podyplomowe kształcenie, a nadmierna liczba lekarzy dentystów w Polsce powoduje utrudniony dostęp absolwentów stomatologii do rynku pracy.**”;

– dot. projektu rozporządzenia ministra spraw wewnętrznych i administracji w sprawie **sposobu i trybu finansowania ze środków publicznych kosztów częściowej lub całkowitej odpłatności za leki wydawane poborowym pełniącym służbę w formacjach uzbrojonych nie wchodzących w skład sił zbrojnych podporządkowanych ministrowi właściwemu do spraw wewnętrznych**, w którym zapisano uwagę, iż „(...) **projekt rozporządzenia nie zawiera w uzasadnieniu kryteriów wyboru poszczególnych preparatów i ich postaci.**”;

– w sprawie **programu specjalizacji w dziedzinie neurologii;**

– dot. projektu rozporządzenia ministra obrony narodowej w sprawie **wyказу produktów leczniczych oznaczonych symbolem OTC i wyrobów medycznych wydawanych bezpłatnie**, w którym zawarte są m.in. uwagi: „(...) **W projekcie rozporządzenia brak jest kryteriów dokonania wyboru poszczególnych OTC i ich postaci. (...) wskazane są poszczególne preparaty, a nie nazwy międzynarodowe substancji, jak zostało to przyjęte w innych wykazach leków. (...) obecność w wykazie niektórych leków nie ma merytorycznego uzasadnienia, gdyż są mało skuteczne. Nie wymieniono także żadnego antybiotyku wydawanego bezpłatnie.**”;



– dot. projektu rozporządzenia ministrów obrony narodowej i zdrowia w sprawie **korzystania ze świadczeń publicznych zakładów opieki zdrowotnej przez osoby wykonujące świadczenia osobiste**;

– dot. projektów rozporządzeń ministra zdrowia: 1. zmieniającego rozporządzenie w sprawie **ustalenia limitów cen leków i wyrobów medycznych wydawanych świadczeniobiorcom bezpłatnie, za opłatą ryczałtową lub częściową odpłatnością**, 2. zmieniającego rozporządzenie w sprawie **ustalenia cen urzędowych hurtowych i detalicznych na produkty lecznicze i wyroby medyczne**, w którym czytamy m.in.: „(...) Prezydium NRL z niepokojem obserwuje, że na skutek zmian cen i limitów, a przede wszystkim na skutek obniżenia ceny polskich preparatów, współpłacenie znacząco wzrosło dla tych pacjentów, którzy z różnych powodów nie będą mogli – przejściowo lub stale – przejść na leczenie polskimi preparatami. (...) nadal nie ma na wykazach leków refundowanych preparatu długo działającego glabryny od dawna zarejestrowanego, a preparaty o szczególnie szybkim działaniu używane przede wszystkim w pediatrii (np. Insulini injectio neutralis, lisprum [Humalog]) będą jeszcze droższe. Stosowanie preparatów o bardzo szybkim działaniu jest podstawowym warunkiem zapewnienia odpowiednich warunków życia dzieciom w wieku przedszkolnym i szkolnym.”;

– dot. projektu ustawy o zmianie ustawy o **zawodach lekarza i lekarza dentyisty oraz ustawy o swobodzie działalności gospodarczej**, w którego uzasadnieniu czytamy m.in.: „(...) Ustawa wymaga uzupełnienia obejmującego definicję doskonalenia zawodowego lekarzy i lekarzy dentyistów, zasady i trybu doskonalenia zawodowego, wymienienie form doskonalenia zawodowego, zasad i trybu potwierdzania uczestniczenia lekarzy w doskonaleniu zawodowym oraz rozszerzenia zakresu delegacji dla ministra zdrowia do wydania rozporządzenia wykonawczego. (...) należy rozważyć korelację pomiędzy przepisami o kształceniu podyplomowym lekarzy i lekarzy dentyistów zawartych w ustawie z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentyisty a ustawą z dnia 2 lipca 2004 r. o swobodzie działalności gospodarczej (Dz.U. Nr 173, poz. 1807). (...) Proponuje się określić szczegółowo krąg podmiotów uprawnionych do prowadzenia kształcenia podyplomowego lekarzy i lekarzy dentyistów. W wyniku tego krąg podmiotów uprawnionych do kształcenia podyplomowego lekarzy obejmowałby: a) podmioty uprawnione do prowadzenia stażu podyplomowego, szkolenia specjalizacyjnego i szkolenia w zakresie uzyskiwania umiejętności, b) podmioty uprawnione do innych form kształcenia podyplomowego na podstawie odrębnych przepi-

sów, c) inne podmioty wpisane do rejestru podmiotów uprawnionych do prowadzenia takiej działalności (...) Proponuje się, aby opłaty za wpis do rejestru były zróżnicowane w zależności od charakteru działalności (jednorazowa, wielokrotna, ciągła) i formy organizacyjnej. Należy także wprowadzić opłaty za wniosek o zmianę wpisu w rejestrze. (...) Uprawnienia wizytatora należy rozszerzyć o możliwość uczestniczenia w zajęciach w zakresie doskonalenia zawodowego i w weryfikacji wyników kształcenia. (...) Zasadne jest, by szkolenia organizowane przez okręgowe i Naczelną Izbę Lekarską dla swoich członków, najczęściej nieodpłatnie, mogły być zaliczane jako formy doskonalenia zawodowego, umożliwiające uzyskanie punktów edukacyjnych. (...) Przepis art. 50 ust. 9 uznaje wykonywanie zawodu lekarza na podstawie umowy o pracę zawartej z pracodawcą nie będącym zakładem opieki zdrowotnej za równoważne z prowadzeniem indywidualnej praktyki lub indywidualnej specjalistycznej praktyki lekarskiej. W wyniku tego prawnie dopuszczalna jest sytuacja, że pracodawca nie będący zakładem opieki zdrowotnej zatrudnia lekarza na podstawie umowy o pracę i lekarz ten na tej podstawie wykonuje praktykę lekarską. Ponieważ zgodnie z przedstawionym projektem ustawy prowadzenie praktyki lekarskiej jest działalnością gospodarczą w rozumieniu ustawy z dnia 2 lipca 2004 r. o swobodzie działalności gospodarczej, lekarz jako przedsiębiorca powinien nawiązywać stosunek pracy na podstawie kodeksu cywilnego (umowa cywilnoprawna), a nie kodeksu pracy.”;

• **wydelegowali dr. Pawła Kracha** jako przedstawiciela NRL do Rady Społecznej w Zakładzie Opiekuńczo-Leczniczym w Głucholazach.

#### Niesłuszne zarzuty

19.01.br. prezes NRL wystosował dwa pisma: do redaktora naczelnego „Gazety Wyborczej” oraz do firmy „Informedia Polska” w sprawie nieuzgodnionego, a tym samym bezprawnego połączenia samorządu lekarskiego z organizacją kosztownej konferencji pt. „Refundacja leków”. Konstanty Radziwiłł domaga się stosownego sprostowania na pierwszej stronie ogólnopolskiego wydania „Gazety Wyborczej” – zarówno ze strony autorów artykułu zawierającego nieprawdziwą informację, jak również firmy, która bezpodstawnie umieściła Naczelną Izbę Lekarską na liście uczestników konferencji (teksty listów są załącznikiem Komunikatów na stronach internetowych NIL).

#### UWAGA!

**Pełne teksty dokumentów Prezydium NRL na stronach NIL: [www.nil.org.pl](http://www.nil.org.pl)**

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

# Pierwsza faza testowania

Romuald Krajewski



W dniach 10-12 stycznia br. mieliśmy przyjemność gościć po raz kolejny grupę pracowników American Medical Association, którzy zajmują się sprawami Current Procedural Terminology. Przyjechali do Warszawy (zresztą na własny koszt), aby pomóc w rozpoczęciu pierwszej fazy testowania CPT w warunkach polskiej praktyki lekarskiej. AMA jest bardzo zainteresowane możliwościami wprowadzenia CPT w innych krajach. Lista jest stosowana od 5 lat w RPA, trwają prace nad ewentualnym wdrożeniem w Portugalii, Izraelu, Japonii, Chile.

foto: Marek Stankiewicz

**P**rzy okazji spotkań i konferencji mogliśmy dowiedzieć się o wielu istotnych szczegółach dotyczących historii i sposobu funkcjonowania CPT oraz roli tej listy w systemie ochrony zdrowia w Stanach Zjednoczonych. Jak już wspomniano w dwóch poprzednich publikacjach zamieszczonych w „Gazecie Lekarskiej” („Czas wycenić pracę lekarza”, A. Kozierkiewicz, K. Radziwiłł, „GL” nr 4/2004 oraz „Amerykański system kodowania procedur”, R. Krajewski, „GL” nr 10/2004) wysiłku i nakładów AMA dla stworzenia jak najlepszej listy procedur zapewne nie da się powtórzyć nigdzie na świecie.

Początek prac nad właściwą terminologią procedur datuje się na 1933 r. Pierwsza lista kodów CPT powstała w 1966 r. W 2000 r. stała się obowiązującym w USA standardem. Nakłady poniesione na utworzenie i aktualizację ocenia się na stokilkadziesiąt milionów dolarów.

W efekcie CPT jest systemem kompletnym, selektywnym i spójnym, co oznacza, że zdefiniowane są w nim wszystkie czynności i świadczenia lekarzy spełniające określone kryteria (stosowanie przez wielu lekarzy w wielu ośrodkach, akceptacja FDA, publikacje w recenzowanych czasopiśmie medycznych), że każda definicja określa jedną odrębną, wyraźnie różną od innych procedurę lub świadczenie oraz że zasady definiowania procedur i używane w definicjach terminy są jednakowe dla całej listy.

Tak skonstruowana książka procedur stanowi jednocześnie skrócony opis standardu ich wykonywania. W Stanach Zjednoczonych płatnicy, zwłaszcza zaś

płatnik publiczny, czyli Centers for Medicare & Medicaid Services, bardzo starannie sprawdzają czy przedstawione do rozliczeń listy wykonanych procedur rzeczywiście odpowiadają temu, co zrobiono. Wymusza to bardzo dużą zgodność opisu z rzeczywistym świadczeniem i w efekcie daje bardzo dokładne informacje o wykonanej pracy oraz poprawia jakość statystyk.

Dyskutując o możliwościach praktycznego zastosowania CPT w Polsce stwierdziliśmy również, że istnieją co najmniej trzy podstawowe różnice między zasadami stosowania tej listy a naszym doświadczeniem.

Po pierwsze, praktyczne stosowanie CPT wymaga bardzo starannego zapoznania się z zasadami kodowania oraz przeszkolenia kodujących. W USA uważa się, że szkolenie powinno trwać tydzień, a lekarze rozpoczynają poznawanie listy już na studiach. AMA wydaje bardzo dużo różnorodnych publikacji ułatwiających zrozumienie CPT i jej stosowanie w praktyce, posiada też system pomocy dla użytkowników. Organizowane szkolenia są włączone w system doskonalenia zawodowego.

Po drugie, stosowanie kodów nie jest ograniczone ani do określonych specjalności, ani do miejsca wykonywania świadczeń. Każdy lekarz może używać kodów z całej książki do sprawozdawania wykonanych przez siebie świadczeń. Uprawnienia wynikają ze zdobytych umiejętności, nie zaś z miejsca pracy czy z nazwy posiadanej specjalizacji.

Po trzecie, kody CPT nie mają nic wspólnego z wartościowaniem procedury i jej rozliczaniem. Jest to dla nas bar-

dzo duża różnica, w obecnym bowiem kształcie kod NFZ jest jednocześnie wszystkim: opisem procedury, jej wartości, miejsca wykonywania, specjalności wykonującego i niewątpliwie o użyciu danego kodu niejednokrotnie decyduje głównie liczba określająca wartość punktową. CPT tylko opisuje precyzyjnie co zostało zrobione, z uwzględnieniem różnych szczególnych okoliczności, jak powaga i złożoność problemu, dodatkowy czas, który był potrzebny, działania organizacyjne.

Używanie CPT wymaga i wiedzy, i rzetelności. Nie wystarczy przekazanie świadczeniodawcom listy kodów z zaleceniem „bierzcie i używajcie”. Konieczne jest przeszkolenie. W warunkach amerykańskich podstawą do wyjaśniania sporów pomiędzy świadczeniodawcami a płatnikami jest dokumentacja medyczna i podkreśla się, że powszechne stosowanie CPT jest jednym z powodów do prowadzenia bardzo dokładnej dokumentacji.

W trakcie spotkań z delegacją AMA wielu lekarzy pełniących kierownicze stanowiska wyrażało zdecydowanie pozytywne opinie o celowości wprowadzenia CPT w Polsce. Podkreślano precyzję tego systemu, jego zgodność z praktyką lekarską, niezależność od pozamerytorycznych wpływów związanych z finansowaniem i organizacją systemu.

Zwróćmy również uwagę, że jeżeli rzeczywiście chcemy wiedzieć, co zostało wykonane, precyzyjna lista procedur jest niezastąpiona. Niezależnie od sposobu finansowania, niezależnie od tego czy rozliczenia następują po wykonaniu świadczenia czy też wykaz wykonanych procedur służy potwierdzeniu realizacji



ustalonego z góry kontraktu, czy nawet tylko sprawdzeniu, co udało się zrobić w ramach przyznanego budżetu.

Jest ona potrzebna płatnikom, administracji różnych szczebli, partnerom w większych praktykach lekarskich. Wszędzie pozwala na rzetelne rozliczenia i daje obiektywną wiedzę o aktywności pracowników, co może być podstawą do należytej wyceny i opłacania pracy lekarzy.

Kiedy czytają Państwo ten artykuł, jesteśmy w pierwszej fazie testowania CPT w Polsce. Obejmuje ona zastosowanie kodów z zakresu ginekologii i położnictwa oraz kodów opisujących czynności wykonywane przez wszystkich lekarzy, zwanych „badanie i ustalanie postępowania”. W pierwszej fazie testowania nie jest możliwe kodowanie wszystkich czynności, ponieważ jest potrzebna do tego cała lista wraz z modyfikatorami. Chodzi więc przede wszystkim o zidentyfikowanie najważniejszych problemów i wskazówki, jak należy postępować dalej.

Druga faza testowania mogłaby objąć stosowanie całej CPT do wszystkich wykonywanych czynności. Oczywiście byłoby to robione równolegle do obecnie stosowanej sprawozdawczości. Stopniowe rozszerzanie stosowania listy umożliwiłoby tworzenie odpowiednio licznej grupy osób szkolących kolejnych użytkowników, co jest warunkiem powszechnego wprowadzenia systemu CPT. W perspektywie 2-3 lat powinno być możliwe przejście na nowy system kodowania procedur.

W tym samym czasie można będzie zorganizować komitet redakcyjny, który zajmie się aktualizacją polskiej wersji CPT oraz niezbędne grupy doradców i konsultantów. Rozpocząłby się proces utrzymujący stale aktualną i w miarę możliwości jak najbardziej zgodną z oryginałem listę kodów.

Wprowadzanie zmian odzwierciedlających specyfikę polskiej praktyki lekarskiej należałoby jednak rozpocząć po uzyskaniu znaczącego doświadczenia w stosowaniu oryginalnej listy, dopiero bowiem poznanie funkcjonowania CPT w praktyce pozwala na zrozumienie jej zasad. Ponadto bez dłuższego doświadczenia byłoby bardzo trudno zachować spójność i selektywność listy.

Jak najwcześniej chcielibyśmy również rozpocząć pracę nad tworzeniem skali względnej wartości procedur. CPT jest podstawą tego procesu, który ma zasadnicze znaczenie dla wyceny pracy i

rozliczeń. Jeżeli byłby zorganizowany w sposób podobny do amerykańskiego, w efekcie powinniśmy uzyskać drugi produkt niezależny od gry interesów i nacisków politycznych, stanowiący z kolei podstawę do rozliczania świadczeń, kontraktów czy budżetu.

Podobnie jak CPT, skala względnych wartości (RBRVS) powinna być tworzona przez zrównoważoną reprezentację wykonujących świadczenia, aby uniknąć niedowartościowania pracy tych grup i specjalności, którym brakuje wpływów oraz nieuzasadnionego przewartościowania pracy innych.

Oczywiście wszystkich najbardziej pasjonuje efekt końcowy – ile otrzymają za wykonaną pracę lub ile będą musieli za pracę zapłacić. Było to widoczne podczas spotkań z AMA, kiedy niejednokrotnie rozważania na temat rozliczeń przesłaniały merytoryczne zalety solidnie skonstruowanej listy procedur.

Wielokrotnie wyjaśniano, że lista jest podstawą merytoryczną i nie ma nic wspólnego z finansowaniem. Podobnie jak w USA, w Polsce około połowa wszystkich świadczeń jest opłacana przez płatnika publicznego i w części niepublicznej istnieje wiele sposobów płacenia. W takim zróżnicowanym otoczeniu CPT jest solidną podstawą, wspólnym, precyzyjnym i dla wszystkich zrozumiałym językiem.

Najbardziej pozytywne jest zainteresowanie CPT zarówno ze strony administratorów, jak i Koleżanek i Kolegów, których duża grupa weźmie udział w pierwszej fazie testowania. Już pierwsze spotkanie było dla delegacji AMA potwierdzeniem, że CPT ma uniwersalny charakter. Pytania i problemy były takie same jak podczas szkoleń w USA. Pomimo drastycznie odmiennych warunków i ogromnych różnic w wyposażeniu, praktyka lekarska merytorycznie jest podobna i to co robimy można opisać przy pomocy kodów CPT.

Czekamy więc na wyniki testowania i mamy nadzieję, że projekty CPT-PL oraz RBRVS-PL dadzą dobre podstawy do konstruktywnej dyskusji o rzeczywistej wartości pracy lekarzy.

Na forum publicznym coraz częściej słyszymy to, co wiemy już od dawna: usilne podtrzymywanie patologicznego systemu wynagrodzeń na wiele sposobów szkodzi ochronie zdrowia. CPT i RBRVS mogłyby stać się ważnymi elementami nowego, solidniejszego systemu i dobrze byłoby jak najszybciej zacząć go tworzyć.



# Etaty z ogonkami

Marek Wójtowicz

Po wejściu do UE dyskusja o czasie pracy w polskiej służbie zdrowia robi się coraz gorętsza i przede wszystkim dotyczy sposobu zapewnienia medycznej pomocy w placówkach funkcjonujących całodobowo.

fol. Marek Stankiewicz

**A**ktualnie obowiązuje zapis art. 32 g ustawy o ZOZ określający, że etatowa dniówka „medyczna” i „administracyjna” wynosi 7 godz. i 35 min., a w tygodniu zgodnie z kodeksem pracy ma być 5 dni roboczych. Dodatkowe przywileje mają pracownicy RTG, rehabilitacji i innych zawodów narażonych na tzw. czynniki szkodliwe czyli „jonizowani”, których etatowa dniówka jest krótsza i wynosi 5 godz. na dobę. Cała reszta, tj. pracownicy techniczni, gospodarczy i obsługi mają 8-godzinny dzień pracy.

W efekcie w typowym polskim szpitalu o godz. 7.00 do pracy przychodzą pielęgniarki zmianowe, salowe zmianowe, sanitariusze zmianowi, pion techniczny i gospodarczy. O godz. 7.25 albo o 7.30 przychodzą (hi hi hi!) lekarze, administracja i pielęgniarki „dzienne”.

Z pracownikami „jonizowanymi” jest różnie. Kiedy przyjdą o 7.00, to muszą wyjść o 13.00, a przecież do mniej więcej 9.00 to raczej roboty dużo więcej nie mają. Jak przyjdą do pracy o 7.25, to też do czasu zakończenia raportów i wizyt lekarskich zleceń im (np. na zdjęcia RTG) nie przybędzie, ale przynajmniej są do dyspozycji do 13.25. Kiedy przyjdą do pracy o 9.00, to będą do dyspozycji do godz. 14.00. O godz. 15.00 wychodzą z pracy (hi, hi, hi!) ci pracownicy medyczni, którzy przyszli do pracy o 7.25 oraz ci „ośmiogodzinowcy” techniczno-gospodarczy, którzy zaczęli dniówkę o 7.00.

O 15.05 powinni wyjść z pracy ci, którzy zaczęli pracę o 7.30.

O godz. 19.00 z pracy wychodzą pielęgniarki, salowe i sanitariusze pracujący na dziennej zmianie, a na ich miejsce przychodzi nocna zmiana.

Zespoły pracowników zmianowych: dzienne i nocne nigdy nie są w jedna-

kowej liczbie, bo zawsze jest ktoś, kto musi dopracować brakujące godziny do miesięcznej normy etatowego zatrudnienia. To konsekwencja faktu, że **żadna doba w roku nie da się podzielić przez 7 godz. i 35 min., choć z łatwością dałaby się podzielić przez 8 godz. bez żadnych ogonków.** Ponieważ ogonki przy systemie 7 godz. 35 min. powstają, wprowadzono okres rozliczenia ogonków, który musi być dokonany zgodnie z art. 32 h ustawy o ZOZ szybko, bo w ciągu 12 tygodni, choć w UE pracodawcy mają na to aż 4 miesiące.

Jeszcze bardziej skomplikowana sytuacja jest w pogotowiu ratunkowym. Kierowcy karettek mają 8-godzinny dzień pracy i dla „wyrobienia” miesięcznej normy muszą odpracować więcej zmian niż ratownik lub sanitariusz medyczny z dniówką 7 godz. 35 min. W jeszcze innym systemie pracuje kierownik zespołu wyjazdowego – lekarz, który w ramach kontraktu lub umowy zlecenia jeździ całą dobę (lub kilkanaście godzin, jeżeli zmienia etatowego dziennego lekarza pracującego 7 godz. 35 min. w dni robocze). I żebyś Drogi Czytelniku całkiem się w powyższych informacjach pogubił dodam, że pracownikom zmianowym administracyjnie wyznacza się całkiem inne niż Tobie niedziele.

Dla pracownika zmianowego niedziela może być wyznaczona we wtorek lub środę i jest to bardzo ważne, bo kodeks pracy gwarantuje mu 35-godzinną „niedzielną” cotygodniową przerwę w pracy. I jeżeli z jakichś przyczyn wypadnie mu pracować w tę sztuczną wypadającą w środę „niedzielę”, to pracodawca płaci mu dodatek jak za pracę w prawdziwą niedzielę oznaczoną w kalendarzu czerwonymi literkami. Jeżeli dorzucimy do tego nieprzewidywalne okresy absencji chorobowej lub w przypad-

kach losowych, to nic dziwnego, że trzeba kosztownej armii urzędników w każdym szpitalu do monitorowania i wyliczania indywidualnych dniówek oraz miesięcznych normatywów, a następnie do naliczania należnej zapłaty itp. itd.

Jedynym w miarę stabilnym elementem ogonkowego systemu pracy jest dyżur medyczny. Lekarz dyżurny to jedyny człowiek w szpitalu zapewniający w ciągu doby ciągłość gromadzenia informacji i postępowania diagnostyczno-leczniczego, a także raportujący następnego dnia zmianikiem z pierwszej ręki, co się zdarzyło w trakcie dyżuru. Dalsze istnienie dyżuru medycznego staje jednak pod znakiem zapytania. I nie chodzi tylko o konflikt z unijną normą 48-godzinnego tygodniowego czasu pracy oraz potyczki sądowe o to, czy cały dyżur jest czasem pracy. Jest inny poważniejszy problem. Kadra lekarzy dyżurujących starzeje się, młodzież lekarska tkwi na bezrobociu lub ucieka za granicę. Nie ma naturalnego odnawiania kadry.

Który z obecnych czterdziesto- i pięćdziesięciolatków ostro dyżurujących w przeszłości chce do pierwszego dnia emerytury dalej zarywać noce i niszczyć zdrowie? Sądzę, że prawie nikt. Cóż zatem z tego, że uratowana zostanie instytucja dyżuru lekarskiego, jeżeli za parę lat nie będzie chętnych specjalistów do ich pełnienia? Należy dążyć do innego rozwiązania.

Należy wymyślić taki system pracy i płacy, żeby lekarze mogli przy mniejszej liczbie godzin pracy zarobić co najmniej tyle samo, co teraz bez konieczności ostrego dyżurowania. Oczywiście powstanie wówczas problem zapewnienia fachowej i wystarczającej pomocy medycznej w nocy, w święta i dni wolne od pracy. Ale to już temat na kolejny felieton.

(...)

Izby lekarskie w obecnym kształcie tylko w części pokryły moje osobiste marzenia o tym, jak powinna wyglądać samorządność zawodowa, a przyczyna tego tkwi już w zapisach samej ustawy izbowej. Jak bowiem większość aktów prawnych, powstających w ostatnim czasie i dotyczących różnych sfer działania ochrony zdrowia, ustawa ta obarczona jest podstawowym błędem „bylejakości”. Wówczas, gdy redagowano jej tekst w 1989 r., chodziło głównie o to, by ją „przepchnąć” przez parlament, a nie by wyposażić w prawdziwie słuszną treść, gdyż tę – jak powszechnie się uważa – można później według potrzeb nowelizować. Prowizorki tymczasem mają żywot najdłuższy, a wprowadzenie zmian może trwać latami albo nigdy nie nastąpić...

Jednakże – moim zdaniem – sam fakt, że samorząd odrodził się, dał nam – lekarzom bardzo wiele. Dał przede wszystkim poczucie tożsamości lekarskiej i – mam nadzieję – także bezpieczeństwa, chociażby poprzez działalność rzecznika odpowiedzialności zawodowej oraz sądu lekarskiego. Często narzekamy na te podstawowe organy izbowe, ale zastanówmy się, co by było, gdyby nie znalazły się w naszych rękach? (...)

A jakich moich nadziei izby lekarskie nie spełniły w ogóle? Nie dały nam możliwości decydowania o tym, co dotyczy organizacji pracy lekarzy, a także zdobywania przez nich specjalizacji. Mamy tylko niewielki wpływ na to, w jaki sposób i w jakich warunkach możemy wykonywać zawód, podnosząc jednocześnie swoje kwalifikacje, gdyż o tym decyduje głównie – i to często w sposób arogancki – administracja rządowa. Owszem, wszelkie akty prawne dotyczące funkcjonowania ochrony zdrowia są – zgodnie z wymogami ustawowymi – opiniowane przez samorząd, ale bardzo niewiele z tych opinii branych jest później pod uwagę. A to, co najbardziej mnie boli, to fakt, że nie mamy zupełnie wpływu na lekarskie uposażenia, które nijak się mają obecnie do niebotycznego obciążenia lekarzy pracą i ponoszonej przez nich odpowiedzialności za zdrowie i życie pacjentów w sytuacji, gdy placówki zdrowotne funkcjonują w warunkach permanentnego niedofinansowania.

Grzegorz Krzyżanowski

„Panaceum”, 10/04

## Podwyższyć pensje lekarzy!



Wielokrotnie pisaliśmy już o narastającej fali wyjazdów lekarzy, przewidując, że zrodzi to nowe bardzo poważne kłopoty. I oto we wrześniu media dostrzegły ten problem. Ponieważ wyjeżdżają najlepsi i najzdolniejsi, w kraju pozostaną słabsi i gorsi. Nieznany mi autor audycji z niepokojem przewiduje sytuację, gdy przy stołach operacyjnych, przed trudnym zabiegiem, od czego zależy zdrowie i życie pacjenta, staną mniej zdolni i gorzej przygotowani chirurdzy. Zgroza i strach nawet pomyśleć. Tymczasem lepsi i najlepsi operują już na Zachodzie. Zdaniem prezesa NRL, dra Konstantego Radziwiłła, liczba wyjeżdżających lekarzy może wkrótce osiągnąć 10% wszystkich lekarzy w kraju, czemu nie można się dziwić, gdyż zarobki naszych kolegów są najniższe w UE, a w Polsce lekarze zarabiają znacznie poniżej średniej krajowej.

Rząd nasz nie robi nic, aby postawić tamę wyjazdom, bo zdaje się nie dostrzegać problemu. Zaniepokojeni Węgrzy, gdzie exodus lekarzy również jest poważny, podnieśli pensje lekarzy o pięćdziesiąt, a Czesi o sto (!) procent. U nas o tym się nie mówi, bo nie można mówić o czymś, czego się nie dostrzega. Gdy członkowie rządu zachorują, z pewnością trafią do najlepszych klinik, w których zachowały się jeszcze kadry najlepszych lekarzy, albo wyjadą sobie za granicę, bo przecież pieniądze nie stanowią dla nich żadnego problemu. (...)

Nasz PKB zwiększa się dynamicznie, a roczny wzrost wynosi około 5 – 6%. Jest rzeczywiście wysoki w porównaniu z krajami, które zamiast narzekania na brak pieniędzy zdumiewająco dobrze potrafią gospodarować. Dziesięciomilionowa Portugalia, przy wzroście dochodu narodowego o 2,5%, zadziwia ogromnym ruchem inwestycyjnym i wydajnym leczeniem w większości prywatyzowanym. Lekarze w tym ubogim europejskim kraju zarabiają dobrze, przy składce na lecnictwo, podobnie jak u nas, wynoszącej prawie 8%. (...)

Podniesienie zatem uposażeń lekarzy jest konieczne, i to nie o kilka procent, lecz w takiej wysokości jak w krajach UE. Moim zdaniem jest to nieuniknione i póki to się nie stanie, trudno myśleć o poprawie bardzo kulejącego lecnictwa. Zahamuje to w pewnym stopniu ucieczkę lekarzy na Zachód, a nas uchroni w przyszłości przed lekarzami z Trzeciego Świata.

Jan Pietruski

„Biuletyn OIL w Białymstoku”, 4/04



# Jaki model polityki lekowej?

Paweł Piotrowski

Z punktu widzenia dostępności nowoczesnych procedur i leków w Polsce leczy się nie tylko gorzej niż w państwach Unii Europejskiej, ale także w porównaniu z krajami naszego regionu. Niektóre nowoczesne leki dostępne w takich krajach jak Bułgaria czy Łotwa nie są dostępne w Polsce, nie mówiąc już o Czechach czy Węgrzech. Jedną z ważnych przyczyn tego stanu rzeczy są niskie wydatki na ochronę zdrowia w Polsce i wysoki udział wydatków prywatnych w wydatkach całkowitych na ochronę zdrowia.

**C**ałkowite wydatki na ochronę zdrowia w Polsce – z uwzględnieniem parytetu siły nabywczej – wynoszą 629 USD na głowę (Czechy – 1106, Wielka Brytania – 1992, Holandia – 2626, USA – 4887), a w odniesieniu do PKB – 6,3% (7,3% w Czechach, 7,6% w Wielkiej Brytanii, 13,9 % w Stanach Zjednoczonych). Zgodnie z badaniem GUS *Ochrona Zdrowia w Gospodarstwach Domowych w 2003 r.* wydatki gospodarstw domowych na ochronę zdrowia wyniosły prawie 36% cał-

kowitych wydatków na ochronę zdrowia (w Czechach w 2001 r. udział wydatków prywatnych na ochronę zdrowia wynosił niecałe 9%).

Istotną barierą w stosowaniu nowoczesnych metod leczenia są wysokie koszty ponoszone przez pacjentów za leki. W odniesieniu do całego rynku leków (aptecznych i szpitalnych) polski pacjent dopłaca blisko 60%. Kraje UE mogą pochwalić się zdecydowanie niższym poziomem współpłacenia – w przedziale 10-40% (Holandia – 10%, Hiszpania i Szwecja – ok. 30%, Francja i Wielka Brytania – ok. 38%). Co więcej, ostatnie zmiany na liście leków refundowanych mogą spowodować, iż poziom współpłacenia za leki na receptę, który obecnie wynosi w Polsce 58%, jeszcze wzrośnie.

Konsekwencją tak wysokiego poziomu opłat za leki przez pacjentów jest obniżanie jakości leczenia (pacjentów nie stać na wykupienie potrzebnych im leków – WHO uznaje, że maksymalny stopień współpłacenia przez pacjentów to 40%). Według badania *Diagnoza Społeczna 2003. Warunki i jakość życia Polaków* średnie wydatki gospodarstw domowych na leki i inne artykuły farmaceutyczne związane z chorobą w 2003 r. wzrosły o 70% w porównaniu z rokiem 2000. Badanie wykazuje również, że prawie 34% badanych w 2003 r. brakowało pieniędzy na realizację recept lub wykupienie zalecanych leków. Z wykupienia leków zrezygnowało aż 61,5% gospodarstw domowych.

Jednocześnie, mimo że koszty leczenia w coraz większym stopniu ponoszą pacjenci, koszty funkcjonowania systemu ochrony zdrowia nie zmniejszają się.

Pojawia się pytanie: Czy lepiej wydawać pieniądze na długotrwałe leczenie szpitalne, czy wykorzystując nowoczesne leki skuteczniej leczyć pacjentów? Wiele niezależnych badań w różnych grupach terapeutycznych pokazuje bowiem, że leczenie starymi lekami jest z punktu widzenia kosztów funkcjonowania systemu niekorzystne, gdyż więcej wydaje się na leczenie szpitalne.

Przykładem może być leczenie takich schorzeń przewlekłych jak epilepsja, cukrzyca czy choroby psychiczne. Przy epilepsji leczenie starymi metodami może wręcz powodować inwalidztwo pacjentów. Natomiast stosowanie nowoczesnych leków w chorobach przewlekłych jest wielokrotnie tańsze – pozwala skrócić pobyt w szpitalu, a chorym szybciej odzyskać pełną sprawność.

Nowoczesne leki znacznie zmniejszają częstotliwość i długość hospitalizacji, a zaniechanie ich stosowania zwiększa koszty terapii i opieki nad chorymi.

Średnia cena leku sprzedawanego na receptę w Europie wynosi około 10 euro, podczas gdy tydzień pobytu w szpitalu kosztuje średnio aż 1800 euro. Terapia innowacyjnymi lekami to większy komfort dla pacjentów, krótsza absencja w pracy, szybszy powrót do zdrowia.

Co należy robić, by poprawić sytuację?

Z podobnymi problemami jak Polska borykają się inne państwa, które starają się znaleźć skuteczne rozwiązania oparte przede wszystkim o kryterium efektywności całego systemu opieki zdrowotnej. Ze względu na różnorodność systemów refundacyjnych wdra-

10 stycznia 2005 r. minister zdrowia skierował do konsultacji społecznych i debaty publicznej dokument pt. „Założenia kierunków zmian w systemie refundacji leków – tezy do dyskusji” przygotowany przez Grupę Ekspertką ds. Zmian w Systemie Refundacji przy Departamencie Polityki Lekowej Ministerstwa Zdrowia. W lutym br. zostanie opracowany projekt zmian ustawowych uwzględniający wyniki konsultacji społecznych. Dokument przedstawia propozycje zmian systemowych w zakresie refundacji leków, uwzględniające m.in. zgłaszane postulaty oraz wnioski wynikające z raportów kontroli prowadzonych przez NIK. W projekcie proponuje się m.in. wprowadzenie dwóch kategorii leków refundowanych: leki ogólnego stosowania (obejmujące dotychczasowe leki podstawowe i uzupełniające ordynowane na zasadach dotychczasowych) oraz leki specjalistycznego stosowania (obejmujące gł. kosztowne leki innowacyjne z określeniem kryteriów medycznych oraz warunków ordynacji, w których lek podlegałby refundacji; utworzenie odpowiednich krajowych rejestrów pacjentów). Minister zdrowia obiecuje, że listy refundacyjne będą częściej aktualizowane.

zanych w Europie trudno wskazać na idealne rozwiązanie. Opierając się jednak o doświadczenia państw Unii Europejskiej SPFFwP zwraca uwagę na konieczność wprowadzenia zmian w poniższych obszarach.

1. **W podejmowaniu decyzji** (np. refundacyjnych) **powinni brać udział specjaliści i pacjenci**. W skład Zespołu ds. Gospodarki Lekami powinni wchodzić także przedstawiciele Naczelnej Rady Lekarskiej i obowiązkowo powinna być zasięgana opinia konsultanta krajowego. Zabezpieczyłoby to nas przed podejmowaniem decyzji szkodliwych terapeutycznie dla pacjentów. Decyzje winny być także podejmowane przy udziale organizacji reprezentujących pacjentów. Tego typu rozwiązania są stosowane nie tylko w państwach Europy Zachodniej, ale także naszej części Europy.

Na Łotwie w skład Agencji Cen i Refundacji Leków, która zajmuje się refundacją leków, wchodzi 17 stałych członków oraz ok. 30 niezależnych ekspertów. W Czechach natomiast w skład Komitetu Kategoryzacji Leków działającego przy Ministerstwie Zdrowia razem z przedstawicielami m.in. Ministerstwa Zdrowia, Izby Lekarskiej, Izby Stomatologicznej, Ogólnego Funduszu Ubezpieczeń wchodzi także dwóch przedstawicieli organizacji pacjenckich.

2. **Przy podejmowaniu decyzji powinno się brać pod uwagę analizy farmakoekonomiczne**. Dzięki temu uniknęlibyśmy sytuacji, w których stosując „tańsze” leki nie dość, że obniżamy jakość leczenia, to jeszcze zwiększamy koszty funkcjonowania całego systemu ochrony zdrowia. Decyzje refundacyjne powinny być w większym stopniu oparte na dowodach naukowych. I tu także można korzystać z dobrych doświadczeń w naszym regionie.

W Estonii przy decyzji o refundacji konieczne są badania farmakoekonomiczne (zgodne z zaleceniami Baltic Guidelines for Economic Evaluation of Pharmaceuticals), a dane o efektywności kosztowej są jednym z czynników decydujących o refundacji.

3. **System musi działać w sposób przejrzysty i przewidywalny**, a decyzje w sprawach leków powinny być oparte o jasne i możliwe do zweryfikowania kryteria.

Przejrzystość nie tylko zmniejsza ryzyko korupcji, ale także powoduje, że środki są efektywniej wydawane (czyli, że nawet przy ograniczonych zasobach finansowych będzie można finansować

więcej potrzebnych procedur i leków). Przejrzyste reguły powodują także, że unika się decyzji wynikających z czynników pozamerytorycznych, zatem nieprzewidywalnych ani dla lekarzy, ani dla pacjentów – w efekcie częstych zmian terapii odbywających się ze szkodą dla pacjentów.

Trzeba zwrócić uwagę, że podstawowa regulacja w tym obszarze w UE (Dyrektywa 89/105/EEC z 21 grudnia 1988 r. w sprawie przejrzystości przepisów regulujących ustalanie cen produktów leczniczych oraz ich obejmowanie krajowym systemem refundacji, zwana zwykle Dyrektywą w sprawie przejrzystości, ang. *Transparency Directive*) wymaga, aby kryteria klasyfikacji terapeutycznej kierowały się obiektywnymi i możliwymi do zweryfikowania przez sąd kryteriami. Dla zwiększenia przejrzystości systemu niezwykle ważne jest także zmniejszenie rozproszenia regulacji prawnych i kompetencji poszczególnych urzędów w kwestii refundacji.

Obecnie regulacje prawne dotyczące zagadnień refundacyjnych rozproszone są w wielu aktach prawnych, a decyzje są podejmowane przez różne instytucje (Ministerstwo Zdrowia, Ministerstwo Finansów, NFZ). W celu lepszej przejrzystości wszystkie te dokumenty powinny być zebrane w jeden akt prawny.

4. **Na listach refundacyjnych powinny znaleźć się najtańsze generyki**.

W Polsce często w grupie terapeutycznej refunduje się drogie tzw. markowe leki generyczne. Natomiast refundu-

jąc tylko najtańsze generyki można – nie zwiększając wydatków na leki – wygospodarować środki na leki innowacyjne, które poprawiają jakość leczenia.

Należałoby brać także pod uwagę ceny leków generycznych w innych państwach. W części krajów UE, jeśli lek generyczny ma już swoje zamienniki w innych krajach, cena tego leku jest ustalana w odniesieniu do ceny za granicą.

**Autor jest dyrektorem Stowarzyszenia Przedstawicieli Firm Farmaceutycznych w Polsce**



rys. Małgorzata Gnyś

## Widziane z gminy

**P**rofesor pielęgniarstwa Phyllis Beck Kritek z Teksasu uczy swoje słuchaczki mające przywracać właściwe stosunki międzyludzkie niewidocznych negocjacji z lekarzami. W polskich realiach nie ma przepaści finansowej pomiędzy lekarzami a pielęgniarkami, a ustawodawca na równi traktuje działalność gospodarczą pielęgniarek i lekarzy.

W mojej gminie są dwa konkurujące ośrodki zdrowia. Jest ciężko, ale nie beznadziejnie. Zapisy do pielęgniarki rodzinnej czy położnej stały się równie ważne, co wybór lekarza. Zabiegi o pozyskanie kolejnych deklaracji wyboru lekarza, pielęgniarki oraz o zatrzymanie już zapisanych pacjentów to wspólny wysiłek białego personelu. Pielęgniarki i lekarze są skazani na współpracę nie tylko dlatego, że takie jest zawodowe powołanie oraz logika opieki nad pacjentem. Współpracę wymusza rzeczywistość.

*Bogusław Lenard*

# Światowe problemy w chorobach jamy ustnej

Choroba próchnicowa zębów, choroby przyzębia (choroby dziąseł) oraz nowotwory jamy ustnej i gardła to problemy współczesnego świata, zarówno w państwach uprzemysłowionych, jak i rozwijających się.

**W**edług WHO choroby jamy ustnej rozwijają się najczęściej wśród zubożonych społeczeństw. Raporty zawierają informacje dotyczące liczby mieszkańców globu cierpiących na chorobę próchnicową zębów. A ich liczba sięga 5 mld na całym świecie. „Utrata zębów to naturalna konsekwencja starzenia się, ale są możliwości zapobiegania tym stratom” – mówi dr Catherine Le Gales-Camus, asystentka Dyrektora Generalnego WHO. Oczywiście próchnica zębów nie jest tylko i wyłącznie problemem świata uprzemysłowionego, gdzie dotyka ona od 60% do 90% dzieci w wieku szkolnym i większość osób dorosłych.

Choroba próchnicowa zębów jest najczęściej występującą chorobą jamy ustnej w państwach Azji i Ameryki Łacińskiej. Choroby jamy ustnej i związane z tym silne cierpienie, ból, osłabienie funkcji organizmu i obniżenie jakości życia, to bardzo rozległe i bardzo kosztowne uboczne efekty chorób jamy ustnej. Leczenie tego rodzaju chorób szacowane jest od 5% do 10% kosztów opieki zdrowotnej w państwach uprzemysłowionych.

Okazuje się, że choroba próchnicowa zębów, rzadziej i w mniej drastyczny sposób, objawia się w państwach Afryki. Jednakże raporty krajowe pokazują rosnącą tendencję wzrostu zachorowalności w tym regionie. Wraz ze zmianą stylu życia, warunków życia, próchnica zębów rozprzestrzenia się w wielu już rozwijających się państwach afrykańskich. Jest to bowiem efekt rosnącej konsumpcji cukrów i braku odpowiedniego dostępu do profilaktyki.

„W wielu rozwijających się krajach dostęp do opieki dentystycznej jest ograniczony, a zęby często pozostawiane bez leczenia są usuwane

– mówi dr Poul Erik Petersen, koordynator Światowego Programu Zdrowia Jamy Ustnej WHO. – W Afryce stosunek liczby dentystów do liczby pacjentów wynosi ok. 1:150 000, natomiast wskaźnik liczby dentystów do liczby pacjentów w państwach rozwiniętych wynosi 1:2 000. Podczas, gdy został osiągnięty sukces w zwalczaniu chorób przyzębia wśród osób młodszych w krajach uprzemysłowionych, to wśród osób starszych ten problem bardzo się nasilił i stał się głównym źródłem bólu i złego stanu zdrowia jamy ustnej.”

Na skalę światową u większości dzieci występują objawy zapalenia dziąseł (krwawienia dziąseł), natomiast u dorosłych widoczne są początki chorób przyzębia. Dotkliwe choroby przyzębia są przyczyną utraty zębów, co ma miejsce u 5% do 15% całej populacji. Jak pokazują badania, w krajach uprzemysłowionych palenie papierosów jest głównym czynnikiem ryzyka w chorobach przyzębia.

Rak jamy ustnej to ósmy na liście najbardziej powszechnych nowotworów występujących u człowieka. W południowo-centralnej Azji rak jamy ustnej jest na trzecim miejscu wśród najczęściej występujących nowotworów. Wzrost zachorowań na raka jamy ustnej został odnotowany także w państwach rozwiniętych w różnych regionach świata, tj. w Danii, Szkocji, Niemczech, Australii, Nowej Zelandii, Japonii i USA. Jest pewne, że palenie tytoniu, zucie tytoniu, spożywanie alkoholu są główną przyczyną powstawania chorób przyzębia.

Nowy raport określa priorytety i cele Światowego Programu Zdrowia Jamy Ustnej WHO. Kładzie nacisk na główne czynniki ryzyka zachorowań: konsumpcję cukru, niedostatek wapnia i innych substancji odżywczych (mikroelementów), używanie

tytoniu, jako czynniki determinowane zwyczajami kulturowymi społeczności i zaleca uwzględniać takie czynniki jak niska znajomość prawa oraz prowadzić praktyczną naukę higieny jamy ustnej.

System ochrony zdrowia jamy ustnej powinien być zorientowany na podstawową opiekę i profilaktykę. Światowa Szkoła Promocji Zdrowia przy WHO kładzie w swoich działaniach szczególny nacisk na jakość edukacji na poziomie lokalnym, krajowym, regionalnym i światowym.

Istotne wydają się problemy zdrowotne osób starszych, których do roku 2050 będzie na świecie 2 mld w wieku powyżej 60 lat. Aż 80% z nich to mieszkańcy państw rozwijających się.

Program opieki dentystycznej WHO w znacznej części jest skupiony na prewencji, wczesnym diagnozowaniu, leczeniu chorób, tj. HIV/AIDS, które objawiają się m.in. poprzez grzybicę jamy ustnej, bakteryjne lub wirusowe zapalenie jamy ustnej. „Stan zdrowia jamy ustnej ma związek z ogólnym stanem zdrowia i z jakością życia, uboga opieka dentystyczna może dawać bardzo głębokie, wyraźne efekty uboczne, które będą rzutować na ogólny stan naszego organizmu i jakości życia. Ból, cierpienie, problemy z jedzeniem, zuciem, brakujące lub zniszczone zęby, przebarwienia na szkliwie mają wpływ na codzienne czynności każdego z nas i co najważniejsze odbijają się na naszym samopoczuciu” – mówi dr Petersen.

## Więcej informacji:

Catherine Le Gales-Camus

– [legalescamusc@who.int](mailto:legalescamusc@who.int)

Poul Eric Petersen, koordynator programu WHO – [petersenpe@who.int](mailto:petersenpe@who.int)



# Bezpieczeństwo stosowania leków

Paweł Górski

W ostatnim czasie na nowo rozgorzała dyskusja na temat bezpieczeństwa leków. Problem ten znany już z poprzednich lat jest zapewne trudny do uniknięcia i w przyszłości.

**O**d 1992 r. użytkowników leków, tj. lekarzy i pacjentów chroni dokument nakazujący prowadzenie badań nad nowymi lekami wg szczegółowo opisanej czterostopniowej procedury. Procedura ta nie tylko minimalizuje prawdopodobieństwo pojawienia się nieprawidłowości, ale uwzględnia podmiotowość wszystkich uczestników eksperymentu medycznego.

Pomimo wielostopniowych analiz i licznych ogniów zarówno kontroli wyników, jak i poprawności procesu badawczego trzeba pamiętać, że nie tylko niektóre działania niepożądane, ale także pozytywne cechy leku mogą być ocenione dopiero po wieloletnich obserwacjach wykonywanych już po wprowadzeniu leku na rynek. Licząc się z tym autorzy wspomnianego dokumentu szczególnej ostrożności zalecają aplikacje leków u kobiet ciężarnych i w grupie dzieci poniżej 6 roku życia. Wprowadzanie nowych leków nie jest zatem działaniem wyłącznie typu marketingowego i różni się zasadniczo od efektywnych działań towarzyszących np. reklamowaniu nowych modeli samochodów.

Na nowe leki czekają ciężko chorzy ludzie często pozbawieni szans na przeżycie lub skazani na inwalidztwo. I tak np. na refekoksyb (Vioxx) liczyły tysiące chorych na rozmaite zespoły reumatyczne nadwrażliwych na inne leki przeciwpalne. Okazał się jednak lekiem niebezpiecznym u cierpiących na chorobę wieńcową. W obecnie pojawiających się artykułach na ten temat niestety jednym tchem wymienia się leki autentycznie szkodliwe pod jakimś względem i leki, których **szkodliwość wynikała wyłącznie z niewłaściwej, niezgodnej z zaleceniami aplikacji.**

Lekiem z tej ostatniej grupy jest np. salmeterol (Serevent). W roku 1989 ukazał się pierwszy raport dotyczący szkodliwości wynikających ze stosowania monoterapii astmy za pomocą leków

zwanych agonistami beta receptora, do których należy salmeterol. W ciągu lat dziewięćdziesiątych, w kilkunastu dokumentach międzynarodowych i krajowych, grupy eksperckie przestrzegały przed stosowaniem monoterapii takimi lekami, a za podstawę farmakoterapii astmy uznano podawanie wziewnych kortykosteroidów. Miejscem agonistów receptora beta w leczeniu astmy jest terapia skojarzona, a więc stosowanie razem z kortykosteroidami wziewnymi.

Odsyłam do choćby dwóch takich dokumentów, tj. międzynarodowego tekstu grupy GINA (Global Initiative for Asthma) i stanowiska ekspertów Polskiego Towarzystwa Alergologicznego, w których terapię przewlekłej astmy wyłącznie za pomocą wspomnianych leków nazywają błędem w sztuce lekarskiej. Dyskusja nad stosowaniem salmeterolu w astmie rozgorzała po udostępnieniu pierwszych wyników badania „SMART”, w którym przedstawiono wzrost liczby zgonów z powodu astmy u afroamerykanów. Dokument ten mówi jednocześnie, że we wspomnianej grupie tylko 38% chorych otrzymywało wziewne kortykosteroidy, a zatem tylko niewiele ponad 1/3 pacjentów było leczonych salmeterolem zgodnie z zasadami.

Każdy lek może okazać się szkodliwy, jeśli jest stosowany niezgodnie z zaleceniami. Dlatego też rzekomo sensacyjna dyskusja na forum FDA nie zakończyła się wycofaniem salmeterolu z rynku, a jedynie przypomnieniem o tym, że podstawą leczenia astmy jest kortykosteroid wziewny, a salmeterol dodajemy do tego leczenia.

Zajmuję się leczeniem astmy od 32 lat. Stosuję salmeterol od początku jego zaistnienia na rynku przed 10 laty, zawsze wyłącznie w skojarzeniu z kortykosteroidami. W tym połączeniu salmeterol nie tylko poprawia doraźnie stan kliniczny chorych, ale potęguje odległe dobroczynne działanie kortykosteroidów.

Co więcej pozwala na znaczące obniżenie dawki tych leków. Połączenie kortykosteroidu z salmeterolem zmniejsza częstość zaostrzeń astmy i jest postępowaniem z wyboru u większości chorych.

Obserwowane w różnych publikacjach sensacyjne doniesienia w dziedzinie zdrowia niosą za sobą poważne niebezpieczeństwo populistycznego oddziaływania na niezwykle wrażliwą osobistą i często intymną stronę ludzkiej osobowości. Sprostowanie podanych informacji uważam za działanie w podstawowym interesie społecznym

**Autor jest prof. dr hab. med. na Uniwersytecie Medycznym w Łodzi**

## Nominacje profesorskie

**16.12. 2004 r.** w Pałacu Prezydenckim odbyła się uroczystość wręczenia nominacji profesorskich, w tym **8 przedstawicieli środowiska lekarskiego.** Z rąk prezydenta RP Aleksandra Kwaśniewskiego nominacje profesorskie otrzymali:

- **Marta Dziedzicka-Wasylewska** – Instytut Farmakologii PAN w Krakowie,
- **Mirosław Andrzej Jarosz** – Instytut Żywności i Żywnienia w Warszawie,
- **Elżbieta Krajewska-Kulak** – AM w Białymstoku,
- **Andrzej Klemens Makowski** – Instytut „Centrum Zdrowia Matki Polki” w Łodzi,
- **Irena Maria Nalepa** – Instytut Farmakologii PAN w Krakowie,
- **Ewa Jolanta Sewerynek** – Uniwersytet Medyczny w Łodzi,
- **Andrzej Tadeusz Sysa** – Instytut „Centrum Zdrowia Matki Polki” w Łodzi,
- **Teresa Janina Woźniakowska-Gęsicka** – Instytut „Centrum Zdrowia Matki Polki” w Łodzi.

I.R.

## „Oszukani z zimną krwią”

Szanowny Panie Doktorze

Do artykułu zamieszczonego w „Gazecie Lekarskiej” nr 1/2005 pt. „Oszukani z zimną krwią – znowu nic nie załatwiliśmy ...” (Andrzej Baszkowski „Oszukani z zimną krwią”, „GL” nr 1/2005 – przyp. redakcji) chciałoby się dopisać do tytułu: bo z góry było wiadomo, że tak będzie, ponieważ na „załatwianiu” w dzisiejszych czasach nie powinno to polegać, szczególnie w przypadku, gdy chodzi o działania szanowanej i poważanej korporacji zawodowej jaką niewątpliwie powinien być samorząd lekarski.

Wczytując się uważnie w treść artykułu zmuszeni jesteśmy, po raz kolejny, do postawienia pytań o sens i celowość dotychczasowych działań. Działania od wielu lat nieskutecznych, nacechowanych prowadzeniem polityki ustępstw bez żadnych ograniczeń, i co gorsza bez żadnych reakcji ze strony samorządu – chyba że za reakcją przyjąć należy jeden czy dwa listy protestu wystosowane do różnych instytucji.

Zaskoczenie wynikające z tekstu, to informacja, że były i są prowadzone jakieś rozmowy, ustalenia czy negocjacje z NFZ i MZ na temat zasad kontraktowania świadczeń zdrowotnych, które i tak dawno jednostronnie przez ustawodawcę i płatnika zostały wyreżyserowane i zrealizowane. Nie tak dawno bowiem karmiono nas informacją, że na znak protestu z powodu tej jednostronności zerwano wszelkie rozmowy i zastosowano w tej sprawie oficjalne pisma. Teraz, po kolejnym fiasku rozmów, których miało nie być, otrzymujemy informację, że znowu nas oszukano, że nikt się z nami nie liczy itp. – upatrując winnych tego stanu rzeczy w bezimiennych, jak czytamy, lekarzach reprezentujących NFZ, a którzy występują przeciwko swoim koleżankom i kolegom, przeciwko własnemu samorządowi, a tym samym jak się domyślamy przeciwko jakości i sposobom leczenia. Sugeruje się w treści artykułu, że takie działania zasługuje na reakcję Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej, a co naj-

mniej Komisji Etyki. Ale na sugestiach się kończy. Jeżeli tak było w rzeczywistości, to pytamy, dlaczego ci lekarze dalej są bezimienni, dlaczego spraw do rzecznika czy rzeczników nie skierowano, dlaczego Komisja Etyki Lekarskiej dawno już nie wszczęła postępowania. Czy dlatego, że było inaczej, czy dlatego, że nie ma wiary w skuteczność działań własnego samorządu i jego organów. Myślimy, że – po przeczytaniu zawartych w tekście sformułowań i argumentacji – wiele naszych koleżanek i kolegów zaczęło się nad tym zastanawiać, a wielu innych znających realia wybuchło śmiechem. Bowiem czy należy się dziwić, że Fundusz – Ministerstwo i jego urzędnicy realizując własną politykę, taką jaką jest dla nich najkorzystniejsza, będą przeciwko lekarzom występować czy przeszkadzać w ich dążeniach. Czy wynajęci przez nich ludzie będą działać na niekorzyść swojego chlebodawcy. Czy znając słabość i rozbić środowiska będą się z nim liczyć. Czy raczej wiedząc, że żadna krzywda i żadne konsekwencje ich nie spotkają, bez skrupułów i zahamowań, łamać będą wszystkie zasady i działać na niekorzyść swojego środowiska.

Aby do tego nie dopuścić, i aby takie sytuacje nie miały miejsca, trzeba było już dawno zacząć korzystać z przysługujących samorządowi praw, korzystać z zapisów ustawy o samorządzie, o zawodzie lekarza i z zapisów Kodeksu Etyki Lekarskiej oraz innych przewidzianych prawem i bezwzględnie je egzekwować. Ale tak nigdy nie było.

Kto bowiem w latach ubiegłych decydował o fatalnych zapisach ustaw, kto realizował zapisy ustaw, a kto wreszcie kontraktował świadczenia po stronie płatnika – jak nie w większości lekarze. Parafrazując można powiedzieć: to lekarze – lekarzom w większości zgotowali ten los.

Przykładów znamy wiele, reakcji samorządu nie znamy żadnej. Ale jakby tego było mało, to warto przypomnieć, że wielu lekarzy piastowało najwyższe urzędy w państwie, z których to urzędów musieli często odejść – nie na własne życzenie – a jeszcze dostali odznaczenia i nagrody, chyba tylko za to, że jak coś dobrego zrobili, to (w domyśle) dla siebie lub swoich najbliższych i znajomych. Byli i są wśród nich przedstawiciele samorządu lekarskiego.

To wszystko pokazuje jaka jest olbrzymia niemoc i brak możliwości prowadzenia skutecznych działań, a zarazem rodzi kolejne pytanie, kiedy wreszcie zaczniemy szukać u siebie i w najbliższym otoczeniu, wewnątrz korporacji,

przyczyn tego stanu rzeczy i wyciągać wnioski, gdzie głównym i naczelnym celem przyświecającym idei samorządu powinna być zdecydowana obrona jego członków, dbania o powagę i prestiż zawodu (w tym warunki jego dobrego wykonywania) oraz szacunek dla korporacji, której jest się członkiem.

Dlatego po tylu porażkach, po latach braku efektów działań, nie zrodziła się refleksja, że należy radykalnie zmienić sposób myślenia i postępowania, że obowiązkiem każdego członka samorządu jest nie tylko bronić jego dobrego imienia na każdym polu, ale przede wszystkim dbać o podstawy zawodowe i egzystencjalne wykonywania wolnego zawodu.

Sytuacja większości lekarzy, szczególnie tych pracujących w oparciu o umowy z NFZ i wchodzących do zawodu, jest obecnie beznadziejnie zła. Praktycznie przegrano wszystkie istotne i kluczowe sprawy dla środowiska. Lekarze po ciężkich i kosztownych studiach nie mogą znaleźć pracy – emigrują. Młodzi adepci zawodu, jeżeli mają zatrudnienie, pracują za grosze. Starsi zarabiają niewiele więcej, a zdarzają się przypadki, że niektórzy muszą korzystać z zasiłku dla bezrobotnych lub pomocy koleżanek i kolegów, aby po prostu przeżyć.

Przeegraliśmy negocjacje z Unią naszego równoprawnego statusu, w tym statusu Polskiego Lekarza Stomatologa na rzecz Dentysty, i nie tylko. Przeegraliśmy sprawy dotyczące specjalizacji, które powinny znaleźć się w gestii samorządu. Przeegraliśmy sprawy wewnętrznej autonomii prawnie nam przysługującej – to dlaczego nie moglibyśmy przegrać warunków i zasad kontraktowania świadczeń zdrowotnych. Przeegraliśmy jedną z najważniejszych rzeczy czyli integrację środowiska w szerokim tego słowa znaczeniu doprowadzając do jego rozbitcia i podziału (lub pozwalając na to).

Jako jedna z najgorzej opłacanych grup zawodowych w kraju pracujemy w ogromnym procencie jako pracownicy najemni, a nie wykonujący wolny zawód. Rodzi się w tym miejscu następne pytanie, czy krajowi decydenci lub niektórzy negocjatorzy ze strony samorządu zdają sobie sprawę w jakich warunkach i jak ciężką pracę wykonuje lekarz, aby zrealizować warunki zawarte w kontrakcie, w tym także zrealizować zasady chorej i ciągle zmieniającej się sprawozdawczości i jaka jest za to finalna zapłata. Czy którykolwiek z lekarzy pracujących dla NFZ próbował

choćby jeden raz, zgodnie z obowiązującymi przepisami i standardami, zrealizować samodzielnie kontrakt, do którego podpisywania namawia innych. Jak daleka droga dzieli tych lekarzy od szarej rzeczywistości, z jaką borykają się ich koleżanki i koledzy w swoich miejscach pracy.

W sytuacji takiej oczywiście powinno być szukanie wszelkimi sposobami innych metod skutecznego działania, korzystanie z osiągnięć innych grup zawodowych i wyciąganie wniosków. Dlaczego tak się nie dzieje? Dlaczego nie podjęto szerokiej dyskusji na ten temat, w trakcie której wypracowano by nowe rozwiązania i nowy styl działania samorządu, co w efekcie pozwoliłoby na ponowne scalenie środowiska. Dlaczego wielokrotnie przedstawiane i proponowane przez innych rozwiązania i sposoby wyjścia z zakłętą kręgą traktowane są bez zrozumienia, a często odbierane jako nieprzyjazna i niczym nie uzasadniona krytyka i przedstawiane jako ataki personalne. Pytań wiele – odpowiedzi brak.

Przeszło – straconego czasu i straconych szans na zmianę sytuacji nie można, niestety, cofnąć, ale przyszłego nie powinno się zmarnować, dlatego nie można nadal stać w tym samym miejscu, słuchać i czytać tych samych sformułowań (np. za rok) jak choćby w ostatnim Pana Doktora artykule.

Nie mamy zamiaru ani nie czujemy się kompetentni w rozliczeniu działań z przeszłości, czy też krytykowania dla samego tylko krytykowania, bo tak najłatwiej. Zbyt dużo mamy szacunku i uznania dla wielu osób z samorządu lekarskiego za wieloletnie poświęcenia, czas i wysiłek oraz pracę na rzecz korporacji, choć bez większych efektów. Trzeba jednak powiedzieć, że dla wielu – to nie znaczy, że dla wszystkich. Są tacy (na szczęście nieliczni), którzy do samorządu trafili przypadkowo i są tam tylko dla samych siebie, dla funkcji, dla stanowisk lub zaszczytów i trudno oczekiwać, aby byli pełni poświęceń i gotowości do skutecznych działań na rzecz całej korporacji. Dzisiaj najważniejsze, aby w pracach samorządu przestali przeszkadzać i przestali manipulować w celu realizacji tylko własnych interesów.

Kierując te słowa do Pana Doktora prosimy, aby w żadnym wypadku nie utożsamiać ich z własną osobą, ale prosimy je przyjąć jako uwagi kierowane do wszystkich tych, którzy nas w samorządzie reprezentują, też w zespołach negocjacyjnych na różnych szczeblach, tym bardziej że, jak słyszymy, znowu mamy

iść na jakieś negocjacje w najbliższych miesiącach, i to jak podejrzewamy znowu kompletnie nie przygotowani. Jest to o tyle ważne, że przedstawiciele władzy – osoby reprezentujące Fundusz i Ministerstwo – są w pełni świadomi, że po drugiej stronie stołu negocyjacyjnego nie mają silnego partnera, silnej reprezentacji, za którą murem stoi środowisko. Wiedzą też doskonale, że dawno dokonał się już podział środowiska (celowo zamierzony), że są klótnie i swary, i jeżeli ustalą warunki dla nich korzystne (dla nich, bo na pewno nie dla pracowników służby zdrowia i na pewno nie dla pacjentów), to i tak druga strona będzie musiała je przyjąć, lub nawet jeżeli nie przyjmie w negocjacjach, to i tak się nic nie zmieni, bo świadczeniodawcy będą musieli je podpisać, w przeciwnym razie bowiem grozi im utrata stanowisk pracy, zmiana zawodu, lub emigracja zarobkowa.

Pozostaje zatem zasadnicze pytanie co zrobić, jakie podjąć działanie, aby doprowadzić do traktowania nas i naszych przedstawicieli jako równorzędnego partnera wobec Funduszu i Ministerstwa, tak jak to ma miejsce we wszystkich cywilizowanych krajach. Otóż rozwiązanie jest tylko jedno. Trzeba zacząć wszystko od początku. Trzeba wypracować nowe zasady pracy samorządu, wypracować nowy model jego funkcjonowania, a przede wszystkim zintegrować całe środowisko służby zdrowia (jak się szacuje to grupa ponad milion ludzi i wszyscy, to wyborcy). Innej drogi nie ma. Poprawianie istniejącego stanu rzeczy nie ma sensu, bo próby takie już były i nie przyniosły żadnych rezultatów. Konieczne jest także dokonanie spokojnej i obiektywnej analizy wyników niezliczonych spotkań i konferencji, w tym podejmowanych tam uchwał i postulatów, z których tak naprawdę nigdy nic nie wyniknęło.

Zdajemy sobie sprawę z naszych subiektywnych ocen i dyskusyjnych propozycji jakie przedstawiamy, jednak stanowczo trzeba powiedzieć – dzisiaj i teraz – dalej tak być nie może! Nasza zdolność do dalszego przyjmowania przedstawianej bezradności i nieskuteczności oraz przerzucania winy na innych jak w artykule Pana Doktora już się skończyła!

Tysiące lekarzy i innych pracowników służby zdrowia podpisało kontrakty na rok 2005 na warunkach często gorszych niż w latach ubiegłych, a jak Pan pisze prawdopodobnie podpisałiby na jeszcze gorszych warunkach, bo muszą jakoś przeżyć i utrzymać swoje

rodziny. Wielu zostało wmanewrowanych w ten system, mają teraz za dużo zobowiązań i obciążeń, by nagle, z dnia na dzień, z niego się wycofać. Podpisali te kontrakty także dlatego, że doskonale wiedzieli, iż samorząd, do którego muszą należeć i który utrzymywany jest z ich składek, skutecznie się nie przeciwstawił, by kontraktów na takich warunkach nikt nie śmiał przedstawić i nie wypracował też żadnych metod zapobiegających temu, aby w takim kształcie nie były podpisywane.

Jakby tego było mało, czasami słyszymy, że to w ogóle samorządu nie obchodzi lub obchodzić nie powinno, bo samorząd powołano do innych celów.

Wszyscy po raz kolejny pozostawieni zostali samym sobie, co smutne, a wręcz tragiczne, ale niestety nad wyraz prawdziwe. Obrony i pomocy znikąd, nawet szukać nie ma sensu, bo i miejsca takiego na mapie nie widać.

Na marginesie kontraktów – wie Pan, Panie Doktorze, bo zespół negocjujący wie najlepiej – że jest wiele „różnych” kontraktów, w tym również lepszych, ale dostępnych, niestety, tylko dla nielicznych lub wąskich grup zawodowych. My także tę wiedzę mamy. I co – i nic.

Po przeczytaniu artykułu trudno mieć nadzieję, że znajdziemy skuteczne oparcie w naszym samorządzie, co szczególnie przykre, gdy mówimy o tym w czasie przypadających obchodów 15-lecia reaktywacji izb lekarskich i kiedy wydawać by się mogło, że czas nieskutecznych działań, nonszalancji, dziecięcej naiwności i snów o potęgę powinien dawno przeminąć, a powinna go zastąpić precyzyjnie opracowana strategia działań, szeroka praca u podstaw i pełny profesjonalizm w realizacji celów – czego sami sobie i Panu na koniec życzymy.

Kraków, 25.01.2005 r.

Z poważaniem

lek. stom. Andrzej Stopa  
lek. stom. Katarzyna Siembab  
lek. stom. Robert Stępień  
lek. stom. Andrzej Mazaraki  
lek. stom. Dariusz Kościelniak

**Odpowiedź dr. Andrzeja Baszkowskiego**  
zamiścimy w marcowym numerze „GL”. Redakcja

### Sprostowanie

W artykule Andrzeja Baszkowskiego pt. „Oszukiwani z zimną krwią” wydrukowanym w „GL” nr 1/2005 na str. 25, a przekazanym redakcji w roku 2004 Autor pisząc: „(...) Nie ma szans, żeby w przyszłym roku było chociaż tak jak w bieżącym. Będzie gorzej. (...)” **miał na myśli, odpowiednio, rok 2004 i rok 2005.** Serdecznie przepraszamy Czytelników mogących odnieść mylne wrażenie, że chodziło o rok 2005 i 2006. Redakcja



## „Bronię LEP-u”

**Z**e zdumieniem i niesmakiem przeczytałem w styczniowym wydaniu „GL” artykuł kol. Mariusza Janikowskiego gloryfikujący LEP (Mariusz Janikowski „To przepustka do Europy. Bronię LEP-u”, „GL” nr 1/2005). Od 19 lat jestem lekarzem praktykiem, chirurgiem i urologiem, i wiem doskonale, że nawet najlepiej zdany egzamin nie zastąpi praktycznej wiedzy, którą zdobywa się w codziennej pracy.

Tę wiedzę i umiejętności przekazują młodszym kolegom ich starsi koledzy, którzy choć nigdy LEP-u nie zdawali, są dla nich najlepszymi nauczycielami zawodu i mistrzami. Moim

młodszym kolegom życzę, aby na swojej lekarskiej drodze spotkali takich nauczycieli, jakich ja miałem i mam nadal.

Zawód lekarza wpisany jest w ustawy o obowiązkach ustawicznego kształcenia i LEP nijak ma się do tego obowiązku. To nie LEP, jak twierdzi kol. Janikowski, jest „potwierdzeniem klasy zawodowej polskiego lekarza, jego wysokiego standardu, to przepustka do Europy”. Lecz uzyskanie przez niego kwalifikacji zawodowych, uwiarygodnionych uzyskaniem specjalizacji. Nie jest również żadną „barierą przed obniżeniem klasy naszego zawodu”, ani tym bardziej „zamknięciem cyklu edukacyjnego”. Dla lekarza cyklem edukacyjnym jest całe lekarskie życie, o którym chyba dr Janikowski zapomniał w swoim artykule.

W większości krajów UE takiego egzaminu nie ma, a kształcenie podyplomowe zorganizowane jest lepiej i efektywniej

niż w Polsce. Lekarzy emigrujących w poszukiwaniu normalności, godnego traktowania i godziwych zarobków nie trzeba nikomu reklamować niepotrzebnym znakiem jakości LEP-u. Analizując pytania tegorocznego LEP-u miałem taką możliwość jako członek Krajowej Rady Egzaminów Lekarskich. Przyszła mi na myśl refleksja, czy ja po 19 latach pracy zdałbym ten egzamin. Moi starsi i bardziej utytułowani koledzy z pracy również podzielali moje wątpliwości. Cieszę się, że dr Janikowski posiada tak wszechstronną wiedzę, która upoważnia go do mentorskiego tonu wypowiedzianych sądów. Życzę mu zdania LEP-u na celująco, będzie ku temu okazja już w najbliższej sesji. Potwierdzi to jego klasę i da mu przepustkę do Europy.

Tymczasem niepokoją mnie bardzo jego osobiste wycieczki w kierunku pana dr. Krzysztofa Bukieła i OZZL, który działając od kilkunastu lat uczynił tak wiele dla tak wielu lekarzy. Jako członek Naczelnej Rady Lekarskiej i przewodniczący Okręgowej Rady Lekarskiej w Lublinie mam mandat do reprezentowania dziewięciu tysięcy lekarzy. Stanowczo odcinam się od poglądów dr. Janikowskiego, a jego atak na dr. Bukieła odbieram jako nieudolną próbę wyeksponowania swoich dokonań w samorządzie lekarskim.

Andrzej Ciołko  
Lublin

**W**ubiegłym roku zdawałem LEP. Zastanawiam się czemu miała służyć publikacja artykułu „Bronię LEP-u” Mariusza Janikowskiego. Podejrzewam, że chcecie jeszcze bardziej zniechęcić grupę młodych czytelników.

Na Zachodzie dziwią się czemu starsi koledzy podstawili nam nogę. Tak na marginesie, to LEP będzie poważnie traktowany na Zachodzie, ale dopiero dla roczników, które w 2004 r. rozpoczęły studia. Tak więc wykażcie odrobinę szacunku dla ludzi

tłamszonych psychicznie przez 6 lat studiów, dla kobiet, które z półtoramiesięcznym dzieckiem o 3 nad ranem jechały na ten bezsensowny egzamin.

Na zakończenie muszę powiedzieć, że polscy lekarze stażyści są wysoko cenieni na Zachodzie i większość mówi płynnie w wielu językach, a o ich poziom nie musi Pan się martwić.

Krzysztof

Nazwisko i adres  
znane redakcji

**J**estem na ostatnim etapie załatwiania formalności związanych z pracą w Niemczech. W ub. roku zdawałem LEP, o którym Mariusz Janikowski pisze w artykule „Bronię LEP-u”, np. że „staż w wielu krajach jest dwuletni i znacznie poważniej traktowany”. Ciekawe, bo akurat Niemcy w ubiegłym roku w ogóle znieśli staż. I dalej: „LEP, to potwierdzenie klasy zawodowej polskiego lekarza, jego wysokiego standardu, to przepustka do Europy”.

O tej przepustce sam obojętnie poinformowałem urzędniczkę zajmującą się wyłącznie uznawaniem kwalifikacji lekarzy spoza Niemiec, bo niczego o LEP-ie nie wiedziała. Była wielce zdumiona, kiedy jej opowiedziałem na jakich zasadach ową przepustkę lekarz w Polsce zdobywa.

Pan Janikowski pisze: „Chodziło nam o zachowanie wysokiego prestiżu polskiego lekarza. W traktacie akcesyjnym został więc formalnie zapisany i nie ma się czego wstydić. Jest swoistą gwarancją poziomu polskiej medycyny”. Ciekawe, że tej „przepustki” i „gwarancji poziomu polskiej medycyny” nikt za Odrą nie chciał nawet oglądać.

Ale przecież „Gazeta Lekarska” i tak o tym nie napisze. Większość z nas, młodych lekarzy, zdążyła się przyzwyczaić do stronniczości Waszych artykułów.

Maciej Gajowski

wolwal@poczta.onet.pl

REKLAMA

REKLAMA



# SKOK Izb Lekarskich

**TAK WYGLĄDAJĄ  
DUUUŻE  
PIENIĄDZE\***

## **POŻYCZKA ZIMOWA** do **25 000 PLN** **BEZ PORĘCZycIELI !!!**

Oprocentowanie  
nominalne  
od 7%

Oprocentowanie  
rzeczywiste  
od 16,74 %

| Kwota<br>Pożyczki<br>(PLN) | Okres<br>spłaty | RATA<br>(PLN) | Oprocentowanie<br>efektywne<br>w skali roku |
|----------------------------|-----------------|---------------|---------------------------------------------|
| 5 000                      |                 | 158           | 4,83 %                                      |
| 10 000                     | 36 m-cy         | 317           |                                             |
| 25 000                     |                 | 795           |                                             |

POŻYCZKA PODLEGA UBEZPIECZENIU

OFERTA DOTYCZY CZŁONKÓW SKOK IL DO 70 ROKU ŻYCIA

\*\*\*\*\*

## **Pożyczka Noworoczna** do **25 000 PLN** **BEZ PORĘCZycIELI !!!**

| KWOTA<br>POŻYCZKI<br>(PLN) | OKRES<br>SPŁATY | WYSOKOŚĆ<br>RATY<br>(PLN) | OPROCENTOWANIE<br>EFEKTYWNE<br>W SKALI ROKU | PROWIZJA |
|----------------------------|-----------------|---------------------------|---------------------------------------------|----------|
| 7 500                      | 12 m-cy         | 668                       | 6,90 %                                      | 2,5%     |
| 15 000                     | 24 m-ce         | 719                       | 7,55 %                                      |          |
| 25 000                     | 36 m-cy         | 872                       | 8,56 %                                      |          |

Oprocentowanie nominalne od 12,50 %

Oprocentowanie rzeczywiste od 17,79 %

POŻYCZKA PODLEGA UBEZPIECZENIU

OFERTA DOTYCZY CZŁONKÓW SKOK IL DO 70 ROKU ŻYCIA

\*\*\*\*\*

## **RACHUNEK SYSTEMATYCZNEGO OSZCZĘDZANIA**

| Okres<br>trwania lokaty<br>(w miesiącach) | Oprocentowanie<br>nominalne | Miesięczna<br>kwota wpłat<br>(w PLN) | Uzyskana kwota<br>oszczędności<br>po okresie |
|-------------------------------------------|-----------------------------|--------------------------------------|----------------------------------------------|
| 12                                        | 7,50 %                      | 200,00                               | 2 481,09                                     |
| 24                                        | 8,00 %                      | 200,00                               | 5 141,73                                     |
| 36                                        | 8,50 %                      | 200,00                               | 8 032,28                                     |

SZCZEGÓŁOWYCH INFORMACJI UDZIELA  
PRZEDSTAWICIEL SKOK IL W TWOJEJ OKRĘGOWEJ IZBIE LEKARSKIEJ

**Infolinia: 0 801 88 88 11\***

\* Połączenie w cenie rozmowy lokalnej



**www.skokil.pl**



\*Szczegóły już wkrótce  
na łamach  
„Gazety Lekarskiej”  
oraz stronie internetowej  
[www.skokil.pl](http://www.skokil.pl)

**Już wkrótce:**

- ✓ **KONTO  
OSOBISTE**
- ✓ **LINIA  
KREDYTOWA**
- ✓ **KARTA VISA  
ELECTRON**

• **Ile zarabia polski lekarz?** Z przedstawionego przez ministra zdrowia raportu „Zielona księga” wynika m.in., że obecnie lekarze i farmaceuci zarabiają średnio... o 30 proc. więcej niż wynosi przeciętne wynagrodzenie w gospodarce, a więc... ponad 3300 zł. A my pytamy, o jakim kraju mówi minister zdrowia. • **Kopalnie ważniejsze od szpitali.** Tylko Meksyk i Korea wydają mniej niż Polska na leczenie swoich obywateli. „A chcielibyśmy być leczeni jak w Ameryce” – pisze w „Gazecie Wyborczej” Elżbieta Cichocka. Tymczasem rząd przeznaczył 17 mld zł na pomoc dla górnictwa i jednocześnie prawie cały rok zmarnował na deliberacje, jak pomóc szpitalom. • **„Był to wybór, a nie przymusowe opłaty”.** Przed sądem grodzkim rozpoczął się proces byłego dyrektora Szpitala Klinicznego AM w Białymstoku oskarżonego o wprowadzenie w tej placówce dobrowolnych opłat od pacjentów. Jedna z przesłuchiwanych pacjentek zeznała, że nie czuła się oszukana. • **Reklama adwokata w... szpitalnej poczekalni.** Adwokat chcąc zmienić własne zasady etyki zawodowej zabraniające reklamowania praktyk adwokackich. Dziś „gdyby adwokata przyłapano na «łapaniu» klientów np. na ostrym dyżurze, mógłby stracić prawo wykonywania zawodu” – pisze „Gazeta Poznańska”. • **Uniwersytet Przyrodniczo-Medyczny w Szczecinie.** Senaty szczecińskiej Akademii Rolniczej oraz Pomorskiej Akademii Medycznej są za połączeniem obu uczelni w jeden Uniwersytet Przyrodniczo-Medyczny. • **Koniec WIML-u.** Wojskowy Instytut Medycyny Lotniczej (WIML) oraz Wojskowy Instytut Higieny i Epidemiologii im. gen. Kaczkowskiego (WIHiE) zostaną włączone do Wojskowego Instytutu Medycznego (WIM). • **Wysoka cena badań antydopingowych.** Polska jest 17 krajem w Europie i 30 na świecie posiadającym licencjonowane laboratorium antydopingowe. Niestety, koszty badań antydopingowych są bardzo wysokie. W Austrii podobnym testom poddawani są policjanci i pracownicy ochrony, a w Szwecji – kierowcy autobusów. • **NIK skontrolował endoprotezy.** Pacjenci czekają na wszczęcie nie endoprotezy stawu biodrowego od kilku miesięcy do trzech lat. Niektórzy, niezgodnie z prawem, dopłacają do zabiegu z własnej kieszeni – wynika z raportu NIK. • **Insuliny inaczej.** Resort zdrowia planuje zmiany zasad refundacji insuliny – zapowiedział minister zdrowia Marek Balicki. Krajowy producent insuliny – firma Bioton – złożyła resortowi zdrowia propozycję obniżenia cen insuliny o 15 proc.

# Leczenie uzdrowiskowe

Maria Brodowicz-Sakwa

## Ogólne wskazania i przeciwwskazania oraz obowiązujące zasady kierowania w oddziałach wojewódzkich NFZ

**S**kierowanie na leczenie uzdrowiskowe może być wystawione przez lekarza ubezpieczenia zdrowotnego na obowiązującym w Narodowym Funduszu Zdrowia formularzu (szczegółowo wypełnionym). Przy czym na leczenie w szpitalu uzdrowiskowym skierowanie wystawia lekarz zatrudniony w klinice lub szpitalu, w którym chory przebywał na leczeniu stacjonarnym, nie później niż w dniu wypisania chorego ze szpitala. Według wytycznych krajowego konsultanta w dziedzinie balneologii i medycyny fizykalnej, „w szpitalu uzdrowiskowym leczeni są pacjenci z chorobami przewlekłymi, mający zachowaną zdolność do samoobsługi, wymagający całodobowego nadzoru lekarskiego i pielęgnarskiego, zapewnienia specjalistycznych badań oraz badań czynnościowych”.

Stąd wniosek, że tylko niektórzy pacjenci, otrzymujący skierowanie na leczenie uzdrowiskowe wystawione przez oddział szpitalny lub klinikę, powinni kontynuować leczenie w szpitalach uzdrowiskowych. Pozostali kierowani są na leczenie w sanatorium lub leczenie uzdrowiskowe ambulatoryjne. Na te rodzaje leczenia skierowanie może wystawić każdy lekarz ubezpieczenia zdrowotnego. Skierowanie otrzymać winien pacjent, który może i powinien być poddany proponowanym przez uzdrowisko procedurom leczniczym, a nie pacjent, który wysłany jest do uzdrowiska w celu rekreacji (a takich skierowań, zawierających dopisek „może korzystać z leczenia bez zabiegów”, co zmienia leczenie uzdrowiskowe we wczasy z opieką lekarską – jest wiele).

Metody, jakie wykorzystuje lecnicstwo uzdrowiskowe, mają charakter bodźców leczniczych. W odpowiedzi na nie powstają reakcje adaptacyjne i kompensacyjne, których efektem

jest przestrojenie usprawniające funkcjonowanie organizmu i przyspieszające procesy regeneracji. Bodźce te jednak obciążają organizm. Nie można leczyć w uzdrowisku takich chorób, które ulegają zaostrzeniu lub uogólnieniu pod wpływem zmiennych bodźców klimatycznych i zabiegów ani chorób, w których leczenie uzdrowiskowe nie przynosi istotnych korzyści. Nie kwalifikują się również do takiego leczenia chorzy wymagający całodobowej indywidualnej opieki medycznej oraz pacjenci, którzy ze względu na stan psychiczny i osobowość są uciążliwi dla otoczenia.

### Wskazania i przeciwwskazania

Wskazania i przeciwwskazania do leczenia bodźcowego w uzdrowisku dzielą się na ogólne i szczegółowe. Przeciwwskazania ogólne obejmują jednostki chorobowe, które nie kwalifikują się do leczenia uzdrowiskowego, z powodów które wymieniłam. Te z kolei dzielą się na przeciwwskazania bezwzględne i względne.

#### Do przeciwwskazań bezwzględnych należą następujące schorzenia:

przewlekłe choroby zakaźne i nosicielstwo, choroby pasożytnicze przenoszone z człowieka na człowieka, gruźlica, choroby weneryczne, żółtaczką – niezależnie od pochodzenia, zapalenie szpiku kostnego, ogniska zapalne, grzybice skóry, choroby kwalifikujące się do zabiegów operacyjnych (kamica pęcherzyka żółciowego, nerki, zwężenie odźwiernika, krwawienie z przewodu pokarmowego, przepuklina ze skłonnością do uwięźnięcia i inne), pełnoobjawowa niewydolność krąże-



nia i oddychania, niewydolność narządowa wątroby i nerek, skazy krwotoczne ciężkiego stopnia, choroby psychiczne, psychonerwice uciążliwe dla otoczenia, niedorozwój umysłowy znacznego stopnia, zaburzenia osobowości i zachowania, zespół psychoorganiczny, ośpienie, niesprawność w zakresie samoobsługi, zniedołężnienie, choroby układu woreczkowego, nietrzymanie moczu (lub wymóg częstego cewnikowania pęcherza), nietrzymanie kału, sztuczny odbyt, alkoholizm i narkomania, padaczka z częstymi napadami, czynna choroba nowotworowa, ciąża i okres karmienia, stany po leczeniu operacyjnym lub zachowawczym nowotworu: nerki, czerniaka złośliwego, białaczki i ziarnicy złośliwej oraz chłoniaków złośliwych przed upływem pięciu lat od zakończenia leczenia, także pozostałych nowotworów przed upływem jednego roku od zakończenia leczenia.

Przeciwwskazania ogólne dotyczą również chorób towarzyszących chorobie podstawowej, określonych jako współistniejące.

Oprócz przeciwwskazań ogólnych, w każdej grupie schorzeń istnieją również przeciwwskazania szczegółowe. Z tych, chcę zwrócić szczególną uwagę lekarzy – w tym również kardiologów – na przeciwwskazania kardiologiczne. Zdarza się, że ich nieuwzględnienie powoduje, iż pod wpływem zmiany klimatu, złego przystosowania do nowego miejsca, czy trudów podróży, stan pacjenta pogarsza się na tyle, że leczenie w ścisłym sensie uzdrowskie w ogóle nie jest podejmowane lub pacjent jest odsyłany do domu albo do najbliższego szpitala. Według statystyk, rocznie kilku pacjentów z naszego województwa umiera w uzdrowskich z powodów kardiologicznych.

### **A oto kardiologiczne przeciwwskazania szczegółowe:**

ostre zapalne choroby kardiologiczne, niestabilna choroba wieńcowa, niewydolność serca III i IV wg NYHA, stan po zawale serca ze znacznie upośledzoną funkcją skurczową (<35%), z dodatnią próbą wysiłkową, z zaburzeniami rytmu, zaburzenia rytmu, napadowe migotanie z incydentami zmiany rytmu w ciągu ostatnich 6 miesięcy, częstoskurcz utrwalony lub napadowy, lub napadowy częstoskurcz w wywiadzie, migotanie komór w wywiadzie, kardiomiopatia przerostowa i rozstrzeniowa w okresie niewydolności krążenia lub z zaburzeniami rytmu, wady

serca w III i IV okresie wydolności wg NYHA lub z zaburzeniami rytmu serca, nadciśnienie tętnicze III°, nadciśnienie płucne, tętniak rozwarstwiający aorty, tętniak serca, ostre powikłania zatorowo-zakrzepowe.

### **Dokumentacja**

Do skierowania należy dołączyć (lub opisać je w odpowiedniej rubryce) następujące badania dodatkowe:

OB, morfologia krwi, analiza moczu, rtg płuc, ekg (w każdym przypadku schorzeń kardiologicznych oraz u pacjentów po 60 roku życia), poziom glukozy w surowicy krwi i informację o sposobie leczenia pacjentów z cukrzycą (jest to ważne z tego powodu, że u pacjentów z wysokimi poziomami glukozy obserwuje się objawy dekompensacji pod wpływem bodźców leczniczych).

Bardzo często załączone wyniki badań zawierają nieprawidłowości, co sprawia, że skierowanie jest odsyłane lekarzowi w celu wyjaśnienia przyczyn i ewentualnego przeleczenia pacjenta, albowiem pacjent taki nie może być poddany terapii bodźcowej. Częste informacje, że u pacjenta wykonano zabieg operacyjny, należy poszerzyć o podanie, z jakiego powodu i kiedy go wykonano. Przy czym u pacjenta operowanego z powodu choroby nowotworowej zawsze wymagane jest zaświadczenie od lekarza onkologa o aktualnym stanie, zakończeniu leczenia lub w przypadku kontynuacji – o rodzaju leczenia. Podkreślam, że przebyta choroba nowotworowa nie jest wskazaniem do leczenia uzdrowskiego jako schorzenie zasadnicze, musi być natomiast wymieniona jako schorzenie współistniejące.

Przy kierowaniu do uzdrowska pacjentów z nadczynnością tarczycy konieczna jest dodatkowa informacja, czy schorzenie jest w fazie eutyreozy (lub podanie poziomu hormonów tarczycy) oraz o stosowanym aktualnie leczeniu. Kierując pacjentów po zakrzepowym zapaleniu naczyń żylnych należy dołączyć opis lub wyniki badań usg naczyń. W przypadku obecności skrzepin w układzie naczyniowym, pacjent nie może być poddany zabiegom stosowanym w uzdrowsku – istnieje możliwość zatorów. Ważna w przypadku schorzeń angiologicznych miażdżycowych i zakrzepowo-zarostowych zapaleń tętnic jest ocena stadium schorzenia wg Fontaine'a. Przy współistniejącej padaczce konieczne jest zaświadczenie od

dokończenie na str. 30

• **Jak przeciąć korupcyjne powiązania?** Raport NIK za okres 2001-2003 wykazał m.in., że za klasyfikowanie leków na listy refundacyjne odpowiedzialne były osoby powiązane z firmami wprowadzającymi leki na polski rynek. • **Czy lekarz ujawniający korupcję jest... nieetyczny?** Dolnośląska Izba Lekarska chce postawić przed komisją etyki swojego członka, który jako dziennikarz we wrocławskim dodatku „Gazety Wyborczej” napisał o korupcji trawiącej środowisko lekarskie. DIL zarzuca autorowi artykułu pomówienie i naruszenie zasad Kodeksu Etyki Lekarskiej. • **Kosztowny naskórek z hodowli.** Bydgoskie Centrum Hodowli Tkanki jest w stanie hodować ludzki naskórek a nawet nabłonek cewki moczowej. Polskich szpitali nie stać jednak na zamawianie tkanek hodowanych *in vitro* (1 cm kwadratowy takiego naskórka kosztuje 10-15 euro). • **Krew droższa o ponad 30 proc.** Od początku 2005 r. wzrosły ceny krwi i preparatów krwiopochodnych. Cena jednostki krwi wzrosła ze 170 zł do 220 zł, czyli o ponad 30 proc. • **Polscy dentyści jadą do UK.** Już w najbliższych miesiącach do pracy w Wielkiej Brytanii (UK) wyjedzie 30 polskich dentyistów. W Polsce na 10 000 mieszkańców przypada 5 dentyistów, w Anglii i Walii – 3,7. • **Aptekarze idą na wojnę.** Polskie hurtownie farmaceutyczne na skutek nacisków Naczelnej Izby Aptekarskiej wypowiadają umowy na zaopatrywanie litewskiej sieci Euro-aptek w Polsce. Prezes Euro-aptek Vladas Numavičius poprosił o interwencję ambasadora Republiki Litewskiej w naszym kraju Egidijusa Melūnasena. • **Cały naród chce się leczyć w stolicy.** Do warszawskich szpitali coraz liczniej zgłaszają się pacjenci z całej Polski. Przez ostatni rok liczba przyjezdnych wzrosła o... 950% – wylicza Sławomir Idzikowski, dyrektor mazowieckiego oddziału NFZ. • **Polsko-litewski przeszczep szpiku.** W Szpitalu Uniwersyteckiego w Wilnie po raz pierwszy przeszczepiono pacjentowi szpik kostny od nie spokrewnionego dawcy. Dawcą szpiku jest dwudziestoletni Polak, a doboru dawcy dokonała dr Monika Sankowska z Warszawy. • **„Potrzebna krew dla ciężko chorej osoby”.** Fałszywe apele o pomoc, przykre dowcipy oraz nieprawdziwe alarmy przed wirusami krążą coraz liczniej po Internecie. Zdaniem Krzysztofa Ciebiery z Instytutu Informatyki UW jest to również forma wirusów, zapychających nasze konta pocztowe. • **Złota biżuteria za operację.** Poznański neurochirurg zażądał za wykonany zabieg operacyjny

ciąg dalszy na str. 30

ciąg dalszy ze str. 29

pieniędzy i... złotej biżuterii. Swoją „prośbę” w sprawie bransoletki i łańcuszków dla siebie i małżonki przekazał pacjentowi... na piśmie. • **Zabawy z bronią.** Lekarz z Legnicy, w zamian za korzyści majątkowe i bez niezbędnych badań psychiatrycznych i okulistycznych, wydawał zaświadczenia lekarskie osobom ubiegającym się o posiadanie broni. Za zarzucane czyny grozi mu teraz od 6 miesięcy do 8 lat więzienia. • **„Winna jest reforma służby zdrowia oraz brak na oddziale konsultanta okulisty”** – tak broni się była szefowa Kliniki Neonatologii we Wrocławiu oskarżona o narażenie na utratę zdrowia wcześniaka urodzonego na kierowanym przez nią oddziale. • **Zobaczyl łazienkę i uciekł ze szpitala.** Pacjent z zagranicy, który zobaczył łazienkę oddziału chirurgicznego stołecznego szpitala przy ul. Stępińskiej... wypisał się ze szpitala. Kierujący oddziałem prof. Jerzy Polański ma nadzieję, że po remoncie oddziału taka sytuacja już się nie powtórzy. • **Cudowny powrót do życia.** Do ofiary wypadku drogowego w Głogowie przyjechali sami sanitariusze, którzy stwierdzili zgon poszkodowanego. Po kilku minutach ofiara zaczęła się ruszać. • **Lecznice okulary po... 10 zł.** Policjanci z Przemyśla zatrzymali trzy osoby, które nielegalnie na bazarze sprzedawały lecznicze okulary. Według lekarzy okulistów tego rodzaju szkła są szkodliwe dla wzroku. • **Pediatra pójdzie pod sąd.** Poznański pediatra został oskarżony o seksualne wykorzystanie swoich nastoletnich pacjentek. Grozi mu do 10 lat więzienia. • **Fałszywe badania na prawo jazdy.** Sześciu radomskich lekarzy wystawiło łącznie... 60 fałszywych zaświadczeń lekarskich dla kandydatów zdających egzaminy na prawo jazdy. • **Pogwiżdża na bandytów.** W lutym studentki gdańskiej AM otrzymają gwizdki, które mają je chronić przed bandyckimi napadami w okolicy akademików. Pomysł podsunęła policja. • **Szpitalne znaczy niczyje.** Z toruńskich szpitali złodzieje wynoszą dosłownie wszystko: świetlówki, gaśnice, muszle klozetowe, kosze na śmiecie, elementy armatury łazienkowej – pisze „Gazeta Pomorska”. • **Złoty biznes na lekach.** Zorganizowana grupa przestępcza sfałszowała komputerowo recepty i wyłudziła refundowane leki o łącznej wartości ponad 240 tys. zł. Sześć osób działających w Rzeszowie, Szczecinie i Krakowie zatrzymało Centralne Biuro Śledcze. • **Marchewka zamiast kija.** Jedna z działających w Tychach firm nagradza tych pra-

# Leczenie uzdrowiskowe

dokończenie ze str. 29

lekarza neurologa z informacją o rodzaju napadów, częstotliwości ich występowania, stosowanym leczeniu.

Generalnie im precyzyjniej wypełnione skierowanie, tym większa pewność jego realizacji. Skierowanie wraz z wymaganymi dokumentami przesłać należy do wojewódzkiego oddziału NFZ właściwego ze względu na miejsce zamieszkania ubezpieczonego pacjenta. Jeśli zawiera ono uchybienie formalne, zwracane jest lekarzowi, który je wystawił.

## Rola konsultanta NFZ

Oceny zasadności skierowania dokonuje wyznaczony przez Fundusz lekarz konsultant – specjalista z dziedziny balneologii i medycyny fizykalnej, a od 2003 r. – również lekarz rehabilitacji medycznej. Ocena ta obejmuje: potwierdzenie celowości leczenia uzdrowiskowego, z uwzględnieniem wskazań lub przeciwwskazań, lub jego dyskwalifikację, określenie rodzaju leczenia uzdrowiskowego, wytypowanie uzdrowisk, w których może być przeprowadzone leczenie pacjenta, uwzględniając ich profile.

Profil leczniczy uzdrowiska oznacza specjalizowanie się w leczeniu określonych grup chorobowych. O profilu decydują warunki naturalne (tworzywa lecznicze: wody, peloidy, gazy, klimat), jakimi dysponuje uzdrowisko, a także przygotowanie kadry medycznej oraz posiadane wyposażenie. Stąd wymienianie w rubryce „propozycja uzdrowiska” miejscowości na życzenie pacjenta jest niecelowe. Lepiej pozostawić problem do rozstrzygnięcia konsultantowi.

Na wniosek lekarza konsultanta NFZ przysługuje prawo zmiany kwalifikacji skierowania z leczenia uzdrowiskowo-sanatoryjnego na leczenie uzdrowiskowo-szpitalne i odwrotnie. Po potwierdzeniu przez lekarza konsultanta zasadności skierowania, NFZ określa termin i miejsce, do którego pacjent otrzyma skierowanie. Ponieważ uzdrowiska funkcjonują cały rok, ani pacjent, ani lekarz nie może nalegać, by termin leczenia wyznaczono wyłącznie na okres wiosna-lato.

Zgodnie z obowiązującymi aktualnie przepisami, każdy pacjent kierowany na leczenie do uzdrowiska ma jedna-

kowe uprawnienia. Przywilejem są objęte wyłącznie dzieci, których leczenie jest nadal bezpłatne. NFZ nie finansuje pobytu w uzdrowisku opiekuna osoby ubezpieczonej. Dotyczy to zarówno opiekunów osób dorosłych, jak i opiekunów dzieci w wieku 3-6 lat, kierowanych na leczenie uzdrowiskowe.

## Podsumowując

- o skierowaniu na leczenie uzdrowiskowe winny decydować realne i konsekwentnie przestrzegane wskazania i przeciwwskazania medyczne („Nieporozumieniem i nadużyciem systemu jest kierowanie do uzdrowiska pacjenta bez właściwych wskazań i przenoszenie istoty jego pobytu w uzdrowisku z aspektu medycznego na rekreacyjny”).
- rolą Funduszu i lekarza konsultanta jest ocena formalnej i merytorycznej poprawności wystawionego skierowania oraz zaproponowanie i wybranie miejscowości, w których pacjent może być leczony (tymczasem wielu lekarzy, zwłaszcza specjalistów „wyręcza” konsultanta załączając zamiast opisu stanu pacjenta, informację: „brak przeciwwskazań do leczenia uzdrowiskowego”), a także określenie formy i terminu tego leczenia.

Zdaję sobie sprawę, że dla części lekarzy przedstawione informacje są już znane i ich przypomnienie wyda się zbyt obszerne. Tych z Państwa, u których artykuł budzi niedosyt, odsyłam do cytowanej poniżej literatury.

Maria Brodowicz-Sakwa

konsultant wojewódzki  
w dziedzinie balneologii  
dla województwa łódzkiego

Opracowano na podstawie Uchwały Zarządu Narodowego Funduszu Zdrowia – o udzielaniu świadczeń zdrowotnych na leczenie uzdrowiskowe na lata 2004-2006 (opierającej się na zarządzeniu ministra zdrowia – Dz. Urzędowy MZ nr 23, 80 i 88 z 2003 r.) oraz na podstawie Kompendium Balneologii, zawierającym wytyczne krajowego konsultanta w dziedzinie balneologii i medycyny fizykalnej – prof. Ireny Ponikowskiej, dotyczące schorzeń, które mogą być leczone w uzdrowisku, a także przeciwwskazań do takiego leczenia.

„Panaceum”, 9/11/04

## Był do zdania

Lekarski Egzamin Państwowy jest już po debiucie. 12 listopada, 8 lat od chwili wpisania obowiązku zdania LEP-u do ustawy o zawodzie lekarza, przystąpiło do niego 2888 lekarzy: 2081 stażystów oraz 807 lekarzy posiadających prawo wykonywania zawodu. Ci pierwsi dzięki zdanemu LEP-owi otrzymają pwz, drudzy otworzą sobie drogę do rozpoczęcia specjalizacji. Na egzaminie nie pojawiły się 173 zgłoszone wcześniej osoby. Część z nich z pewnością z obawy przed nieznanym. Pewnie wybiorą następny termin bogatsi o doświadczenia swoich kolegów. Do nich może dołączyć 166 osób, którym nie udało się odpowiedzieć na 56% ze 197 testowych pytań i uzyskać 111 punktów.

Egzamin zdecydowanie lepiej napisali stażyści – nie zdało 38 osób, w tym jedna z Bydgoszczy (zdawało 90). Pechowcy w dalszym ciągu są bez pwz. Na poprawienie wyniku LEP-u mają 5 lat, potem muszą jeszcze raz odbyć roczny staż. Średni wynik naszych stażystów to 143,2 pkt, krajowa średnia to 147,7 pkt. Najlepszy wynik w Polsce – 182 pkt osiągnęli lekarze z Katowic i lekarka z Krakowa. Najgorzej wypadł Lublin, gdzie LEP-u nie zaliczyło 12 stażystów. Tu średnia zdających była najniższa – 135,2 pkt.

– Egzamin pokazał, że jesteśmy dobrze przygotowani, a zarzuty ze strony NRL, że będzie dla nas weryfikacją, się nie sprawdziły – komentuje wyniki LEP-u Adam Wcisła, stażysta z Bydgoszczy, 150 pkt na egzaminie.

Lekarze z prawem wykonywania zawodu, już pracujący, na egzaminie wypadli zdecydowanie słabiej. Aż 128 nie poradziło sobie z testem, chociaż – jak mówią zdający – w przeważającej części dotyczył wiedzy praktycznej. Lekarze z pwz z negatywnym wynikiem LEP-u mogą nadal wykonywać zawód lekarza, ale do specjalizacji będą mieli otwartą drogę dopiero gdy zaliczą egzamin. Mogą do niego przystępować aż do skutku. W Bydgoszczy test pisały 32 osoby, dla 4 z nich wynik był niepomysłny.

Do LEP-u w następnym terminie zamierzają przystąpić także lekarze, którzy wprowadzić zdali egzamin, ale są niezadowoleni ze swojego wyniku.

– Na teście uzyskałem 137 punktów i mam świadomość, że to nie jest najlepszy wynik – mówi Artur, stażysta – i mogę mieć kłopoty z dostaniem się na wybraną specjalizację. Jeżeli nie dostanę się na rezydenturę z medycyny rodzinnej, będę próbował poprawić wynik egzaminu w kwietniu. (...)

Zdający uważają, że pytania z niektórych dziedzin, np. prawa medycznego czy orzecznictwa pojawiły się na teście niepotrzebnie, inne, np. krwiodawstwo, zostały potraktowane za szczegółowo, a pytania z pediatrii miały za duży stopień trudności. Najważniejsze jednak że, jak mówi stażysta Artur, test był do zdania, jego poziom nie odbiegał od testów na specjalizację. (...)

*Agnieszka Banach*

„Primum non nocere”, 12/04



@sculap.pl  
Goniec Medyczny

cowników, którzy wcale lub rzadko biorą zwolnienia L-4. Co miesiąc odbywa się losowanie, podczas którego 3 najrzadziej przebywające na zwolnieniu osoby otrzymują po... 500 zł. • **Lać czy nie lać – oto jest pytanie.** O propozycjach zmian dotyczących fizycznego karcenia dzieci w ustawie o przeciwdziałaniu przemocy w rodzinie dyskutował polski rząd. Zakaz stosowania kar fizycznych wobec dzieci obowiązuje w 10 państwach europejskich, m.in. Szwecji, Austrii i na Łotwie. • **Wystać zdrowie w kolejce.** W XXI w. w Polsce nawet z telefonicznym zapisaniem się na zabieg do szpitala są problemy, nie wspominając już o wykorzystaniu do tego celu Internetu. Zapisanie do kolejki w większości szpitali odbywa się osobiście. • **„Nie będziemy czekali na RUM”.** Przychodnie w Małopolsce, zniecierpliwione czekaniem na ogólnopolski elektroniczny rejestr usług medycznych (RUM), wprowadziły własne karty magnetyczne dla swoich pacjentów. • **Leczenie balonami.** Klinika Gastroenterologii białostockiej AM rozpoczyna leczenie otyłości u 15 pa-

dokończenie na str. 33

REKLAMA

REKLAMA



# Przychodzi lekarz do prawnika



**Pytanie lekarza:** *Jakie są zasady pełnienia dyżuru pod telefonem? Czy nadzór pełniony przez ordynatora i zastępcę może być traktowany jako ciągły i bezpłatny dyżur pod telefonem? Jakie akty prawne to normują?*

**Odpowiedź prawnika:** Dyżur pod telefonem jest pełniony poza zakładem opieki zdrowotnej przez czas umówiony. Zobowiązanie do pełnienia dyżuru pod telefonem łączy się z pozostawaniem w gotowości do udzielenia świadczeń zdrowotnych. W takim przypadku za każdą godzinę pozostawania w gotowości do udzielenia świadczeń zdrowotnych przysługuje wynagrodzenie w wysokości 50% stawki godzinowej wynagrodzenia zasadniczego, a w przypadku wezwania do zakładu opieki zdrowotnej pracownikowi przysługuje wynagrodzenie jak za czas pełnienia dyżuru medycznego.

Nadzór pełniony przez ordynatora lub jego zastępcę nie jest traktowany jako ciągły i bezpłatny dyżur pod telefonem (chyba, że takie ustalenie jest poczynione i ordynator jest faktycznie i prawnie zobowiązany do dyżurowania pod telefonem). W takiej sytuacji obowiązki nadzoru przejmuje lekarz pełniący dyżur medyczny w zakładzie opieki zdrowotnej. Pełnienie dyżurów medycznych reguluje ustawa o zakładach opieki zdrowotnej z 30 sierpnia 1991 r. (Dz.U. nr 91, poz.408, z późn. zmian.: Rozdział 4 Czas pracy pracowników zakładu opieki zdrowot-

nej, od art.32g. do 32l). Problemy obowiązków pracowniczych reguluje kodeks pracy z 26 czerwca 1974 r., tekst jednolity Dz.U.1998 nr 21, poz.94 z późn. zmian.

opr. Dorota Karkowska

**Pytanie lekarza:** *Czy lekarz dyżurujący 24 godziny może w nocy spać? Czy ma znaczenie na jakim oddziale pracuje?*

**Odpowiedź prawnika:** Pojęcie dyżuru medycznego zdefiniowane jest w przepisie art. 18d ustawy z 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej (Dz. U. nr 91, poz. 408 z późn. zm.). Otóż zgodnie z powołanym przepisem dyżur medyczny to wykonywanie, poza normalnymi godzinami pracy, czynności zawodowych przez lekarza (lub innego posiadającego wyższe wykształcenie pracownika wykonującego zawód medyczny) w zakładzie opieki zdrowotnej przeznaczonym dla osób, których stan zdrowia wymaga udzielania całodobowych świadczeń zdrowotnych.

W rozumieniu przepisu art. 128 kodeksu pracy czas pracy, to czas pozostawiania pracownika w dyspozycji pracodawcy. W świetle powyższego można stwierdzić, że czas dyżuru medycznego odpowiada kodeksowemu pojęciu czasu pracy, bowiem pracodawca może wówczas dysponować czasem pracownika.

Jednakże, z woli ustawodawcy, unormowania ustawy o zakładach opieki

zdrowotnej dotyczące dyżurów medycznych (art. 32j ustawy) różnią się od regulacji czasu pracy zawartej w kodeksie pracy. Zgodnie z powołanym przepisem art. 32j ustawy o zakładach opieki zdrowotnej czas dyżuru medycznego, to wykonywanie czynności zawodowych poza normalnymi godzinami pracy.

Stosownie do art. 32j ust. 2 cytowanej ustawy czas pełnienia dyżuru nie jest zaliczany do czasu pracy. Dyżur medyczny jest kategorią odrębną od kodeksowych regulacji czasu pracy. W szczególności dyżur medyczny nie jest dyżurem pracowniczym, o jakim stanowią przepisy kodeksu pracy; nie można także czasu pełnienia dyżuru medycznego utożsamiać z czasem pracy w godzinach nadliczbowych. Przemawiają za tym uregulowania zawarte w omawianym art. 32j ustawy o zakładach opieki zdrowotnej, które określają sposób wynagradzania za pełnienie dyżuru medycznego, jak również postanowienie, że za czas pełnienia dyżuru – generalnie – nie przysługuje czas wolny od pracy. Tylko w przypadkach uzasadnionych ordynator (kierownik) może zwolnić pracownika z części dnia pracy, po zakończonym dyżurze, z zachowaniem prawa do wynagrodzenia.

Zgodnie z poglądami prezentowanymi w doktrynie (Z. Kubot „Pojęcie dyżuru medycznego”, PiZS z 2000/4/13) w ustawowym pojęciu dyżuru medycznego mieści się zarówno czas rzeczywistego wykonywania pracy, jak pozostawanie w stanie gotowości do rzeczywistego



**Skutecznie zapobiega niedoborom informacji**

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

@esculap.pl

www.esculap.pl

DENDRITE

potrzebny portal medyczny



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

stego wykonywania pracy. Zatem czas dyżuru medycznego to swoiste połączenie efektywnie wykonywanej pracy, gotowości do wykonywania pracy, a także wypoczynku, w tym również snu (tak w wyroku TK z 24.10. 2000 r., K 12/00, OTK z 2000 r. nr 7, poz. 255).

Reasumując: dyżur medyczny jest szczególną formą aktywności zawodowej i zgodnie z panującymi poglądami pracownik pełniący dyżur medyczny może w czasie nocnego dyżuru spać.

Natomiast stopień intensywności pracy „rzeczywistej” wykonywanej podczas dyżuru zależy od zdarzeń losowych, od zaistniałej w danym momencie konieczności, potrzeby, a nie od oddziały, na którym pełniony jest dyżur.

*opr. Magdalena Sender*

**Pytanie lekarza:** *Czy umowa pomiędzy fundacją (działającą w dziale ochrony zdrowia) a lekarzem psychiatrą mającym zarejestrowaną prywatną praktykę lekarską o świadczenie usług w zakresie konsultacji medycznej (psychiatrycznej) zobowiązuje lekarza do: prowadzenia dokumentacji medycznej zgodnie z rozporządzeniem dotyczącym zakładów opieki zdrowotnej?; przechowywania jej w siedzibie fundacji?; jakie prawo reguluje to zobowiązanie?*

**Odpowiedź prawnika:** Ustawa z 5 grudnia 1996 r. o zawodzie lekarza (Dz. U. z 1997 r. nr 28, poz. 152 z późn. zm.) w art. 41 ust. 1 nakłada na lekarza obowiązek prowadzenia indywidualnej dokumentacji medycznej pacjenta.

Kwestie dotyczące prowadzenia dokumentacji medycznej przez lekarza udzielającego świadczeń zdrowotnych poza zakładem opieki zdrowotnej uregulowane są przez przepisy rozporządzenia ministra zdrowia z 30 lipca 2001 r. w sprawie dokumentacji medycznej, sposobu jej prowadzenia oraz szczegółowych warunków jej udostępniania (Dz. U. nr 83, poz. 903).

Dokumentacja medyczna to dokumentacja wewnętrzna (historia zdrowia i choroby); przeznaczona jest dla lekarza.

Drugi rodzaj dokumentacji medycznej to dokumentacja zewnętrzna. Do tej grupy należą: skierowania do szpitala lub innego zakładu opieki zdrowotnej, skierowania na badania diagnostyczne

i konsultacje, karta przebiegu ciąży, zaświadczenia, orzeczenia i opinie lekarskie oraz inne dokumenty o podobnym charakterze i przeznaczeniu.

Zgodnie z przepisem § 4 przywołanego powyżej rozporządzenia dokumentacja zewnętrzna przeznaczona jest dla pacjenta, który korzysta ze świadczeń zdrowotnych udzielanych przez lekarza.

Lekarz przeprowadzający konsultację na zlecenie lekarza kierującego obowiązany jest przekazać lekarzowi kierującemu pełne dane o wynikach konsultacji, wraz z rozpoznaniem choroby.

W kwestii przechowywania dokumentacji medycznej powoływane rozporządzenie stanowi w § 15, że dokumentacja wewnętrzna jest przechowywana u lekarza, który sporządził dokumentację, natomiast dokumentacja zewnętrzna – ale tylko dokumentacja w postaci zleceń lub skierowań – pozostaje u lekarza, który zrealizował zlecane świadczenie zdrowotne.

Zatem przepisy rozporządzenia nakładają na lekarza udzielającego konsultacji obowiązek przechowywania w dokumentacji skierowań oraz zleceń, na podstawie których zrealizował zlecane świadczenie zdrowotne.

Natomiast opinia medyczna, będąca wynikiem konsultacji, powinna zostać dołączona do historii zdrowia i choroby pacjenta, a zatem powinna być przechowywana razem z historią zdrowia i choroby u lekarza prowadzącego dokumentację wewnętrzną. Wyniki konsultacji umieszcza się bowiem w historii choroby w części dotyczącej porad ambulatoryjnych lub wizyt domowych (§ 9 ust. 3 pkt 5 rozporządzenia).

Mając powyższe na uwadze należy stwierdzić, że lekarz prowadzący prywatną praktykę lekarską obowiązany jest prowadzić dokumentację medyczną zgodnie z przepisami rozporządzenia ministra zdrowia z 30 lipca 2001 r. w sprawie dokumentacji medycznej, sposobu jej prowadzenia oraz szczegółowych warunków jej udostępniania (Dz. U. nr 83, poz. 903). Natomiast dokumentacja medyczna w postaci wyniku konsultacji winna być przechowywana u lekarza prowadzącego historię zdrowia i choroby pacjenta.

*opr. Magdalena Sender*

**Materiały udostępnione dzięki uprzejmości Domu Wydawniczego ABC, wydawcy CD-ROM-u „Serwis Prawo i Zdrowie” [www.prawoizdrowie](http://www.prawoizdrowie)**

**@sculap.pl**

**Goniec Medyczny**

dokończenie ze str. 31

cjentów poprzez umieszczenie w ich żołądkach silikonowych balonów. To pierwszy taki projekt na Podlasiu i jeden z pierwszych w Polsce. Dla chorych leczenie jest bezpłatne, ale będą musieli pokryć koszty zakupu balonu (ok. 3 tys. zł). • **Cholera nas nie weźmie.** Ze względu na bardzo krótki okres wylęgania nie ma możliwości, aby cholera przedostała się do naszego kraju wraz z Polakami wracającymi do ojczyzny po klęsce żywiołowej w basenie Oceanu Indyjskiego – uspokaja dr Romuald Goraj, który leczył w latach siedemdziesiątych ofiary epidemii cholery w Afryce. • **Nowy angiograf na Podlasiu.** W Zakładzie Kardiologii Inwazyjnej szpitala klinicznego białostockiej AM uruchomiony został nowy angiograf. • **Bank zapachów, i nie tylko.** W Szczecinie na terenie po byłych koszarach wojsk radzieckich powstało nowoczesne centrum kryminalistyczne. • **Jak najwcześniej wykryć Alzheimera.** Dzięki dotacji z UE w Ścinawie na Dolnym Śląsku powstanie pierwszy w Polsce ośrodek diagnozowania i leczenia osób we wczesnym stadium choroby Alzheimera. Będzie to filia wrocławskiej AM. • **Coraz więcej defektów metabolicznych.** Rośnie liczba dzieci w Polsce rodzących się z genetycznie uwarunkowanymi chorobami metabolicznymi – informuje prof. Anna Tyłki-Szymańska z Instytutu „Pomnik – Centrum Zdrowia Dziecka” w Warszawie.

Goniec Medyczny jest elektronicznym biuletynem informacyjnym, wysyłanym bezpłatnie raz w tygodniu na ponad 70 000 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  
Dendrite International  
[www.esculap.pl](http://www.esculap.pl)  
e-mail: [jkosiaty@esculap.pl](mailto:jkosiaty@esculap.pl)



W styczniowym numerze „Gazety Lekarskiej” ukazała się informacja o przeprowadzonej 25 listopada 2004 r. konferencji pt. „Pytania etyczne dotyczące biotechnologii prenatalnej”. Organizatorem konferencji, jak wiadomo, była Komisja Etyki Lekarskiej NRL.

**G**enezę konferencji należy szukać w II Krajowym Zjeździe Lekarzy w Bielsku Białym w 1991 r., kiedy uchwalono pierwszą wersję Kodeksu Etyki Lekarskiej, a raczej jeszcze wcześniej – w czasie opracowywania pierwszego projektu kodeksu, a więc w 1990 r. Wtedy dyskusja często zamieniała się w spór. Taki był czas.



Obecnie czas jest inny, potrzebna jest spokojna debata. Jednak o taką debatę jest dziś w skonfliktowanej Polsce dość trudno. Wielu wciąż woli spór niż racjonalną dyskusję. Jako temat konferencji wybraliśmy najtrudniejszy problem

bioetyczny naszych czasów – problem, który niesie ze sobą zarówno szanse, jak i zagrożenia dla ludzkiego gatunku. Mamy nadzieję, że racjonalna debata się powiedzie.

Uznaliśmy, że początkiem debaty powinno być sformułowanie logicznych pytań; postawienie pytań nie może być samo w sobie przedmiotem sporu, natomiast udzielanie odpowiedzi na pytania nie postawione prowadzi do sporu absurdu. Logiczne pytanie często samo w sobie spór rozwiązuje.

Podczas 6 godzin obrad 25 listopada 2004 r. wybitni specjaliści z wielu dziedzin postawili znaczną liczbę pytań etycznych dotyczących biotechnologii prenatalnej. W następnych numerach „Gazety Lekarskiej” zamierzamy publikować streszczenia wygłoszonych na konferencji wykładów, eksponując pytania etyczne.

Zaczynamy od opublikowania znakomitego wystąpienia rzecznika praw obywatelskich prof. Andrzeja Zolla. W odróżnieniu od pozostałych wykładów to wprowadzające wystąpienie prezentowało sytuację prawną w Polsce w omawianej dziedzinie. Uznaliśmy, że taki wykład jest niezbędny dla zapoczątkowania debaty. Jesteśmy gorąco wdzięczni Panu Profesorowi za zaszczycenie nas swoją obecnością na konferencji oraz za znakomity i bardzo potrzebny wykład.

*Jerzy Umiastowski*  
przewodniczący Komisji Etyki NRL

# Czy można mówić o statusie prawnym komórek macierzystych?



foto: Marek Stankiewicz

*Andrzej Zoll*

W polskim porządku prawnym brakuje wyraźnego uregulowania statusu prawnego komórek macierzystych.

**P**olska nie ratyfikowała również Konwencji o Ochronie Praw Człowieka i Godności Istoty Ludzkiej wobec Zastosowań Biologii i Medycyny przyjętej przez Komitet Ministrów Rady Europy 19 listopada 1996 r. Uważam, że szczególnie pilne jest ratyfikowanie tej konwencji zawierającej także przepisy, które, chociaż pośrednio, należy odnosić do oceny prawnej pozyskiwania komórek macierzystych.

Problem jest natury zasadniczej. Komórki macierzyste, zgodnie z wynikami opublikowanych badań, stwarzają szansę na dokonanie rewolucji przy leczeniu wielu schorzeń. Zastosowanie tych komórek w celach leczniczych, jak również samo badanie nad ich zastosowaniem, nie jest i nie może być prawnie i etycznie obojętne. Źródłem pozyskiwania komórek macierzystych są bowiem embriony ludzkie ulegające przy procesie pozyskiwania tych komórek zniszczeniu lub uszkodzeniu. Nie chodzi więc, mówiąc ściśle, o status prawny komórki macierzystej, lecz o status prawny embrionu ludzkiego – dawcy komórki i tym samym o ocenę prawną pozyskiwania komórek. Można nawet odnieść wrażenie, że próba przerzucenia ciężaru zagadnienia na sam status prawny komórki macierzystej ma być ucieczką od konieczności podjęcia na nowo dysku-

sji o podmiotowości prawnej embrionu ludzkiego.

Pomimo że od ujawnienia możliwości zastosowania komórek macierzystych w procesach terapeutycznych minęło już kilka lat, to nadal brakuje także w przepisach międzynarodowych bezpośrednich wypowiedzi. Ostatnio słyszeliśmy o zawieszeniu dyskusji na ten temat w ONZ. Kontrowersje wzbudziło wyraźne dopuszczenie do badań nad komórkami macierzystymi, a więc także ich pozyskiwanie w prawie Zjednoczonego Królestwa. Brak regulacji jest niewątpliwie spowodowany wyjątkową delikatnością zagadnienia. Istotnym konfliktem pomiędzy kwestionowaną często wartością życia ludzkiego od poczęcia a dążnością człowieka do dokonywania odkryć naukowych i szansą ich wykorzystania w podnoszeniu jakości życia ludzkiego. Prawo zasadniczo musi czekać na wyniki naukowe, by móc właściwie ocenić zagrożenia dla dóbr społecznie wartościowych, jakie związane są z określoną działalnością, którą chce poddać reglamentacji. Trzeba jednak stwierdzić, że w tym wypadku czas na regulację już nastąpił.

Zjawisko jest dostatecznie rozpoznane. Dobra są zdefiniowane i zagrożenia dla nich ustalone. Musi się więc zdecydować, czy i w jakim zakresie określone dobra chcemy chro-



nić, jak chcemy rozstrzygać ewentualny konflikt pomiędzy wieloma dobrami i jakie konsekwencje prawne mają być związane z naruszeniem dóbr przez działalność zakazaną prawnie. Należy jednak dokładnie zbadać, czy twierdzenie o braku regulacji prawnych odnoszących się do procedury pobierania komórek macierzystych od embrionów ludzkich - bez względu na cel takich dokonań - jest twierdzeniem w pełni uzasadnionym na gruncie polskiego prawa. Odpowiedź na to pytanie zależy jednoznacznie od odpowiedzi na pytanie dotyczące statusu prawnego embrionu ludzkiego.

Skoro pobranie komórek macierzystych prowadzi do zniszczenia embrionu, to legalność takiego działania musi być uzależniona od tego, czy embrion ludzki podlega ochronie prawnej i jaki jest ewentualnie charakter tej ochrony, tzn. czy i w jakim zakresie dopuszczalne są wyjątki usprawiedliwiające poświęcenie chronionego prawem dobra. Nie da się więc uniknąć odpowiedzi na pytanie, z jakim momentem rozpoczyna się ochrona życia ludzkiego.

W tym miejscu muszę podkreślić, że dla udzielenia odpowiedzi na to pytanie nie jest już tak istotne rozstrzygnięcie kontrowersji, czy każdy człowiek jest osobą. Obowiązujące w Polsce prawo chroni niewątpliwie życie człowieka, jako takiego, nie uzależniając tej ochrony od przypisania człowiekowi takich lub innych cech. Ta ochrona dotyczy także okresu prenatalnego. Orzeczenie Trybunału Konstytucyjnego z 28 maja 1997 r. nie pozostawia w tym zakresie żadnej wątpliwości. Ustawa z 30 sierpnia 1996 r. o zmianie ustawy o planowaniu rodziny, ochronie płodu ludzkiego i warunkach dopuszczalności przerywania ciąży oraz zmianie niektórych innych ustaw wprowadziła w art. 1 pkt. 2 następujące brzmienie art. 1 nowelizowanej ustawy: „**Prawo do życia podlega ochronie, w tym również w fazie prenatalnej w granicach określonych w ustawie.**”

Trybunał w powołanym orzeczeniu tym m.in. stwierdził: **Art. 1 pkt 2 ustawy z 30 sierpnia 1996 r. o zmianie ustawy o planowaniu rodziny, ochronie płodu ludzkiego i warunkach dopuszczalności przerywania ciąży oraz zmianie niektórych innych ustaw (Dz. U. 1996 r. nr 139, poz. 646), w zakresie w jakim uza-**

**leżnia ochronę życia w fazie prenatalnej od decyzji ustawodawcy zwykłego, jest niezgodny z art. 1 oraz art. 79 ust. 1 przepisów konstytucyjnych z 17 października 1992 r. o wzajemnych stosunkach między Rzecząpospolitą Polską i wykonawczą Radą terytorialnym (Dz. U. 1992 r. nr 84, poz. 426; zm.: z 1995 r. nr 38, poz. 148, nr 150, poz. 729; z 1996 r. nr 106, poz. 488) przez to, że narusza konstytucyjne gwarancje ochrony życia ludzkiego w każdej fazie jego rozwoju.**

Stanowisko Trybunału Konstytucyjnego ma jeszcze mocniejsze podstawy na gruncie obecnie obowiązującej Konstytucji, w której gwarantowana jest ochrona życia każdego człowieka (art. 38). Można więc stwierdzić, że w momencie powstania genomu ludzkiego mamy do czynienia z człowiekiem, którego życie jest przedmiotem ochrony prawnej. Potwierdza to także ustawa z 6 stycznia 2000 r. o Rzeczniku Praw Dziecka, w której w art. 2, pkt 1 stanowi się, że w rozumieniu tej ustawy dzieckiem jest każda istota ludzka od poczęcia do uzyskania pełnoletności. To samo stanowisko zajmuje Konwencja o Prawach Dziecka z 20 listopada 1989 r. przyjęta przez Zgromadzenie Narodowe ONZ. Trudno jest kwestionować na gruncie obowiązujących dzisiaj w Polsce przepisów, że embrion ludzki jest traktowany jako człowiek i jako takiego życie jego podlega ochronie prawnej, i to ochronie wyprowadzanej wprost z Konstytucji. W związku z tym działania skierowane przeciwko embrionowi muszą być uznane za bezprawne, chyba że ich tzw. wtórna legalność zostanie uznana przez prawo na zasadzie okoliczności wyłączającej bezprawność czynu. Sytuacja taka powstaje w szczególności w wypadku konfliktu dóbr i ustawa określa, które z dwóch kolidujących ze sobą dóbr mogą być zgodnie z porządkiem prawnym i leżąc u jego podstaw aksjologią poświęcone dla ratowania drugiego z dóbr.

Obowiązujące w Polsce prawo przewiduje określone wypadki, w których ustawa zezwala na poświęcenie życia dziecka w stanie prenatalnym. Wszystkie te wypadki odnoszą się do przerywania ciąży. Nie wszystkie przewidziane w tej ustawie sytuacje wydają się pozostawać w zgodzie z Konstytucją.

Nie ma natomiast w naszym porządku prawnym żadnej normy, która zezwalałaby na pobieranie komórek macierzystych od embrionów powstałych z zapłodnienia *in vitro*. Embrion taki, mimo innego, niż naturalny, sposobu jego powstania, nie traci charakteru embrionu ludzkiego. Również i do niego odnosi się nakaz ochrony życia ludzkiego. Wyraźnie stanowi to Konwencja Bioetyczna w art. 18 stwierdzając, że nawet w tych wypadkach, w których prawo zezwala na przeprowadzanie badań na embrionach *in vitro*, powinno ono zapewnić odpowiednią ochronę tym embrionom. Ten sam przepis Konwencji Bioetycznej zakazuje tworzenia embrionów ludzkich dla celów naukowych. Jest charakterystyczne, że ustawa z 26 października 1995 r. o pobieraniu i przeszczepianiu komórek, tkanek i narządów wyłącza z zakresu swojego zastosowania pobieranie tkanek embrionalnych i płodowych (art. 1 ust. 1). Wyraźnie to wskazuje na wyłączenie w tych wypadkach możliwości wtórnej legalizacji.

Dla naszych dalszych rozważań podstawowy problem wynika z art. 30 Konstytucji, który to przepis stanowi, że przyrodzona i niezbywalna godność człowieka jest źródłem wszelkich wolności i praw. Godność człowieka związana jest z jego człowieczeństwem jako takim. Nie zależy od stopnia rozwoju jednostki ludzkiej, ani od poziomu jego samoświadomości. Godność przynależna człowiekowi jest właściwością charakteryzującą także dziecko w rozwoju prenatalnym od stanu poczęcia.

Embrion ludzki obdarzony jest godnością. Wynika z tego, że może być jedynie traktowany podmiotowo, nigdy nie może być przedmiotem służącym osiągnięciu celów leżących poza nim samym. Nie może być więc użyty do tworzenia komórek macierzystych służących terapii innych ludzi. Życie i zdrowie embrionu ludzkiego nie mają tylko wartości biologicznej, ale ich wartość odpowiada wartości życia lub zdrowia ludzkiego.

Powyższe prowadzi do jednoznacznego wniosku, że na gruncie obowiązującego prawa polskiego, i to bez względu na cel, jaki by miał przyświecać stosującemu zabieg, pobieranie komórek macierzystych prowadzących do uszkodzenia embrionu ludzkiego jest zachowaniem bezprawnym.

Tam, gdzie jest przepływ ogromnych pieniędzy, tam często zdarzają się przypadki łamania prawa dla pozyskiwania materialnych korzyści.

# Prawo i medycyna

*Stanisław Sterkowicz*

Każdy człowiek w swoim życiu, od narodzin do śmierci, wielokrotnie spotyka się ze świadczeniami medycznymi. Na opiekę medyczną wydaje się ogromne pieniądze (w Polsce w 2002 r. wg danych statystycznych ok. 600 dolarów rocznie na jednego mieszkańca.)

**T**ak właśnie dzieje się w Polsce w odniesieniu do opieki zdrowotnej. Wprawdzie jest ona unormowana odpowiednimi przepisami prawnymi, obserwuje się jednak powszechne ich łamanie i nieskuteczność organów odpowiedzialnych za egzekwowanie ich przestrzegania.

Świadczenia medyczne realizowane są w Polsce w trzech strefach, które umownie określa się jako: strefę białą, czarną i szarą. W każdej z nich dochodzi do naruszenia obowiązujących norm prawnych, a także do odmiennego stosunku władz do ich wykrywania i karania.

Wszystkie te naruszenia prawa pośrednio lub bezpośrednio godzą w podstawowe wartości człowieka, jakimi są: życie i zdrowie. Z tego powodu naruszenia te nie powinny być nigdy marginalizowane przez władze. Władze te powinny dokładać starań dla ich wykrywania i karania.

Z tego obowiązku władze wywiązują się w sposób niedostateczny, z bardzo negatywnymi skutkami dla społeczeństwa. Mamy dobre prawo, ale złe jego egzekwowanie.

## **Strefa biała**

świadczeń medycznych to legalna praktyka uprawnionych ustawowo pracowników w publicznych, niepublicz-

nych i prywatnych zakładach leczniczych. Najczęściej spotykane tu naruszenia prawa to: nieświadome lub świadome błędy w sztuce leczenia, zanie dbania w udzielaniu pomocy medycznej, niedostateczna staranność przy wykonywaniu zabiegów itp. Ze względu na swój charakter, niezajomość medycyny u świadczeniobiorców, naruszenia te wykrywane są w znikomym stopniu.

Przypadki naruszeń obowiązującego prawa, o ile zostają zgłoszone organom ścigania, stają się przedmiotem dochodzeń i podlegają karom. Wykrywalność tych wykroczeń jest jednak utrudniona przez powszechnie znaną solidarność zawodową lekarzy oraz obawy poszkodowanych przed ich zgłaszaniem. Skarżący liczyć się musi bowiem z możliwością lub nawet koniecznością szukania w przyszłości pomocy medycznej u tej osoby, na którą zgłasza skargę. W przypadkach, gdy dochodzi do karania, uderzające jest to, że sądy nie korzystają w ogóle z praw odbierania prawa wykonywania zawodu lekarza czasowego lub na stałe, wobec sprawców ciężkich i ohydnych czynów. Warto tu przytoczyć przykłady z niedawnej historii II wojny światowej.

W czasie tej wojny kilkunastu lekarzy niemieckich zabijało w obozach koncentracyjnych chorych więźniów

zastrzykami fenolu podawanego do serca. W powojennych procesach sądowych wielu z tych lekarzy otrzymało kary długoletniego więzienia. Byli jednak często szybko amnestionowani i po uwolnieniu powracali do wykonywania swego zawodu. Na zapytania sędziów orzekających w tych sprawach – dlaczego ferując wyroki nie odbierali tym lekarzom mordercom prawa wykonywania zawodu lekarza na stałe – odpowiadali, że nie przypuszczali, aby ci lekarze, po tym, co robili, zdolni byli podejmować ponownie pracę lekarską. Ocena zdolności samokrytycznej przestępców swoich czynów jest zawodna. Winno się o tym pamiętać i ludziom nikczemnym, popełniającym czyny nikczemne, powinno odbierać się na stałe prawo wykonywania zawodu obdarzonego wysokim zaufaniem społecznym.

## **Strefa czarna**

zawodów medycznych to wykonywanie przez uprawnionych ustawowo pracowników świadomie czynów zakazanych przez prawo dla korzyści materialnych. Ta czarna strefa praktyk medycznych jest bardzo obszerna. Zaliczyć tu należy uzależnienia od korzyści materialnych wykonywania w publicznych za-

REKLAMA

REKLAMA

kładach leczniczych świadczeń medycznych, wydawanie fałszywych zaświadczeń lekarskich różnego rodzaju – o niezdolności do pracy, o niemożności odbywania kary więzienia, od stawiennictwa w sądzie, o chorobach dających uprawnienia do renty itp.

Uderzająca jest nie tylko nagminność i łatwość pozyskiwania tych zaświadczeń przez zainteresowanych, ale również bezkrytyczne ich odbieranie przez odbiorców.

Szczególnie duża liczba naruszeń prawa w strefie czarnej dokonywana jest w tzw. podziemi ginekologicznym przy dokonywaniu nielegalnych przerwania ciąży. Ich liczbę ocenia się na 150-200 tys. rocznie w Polsce. Władze w ogóle nie reagują na to powszechne łamanie prawa.

Łamiący prawo, w świadomości tej tolerancji władz dla ich zabiegów, ogłaszają się w środkach medialnych tylko dyskretnie je kamuflując. Wszyscy wiedzą o co chodzi w tych ogłoszeniach, tylko władze odpowiedzialne za przestrzeganie prawa tego nie domyślają się. Tworzy to atmosferę legalnego przyzwalania na nielegalne zabiegi.

Cóż warto jest w Polsce prawo w warunkach dopuszczalności przerywania ciąży? Prawo, które w ten sposób jest lekceważone i naruszane przestaje być prawem. Dlaczego zatem utrzymuje się je?

### **Strefa szara**

świadczeń medycznych to usługi świadczone przez osoby ustawowo nieuprawnione do ich udzielania. Należą do nich różnego rodzaju uzdrowiacze, z których najbardziej pospolici są bioenergoterapeuci, zielarze, kregarze. Niektórzy z nich pozorują legalność zabiegów zgłaszając je jako działalność gospodarczą. Działają więc zgodnie z ustawą o działalności gospodarczej, a niezgodnie z ustawą o działalności lekarskiej.

Ta szara strefa świadczeń medycznych jest powszechna i tak jak ma to miejsce z nielegalną działalnością ginekologów dokonujących przerwania ciąży również cieszy się tolerancją ze strony władz.

Działalność ta jest łatwo wykrywalna, ale władze nie podejmują w tym kierunku żadnych działań. Obowiązujące w odniesieniu do ich działalności prawo o zawdzie lekarza staje się martwą ustawą.

### **Wykrywalność**

Mamy w Polsce ogromną przestępczość związaną ze świadczeniami medycznymi. Wykrywalność tych prze-

stępstw jest znikoma w porównaniu do ich liczby. To wierzchołek ogromnej góry lodowej. Wykrywalność ta opiera się głównie na spontanicznych zgłoszeniach osób poszkodowanych do organów prokuratury.

Porównajmy tylko liczbę wysoce prawdopodobnych przerwania nielegalnych ciąży w Polsce (ok. 150 tys. rocznie) z liczbą postępowań karnych za ich wykonywanie (kilka lub kilkanaście rocznie). Porównajmy liczbę również szacunkową działających w Polsce różnego rodzaju uzdrowiaczy (ok. 70 tys.) z liczbą prowadzonych przeciw nim postępowań karnych (kilka lub kilkanaście rocznie). Z reguły zresztą i te postępowania kończą się umorzeniami z powodu znikomych szkodliwości ich czynów. Jest więc w Polsce niezwykle przyjazny klimat dla nieprzestrzegania prawa dotyczącego zdrowia.

Zestawmy te dane z innymi. W Polsce onkolodzy stwierdzają ok. 5 tys. zgonów rocznie osób chorych na nowotwory złośliwe z powodu opóźnień jedynego i właściwego leczenia. A te opóźnienia wynikają z korzystania uprzednio ze świadczeń u różnego rodzaju uzdrowiaczy. Według ocen polskich badaczy w Polsce co najmniej 20 tys. zgonów rocznie wynika z niewłaściwych postępowań leczniczych, z niepożądanego działania leków, niewłaściwych ordynacji, z błędów w sztuce lekarskiej, z zakażeń wewnątrzszpitalnych wynikłych z niedostatecznego nadzoru itp. Problem więc tych naruszeń prawa jest ogromny i niezwykle poważny. Niestety, jest on niedostrzegany przez władze odpowiedzialne za bezpieczeństwo zdrowotne.

Trudno odpowiedzieć dlaczego tak się dzieje. Czy z zaniedbania, czy z wygodnictwa, czy ze świadomego działania? Czy ten stan ma trwać nieprzerwanie?

Nie można opierać zwalczania przestępczości związanej z opieką zdrowotną tylko na zgłaszaniu przypadków naruszeń prawa przez osoby poszkodowane do organów ścigania. To stanowczo za mało i nie daje rezultatów oczekiwanych przez społeczeństwo: likwidacji patologii występujących powszechnie w tej tak ważnej dziedzinie życia. Potrzebne są działania systemowe, chociażby podobne do tych, jakie stosuje się w odniesieniu do przestępstw drogowych. Wypadki drogowe w Polsce powodują przeciętnie 6 tysięcy zgonów rocznie i równie wysoką liczbę inwalidztwa u osób poszkodowanych. Większość wypadków drogowych powodowanych jest

przez nietrzeźwych kierowców lub niesprawne pojazdy. Dla zmniejszenia tej wypadkowości na naszych drogach prowadzi się systematyczne kontrole drogowe, badające trzeźwość kierowców i sprawność pojazdów. Karze się kierowcę nietrzeźwego, nawet gdy nie spowodował żadnego wypadku. Nietrzeźwego kierowcę traktuje się jak potencjalnego zabójcę.

Podobnie powinno się traktować osoby udzielające bez uprawnień ustawowych świadczenia medyczne. Nie można ich działalności nielegalnej traktować jako znikomo szkodliwą, a zgony spowodowane ich praktykami jako wymysły onkologów.

Takich działań systemowych dla zwalczania patologii istniejącej w polskiej opiece zdrowotnej nie jest w stanie wprowadzić zwykły szary obywatel. Nie zmniejszą tych patologii działania prokuratorów rozpatrujących doniesienia o nieprawidłowych przypadkach leczenia w opiece zdrowotnej.

Tylko władze centralne zdolne są wprowadzić właściwe i skuteczne działania systemowe dla zwalczania różnego rodzaju patologii w opiece zdrowotnej. Potrzeba do tego determinacji władz w tym kierunku, a tej, niestety, wciąż brakuje.

Władza nie dostrzega ani grozy tego zjawiska, ani powszechności patologii w opiece zdrowotnej, ani też ich tragicznych skutków.

Można pomniejszać te patologie m.in. przez wprowadzenie stałej kontroli osób wykonujących świadczenia zdrowotne czy posiadają ustawowe uprawnienia. Należałoby wprowadzić ustawę o zakazie reklamowania w mediach środków leczniczych nie posiadających atestu urzędu do spraw rejestracji leków.

Karani winni być ci, którzy ogłaszają środki lecznicze bez tego atestu, jak i instytucje medialne przyjmujące takie reklamy. Można by mnożyć przykłady takich działań.

Inicjatywy w tym kierunku mogą pochodzić od różnych podmiotów, a w szczególności ze strony Ministerstwa Zdrowia, Ministerstwa Sprawiedliwości, Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji, Naczelnej Rady Lekarskiej i Farmaceutycznej, jak również i od obywateli, którym na sercu leży dobro polskiej opieki zdrowotnej. Dobrze byłoby, aby tym zagadnieniom poświęcone były debaty publiczne przy udziale wymienionych podmiotów.



# Zmiany

*Bogdan Jakubski*

1 stycznia 2005 roku przyniósł szereg zmian w strukturach organizacyjnych i funkcjonowaniu Zakładu Ubezpieczeń Społecznych dotyczących każdego obywatela naszego kraju. Lekarzy zmiany te dotyczą podwójnie; z racji obywatelstwa i z racji zawodu.

**Z**mniejszeniu uległa liczba oddziałów Zakładu. Jest ich obecnie 42. Największe zmiany dotyczą orzecznictwa lekarskiego. Na podstawie § 9, ust.1 rozporządzenia ministra polityki społecznej z 14 grudnia 2004 r. w sprawie orzekania o niezdolności do pracy (Dz. U. nr 273, poz. 2711) ZUS utworzył komisje lekarskie będące drugą instancją w systemie orzekania o niezdolności do pracy.

Komisje te będą działały w składach 3-osobowych i zostały utworzone w 24 oddziałach (Białystok, Bydgoszcz, Chorzów, Gdańsk, Kraków, Kielce, Lublin, Łódź, Nowy Sącz, Olsztyn, Opole, Ostrów Wlkp., Piła, Poznań, Rzeszów, Rybnik, Sosnowiec, Szczecin, Tomaszów Mazowiecki, Wałbrzych, IO/ZUS Warszawa, II O/ZUS Warszawa, Wrocław, Zielona Góra).

Swym zasięgiem terytorialnym będą obejmowały od 1 do 3 oddziałów. Ich

zadaniem będzie rozpatrywanie sprzeciwów i zarzutów wadliwości wniesionych do orzeczeń lekarzy orzeczników.

Dotychczas, na podstawie jednoosobowo wydanego orzeczenia przez lekarza orzecznika, wydawana była przez ZUS decyzja, od której dopiero przysługiwało prawo odwołania do Sądu Pracy i Ubezpieczeń Społecznych.

Obecny system zakłada, że w maksymalnej liczbie przypadków orzeczenia lekarzy orzeczników będą wręczane osobom badanym bezpośrednio po badaniu. Wręczając orzeczenie lekarz będzie informował o możliwym środku odwoławczym. Odpowiednie pouczenie będzie zawierał także sam formularz orzeczenia.

Osoba badana nie zgadzająca się z orzeczeniem lekarza orzecznika będzie mogła w ciągu 14 dni zgłosić sprzeciw od orzeczenia i wówczas sprawę rozpatrzy komisja lekarska.

Również Prezes ZUS poprzez nadzór sprawowany przez Naczelnego Lekarza i głównych lekarzy orzeczników oddziałów będzie mógł, wobec orzeczeń uznanych za nieprawidłowe, wniesić zarzut wadliwości. Zarzut ten wnosi się również w ciągu 14 dni, o fakcie tym powiadamia osobę zainteresowaną, a sprawę ponownie rozpatrzy komisja lekarska. W takiej sytuacji dopiero po rozpatrzeniu sprawy przez komisję Zakładu Ubezpieczeń Społecznych wyda decyzję. Podobne decyzje wydaje się na podstawie orzeczenia lekarza orzecznika, o ile nie wniesiono wobec niego sprzeciwu lub zarzutu wadliwości.

Od wydanej decyzji przysługuje oczywiście prawo odwołania do sądu, przy czym sąd odrzuci odwołanie, o ile nie została wykorzystana pełna droga

odwoławcza w ramach postępowania w ZUS-ie.

Zasadniczej zmianie ulegają także zasady przyjmowania wniosków o wydanie orzeczenia przez lekarza orzecznika ZUS-u.

Do wniosku, tak jak dotychczas, musi być dołączone zaświadczenie lekarskie wydane przez lekarza leczącego, z tym że data wydania tego zaświadczenia nie może być wcześniejsza niż 30 dni od daty złożenia wniosku. Do wniosku powinna być również dołączona wszelka dokumentacja medyczna będąca w posiadaniu wnioskodawcy. Wnioski nie zawierające powyższej dokumentacji będą zwracane celem uzupełnienia.

Wszystko to ma na celu stworzenie warunków do wydania orzeczenia przez lekarza orzecznika do rąk osoby badanej, bezpośrednio po przeprowadzeniu tego badania, by w razie niezgadzania się z nim można było jak najszybciej złożyć sprzeciw i zostać zbadanym przez komisję lekarską.

Tylko w wyjątkowych przypadkach lekarz orzecznik będzie mógł odroczyć wydanie orzeczenia i zlecić uzupełnienie dokumentacji o opinie konsultanta lub psychologa, albo o wyniki badań dodatkowych lub obserwacji szpitalnej.

Tak więc wniosek o wydanie orzeczenia od początku odpowiednio udokumentowany to nie tylko sprawne i właściwe załatwienie sprawy w relacji wnioskodawca – ZUS, ale także uniknięcie konfliktów i nieporozumień na linii pacjent – lekarz.

**6 stycznia 2005 r.**

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

REKLAMA

REKLAMA

# Prewencja rentowa ZUS-u

Marek Sacharuk

Począwszy od 1990 r. Zakład Ubezpieczeń Społecznych wzorem wielu zagranicznych instytucji ubezpieczenia społecznego realizuje program rehabilitacji leczniczej w ramach prewencji rentowej.

**C**elem tego programu jest przywrócenie zdolności do pracy osobom ubezpieczonym, które w wyniku choroby albo urazu są zagrożone długotrwałą lub trwałą utratą zdolności do pracy, ale rokuja jej odzyskanie po zastosowaniu odpowiedniego postępowania diagnostyczno-leczniczo-rehabilitacyjnego.

Podstawę realizacji programu stanowią: art. 69 ustawy z 13 października 1998 r. o systemie ubezpieczeń społecznych (Dz.U. z 1998 r. nr 137, poz. 887 z późn. zm.) i rozporządzenie Rady Ministrów z 12 października 2001 r. w sprawie szczegółowych zasad i trybu kierowania przez Zakład Ubezpieczeń Społecznych na rehabilitację leczniczą oraz udzielania zamówień na usługi rehabilitacyjne (Dz.U. nr 131, poz. 1457).

Zakład pokrywa w całości koszty kompleksowej rehabilitacji leczniczej wraz z kosztami zakwaterowania i wyżywienia oraz zwraca kierowanym osobom poniesione koszty przejazdu z miejsca zamieszkania do ośrodka i z powrotem najtańszym środkiem komunikacji publicznej.

Z uwagi na główne przyczyny chorobowe niezdolności do pracy rehabilitacja lecznicza prowadzona jest obecnie w schorzeniach narządu ruchu, układu krążenia, układu oddechowego i chorobach psychosomatycznych.

O przeprowadzenie rehabilitacji leczniczej w ramach prewencji rentowej ZUS-u wnioskować może każdy lekarz prowadzący leczenie.

Wniosek sporządzony na dowolnym formularzu powinien zawierać w szczególności: pieczęć placówki medycznej, w której wniosek wystawiono, imię i nazwisko i wiek ubezpieczonego, numer PESEL, adres zamieszkania i tel. kontaktowy, rozpoznania (w jęz. polskim) ze wskazaniem jednego z profili schorzeń, w którym prowadzony jest program ZUS-u, informację o okresie niezdolności do pracy, opinie w sprawie rokowania powrotu do pracy po zakończeniu procesu rehabilitacji, podpis i pieczęć lekarza. Wniosek ten należy złożyć w oddziale ZUS-u właściwym dla miejsca zamieszkania ubezpieczonego.

Podstawą skierowania ubezpieczonego do ośrodka rehabilitacji jest orzeczenie o potrzebie rehabilitacji, które może być wydane przez lekarza orzecznika Zakładu: • na wniosek lekarza leczącego, • podczas kontroli prawidłowości orzekania o czasowej niezdolności do pracy, • podczas orzekania w sprawie przedłużenia okresu zasiłkowego, • przy ustalaniu uprawnień do świadczenia rehabilitacyjnego oraz podczas orzekania o niezdolności do pracy dla celów rentowych.

Aktualnie funkcjonujący system rehabilitacji leczniczej w ramach prewencji rentowej ZUS-u oparty jest w wymiarze programowo-organizacyjnym o dorobek naukowy i osiągnięcia twórcy „Polskiej Szkoły Rehabilitacji” profesora Wiktora Degi oraz kontynuatora jego idei profesora Mariana Weissa.

Jednym z warunków realizacji prowadzonego programu jest położenie nacisku na stosowanie nowoczesnych metod i technik rehabilitacyjnych o udokumentowanej skuteczności, zgodnie ze standardami przyjętymi w Europie i na świecie.

Wybór ośrodków rehabilitacyjnych do współpracy z Zakładem dokonywany jest wyłącznie w drodze postępowania konkursowego. Dla zobiektywizowania warunków postępowania konkursowego określono w ZUS-ie standardy medyczne niezbędne do prowadzenia rehabilitacji, ustalono normy zatrudnienia kadry medycznej i specjalistycznej, określono minimum programowe niezbędnych zabiegów oraz niezbędną bazę rehabilitacyjną i hotelową, a także procedury dokonywania merytorycznej kontroli i oceny procesu rehabilitacji ubezpieczonych.

Miejsca w ośrodkach rehabilitacyjnych realizujących na podstawie umów z ZUS-em program rehabilitacji w określonym profilu schorzeń są w stałej dyspozycji Zakładu, co pozwala na skrócenie czasu oczekiwania na rozpoczęcie rehabilitacji do ok. dwóch tygodni. Ubezpieczony kierowany jest do ośrodka rehabilitacyjnego położonego najbliżej miejsca zamieszkania. Przy kierowaniu uwzględniane są wszelkie przeciwwskazania dotyczące miejsca rehabilitacji (np. klimatyczne) zgłoszone przez lekarza wydającego orzeczenie.

Zgodnie z zapisem zawartych umów realizacja programu rehabilitacji leczniczej w ramach prewencji rentowej ZUS-u poddawana jest systematycznej kontroli dla utrzymania odpowiedniego poziomu i rzetelności wykonywanych usług rehabilitacyjnych. Kontrole w ośrodkach rehabilitacyjnych obejmują w szczególności: dokumentowanie procesu diagnostyczno-leczniczo-rehabilitacyjnego i wyników rehabilitacji, dokumentowanie procesu rehabilitacji psychologicznej, działań w zakresie promocji zdrowia i edukacji zdrowotnej, przestrzeganie standardów określonych przez ZUS oraz prawidłowość rozliczeń finansowych z Zakładem.

Rocznie program rehabilitacji obejmuje ponad 60 tys. osób, a wg badań statystycznych prowadzonych przez ZUS ok. 40% ubezpieczonych poddanych rehabilitacji leczniczej, w ramach prewencji rentowej ZUS-u, przez rok po jej zakończeniu nie pobiera żadnych świadczeń. W drugim roku po odbyciu rehabilitacji świadczeń nie pobiera już ponad połowa ubezpieczonych.

W chwili obecnej dzięki współpracy z ośrodkami rehabilitacyjnymi do dyspozycji kierowanych osób pozostaje ponad 4000 łóżek w skali turnusu, co w przeliczeniu na pięćdziesięciolóżkowe oddziały szpitalne daje znaczącą w skali kraju liczbę oddziałów rehabilitacyjnych. Posiadają one wysoko kwalifikowaną kadrę medyczną i specjalistyczną oraz odpowiednią bazę diagnostyczno-leczniczo-rehabilitacyjną umożliwiającą prowadzenie kompleksowej rehabilitacji leczniczej na właściwym poziomie, zgodnym z aktualną wiedzą medyczną.

Doświadczenia zdobywane podczas realizacji programu pozwoliły na wypracowanie zasad medycznych i organizacyjnych prowadzonych działań. Jednolitą formą organizacyjną współpracy ZUS-u z ośrodkami rehabilitacyjnymi oparta na przejrzystej podstawie prawnej oraz konkretny cel, jakim jest przywrócenie zdolności do pracy poprzez poprawę funkcji organizmu skierowanych osób, decyduje o efektywności programu.

**Autor, dr n. med., jest naczelnym lekarzem ZUS-u.**

# Badania kliniczne na progu XXI wieku

Według analityków z *Lehman Brothers* w latach 1998-2002 firmy farmaceutyczne wprowadzały na rynek średnio 59 leków rocznie. Na lata 2002-2006 prognoza jest skromniejsza – tylko 50 leków rocznie.

**C**o gorsza ten trend nie dotyczy tylko ilości, ale również oryginalności nowych produktów leczniczych. Mniej niż 30% z leków wprowadzanych na rynek w 2003 r. stanowiły leki prawdziwie innowacyjne, pierwsze lub drugie w swojej klasie terapeutycznej. Pozostałe 70% to nowe wersje już zarejestrowanych preparatów („*me-too drugs*”).

Wyprodukowanie nowego leku staje się coraz trudniejsze i coraz droższe. Według S. Walkera, szefa *Centre for Medicines Research International*, całkowity roczny budżet zaangażowany w działalność badawczą koncernów farmaceutycznych osiągnął w 2003 r.

ok. 50 mld dolarów, tj. o 25% więcej niż w roku 1998.

*TUFTS Center for the Study of Drug Development* ocenia, że koszt wprowadzenia nowego leku na rynek wynosi ok. 1 mld dolarów. Coraz mniej firm stać na utrzymanie własnego laboratorium badawczego oraz samodzielne prowadzenie badań klinicznych. W poszukiwaniu nowych pomysłów firmy sięgają do niecodziennych rozwiązań... takich jak np. udostępnienie poprzez Internet wzoru molekuly chemicznej o obiecujących parametrach farmakologicznych i ogłaszanie wysokich nagród dla każdego, kto zaproponuje firmie rozwiązanie, którego bezskutecznie poszukują naukowcy zatrudnieni w laboratoriach firmowych.

Najdroższą i najbardziej obwarowaną wymogami prawa częścią rozwoju nowego leku są właśnie badania kliniczne. Właściwe przygotowanie, przeprowadzenie i udokumentowanie fazy badań klinicznych stanowi najważniejszy etap w drodze leku na rynek. Proces ten jest ściśle regulowany przez odpowiednie przepisy i nadzorowany (w Polsce od 1 maja br. obowiązują dyrektywy UE), zarówno przez organizatorów badań, jak i odpowiednie agencje rządowe. Wypełnienie wszystkich warunków wydłuża czas badania, co z kolei ogromnie podnosi ich koszty i sprawia, że z punktu widzenia ekonomicznego takie inwestycje przestają być opłacalne dla producenta.

Brak spodziewanych zysków staje się przyczyną, że nie prowadzi się intensywnych prac nad pewnymi grupami leków. Przykładowo, program poszukiwania nowych preparatów przeciwnowotworowych nie jest intensywnie rozwijany pomimo ogromnej rzeszy cho-

rych, gdyż wiadomo, że potencjalnych odbiorców nowego leku nie będzie stać na jego zakup.

Nie prowadzi się także prób klinicznych z preparatami, które nie są objęte ochroną patentową. Kolejne zagrożenie stanowi brak pomysłów na nowe leki. W badaniach znajduje się bardzo mało nowych, obiecujących antybiotyków, oczekiwań nie spełniają badane grupy nowych preparatów hipotensyjnych. Rozwiązaniem mogłoby być zwiększenie nakładów na badania podstawowe w celu poszukiwania obiecujących substancji.

Dokąd więc zmierza rozwój nowych leków oraz badań klinicznych? Doszliśmy do momentu, w którym bariera kosztów okazuje się skuteczną przeszkodą dla postępu medycyny. Konieczna staje się krytyczna analiza procedur prawnych, roli niezależnych placówek badawczych oraz systemu finansowania ochrony zdrowia i całej nauki. Dopiero wypracowanie wspólnej płaszczyzny pomiędzy wszystkimi stronami daje szansę na uniknięcie spadku liczby i innowacyjności nowych leków.

**Beata Kozłowska-Boszek**

beata.kozlowska-boszek@gcppl.org.pl,

Stowarzyszenie

na Rzecz Dobrej Praktyki

Badań Klinicznych w Polsce

**Zbigniew Gaciong**

zgaciong@hotmail.com,

kierownik Katedry i Kliniki

Chorób Wewnętrznych,

Nadciśnienia Tętniczego i Angiologii

AM w Warszawie

**Piśmiennictwo oraz więcej informacji na temat badań klinicznych na stronie: [www.gcppl.org.pl](http://www.gcppl.org.pl)**

REKLAMA

REKLAMA



# Od pikniku do igrzysk

REKLAMA

Kapryśna zima na przełomie roku nie zniechęciła ponad 100 uczestników I Zimowego Pikniku Narciarskiego, który odbył się w dn. 7-9 stycznia w Nowym Targu.

**N**a zaproszenie organizatorów: Maćka Jachymiaka, miejscowego psychiatry, animatora Ogólnopolskich Igrzysk Lekarskich w Zakopanem oraz Jacka Tętnowskiego, przewodniczącego Komisji Kultury i Sportu ORL w Kra-



kowie, na wyciągu narciarskim w Zadziale spotkały się lekarskie rodziny z całej Polski.

Mimo iż pogoda nie pozwoliła na rozegranie zawodów w narciarstwie klasycznym, nie zabrakło emocji w rywalizacji w slalomach równoległym i gigantycznym, carvingu, snowbordzie, zjeździe na krechę. W swoich kategoriach wiekowych najwięcej sukcesów wśród pań odniosły: Marzanna Danecka z Katowic, Agnieszka Kania z Opola, Danuta Lewandowska z Koniakowa, Gabriela Gulak oraz „letnia mistrzyni” Katarzyna Klimala z Częstochowy. Wśród panów „ślazacy” Przemysław Stefaniak, Leszek Klimczak, Przemysław Nowak i „koniakowski” góral, wielokrotny medalista mistrzostw świata medyków Janusz Lewandowski.

W rywalizacji dzieci wysoki poziom demonstrowały pociechy bielskich ro-



dzin Szałajków i Wilamów, Wolskich z Nowego Targu, Smyłów z Tychów oraz Kasia Solecka, a w snowbordzie Ola Prusek z Krakowa, Grześ Książek z Redy, Tomek Jachymiak z Nowego Targu. „Najbezpieczniejszy zjazd” był dziełem 6-letniej Julii Ceryn z Mławy.

Dużą inwencją wykazali się uczestnicy „zjazdu na byle czym” wybierając za sprzęt m.in. łopatę (Mirka Przyłuska), miskę (Olga Prusek), latający dywan (Agnieszka Kania), wycieraczkę samochodową (Małgorzata Tętnowska), reklamę igrzysk lekarskich (Maciek Jachymiak) oraz zwycięzcy tej rywalizacji rodzina Wilamów z Bielska, konstruktorzy narciarskiej karetki pogotowia.

Kilka dni sportowej rywalizacji pokazało potrzebę organizacji zimowej imprezy łączącej dyscypliny odpowiadające tej porze roku, potwierdzoną przez organizatorów zaproszeniem na I Zimowe Igrzyska Lekarskie w przyszłym roku. Znając ich zapał i determinację już warto szlifować formę i motywować rodzinę.

Warto podkreślić historyczny występ drużyny hokejowej lekarzy w meczu z



drużyną turnieju amatorów w Nowym Targu zakończony niewielką porażką 2:3. Honoru naszego zawodu bronili na lodzie nowotarżanie Hubert Wolski, Wacław Ujwary, Lucjan Habieda, Piotr Świst, Witold Kalata, Maciej Jachymiak oraz z Bydgoszczy Dariusz Możdżeń i Sławomir Listopadzki, Adam Dyrda z Mikołowa, Jacek Prusek z Krakowa.

Na deser rozegrano spotkanie lekarzy z Nowego Targu z lekarską „resztą Polski”, zakończone rzutami karnymi po bezbramkowym remisie zwycięstwem gości 2:1.

Wyniki zawodów zostały zamieszczone na stronie internetowej [www.igrzyskalekarskie.org](http://www.igrzyskalekarskie.org)

*Krzysztof Makuch  
Zdjęcia z archiwum  
Maćka Jachymiaka*

REKLAMA

- **Data imprezy, Miejscowość, Organizator, Nazwa imprezy**
- **15.01.**, Radziechowy Wieprz, Beskidzka OIL, dr Maciej Pająkowski, tel. 0-602-177-857, **Mistrzostwa Polski Lekarzy w NARCJARSTWIE BIEGOWYM**
- **11-13.02.**, Bystre k. Baligrodu, dr Maria Szuber, tel. 0-608-595-510, e-mail: mszuber55@wp.pl, **VIII Ogólnopolskie Mistrzostwa Lekarzy w NARCJARSTWIE ALPEJSKIM „BYSTRE 2005”**
- **3-6.03.**, Gliwice, Polskie Stowarzyszenie Tenisowe Lekarzy, **Halowe Mistrzostwa Lekarzy w TENISIE ZIEMNYM**
- **4.03.**, godz. 18.00, Klub Lekarzy OIL w Łodzi, dr Barbara Szefer-Marcinkowska, czł. Komisji Kultury ORL w Łodzi, 93-005, Łódź, ul. Czerwona 3, tel. (0-42) 683-17-91, e-mail: bsb20@wp.pl, tel. 686-28-10, **V Ogólnopolska BIESIADA LITERACKA**
- **19.03.**, Falmirowice k/Opola, e-mail: maniek@puknt.pl, dr Robert Nanowski, **II MP lekarzy w KOLARSTWIE PRZELAJOWYM**
- **3.04.**, Bukówiec Górny, Leszek Walczak, ul. Rataja 11, Leszno, tel. 0-601-754-720, **IX Mistrzostwa Polski Lekarzy w ramach XXI BIEGU SOKOLA**
- **16-17.04.**, Olsztyn – Hala Urania, Warmińsko-Mazurska OIL w Olsztynie i Fundacja Huberta Jerzego Wagnera w Olsztynie, **Mistrzostwa Polski Lekarzy w PIŁCE SIATKOWEJ**
- **kwiecień**, Dębica, Zenon Piechota, OIL Rzeszów, tel. (0-17) 853-58-37, **Mistrzostwa Polski Lekarzy w PŁYWANIU**
- **2-3.05.**, **10-11.09.**, Łeba – plaża zachodnia, dr Ryszard Tomaszczuk, dr Brunon Hokusz, Łeba, Wróblewskiego 3, tel. (0-59) 866-15-78, **X Jubileuszowe Grand Prix Amatorów w ŻEGLARSTWIE DESKOWYM – 2 części**
- **14 lub 21.05.**, Zielona Góra, dr Maciej Cerbiński, ul. Braniborska 9/B, 65-001 Zielona Góra, tel. 0-601-790-707, **IV Mistrzostwa Polski Lekarzy w WIELOBJOJACH LEKKOATLETYCZNYCH**
- **16-19.06.**, Częstochowa, dr Lesław Rudziński, ul. Waszyngtona 42, Częstochowa, tel. 0-601-913-381, **IV Ogólnopolski Turniej TENISA ZIEMNEGO Lekarzy**
- **21-22.05.**, Piła, dr Dariusz Nowakowski, ul. Chodzieńska 23, 64-920 Piła, tel. 0-602-180-335, dr Andrzej Przybylski, tel. 0-604-943-722, **II Wielkopolskie Mistrzostwa Lekarzy w TENISIE ZIEMNYM**
- **26-29.05.**, Wrocław, dr Andrzej Pozowski, tel. 0-603-056-940, **Letnie Mistrzostwa Polski w TENISIE ZIEMNYM**
- **28.05.**, Radziechowy Wieprz, Beskidzka OIL, dr Maciej Pająkowski, tel. 0-602-177-857, **Mistrzostwa Polski Lekarzy w BIEGU na 10 km**
- **28-29.05. lub 4-5.06.**, Ustroń, Śląska IL, Jerzy Pabis, **V Mistrzostwa Polski Lekarzy i Rodzin Lekarskich w SZACHACH**
- **28-29.05.**, Golf Club Binowo Park, dr Maciej Mroźewski, tel. 0-693-543-211, **V Mistrzostwa Polski Lekarzy w GOLFIE**
- **28-29.05.**, Wioska Żeglarska Mikołajki, Mariusz Pirianowicz, tel. (0-87) 421-60-40, Michał Szatanek, tel. 0-607-211-196, **Mistrzostwa Polski Lekarzy i Farmaceutów, REGATY w klasie OMEGA-OSTRÓDA**
- **Koniec maja** (termin zależny od kalendarza PZW), Łaziska Górne, dr Klaudiusz Komor, tel. 0-608-365-164, **III Mistrzostwa Polski Lekarzy w WĘDKARSTWIE SPŁAWIKOWYM, Łaziska 2005**
- **maj lub 1 dekada czerwca**, Bychawa – Pszczela Wola, dr Krzysztof Matras, tel. 0-605-084-016, **III Mistrzostwa Polski Lekarzy w KOLARSTWIE SZOSOWYM**
- **maj lub czerwiec**, prawdopodobnie Janów Lubelski, dr Aleksander Kotlicki, ul. Ogrodowa 53 m. 16, 00-873 Warszawa, tel. (0-22) 620-19-51, **V Plener LEKARZY-MALARZY** (impreza ogólnopolska),
- **28-29.05.**, Olsztyn k/Częstochowy – Poraj, dr Tomasz Klimza, ul. Legnicka 85 A, tel. 0-691-488-383, **IV Ogólnopolski Jurajski Rajd ROWEROWY Lekarzy**
- **4-5.06. lub 16-17.07.**, Dolina Dolnej Wisły, dr Andrzej Smuczyński, ul. Kochanowskiego 7/86, 85-796 Bydgoszcz, tel. (0-52) 343-40-52, 0-601-653-875, **Ogólnopolski Rajd na orientację Medyków MOTOCYKLISTÓW**
- **10-11.06.**, Jezioro Dąbskie k/Szczecina – przystań Jacht Club ARS, dr Halina Teodorczuk, tel. (0-91) 422-59-70 dom, 0-604-414-864, **II Ogólnopolskie Mistrzostwa Izb Lekarskich w ŻEGLARSTWIE KLASA-OMEGA**,
- **1-3.07. lub 26-28.08.**, wokół Zalewu Koronowskiego, dr Andrzej Smuczyński, ul. Kochanowskiego 7/86, 85-796 Bydgoszcz, tel. (0-52) 343-40-52, 0-601-653-875, **Ogólnopolski Rajd Rodzinny ROWEROWY „Na orientację”**
- **31.07. - 7.08.**, Muczne, Alfred Orłowski – OIL Rzeszów, tel. (0-17) 853-58-37, **RAJD GÓRSKI Służby Zdrowia „BIESZCZADY 2005”**
- **21-28.08.**, Gdynia-Sopot, Korty Arki-Gdynia i SKT Sopot, Polskie Stowarzyszenie Tenisowe Lekarzy, Liryczna 26, 04-410 Warszawa, prezes Krzysztof Migala, tel. 0-601-255-959, **Mistrzostwa Świata Lekarzy w TENISIE ZIEMNYM**
- **2-4 lub 9-11.09.**, Osielsko, dr Zbigniew Kula, ul. Świerkowa 13, 86-031 Osielsko, tel. (0-52) 813-912 dom, 374-32-74 praca, **XII Mistrzostwa Polski w TENISIE Lekarzy Wojskowych**
- **2-4 lub 9-11.09.**, Warmińsko-Mazurska IL, dr Aleksander Skop, ul. Grudziądzka 115 d/8, 87-100 Toruń, tel. 0-604-267-343, e-mail: skalek@poczta.onet.pl, **XI Mistrzostwa Polski Lekarzy w BRYDŻU SPORTOWYM**
- **3.09.**, Beskid Żywiecki – okolice Żywca, Beskidzka OIL, dr Maciej Pająkowski, tel. 0-602-177-857, **Mistrzostwa Polski w KOLARSTWIE GÓRSKIM**
- **18.09.**, Gniezno, dr Wojciech Łącki, ul. Św. Michała 25, 62-200 Gniezno, e-mail: wojciechlacki@poczta.onet.pl, tel. 0-602-244-817, (0-61) 426-3106, **VIII Mistrzostwa Polski Lekarzy w PÓLMARATONIE w ramach Ogólnopolskiego Biegu Lechitów**
- **24.09.**, Wieleń, dr Tomasz Kaczmarek, ul. Szkolna 2, 64-730 Wieleń, tel. 0-602-215-001, e-mail: tomkolar@dostep.pl, **IV Ogólnopolski Maraton Lekarzy w KOLARSTWIE GÓRSKIM Michałki 2005**
- **24.09.**, Kujawsko-Pomorska IL, dr Aleksander Skop, ul. Grudziądzka 115 d/8, 87-100 Toruń, e-mail: skalek@poczta.onet.pl, tel. 0-604-267-343, **V Mistrzostwa Lekarzy woj. kujawsko-pomorskiego w TENISIE ZIEMNYM**
- **1-2.10.**, Węgrów, dr Konrad Kasperowicz, ul. Bohaterów Warszawy 10, 07-100 Węgrów, tel. (0-25) 691-73-08, 0-608-429-121, **IV Mistrzostwa Polski Środowiska Medycznego „Medyków” w STRZELCTWIE SPORTOWYM**
- **7.10.**, godz. 18, Klub Lekarzy OIL w Łodzi, dr Paweł Susłowski, sekr. ORL w Łodzi, tel. (0-42) 683-17-91, fax: (0-42) 683-13-78, e-mail: biuro@oil.lodz.pl, **Wieczór z Szantami**
- **9.10.**, Poznań, dr Krzysztof Ożegowski, ul. Nowowiejskiego 51, 61-734 Poznań, tel. 0-602-796-331, e-mail: kyu@wp.pl, **IV Mistrzostwa Polski Lekarzy w MARATONIE w Ramach G Poznań Maraton**,
- **23-28.10.**, wernisaż **23.10.**, Klub Lekarzy, OIL Łódź, dr Andrzej Święs, przew. Komisji Kultury ORL w Łodzi, 93-005 Łódź, Czerwona 3, tel. (0-42) 683-17-91, fax 683-13-78, e-mail: biuro@oil.lodz.pl, **Świat w obiektywie lekarskim**
- **7-11.09.**, Zakopane, dr Maciej Jachymiak, tel. 0-606-340-275, (0-18) 266-78-04, e-mail: maciek@igrzyskalekarskie.org, **III Ogólnopolskie IGRZYSKA Lekarskie**
- **10-11. lub 9-11.09.**, Giżycko, Jezioro Kisajno, dr Tadeusz Politenicz OIL, dr Władysław Lipecki OIL, olsztyn@hipokrates.org, **ŻEGLARSKIE Mistrzostwa Polski Lekarzy w kl. Turystycznej SASANKA**
- **11-13.11.** (zastępczy **25-27.11.**), Hala MOSiR w Pabianicach, ul. Grota Roweckiego 3, dr Janusz Malarski, przew. Kom. Sportu i Rekreacji ORL w Łodzi, tel. (0-42) 683-17-91, fax: 683-13-78, kom. 0-501-113-211, **IX Międzynarodowy Turniej TENISOWY Lekarzy**
- **26-27.11.**, Kielce, Polski Związek Bilardowy, 25-433 Kielce, ul. Manifestu Lipcowego 65, tel./fax (0-41) 362-39-03, 362-36-63, e-mail:biuro@bilard-sport.pl, prezes Marcin Krzemieński, **II Mistrzostwa Polski Lekarzy w BILARDZIE**
- **Listopad**, Mielec, Zbigniew Bober tel. 0-501-536-140 – Kom. Turystyki i Sportu ORL, tel. (0-17) 853-58-37, **XI Mistrzostwa Polski Lekarzy w HALOWEJ PIŁCE NOŻNEJ „Mielec 2005”**



# Radiolodzy w Bukowinie

W dn. 7-9 stycznia br. w Bukowinie Tatrzańskiej rozegrano Mistrzostwa Polski Radiologów w Narciarstwie Zjazdowym.

**W**ystartowało 67 narciarzy: lekarze, członkowie ich rodzin i osoby zawodowo związane z diagnostyką obrazową. Miejscem slalomowych szusów był stok Zwyrtek. Organizatorami imprezy były Katedra Radiologii Collegium Medicum Uniwersytetu Jagiellońskiego oraz Zakład Radiologii Szpitala w Zakopanem. Patronat objęło Polskie Lekarskie Towarzystwo Radiologiczne.

**WYNIKI** (według kategorii) **Dziewczeta do lat 12** 1. Magda GŁOWACKA (Zabrze), 2. Monika GNIEDZIUK (Garwolin), 3. Maja STRZESNIEWSKA (Bydgoszcz); **Chłopcy do lat 12** 1. Aleksander BULSKI (Warszawa-Piaseczno), 2. Krzysztof URBANIK (Kraków), 3. Juliusz BULSKI (Warszawa-Piaseczno); **Dziewczeta 14-18 lat** 1. Kamila BOROWIAK (Krasne-Limanowa) w tej klasie wystartowała tylko jedna zawodniczka; **Chłopcy 14-18 lat** 1. Bartłomiej PAWLIK (Kraków), 2. Andrzej BOROWIAK (Krasne-Limanowa), 3. Mateusz MAKUCH (Bydgoszcz); **Panie do lat 45** 1. Małgorzata WIECZOREK (Warszawa), 2. Justyna FILIPOWSKA (Rzeszów), 3. Justyna CHOWANIEC-DARMIEJKO (Opole); **Panowie do lat 45** 1. Marek MYSIOR (Łódź), 2. Stanisław KWIECIŃSKI (Kraków), 3. Jan FELDO (Jasło); **Panie powyżej 45 lat** 1. Dorota MARCINEK-SZLEZYNGER (Kraków), 2. Urszula ROZENBAJGEL (Kraków), 3. Ewa GÓRKA (Zakopane); **Panowie powyżej 45 lat** 1. Jan GŁOWACKI (Zabrze), 2. Wiesław PAWLIK (Kraków), 3. Maciej SAJEWICZ (Sucha Beskidzka).

## Konkurs dla pneumonologów

Oddział Warszawsko-Otowski Polskiego Towarzystwa Chorób Płuc zaprasza do udziału w drugiej edycji konkursu **Nagrody imienia prof. Janiny Misiewicz dla młodego pneumonologa za najlepszą pracę oryginalną roku w kategoriach pracy klinicznej i doświadczalnej.**

Zapraszamy wszystkich młodych lekarzy i naukowców pracujących na terenie Mazowsza, którzy **nie ukończyli 35 roku życia**. Prosimy o składanie prac opublikowanych w roku 2004 (6 egzemplarzy), informacji o autorze (imię i nazwisko, data urodzenia, miejsce pracy, adres korespondencyjny) oraz „*impact factor*” pisma, w którym praca została opublikowana, na ręce sekretarza Komisji Konkursowej **do 28 lutego 2005**, po adresem: **dr med. Joanna Chorostowska-Wynimko, Instytut Gruźlicy i Chorób Płuc, ul. Płocka 26, 01-138 Warszawa**, e-mail: **j.chorostowska@igichp.edu.pl**. Regulamin konkursu na stronie internetowej oddziału **http://free.med.pl/ptfp**.

## Stypendia w RFN

Wielkopolska Izba Lekarska informuje, że rozpoczyna się rekrutacja na miesięczne stypendia w szpitalach na terenie Bawarii, których fundatorem jest rząd Bawarii, a współorganizatorami są Bawarska Izba Lekarska i Wielkopolska Izba Lekarska.

Stypendia obejmują miesięczny pobyt przewidziany w **październiku 2005 r.** O stypendia można ubiegać się przysyłając bezpośrednio drogą pocztową (nie listem poleconym) wypełnione formularze zgłoszeniowe, które są dostępne w Wielkopolskiej Izbie Lekarskiej, na adres: **Private Initiative „Hilfe für Polen” e. V. Wiltrud Wessel, Lohfeldstr. 9 D- 82152, Krailling.**

Stypendia są przeznaczone dla lekarzy (nie lekarzy dentyków) w wieku **28-40 lat, pracujących w szpitalach** (nie dla lekarzy rodzinnych i pracujących w POZ). Wymagana jest co najmniej dobra znajomość języka niemieckiego.

Szczegóły można uzyskać w Wielkopolskiej Izbie Lekarskiej lub bezpośrednio u prezesa Fundacji pani **Wiltrud Wessel**, tel./fax: **0049/89/8573597**.

Termin składania podań **upływa 15 marca br.**

## Mistrzostwa Polski Lekarzy w PŁYWANIU Dębica 2005

Komisja Turystyki i Sportu ORL w Rzeszowie organizuje w dn. **8-10.04.2005 r.** I Mistrzostwa Polski Lekarzy w Pływaniu Dębica 2005. Szczegółowe informacje na stronie OIL Rzeszów (**http://www.rzeszow.oil.org.pl**) po 5.01.br. **lek. med. Krzysztof Marchewka, kmarch@free.med.pl**

## Lekarska Piętnastka

Zapraszamy do rywalizacji w IX Mistrzostwach Polski Lekarzy w **biegu na 15 km**, które odbędą się **3.04.2005 r. w Bukówcu Górnym (woj. wielkopolskie)** w ramach XXI Biegu Sokoła. Start o godz. 11.15. Zgłoszenia do 27.03.br. z podaniem kategorii „L” (Lekarz) na adres: **www.biegsokola.beep.pl** lub Towarzystwo Gimnastyczne „Sokół”, ul. Powstańców Wlkp. 164, 64-141 Bukowiec Górny. Autokar organizatora w dniu zawodów o godz. 9.15 z dworca PKP w Lesznie. Biuro zawodów czynne do godz. 10.00. Noclegi: Ośrodek Wypoczynkowy „Sadyba” Boszkowice, ul. Starkowska 26, tel. (0-65) 537-11-75. Informacje: **Leszek Walczak, tel. 601-754-720**

## II Ogólnopolskie Mistrzostwa Okręgowych Izb Lekarskich w ŻEGLARSTWIE – klasa OMEGA

Regaty zostaną rozegrane w dn. **11-12.06.2005 r.** na wodach **Jeziora Dąbskiego**. Baza stała to **Jacht Klub AZS Szczecin, ul. Przestrzenna 9**. Udział biorą wyłącznie reprezentacje okręgowych izb lekarskich z kraju, reprezentowane maksymalnie przez dwie załogi. Nagrodą główną jest Puchar Prezesa Naczelnej Izby Lekarskiej. Zgłoszenia do 29.04.br. wraz z opłatą 600 zł od jednej trzyosobowej załogi. Wpłaty dokonywać na konto: ING Bank Śląski 74 1050 1559 1000 0022 5989 4638. Informacje: **sekretariat Biura OIL w Szczecinie, tel. (0-91) 487-49-36 w. 101 lub (0-91) 487-75-61, pani Małgorzata Czapp lub organizator dr Halina Teodorczyk, tel. 0-604-416-864, (0-91) 422-59-70.**

## OIL w Częstochowie organizuje: – IV Ogólnopolski Rajd ROWEROWY

po Jurze Krakowsko-Częstochowskiej w dn. **28-29.05.2005 r.** połączony ze zwiedzaniem Jasnej Góry. Organizatorem jest **lek. med. Tomasz Kłisza, tel. kom. 0-691-488-383.**

## – IV Ogólnopolski Turniej TENISA ZIEMNEGO Lekarzy

w Częstochowie w dn. **16-19.06.2005 r.** Organizatorem jest **lek. stom. Lesław Rudziński, tel. kom. 0-691-913-381.** Informacje: **Rita Idziak – biuro OIL w Częstochowie, tel. (0-34) 368-18-80, 324-76-19.**

## Sekcja Historyczna PTL zaprasza

Uprzejmie zawiadamiamy, że kolejne zebranie Sekcji Historycznej Polskiego Towarzystwa Lekarskiego odbędzie się **25 lutego br. w Klubie Lekarza w Warszawie, Al. Ujazdowskie 24**. Początek zebrania o godz. **13.00**. PROGRAM POSIEDZENIA: kol. Andrzej Zaorski (Warszawa): „Szpital PCK w Oświęcimiu bezpośrednio po uwolnieniu obozu”, kol. Zofia Lech (Warszawa): „Dr Judym – dr Stanisław Markiewicz (1839-1911)”.

**lek. Jan Bohdan Gliński**  
przewodniczący Sekcji Historycznej  
**mgr Hanna Bojczuk**  
sekretarz Sekcji Historycznej



- **1-28.02.** Bezpłatne prezentacje wdrażania systemu zarządzania jakością ISO 9001 w placówkach medycznych, szkolenia, utrzymywanie systemu, pełnomocnictwo. Informacje: tel. (0-22) 879-88-88, e-mail: audyt@seka.pl

#### Esdent Dental Equipment

- **5.02.** Fizjoterapia, profilaktyka i leczenie skutków pracy statycznej i monotypii ruchowej u lekarza dentysty. Zajęcia warsztatowe. Psychologia stosowana w praktyce dentystycznej. Od uznania pacjentów po sukces finansowy Stres zawodowy w pracy lekarza dentysty i asysty
- **12. 02.** Problemy kliniczne w leczeniu pacjentów w wieku rozwojowym. Postępowanie w przypadku próchnicy wczesnej – profilaktyka i leczenie dzieci w wieku żłobkowym. Urazy zębów stałych i mlecznych postępowanie, profilaktyka, leczenie. Postępowanie endodontyczne w przypadku zębów stałych z niedotworzonym wierzchołkiem. Szkolenie płatne – 200 zł
- **19.02.** Periodontologia praktyczna. Sukces z periodontologią w gabinecie stomatologii ogólnej. Doświadczenia i wskazówki praktyka
- **12.03.** Implantologia dla początkujących. Warunki jakie powinien spełniać lekarz, personel i gabinet. Popelniane błędy, selekcja pacjentów diagnostyka i postępowanie kliniczne
- **19.03.** Powikłania i trudne przypadki w endodoncji. Mikroskop, budowa i zastosowanie podczas leczenia endodontycznego
- **2.04.** Jak w łatwy sposób radzić sobie z problemem dysfunkcji narządu żucia w ogólnej (nieszpecialistycznej) praktyce stomatologicznej. Rozpoznanie i leczenie dysfunkcji układu ruchowego narządu żucia. Czynnościowe aspekty leczenia protetycznego. Badanie pacjenta, diagnoza plan leczenia
- **23-24.04.** Perioprotetyka i korony teleskopowe – kurs praktyczny
- **7.05.** Endodoncja praktyczna. Kwalifikacja zębów do leczenia endo. Techniki opracowania i wypełniania kanałów. Zastosowanie lasera w endo. Pomoce optyczne w endodoncji. Radiologia i farmakologia w endodoncji. Dokumentacja zabiegowa. Powikłania i trudne przypadki
- **14.05.** Co nowego w kariologii? Rewolucja w leczeniu próchnicy zębów Czy każdy ubytek jest wskazaniem do jego opracowania i założenia wypełnienia? Przedłużyć trwałość wypełnienia? Jak postępować z pacjentami wysokiego ryzyka próchnicy? DIAGNodent i HealOzone w stomatologii
- **4.06.** Odbudowa zębów bocznych wypełnieniami typu inlay/onlay
- **25.06.** Endodoncja praktyczna – zasady mikrochirurgii endodontycznej, instrumentarium, praktyczne wskazówki

Informacje i potwierdzenie uczestnictwa: ESDENT, ul. Pomarańczowa 8, 54-058 Wrocław, tel. (0-71) 353-83-51, tel./fax 354-02-17, www.stomatologiczny.com

#### Roztoczańska Szkoła Ultrasonografii.

- **20-26.02.** Diagnostyka dopplerowska naczyń krwionośnych: szyi, jamy brzusznej, kończyn górnych i dolnych
  - **27.02.-5.03.** Podstawy USG narządów jamy brzusznej, sutka, tarczycy, narządów miednicy mniejszej – ultrasonografia w gabinecie lekarza rodzinnego
  - **13-19.03.** Diagnostyka USG układu moczowo-płciowego:
    - gruczoł krokowy – badania transrektalne wraz z biopsją monitorowaną USG
    - nerki, pęcherz moczowy, moszna
  - **3-9.04.** Diagnostyka USG w ginekologii i położnictwie
  - **10-16.04.** Diagnostyka USG narządów położonych powierzchownie:
    - diagnostyka obrazowa sutka
    - diagnostyka USG tarczycy, węzłów chłonnych i innych narządów szyi
  - **24-30.04.** Diagnostyka USG narządów jamy brzusznej
  - **29.04.-1.05.** Spotkanie z ultrasonografią – symposium: Diagnostyka USG w gabinecie lekarza rodzinnego – postępy, standardy, finansowanie
  - **1-7.05.** Kurs atestacyjny PTU wymagany do uzyskania Certyfikatu Polskiego Towarzystwa Ultrasonograficznego
- Informacje i zapisy: www.usg.com.pl, (0-84) 638-55-12, 638-80-90

#### Towarzystwo Szkolenia Podyplomowego Eurodens w Lublinie

- **24-26.02.** Zaburzenia morfologiczno-czynnościowe układu stomatognatycznego
- **28.02.** Techniki wykonywania zdjęć wewnątrzustnych
- **12.03.** Ozonoterapia – nowe możliwości w stomatologii
- **12.03.** Nowe metody wizualizacji w diagnostyce stomatologicznej. Nowości w radiologii stomatologicznej
- **21.03.** Zasady wykonania protez stałych – korona lana i licowana porcelaną
- **2.04.** Chirurgiczne przygotowanie jamy ustnej do protezowania
- **16.04.** Wybielanie zębów jako standard współczesnej stomatologii
- **23.04.** II Polsko-Ukraińska Międzynarodowa Konferencja Naukowo-szkoleniowa
- **30.05.** Stany nagłe zagrożenie życia i zdrowia w gabinecie stomatologicznym
- **4.06.** Leczenie protetyczne protezami szkieletowymi
- **13.06.** Postępowanie protetyczne i zachowawcze po leczeniu endodontycznym

Każdy kurs trwa 5 godz. (5 pkt. edukacyjnych). Informacje: tel. kom. 0-661-898-179 lub 0-601-244-319 w godz. 8.00-14.00 (pon., pt.).

#### Szkolenia podyplomowe PAKT

- **5-6.03.** Ośrodek Wczasowo-Szkoleniowy Relaks, 43-450 Ustroń, ul. Stroma 20. *Wczesna Diagnostyka Pourazowa Kręgosłupa Szyjnego*
  - **12-13.03.** Ośrodek Rekreacyjny „Morsko”, 42-400 Zawiercie, Morsko-Łężec. *Wrodzona dysplazja stawu biodrowego. Diagnostyka i leczenie. Sonografia. Niektóre towarzyszące zagadnienia z ortopedii dziecięcej w powiązaniu z „zespołem przykurczów”*
  - **14-15.05.** Ośrodek Wczasowo-Szkoleniowy Relaks, 43-450 Ustroń, ul. Stroma 20. *Osteoporoza – niedoceniany problem medyczny.* 8 pkt. edukacyjnych.
  - **15-17.04.** *Terapia manualna – techniki części miękkich. Reakcje łańcuchowe i systemy stabilizacyjne w układzie ruchu*
- Informacje: Medyczne Szkolenia Podyplomowe PAKT, ul. Kopernika 8/2, 40-064 Katowice, tel./fax (0-32) 251-22-64 e-mail: medycznesympozja@poczta.onet.pl, www.msp-pakt.med.pl

#### ABACUS Biuro Promocji Medycznej:

- **10-11.03.** Warszawa. II Konferencja Naukowo-Szkoleniowa: *Rola Pielęgniarki Naczelnej i Oddziałowej w profilaktyce zakażeń szpitalnych*
  - **4-6.05.** Olsztyn. III Ogólnopolskie Symposium Naukowo-Szkoleniowe: *Zakażenia odcewnikowe*
  - **2-3.06.** Warszawa. VI Ogólnopolskie Symposium: *Blok Operacyjny – organizacja i funkcjonowanie*
  - **16-18.11.** Warszawa. X Ogólnopolskie Symposium Kierowniczej Kadry Medycznej: *Profilaktyka i zwalczanie zakażeń szpitalnych*
  - **Listopad.** II Ogólnopolskie Symposium: *Oddział Intensywnej Terapii, Oddział Pooperacyjny – organizacja i funkcjonowanie*
  - **1-2.12.** Warszawa. VIII Ogólnopolskie Forum Prawniczo-Medyczne
- Informacje: Abacus Biuro Promocji Medycznej Sp. z o.o., tel. (0-22) 877-28-60, 836-04-16, fax 862-10-50, www.abacus.edu.pl, e-mail: abacus@abacus.edu.pl

#### Mazurska Szkoła Ultrasonografii i Ginekologii:

- **10-12.03.** *Rak piersi i rak jajnika*
  - **1-3.04.** *Seksuologia w ginekologii*
  - **6-8.05., 16-18.09.** Wierzba. *Diagnostyka kolposkopowa i elementy cytologii* – kurs podstawowy
  - **3-5.05., 30.09.-2.10.** Wierzba. *Diagnostyka i terapia sutka dla ginekologów.*
- Cena kursu obejmuje koszt kursu, zakwaterowanie i wyżywienie. Rezerwacja udziału w kursie następuje w wyniku dokonania wpłaty zaliczki w wysokości 30 % wartości kursu na miesiąc przed każdą edycją.

Zgłoszenia: pani M. Boroń, tel./fax (0-87) 423-36-57, tel. kom. 504-075-804 (w dni powszednie w godz. 9.00-16.00), e-mail: usg@usg.pisz.pl

**Wielkopolska Szkoła Diagnostyki Obrazowej. Praktyczne kursy ultrasonograficzne:**

- **10-13.03. Ultrasonografia dopplerowska** – podstawowy
- **18-20.03. Echokardiografia** – doskonalący
- **8-10.04. Narządy powierzchowne szyi – tarczycy, węzły chłonne, krtań, ślinianki**
- **14-17.04. Gruczoł piersiowy** – podstawowy
- **21-24.04. Echokardiografia** – podstawowy
- **12-15.05. Jama brzuszna** – podstawowy
- **19-21.05. Ultrasonografia dopplerowska kończyn dolnych** – doskonalący
- **27-29.05. Gruczoł piersiowy** – doskonalący
- **3-5.06. Ultrasonografia w pediatrii**
- **9-12.06. Ultrasonografia narządu ruchu**

Szkolenia dają prawo do punktów edukacyjnych izby lekarskiej i TIP. Szkolenia dopplerowskie są obowiązkowe do specjalizacji z chirurgii naczyniowej. Miejsce: ośrodek szkoleniowy na terenie Wlkp. Parku Nar. w Puszczykowie k/Poznań. 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, e-mail: obraz@obraz.pl, www.obraz.pl

- **11-12.03. Poznań. Katedra i Klinika Ftyzjopneumonologii AM w Poznaniu i Stowarzyszenie Wspierania Pulmonologii Poznańskiej** organizują II Repetytorium **Pulmonologiczne**. Konferencja objęta punktami edukacyjnymi. Uczestnicy konferencji otrzymają certyfikat. Informacje: sekretariat Katedry i Kliniki Ftyzjopneumonologii AM w Poznaniu, ul. Szamarszewskiego 84, tel./fax (0-61) 841-70-61.

**Szkoła Ultrasonografii CEDUS:**

- **18-21.03., 8-13.05. Doppler**
- **7-10.03. Radiologiczny – USG-MRI w ortopedii**
- **13-18.03. USG w ginekologii i położnictwie**
- **17-22.04., 5-10.06. Echokardiografia**
- **6-11.03., 12-17.06. Ortopedia i reumatologia**
- **6-10.04. USG brzucha**
- **15-20.05. USG – narządy powierzchowne**

Zajęcia odbywają się w hotelu leczniczym „Pod Tężniami” w Ciechocinku. Uczestnicy otrzymują certyfikaty i punkty PTU i PLTR. Informacje: CEDUS, ul. Fałata 2/24, 02-534 Warszawa, tel./fax (0-22) 646-41-56, 646-41-50, www.cedus.edu.pl, e-mail: kursy@cedus.edu.pl

- **19.03. Łódź. Teatr Wielki, pl. Dąbrowskiego, godz. 9.00-16.00. XI Łódzka Konferencja Kardiologiczna: Ostre zespoły wieńcowe, Niewydolność serca, Zaburzenia rytmu serca, Zatorowość płucna, Choroba niedokrwienna serca u chorych z cukrzycą, Choroby serca u kobiet, Gorąca linia – najnowsze doniesienia z kardiologii.** Zgłoszenia: II Katedra i Klinika Kardiologii UM w Łodzi, Szpital im dr. W. Biegańskiego, 91-347 Łódź, Kniaziewicz 1/5, tel./fax (0-42) 653-99-09, 251-60-15, www.lodz.ptkardio.pl/konferencja, e-mail: drozd@ptkardio.pl, Koszt uczestnictwa: do 1.03. br. 30 zł (wplata na konto), na miejscu 40 zł. Nr konta: PKO BP IV Oddział Łódź 63102033780000120200113738

- **19.03., 21.05. Warszawa. Zakład Fizjopatologii Oddychania Instytutu Gruźlicy i Chorób Płuc, ul. Płocka 26** organizuje szkolenie: **Spirometria – zasady prawidłowego wykonania i interpretacji wyników**. Uczestnicy otrzymają 5 pkt. edukacyjnych. Koszt 300 PLN od osoby. Informacje: tel. (0-22) 431-22-23, e-mail: fizpat@igichp.edu.pl

**Dolnośląska Szkoła Ultrasonografii:**

- **29.03.-1.04., 10-13.05., 21-24.06. Diagnostyka USG jamy brzusznej**
- **12-15.04., 31.05-3.06. Diagnostyka USG narządów małych powierzchniowo leżących (ślinianki, gruczoł piersiowy, tarczycy)**
- **15-17.02., 19-21.04., 14-16.06. Diagnostyka USG gruczołu piersiowego**
- **4-5.04., 20-21.06. Diagnostyka USG w ginekologii i położnictwie**
- **22-24.06. Diagnostyka echokardiograficzna w pediatrii**
- **25-26.04. Interpretacja zapisu EKG u dzieci**
- **20-21.06. Diagnostyka USG w pediatrii**
- **30.05.-3.06. Cytologia onkologiczna w ginekologii. System klasyfikacji BETHESDA – kurs podstawowy**
- **14-16.02., 20-22.06. Cytologia onkologiczna w ginekologii. System klasyfikacji BETHESDA – kurs doskonalący**

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

- **7-10.04. Sopot. XIX Krajowa Szkoła Optoelektroniki – KSO'2005: Współczesna optoelektronika w medycynie.** Rejestracja uczestników w budynku „WDW Imperial” Sopot, ul. ks. Augustyna Kordeckiego 10, 7.04. w godz. 16.00-22.00. Zgłoszenia na drukach dostępnych na stronie internetowej Szkoły http://www.imp.gda.pl/lasery\_w\_medycynie.html prosimy przesłać na adres: XIX Szkoła Optoelektroniki, IMP PAN,

80-952 Gdańsk, ul. Fiszer 14, fax (0-58) 341-61-44 lub e-mail: cenian@imp.gda.pl. Przew. kom. org. Adam Cenian, tel. (0-58) 341-12-71 wew. 193, 276.

- **22.04. Instytut Elektrotechniki, Warszawa-Międzyzlesie, ul. Pożaryskiego 28 (3 przystanki przed CZD). Klinika Gastroenterologii, Hepatologii i Immunologii Instytut „Pomnik-Centrum Zdrowia Dziecka” i Pol. Tow. Pediatryczne Oddz. Warszawski** organizują sympozjum: **Szczepienia ochronne**. Tematy wiodące: *Zakażenia Streptococcus pneumoniae i Haemophilus influenzae typ b w kraju i na świecie; Najnowsze informacje dotyczące bezpieczeństwa szczepień ochronnych, w tym szczepień BCG; Szczepionki skojarzone*. Nadsyłanie streszczeń (1 str. A 4) do 1.04.br. Uczestnicy otrzymują pełny zestaw materiałów naukowych. Oplata 100,00 zł za udział na konto: Emanuel Hanna Sidło BGŻ S.A. 56 2030 0045 1110 0000 0002 7130, z dopiskiem „Szczepienia ochronne”. Prosimy o telefoniczne potwierdzenie uczestnictwa. Adres kontaktowy: prof. dr hab. n. med. Ewa Bernatowska, Klinika Gastroenterologii, Hepatologii i Immunologii IP CZD, Al. Dzieci Polskich 20, 04-730 Warszawa, tel. (0-22) 815-73-84, 815-73-85, e-mail: immuno@czd.waw.pl

- **21-24.04. Bydgoszcz. Sympozjum Naukowe Dekada Kości i Stawów 2000-2010. Rok Piąty. Epidemiologia, stan profilaktyki, diagnostyki i leczenia chorób układu kostno-stawowego w Polsce i na świecie.** Informacje: Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny im. dr. A. Jurasza w Bydgoszczy, Klinika Ortopedii i Traumatologii Narządu Ruchu, ul. M. Skłodowskiej-Curie 9, 85-094 Bydgoszcz, tel. (0-52) 585-40-34.

- **22-23.04. Krasiechyn k. Przemyśla. VI Podkarpackie Dni Onkologiczno-Chirurgiczne: czerniak skóry, GIST, rak tarczycy, postępy w medycynie.** Sesja naukowa dla pielęgniarek. Organizator: Oddział Chirurgii Ogólnej Wojewódzkiego Szpitala w Przemyśle, ul. Monte Cassino 18, 37-700 Przemyśl, tel. (0-16) 677-51-07, 677-51-03, fax (0-16) 677-50-03, e-mail: chirurgia\_przemysl@poczta.onet.pl

- **22-24.04. Wisła, Hotel Gołębiowski. Klinika Ginekologii AM w Białymstoku, Zakład Endokrynologii Ginekologicznej AM w Białymstoku, Klinika Rozrodczości i Ginekologii PAM w Szczecinie, Klinika Niepłodności i Endokrynologii Rozrodu AM w Poznaniu, przy współpracy Sero Symposia International** organizują kurs: **Nowoczesne metody diagnostyki i leczenia niepłodności** – część II (dla zaawansowanych). Zgłoszenia: Klinika Rozrodczości i Ginekologii PAM w Szczecinie, tel./fax (0-91) 425-33-12, e-mail: ivf@sci.pam.szczecin.pl

dokończenie na str. 46



dokończenie ze str. 45

- **11-13.05.** Popowo. XV Konferencja **Anestezjologia i intensywna terapia pierwszej dekady: ARDS – nowe kierunki leczenia, postępowanie w leczeniu bólu pooperacyjnego i przewlekłego, uraz czaszkowo-mózgowy, zaburzenia krzepnięcia we wstrząsie, analgesjacja w OIT.** Konferencja przeznaczona dla **ordynatorów i ich zastępców, specjalistów II° w anestezjologii i intensywnej terapii.** Za udział 17 pkt. edukacyjnych. Informacje: tel. (0-22) 625-02-53, fax 625-04-84. Adres do korespondencji: Klinika Anestezjologii i Intensywnej Terapii SPSK CMKP ul. Czerniakowska 231, 00-416 Warszawa, e-mail: jganga@warman.com.pl, tel.: +48 (0-22) 625-02-53, fax: 625-04-84. Konto: Fundacja Na Rzecz Bezpiecznego Znieczulenia, 02-062 Warszawa, ul. Zimorowicza 3 m. 3, ING BŚ O/W-wa 06 1050 1054 1000 0005 0149 6913
- **12-14.05.** Lublin. Ogólnopolskie Sympozjum Naukowe Sekcji **Uroginekologii** Pol. Tow. **Ginekologicznego: Nowe trendy w uroginekologii.** Zgłoszenia udziału, prac naukowych oraz zamówienia zakwaterowania: Sekretariat Sympozjum: P-AIZ Konsulting Sp. z o.o., Biuro Kongresów i Turystyki, 20-070 Lublin, ul. Boczna Lubomelskiej 4, tel. (0-81) 534-43-87, tel./fax (0-81) 533-51-48, www.kongres.paiz.com.pl, e-mail: kongres@paiz.com.pl. Komitet Organizacyjny Sympozjum: II Katedra i Klinika Ginekologii AM w Lublinie, Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny nr 4, 20-954 Lublin, ul. Jaczewskiego 8, tel. (48-81) 742-51-21, 724-42-68, 724-46-86, tel. kom. 0-502-074-198, fax (48-81) 742-55-08, www.ginoper.am.lublin.pl
- **12-14.05.** Katowice. XIV Konferencja Naukowo-Szkoleniowa Sekcji **Foniatrycznej** Polskiego Towarzystwa **Otorinolaryngologów-Chirurgów Głowy i Szyi.** 10 pkt. edukacyjnych. Informacje: Klinika Laryngologii, ul. Francuska 20, 40-027 Katowice, e-mail: sekretariat@spskm.katowice.pl
- **27.05.** Rzeszów. Oddział Podkarpacki Towarzystwa **Chirurgów** Polskich organizuje ogólnopolskie sympozjum „CASUS”. Udział bezpłatny. Termin nadsyłania streszczeń przypadków do prezentacji (czas prezentacji do 10 minut) do 31.03.br. na adres Komitetu Organizacyjnego. Zgłoszenia udziału – na kartach pocztowych – na adres: Komitet Organizacyjny Sympozjum „CASUS” Oddział Chirurgii Ogólnej, Szpital Wojewódzki nr 2, ul. Lwowska 60, 35-301 Rzeszów, tel. (0-17) 866-46-52, fax 866-46-50.
- **1-3.06.** Łódź. Klinika **Chirurgii Ogólnej i Kolorektalnej** UM w Łodzi organizuje VI Międzynarodowe Sympozjum **Proktologiczne**, które będzie jednocześnie forum dla 10th Central European Congress of Colo-

proctology. Udział zapowiedzieli przedstawiciele proktologii m. in. z USA, Niemiec, Wielkiej Brytanii, Japonii, Włoch, Brazylii. Wstępne zgłoszenie: <http://www.ics.cn.pl>, [chirurgia@chirurgia.umed.lodz.pl](mailto:chirurgia@chirurgia.umed.lodz.pl) lub przesłanie danych personalnych na adres: Klinika Chirurgii Ogólnej i Kolorektalnej, Uniwersytetu Medycznego w Łodzi, pl. Hallera 1, 90-647 Łódź, tel. (0-42) 639-30-75, fax (0-42) 639-30-76.

- **9-12.06.** Poznań, Hotel Novotel, pl. Andersa 1. VIII Europejskie Sympozjum: **Zapobieganie wrodzonym wadom rozwojowym**, organizowane przez Europejski Rejestr Wad Wrodzonych EUROCAT oraz Polski Rejestr Wrodzonych Wad Rozwojowych. Wraz z Sympozjum odbędzie się **XX Spotkanie Przewodniczących Rejestrów EUROCAT.** Oficjalne języki: polski i angielski (tłumaczenie symultaniczne). Oplata zjazdu: do 15.02.br. 200 PLN, po 15.02.br. 300 PLN na konto: Nordea Bank Polska SA, 56 1440 1286 0000 0000 0214 2988. Wszystkie przyjęte streszczenia zostaną opublikowane w „Archives of Perinatal Medicine”. Pełne teksty prac będą opublikowane po akceptacji przez recenzentów w „Journal of Applied Genetics”. Rejestracja, rezerwacja hotelu (do 15.02.br.) oraz nadsyłanie streszczeń (do 31.03.br.), a także informacje tylko drogą elektroniczną: [www.rejestrwad.pl](http://www.rejestrwad.pl)
- **10-12.06.** Rajgród, Ośrodek Szkoleniowo-Wypoczynkowy BGŻ „Knieja”. Sympozjum Podlaskiego Stowarzyszenia **Stomatologów: Rajgród 2005 – Interdiscyplinarne przygotowanie pacjenta do leczenia protetycznego.** Informacje: [www.stomatolodz-podlasia.pl](http://www.stomatolodz-podlasia.pl), Podlaskie Stowarzyszenie Stomatologów, ul. Jaroszkowska 72, 15-157 Białystok, tel./fax (0-85) 676-25-52, e-mail: [pss@stomatolodz-podlasia.pl](mailto:pss@stomatolodz-podlasia.pl)
- **11-12.06.** Warszawa, Filharmonia Narodowa. Klinika Gastroenterologii CMKP i Polska Fundacja Gastroenterologii organizują 10 Warszawskie Spotkania **Gastroenterologiczne.** Informacje: Sekretariat Kliniki Gastroenterologii CMKP, ul. Roentgena 5, 02-781 Warszawa, tel. (0-22) 644-01-02, 644-76-09, fax 644-76-01.

#### Medical Tribune Polska

- **11,12,18,19.06.** Warszawa, Wojskowy IM, ul. Szaserów 128 – **I Warsztaty Spirometryczne**
- **12.03.** Białystok, Białostocki Ośrodek Kultury, ul. Legionowa 5, • **19.03.** Katowice, Dom Lekarza, ul. Grażyńskiego 49a, • **2.04.** Warszawa, Centrum Konferencyjne WP, ul. Żwirki i Wigury 9/13, • **16.04.** Poznań, Centrum Kongresowe Instytutu Ochrony Roslin, ul. Miczurina 20a – **Kardiadiabetologia** – konferencja edukacyjna
- **2.04.** Warszawa, Centrum Biocybernetyki, ul. Trojdena 4 – **Reumatologia** – spotkanie interaktywne

• **8-9.04.** Warszawa, Biblioteka Narodowa, al. Niepodległości 213, • **15-16.04.** Katowice, ING Bank Śląski, ul. Sokolska 34, • **13-14.05.** Wrocław, Centrum Ciepłownictwa, ul. Wolańska 3/4, • **20-21.05.** Gdańsk, Akademia Muzyczna, ul. Łąkowa 1/2 – **Repetitorium z EKG** – warsztaty

• **15-16.04.** Warszawa, Centrum Konferencyjne WP, ul. Żwirki i Wigury 9/13 – **Stany zapalne w pediatrii. Racjonalizacja postępowania diagnostyczno-terapeutycznego**

• **15-16.04.** Warszawa, Centrum Konferencyjne WP, ul. Żwirki i Wigury 9/13 – **Problemy kardiologiczne u dzieci** – tylko dla lekarzy ze specjalnością kardiologii dziecięcej

Informacje oraz rezerwacja miejsc: pod bezpłatnym numerem tel. 0-800-120-293, e-mail: [apd@m-t.pl](mailto:apd@m-t.pl) (szczegółowy plan konferencji na stronie [www.m-t.pl](http://www.m-t.pl))

• **15-16.06.** Katowice. Kongres naukowy poświęcony **Ogólnopolskiemu Systemowi Ochrony Zdrowia** pod hasłem **monitorować, ostrzegać, zapobiegać – leczyć.** Informacje: Arkadiusz Nawrot, tel. (48-32) 209-07-05 w. 11532, 1125 Sekcja Czasopism, Dział Marketingu, Wydział Rozwoju PI KAMSOFT, 40-235 Katowice, ul. 1 Maja 133, tel. (48-32) 209-07-05, fax 209-07-15.

• **15-17.06.** Zakopane. Krajowa Konferencja Specjalistów **Chorób Płuc. Aktualne problemy chorób układu oddechowego (gruźlica, rak płuca, astma, PO-CHP i inne).** Koszt uczestnictwa 370 zł. BPH PBK S.a. nr 97 1060 0076 0000 4010 4000 9190. Zgłoszenia: Instytut Gruźlicy i Chorób Płuc, Zakład Epidemiologii i Organizacji Walki z Gruźlicą, ul. Płocka 26, 01-138 Warszawa, tel./fax 431-24-23, e-mail: [z.bialek@igichp.edu.pl](mailto:z.bialek@igichp.edu.pl), [www.igichp.edu.pl](http://www.igichp.edu.pl)

• **23-24.09.** Warszawa. VIII Seminarium Europejskiego Towarzystwa **Antykoncepcji: Sexual Education the Key Issue of Reproductive Health.** Informacje: ESC Central Office, Essenstraat 77, 81740 Ternat, Belgium, tel. +32 2582 0852, fax +32 2582 5515, [esccentraloffice@contraception-esc.com](mailto:esccentraloffice@contraception-esc.com), [www.contraception-esc.com](http://www.contraception-esc.com)

• **6-8.10.** Kraków. Dekada **Kości i Stawów** 2000-2010. III Międzynarodowe Sympozjum Naukowo-Szkoleniowe: **Alloplastyka całkowita stawu kolanowego.** Zgłoszenia do 31.03.br. Nadsyłanie streszczeń do 31.05.br. Informacje: Komitet Organizacyjny III Międzynarodowego Sympozjum Naukowo-Szkoleniowego, Oddział Chirurgii Ortopedyczno-Urazowej, Szpital Specjalistyczny im. S. Żeromskiego, os. Na Skarpie 66, 31-913 Kraków.

opr. (u)

[u.bakowska@gazetalekarska.pl](mailto:u.bakowska@gazetalekarska.pl)



## Rozwiązanie

Oto prawidłowe rozwiązanie konkursu ogłoszonego w „GL” nr 12/2004:

1. Krzysztof Kamil Baczyński  
– **B** („Z szopką”)
2. Konstanty Ildefons Gałczyński  
– **C** („Trąbki świątecznej pocztą”)
3. Jarosław Iwaszkiewicz  
– **D** („Stare kobiety”)
4. Leopold Staff  
– **A** („Wigilia w lesie”)

Nagrody książkowe otrzymują:

Izabela Walaszek – Gliwice  
Helena Borska – Poznań  
Joanna Słowińska – Radom  
Wojciech Sosnowski – Szczecin  
Ariana Buszkiewicz – Piła  
Tadeusz Sobczak – Pleszew  
Monika Szczuchniak – Opatów  
Waldemar Wiśniewski – Olsztyn  
Mariusz Tarasiuk – Kraków  
Tadeusz Stasiński – Zgierz

### Szanowne Koleżanki! Szanowni Koledzy! Szanowni Uczestnicy dzieła darów medycznych!

Zwracam się do Was o garść (choćby) wspomnień z dzieła organizowania, przyjmowania, segregacji, rozprowadzania, użytkowania leków i środków medycznych – okresu „Solidarności”, stanu wojennego i okresu po stanie wojennym.

Te wspomnienia, jeśli ukazą się w publikacji książkowej, będą świadectwem drogocennych depozytów złożonych przez nas do skarbcu humanizmu.

Zbigniew Szlenk  
przewodniczący  
Sekcji Samarytańskiej  
b. Prymasowskiego Komitetu  
Pomocy Bliźniemu  
05-092 Łomianki,  
ul. Baczyńskiego 26/8

### Lekarze dentyści ŚLĄSKIEJ AM rocznik 1955

Z okazji 50 rocznicy ukończenia studiów planowana jest uroczystość odnowienia dyplomów z udziałem władz uczelni. Prosimy zatem o podanie swoich adresów na niżej wskazany adres kontaktowy. Osoby, które nie będą mogły wziąć udziału w spotkaniu otrzymają dyplomy pocztą. Szczegółowe informacje zostaną przekazane na przesłane adresy. Nie zwlekaj z odpowiedzią! **Barbara Wierzgala-Sakowska, ul. Małachowskiego 10/5, 41-200 Sosnowiec, tel. (0-32) 266-25-79.**

### Absolwenci AM i WAM w ŁODZI rocznik 1954-1960

17 września 2005 r. zjazd absolwentów z okazji 45 rocznicy otrzymania dyplomu. Po otrzymaniu zgłoszenia uczestnictwa rozesłane będą ankiety osobowe. Prosimy o fotografie formatu legitymacyjnego (absolwenci WAM w mundurze). **Informacje: Stowarzyszenie Absolwentów AM i Uniwersytetu Medycznego w Łodzi, Al. Kościuszki 4, 90-419 Łódź, pok. 5a. Janina Ostrowska, tel. (0-42) 639-39-39, 639-39-76 (godz. 10.00-14.00); dr Antoni Nikiel, tel. (0-42) 684-17-43; strona internetowa Uniwersytetu Medycznego w Łodzi: [www.umed.lodz.pl](http://www.umed.lodz.pl)**

### Wydział Lekarski Stomatologii AM w GDAŃSKU lata 1959-1965

W dn. 3-5 czerwca 2005 r. w Trójmieście spotkanie koleżeńskie z okazji 40 rocznicy uzyskania dyplomu. **Zainteresowanych prosimy o zgłaszanie się na adresy: Katarzyna Bogorodz-Iwaszkiewicz, ul. Architektów 11, 81-528 Gdynia, tel. (0-58) 664-88-18 i Barbara (Ceba) Gluszczyńska, Al. Niepodległości 819/7, 81-805 Sopot, tel. 0-501-105-603.**

### Absolwenci AM w WARSZAWIE rocznik 1965

4 czerwca 2005 r. o godz. 16.00 w restauracji INTRACO, ul. Stawki 2 w Warszawie wspólny wieczór z okazji 40 rocznicy dyplomu. Należność za wspólną kolację w wysokości 150 zł prosimy wpłacić do 30 kwietnia br. na rachunek: Dentalux Sp. z o.o. 02-117 Warszawa, ul. Raclawicka 131 PKO S.A. VIII O/Warszawa 3012 40 1121111001004945757, z dopiskiem „Zjazd koleżeński”. **Informacje: Wydział Ogólny – Katarzyna Tymińska, tel. dom. 848-78-55, 617-32-04; Wydział Pediatrii – Krystyna Wójcik, tel. dom 834-20-97; Wydział Stomatologii – Krzysztof Dąbrowicz, tel. praca 823-72-22.**

### Wydział Lekarski AM we WROCŁAWIU rocznik 1968

W dn. 3-5 czerwca 2005 r. w Domu Zdrojowym w Szczawnie-Zdroju kolejne spotkanie rocznika. Opłata od osoby (absolwenta/osoby towarzyszącej) wynosi: piątek-niedziela – 400 PLN, sobota-niedziela – 300 PLN. Wpłaty do 30 kwietnia br. na konto Dolnośląskiej Izby Lekarskiej we Wrocławiu: BOŚ S.A. O/Wrocław 17 1540 1030 2001 7753 6075 0001, z dopiskiem „Zjazd koleżeński 1968”. **Informacje: Patrycja Malec, DIL we Wrocławiu, tel. (0-71) 79-88-068, e-mail: [pati@dilnet.wroc.pl](mailto:pati@dilnet.wroc.pl), [www.dilnet.wroc.pl](http://www.dilnet.wroc.pl). Za Komitet Organizacyjny Wiesław Adamaszek, Krystyna Czernik, Wojciech Durek, Andrzej Karmowski, Krzysztof Wronecki**

### Wydział Lekarski AM w BIAŁYMSTOKU rocznik 1963-1969

W dn. 27-29 maja 2005 r. II spotkanie absolwentów w Augustowie, hotel Warszawa. Całkowita opłata zjazdowa 420 zł (do 30 marca br.). **Blizsze dane: [www.absolventus.pl](http://www.absolventus.pl). Zgłoszenia (najlepiej pisemne) na adres: dr Stanisław Olszewski, Szpital Wojewódzki w Łomży, ul. Piłsudskiego 11, 18-404 Łomża, e-mail: [stanolsz@wp.pl](mailto:stanolsz@wp.pl)**

### Oddział Stomatologii rocznik 1971 i Wydział Lekarski rocznik 1972 PAM w SZCZECINIE

To ponownie MY: Samozwańczy, Niedemokratyczny, Zależny i Niesamofinansujący się Komitet Organizacyjny III Zjazdu Absolwentów Oddziału Stomatologii rocznik 1971 (najlepszy!) oraz Wydziału Lekarskiego rocznik 1972 PAM w Szczecinie. Wychodząc na spotkanie chorałnym zjazdem, nie mogąc już dłużej wytrzymać presji, chcąc mieć wreszcie święty spokój ogłaszamy: w dn. 17-19 czerwca 2005 r. odbędzie się w Międzyzdrojach, Hotel „RYBAK” przy ul. Promenada Gwiazd 36 spotkanie Koleżanek i Kolegów, którzy mieli szczęście znaleźć się w gronie tych absolwentów. Niezwykle przykra część zjazdu to jego koszty. Komitet uchwaляł, że trzeba wysupłać 370 zł od osoby. Wpłaty do 10 czerwca br. na konto: ING Bank Śląski 98 1050 1559 1000 0022 1716 8034. **Z serdecznym zaproszeniem za Komitet Organizacyjny: stomatologia – kol. Halina Teodorczyk, tel. (0-91) 422-59-70, 0-604-416-864; lekarski – kol. Lucyna Kuźnicka, tel. (0-91) 482-29-12, 0-601-945-731, kol. Maria Kozanecka (Lubowiecka), (0-91) 439-26-23, 0-504-643-952.**

### Wydział Lekarski i Oddział Stomatologiczny AM w KRAKOWIE lata 1953-1958

Zainteresowani pierwszym wspólnym spotkaniem koleżeńskim proszeni są o zgłoszenie swojego udziału na adres: **Jerzy Michalewski, ul. Komandosów 7/94, 33-334 Kraków, tel./fax (0-12) 266-43-22, tel. kom. 0-601-359-186.**

### Wydział Lekarski AM w LUBLINIE lata 1974-1980

2005 r. – XXV rocznica ukończenia studiów. **Zainteresowani pierwszym wspólnym spotkaniem proszeni są o zgłoszenie udziału na adres: Andrzej Borzęcki, Katedra i Zakład Higieny AM w Lublinie, ul. Radziwiłłowska 11, 20-080 Lublin, tel./fax (0-81) 532-03-06, tel. kom. 0-504-690-694, e-mail: [andbo5@interia.pl](mailto:andbo5@interia.pl)**

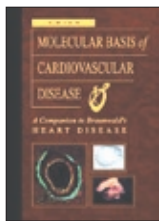
[u.bakowska@gazetalekarska.pl](mailto:u.bakowska@gazetalekarska.pl)

### Zjazdy koleżeńskie w Internecie [www.absolventus.pl](http://www.absolventus.pl)

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

**A.B.E. Marketing** Wydawnictwo Światowe

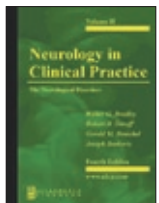
– Publisher's Distribution Services, 00-855 Warszawa, ul. Grzybowska 37A, tel. (0-22) 654-06-75, fax 652-07-67, e-mail: info@abe.com.pl  
Pełna oferta książek medycznych dostępna w Internecie [www.abe.com.pl](http://www.abe.com.pl)  
Do cen katalogowych doliczamy 10% opłat manipulacyjnych.

**MOLECULAR BASIS OF CARDIOVASCULAR DISEASE**

Kenneth R. Chien

wyd. **Saunders**, maj 2004, str. 704, c. kat. 85.00 GBP

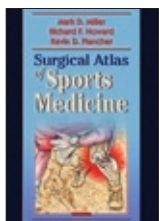
Współczesny stan wiedzy w zakresie biologii molekularnej w aspekcie chorób serca i układu krążenia. Opracowanie prezentuje m.in. genetykę schorzeń kardiologicznych, mechanizmy molekularne choroby niedokrwiennej, nadciśnienia tętniczego oraz niewydolności serca. Adresowane do klinicystów (kardiologów, internistów) oraz przedstawicieli nauk podstawowych (fizjologii, biologii molekularnej, genetyki, immunologii).

**NEUROLOGY IN CLINICAL PRACTICE E-dition (Book/Website Package)**

Walter G. Bradley, Robert B. Daroff, Gerald Fenichel, Joseph Jankovic

wyd. **Butterworth Heinemann Health**, grudzień 2003, str. 2512, 650 il., c. kat. 270.00 GBP

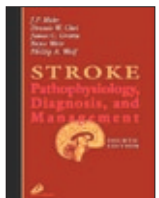
Pełne spektrum problemów, z którymi styka się klinicysta, począwszy od diagnostyki i obrazu klinicznego po zaplanowanie odpowiedniego leczenia. Nowe rozdziały prezentują „gorące” tematy współczesnej neurologii, m.in. schorzenia i patologie „mitochondrialne”, zaburzenia funkcjonowania kanałów jonowych, neurologiczne powikłania HIV i AIDS u dzieci.

**SURGICAL ATLAS OF SPORTS MEDICINE**

Mark D. Miller, Richard F. Howard, Kevin D. Plancher

wyd. **Saunders**, marzec 2003, c. kat. 110.00 GBP\*

Bogato ilustrowane kompendium wiedzy klinicznej dotyczącej chirurgicznego leczenia urazów związanych z uprawianiem prawie wszystkich dyscyplin sportowych. Każda operacja jest omawiana pod kątem wskazań, techniki, postępowania pooperacyjnego, rehabilitacji, wyników i możliwych powikłań. Znaczną część opracowania stanowią zabiegi artroskopowe, w zakresie m.in. stawu barkowego i łokciowego.

**STROKE****Pathophysiology, Diagnosis and Management**

J. P. Mohr, Dennis W. Choi, James C. Grotta, Phillip A. Wolf

wyd. **Churchill Livingstone**, kwiecień 2004, str. 1536, 350 il., c. kat. 193.00 GBP

W najnowszej edycji encyklopedii autorzy położyli szczególny nacisk na epidemiologię, prewencję, objawy kliniczne, diagnostykę oraz metody leczenia farmakologicznego i chirurgicznego. Dużo miejsca poświęcono patofizjologii z uwzględnieniem roli apoptozy, procesu zapalnego oraz wymiany informacji międzykomórkowej. Opracowanie prezentuje również współczesny stan wiedzy w zakresie farmakologii udaru mózgu, opisuje zastosowanie nowych leków, w tym antykoagulantów i leków neuroprotektynnych.

**Wydawnictwo Lekarskie PZWL**

00-251 Warszawa, ul. Miodowa 10, tel. (0-22) 695-40-33, fax 695-40-32.  
Księgarnia wysyłkowa: (0-22) 695-44-80, infolinia 0801-142-080, fax (0-22) 695-44-87,  
[www.pzwl.pl](http://www.pzwl.pl), Wydawnictwo Lekarskie PZWL, 00-950 Warszawa 1, skr. poczt. 379.  
Koszty wysyłki za zam. pocztowym 7 zł, (przy zam. pow. 150 zł – 0 zł). Realizacja – 3 dni.

**MEDYCYNĄ RODZINNĄ****Podręcznik dla studentów i lekarzy**

pod red. J. Bożydara Łatkowskiego i Witolda Łukas

wyd. I, str. 1028, 148 il., 299 tab., opr. tw., c. kat. 198 zł  
Pierwsza polska w całości oparta na rodzimych realiach publikacja obejmująca zagadnienia wchodzące w zakres obowiązków lekarza rodzinnego.

W części I przedstawiono zagadnienia, które obejmują: definicję, historię, organizację i finansowanie praktyki, miejsce podstawowej opieki zdrowotnej w systemie ochrony zdrowia, kształcenie specjalistyczne, etykę i orzecznictwo.

Część 2 poświęcono zagadnieniom klinicznym. Ujęto je w klasycznym podziale na patologie wszystkich układów i systemów organizmu człowieka. Przedstawiono wiedzę z poszczególnych dziedzin medycyny w zakresie niezbędnym w praktyce lekarza rodzinnego. Omówiono zagadnienia związane z medycyną zachowawczą oraz chirurgią. Przedstawiono diagnostykę i leczenie chorób dzieci.

Książka przeznaczona jest dla studentów i lekarzy, którzy przygotowują się i przystępują do egzaminu z medycyny rodzinnej.

**RECEPTURA APTECZNA****Podręcznik dla studentów farmacji**pod red. **Renaty Jachowicz**

wyd. I, str. 444, 21 il., 63, tab., c. kat. 59,00 zł

Książka zawiera najnowsze doniesienia naukowe a jednocześnie jest dostosowana do realiów pracy w aptece i obowiązujących aktualnie przepisów, zawiera też liczne przykłady. Wiele danych zestawiono w postaci tabel, które będą przydatne nie tylko do pracy dydaktycznej, ale znajdują również zastosowanie praktyczne podczas przygotowywania leków recepturowych w aptece.

**PODRĘCZNIK DOSTĘPÓW OPERACYJNYCH W ORTOPEDII I TRAUMATOLOGII**

Frédéric Dubrana, Dominique Le Nen, Christian Lefèvre, Marc Prud'homme

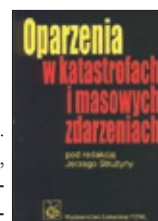
wyd. I, Warszawa 2004, str. 170

Przedstawiono anatomiczne i chirurgiczne aspekty dostępów operacyjnych do kończyn górnych i dolnych oraz kręgosłupa. Osobny rozdział omawia dostęp artroskopowy do narządu ruchu. Książka przeznaczona dla młodych lekarzy chirurgów i ortopedów.

**OPARZENIA W KATASTROFACH I MASOWYCH ZDARZENIACH**pod red. **Jerzego Strużyny**

wyd. I, Warszawa 2004, str. 332

Zasady postępowania w przypadku wystąpienia masowych oparzeń. Pierwsza pomoc, transport chorych, pomoc przedlekarska i lekarska, organizacja, zabezpieczenie leczenia, standardy postępowania, współpraca interdyscyplinarna, postępowanie ratownicze u dzieci. Publikacja przeznaczona dla służb ratowniczych, pogotowia ratunkowego, w oddziałach szpitalnych chirurgii i ratownictwa.

**PODSTAWY MIKROBIOLOGII DLA STOMATOLOGÓW**

L. P. Samaranyake, Brian M. Jones

tłum. zespół pod kier. **Mirosława Łuczaka**

wyd. I, Warszawa 2004, str. 322

Omówiono zagadnienia mikrobiologii ogólnej, podstawy immunologii, rodzaje i gatunki drobnoustrojów ważnych w stomatologii, zakażenia różnych układów i narządów, rolę niektórych drobnoustrojów w jamie ustnej, choroby jamy ustnej i przyzębia, reakcje tzw. krzyżowe w stomatologii. Bogate ilustracje ułatwiają zrozumienie tekstu i przyswojenie wiedzy.

**Wydawnictwo Roztoczańskiej Szkoły Ultrasonografii**

22-400 Zamość, ul. Chopina 3A, tel. (0-84) 638-55-12, 638-80-90,  
fax 638-80-92, e-mail: [rus@roztocze.pl](mailto:rus@roztocze.pl), [www.usg.com.pl](http://www.usg.com.pl)

**ULTRASONOGRAFICZNA DIAGNOSTYKA TARCZYCY, PRZYTARCZYCY I WĘZŁÓW CHŁONNYCH SZYI**

pod red. Ewy J. Białek i Wiesława Jakubowskiego

Seria Wydawnicza: **Praktyczna Ultrasonografia**

T.VI, Zamość 2004, str. 136

Publikacja prezentuje współczesne, praktyczne możliwości diagnostyki USG wymienionych narządów uwzględniając postęp jaki dokonał się w ostatnich latach w diagnostyce USG z wykorzystaniem głowic szerokopasmowych wysokiej częstotliwości.







## DIAGNOSTYKA ULTRASONOGRAFICZNA W OSTRYCH CHOROBAH JAMY BRZUSZNEJ

pod red. **Wiesława Jakubowskiego**

Seria Wydawnicza: **Praktyczna Ultrasonografia**,  
T. V, Zamość 2004, str. 192

Pierwsza w Polsce monografia, która przedstawia wszystkie diagnostyczne aspekty oraz miejsce i rolę badania USG w „ostrym brzuchu”. Wiedza zawarta w tej publikacji oparta jest na wieloletnim wykonywaniu profesjonalnych badań USG.



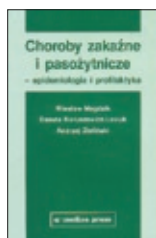
## ULTRASONOGRAFIA. Kwartalnik Polskiego Towarzystwa Ultrasonograficznego.

Nr 19, 2003, wyd.: Roztoczańska Szkoła Ultrasonografii  
w Zamościu, str. 116

Zawiera: artykuły naukowe, sprawozdania, recenzje i informacje. Istnieje możliwość zamówienia prenumeraty na 2005 r. lub zakupu pojedynczych numerów w Wydawnictwie Roztoczańskiej Szkoły Ultrasonografii.

### Wydawnictwo Medyczne Alfa-Medica Press

s.c. skr. poczt. 333, 43-309 Bielsko-Biała, ul. Cygański Las 11,  
tel. (0-33) 816-90-79, fax (0-33) 828-13-72,  
e-mail: pocztka@alfamedica.pl, www.alfamedica.pl



## CHOROBY ZAKAŻNE I PASOŻYTNICZE – EPIDEMIOLOGIA I PROFILAKTYKA

**Wiesław Magdzik, Danuta Naruszewicz-Lesiuk,  
Andrzej Zieliński**

Bielsko-Biała 2004, str. 444.

Vademecum – w przystępnej formie informacje z zakresu zapobiegania i zwalczania chorób zakaźnych i pasożytniczych występujących sporadycznie i jako epidemie. Uwzględniono opisy ważnych chorób tropikalnych. Zamieszczono adresy instytucji zajmujących się zapobieganiem i zwalczaniem tych chorób.



## PRZERZUTY NOWOTWOROWE DO KOŚCI – NOWE KIERUNKI LECZENIA

pod red. **Marka Pawlickiego**

wyd. I, Bielsko-Biała 2004, str. 232

Książka proponuje nowe formy leczenia przerzutów nowotworowych do kości. Zawiera również informacje przeznaczone dla chorych mogące im ułatwić współpracę z lekarzem w czasie leczenia.



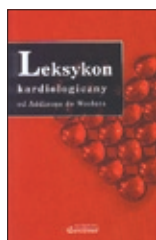
## ROZWÓJ NIEMOWLĄT I JEGO ZABURZENIA A REHABILITACJA METODĄ VOJTY

dr n. med. **Grażyna Banaszek**

wyd. II poszerzone i uzupełnione. Bielsko-Biała 2004, s. 240

Publikacja przeznaczona dla lekarzy i rodziców. Informacje o wczesnej diagnostyce i możliwościach terapii niemowląt metodą Wojty. Zwraca uwagę na problemy rodziców.

### Ponadto nadesłano:



## LEKSYKON KARDIOLOGICZNY OD ADDISONA DO WOOLERA

**Walentyna Mazurek, Zygmunt Zdrojewicz,  
Andrzej Dubiński, Wojciech Kustrzycki**

Wrocław 2005. Wydawnictwo „Continuo”, 53-505 Wrocław,  
ul. Lelewela 4, pok. 325, tel./fax (0-71) 343-90-18 w. 223,  
tel. 791-20-30, e-mail: wydawnictwo@continuo.wroclaw.pl,  
biuro@continuo.wroclaw.pl, www.continuo.wroclaw.pl

Leksykon zawiera 235 haseł pochodzących od nazwisk, nazw chorób, zjawisk fizjologicznych, objawów pomocniczych w rozpoznawaniu schorzeń; nowych zespołów kardiologicznych, testów diagnostycznych i technik operacyjnych. Źródło informacji dla lekarzy, studentów medycyny, a także zainteresowanych kardiologią i historią medycyny.

## MEDYCYNĄ SPORTOWĄ

pod red. prof. dr. hab. n. med. **Marka Mędras**

wyd. Agencja Wydawnicza **MedSportpress**,  
Warszawa 2004, 03-721 Warszawa, ul. Jagiellońska 3/20,  
tel./fax (0-22) 834-67-72, tel. kom. 0601-227-899,  
e-mail: nauka@medsport.pl, str. 564

Publikacja adresowana do studentów i absolwentów akademii wychowania fizycznego i akademii medycznych oraz innych uczelni, w których nauczane są zagadnienia związane z medycyną sportową, a także lekarzy pierwszego kontaktu, nauczycieli wf, trenerów.



## ZBIGNIEW SZCZUREK. LEKARZ, UCZONY, WYCHOWAWCA

pod red. **Daniela Sabata**

wyd. **Wydawnictwo Śląskiej Akademii Medycznej**,

Katowice 2004. 40-752 Katowice, ul. Medyków 12, str. 190

Publikacja przygotowana z okazji 80 rocznicy urodzin i 50-lecia pracy zawodowej prof. Zbigniewa Szczurka, w Śląskiej Akademii Medycznej. Przedstawia fakty z życia i osiągnięcia zawodowe Jubilata – patomorfologa, diagnosty, naukowca, wyróżniającego się ogromem wiedzy i doświadczenia. Niezrównany nauczyciel akademicki, wychowawca i mistrz, kierownik naukowy niezapomnianych obozów społeczno-wychowawczych ŚAM w latach sześćdziesiątych, zapalony turysta, niezrównany tancerz, człowiek wielkiego serca – tak widzą Profesora jego uczniowie i współpracownicy.



## KOD LUCYFERA

**Jan Niżnikiewicz**

wyd. **Tower Press**, Gdańsk 2004, str. 320

Neurolog, autor 35 prac naukowych, pasjonat żeglarstwa morskiego, fascynujący się starożytnością autor „Krzyża Nilu”, „Tajemnic starożytnej medycyny i magii”. Najnowsza książka to współczesny thriller przyprawiony diabolicznością i fantastyką.



## LEKI WSPÓŁCZESNEJ TERAPII

**Jan K. Podlewski**

**Alicja Chwalibogowska-Podlowska**

wyd. **Wydawnictwo Split Trading**, 2004,

wyd. XVII, str. 981,

**Promocja do końca lutego 2005!**

– cena promocyjna 149 zł (koszty przesyłki pokrywa LSM)

(cena rynkowa 166 zł)

Dystrybucja **Składnica Medyczna LSM**

Publikacja zawiera spis: 10 000 preparatów zarejestrowanych w Polsce oraz innych krajach, w tym w Unii Europejskiej; 2 000 substancji czynnych; 500 nowych leków oraz wykaz leków zarejestrowanych w Unii Europejskiej. Ma charakter encyklopedii o lekach.



## ATLAS CHIRURGII PLASTYCZNEJ

**Kazimierz Kobus**

wyd. **MedSportpress**, 2004, str. 301, c. det. 90 zł

Dystrybucja **Składnica Medyczna LSM**

Atlas opracowany o własną działalność chirurgiczną autora, zawiera skrócony przegląd sposobów i wyników leczenia pacjentów. Zawarto w nim również – niejako *pro memoriam* – niektóre z zarzuconych lub obecnie rzadko wykonywanych metod operacyjnych. Atlas zawiera obszerną dokumentację fotograficzną operowanych przypadków.



opr. md